

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

ALMIR LUCIANO FRANCISCO

**Consulta de Enfermagem e a Saúde do Trabalhador:** uma tecnologia de  
cuidado no processo de trabalho hospitalar

Maringá  
2020

ALMIR LUCIANO FRANCISCO

**Consulta de Enfermagem e a Saúde do Trabalhador: uma tecnologia de cuidado no processo de trabalho hospitalar**

Dissertação apresentada à defesa, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, do Departamento de Ciências Sociais, da Universidade Estadual de Maringá. Área de concentração: Elaboração de Políticas Públicas.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lilian Denise Mai

Maringá  
2020

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
(Biblioteca Central - UEM, Maringá - PR, Brasil)

F819c

Francisco, Almir Luciano

Consulta de enfermagem e a saúde do trabalhador : uma tecnologia de cuidado no processo de trabalho hospitalar / Almir Luciano Francisco. -- Maringá, PR, 2020.  
88 f.color., tabs.

Orientadora: Profa. Dra. Lilian Denise Mai.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Ciências Sociais, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas - Mestrado Profissional, 2020.

1. Enfermagem. 2. Saúde do trabalhador. 3. Trabalho hospitalar. I. Mai, Lilian Denise, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Departamento de Ciências Sociais. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas - Mestrado Profissional. III. Título.

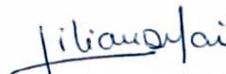
CDD 23.ed. 610.73

ALMIR LUCIANO FRANCISCO

**Consulta de enfermagem e a saúde do trabalhador: uma tecnologia de cuidado no processo de trabalho hospitalar**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

COMISSÃO JULGADORA



Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lilian Denise Mai  
Universidade Estadual de Maringá (Presidente)



Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Herbert Leopoldo de Freitas Goes  
Universidade Estadual de Maringá (UEM)



Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rita de Cássia Flôr  
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina (IFSC)

Aprovada em: 17 de abril de 2020

FRANCISCO, A. L. **Consulta de enfermagem e a saúde do trabalhador: uma tecnologia de cuidado no processo de trabalho hospitalar.** 88f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Maringá, 2020

## RESUMO

O Serviço de Saúde e Segurança do Trabalhador (SSST) em uma instituição de saúde é fundamental no desenvolvimento de ações que possam prevenir e atenuar os agravos aos quais os trabalhadores estão expostos, concomitantes àqueles gerados na vida cotidiana. Mesmo atendendo legislações vigentes, a experiência local em um SSST tem demonstrado lacunas especialmente em ações de orientação e prevenção, fragilidade reforçada por literatura. Questiona-se quanto ao uso de um instrumento de consulta de enfermagem capaz de fortalecer esse serviço em ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores em uma instituição hospitalar. O objetivo do estudo foi desenvolver um projeto aplicativo centrado na consulta de enfermagem enquanto tecnologia de cuidado no campo da saúde do trabalhador. Trata-se de pesquisa descritiva, do tipo estudo de caso, documental e retrospectivo, desenvolvida em um hospital pediátrico do Estado do Paraná, junto ao SSST, após sua aprovação, no período de 2017 a 2019. A coleta de dados envolveu o diagnóstico situacional, priorizando o número de trabalhadores que sofreram agravos e necessitaram de afastamento no período de 2016 a 2018, identificando-se categoria profissional, motivo e tempo do afastamento, bem como a revisão de literatura para a construção do instrumento de consulta de enfermagem. Dados quantitativos sofreram análise estatística descritiva e o instrumento foi construído e adaptado ao contexto institucional, culminando com a elaboração de um protocolo de trabalho voltado à saúde do trabalhador. Como resultado identificou-se uma redução de 125 profissionais de saúde no período, bem como o encerramento de parcerias importantes. Houve quase 35% de aumento nos afastamentos de saúde no período, especialmente na área da enfermagem e de auxiliares operacionais. Com uma média de 1.198 atestados por ano, sendo a maioria sem Código Internacional de Doenças, os principais motivos de afastamento foram doenças mentais e lesões musculoesqueléticas. Quanto às consultas de enfermagem nos três anos, estas ocorreram por livre demanda e aumentaram de uma média de três para quatorze consultas ao dia. O instrumento de consulta de enfermagem foi gradativamente sendo incorporado à rotina de trabalho do enfermeiro e proporcionou o seguimento de uma metodologia de cuidado. Vários aspectos positivos foram observados: construção de um espaço de acolhimento e escuta; execução da consulta de enfermagem centrada na queixa com

capacidade ampliada de atendimento às necessidades do trabalhador mediante o planejamento de um plano de cuidados; o registro das informações com potencial de acompanhamento da saúde do trabalhador e das condições de trabalho, com visita aos respectivos setores, quando necessário; entre outros. Três aspectos mostraram-se importantes: o formato do instrumento, a possibilidade de acolhimento e escuta dos trabalhadores e a proposição de um protocolo de assistência centrado na consulta de enfermagem. Conclui-se que a atuação efetiva do SSST na prevenção de agravos pode beneficiar-se da realização de um diagnóstico situacional da instituição e da implantação de protocolos de cuidado. E, que a práxis da enfermagem, centrada em um cuidado refletido e multidimensional, é capaz de potencializar e qualificar benefícios à saúde dos trabalhadores.

**Palavras chaves:** Consulta de Enfermagem. Serviço de Saúde do Trabalhador. Hospital.

FRANCISCO, A. L. **Nursing consultation and worker health: a care technology in the hospital work process.** 88f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Maringá, 2020

### ***ABSTRACT***

The Occupational Health and Safety Service (SSST) in a health institution is fundamental in the development of actions that can prevent and mitigate the injuries to which workers are exposed, concomitant with those generated in daily life. Even in compliance with current legislation, the local experience in an SSST has shown gaps especially in actions of guidance and prevention, fragility reinforced by literature. It is questioned about the use of a nursing consultation instrument capable of strengthening this service in actions to prevent, promote, protect and recover the health of workers in a hospital. The objective of the study was to develop an application project centered on nursing consultation as a care technology in the field of occupational health. This is a descriptive, case study, documentary and retrospective, developed in a pediatric hospital in the State of Paraná, with the SSST, after its approval, from 2017 to 2019. Data collection involved a situational diagnosis, prioritizing the number of workers who suffered injuries and needed leave from 2016 to 2018, identifying the professional category, reason and length of leave, as well as a literature review to construct an instrument to nursing consultation. Quantitative data underwent descriptive statistical analysis and the instrument was constructed and adapted to the institutional context, culminating in the elaboration of a work protocol aimed at workers' health. As a result, a reduction of 125 health professionals in the period was identified, as well as the closing of important partnerships. There was almost a 35% increase in sick leave in the period, especially in the area of nursing and operational assistants. With an average of 1.198 certificates per year, most of them without an International Disease Code, the main reasons for absence were mental illnesses and musculoskeletal injuries. As for the nursing consultations in the three years, these occurred on demand and increased from an average of three to fourteen consultations a day. The nursing consultation instrument was gradually incorporated into the nurse's work routine and provided the follow-up of a care methodology. Several positive aspects were observed: construction of a welcoming and listening space; execution of the nursing consultation centered on the complaint with increased capacity to meet the needs of the worker through the planning of a care plan; the registration of information with the potential to monitor workers' health and working conditions, with visits to the respective sectors, when necessary; among others. Three aspects were shown to be important: the format of the instrument, the possibility of welcoming and listening to workers

and the proposal of a care protocol centered on nursing consultation. It is concluded that the effective performance of the SSST in the prevention of diseases can benefit from the realization of a situational diagnosis of the institution and the implementation of care protocols. And, that the nursing praxis, centered on a reflected and multidimensional care, is able to enhance and qualify health benefits for workers.

**Keywords:** Nursing consultation. Occupational Health Service. Hospital.

## LISTA DE SIGLAS

|        |  |
|--------|--|
| AIDS   | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida                 |
| AM     | Apoio Matricial  |
| AMERT  | Afecções Musculoesquelético Relacionadas ao Trabalho   |
| APS    | Atenção Primária à Saúde                               |
| CAT    | Comunicação de Acidente de Trabalho                    |
| CEREST | Centros de Referência em Saúde do Trabalhador          |
| CEST   | Centro Estadual de Saúde do Trabalhador                |
| CID    | Classificação Internacional de Doenças                 |
| CLT    | Consolidação das Leis Trabalhistas                     |
| CIST   | Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador        |
| COFEN  | Conselho Federal de Enfermagem                         |
| DORT   | Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho    |
| ESF    | Estratégia da Saúde da Família                         |
| EPC    | Equipamento de Proteção Coletiva                       |
| EPI    | Equipamento de Proteção Individual                     |
| INSS   | Instituto Nacional do Seguro Social                    |
| HIWM   | Hospital Infantil Waldemar Monastier                   |
| LER    | Lesão por Esforço Repetitivo                           |
| MBI    | <i>Maslach Burnout Inventory</i>                       |
| MR     | Macrorregionais  |
| NEEPS  | Núcleo de Ensino, Estudo e Pesquisa em Saúde           |
| NOST   | Norma Operacional da Saúde do Trabalhador              |
| NR     | Norma Regulamentadora                                  |
| OIT    | Organização Internacional do Trabalho                  |
| OMS    | Organização Mundial da Saúde                           |
| ONA    | Organização Nacional de Acreditação                    |
| PE     | Processo de Enfermagem                                 |
| PNSST  | Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho     |
| RS     | Regional de Saúde                                      |
| SAE    | Sistematização da Assistência de Enfermagem            |
| SEAP   | Secretaria de Estado da Administração e da Previdência |

|      |   |
|------|---|
| SGA  | Síndrome Geral de Adaptação                 |
| SESA | Secretaria de Estado de Saúde               |
| SQSP | Serviço, Qualidade, Segurança do Paciente   |
| SSST | Serviço de Saúde e Segurança do Trabalhador |
| ST   | Saúde do Trabalhador                        |
| SUS  | Sistema Único de Saúde                      |
| UCI  | Unidade de Cuidados Intermediários          |
| UTI  | Unidade de Tratamento Intensivo             |

## LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

|          |  |    |
|----------|--|----|
| Quadro 1 | Sintomas de <i>Burnoute</i> categorias.....  | 33 |
| Figura 1 | Etapas da coleta de dados.....   | 40 |
| Tabela 1 | Distribuição do quantitativo de trabalhadores por categoria, entre os anos de 2016 e 2018, em comparação ao ano de 2010, Campo Largo, Paraná, 2019 ..... | 45 |
| Tabela 2 | Quantitativo de afastamento por categoria de trabalhadores entre o ano de 2016 a 2018, Campo Largo, Paraná, 2019.....                                    | 46 |
| Tabela 3 | Quantitativo de declarações/atestados entre os anos de 2016 e 2018, e os principais agravos/motivos, Campo Largo, Paraná, 2019.....                      | 47 |
| Figura 2 | Horas de afastamento dos trabalhadores de saúde nos anos de 2016, 2017 e 2018, Campo Largo, Paraná, 2019 .....   | 48 |

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>  | <b>11</b> |
| <b>2 OBJETIVOS .....</b>   | <b>17</b> |
| 2.1 GERAL .....  | 17        |
| 2.2 ESPECÍFICOS .....  | 17        |
| <b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>  | <b>18</b> |
| 3.1 O TRABALHO, SUAS DEFINIÇÕES E RELAÇÕES .....   | 18        |
| 3.2 SAÚDE DO TRABALHADOR NO CONTEXTO HISTÓRICO .....   | 20        |
| 3.3 MUDANÇAS SOCIAIS E POLÍTICAS E AS CONSEQUÊNCIAS PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR .....                | 24        |
| 3.4 FATORES ESTRESSORES NO TRABALHO EM SAÚDE E RISCOS OCUPACIONAIS.....                              | 26        |
| <b>3.4.1 Lesões por Efeitos Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho.....</b> | <b>30</b> |
| <b>3.4.2 Doenças Mentais (ansiedade, síndrome do pânico e depressão) .....</b>                       | <b>30</b> |
| <b>3.4.3 Síndrome de <i>Burnout</i> .....</b>  | <b>31</b> |
| 3.5 POLÍTICAS DE SAÚDE E SAÚDE DO TRABALHADOR.....   | 34        |
| 3.6 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA SAÚDE DO TRABALHADOR .....  | 36        |
| <b>4 METODOLOGIA.....</b>  | <b>40</b> |
| 4.1 TIPO DE PESQUISA .....   | 40        |
| 4.2 LOCAL DE ESTUDO .....  | 40        |
| 4.3 COLETA DE DADOS.....   | 42        |
| 4.4 ANÁLISE DE DADOS .....   | 43        |
| <b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>  | <b>44</b> |
| 5.1 ELEMENTOS DE MICRO E MACROPOLÍTICA NO TRABALHO EM SAÚDE ....                                     | 44        |
| 5.2 INSTRUMENTO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DO TRABALHADOR .....                              | 56        |
| <b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>   | <b>62</b> |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>   | <b>64</b> |
| <b>APÊNDICE I - INSTRUMENTO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM.....</b>                                       | <b>76</b> |
| <b>APÊNDICE II – PROTOCOLO: CONSULTA DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DO TRABALHADOR.....</b>                  | <b>81</b> |
| <b>ANEXO .....</b>   | <b>84</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

O Serviço de Saúde do Trabalhador em uma instituição de saúde tem um papel fundamental no desenvolvimento de ações que possam prevenir e atenuar os agravos aos quais os trabalhadores estão expostos, concomitantes àqueles gerados na vida cotidiana. Entre as ações planejadas e implantadas nessa esfera estão algumas legislações que passaram a vigorar, entre elas a Norma Regulamentadora nº 32 (NR32), que regulamenta ações, direitos e deveres dos trabalhadores em estabelecimentos de saúde, com implementação de medidas para a segurança e proteção dos mesmos (BRASIL, 2005).

Apesar dos profissionais da saúde serem considerados desde há muito tempo como classe trabalhadora exposta a agentes nocivos, a atenção mais rigorosa a esse tema só veio a ganhar força a partir dos anos de 1980, com o advento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), também no Brasil (BRASIL, 2004). Porém, não são somente agentes biológicos ou acidentes de trabalho que podem comprometer a saúde do trabalhador, também outras situações ligadas ao ambiente de trabalho afetam a saúde mental e psicológica do trabalhador. Vários autores têm se debruçado sobre esse tema e realizados estudos voltados aos trabalhadores de instituições de saúde.

Dentre essas, instituições hospitalares são consideradas por alguns autores como grandes desencadeadoras de doenças mentais devido ao ambiente gerador de *estresse* ansiedade, e incluem também o cuidado ao outro como fator relevante. Relatam que a pouca valorização do serviço, condições gerais do trabalho, hierarquia, bem como a estrutura rígida, divisão e distribuição de tarefas e atribuições exigem grande esforço emocional de seus funcionários (ROSA; CARLOTTO, 2005). Além disso, o trabalho realizado é bastante específico e complexo, aumentando assim a vulnerabilidade e sobrecarga emocional dos envolvidos (SANTOS; CARDOSO, 2010).

Um fator relevante, que deve ser levado em conta, é a dicotomia entre o trabalho idealizado na prescrição e normatização e o trabalho real, levando em consideração as dificuldades existentes na prática (SIMÕES; FREITAS, 2016). Elias e Navarro (2006) usam das expressões *insalubre*, *penoso* e *perigoso* para definir o ambiente hospitalar para os que ali trabalham. Reconhecendo as relações de trabalho como capitalistas e *hostis* em sua ideologia, Bernardo et al. (2011), incluem trabalhadores da área da saúde como sujeitos a sofrerem desgaste da competitividade e hostilidade do mercado.

É importante ressaltar a análise dos fatores culturais em que a instituição está inserida, já que isso reflete nos costumes e formas de organização, e esses influenciamos que ali trabalham

(DIAS et al., 2010). Fatores subjetivos que não são auto informados podem ser peculiares em determinadas empresas e realidades organizacionais (CARLOTTO; CÂMARA, 2008). Estudo comparativo realizado com médicos e enfermeiros portugueses compartilha dessa implicação ao constatar que o relato dessa amostragem tem características bastante específicas em cada profissão (SILVA; GOMES, 2009).

Nesse contexto, é importante tornar as instituições humanizadas, processo que não deveria ser centrado apenas no usuário, mas também no trabalhador, para que se sinta valorizado e respeitado em suas atribuições e, assim, ofereça um serviço de qualidade. Sabendo que o serviço está relacionado diretamente com relacionamentos interpessoais, quando o trabalhador se apresenta insatisfeito, essas trocas tendem a ser carregadas de hostilidade, gerando desconforto e insatisfação a ambos (BAKES et al., 2005). As trocas afetadas pela insatisfação não ocorrem apenas com os usuários, mas também entre os demais a sua volta (ROSA; CARLOTTO, 2005).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) elenca alguns problemas de saúde ocupacional e os coloca como os maiores desafios para a saúde do trabalhador atualmente e no futuro. São esses problemas os ligados às novas tecnologias de informação e automação, novas substâncias químicas e energias físicas, riscos de saúde associados a novas biotecnologias, transferência de tecnologias perigosas. Além disso, têm-se ainda o envelhecimento da população trabalhadora, problemas especiais dos grupos vulneráveis, como portadores de doenças crônicas ou deficiências, imigrantes e desempregados, problemas relacionados com as crescentes mobilidades dos trabalhadores e ocorrência de novas doenças ocupacionais de várias origens (OMS, 2019).

Assim, entende-se que a forma como o clima laboral e a organização do trabalho são estabelecidos pode impactar de forma positiva ou negativa na vida social e psicológica dos trabalhadores. E essa relação do homem com seu trabalho têm despertado o interesse de muitos estudiosos, destacando-se a área da Psicopatologia e da Ergoterapia do Trabalho, que enfocam a questão do sofrimento psíquico gerado pelas atividades realizadas, e como os impactos podem ser mitigados, tornando-se a saúde mental do trabalhador foco de investigação e tratamento.

E por que esse interesse? Porque as doenças ocupacionais causam afastamento de milhares de trabalhadores em diversas funções, gerando mais de 200 mil afastamentos por ano por razões médicas, segundo o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS, 2017). Por doença ocupacional entende-se aquela ocorrida em decorrência do exercício das atividades do trabalhador, tendo sido desencadeada em funções de condições especiais que o indivíduo é submetido para realização de seu trabalho.

No setor da saúde, evidências apontam que em todos os níveis de atenção, da atenção primária à assistência hospitalar, os trabalhadores estão suscetíveis a muitos agravos, sejam físicos ou emocionais. Entre os agravos de ordem física, que acometem o trabalhador, estão alguns considerados como doenças do trabalho, que são as Lesões por Esforços Repetitivos (LER), as Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT) e as Afecções Musculoesqueléticas Relacionadas ao Trabalho (AMERT) (BRASIL, 2019).

O Ministério da Saúde publicou um estudo em 2018 onde coloca que LER e DORT são as doenças que mais afetam os trabalhadores brasileiros. Levantamento realizado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) aponta que, entre os anos de 2007 e 2016, 67.599 casos de LER/DORT foram notificados. No período analisado, o total de registros cresceu 184%, passando de 3.212 casos, em 2007, para 9.122 em 2016 (BRASIL, 2019).

Outras doenças podem surgir como consequência de situações no trabalho, como hipertensão, ansiedade, síndrome do pânico, com destaque para a chamada Síndrome de *Burnout*, ou Síndrome do Esgotamento Profissional, classificada como uma doença ocupacional e já considerada um problema de saúde pública. É uma consequência do estresse profissional e caracteriza-se pela resposta do organismo à constante exposição a situações de estresse emocional e interpessoal no trabalho. Os profissionais de saúde são os mais atingidos, visto que são expostos constantemente a situações que envolvem medo, insegurança, tensão, afetividade, angústias, as quais vão, muitas vezes, além de sua capacidade de enfrentamento (AYALA, CARNERO, 2013).

Pesquisadores identificaram, em dois estudos realizados com profissionais de saúde, 11,8% e 17,2% de sua amostra com indicativo da Síndrome de *Burnout* (NAVARRO-GONZÁLEZ et al., 2014; FALGUERAS et al. 2014). Estudos brasileiros na Atenção Primária à Saúde (APS) revelaram prevalência de 11% (SILVA et al, 2015) e 61,7% (PASCOAL, 2008) considerando o mesmo critério. Em relação à prevalência da Síndrome de *Burnout* na população geral do Brasil poucos dados são conhecidos (TRIGO; TENG; HALLAK, 2007). Resultados de um estudo realizado na Rede de APS de Aracaju, em Sergipe, demonstraram que 54,1% de profissionais com nível superior apresentaram risco elevado e moderado de desenvolver a síndrome (SILVA et al, 2015). Em outro estudo, realizado com 86 trabalhadores da equipe multiprofissional da Estratégia da Saúde da Família (ESF) de Santa Maria/RS, identificou-se 6,9% com a doença e os escores demonstraram uma maior suscetibilidade entre os profissionais mais jovens (TRINDADE; LAUTERT, 2010).

Já em instituições hospitalares, em um hospital onco-hematológico infantil do Estado de São Paulo, onde a pesquisa focou na presença de desgaste emocional, despersonalização e

baixa realização profissional, considerados todos estes sinais como domínios do *Burnout*, os resultados evidenciaram alta despersonalização em 29,8% dos enfermeiros e baixa realização profissional em 27,8% dos médicos e 25,5% dos técnicos de enfermagem (ZANATTA; LUCCA, 2015). Costa et al. (2009), ao realizar em sua pesquisa em enfermeiros num hospital escola, buscaram compreender os motivos relacionados a doença que levam os funcionários a demasiadas faltas, e identificaram a desmotivação pelo trabalho como um critério que merece observação e maior coleta de dados.

Laranjeira (2009) cita, diferentemente de outros autores, a hipótese da ocorrência também do presenteísmo, revelando a presença física, mas a ausência de produtividade. Assim, o absenteísmo pode ser notado não apenas como uma consequência do adoecimento do trabalhador, mas de igual forma, apresenta-se como indicativo de insatisfação, e esse uma das variáveis que podem levá-lo ao acometimento dos quadros conhecidos (KURCGANT, et al., 2015). Nesse sentido, Carvalho e Malagris (2007) enfatizam a importância do olhar cuidadoso perante os profissionais, tanto em questões físicas como mentais já que as consequências do descuido podem ser atribuídas tanto à vida pessoal quanto profissional, e esta especificamente é percebida por meio de absenteísmo, baixa produtividade ou até mesmo doenças crônicas.

Assim, com um olhar voltado à saúde do trabalhador, sugere-se que as instituições estejam dispostas à implementação de projeto em que os funcionários se sintam mais bem inseridos, integrados, amparados ergonomicamente e com melhores condições de trabalho. Bem como, focadas em melhorias na comunicação e sistemas de reconhecimento (MORENO et al., 2011). Algumas estratégias podem ser praticadas dentro do local de trabalho e até mesmo oferecidas pela organização, desde atividades preventivas e/ou reparadoras até promoção da saúde do trabalhador, para que possam ocorrer transformações organizacionais a tornar o ambiente agradável e afetivo (FERRARI et al., 2012). Oliveira e Oliveira (2016), igualmente descrevem recursos que favorecem o cuidado com a saúde mental do trabalhador, como técnicas de relaxamento, ginástica laboral, atividades de integração social ou treinamentos profissionais, já que assim o funcionário sente-se mais capacitado e seguro em suas tarefas.

Contudo, Oliveira e Oliveira (2016), Ferrari et al. (2012) e Moreno et al. (2011) também ressaltam a importância da avaliação diagnóstica periódica dos trabalhadores, tendo essa o objetivo a identificação dos fatores influenciadores negativos dentro da organização. É exatamente diante dessa problemática e, em particular, dessa ação e necessidade de avaliação e acompanhamento individual dos trabalhadores de saúde, que se propõe o presente estudo. Mas, sob que circunstâncias e em que contexto?

Primeiramente, compreendendo que atuar na saúde do trabalhador envolve a consideração e reflexão crítica sobre a contemporaneidade, o ritmo de viver e a interação entre os hábitos de vida e as condições de trabalho. É a combinação desses fatores que gera condições de saúde e doença, as quais devem ser consideradas junto com o atendimento legal na área da saúde do trabalhador. E, que no contexto desse serviço, a abordagem deve ser multidisciplinar e intersetorial, visando a participação dos próprios trabalhadores, enquanto sujeitos da sua saúde, capazes de contribuir com seu conhecimento para o avanço nas discussões sobre o impacto do trabalho sobre o processo saúde-doença e promovendo, conseqüentemente, a sua saúde (MARZIALE, 2010).

Mediante o exposto acima se propõe um estudo na área, o qual envolve um Serviço de Saúde do Trabalhador de um Hospital Infantil do Estado do Paraná, serviço este que está ativo desde 2008, atende às normativas e legislações vigentes e alcança uma população de aproximadamente 650 trabalhadores (SCGPE/IH, 2017). Articula-se, como tal, aos recursos e serviços vinculados à Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, estando sob a vigência do Código de Saúde do Paraná (2014), que traz orientações quanto às medidas cabíveis na prevenção e assistência à saúde do trabalhador e, entre outros aspectos, orienta a realização de vigilância nos ambientes e processos de trabalho, a presença de equipe para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador e o desenvolvimento de ações educativas com vistas à prevenção de acidentes e outras doenças relacionadas ao trabalho (PARANÁ, 2014).

Contudo, considerando minha atuação como enfermeiro junto a este serviço, desde 2016, observo que essa prerrogativa legal não tem garantido um bom alcance da normativa na realidade das instituições hospitalares da rede estadual, as quais ecoam os maus indicadores já mencionados anteriormente no tocante aos trabalhadores da saúde. Há lacunas, especialmente com vistas às ações de orientação e prevenção e, quanto à atuação do enfermeiro, esta tem se limitado ao cumprimento das ações legais, não dispondo protocolarmente de condições para o uso de instrumentos exclusivos de trabalho da enfermagem com vistas a melhorias dos serviços, a exemplo da consulta pautada na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

Atento à necessidade de inovar o cuidado diante da preocupação com a saúde do trabalhador nos hospitais do Estado do Paraná, constata-se que o processo de atendimento e consulta precisa ser aprimorado. Assim, esse estudo é proposto pautado no seguinte questionamento: como desenvolver uma tecnologia de cuidado pautada na SAE capaz de fortalecer o Serviço de Saúde do Trabalhador do Hospital Infantil do Estado do Paraná, nas ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores?

Espera-se, com os resultados, compreender o processo de trabalho desenvolvido a partir do serviço de saúde do trabalhador em um hospital estadual pediátrico e confrontá-lo com a atual organização da política pública estadual referente à saúde do trabalhador, sob a perspectiva de um serviço de saúde em particular, bem como a relação entre o ambiente e condições de trabalho de uma instituição hospitalar com o processo saúde/doença dos trabalhadores de saúde; e, como um produto técnico ligado a um Programa de Mestrado Profissional, desenvolver uma tecnologia de cuidado centrada na consulta de enfermagem, a qual, com ênfase ao caráter preventivo e multidisciplinar das ações, demonstre potencial em contribuir para a diminuição dos indicadores de adoecimento, afastamento e absenteísmo no trabalho.

Diante do exposto, traçam-se os objetivos a seguir de modo a responder o questionamento do presente estudo.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 GERAL

Desenvolver uma tecnologia de cuidado pautada na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) capaz de fortalecer o Serviço de Saúde do Trabalhador do Hospital Infantil do Estado do Paraná, nas ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores.

### 2.2 ESPECÍFICOS

1. Elaborar um diagnóstico situacional da instituição pesquisada, envolvendo seu histórico, perfil, demanda de serviços e o quantitativo de trabalhadores existentes.
2. Realizar um levantamento dos dados retrospectivos, baseado nas informações do serviço de Recursos Humanos e de Saúde do Trabalhador referentes ao número de trabalhadores que sofreram agravos e que necessitaram de algum tipo de afastamento.
3. Descrever o relato de experiência sobre a aplicação da consulta de enfermagem acerca dos aspectos relevantes no processo de trabalho do setor de saúde do trabalhador, bem como construir um protocolo de trabalho, conforme realidade encontrada.

No intuito de esclarecer melhor essa temática, sobretudo acerca da saúde do trabalhador e suas interfaces, os demais capítulos dividem-se em três partes. A primeira apresenta um arcabouço teórico sobre o tema, enfatizando mudanças ocorridas nas instituições e na política de saúde e as consequências que essas mudanças trouxeram à saúde do trabalhador; ainda, os principais fatores que afetam a vida laboral dos trabalhadores em saúde e como a consulta de enfermagem pode contribuir na prevenção, diagnóstico e acompanhamento dos agravos que acometem os mesmos. A segunda parte explicita a metodologia utilizada. E, a terceira, sistematiza e discute os resultados, de modo a analisar o serviço de saúde do trabalhador e suas interfaces com o processo de trabalho, mediante o levantamento de um diagnóstico situacional quanto aos agravos que tem acometido os trabalhadores e o desenvolvimento e aplicabilidade de um instrumento de consulta de enfermagem voltado ao cuidado dos mesmos.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 O TRABALHO, SUAS DEFINIÇÕES E RELAÇÕES

Para um melhor entendimento sobre a adaptação e aceitação das condições do trabalho é necessário compreender a “luta pela sobrevivência” dos indivíduos. Desde o Século XIX, com o surgimento da classe operária até as revoluções encabeçadas pela mesma, mudanças institucionais vêm ocorrendo com vistas ao cuidado com o trabalhador, porém sabe-se que o trabalho oferece riscos não somente à saúde física, mas à saúde mental dos mesmos (DEJOURS, 1992).

O contexto em que o trabalho está inserido é essencial para que se compreendam os valores a ele atribuídos, pois variam de acordo com a cultura e o momento histórico (TOLFO; PICCINNI, 2007). No decorrer da história o trabalho sofreu modificações, bem com o seu significado, deixando de ser visto como uma forma de serventia, punição ou humilhação e se tornar propiciador de desenvolvimento e preenchimento pessoal. Podendo ser percebido de maneiras opostas, tanto como um castigo, um fardo pesado e esgotante, como também, algo realizador, capaz de impulsionar o homem e o fazê-lo crescer (RIBEIRO; LÉDA, 2004).

O trabalho é o grande responsável por inserir o homem na sociedade (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2016) e sua funcionalidade é agente de mudanças e evolução do homem, e vê-lo como fonte de prazer ou desprazer, satisfação ou insatisfação dependem da forma, onde e como ele é realizado (BARBOSA, 2016). Ou seja, as implicações podem ser variadas, influenciadas por uma série de fatores advindos tanto do meio como do próprio indivíduo (LARANJEIRA, 2009).

Nas sociedades ocidentais contemporâneas, compreender os sentidos do trabalho tem sido um desafio, pois as mudanças surgem constantemente, novas formas de organizações são criadas e novas tecnologias tomam espaço em diversos segmentos. Um paradoxo é encontrar o equilíbrio a partir disso, onde milhares de pessoas estão sofrendo em busca de vagas, enquanto outras sofrem pelo fato de trabalharem excessivamente (MORIN, 2001).

A cultura imposta na atualidade exige que os trabalhadores se tornem competitivos e se sujeitam a sacrifícios pessoais para continuarem suas ocupações. Porém, após acidentes ou absenteísmos devido à doença, as empresas tendem a desligar esse trabalhador, o que demonstra a displicência e o pouco cuidado que a organização oferece à saúde mental dos mesmos (BARRETO, 2011). Nesse sentido, Carlotto e Câmara (2008) citam o individualismo

da sociedade moderna como um fator influenciador no aumento da pressão de profissionais prestadores de serviço.

Bendassolli (2011) discute o papel do trabalho na estruturação do indivíduo, o reconhecendo como importante não apenas em questões econômicas, sociais e políticas, mas também na constituição do sujeito, já que é uma ferramenta que possibilita encontrar um significado para si mesmo e para aqueles ao seu redor. Outros autores consideram o trabalho como fator gerador de bem-estar e realização, porém, em diversas situações o reconhecem como propiciador de *stress* e doenças (FERRARI et al., 2012), o que pode ser uma relação cruel, já que as pessoas sempre parecem estar em débito com elas mesmas (CARVALHO; MELAGRIS, 2007).

A atividade laboral passou a ser a atividade que ocupa maior, senão integral, espaço na vida das pessoas, mesmo que não percebam a relação sofrida entre trabalhador e organização. O indivíduo dedica grande parte do seu tempo às atividades profissionais, e muitas vezes em suas horas vagas está se qualificando para um melhor desempenho e garantia de empregabilidade (BENDASSOLI, 2011).

Do mesmo modo inclui-se a rotatividade de informações, grande demanda e a cobrança por perfeição na execução das atividades como reforço à exigência de adaptação. Isso ainda acarreta, na maioria das vezes, em poucos recursos pessoais de enfrentamento causando deterioração pessoal, pois a eficácia no trabalho possui relação direta com o bem-estar do indivíduo e a sua satisfação (CARVALHO; MALAGRIS, 2007).

Existe uma série de fatores que podem estar vinculados com a permanência de funcionários em seus cargos, com o prazer e sentimento de realização dando assim sentido ao trabalho, o exercer suas competências e dons, habilidade de resolver conflitos, novas experiências e descoberta de novas habilidades. Nesse sentido, entende-se que os valores associados ao trabalho são aqueles que dão sentido e autonomia ao indivíduo (MORIN, 2001).

Ribeiro e Léda (2004) afirmam que o trabalho se tornou o centro da vida da maioria das pessoas, já que é a ele que se dedica tempo, empenho e disposição, porém, é cada vez maior o número de trabalhadores que não o percebem como realizador ou até mesmo útil à sociedade. Veem o trabalho como necessário financeiramente, sendo apenas um meio para alcançar objetivos externos. Apenas a minoria dos trabalhadores reconhece alguma identificação com sua atividade laboral.

Confirmando essa relação, o trabalho proporciona o provento das necessidades básicas e possibilita um sentimento de segurança, autonomia e independência (MORIN, 2001). Por outro lado, é no trabalho que se inicia a busca pelo sentimento de realização pessoal e social. Para que

isso aconteça, os objetivos propostos pela organização devem fazer sentido a seus objetivos pessoais, que o ambiente seja agradável e os relacionamentos interpessoais produtivos (TOLFO; PICCINNI, 2007).

Realizar um trabalho que não desperte nenhum interesse humano, em um ambiente onde as relações são superficiais, colabora para torná-lo absurdo (MORIN, 2001). Entende-se que a função deve ser útil para o meio social, já que ela não contribui apenas para o crescimento das pessoas que se encontram na realização da tarefa, e sim para um âmbito mais geral. A partir do momento que isso não acontece, ou que deixa de fornecer algum benefício para o próximo tende a se tornar menos satisfatório (TOLFO; PICCINNI, 2007).

Sabendo que a relação entre trabalho e prazer ou realização pessoal existe, reconhece-se que o oposto é verdadeiro de igual forma. Paschoal e Tamayo (2004) comentam a respeito de fatores que podem ser chamados de “estressores organizacionais” podendo ser eles os fatores físicos ou psicossociais, interligados aos relacionamentos interpessoais e ao papel desempenhado de fato pelo indivíduo.

### 3.2 SAÚDE DO TRABALHADOR NO CONTEXTO HISTÓRICO

A Medicina do Trabalho surge na Inglaterra com a Revolução Industrial, na primeira metade do século XIX, num panorama social caótico entre grandes epidemias, mudanças sociais pelo crescimento desordenado dos núcleos urbanos e alterações no sistema de produção decorrentes do início do capitalismo industrial que criavam terreno fértil para a exploração da força de trabalho e da pobreza (CAVALCANTE, 2008).

Nessa época ainda predominava o desinteresse pelas condições de saúde dos trabalhadores, reflexo dos períodos anteriores em que no trabalho escravo ou no regime servil, o trabalhador, o escravo e o servo eram pertences da terra como os animais e as ferramentas, sem história, sem perspectivas, sem esperança (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Como consequência, ocorriam os acidentes graves, mutilantes e fatais, as intoxicações agudas e outros agravos à saúde dos trabalhadores, incluindo mulheres e crianças. A submissão a um processo acelerado e desumano de produção levava ao consumo da força de trabalho em tal intensidade, que só começou a se modificar pelo intenso movimento social que levou políticos e legisladores a buscarem o controle sobre as condições e ambientes de trabalho (MENDES; DIAS, 1991). O *Factory Act*, lei das fábricas, de 1833, ampliou as medidas iniciadas por regulamentações em 1802 e levou as empresas a contratarem médicos para o controle da saúde dos trabalhadores (MENDES, 1995).

O reflexo internacional das consequências do trabalho sobre a saúde leva a Organização Internacional do Trabalho (OIT), criada em 1919, por meio da Recomendação 97 de 1953 sobre a “Proteção da Saúde dos Trabalhadores”, a recomendar aos Estados Membros a formação de médicos do trabalho e os Serviços Médicos do Trabalho (MENDES; DIAS, 1991). Para Mendes (1995, p.9), “a Medicina do Trabalho inicia timidamente no Brasil também no século XIX, como um braço da Medicina Social e da Saúde Pública, dentro do mesmo contexto político que ocorria na Europa: fortalecimento do Estado, proteção da cidade e, mais tarde, atenção aos pobres e à força laboral”.

Nesse período surgiram as primeiras ações de higiene nos ambientes de trabalho e medidas de controle de endemias (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997; MENDES, 1995). Na Medicina do Trabalho as ações eram totalmente centradas no médico, que era da confiança do empregador e responsável pela prevenção das doenças e pelas consequências que delas adviessem. Dentre as atribuições do médico do trabalho constava a seleção de trabalhadores com perfil e habilidades adequados à determinada atividade e ações educativas para adequar o trabalhador às condições de trabalho. A intervenção sobre a doença visava exclusivamente a recuperação do indivíduo para o trabalho como uma necessidade para a sobrevivência e reprodução do próprio processo de trabalho (MENDES; DIAS, 1991; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Numa avaliação crítica sobre o tema, Henrique Nardi (1997) afirma que o foco central da Medicina do Trabalho era a “saúde” do trabalho e da produção e não a saúde do trabalhador. Em função da fragilidade dos sistemas de assistência à saúde da população, tanto os provenientes do seguro social, quanto os públicos, os serviços médicos das empresas, ao prestar assistência básica aos trabalhadores e por vezes aos seus familiares, também passavam a ser instrumentos que criavam e mantinham certa dependência do trabalhador às suas contratantes, associado ao fato de que esses serviços médicos eram ferramentas de controle da força de trabalho (MENDES; DIAS, 1991).

Como características da Medicina do Trabalho são citadas as visões eminentemente biológica e individual – próprias da concepção positivista da prática médica, fundamentada numa relação inequívoca, com uma só causa para as doenças e acidentes e restrita ao ambiente de trabalho; na busca da adaptação física e mental dos trabalhadores às suas atribuições; no controle do absenteísmo; no retorno mais rápido ao trabalho; de isolar riscos específicos e atuar sobre as consequências das inadequadas condições a que eram submetidos os trabalhadores (MENDES; DIAS, 1991; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997; CAVALCANTE, 2008).

A partir do início do Século XIX ocorreram significativas mudanças nos processos e nas relações de trabalho que repercutiram diretamente sobre a saúde e a segurança dos trabalhadores. O início de tais mudanças ocorreu no período marcado pela Revolução Industrial na Inglaterra, houve um segundo grande marco que foi a Segunda Grande Guerra Mundial na primeira metade do Século XX e mais recentemente, a partir do final da década de 1960, o período marcado pela terceirização do trabalho, a transnacionalização da economia, a introdução da automação e da informática nos processos de trabalho que provocaram novas mudanças, inicialmente nos países industrializados do mundo ocidental, como a Inglaterra, a França, a Itália e os Estados Unidos e posteriormente na América Latina (MENDES; DIAS, 1991; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997; CAVALCANTE, 2008).

As principais terminologias usadas para caracterizar tais mudanças e diferenças foram Medicina do Trabalho, Saúde Ocupacional e Saúde do Trabalhador. Em linhas gerais, pode-se relacionar a Medicina do Trabalho ao seu foco principal de intervenção sobre as doenças (“recuperação da saúde”), a Saúde Ocupacional à prevenção do adoecimento e dos acidentes (“proteção à saúde”) e a Saúde do Trabalhador à educação para a proteção da saúde (“promoção à saúde”) (MENDES; DIAS, 1991).

Mesmo em uma avaliação menos aprofundada, percebe-se uma evolução no cuidado com a saúde dos trabalhadores na aplicação desses conceitos, do ponto de vista de uma proposta de melhoria das condições de vida e da busca do exercício pleno da cidadania. Num primeiro momento, a preocupação foi com o trabalho (Medicina do Trabalho), depois com a preservação da força de trabalho (Medicina Ocupacional) e mais recentemente com a saúde e o bem-estar do trabalhador (Saúde do Trabalhador) (MENDES, 1995).

No Brasil, as primeiras iniciativas no campo da Saúde do Trabalhador (ST) são resultantes de uma herança acumulada da Saúde Coletiva, fundamentada na Medicina Social latino-americana e influenciada por experiências vivenciadas no campo operário italiano. Com base nas propostas da Reforma Sanitária e nos avanços científicos da Medicina Preventiva, Medicina Social e da Saúde Pública, durante as décadas 1960/1970, a interpretação do processo saúde-doença e sua articulação com o trabalho foi ampliado (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

A saúde do trabalhador passa a ter uma nova definição e novo delineamento institucional a partir da Constituição Federal de 1988 com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua incorporação enquanto área de competência própria da saúde (BRASIL, 1988).

Tal resultado, advindo de um processo constituinte com marcada participação dos movimentos sociais e sindicais, ensejou estados e municípios a atualizarem seus estatutos

jurídicos de forma a acompanhar essas modificações e reforçar suas práticas no campo da saúde, em especial na Saúde do Trabalhador.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), no Artigo 6º, insere a Saúde do Trabalhador como um campo de atuação do SUS. No parágrafo 3º, estabelece Saúde do Trabalhador, para fins desta Lei, como um conjunto de atividades que se destina por meio de ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária a promoção e proteção dos trabalhadores. Também visa a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos de trabalho, abrangendo (BRASIL, 1990a, p.2):

- I - Assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
- II - Participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS) em pesquisas, avaliação de riscos e agravos potenciais à saúde existentes nos processos de trabalho;
- III - Participação no âmbito de competência do SUS, da normatização, fiscalização, controle das condições da produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias e produtos de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à Saúde do Trabalhador;
- IV - Avaliação dos impactos que as tecnologias provocam a saúde;
- V - Informação ao trabalhador e sua respectiva entidade sindical e as empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos, e de demissão, respeitando os preceitos da ética profissional;
- VI - Participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de Saúde do Trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;
- VII - Revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e,
- VIII - A garantia ao sindicato dos trabalhadores requerer ao órgão competente a interdição de máquina do setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho quando houver exposição a risco iminente à vida ou à saúde dos trabalhadores.

Dessa forma, a configuração de Saúde do Trabalhador se constitui diretamente no âmbito do direito à saúde, previsto como competência do SUS. Devido a abrangência do seu campo de ação, apresenta caráter intrasetorial (envolvendo todos os níveis de atenção de

atenção e esferas de governo do SUS) e intersetorial, envolvendo a Previdência Social, Trabalho e Meio Ambiente, Justiça, Educação e demais áreas relacionadas com as políticas de desenvolvimento. Isso exige uma abordagem interdisciplinar e com a gestão participativa dos trabalhadores.

O Art. 13 da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), no Capítulo da Organização, da Direção e da Gestão, orienta a criação de Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST). O objetivo é assessorar os conselhos estaduais de saúde no estabelecimento, desenvolvimento e proposição de políticas de Saúde do Trabalhador (BRASIL, 1990a).

A Portaria nº 3.908/GM-MS/30/09/1998, Norma Operacional da Saúde do Trabalhador (NOST), estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de Saúde do Trabalhador no SUS.

### 3.3 MUDANÇAS SOCIAIS E POLÍTICAS E AS CONSEQUÊNCIAS PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR

Ao término de um período de expansão de economia mundial, iniciado depois da Segunda Guerra Mundial e considerado como os “anos de ouro” do capitalismo, as reconfigurações sociais e econômicas, progressivamente instauradas desde a eclosão das crises de acumulação da década de 1970, determinaram em escala planetária, uma radical reestruturação no mercado de trabalho (HARVEY, 2004).

Num contexto de margens de lucro reduzidas, da existência de mão de obra abundante e da fragilização das organizações sindicais, foi crescentemente implantada a chamada “flexibilização” dos vínculos do trabalho, notadamente caracterizada pela imposição de jornadas em tempo parcial; regimes temporais; subcontratações; trabalho domiciliar, terceirização; desenvolvimento de múltiplas tarefas. Nesse complexo, novas técnicas e formas organizacionais marcaram a transição entre a produção e o consumo de massa, característica do fordismo, para um sistema de produção flexível (HARVEY, 2004), pautado pela desindustrialização, de localização, economia de escopo e taxas crescentes de desemprego (GORENDER, 1997).

Como consequência, um terço da força de trabalho mundial convive na atualidade com trabalhos em regime parcial, precário, temporário ou com subemprego e mesmo o desemprego aberto (ANTUNES, 2007).

A desregulamentação do trabalho e a primazia do mercado em relação ao Estado, constitutivas dessa “nova ordem”, ocasionaram crescente monopolização no setor industrial e

o predomínio cada vez maior do capital financeiro ou “portador” de juros (MAZZA; MENDES, 2014).

Assim, constitui-se um forte poder global dos conglomerados financeiros que escapa ao controle dos governos nacionais, em um mundo no qual os fluxos são instantâneos, sejam de informação, sejam de dinheiro e crédito. Chesnais (2010) considera que grupos do setor de manufaturas e de serviços estão intimamente imbricados com a dimensão financeira, em um fenômeno que o autor denomina como a “mundialização” do capital, daí a existência, hoje, da agroindústria da bioengenharia, dos bancos vinculados aos grandes conglomerados transnacionais.

Neste quadro, os capitais globais exigem crescentemente o desmonte da legislação social protetora do trabalho, com o decorrente aumento dos mecanismos de extração de direitos sobre o trabalho. Amplia-se, assim, a destruição dos direitos sociais duramente conquistados desde o advento da Revolução Industrial.

Exemplo recente é a condição atual de mulheres mães e trabalhadoras autônomas que, num ambiente profissional de crescente informalidade, não podem desfrutar total ou parcialmente da licença maternidade vigente no país de 120 dias, comumente acrescida de 30 dias de férias (RODRIGUES, 2020). Ou seja, segundo a matéria do jornal, bebês de até 11 dias estão chegando às creches paulistanas, ficando privados da presença das mães numa etapa descrita por médicos como ‘gestação externa’, uma transição entre o útero materno e o mundo externo que duraria em torno de dois meses. Por um lado, sintomas de abstinência do filho na mãe, falhas no aleitamento materno exclusivo e lacunas no desenvolvimento da personalidade da criança são temas preocupantes; por outro, demandas cada vez maiores sobre os gestores municipais para esse perfil de vagas em creches tem gerado tal aumento na oferta, com necessidade de adaptações e equipamentos, como encostos para bebês que ainda não sentam e cadeiras vibratórias, além de serviço de peruas só para bebês, com cadeirinhas. Rodrigues (2020) discute que situações assim serão cada vez mais comuns, enquanto as mães são unânimes em afirmar que não tem escolha.

Conforme Antunes (2011) são características dos processos de trabalho em todo o mundo, hoje, a individualização, a informalidade, a terceirização e a mercadorização do trabalho informacional e todas elas trazem embutidas uma tendência precarizante.

Tais mudanças impactam diretamente no trabalho em saúde, uma vez que a maioria da força de trabalho em saúde (FTS) se compõe de mulheres (WERMELINGER et al., 2010; SCHEFFER, 2018). De acordo com Wermelinger (2010), a FTS apresenta-se polarizada no Brasil em 69% do total, variando de 12% dos profissionais médicos a 57% de nível médio e

elementar, entre os de hierarquia mais alta e mais baixa na equipe de saúde, entre os que detêm o saber de mais complexidade e de menos complexidade, variação que distribui também entre as regiões do país.

### 3.4 FATORES ESTRESSORES NO TRABALHO EM SAÚDE E RISCOS OCUPACIONAIS

Os profissionais da saúde no sistema público são submetidos a várias situações desde risco biológico, exposição a materiais tóxicos, assim como precarização da organização e do trabalho, citando parcelamento de tarefas, falta de reconhecimento profissional, baixos salários e ausência de trabalho em equipe (CARREIRO et. al., 2013).

A necessidade de regime de plantões gera duplos empregos e longas jornadas de trabalho, comuns entre os trabalhadores da saúde, especialmente quando os salários são baixos para manter uma vida digna. Assim, essa prática pode danificar a integridade física e psíquica do indivíduo (SILVA, 2011).

Os estressores do ambiente de trabalho podem ser categorizados em seis grupos (CAMELO, 2010):

1. Fatores intrínsecos ao trabalho (condições inadequadas de trabalho, turno de trabalho, carga horária de trabalho, contribuições no pagamento, viagens, riscos, nova tecnologia e qualidade de trabalho);
2. Papéis estressores (papel ambíguo, papel conflituoso, grau de responsabilidade para com pessoas e coisas);
3. Relações interpessoais no trabalho (relações difíceis com o chefe, colegas, subordinados, clientes sendo diretamente ou indiretamente associados);
4. Estressores na carreira (falta de desenvolvimento na carreira, insegurança no trabalho devido a reorganizações ou declínio na indústria);
5. Estrutura organizacional (estilos de gerenciamento, falta de participação, pobre (ineficiência da comunicação);
6. Interface trabalho-casa (dificuldade no manejo desta interface).

Em alguns serviços específicos, como os serviços de emergência, são encontrados alguns sintomas repetitivos às manifestações de *stress* em trabalhadores como: dificuldade em dormir, falhas na concentração e/ou sonhos recorrentes com as ocasiões traumáticas dos acidentes que atenderam. Isso pode gerar consequências como elevação da pressão arterial, aumento do consumo de cigarro, depressão, doença cardíaca e distúrbios mentais (ARANTES, 2010).

As atividades na área da saúde são consideradas profissões estressantes, pois aumentam a possibilidade de ocorrência de desgastes físicos e psicológicos devido à responsabilidade pela vida das pessoas e o contato com os pacientes e seu sofrimento, exigindo dedicação no desempenho de suas funções (FELIX, 2017).

Estudos apontam o excesso de trabalho como o estressor mais relevante na atividade hospitalar além dos conflitos internos entre a equipe, sendo a falta de definição do papel profissional um fator somatório aos estressores (DANTAS, 2012).

Outros fatores que podem desencadear o estresse no profissional de saúde são: poucos recursos materiais e humanos que interferem na qualidade do trabalho, a carga horária de 12 horas contínuas, as situações imprevisíveis, a pressão pelo cumprimento das atividades, a fragmentação das tarefas e a exigência de domínio tecnológico (SANTO; OLIVEIRA; MOREIRA, 2006).

Outro agravante para o desgaste desses trabalhadores é o trabalho noturno, pois altera o ciclo sono-vigília, e pode afetar a eficiência, a saúde física e psicológica, o bem-estar, o convívio com a família e a vida social do indivíduo (FERRAREZE; FERREIRA; CARVALHO, 2006). Além disso, o trabalho noturno interfere no sistema de regulação hormonal e pode levar a distúrbios nos sistemas digestivo, reprodutor, endócrino e do sono. Com isso, os trabalhadores submetidos a esse regime de trabalho têm dificuldades para dormir e para acordar, podendo abusar de álcool ou barbitúricos, se tornando agressivos ou irritados, o que resulta em prejuízos em sua vida familiar e social (ROCHA, 2010).

Estabelecer uma relação entre o trabalho e o adoecimento ainda pode ser considerada uma árdua tarefa, já que existem autores que consideram o adoecimento unicamente estabelecido por fatores químicos ou orgânicos, porém, em contrapartida, vem sendo aceita uma visão menos simplista e mais holística do ser humano, assim percebendo a influência de seu meio e de um conjunto biopsicossocial (LIMA, 2015).

Todos os profissionais que atuam no ambiente de assistência à saúde estão sujeitos aos agravos, tanto físicos, quanto psíquicos. No entanto, percebe-se que esse último atinge em maior número e gravidade, os profissionais que estão diretamente ligados à assistência ao paciente, como médicos e equipe de enfermagem.

Estudo realizado com trabalhadores de enfermagem de um serviço de pronto atendimento considerou que a dinâmica organizacional nesta unidade suscita sobrecarga de movimento e tensão ocupacional, o que está pertinente à degradação da saúde física e mental destes profissionais (JODAS; HADADD, 2009).

Entre os agravos físicos que acometem o trabalhador e afetam suas atividades laborais são as LER, as DORT, doenças cardiovasculares e respiratórias.

Quando se trata de agravos relacionados à saúde mental, vários aspectos são descritos como geradores de tensão, *stress* e ansiedade, sendo esses fatores: problemas relacionais e de trabalho, cultura institucional, sentimento de desvalia profissional, insatisfação, entre outros, deixando-os mais suscetíveis a transtornos mentais, mais especificamente a Síndrome de *Burnout* (FERRARI et al., 2012). Além dos citados, Barbosa e Soler (2003) acrescentam questões de infraestrutura, higiene, segurança, ambiente físico e sua estrutura e riscos ocupacionais. E questões chamadas de extra laborais, organização e atribuição de tarefas, carga horária, alimentação e transporte, bem como relações sociais e suas trocas.

O risco ocupacional é definido como "uma condição ou conjunto de circunstâncias que têm o potencial de causar efeito adverso, que pode ser: morte, lesões, doenças ou danos à saúde do trabalhador, à propriedade ou ao meio ambiente" (BRASIL, 2001a). Os trabalhadores que atuam na área da saúde estão sujeitos a vários riscos: físicos (calor, frio, umidade, radiações ionizantes), químicos (quimioterapia, glutaraldeído, detergentes enzimáticos, cloro), biológicos (bactérias, vírus, fungos, protozoários) e mecânicos e/ou ergonômicos (ligados à natureza biopsicossocial do ambiente de trabalho) (BRASIL, 2001b). Ou seja, de modo geral, os profissionais que atuam no ambiente hospitalar se defrontam com os denominados riscos ocupacionais e os agentes causadores destes riscos são caracterizados como riscos químicos, físicos, biológicos, ergonômicos e de acidente. Estes riscos agravam ou determinam o aparecimento de doenças ou problemas de saúde, além dos acidentes (ROBAZZI; MARZIALE, 2004).

Os riscos ergonômicos são aqueles resultantes da falta de adaptação do homem ao trabalho, causando sobrecargas nas estruturas músculo esqueléticas como esforço físico intenso, levantamento e transporte manual de peso, exigência de posturas inadequadas, repetitividade, controle rígido de produtividade, imposição de ritmos excessivos, trabalho em turno e noturno, jornada de trabalho prolongada. Esses dão origem a fadiga, a lombalgia, a doenças osteomusculares como LER –DORT (BRASIL, 2001b).

Os riscos mecânicos são descritos como fatores ou situações potencialmente causadoras de acidentes, como arranjo físico inadequado, máquinas e equipamentos sem proteção, ferramentas inadequadas, eletricidade, probabilidade de incêndio ou explosões, armazenamentos inadequados, falta de sinalização, causando traumatismos em geral, como, por exemplo: traumatismo crânio- encefálico, fraturas, amputações, esmagamentos, queimaduras, torções e outros (BRASIL, 2001b).

Desse modo, as diversas atividades executadas no âmbito hospitalar expõem os trabalhadores a riscos ocupacionais de diferentes naturezas, diretamente ligados as atividades desempenhadas. Alguns grupos profissionais possuem exposições similares e caracterizam os Grupos Homogêneos de Exposição (GHE), descritos pelo Anexo 13-A, da Norma Regulamentadora nº 15 (BRASIL, 2015) e na Norma Regulamentadora nº 20 (BRASIL, 2013). A caracterização destes GHE possibilita uma melhor análise no mapeamento de riscos durante a elaboração do Programa de Prevenção aos Riscos Ambientais, descrito pela Norma Regulamentadora nº 9 (BRASIL, 2017b), essencial para a execução do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional descrito pela Norma Regulamentadora nº 7 (BRASIL, 2013).

O Programa de Prevenção aos Riscos Ambientais do Hospital Infantil Waldemar Monastier lista 47 GHE relacionados aos diferentes setores da instituição (HIWM, 2018). Entre os grupos com as exposições mais críticas estão os das áreas assistenciais e de manutenção, que atuam na atenção direta aos pacientes e ou no contato com ambientes e insumos potencialmente infecciosos, respectivamente. O principal risco nessas atividades é o biológico, que pode expor os trabalhadores aos agentes microbiológicos, como vírus, protozoários, bactérias e fungos. Outros GHE podem ter acesso eventual aos ambientes potencialmente infecciosos, como os setores de fiscalização e apoio, além dos profissionais de higienização e limpeza que se expõem aos mesmos riscos (HIWM, 2018; BRASIL, 2017b).

Com relação aos riscos físicos, os profissionais do setor de diagnóstico por imagem possuem o risco de exposição à radiação ionizante, enquanto os profissionais da cozinha se expõem ao calor e umidade. Além disso, os profissionais de manutenção em certas ocasiões possuem a exposição aos ruídos. Algumas atividades expõem os trabalhadores aos riscos químicos, como na higienização e limpeza, manipulação de fármacos, armazenagem de produtos, entre outras (HIWM, 2018; BRASIL, 2017b).

Os riscos ergonômicos estão presentes nos mais diversos grupos de exposição, pois são atrelados às posturas inadequadas, trabalho repetitivo, levantamento de peso ou ritmo excessivo de trabalho. Os riscos de acidentes, também conhecidos como riscos mecânicos, também podem ser categorizados em todos os GHE, pois enquadram todos os riscos de queda, corte, perfuração, incêndio e outros agravos inerentes as atividades ou ao ambiente não categorizados nos demais riscos (HIWM, 2018; BRASIL, 2017b).

Dada sua frequência e importância epidemiológica na saúde do trabalhador, destacam-se, a seguir, três agravos ou condições que acometem os trabalhadores em saúde.

### **3.4.1 Lesões por Efeitos Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho**

Os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) estão entre as principais doenças ocupacionais que afetam os trabalhadores após a industrialização, sendo hoje um dos principais problemas de saúde pública. Os DORT causam não somente danos físicos, como também sociais e econômicos (LUNA; SOUZA, 2014).

Estudo realizado com portadores de DORT no Estado de Sergipe constatou que estes têm dificuldades nas atividades diárias e a dor afeta também seu desempenho no trabalho. Os participantes ainda relatam dificuldades de relacionamento familiar e prejuízo na vida social. Além disso, todo esse desgaste emocional relacionado à vida pessoal passa a afetar ainda mais o desempenho no trabalho (DOSEA; OLIVEIRA; LIMA, 2016).

Esses agravos são qualificados como lesões em músculos, nervos, tendões, vasos, bainhas e outras estruturas que atuam no movimento do corpo, e causam dor e perda da força, tanto nos músculos quanto nas articulações, fadiga, entre outros sintomas (GAEDKE; KRUG, 2008; BRASIL, 2012a). Suas causas advêm por vários fatores, como: postura forçada, movimentos repetitivos por longo período, ambientes com ruídos ou mal iluminados, pressão de tempo, cumprimento de metas, entre outros causadores de estresse mecânico. Também podem surgir ou serem agravados por fatores relacionados à organização do trabalho como ambiente estressante, exigência de concentração para evitar erros, jornadas prolongadas e excesso de trabalho (BRASIL, 2001b, 2012; REGIS FILHO; MICHELS; SELL, 2006).

### **3.4.2 Doenças Mentais (ansiedade, síndrome do pânico e depressão)**

Os transtornos mentais têm ocupado um lugar de destaque no mundo do trabalho. A ocorrência destes e sua relação com o ambiente de trabalho podem decorrer de várias causas e atingir todos os profissionais da saúde (FERNANDES; SOARES; SOARES E SILVA, 2018).

Esses profissionais atuam diretamente com o sofrimento humano, direta ou indiretamente. Se tratando especificamente da enfermagem, muitas vezes esse profissional tem baixo controle sobre a atividade que desempenha, mediante ao alto grau de exigência, o que contribui para o surgimento de problemas psíquicos (RODRIGUES; RODRIGUES; OLIVEIRA; LAUDANO; NASCIMENTO SOBRINHO, 2014; SILVA; TEIXEIRA; SOARES et al., 2017).

Quando se trata de riscos ocupacionais, aumentados além de outros fatores, pelo excesso de trabalho, autores defendem que há interação de corpo e mente de tal forma que, se o corpo sofre a mente também sofre. Dessa forma, o desgaste mental é apontado como a principal causa das doenças mentais associadas ao trabalho (FERNANDES; SOARES; SOARES E SILVA, 2018).

### 3.4.3 Síndrome de *Burnout*

O *Burnout*, ou síndrome do esgotamento profissional, tem sido alvo de diversos estudos de prevalência, diagnósticos de vigor de construção, identificação de fatores de risco, sendo que na literatura médica, tem sido foco de estudo na medicina ocupacional, psicossomática e clínica médica (VIEIRA et al., 2006).

Esta síndrome é definida como um processo gradual pelo qual as pessoas perdem o interesse em seu trabalho, senso de responsabilidade, podendo chegar até depressões profundas eles estão levando à morte. *Burnout* é uma síndrome psicossocial. Envolve sentimentos de exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal no trabalho (ROSSI et al., 2010).

A Síndrome de *Burnout* é considerada uma importante doença em sociedades de bem-estar. Observações realizadas pelo médico psiquiatra Herbert Freudenberger dentro de uma clínica de desintoxicação em meados dos anos 1960 permitiram as primeiras descrições científicas de pessoal afetadas por este distúrbio (MONTERO-MARÍN et al., 2011).

O próprio Freudenberg, que teve uma vida profissional com muitas frustrações e dificuldades, que lhe proporcionaram uma exaustão física e emocional, foi quem primeiro a utilizar o termo *Burnout*, em 1974, definindo-o como sendo um sentimento de fracasso e de esgotamento, decorrentes de um desgaste enorme de energia, causando um esgotamento, desilusão e um dano no que se refere ao interesse pelo trabalho (GALINDO et al., 2012).

Inicialmente, a Síndrome de *Burnout* foi diagnosticada em indivíduos pertencentes às chamadas profissões de ajuda como advogados, professores, assistentes sociais, dentistas, enfermeiros e médicos (PIRES et al., 2005).

Estudo realizado na década de 1970 caracterizou a síndrome de *Burnout* como uma exaustão emocional, despersonalização e redução da efetivação pessoal, e, também, uma condição relacionada à organização do trabalho (VIEIRA et al., 2006).

Contudo, foi apenas na década de 1980 que os critérios de avaliação da síndrome foram criados, através da concepção de um instrumento, o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (MONTERO-MARIN et al., 2009).

O questionário MBI foi adaptado para aplicação não só às profissões de serviços humanos, mas a todas as ocupações em geral. Uma definição atualizada de *Burnout*, construída com a última versão do MBI é que se trata de uma resposta prolongada a problemas emocionais e interpessoais, na qual o indivíduo apresenta exaustão (a sensação de não poder oferecer qualquer mais de si mesmo em um nível emocional), cinismo (atitude distante em relação ao trabalho) e ineficácia (sentimento de não realizar as tarefas adequadamente e de ser incompetente no trabalho) (MONTERO-MARÍN; GARCÍA-CAMPAYO, 2010).

Esta síndrome está associada a uma perda gradual de energia e do entusiasmo, e reflete uma falta de harmonia entre o trabalhador e o seu local de trabalho, e se desenvolve progressivamente. Apresenta-se com diferentes sintomas, tanto somáticos e psicológicos, com altos níveis de exaustão emocional e despersonalização ou baixo nível de imagem pessoal (MONTERO-MARIN et al., 2016).

Montero-Marin et al (2009) descrevem-no como um reflexo da maioria dos ambientes trabalhos atuais, pois, como a concorrência de trabalho exige de os profissionais produzir cada vez melhor em menos tempo e com o mínimo de recursos possíveis.

Existem quatro variáveis importantes para explicar o surgimento e desenvolvimento de *Burnout*: 1) A pressão para satisfazer as exigências dos outros; 2) Intensa competitividade; 3) Desejo por mais dinheiro; e 4) Sentimento de ser privado de algo que merece.

O Quadro 1, baseado nos estudos de Caiaffo (2003) traz uma síntese das áreas afetadas, colocadas como categorias, e seus sintomas.

**Quadro 1.** Sintomas de *Burnout* e categorias

| CATEGORIAS    | SINTOMAS  |
|---------------|---|
| Físicos       | Fadiga, distúrbios do sono, dores musculares;   |
| Psíquicos     | Diminuição da memória, dificuldade de concentração, diminuição da capacidade de tomar decisões;                                     |
| Emocionais    | Desânimo, ansiedade, depressão, impaciência, irritação, pessimismo;   |
| Comportamento | Tendência de isolamento, perda de interesse pelo lazer, aumento do consumo de bebidas alcoólicas e fumo e tendência ao absenteísmo. |

Fonte: CAIAFFO (2003, p.23)

*Burnout* tem sido considerado com uma forma de estresse laboral ou ainda como intensificação da sintomatologia própria do estresse. As ações de nível individual são perceber a tempo e pedir ajuda, ter flexibilidade para mudar, encontrar um equilíbrio entre a vida pessoal e profissional, manter visão alinhada entre missão pessoal e profissional, definir metas e objetivos mensuráveis e realizáveis (CAMPOS, 2005).

O adoecimento laboral, mais especificamente o *stress*, é considerado um processo dinâmico e seu desenvolvimento está relacionado aos mecanismos pessoais de enfrentamento e para que o quadro seja revertido é necessário que intervenções sejam feitas. Caso isso não ocorra, existe a possibilidade de aumento na gravidade e debilidade no organismo (CARVALHO; MALAGRIS, 2007).

Selye (1956) caracterizou o *stress*, como Síndrome Geral de Adaptação (SGA), já que é decorrente do esforço do indivíduo em se manter adaptado em seu ambiente, sendo dividido em fases específicas, a primeira chamada de alerta, seguida por resistência e por consequência a exaustão.

O *stress* é discutido por Silva e Gomes (2009), na tentativa de identificar em variáveis influenciadores presentes, dentro da realidade de estudos realizados. Citam questões relevantes como idade predominante até os 30 anos, funcionários do sexo feminino e solteiros. Esses fatores são discutidos e podem ser relativos, mas, identificou-se como o grupo com maiores incidências do quadro.

Existe uma relação entre o desgaste físico e mental, podendo levar o trabalhador ao extremo adoecimento como o *Burnout*, desesperança e desespero, e que podem levar ao suicídio. Bem como, há ainda o surgimento de outros sintomas como medo, ansiedade e desgaste ou a depressão (BERNARDO et al., 2011).

Já para Trigo, Teng e Hallak (2007), o termo vem de uma expressão do inglês indicando algo que deixou de funcionar por falta completa de energia, demonstrando que chegou ao seu limite. Adaptando a realidade dos trabalhadores que são acometidos pela síndrome, os autores destacam prejuízos emocionais e físicos refletidos no desempenho, excesso e prolongamento de *stress* e tensão no trabalho, acarretando exaustão emocional, distanciamento das relações pessoais e diminuição do sentimento de realização pessoal.

O quadro é caracterizado por três fases distintas com sintomatologia específica, sendo a primeira a Exaustão Emocional, onde o indivíduo sente-se esgotado, sem recurso se energia para realizar suas tarefas. Seguido pela despersonalização, momento em que passa a tornar se distante e impessoal em suas atividades e em suas relações. Em um último momento identifica-se a baixa realização, caracterizada pelo auto avaliação negativa (CARLOTTO; CÂMARA, 2008).

Os autores ainda relatam que o quadro pode surgir como uma comorbidade de outros transtornos e quadros psicopatológicos como, por exemplo, a depressão. Ou da forma inversa, inicialmente o *Burnout* e então seguido por transtornos depressivos. Suas consequências podem refletir em três aspectos da vida do profissional, sendo eles: individual, profissional e organizacional (TRIGO; TENG; HALLAK, 2007).

De acordo com Carlotto e Câmara (2008), um dos fatores para o surgimento, ou talvez para o aumento de casos de *Burnout* foi o aumento da pressão em profissões consideradas prestadoras de serviço. E o crescimento de estudos na área pode ser explicado pelo fato da admissão na Organização Mundial de Saúde, o aumento da demanda em si mesma e a conscientização e maior conhecimento tanto da população de forma geral bem como de estudiosos da área.

Para Lima (2005), as condições adversas de um trabalho podem inferir o desencadeamento de uma série de transtornos mentais além dos quadros citados, como fadiga nervosa, síndrome do pânico, transtornos relacionados ao alcoolismo, *stress* pós-traumático até os transtornos específicos de personalidade.

Dalmolin et al. (2014), buscam encontrar relações entre sofrimento moral sofrido pelo enfermeiro e a ocorrência da Síndrome de *Burnout*, porém, verificou-se de forma leve. Ressaltou-se como fator influenciador considerável a realização de procedimentos considerados fúteis ou desnecessários, com isso, a desvalorização de seu trabalho e conhecimento técnico.

Justamente pela exposição e por acometer seriamente os trabalhadores é necessário que esses sejam orientados a buscar prevenção e acompanhamento para esses fenômenos (FERRARI et al., 2012), o que pode ser realizado com a ajuda do profissional enfermeiro.

### 3.5 POLÍTICAS DE SAÚDE E SAÚDE DO TRABALHADOR

A OMS, por meio do artigo 2º de sua Constituição, coloca como uma de suas funções a promoção da melhoria das condições de trabalho e (OMS, 1946) a OIT, em sua Convenção 155, prevê a adoção de políticas nacionais de saúde e trabalho e o desenvolvimento de ações a serem realizadas pelos governos e instituições com vistas a promoção da segurança e saúde no trabalho e melhorias nas condições deste (BRASIL, 1994).

O Brasil, reconhecendo a importância da Convenção 155, que dispõe sobre Segurança e Saúde dos Trabalhadores e o Meio Ambiente de Trabalho, concluída em Genebra, em 22 de junho de 1981, promulga a mesma convenção em 1994, por meio do Decreto 1.254 (BRASIL, 1994). As recomendações devem ser revisadas temporariamente levando-se em conta a situação

e as políticas nacionais e prevê a notificação e publicação de estatísticas relacionadas aos acidentes de trabalhos e às doenças ocupacionais (FIOCRUZ, 2019).

Nesse contexto, o Brasil publicou duas políticas, a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST, por meio do Decreto Nº 7602, de 7 de novembro de 2011 - e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, por meio da Portaria Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. A primeira objetiva:

[...] a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho (BRASIL, 2011, p. 1).

A segunda política nacional objetiva, conforme a íntegra do seu artigo 2º:

Art. 2º A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (BRASIL, 2012c, p. 1).

Ambas as políticas focam na prevenção, tratamento, acompanhamento, registro, notificação de agravos relacionados à saúde do trabalhador e garantem os direitos de trabalhadores e trabalhadoras em todo o território nacional, em todas as formas de vínculo, desde autônomo a servidores públicos, passando por trabalhadores rurais e urbanos, formais e informais (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012c).

Em 2017 entrou em vigor a Reforma Trabalhista, por meio da Lei 13.467, que altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (BRASIL, 2017a). No que diz respeito à saúde do trabalhador, alguns pontos merecem destaques, por estarem diretamente ligados à temática da presente pesquisa:

1. Serão computados, para fim de aposentadoria, o período que o trabalhador estiver afastado do trabalho por acidente de trabalho;
2. Não será computado, como hora trabalhada, o período excedente que o trabalhador permanecer no ambiente de trabalho, desde que ele não esteja relacionado estritamente às suas atividades laborais, sem conhecimento e aval do empregador;

3. O tempo despendido pelo trabalhador desde a sua residência até o local de trabalho, especificamente o posto de ocupação e seu retorno, independente do trajeto e do meio de transporte, inclusive o fornecido pelo empregador, não será computado na jornada de trabalho, por não ser tempo à disposição do empregador (BRASIL, 2017a).

No Estado do Paraná, a saúde do trabalhador está organizada por meio de uma rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Um desses centros possui abrangência estadual, equipamento denominado de Centro Estadual de Saúde do Trabalhador (CEST), que está em consonância com o organograma da SESA, sediado em Curitiba, e oito CEREST Macrorregionais (CEREST-MR), sediados em oito cidades do Estado, congregando as 22 Regionais de saúde (RS) e seus 399 municípios (PARANÁ, 2017).

O CEST é um espaço de gestão da saúde do trabalhador dentro da SESA e, por meio dos CEREST-MR, apoia o desenvolvimento das ações mediante a metodologia do Apoio Matricial. Os profissionais do CEST são referências técnicas para os CEREST-MR em todas as diretrizes da ST preconizadas nos instrumentos de gestão do Estado. O CEST organiza seu processo de trabalho por meio de três setores, o administrativo, o setor de sistema de informação e análise de situação e o setor de vigilância de ambientes e processos de trabalho (PARANÁ, 2017).

A relação entre Estado, por meio da SESA e CEST, e a unidade hospitalar, mais especificamente o Serviço de Saúde e Segurança do Trabalhador (SSST), se dá pela contratação de recursos humanos, via concurso público, e apoio no encaminhamento de trabalhadores a serviços específicos, como atendimento com psicólogo, assistente social ou médico do trabalho, além da perícia médica, quando esta se faz necessária. Ainda, o CEST oferece apoio frente à necessidade de esclarecimentos sobre as legislações vigentes que embasam as ações relacionadas à saúde do trabalhador no Estado.

Assim, a SESA demonstra preocupação e interesse na saúde do trabalhador, visto que mantém um setor especializado no seu núcleo central, que o CEST. Contudo, não há um instrumento padrão fornecido por esse órgão para a realização da consulta de enfermagem, lacuna frente a qual foi sendo desenvolvido um trabalho incipiente no serviço em investigação e que culminou com a proposição do presente projeto aplicativo.

### 3.6 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA SAÚDE DO TRABALHADOR

Segundo Torres et al. (2011) a saúde do trabalhador e um ambiente de trabalho saudável são valiosos bens individuais, sociais e organizacionais. A saúde ocupacional é uma importante

estratégia não somente para garantir a saúde dos trabalhadores, mas também para contribuir positivamente para a produtividade, qualidade dos produtos, motivação e satisfação do trabalho e, portanto, para a melhoria geral na qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade como um todo.

Cabe ao enfermeiro do trabalho, junto aos demais profissionais de saúde ocupacional, a efetivação de medidas de prevenção de riscos e danos, assim como a condução e acompanhamento, sempre que necessário, no tratamento de lesões ou doenças provocadas ao indivíduo e ao coletivo, advindas do trabalho ou que apresentem relação com o mesmo (SILVA; LUCAS, 2009).

O SSST do hospital em estudo teve início em 2016, atendendo por livre demanda, sendo a pressão alta a queixa principal da maioria dos trabalhadores, conforme experiência vivenciada à época. Em 2017, devido ao aumento da procura, iniciaram-se alguns registros dos atendimentos, de uma maneira geral, sem um instrumento orientador tanto para o atendimento quanto para o registro propriamente dito. Já no início daquele ano, em fevereiro, a média alcançava três atendimentos ao dia, o que levou a necessidade da construção de um instrumento para guiar o processo, porém, uma construção ainda muito simples, baseada no conhecimento prático do enfermeiro e na queixa do paciente.

A medida em que o trabalho do enfermeiro ganhava visibilidade, em 2018, de maio a dezembro, as consultas alcançaram uma média de 14 ao dia, o que também aumentou a necessidade de aprimorar o instrumento, de modo que ficassem registrados os dados dos atendimentos, as queixas do paciente, bem como os encaminhamentos para especialistas e exames. Essa metodologia facilitou o acompanhamento das queixas dos trabalhadores.

A assistência de enfermagem é regulamentada pela Resolução COFEN nº 358/2009, que determina o uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem (PE) em todo ambiente onde o cuidado de enfermagem seja realizado (COFEN, 2009). Conforme descrevem Venâncio et al. (2011), a partir da elaboração do PE, o enfermeiro do trabalho interage com o trabalhador, utilizando a lógica científica que contempla o levantamento de dados, identificação de diagnósticos e consequente associação dos mesmos ao processo de trabalho-saúde-doença. Desse modo, torna-se capaz de planejar, prescrever, implementar e avaliar uma assistência de enfermagem qualificada e direcionada ao trabalhador.

O PE é composto pelo cuidar, gerenciar e educar e em cada contexto de atuação possui objetivos específicos com vistas ao bem-estar do ser humano. Essas diferentes etapas do trabalho do enfermeiro precisam estar claras na sua formação e no cotidiano do exercício profissional (GELBCKE; REIBNITZ; PRADO; LIMA; KLOH, 2011).

O PE compreende as fases de histórico (entrevista e exame físico), levantamento de diagnósticos de enfermagem, prescrição e implementação da assistência e evolução de enfermagem (COFEN, 2009). Sua prática vem para organizar o planejamento, a execução, o controle e a avaliação das ações de cuidado direto e indireto ao indivíduo, família e comunidade (GONÇALVES et al., 2007). Trata-se de um instrumento do processo assistencial do enfermeiro que contribui para a qualidade da assistência, pois articula ferramentas como a comunicação, conhecimentos e interação com inúmeros aspectos ligados às dimensões gerenciais e assistenciais (TORRES et al., 2011).

Desse modo, o PE é formado pelo histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem e, segundo a legislação, corresponde ao que usualmente se denomina consulta de enfermagem (COFEN, 2008). A consulta de enfermagem deve ser sistematizada, construída em bases científicas, com utilização de uma linguagem unificada de enfermagem. Deve oportunizar a clara comunicação e a documentação da sua prática e dessa forma favorecer a promoção e manutenção da vida, bem como a melhoria da qualidade da assistência prestada (DANTAS; SANTOS; TOURINHO, 2016).

Nesse sentido, ressalta-se a importância de que o PE seja norteado por uma teoria de enfermagem e que se adéque à realidade do local onde será aplicada (CARRARO, 2001). Para Sampaio (2008), a implementação do PE associado a uma teoria pode culminar numa assistência mais efetiva, com a garantia de participação do próprio trabalhador no planejamento e execução do cuidado.

Compreende-se que o modelo de autocuidado, desenvolvido por Dorothea Orem, em 1950, seja capaz de contribuir de modo eficaz no campo da saúde do trabalhador, pois considera que diferentes cuidados em saúde devem ser correlatos às diferentes situações de vulnerabilidade aos quais indivíduos por alguma limitação física, psíquica ou intelectual são acometidos, classificando-se tais cuidados em categorias conforme o grau de dependência. O autocuidado é a prática de atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício para a manutenção da vida e do bem-estar, sua independência, seu desenvolvimento pessoal, melhoria da autoestima e autoimagem (FOSTER; JANSSENS, 1993).

Alguns requisitos de autocuidado são importantes, Orem classifica-os em universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde. Os requisitos universais estão associados a processos de vida e à manutenção da integridade da estrutura e funcionamento do organismo, comuns a todos os seres humanos durante todos os estágios do ciclo vital, exemplificados por atividades do cotidiano, como a ingestão suficiente de ar, água e alimentos. Os requisitos de desenvolvimento

são as expressões especializadas que foram particularizadas por processos de desenvolvimento, associados a algum evento, como a adaptação a um novo trabalho ou a determinadas mudanças físicas. Os requisitos de desvio de saúde são exigidos em condições de doença, ferimento ou moléstia, ou em consequência de medidas médicas exigidas para diagnosticar e corrigir uma condição.

Entende-se que todas essas situações são possíveis de se originar ou de se expressar no ambiente de trabalho, devendo o conhecimento e a prática do enfermeiro ser capaz de apoiar o trabalhador para o alcance do autocuidado. A teorista Orem identifica alguns métodos de ajuda, no déficit de autocuidado: agir ou fazer para o outro, guiar o outro, apoiar o outro, física ou psicologicamente, proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, quanto a se tornar capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação, e que pode se beneficiar com o cuidado da equipe de enfermagem quando apresentar incapacidade de autocuidado ocasionado pela falta de saúde (TORRES; DAVIM; NÓBREGA, 1999).

Assim, a consulta de enfermagem não é algo mecânico, somente baseados em dados, mas é também um momento de acolhimento, onde é possível minimizar a ansiedade e esclarecer dúvidas. O acolhimento, presente na consulta de enfermagem com qualidade, é classificado como uma tecnologia de cuidado onde se estabelece o vínculo enfermeiro/paciente (OLIVEIRA; PINTO, 2015).

Girondi et al. (2016), ao relatarem a experiência da implantação da consulta de enfermagem em um centro endoscópico, afirmam que a realização desta melhorou a qualidade da assistência de enfermagem prestada no serviço, além da organização do processo. Também relatam que o processo permite ações educativas e orientações aos pacientes e familiares. Os autores defendem que para a operacionalização da consulta de enfermagem faz-se necessária a construção e utilização de um instrumento que contemple o registro da entrevista, exame físico, avaliação e implementação do cuidado (GIRONDI et al., 2016).

Alguns instrumentos podem auxiliar na busca, diagnóstico e prevenção de problemas relacionados à saúde do trabalhador. Estudo recente validou uma ferramenta que pode ser utilizada na área, uma vez que proporciona uma maneira de mensurar uma síndrome responsável por problemas de diversas ordens, como *Burnout*, com impactos dentro e fora das organizações (SCHUSTER; DIAS, 2018).

Há roteiros que orientam a construção de instrumentos de consulta de enfermagem. Contudo, cabe a cada serviço desenvolver um formato que atenda suas necessidades e demandas, contemplando as etapas do PE. Este é o resultado a que se propõe o presente trabalho de pesquisa.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, do tipo estudo de caso, documental e retrospectivo.

A pesquisa descritiva tem por objetivo desenhar, com precisão, as características de circunstâncias ou pessoas e/ou a frequência com que um fato acontece (POLIT; BECK, 2019). O estudo de caso é um tipo de pesquisa qualitativa, cujo método visa realizar uma análise completa e detalhada de uma determinada entidade, podendo ser um indivíduo, família, instituição, comunidade ou outra unidade social (POLIT; BECK, 2019). A pesquisa documental diz respeito à análise de materiais que ainda não receberam tratamento analítico, ou que podem ser reexaminados em busca de interpretações novas e/ou complementares (GODOY, 1995). Ela tem o levantamento de documentos como base e é realizada em materiais que não receberam qualquer tipo de análise crítica, sendo os documentos consultados classificados como fontes primárias e/ou fontes secundárias.

No primeiro caso, são as fontes cuja origem remonta à época que se está pesquisando, ainda não analisadas e que, frequentemente, foram produzidas pelas próprias pessoas estudadas, tais como correspondências, diários, textos literários e outros documentos mantidos em órgãos públicos e instituições privadas de qualquer natureza; no segundo, correspondem às fontes cujos trabalhos escritos se baseiam na fonte primária, e tem como característica o fato de não produzir informações originais, mas, apenas, uma análise, ampliação e comparação das informações contidas na fonte original (MARCONI; LAKATOS, 2005; POLIT; BECK, 2019).

### 4.2 LOCAL DE ESTUDO

Trata-se do Hospital Infantil Waldemar Monastier (HIWM), pertencente à SESA, uma instituição hospitalar pública, com atendimento exclusivo pelo SUS, sem atendimentos a convênios e/ou particulares. Situado em Campo Largo, Região Metropolitana de Curitiba, teve sua autorização para a obra assinada no final de 2005, o início da construção no ano seguinte e a entrega em março de 2009, com a inauguração oficial em dezembro do mesmo ano.

Voltado exclusivamente ao público pediátrico, foi proposto para atender pacientes de média e alta complexidade, disponibilizando Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal e Pediátrica, Centro Cirúrgico, unidades de internação e atendimento ambulatorial em diversas especialidades. O primeiro atendimento ambulatorial foi realizado em 13 de outubro de 2009,

o primeiro internamento ocorreu em 16 de novembro de 2009, na UTI Neonatal, e a primeira cirurgia, uma herniorrafia, foi realizada em 8 de fevereiro de 2010. Nessa época, o hospital possuía 10 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), outra unidade de internação clínica, com 20 leitos, e Pronto Socorro, com atendimento via Central de Leitos (Porta Fechada), com capacidade para 10 pacientes. Todos esses leitos, nas três unidades, foram desativados devido à falta de recursos humanos.

Atualmente, o perfil de atendimento mantém-se totalmente pediátrico, com ênfase para agravos de pequena e média complexidade, excluindo traumas, os quais não são atendidos na instituição. O hospital é considerado referência em cuidados intensivos neonatais no Estado do Paraná, dispondo de 80 leitos ativos, sendo 20 de UTI neonatal, 10 de UTI pediátrica, 24 de internação clínica, 26 de internação cirúrgica. Ainda, possui 03 salas cirúrgicas ativas com capacidade de atendimento para cirurgias de pequeno e médio porte; setor de imagem, com Raio-X, Ultrassonografia e Tomografia; sala de coleta de leite humano, com atendimento às lactantes; ambulatório de especialidades, com atendimento por consultas pré-agendadas nas seguintes áreas: Ortopedia, Nefrologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Anestesiologia, Cirurgia Geral, Neurocirurgia, Endocrinologia, Dermatologia, Hematologia, Gastrologia, Cardiologia e Infectologia.

O volume de atendimento mensal do hospital segue uma média de 563 pacientes em UTI neonatal, 245 pacientes em UTI pediátrica, 276 em internamentos clínicos, 436 em internamentos cirúrgicos, 436 de procedimentos cirúrgicos e 824 de consultas ambulatoriais, além da realização em torno de 6.764 exames de imagem por ano (SERVIÇO, QUALIDADE, SEGURANÇA DO PACIENTE - SQSP, 2020).

À época de sua inauguração, o Estado do Paraná, por meio da Secretaria de Estado da Saúde/Fundo Estadual de Saúde, firmou convênio com a Associação Hospitalar de Proteção à Infância Dr. Raul Carneiro / Hospital Pequeno Príncipe, com vistas à implantação e desenvolvimento conjunto de ações de saúde. Esse convênio foi encerrado em 2017, mas, foi de extrema importância para que, de sua inauguração até 2016, o hospital se tornasse referência no atendimento ao paciente pediátrico, recebendo vários prêmios pela qualidade da assistência oferecida, inclusive o selo de certificação de qualidade em nível 2, emitido pela Organização Nacional de Acreditação (ONA).

O setor específico a partir do qual o estudo foi realizado é o Serviço de Segurança e Saúde Ocupacional do HIWM que, seguindo o organograma da instituição, está próximo ao Setor de Recursos Humanos, sob supervisão da Direção Administrativa, e situa-se no andar

térreo do hospital. A equipe do Serviço de Segurança e Saúde Ocupacional é composta por um Enfermeiro do Trabalho e um auxiliar operacional.

Dentre suas funções, é responsável pela segurança do trabalho, com realização dos treinamentos de Brigada de Incêndio e orientações sobre o uso de equipamentos de proteção individual (EPI) e de equipamentos de proteção coletiva (EPC), além de simulações e treinamentos com os trabalhadores e fiscalização de todas as atividades de trabalho dentro do hospital, fazendo uso das normas de regulamentação e normas de procedimento técnico. Em relação à saúde do trabalhador, o serviço atua na prevenção de acidentes e na ocorrência destes, abre o comunicado de acidente de trabalho (CAT), além de fornecer suporte aos trabalhadores acidentados, com acompanhamento e investigação da causa do acidente. Também realiza a imunização dos trabalhadores, com aplicação das vacinas e controle da carteira de vacinação.

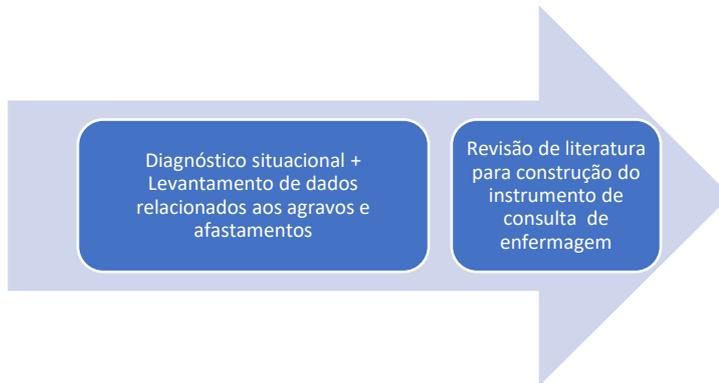
#### 4.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de 2017 a 2019 e conduzida em duas etapas, sistematizadas pela Figura 1:

1 – Diagnóstico situacional da instituição, envolvendo seu histórico, perfil e volume de atendimento, demanda de serviços e quantitativo de trabalhadores. Envolveu a leitura de documentos normativos, como leis, portarias e regulamentações, tanto em nível nacional quanto estadual, para a compreensão do funcionamento da saúde do trabalhador. Ainda, essa etapa incluiu o levantamento de dados retrospectivos, baseado nas informações do serviço de Recursos Humanos e de Saúde do Trabalhador referentes ao número de trabalhadores que sofreram agravos e que necessitaram de algum tipo de afastamento no período de 2016 a 2018, sendo identificados a categoria profissional, o motivo e o tempo do afastamento.

2 – Revisão de literatura para fins de construção de um Instrumento de Consulta de Enfermagem, adaptado ao contexto da instituição e voltado à saúde do trabalhador.

**Figura 1.** Etapas da coleta de dados



Fonte: O autor

#### 4.4 ANÁLISE DE DADOS

Para a análise, os dados quantitativos foram digitados em planilha *Excel*, com posterior análise estatística descritiva, os quais compuseram o diagnóstico da instituição no tocante às condições de trabalho e agravos ao trabalhador, e contribuíram para a compreensão do atual processo de trabalho desenvolvido.

Tais dados foram contrapostos ao instrumento de consulta de enfermagem construído e revisado de modo a analisar a sua pertinência frente à realidade institucional (APÊNDICE 1). O relato de experiência quanto à aplicação da consulta de enfermagem permitiu explicitar aspectos relevantes do processo de trabalho do setor de saúde do trabalhador, bem como elaborar um fluxo e/ou protocolo de trabalho a ser instituído na instituição (APÊNDICE 2).

Em observância aos preceitos éticos da Resolução nº 466/2012, consta no ANEXO 1 a autorização do serviço hospitalar para a coleta de dados e o desenvolvimento do projeto aplicativo.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados, a seguir, serão apresentados em dois tópicos, destacando-se aspectos ligados ao diagnóstico situacional e ao instrumento de consulta de enfermagem, respectivamente.

### 5.1 ELEMENTOS DE MICRO E MACRO POLÍTICA NO TRABALHO EM SAÚDE

Onze anos de história do hospital, mesmo que pequena cronologicamente, já permitem produzir dados e encaminhar algumas reflexões significativas. Por exemplo, retomando o processo de acreditação junto à ONA, que se iniciou em 2010 e, durante três anos, orientou o hospital no investimento em inúmeras melhorias na estrutura física, nos processos e nas rotinas de trabalho com o intuito de, além de garantir a qualidade e segurança para os pacientes, se adequar aos padrões de qualidade e segurança definidos por essa organização. Concomitante aos aspectos técnicos, a acreditação busca promover a conscientização entre os colaboradores sobre a importância de criar um ambiente mais seguro, independente da própria certificação em si.

Assim, a obtenção do título de hospital acreditado, em 2013, demonstrou a preocupação em assegurar excelência na qualidade, segurança nos procedimentos, atendimento humanizado e equipe multiprofissional qualificada. O processo de Acreditação Hospitalar se dá de forma voluntária, sendo solicitado pela instituição, que analisa suas rotinas e fluxos de trabalho e define ações efetivas em busca do aprimoramento dos serviços.

Apesar dos esforços exigidos ao longo do processo, com o reconhecimento veio também o orgulho de todos pela conquista da certificação, especialmente por tratar-se de um hospital de natureza eminentemente pública. Nos anos seguintes, a instituição foi certificada novamente como Acreditada Nível 1, em 2014, e como Nível 2, em 2015, sendo que no nível 1 são avaliados os processos e seus resultados e no nível 2 são avaliadas as diretrizes implantadas mediante os processos, como por exemplo, como monitorar e intervir nos eventos adversos, demonstrando o bom resultado na solução de problemas. Contudo, acompanhando o encerramento do respectivo convênio e, especialmente com a escassez de recursos financeiros, a nova conjuntura institucional inviabilizou novas submissões do hospital à certificação.

Quanto aos trabalhadores, os primeiros iniciaram suas atividades em julho de 2009, tendo sido contratados via processo seletivo ocorrido no início do mesmo ano. Ao final de 2009, foi publicado edital para concurso público, sendo os aprovados, um total de 604 servidores,

chamados a tomar posse a partir de dezembro de 2010. Em janeiro de 2011, o hospital contava com 573 servidores de carreira e aproximadamente 200 estagiários que auxiliavam na parte administrativa do hospital em vários setores. Em 2017, com o encerramento do convênio com a Associação Hospitalar de Proteção à Infância Dr. Raul Carneiro / Hospital Pequeno Príncipe, houve o corte de estagiários pelo Governo do Estado.

No ano de 2016, a Secretaria de Estado da Administração e da Previdência Departamento de Recursos Humanos (SEAP) publicou novo edital de concurso público, disponibilizando 26 vagas ao hospital, sendo duas vagas para farmacêutico, duas para enfermeiro, duas vagas para terapeuta ocupacional, 15 vagas para técnico em enfermagem, três para técnico administrativo, uma vaga para técnico em segurança do trabalho e uma vaga para assistente de farmácia, tendo sido convocados para assumir apenas 13 dos aprovados. Ao final de 2018, a Fundação Estatal de Atenção em Saúde do Estado do Paraná (FUNEAS) assumiu a gestão do hospital, contratando a partir de então somente cargos de direção e chefia.

Esse breve histórico das contratações explicita algumas das fragilidades recentes do sistema estadual de saúde e que refletem, por sua vez, mudanças significativas que vem ocorrendo na política pública de saúde em nível federal, especialmente desde o ano de 2016, acompanhando o movimento geral de sucateamento e precarização dos serviços públicos. Comparando-se ao ano de 2010, a Tabela 1 aponta para a defasagem de trabalhadores concursados que se acirrou entre 2016 e 2018, principalmente após o término do convênio supra citado.

**Tabela 1.** Distribuição do quantitativo de trabalhadores por categoria, entre os anos de 2016 e 2018, em comparação ao ano de 2010, Campo Largo, Paraná, 2019.

| Categorias        | Período |       |      |       |      |       |      |       |
|-------------------|---------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|
|                   | 2010    | %     | 2016 | %     | 2017 | %     | 2018 | %     |
| Médico            | 39      | 7,5   | 38   | 7,4%  | 36   | 7,3%  | 15   | 3,8%  |
| Enfermeiro        | 69      | 13,3% | 68   | 13,2% | 65   | 13,2% | 45   | 11,6% |
| Farmacêutico      | 7       | 1,3%  | 7    | 1,4%  | 7    | 1,4%  | 6    | 1,5%  |
| Fisioterapeuta    | 36      | 7%    | 36   | 7%    | 36   | 7,3%  | 33   | 8,5%  |
| Psicólogo         | 6       | 1,2%  | 5    | 1%    | 5    | 1%    | 3    | 0,8%  |
| Nutricionista     | 4       | 0,8%  | 4    | 0,8%  | 3    | 0,6%  | 2    | 0,5%  |
| Assistente Social | 5       | 1%    | 5    | 1%    | 5    | 1%    | 3    | 0,8%  |

|                                     |            |       |            |       |            |       |            |       |
|-------------------------------------|------------|-------|------------|-------|------------|-------|------------|-------|
| Fonoaudiólogo                       | 3          | 0,6%  | 3          | 0,6%  | 2          | 0,4%  | 2          | 0,5%  |
| Bioquímico                          | 11         | 2,1%  | 11         | 2,1%  | 10         | 2%    | 8          | 2%    |
| Técnico em Enfermagem               | 189        | 36,5% | 189        | 36,8% | 185        | 37,5% | 156        | 40,1% |
| Técnico Administrativo              | 17         | 3,3%  | 17         | 3,3%  | 17         | 3,4%  | 15         | 0,8%  |
| Técnico em Radiologia               | 18         | 3,5%  | 18         | 3,5%  | 15         | 3%    | 14         | 3,6%  |
| Técnico de Laboratório              | 3          | 0,6%  | 3          | 0,6%  | 3          | 0,6%  | 3          | 0,8%  |
| <b>Serviços de Apoio</b>            |            |       |            |       |            |       |            |       |
| Auxiliar de Manutenção              | 14         | 2,7%  | 14         | 2,7%  | 13         | 2,6%  | 13         | 3,3%  |
| Assistente de Farmácia              | 13         | 2,5%  | 13         | 2,5%  | 12         | 2,4%  | 10         | 2,6%  |
| Auxiliar Operacional <sup>(*)</sup> | 64         | 12,4% | 64         | 12,4% | 60         | 12,2% | 48         | 12,3% |
| Auxiliar Administrativo             | 8          | 1,5%  | 8          | 1,5%  | 7          | 1,4%  | 1          | 0,2%  |
| Assistente de laboratório           | 1          | 0,2%  | 1          | 0,2%  | 1          | 0,2%  | 1          | 0,2%  |
| Motorista                           | 10         | 1,9%  | 10         | 1,9%  | 10         | 2%    | 8          | 2%    |
| <b>TOTAL</b>                        | <b>517</b> |       | <b>514</b> |       | <b>493</b> |       | <b>389</b> |       |

<sup>(\*)</sup> A função Auxiliar Operacional engloba trabalhadores que exercem funções na cozinha, lavanderia e lactário.

Fonte: Serviço de Gestão de Pessoas, 2019.

Observa-se, pelos dados, uma gradativa defasagem de profissionais, visto que em dezembro de 2016 somavam 514 servidores de carreira, em dezembro de 2017 eram 493 e, em dezembro de 2018, eram apenas 389. Aliado à extinção da função dos estagiários, essa redução de 125 profissionais ao longo dos três anos contribuiu ainda mais para o aumento da sobrecarga de trabalho e consequente aumento do número de trabalhadores doentes e de atestados e licenças médicas. Os dados coletados revelaram um quadro preocupante, conforme a Tabela 2, que apresenta o número de trabalhadores por categoria profissional que apresentaram declarações e/ou atestados e que geraram afastamentos entre os anos de 2016 a 2018.

**Tabela 2.** Quantitativo de afastamento por categoria de trabalhadores entre o ano de 2016 a 2018, Campo Largo, Paraná, 2019.

| <b>Período e afastamentos</b> |            |       |            |       |            |       |              |       |
|-------------------------------|------------|-------|------------|-------|------------|-------|--------------|-------|
| <b>Categorias</b>             | 2016       | %     | 2017       | %     | 2018       | %     | <b>Total</b> |       |
| Médico                        | 3          | 1,3%  | 5          | 1,4%  | 2          | 0,6%  | 10           | 1,1%  |
| Enfermeiro                    | 28         | 12,3% | 48         | 13,9% | 41         | 11,8% | 117          | 12,7% |
| Farmacêutico                  | 0          | 0%    | 5          | 1,4%  | 7          | 2%    | 12           | 1,3%  |
| Fisioterapeuta                | 11         | 4,8%  | 16         | 4,6%  | 9          | 2,6%  | 36           | 3,9%  |
| Psicólogo                     | 0          | 0%    | 2          | 0,6%  | 1          | 0,3%  | 3            | 0,3%  |
| Nutricionista                 | 8          | 3,5%  | 0          | 0%    | 8          | 2,3%  | 16           | 1,7%  |
| Assistente Social             | 0          | 0%    | 9          | 2,6%  | 4          | 1,1%  | 13           | 1,4%  |
| Fonoaudiólogo                 | 2          | 0,9%  | 1          | 0,3%  | 5          | 1,4%  | 8            | 0,9%  |
| Bioquímico                    | 0          | 0%    | 0          | 0%    | 1          | 0,3%  | 1            | 0,1%  |
| Técnico em Enfermagem         | 129        | 56,6% | 151        | 43,9% | 175        | 50%   | 455          | 49,3% |
| Técnico em Radiologia         | 4          | 1,7%  | 0          | 0%    | 1          | 0,3%  | 5            | 0,5%  |
| Técnico Administrativo        | 5          | 3,1%  | 17         | 4,9%  | 16         | 4,6%  | 38           | 4,1%  |
| Técnico de Laboratório        | 0          | 0%    | 0          | 0%    | 2          | 2,3%  | 2            | 0,2%  |
| <b>Serviços de Apoio</b>      |            |       |            |       |            |       |              |       |
| Auxiliar de Manutenção        | 0          | 0%    | 2          | 0,6%  | 0          | 0%    | 2            | 0,2%  |
| Assistente de Farmácia        | 10         | 4,4%  | 13         | 3,8%  | 25         | 7,1%  | 48           | 5,2%  |
| Auxiliar Administrativo       | 9          | 3,9%  | 14         | 4,1%  | 2          | 2,3%  | 25           | 2,7%  |
| Auxiliar Operacional*         | 17         | 7,4%  | 58         | 16,9% | 40         | 11,4% | 115          | 12,5% |
| Motorista                     | 2          | 0,9%  | 3          | 0,9%  | 11         | 3,1%  | 16           | 1,7%  |
| <b>TOTAL</b>                  | <b>228</b> |       | <b>344</b> |       | <b>350</b> |       | <b>922</b>   |       |

\* A função Auxiliar Operacional engloba trabalhadores que exercem funções na cozinha, lavanderia e lactário

Fonte: Serviço de Gestão de Pessoas, 2019

O trabalho no ambiente hospitalar é insalubre e desgastante para qualquer categoria profissional, seja atuante na assistência direta ao paciente ou não. Elias e Navarro (2006) descrevem esse tipo de trabalho como tensiógeno e de prejuízo psicoemocional devido à exposição a situações insalubres, não apenas de material, mas também emocional, esforços repetitivos, descontentamento e elevadas situações de *stress*.

Respeitando-se as devidas proporções entre número de trabalhadores por categoria e quantidade de atestados/licenças, observou-se que a categoria que mais apresentou afastamentos foi a Enfermagem (Técnicos e Enfermeiros), seguida dos Auxiliares Operacionais, que englobam trabalhadores da cozinha, lactário e lavanderia e, em sua maioria, mulheres. Quanto ao volume de atestados e declarações e os agravos e/ou motivos, o levantamento de dados apresentou como resultado muitos atestados/declarações sem o Código Internacional de Doenças (CID), visto que este não é obrigatório, exceto em afastamentos maiores que necessitam de perícia médica, de acordo com a Tabela 3.

**Tabela 3.** Quantitativo de declarações/atestados entre os anos de 2016 e 2018, e os principais agravos/motivos, Campo Largo, Paraná, 2019.

| Ano          | 2016        |     | 2017        |     | 2018        |     | TOTAL       |            |
|--------------|-------------|-----|-------------|-----|-------------|-----|-------------|------------|
|              | n           | %   | n           | %   | n           | %   | n           | %          |
| Com CID      | 693         | 52% | 615         | 59% | 595         | 49% | 1903        | <b>53%</b> |
| Sem CID      | 652         | 48% | 432         | 41% | 607         | 51% | 1691        | <b>47%</b> |
| <b>TOTAL</b> | <b>1345</b> |     | <b>1047</b> |     | <b>1202</b> |     | <b>3594</b> |            |

#### Principais Agravos/Motivos

|                                 |    |       |     |       |     |       |     |       |
|---------------------------------|----|-------|-----|-------|-----|-------|-----|-------|
| Problemas gastrointestinais     | 94 | 16,3% | 40  | 4,1%  | 38  | 7,7%  | 172 | 8,4%  |
| Infecções do trato urinário     | 19 | 3,3%  | 21  | 2,1%  | 18  | 3,6%  | 58  | 2,8%  |
| Infecções do trato respiratório | 88 | 15,2% | 70  | 1,2%  | 61  | 12,3% | 219 | 10,7% |
| Gripes e resfriados             | 34 | 5,9%  | 22  | 2,2%  | 4   | 0,8%  | 60  | 2,9%  |
| Transtornos mentais             | 49 | 8,4%  | 185 | 19%   | 42  | 8,5%  | 276 | 13,5% |
| Lesões musculoesqueléticas      | 62 | 10,7% | 81  | 8,3%  | 94  | 19%   | 237 | 11,6% |
| Cefaleia/enxaqueca              | 34 | 5,9%  | 179 | 18,3% | 44  | 8,9%  | 257 | 12,5% |
| Ginecologia e obstetrícia       | 27 | 4,7%  | 25  | 2,6%  | 26  | 5,3%  | 78  | 3,8%  |
| Tratamento odontológico         | 24 | 4,1%  | 25  | 2,6%  | 24  | 4,8%  | 73  | 3,6%  |
| Realização de exames            | 67 | 11,6% | 222 | 22,7% | 101 | 20,4% | 390 | 19%   |
| Acompanhamento de familiar      | 71 | 12,3% | 68  | 7%    | 5   | 1%    | 144 | 7%    |
| Dor                             | 8  | 1,4%  | 38  | 3,9%  | 37  | 7,5%  | 83  | 4%    |

|              |            |            |            |             |
|--------------|------------|------------|------------|-------------|
| <b>TOTAL</b> | <b>577</b> | <b>976</b> | <b>494</b> | <b>2047</b> |
|--------------|------------|------------|------------|-------------|

Fonte: Serviço de Saúde e Segurança do Trabalhador, 2019

Verificou-se uma média de 1.198 declarações/atestados por ano no período investigado, com uma oscilação para menos em 2017, destacando-se, contudo, o aumento em 2018 daqueles sem a presença do CID. Esse aumento sem a identificação do CID é relevante, pois limita o detalhamento dos agravos que acometeram os trabalhadores no período, dado que reforça a necessidade de proposição e construção do instrumento de consulta de enfermagem ora proposto. Tal reconhecimento pode contribuir para o aprofundamento da coleta de informações quanto ao perfil dos afastamentos e, assim, para o melhor planejamento de condutas de intervenção, prevenção e acompanhamento dos trabalhadores atendidos. Quanto aos agravos, verificou-se a ocorrência de variações significativas em alguns casos, destacando-se o aumento em 2018 de lesões musculoesqueléticas e dor.

Nesse aspecto, dois fatos estruturais merecem destaque. Um diz respeito à implementação da licença prêmio de três meses existente no serviço público, a cada cinco anos de trabalho, após o período de estágio probatório. Ou seja, aqueles servidores contratados ao final de 2010 e início de 2011, cumpriram o estágio probatório em 2013 e, a partir de 2018, começaram a usufruir desse afastamento do trabalho. Se, por um lado, a ausência de trabalhadores de seus setores pode colaborar para a melhora de alguns sintomas de quem a usufrui, por outro, pode ter sobrecarregado os demais, gerando a estes uma sobrecarga de trabalho, mantendo em crescimento os afastamentos por dor e lesões musculoesqueléticas.

Um segundo fato é a diminuição gradativa do número de profissionais na instituição, conforme a tabela 1, o que pode aumentar a exigência de trabalho e desfavorecer a saúde do trabalhador, conforme os agravos de saúde da tabela 3. A tabela 2 evidencia que todas as categorias profissionais tiveram afastamentos, sendo que os Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros e Auxiliares Operacionais foram os que tiveram o maior índice de afastamentos no período, pela especificidade de sua função.

No entanto, há de se considerar que os dados das tabelas 2 e 3 não permitem identificar se o afastamento diz respeito ao mesmo trabalhador mais de uma vez, situação, por sua vez, verificada na experiência cotidiana de atuação na saúde do trabalhador, bem como em literatura (DUTRA, COSTA e SAMPAIO, 2016). Ou seja, o agravamento das condições de trabalho contribui para a cronicidade das condições de saúde-doença dos trabalhadores ao longo de sua vida laboral (DUTRA, COSTA e SAMPAIO, 2016). Isso torna necessário, em muitos casos, o retorno

para o acompanhamento clínico de condições como LER, DORT, lombalgia e outros (ALENCAR e TERADA, 2012; ALENCAR e OTA, 2011).

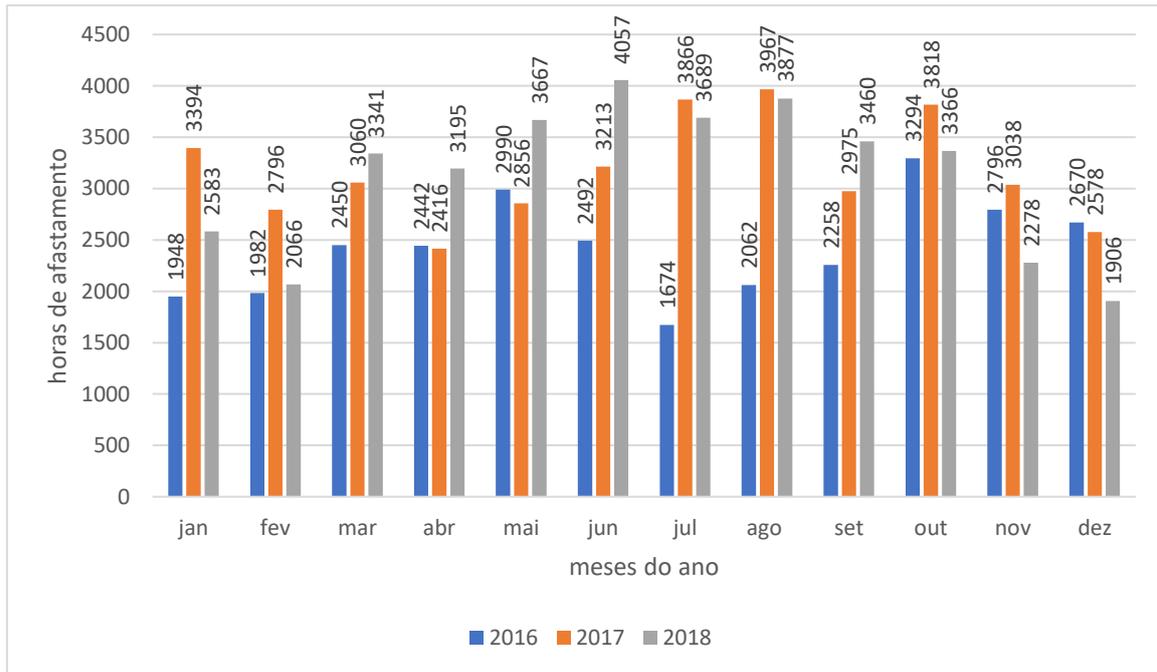
Outro fator que se destaca na tabela 3 é um percentual significativo de afastamentos para realização de exames, que podem estar associados a patologias crônicas do trabalhador ou por motivos de afastamentos não especificados que, muitas vezes, são decorrentes de acompanhamento de familiares em consultas ou exames médicos. Esse tipo de afastamento é previsto no Estatuto dos Funcionários Cíveis do Paraná, entre os Artigos 221 a 231. Ainda, se aplica aos responsáveis legais do paciente e é indicado com CID 10 Z76.3, que diz respeito a pessoa em boa saúde acompanhando pessoa doente, sem obrigatoriedade de indicação pelo médico responsável (CFM, 2008). Entre as legislações que conferem este direito aos responsáveis legais, cita-se, também, o Artigo nº 227, da Constituição Federal, que diz que:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988, p. 329).

O Artigo nº 4º, da Lei nº 8069/1990, que trata do Estatuto da Criança e do Adolescente, afirma que é "dever do tutor, pai, mãe ou responsável dar assistência aos filhos". Em relação aos idosos, o Estatuto do Idoso, em seu Artigo nº 16, determina que "ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante" (BRASIL, 2003; BRASIL, 1990b; PARANÁ, 1970).

Quando transformados todos os afastamentos em horas de trabalho, verificou-se um número elevado de horas não trabalhadas, conforme a Figura 2.

**Figura 2.** Horas de afastamento dos trabalhadores de saúde nos anos de 2016, 2017 e 2018, Campo Largo, Paraná, 2019



Fonte: Serviço de Saúde do Trabalhador da instituição, 2019.

É possível correlacionar a diminuição de servidores com um aumento significativo nos atestados e licenças para tratamento. O ideal é que excesso de trabalho não sobrecarregue o trabalhador, de modo a garantir sua segurança, saúde, conforto e que aperfeiçoe sua eficiência (RUBIO et al., 2004). A sobrecarga de trabalho traz problemas para a saúde do trabalhador e para a instituição em que atua, como: ansiedade, depressão, infarto agudo do miocárdio, uso de drogas, absenteísmo, assédio moral e baixo comprometimento (PANARI et al., 2012). A Tabela 3 evidenciou a ocorrência acentuada de problemas como transtornos mentais, cefaleia/enxaqueca, problemas gastrointestinais e lesões musculoesqueléticas, convergindo com a literatura.

Tanto os dados apresentados quanto a experiência profissional junto ao setor permitem inferir que a maior causa de afastamentos envolveu os agravos psíquicos. Especificamente quanto à saúde mental, estudo realizado a respeito da tristeza e depressão descreve a importância do cuidado que se deve ter ao diagnosticar um funcionário e em estigmatizá-lo como “doente”. Em se tratando da depressão, quando o diagnóstico é atribuído de forma errônea ou precipitada, a empresa exime sua responsabilidade justificando esse como um processo neuroquímico (BRANT; MINAYO; GOMEZ, 2008).

Tanto os trabalhadores que atuam na assistência direta, como outros que estão nos serviços de apoio, apresentaram muitos afastamentos. Comumente se dá maior atenção aos que impactam diretamente na assistência, pois o atendimento direto ao paciente depende desses

trabalhadores. Em contrapartida, se observa na prática que as ausências em outros setores, apesar do desfalque, afetam pouco o andamento do trabalho, porém, sobrecarrega o indivíduo que precisa fazer o seu trabalho e o do colega. Estudo realizado por Barbosa e Soler (2003), constatou os afastamentos como a maior consequência dos agravos que acometiam os trabalhadores em setores da Instituição de saúde que não exigiam maior cuidado da chefia, demonstrando a importância de intervenções e assistência a essa área, para melhorar a qualidade de vida do trabalhador, assim como contribuir para a redução de custos com a ausência dos mesmos no cotidiano do trabalho.

Além disso, a sobrecarga de trabalho, muitas vezes potencializada pelo absenteísmo, afeta a segurança do trabalhador e a do paciente. Pesquisadores relatam que um desequilíbrio entre o quantitativo da equipe de enfermagem e a demanda de cuidados, além de acarretar aumento de custos e prejuízos à saúde do trabalhador, gera danos ao paciente, colocando em risco sua segurança (BALSANELLI; ZANEI; WHITAKER, 2006; CARVALHO et al., 2017).

Kurciganetal (2015) discorrem a respeito do absenteísmo e encontram outras variáveis que devem ser observadas. Além de causas como adoecimento e insatisfação, ele pode ser causado também por desmotivação na tarefa atribuída, desvalorização como profissional e dificuldades nos relacionamentos interpessoais. Com isso, ressalta-se a importância do olhar atento da gestão para real identificação da problemática envolvida.

Oliveira e Oliveira (2016) acreditam que a empresa tem muito a crescer e expandir a partir do momento em que investir em práticas de benefícios a seus trabalhadores e assim valorizar a dualidade homem-organização. Tais aspectos não deveriam ser negligenciados ou desvalorizados nas mesmas. Em seu trabalho, Moreno et al. (2010) apresentam algumas possibilidades interventivas que podem ser aplicadas ao meio organizacional e enfatizam que para se obter sucesso tanto na prevenção como acompanhamento da saúde mental do trabalhador, é necessário que se compreenda a relação fragilizada entre o indivíduo, seu processo de trabalho e a organização no qual está inserido. Cita também a importância do exercício físico e seu impacto positivo na evolução e melhora de indivíduos nessas condições.

Carlotto e Câmara (2008) destacam também, além do absenteísmo, o custo gerido pela organização pela grande rotatividade de pessoal, problemas de qualidade e produtividade, além de situações de enfermidades que podem incapacitar o funcionário de exercer devidamente sua tarefa. Ainda, há de se considerar que constantes mudanças de gestão podem provocar insatisfação, insegurança e conflitos. Amestoy et al. (2010) concordam em citar a respeito de questões relacionadas à hierarquia de modelos verticais assumidos na área e em lideranças baseadas na opressão como prática. De acordo com Barreto (2011), uma atitude desqualificadora

é a violência moral ou psicológica, postura que degrada as relações interpessoais e acarreta insatisfação e pouca produtividade.

Há outros influenciadores para o adoecimento da equipe ou do funcionário como ser único, conforme comentado por Amestoy et al. (2010), a exemplo o abuso de poder utilizado muitas vezes pelos que ocupamos cargos de liderança, fazendo com que o subordinado seja tomado por medo e insegurança, acarretando outra questão também prejudicial, que é a omissão e aceitação desse comportamento pela falta de diálogo entre a equipe. A literatura sugere que é notável o esforço dos funcionários em mostrar-se saudáveis e adeptos às exigências e aos costumes abusivos muitas vezes impostos, já que demonstrar tristeza, desânimo ou sinais de sofrimento, muitas vezes, é estigmatizado como preguiça, ou lhes é atribuído de forma hostil, denegrindo-lhes a imagem (BRANT; MINAYO-GOMEZ, 2008).

No tocante à gestão, tão somente como informação ligada ao presente diagnóstico institucional, não era um fato frequente a mudança de gestores, principalmente os diretores Gerais, Administrativo, Clínico, Técnico e de Enfermagem. Mas, com o término do convênio com a Associação Hospitalar de Proteção à Infância Dr. Raul Carneiro / Hospital Pequeno Príncipe, e subsequente administração geral assumida pela SESA, seguida pela FUNEAS, seguiram-se igualmente mudanças de diretores, principalmente do Diretor Geral e da Direção de Enfermagem.

Estudo realizado em um hospital de grande porte de Curitiba, no Paraná, revelou que a transição da administração pública influenciou positivamente nas dimensões "Adequação de profissionais" e "Passagem de plantão/turno e transferências" e negativamente em "Trabalho em equipe dentro das unidades", sendo que a dimensão "Expectativas sobre supervisor/chefe e ações promotoras de segurança" destacou-se com 64,5% de avaliação positiva (BATISTA, 2018). Ou seja, o trabalhador, apesar das dificuldades, ainda tem esperança de que a próxima gestão seja melhor que a anterior.

Assim, diversas são as possibilidades para que o adoecimento seja provocado, porém, aquelas relacionadas com a estruturação do trabalho são perceptíveis, adentrando cada área, bem como as exigências profissionais que por consequência podem gerar insatisfação (MORENO et al., 2011).

Tal estruturação do trabalho, no entanto, não se restringe às condições internas do próprio serviço de saúde, mas está sujeito a influências e fatores extrínsecos a ele, especialmente quando é um serviço público. A qualidade do serviço público é reflexo da vontade e de direcionamentos políticos dos gestores públicos, estando as políticas públicas a mercê de concepções e acordos políticos em todos os entes e níveis federados. A priori, a administração pública deveria ser um

instrumento de ação do Estado criado com o objetivo de possibilitar o cumprimento de suas funções básicas, especialmente as relativas à realização dos serviços indispensáveis à satisfação das necessidades coletivas (MARQUES, 2008). O gestor público deveria gerenciar o equipamento público, o qual é do povo e para o povo, com o objetivo de atender ao fim a que se propõe, proporcionando o maior grau de bem-estar social.

Porém, a história e fatos contemporâneos demonstram que o patrimônio público foi, e continua sendo, muitas vezes, gerenciado para fins diversos, que não aqueles estabelecidos pelos princípios constitucionais e/ou democráticos (REK, 2014). E, mais grave ainda, a oferta de serviços públicos em quantidade e qualidade parece não compor mais uma pauta prioritária do governo federal, em meio a um movimento de precarização e desmonte do SUS. Os reflexos desse movimento já se fazem sentir em diversas áreas e setores de prestação de serviços públicos, ecoando nessa mesma direção nos Estados e municípios.

Nesse sentido, dois aspectos em especial revestem-se de preocupação frente à temática da saúde do trabalhador. Um diz respeito ao atual panorama de saúde do Brasil, sinalizado igualmente por autores e fatos já cotidianos inclusive na mídia, os quais evidenciam retrocesso nos indicadores de saúde especialmente no tocante à atenção básica, sugerindo uma possível fragilidade de cuidado às causas preveníveis e as doenças crônicas, com o consequente aumento das taxas de internação hospitalar e a condição de superlotação nos hospitais. Rasella et al. (2019) aponta que mortes precoces e evitáveis devem aumentar 8,6% no Brasil até 2030, causadas, principalmente, por doenças infecciosas e deficiências nutricionais em pessoas com até 70 anos. O Jornal Folha de São Paulo notícia que no primeiro semestre do ano de 2019 houve queda de 44 indicadores, em um total de 90, principalmente nas áreas de educação, saúde e meio ambiente (BRAGON et al., 2019). Segundo a matéria, o próprio Ministério da Saúde, em seus bancos de dados, evidencia piora de assistência na atenção básica, queda do número de médicos que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), redução de agentes comunitários de saúde (ACS), queda no número de consultas de pré-natal e aumento de internações de menores de 05 anos por pneumonia, indicador atrelado à falta de assistência na atenção básica.

Ou seja, é evidente e previsível o aumento da demanda por cuidados hospitalares também na atenção pediátrica, números que possivelmente impactarão diretamente o trabalho do hospital investigado. A partir dos dados do presente estudo, quando era intencional o fortalecimento do Estado e a prestação de serviços com qualidade à população, associando-se inclusive em forma de convênio a uma instituição renomada e com *knowhow* na área de atenção à saúde pediátrica, o hospital investigado alcançou níveis significativos de qualidade e o reconhecimento local, regional e, inclusive, nacional. Na iminência de mudanças e

redirecionamentos políticos no país, a experiência local, neste caso, fez acompanhar a precarização do serviço, modificando e talvez até comprometendo a qualidade ou o tipo de assistência prestada à população. O hospital compõe diferentes redes de atenção à saúde e cumpre um importante papel nesse conjunto de ações complexas e interligadas. Nessas redes, demanda e oferta são um caminho de mão dupla, cujas consequências positivas ou negativas se farão sentir majoritariamente pelo público alvo, ou seja, indivíduos, famílias e comunidades atendidos.

Por outro lado, um dos principais pilares atingidos nessa precarização foi o quadro de trabalhadores, conforme a Tabela 1. Os dados são reveladores desse movimento, com a diminuição do seu número, novos vínculos trabalhistas, a piora das condições de trabalho e dos níveis de qualidade e o conseqüente adoecimento e absenteísmo dos trabalhadores, de acordo com as Tabelas 2 e 3 e a Figura 2. E aí o segundo ponto de preocupação, que diz respeito à própria política pública de saúde, sua idealização, implementação e alcance junto à população. Compondo a rede de atenção do SUS, o hospital investigado se ressentiu com a global e pesada ofensiva burguesa sobre o fundo público, ou seja, o sub financiamento do SUS (DANTAS, 2018). Segundo o autor, não se trata apenas do enfraquecimento das bandeiras do movimento sanitário, mas sim, de um resultado direto da derrota na luta de classes no campo da saúde e, mais do que um gargalo, esse sub financiamento reafirma que o SUS, mesmo não pleno nem totalmente público, não caberia na atual dinâmica do capitalismo internacional, que se expressa de forma particular no Brasil.

Todo esse movimento se reflete na saúde do trabalhador. E os dados coletados, aliados às evidências em literatura, permitem inferir que condições adversas, quando instaladas e acirradas cotidianamente, geram sofrimento e adoecimento relacionado ao trabalho. Via de regra, há contingentes mais atingidos por esse movimento que, no presente estudo de caso, envolveu a classe trabalhadora menos qualificada. Mais especificamente, trabalhadores da enfermagem e de serviços gerais, os quais acumulam grande parte das atividades diretas de cuidado, bem como aquelas ligadas à alimentação, zeladoria e manutenção do ambiente. Um maior esforço físico e carga emocional relacionada ao perfil de atendimento da instituição certamente são fatores que contribuíram para o agravamento do processo saúde/doença desses trabalhadores, a maioria, sabidamente mulheres, dado mesmo que não coletado nesse estudo, mas destacado por evidências em literatura (WERMELINGER et al., 2010; SCHEFFER, 2018).

Envidar esforços nesse diagnóstico situacional implicou em compreender o trabalho em saúde em suas nuances micro e macro políticas, reconhecer que há um importante movimento de mudanças em curso no país e, afinal, concordar com Campos (2018) de que é igualmente

imperativo a constituição de um movimento amplo de defesa do SUS, ancorado coletivamente. Para o autor, o SUS existe, é um fato, e a justiça social e a solidariedade precisam ser praticadas em cada espaço de duplo poder ou de governabilidade, construídos por movimentos de emancipação. Instituições e profissionais de saúde representam uma força significativa nesse processo de defesa e fortalecer a saúde do trabalhador, portanto, é uma estratégia importante e necessária nessa atual conjuntura.

## 5.2 INSTRUMENTO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DO TRABALHADOR

Diante desse contexto, o SSST tem um importante papel, pois pode realizar levantamentos, analisar as causas de afastamentos, encaminhar os trabalhadores, orientar e acompanhar a evolução e os resultados dos cuidados dispensados. Os dados levantados quanto ao quantitativo de afastamentos e suas causas reforçam a necessidade desse olhar destinado à saúde do trabalhador dentro da instituição. Assim, a consulta de enfermagem pode atuar de forma preventiva e acompanhar o trabalhador ao longo do seu tratamento.

Reitera-se como uma ação concomitante, necessária e de extrema relevância a avaliação diagnóstica periódica e o acompanhamento individual dos trabalhadores, como objetivo da identificação, se possível precoce, desses possíveis fatores influenciadores negativos dentro da organização. Além de aspectos do próprio trabalho em saúde, considerando igualmente seu ritmo de vida e a interação entre os seus hábitos cotidianos e suas condições de trabalho, haja vista ser a combinação desses fatores uma condição que impacta em seu processo saúde-doença, devendo ser, portanto, consideradas junto com o atendimento legal na área da saúde do trabalhador.

Para um melhor atendimento aos trabalhadores que procuram o SSST da instituição confirmou-se a necessidade da implantação da consulta de enfermagem, bem como o seu potencial de abrangência nessa área de atuação do enfermeiro. Atualmente, a dinâmica do serviço continua sendo por livre demanda, quando o servidor é quem procura o serviço e o enfermeiro realiza a consulta de enfermagem. Contudo, em meio a demanda crescente por atendimentos e baseado na SAE, o enfermeiro realiza o levantamento do histórico, os diagnósticos de enfermagem, o planejamento da assistência, a prescrição dos cuidados e o acompanhamento. Como instrumento para essas ações, utiliza-se o formulário de consulta de enfermagem (APÊNDICE 1) e, a depender do quadro, é realizado o encaminhamento para outros serviços.

O instrumento de consulta de enfermagem foi gradativamente sendo incorporado à rotina de trabalho do enfermeiro e proporcionou o seguimento de uma metodologia, o que deixou a consulta de enfermagem mais completa e auxiliou o enfermeiro em um pensamento crítico e diagnóstico de enfermagem mais assertivo. Com a implantação de um roteiro de consulta, houve melhor compreensão dos resultados, analisando de maneira mais lúcida a situação de cada paciente, tomada de decisões clínicas, melhor planejamento dos cuidados, proposta de intervenções de enfermagem, com análise dos cuidados de enfermagem e mensuração dos benefícios da consulta. O registro das informações foi aprimorado, de modo a ser possível a continuidade e avaliação da assistência, sempre que necessário.

Pesquisadores do Estado de Minas Gerais desenvolveram um instrumento para subsidiar a consulta de enfermagem a trabalhadores, justificando sua importância para registro da assistência de enfermagem, padronização da linguagem nos registros por meio das taxonomias utilizadas no campo da enfermagem, respaldo para ações e reconhecimento do trabalho efetuado, além da melhoria na qualidade do cuidado (MOURA et al., 2016).

Tais aspectos vêm sendo igualmente observados na experiência aqui relatada. E, entre outros, destacam-se ainda três aspectos que se mostram importantes na implementação dessa experiência, quais sejam, o formato do instrumento, a possibilidade de acolhimento e escuta dos trabalhadores e a implantação de um protocolo de assistência centrado na consulta de enfermagem.

Primeiro, quanto ao formato, o instrumento foi estruturado em seções, conforme o Apêndice 1, a saber: 1. Identificação; 2. Sinais Vitais; 3. Dados antropométricos; 4. Queixa atual; Roteiro de entrevista; 6. Exame físico; 7. Diagnósticos de enfermagem; 8. Prescrição de enfermagem; 9. Orientações gerais; 10. Encaminhamentos; 11. Retorno.

Essa estruturação segue as etapas do PE que, enquanto método de resolução de problemas, possui cinco fases direcionadas para uma rápida identificação e solução dos problemas encontrados. São elas: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (NANDA-I, 2008; CARPENITO-MOYET, 2007; ALFARO-LEFREVE, 1996).

Quanto à investigação, trata-se da coleta contínua, planejada e sistemática de informações de um indivíduo, família ou comunidade sobre o seu estado de saúde, para monitorar evidências de problemas e fatores de risco que possam afetá-la. Dentre as etapas do PE, conforme a Resolução COFEN nº 358/2009, destaca-se a coleta de dados, ou o histórico de enfermagem, que é um processo contínuo e sistemático que permite a obtenção de informações sobre a pessoa, sua família, o ambiente em que vive e permite, ainda, a identificação de problemas apresentados (COFEN, 2009). No instrumento proposto, procurou-se definir itens

que possam permitir essa coleta de dados e a anamnese centrada na queixa do trabalhador. São dados gerais de entrevista, colhendo informações sobre sua identificação, incluindo-se informações quanto a sua ocupação, hábitos e o aparecimento e a evolução dos sintomas apresentados. Soma-se a realização do exame físico que, mediante inspeção, ausculta, palpação e percussão, representam uma importante ferramenta da enfermagem, a qual nunca será demais ressaltar sua importância. Sua realização proporciona conhecer o paciente como um todo, estabelecer prioridades e avaliar seu estado geral. Os dados do exame físico geral permitem identificar esse estado geral de saúde e orientar a necessidade de um exame mais detalhado de uma região corpórea específica.

Quanto às demais etapas, o diagnóstico é um julgamento clínico sobre a resposta de um indivíduo, família ou comunidade a problemas de saúde reais ou potenciais e seus processos de vida, prevendo problemas potenciais. O planejamento é uma etapa para determinar prioridades imediatas, estabelecer resultados esperados, definir as intervenções e a individualização do plano de cuidados. Na implementação, coloca-se as estratégias definidas em ação e verificam-se as respostas iniciais. A avaliação permite verificar o alcance dos resultados esperados e define-se a tomada de decisão quanto às alterações que necessitam ser feitas, ou seja, implica em avaliar o atual estado de saúde, a exatidão do diagnóstico, checar a apropriação das metas, determinar o alcance dessas metas, determinar os fatores que promoveram ou impediram o alcance das metas (NANDA,2008; ALFARO-LEFREVE,1996; CARRARO, 2001).

Todas essas etapas do PE são abrangentes e inter-relacionadas, ocorrem ao mesmo tempo e, quando desenvolvidas adequadamente, favorecem o desenvolvimento clínico na enfermagem. Com o uso do julgamento clínico o enfermeiro perpassa por estágios na definição dos diagnósticos, implementação e avaliação que suplantam as fases rotineiras do diagnóstico, apenas para identificação dos problemas, da implementação como a operacionalização do plano e da avaliação como a determinação do alcance dos objetivos. Dessa forma, as ações de enfermagem definidas são sustentadas com reflexão e são excluídas aquelas consideradas desnecessárias (CARRARO, 2001).

Considerando-se essa variedade de informações e ações necessárias, a utilização de um instrumento como ferramenta para nortear a consulta é muito importante no PE. E, adequando-se à área da saúde do trabalhador, entende-se como apropriada a Teoria do Autocuidado, de Orem, no sentido de identificação das diferentes situações de vulnerabilidade aos quais os trabalhadores estão expostos e a definição de cuidados conforme seu grau de dependência (FOSTER; JANSSENS, 1993). Em uma ação conjunta entre o profissional de saúde o trabalhador, torna-se possível identificar a presença de quais requisitos de autocuidado estão

sendo demandados em cada situação, sejam eles de natureza universal, ligados ao estágio do ciclo vital vivenciado, ou de processos de desenvolvimento ou de desvio de saúde, os quais podem estar associados ao ambiente e às condições de trabalho, tanto crônicas quanto agudas. Uma vez identificados os requisitos e demandas, o enfermeiro deve ser capaz de apoiar o trabalhador com ações voltadas ao alcance do autocuidado, até que ele esteja apto a executar atividades em seu próprio benefício para a manutenção da vida, bem-estar, independência, desenvolvimento pessoal e melhoria da autoestima e autoimagem (TORRES; DAVIM; NÓBREGA, 1999).

Pautado nesse referencial do autocuidado, o segundo aspecto importante que o instrumento de consulta de enfermagem permitiu evidenciar foi o aumento da capacidade de acolhimento e escuta ao trabalhador. Como componentes essenciais da humanização dos serviços de saúde, esses conceitos mostram-se interligados e interdependentes. Acolhimento, no campo da saúde, não apenas voltado aos usuários dos serviços de saúde, mas também aos seus trabalhadores, como ferramenta tecnológica de intervenção e escuta, de construção de vínculos e de acesso com responsabilização e resolutividade frente às necessidades em saúde. Trata-se de uma postura ética, que não depende de espaço, local, hora ou de qual profissional o faz; antes, depende de compartilhamento de saberes, angústias e inovações, em que a escuta qualificada é a base desse encontro entre pessoas, no caso, enfermeiro e trabalhador em saúde (GOMES; MELO; PINTO, 2005).

Reis et al. (2012) reitera que, nas ações de saúde, a escuta deveria ser primordial, mas foi sendo deixada de lado em detrimento a ações normativas e prescritivas sobre o que se deve e o que não se deve fazer. E, que a enfermagem exercita o ouvir durante as entrevistas, na consulta de enfermagem, correlacionando teoria e prática, querendo aprender o saber do outro para o alcance mais consolidado da intervenção. Para os autores, a escuta representa uma ação de cuidado, em que se estabelece uma relação entre sujeito e sujeito, valorizando a unicidade e a individualidade de cada caso e de cada pessoa.

Mediante o uso desses instrumentos e tecnologias de cuidado, entre outros, o aprimoramento do SSST nas instituições tem o potencial de proporcionar benefícios aos trabalhadores e auxiliar na prevenção de agravos e consequentes afastamentos do trabalhador. Por isso, é igualmente importante transformar inovações tecnológicas de cuidado em fluxos e/ou protocolos de trabalho a serem instituídos formalmente. Assim, como terceiro aspecto importante ligado ao uso do instrumento proposto, propõe-se o Protocolo de Consulta de Enfermagem na Saúde do Trabalhador (APÊNDICE 2), com vistas ao aprimoramento da qualidade do serviço de saúde.

Nos diferentes níveis de complexidade assistenciais, tanto primários, secundários quanto terciários, tem se evidenciado essa preocupação sobre qualidade da atenção, expresso em documentos oficiais e definições em normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam as ações e práticas, assim como os conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos. Na equipe dos serviços de saúde, a busca pela qualidade tem ocorrido principalmente com investimentos em processos educativos. Tal fato é uma apreensão constante do enfermeiro, pois não é incomum a exposição da equipe de enfermagem na mídia, devido à divulgação de erros de procedimentos, imprudência e falta de cumprimento de protocolos nos serviços de saúde.

Dessa maneira, faz-se necessária a definição de padrões e ampliação da cultura de qualidade dos serviços da enfermagem, tornando-se, assim, imprescindível o papel do enfermeiro em programar estratégias para que a sua equipe assegure aos pacientes a assistência desejada.

Uma ferramenta gerencial que o profissional enfermeiro pode utilizar para melhorar a qualidade da assistência prestada é a padronização das intervenções de enfermagem, por meio dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP), que deve ser construída juntamente com a sua equipe, levando em consideração a realidade do serviço e estimulando o alcance de melhorias em suas atividades.

A padronização dos procedimentos é considerada um instrumento gerencial atual e tem sido amplamente estudada pela enfermagem. Os resultados de sua utilização demonstram que se trata de uma ferramenta moderna que apoia a tomada de decisão do enfermeiro, possibilita corrigir as não conformidades, permite que todos os trabalhadores prestem cuidado padronizado para o paciente de acordo com os princípios técnico-científicos e, ainda, contribui para dirimir as distorções adquiridas na prática, tendo também finalidade educativa. Além disso, a adoção de protocolos de cuidados pode proporcionar maior satisfação para a equipe de enfermagem e para o paciente, maior segurança na realização dos procedimentos e, conseqüentemente, maior segurança para o paciente, objetivando garantir um cuidado livre de variações indesejáveis na sua qualidade final, assim como programar e controlar as ações assistenciais de enfermagem permeadas pela visão de integralidade do paciente.

Os protocolos internos, desenvolvidos no Hospital Infantil Waldemar Monastier, visam o cumprimento de ações estabelecidas pelo Ministério da Saúde com vistas à promoção da segurança do paciente, por meio de medidas de educação e divulgação das boas práticas para profissionais de saúde, pacientes e acompanhantes e com ações preventivas, como a implementação das seis metas da OMS. De acordo com o Núcleo de Estudo, Pesquisa e Ensino

em Saúde (NEEPS), há vários protocolos vigentes, a exemplo do protocolo de lavagem das mãos, de comunicação, de prevenção de quedas, de identificação de pacientes e de cirurgia segura (HIWM, 2018).

O protocolo de saúde do trabalhador vem somar a este conjunto já existente e visa padronizar e aprimorar o atendimento ao trabalhador em várias situações relacionadas ao trabalho. Já há fluxos estabelecidos na instituição em casos de necessidade de atendimento em situações de emergência, urgência ou eletivas. Nos casos de emergência ou urgência, a exemplo de sofrer uma queda, perda da consciência, crise convulsiva ou apresentar um mal súbito, o trabalhador é encaminhado ao Serviço de Atendimento Avançado (SAV), no pronto socorro, e é atendido por equipe multiprofissional, quando é estabilizado e encaminhado para outro serviço especializado, se necessário. Em casos de acidentes de trabalho com material biológico, por exemplo, é preenchido o Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), acionado a ambulância e o trabalhador é encaminhado para o Hospital do Trabalhador para o atendimento necessário. Em casos de outros tipos de acidentes, atende-se o trabalhador no pronto socorro e ele é encaminhado com a CAT para o pronto socorro municipal. Posteriormente, encaminham-se todas as CAT para o Departamento Médico de Saúde do Estado (DIMS).

Contudo, para aqueles casos eletivos, de livre demanda centrada em queixas do trabalhador, este procura o SSST, o atendimento é feito, bem como os encaminhamentos subsequentes, se necessário. Havia uma lacuna no serviço quanto a um protocolo específico de consulta de enfermagem, motivação para a presente proposta de pesquisa. Pretende-se que o referido protocolo seja formalmente implantado após a avaliação da direção geral, em conjunto com os setores de qualidade, recursos humanos, núcleo de pesquisa e serviço de saúde e segurança no trabalho.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a atuação efetiva do setor da saúde do trabalhador na prevenção de agravos pode beneficiar-se em muito da realização de um diagnóstico situacional da instituição em que o trabalhador está inserido. E, concomitante as informações estruturais, administrativas e legais, pode ser útil a utilização de instrumentos que norteiem as ações e que permitam maior autonomia e confiança ao profissional responsável pelo atendimento ao trabalhador, capaz de detectar precocemente sinais de agravos que venham a prejudicar a atividade laboral e, até mesmo, o convívio familiar e social do indivíduo.

Foi verificado o número de afastamentos por problemas de saúde durante o período do estudo, com um breve perfil dos casos, disponível para fins de comparação com taxas e indicadores futuros. Como resultado identificou-se uma redução de 25% (125) do quadro de funcionários no período, bem como o encerramento de parcerias importantes. Houve quase 35% de aumento nos afastamentos de saúde, especialmente na área da enfermagem e de auxiliares operacionais. Com uma média de 1.198 atestados por ano, sendo a maioria sem Código Internacional de Doenças, os principais motivos de afastamento foram doenças mentais e lesões musculoesqueléticas. Os dados demandam atenção, uma vez que agravos relacionados às lesões musculoesqueléticas apresentaram aumento, demonstrando tornar-se uma questão crônica, agravada com o tempo e acirrada por sobrecarga de trabalho. Quanto aos transtornos mentais, os números podem ocultar aspectos relevantes e preocupantes, como a dificuldade por parte do trabalhador em expor seus problemas.

Nesse contexto, quanto às consultas de enfermagem nos três anos, estas ocorreram por livre demanda e aumentaram de uma média de três para quatorze consultas ao dia. O instrumento de consulta de enfermagem foi gradativamente sendo incorporado à rotina de trabalho do enfermeiro e proporcionou o seguimento de uma metodologia de cuidado. Apesar de não levantar dados quantitativos relacionados à aplicação do instrumento, vários aspectos positivos quanto ao uso do mesmo foram observados: construção de um espaço de acolhimento e escuta; execução da consulta de enfermagem centrada na queixa com capacidade ampliada de atendimento às necessidades do trabalhador mediante o planejamento de um plano de cuidados; o registro das informações com potencial de acompanhamento da saúde do trabalhador e das condições de trabalho, com visita aos respectivos setores, quando necessário; entre outros. Três aspectos mostraram-se importantes: o formato do instrumento, a possibilidade de acolhimento e escuta dos trabalhadores e a proposição de um protocolo de assistência centrado na consulta de enfermagem.

À medida que a pesquisa foi sendo desenvolvida e o instrumento elaborado e revisado, a experiência foi demonstrando que o mesmo tem grande potencial de qualificar e facilitar o trabalho ligado à saúde do trabalhador. Assim, o estudo corrobora para a compreensão de que a práxis da enfermagem, centrada em um cuidado refletido e multidimensional, é capaz de potencializar e qualificar benefícios à saúde dos trabalhadores. Novos estudos a serem realizados sobre dados produzidos com a aplicação do instrumento de consulta de enfermagem podem contribuir ainda mais para aprimorar essa importante política pública, especialmente mediante o cruzamento com dados do diagnóstico institucional ora apresentado.

Muitas são as possibilidades para ações de prevenção a nível institucional. Estas devem definir clareza de papéis, permitir comunicação eficaz e assertiva, proporcionar ambiente de trabalho adequado, trabalhar a missão e visão da empresa, alinhado com a missão e visão pessoal dos trabalhadores, criar programas de incentivo e reconhecimento, estruturar espaços para discussão de questões pessoais, adotar políticas claras sobre aspectos do cotidiano do trabalho, como horário de almoço, horários de trabalho, vestuário, recreação e espaço físico ocupacional e, ainda, implementar programa de ginástica laboral, promover a boa atmosfera de equipe, possibilitar diálogo eficaz com a administração, entre muitas outras medidas que se façam necessárias e importantes. E, nesse conjunto, fortalecer e aprimorar o SSST.

Considerando que agravos relacionados à saúde do trabalhador elevam o número de absenteísmo nas instituições, o estudo torna-se uma importante ferramenta para demonstrar a relevância dessa temática, quiçá contribuindo para a futura implantação de processos de trabalho centrados na consulta de enfermagem de forma sistematizada no contexto dos serviços de Saúde do Trabalhador das instituições hospitalares do Estado do Paraná. Além de colaboração para a organização dos serviços, este trabalho pode contribuir efetivamente para a vida dos trabalhadores atendidos, reduzindo absenteísmo e resultando em melhorias em sua qualidade de vida. Outrossim, produzir novos dados e ouvir vozes futuras no tocante à implantação do instrumento de consulta de enfermagem são possibilidades bem vindas aos processos de pesquisa, de educação permanente em saúde e de qualificação do trabalho em saúde.

Há de se reiterar, ainda, a importância de estudos na temática saúde do trabalhador no atual contexto nacional e mundial de pandemia causada pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2), a infecção por COVID-19. Mesmo não aparecendo nos dados por tratar-se de um risco recente à saúde do trabalhador, inexistente à época da coleta de dados, trata-se de uma situação nova que aumenta consideravelmente a exposição de trabalhadores a riscos eminentes de contágio e adoecimento, além de exposição a altos níveis de estresse e fadiga com as intensas

jornadas de trabalho nos serviços de saúde, os quais veem suas rotinas alteradas com o atendimento aos casos da pandemia somados às outras condições de saúde agudas e/ou crônicas.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, M.; OTA, N. O afastamento do trabalho por LER/DORT: repercussões na saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 60-67, 1 abr. 2011.

ALENCAR, M. DO C.; TERADA, T. O afastamento do trabalho por afecções lombares: repercussões no cotidiano de vida dos sujeitos. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 23, n. 1, p. 44-51, 1 abr. 2012.

AMESTOY, S. C. et al. Liderança dialógica nas instituições hospitalares. **Rev. bras. enferm.**, v. 63, n. 5, p.844-847, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/25.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2018.

ANTUNES, Ricardo. **Dimensões da precarização estrutural do trabalho. A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização.** São Paulo: Boitempo, p. 13-22, 2007.

ANTUNES, Ricardo. Os modos de ser da informalidade: rumo a uma nova era da precarização estrutural do trabalho?. **Serviço Social & Sociedade**, n. 107, p. 405-419, 2011.

AQUINO, D.R.; LUNARDI FILHO, W.D. Construção da prescrição de enfermagem informatizada em uma UTI. **Cogitare Enferm.**, v.9, n.1, p.60-70, 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v9i1.1706>. Acesso em: 22 nov. 2019.

ARANTES, Erika Bastos. **O porto negro: trabalho, cultura e associativismo dos trabalhadores portuários no Rio de Janeiro na virada do XIX para o XX.** 2010. Tese de Doutorado. Tese (Doutorado em História)–Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ. Acesso em: 11 jan. 2019.

AYALA, E.; CARNERO, A.M. Determinants of *Burnout* in acute and critical care military nursing personnel: a cross-sectional study from Peru. **PLoSOne**, v.8, n.1, e54408, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0054408>. Acesso em: 22 set. 2018.

BAKES-MARTIN, Rosemary et al. Developing national performance standards for local public health systems. **Journal of Public Health Management and Practice**, v. 11, n. 5, p. 418-421, 2005.

BALSANELLI, A.P.; ZANEI, S.S.; WHITAKER, I.Y. Carga de trabalho de enfermagem e sua relação com a gravidade de pacientes cirúrgicos em UTI. **Acta paul. enferm**, v.19, n.1, p. 1-20, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002006000100003>. Acesso em: 16 dez. 2019.

BARBOSA, C. V. Qualidade de Vida no Trabalho. **Revista Inter Atividade**, v.4, n.1, p. 27 - 36, 2016. Disponível em:

<http://www.firb.br/editora/index.php/interatividade/article/view/181/264>. Acesso em: 16 dez. 2019.

BARBOSA, D. B; SOLERZ. A. S. G. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. **Rev. Latino-Am Enfermagem [online]**, v. 11, n. 2, p. 177-83, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000200006>. Acesso em: 22 dez. 2019.

BARRETO, M. Saúde Mental e Trabalho: a necessidade da “escuta” e olhar atentos. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v. 1, n.1, p.136-145, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68435/41214>. Acesso em: 20 dez. 2019.

BATISTA, J. **Avaliação da cultura de segurança e ocorrência de eventos adversos cirúrgicos em diferentes naturezas administrativas da gestão pública**. Curitiba, 2018. 152f. Dissertação [Mestrado acadêmico em Enfermagem] - Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

BENDASSOLLI, P. F. Crítica às apropriações psicológicas do trabalho. **Psicol. Soc. [online]**, v. 23, n.1, p. 75-84,2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000100009>. Acesso em: 17 set. 2019.

BERNARDO, M. H. et al. Ainda sobre a saúde mental do trabalhador. **Rev. bras. Saúde ocup.**, v. 36, n.123, p. 8-11,2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572011000100002>. Acesso em: 23 set. 2019.

BRAGON, R. et al. No primeiro semestre sob Bolsonaro, 44 indicadores pioram e 28 melhoram. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 11 agosto 2019. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2019/08/no-primeiro-semester-sob-bolsonaro-44-indicadores-pioram-e-28-melhoram.shtml>. Acesso em: 02 mar. 2020

BRANT, L. C.; MINAYO-GOMEZ, C. Da tristeza à depressão: a transformação de um mal-estar em adoecimento no trabalho. **Interface (Botucatu) [online]**, v. 12, n. 26, p. 667-676, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832008000300017>. Acesso em: 29 out. 2019

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.069/1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília: DF, Julho de 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas\\_](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_)

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília, DF: OPAS/OMS; 2001b.

BRASIL. **Norma de Higiene Ocupacional – Procedimento Técnico – NHO 01**. Brasília: FUNDACENTRO, 2001c.

BRASIL, Lei nº 1074/2003. **Estatuto do Idoso**. Brasília: DF, Outubro de 2003.

BRASIL. **Anuário Estatístico da Previdência Social – 2004**. Ministério da Previdência Social Disponível em <<http://www.previdenciasocial.gov.br/estatisticas>>. Acesso em: 18 mar. 2020.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **NR nº 32 - Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde**. Brasília (DF): Ministério do Trabalho e Emprego; 2005. Disponível em: [http://www.mte.gov.br/legislacao/normas\\_regulamentadoras/nr\\_32.pdf](http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_32.pdf). Acesso em: 12 mar. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST**. Brasília (DF): Presidência da República, 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7602.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7602.htm). Acesso em: 19 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Dor relacionada ao trabalho: lesões por esforços repetitivos (LER) – distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT)**. Brasília: Editorado Ministério da Saúde, 2012a (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Saúde do Trabalhador, 10. Protocolos de Complexidade Diferenciada). Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/>

BRASIL. **Norma Regulamentadora 20 – Segurança e Saúde com Inflamáveis e Combustíveis**. Brasília: Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho, 2012b.

BRASIL. Portaria Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. **Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012c. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html). Acesso em: 19 dez. 2019.

BRASIL. **Norma Regulamentadora 7 - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO)**. Brasília: Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho, 2013.

BRASIL. **Norma Regulamentadora 15 - Atividades e Operações Insalubres**. Brasília: Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho, 2015.

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 nos 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. Brasília (DF): Presidência da República, 2017a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/L13467.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13467.htm). Acesso em: 19 dez. 2019.

BRASIL. **Norma Regulamentadora 9 - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA)**. Brasília: Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **LER e DORT são as doenças que mais acometem os trabalhadores, aponta estudo**, 2019. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45404-ler-e-dort-sao-as-doencas-que-mais-acometem-os-trabalhadores-aponta-estudo>. Acesso em: 11 jan. 2019.

CAIAFFO, G.A. **Estresse Ocupacional: estudo realizado junto aos funcionários da Sudema**. Dissertação de Mestrado, Disponível em: [www.biblioteca.sebrae.com.br/bds/bds.nsf/DowContador?...](http://www.biblioteca.sebrae.com.br/bds/bds.nsf/DowContador?...) Acesso em: 13 dez. 2019.

CAMELO, S. Estresse e atividade ocupacional do enfermeiro hospitalar. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 20, n. 1/2/3, p. 69-77, 2006. Disponível em: <https://search.proquest.com/openview/a2f563ffdb2c6f8cc6498da060452997/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2040112>. Acesso em: 14 ago. 2019.

CAMPOS, G.W.S. Réplica: O SUS ainda existe. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n.6, p 1721-1722, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1721.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2019.

CAMPOS, R. G. **Burnout: uma revisão integrativa na enfermagem oncológica**. Dissertação de Mestrado, 2005. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-11052005-112045>>Acesso em: 5 dez. 2018.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Análise da produção científica sobre a Síndrome de *Burnout* no Brasil. **PSICO**, v.39 n. 2, 2008. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrio.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1461/3035>. Acesso em: 19 abr. 2019.

CARREIRO, Gisele Santana Pereira et al. O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família\*. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 1, 2013.

CARVALHO, D. P. et al. Cargas de trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem: revisão integrativa. **Cogitare Enferm.**, v.22, n.1, p. 01-11, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i1.46569>. Acesso em: 03 mar. 2019.

CARVALHO, L. D.; MALAGRIS, L. E. N. Avaliação do nível de stress em profissionais de saúde. **ESTUDOS E PESQUISAS EM PSICOLOGIA**, v. 7, n. 3, p. 570-582, 2007. Disponível em: <http://www.revipsi.uerj.br/v7n3/artigos/pdf/v7n3a16.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2019.

CAVALCANTE, Cleonice Andréa Alves et al. Promoção da saúde e trabalho: um ensaio analítico. 2008.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1851/2008. **Altera o art. 3º da Resolução CFM nº 1.658, de 13 de fevereiro de 2002, que normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências**. Brasília: DF, Agosto de 2008.

CHESNAIS, François. A proeminência da finança no seio do “capital em geral”, o capital fictício e o movimento contemporâneo de mundialização do capital. **A finança capitalista**. São Paulo: Alameda, p. 95-182, 2010.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen nº 358**, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do

Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília-DF. Disponível em: [http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html). Acesso em: 12 set. 2018.

COSTA, F. M.; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. Absenteísmo relacionado às doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. **Rev. bras. enfer.**, v. 62, n. 1, p.38-44, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000100006>. Acesso em: 16 nov. 2018.

CUBRILO-TUREK, M.; UREK, R.; TUREK, S. Burnout Syndrome – assessment of a stressful job among intensive care staff. **Coll Antropol.**, v.30, n.1, p.131-135, 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16617587>. Acesso em: 6dez. 2019.

DA SILVA, Jucieléia Soares et al. Production of lettuce with brackish water in NFT hydroponic system. **Semina: Ciências Agrárias**, v. 39, n. 3, p. 947-962, 2018.

DALMOLIN, G. L. et al. Sofrimento moral e síndrome de *Burnout*: existem relações entre esses fenômenos nos trabalhadores de enfermagem? **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 1-8, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3102.2393>. Acesso em: 08 set. 2018.

DANTAS, A.V. Saúde e luta de classes: em busca do que e como fazer. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1715-1716, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05692018>. Acesso em: 10 ago. 2019.

DANTAS, C.N.; SANTOS, V.E.P.; TOURINHO, F.S.V. A consulta de enfermagem como tecnologia do cuidado à luz dos pensamentos de Bacon e Galimberti. **Texto contexto - enferm.** [online], v.25, n.1, e2800014, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500002800014>. Acesso em: 17 abr. 2019.

DANTAS, Marcos. **Trabalho com informação: valor, acumulação, apropriação nas redes do capital**. Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Escola de Comunicação, 2012.

DEJOURS, Christophe. *A loucura do trabalho*. São Paulo: Ed. 1992.

DIAS, Elizabeth Costa; SILVA, Thais Lacerda. Contribuições da Atenção Primária em Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST). **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 38, n. 127, p. 31-43, 2013.

DOS SANTOS RIBEIRO, Carla Vaz; LÉDA, Denise Bessa. O significado do trabalho em tempos de reestruturação produtiva. **Estudos e pesquisas em psicologia**, v. 4, n. 2, p. 76-83, 2004.

DOSEA, G.S.; OLIVEIRA, C.C.C.; LIMA, S.O. Percepção da qualidade de vida em portadores de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. **CiencCuidSaude**, v.15, n.3, p.482-488, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v15i3.29157>. Acesso em: 28 set. 2019.

DUTRA, Fabiana Caetano Martins Silva e; COSTA, Letícia Cardoso; SAMPAIO, Rosana Ferreira. A influência do afastamento do trabalho na percepção de saúde e qualidade de vida de indivíduos adultos. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 98-104, Mar. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-)

29502016000100098&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 de maio 2020.  
<http://dx.doi.org/10.1590/1809-2950/14900923012016>.

ELIAS, Marisa Aparecida; NAVARRO, Vera Lúcia. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 517-525, 2006.

FELIX, D.B.; MACHADO, D.Q.; SOUSA, E.F. Análise dos níveis de estresse no ambiente hospitalar: Um estudo com profissionais da área de enfermagem. **ReCaPe Revista de Carreiras e Pessoas** [online], v.7, n.2, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.20503/recape.v7i2.32749>. Acesso em: 05 abr. 2019.

FERRAREZE, Maria Verônica Guilherme; FERREIRA, Viviane; CARVALHO, Ana Maria Pimenta. Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em Terapia Intensiva. **Acta paul. enferm.** [online]. 2006, vol.19, n.3, pp.310-315. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-1002006000300009&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-1002006000300009&script=sci_abstract&tlng=pt) Acesso em: 05 abr. 2019.

FERRARI, Rogério; DE FRANÇA, Flávia Maria; MAGALHÃES, Josiane. Avaliação da síndrome de burnout em profissionais de saúde. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, n. 3, p. 868-883, 2012.

FILGUEIRAS, Vitor Araújo. Terceirização e os limites da relação de emprego: Trabalhadores mais próximos da escravidão e morte. <https://indicadoresdeemprego.files.wordpress.com/2013/12/terceirizac3a7c3a30-e-oslimites-da-relac3a7c3a30-de-emprego-degradac3a7c3a30-e-morte1.pdf>>. Acesso em, v. 24, n. 5, p. 16, 2014.

FIOCRUZ. Plataforma RENAST (Online). **Políticas de Saúde do Trabalhador**. Disponível em: <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/temas/politicas-saude-trabalhador>. Acesso em: 05 jan. 2020.

FONTELLES, M.J. et al. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Rev. para. med.** v.23, n.3, 2009. Disponível em: [https://cienciassaude.medicina.ufg.br/up/150/o/Anexo\\_C8\\_NONAME.pdf](https://cienciassaude.medicina.ufg.br/up/150/o/Anexo_C8_NONAME.pdf). Acesso em: 01 mar. 2019.

GAEDKE, M.A.; KRUG, S.B.F. Quem eu sou? A identidade de trabalhadoras portadoras de LER/DORT. **Revista Textos & Contextos Porto Alegre**, v. 7, n. 1, p. 120-137, 2008. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/3942/3206>. Acesso em: 21 ago. 2019.

GALINDO, Renata Hirschle et al. Síndrome de Burnout Entre Enfermeiros de um Hospital Geral da Cidade do Recife. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v 46, n. 2, abril de 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000200021&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000200021&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em 18 de março 2020.

GELBCKE, F.L. et al. A práxis da enfermeira e a integralidade no cuidado. **Enfermagem em Foco**, v.2, n.2, p.116-119, 2011. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/108>. Acesso em: 14 ago 2018.

GENUÍNO, Shirley Luanna Vieira P.; DA SILVA GOMES, Marcos; DE MORAES, Elaine Medeiros. O Estresse ocupacional e a Síndrome de Burnout no ambiente de trabalho: suas

influências no comportamento dos professores da rede privada do Ensino Médio de João Pessoa. **Anagrama**, v. 3, n. 2, p. 1-9, 2009.

GIRONDI, J.B.R. et al. Implantação da consulta de enfermagem num centro endoscópico. **Cienc Cuid Saude**, v.15, n.3, p.582-589, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v15i3.29090>. Acesso em: 13 abr. 2019.

GOMES, L. B.; MELO, E. A.; PINTO, H. A. **Análise das modelagens do acolhimento em Aracaju-SE** (Mimeo.), 2005.

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 coletiva [online]**, v.23, n.6, p.1963-1970, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04922018>. Acesso em: 15 fev. 2019.

GONÇALVES, L.R.R. et al. O desafio de implantar a sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica do discente. **Esc. Anna Nery**. v.11, n.3, p. 459-65, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n3/v11n3a10.pdf>. Acesso em 22 nov. 2018.

GORENDER, Jacob. Globalização, tecnologia e relações de trabalho. **Estudos avançados**, v. 11, n. 29, p. 311-361, 1997.

HARVEY, David. **Novo imperialismo (O)**. Edições Loyola, 2004.

HIWM. Hospital Infantil Waldemar Monastier. **Programa de Prevenção aos Riscos Ambientais**. Campo Largo, 2018.

INSS. Instituto Nacional do Seguro Social. Boletim Quadrimestral sobre Benefícios por Incapacidade de 2017. **Adoecimento Mental e Trabalho: a concessão de benefícios por incapacidade relacionados a transtornos mentais e comportamentais entre 2012 e 2016** [Internet]. Brasília: Ministério do Trabalho; 2017.

JODAS, Denise Albieri; HADDAD, Maria do Carmo Lourenço. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. **Acta paulista de enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 192-197, 2009.

JUNIOR, A. G. S.; Santos, F. R.; Furlan, M. C. R.; Araújo, J. C.; Arantes, M. B.; Barbosa, T. S. **Norma Regulamentadora 32 no Brasil: Revisão Integrativa de Literatura**. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro. 2015 jan/abr; 5(1): 1528-1534.

KURCGANT, Paulina et al. Administração em Enfermagem. São Paulo: EPU, 1991

LARANJEIRA, Carlos A. O contexto organizacional e a experiência de estress: uma perspectiva integrativa. **Revista de salud pública**, v. 11, p. 123-133, 2009.

LIMA, Firmino Alves; SILVA, Walküre Lopes Ribeiro da. Mecanismo antidiscriminatórios nas relações de trabalho. 2005.

LIMA, R.A.S, et al. Vulnerabilidade ao burnout entre médicos de hospital público do Recife. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1051-1058, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000400018>. Acesso em: 14 jun. 2019.

LUCAS, Janaína Silva; PASSOS, Joanir Pereira. O estresse no trabalho da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 1, n. 2, p. 345-352, 2009.

LUNA, J.S.; SOUZA, O.S. Sintomas osteomusculares em taxistas de Rio Branco, Acre: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Colet.** v.22, n.4, p.401-8, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201400040014>. Acesso 07 nov. 2019.

MANTOVANI, Fátima et al. Representações sociais dos trabalhadores da estratégia saúde da família sobre promoção da saúde. 2014.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6ª ed. São Paulo, SP: Atlas, 2005.

MARQUES, M. **Administração Pública: uma abordagem prática**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Ferreira, 2008.

MARZIALE, Maria Helena Palucci. Contribuições do enfermeiro do trabalho na promoção da saúde do trabalhador. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. vii-viii, 2010.

MASTROPIETRO, Ana Paula et al. Relação entre renda, trabalho e qualidade de vida de pacientes submetidos ao transplante de medula óssea. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, v. 32, n. 2, p. 102-107, 2010.

MENDES, René. Patologia do trabalho. In: **Patologia do trabalho**. Atheneu, 1995.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de saúde pública**, v. 25, p. 341-349, 1991.

MINAYO-GOMEZ, Carlos; THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de saúde pública**, v. 13, p. S21-S32, 1997.

MONTERO-MARÍN, J. et al. Burnout Subtypes and Absence of Self Compassion in Primary Healthcare Professionals: A Cross-Sectional Study. **PLoSOne**, v.11, n.6, e0157499, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27310426>. Acesso em: 24 jul. 2019.

MONTERO-MARÍN, J. et al. A new definition of burnout syndrome based on Farber's proposal. **J OccupMedToxicol.** v.4, n.31, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19948055>. Acesso em: 24 jul. 2019.

MONTERO-MARIN, J. et al. Burnout syndrome among dental students: a short version of the "Burnout Clinical Subtype Questionnaire" adapted for students (BCSQ-12-SS). **BMC Med Educ.**v.12, n.11, p.103, 2011.

MONTERO-MARÍN, J.; GARCÍA-CAMPAYO J. A newer and broader definition of burnout: validation of the "Burnout Clinical Subtype Questionnaire (BCSQ-36). **BMC Public Health.** v.2, n.10, p.302, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20525178> Acesso em: 24 jul. 2019.

MOURA, D.C.A. et al. Atenção à saúde do trabalhador: instrumento para subsidiar a consulta de enfermagem. **Rev Enferm UFSM**, v.6, n.4, p.589-599, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769219832>. Acesso em: 15 out. 2018.

NARDI, H. C. Saúde do trabalhador. **Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia**. 4ª ed. **Petrópolis: Vozes**, 1997.

NAVARRO-GONZÁLEZ D, Ayechu-Díaz A, Huarte-Labiano I. Prevalencia del síndrome del Burnout y factores asociados ha dicho síndrome en los profesionales sanitarios de Atención Primaria. *Semergen*. 2014

OLIVEIRA, Cinthia Machado de; DORNELES, Leandro do Amaral Dorneles de. Direito do trabalho. **Porto Alegre: Verbo Jurídico**, 2011.

OLIVEIRA, T.A.; PINTO, K.A. Acolhimento com classificação de risco e acesso em serviços de emergência: avaliação de usuários. **Cien Cuid Saude** [online], v.14, n.2, p.1122- 1129, 2015. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/22897/14790>. Acesso em: 18 mar. 2019.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946**. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 20 dez. 2019.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Saúde do Trabalhador**. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=378:saude-do-trabalhador&Itemid=685](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=378:saude-do-trabalhador&Itemid=685). Acesso em: 20 dez. 2019.

PANARI, C. et al. Assessing and improving health in the workplace: an integration of subjective and objective measures with the Stress Assessment and Research Toolkit (St.A.R.T.) method. **J Occup Med Toxicol.**, v.7, n.18, 2012.

PARANÁ. Secretaria da Saúde. Centro Estadual de Saúde do Trabalhador. Boletim Epidemiológico da Saúde do Trabalhador do Paraná. **Notificações dos Agravos da Saúde do Trabalhador no Paraná (2006 A 2016)**, 2017. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/BOLETIM.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2018.

PARANÁ. Lei Estadual nº 6.174/1970. **Estatuto dos Funcionários Cíveis do Paraná**. Curitiba: PR, Novembro de 1970.

PASCHOAL, Tatiane; TAMAYO, Álvaro. Validação da escala de estresse no trabalho. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 9, n. 1, p. 45-52, 2004.

PASCOAL, F. S. Síndrome de Burnout entre profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família: risco de adoecimento mental [dissertation]. **João Pessoa: Faculdade de Enfermagem/UFPB**, 2008.

PIRES, D. A. et al. A síndrome de Burnout no esporte. **Motriz**, v.11 n.3 p.147-153, 2005. Disponível em: <http://www.rc.unesp.br/ib/efisica/motriz/11n3/07DPA.pdf>. Acesso em 13 out. 2018.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 2019.

RAMAZZINI, Bernardino. **As doenças dos trabalhadores** [texto] / Bernardino Ramazzini; tradução de Raimundo Estrêla. – 4. ed. – São Paulo: Fundacentro, 2016. 321 p.: il. color.; 24 cm.

RASELLA, D. et al. Mortality associated with alternative primary healthcare policies: a nationwide microsimulation modelling study in Brazil, **BMC Medicine**, Londres, v. 17, 2019.

REGIS FILHO, G.I.; MICHELS, G.; SELL, I. Lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em cirurgiões-dentistas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 9, n.3, p. 346-359, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2006000300009>. Acesso em: 07 nov. 2019.

REK, M. **Os modelos de Administração Pública e reflexos à qualidade na gestão administrativa Brasileira**. Âmbito Jurídico: seu portal jurídico na internet. 2014. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-administrativo/os-modelos-de-administracao-publica-e-reflexos-a-qualidade-na-gestao-administrativa-brasileira/>. Acesso em 21 fev. 2020.

ROBAZZI, M. L. C. C.; MARZIALE, M. H. P. A Norma Regulamentadora 32 e suas implicações sobre os trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 12, n. 5, p. 834- 836, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000500019>. Acesso em: 18 set. 2019.

ROCHA-DE-OLIVEIRA, Sidinei; PICCININI, Valmiria Carolina; BITENCOURT, Betina Magalhães. Juventudes, gerações e trabalho: é possível falar em geração Y no Brasil?. **Organizações & Sociedade**, v. 19, n. 62, p. 551-558, 2010.

RODRIGUES, A. Sem licença e com boletos, mães de SP passam a deixar bebês de 1 mês na creche. **Gaúcha ZH**. 08 março 2020. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/geral/noticia/2020/03/sem-licenca-e-com-boletos-maes-de-sp-passam-a-deixar-bebes-de-1-mes-na-creche-ck7j8ahyc01lf01msi00nrzjf.html>. Acesso em: 9 mar 2020.

RODRIGUES, E.P. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem em um hospital da Bahia. **Rev. bras. enferm.** v.67, n.2, p.296-301, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140040>. Acesso em: 15 mar. 2019.

ROSA, Cristiane da; CARLOTTO, Mary Sandra. Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. **Revista da SBPH**, v. 8, n. 2, p. 1-15, 2005.

ROSSI, S.S. et al. A síndrome de burnout no enfermeiro: um estudo comparativo entre atenção básica e setores fechados hospitalares. **R. pesq.: cuid. fundam. Online**, v.2, ed supl, p.381-384, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2010.v0i0.%25p>. Acesso em: 12 jan. 2020.

RUBIO, et al. Evaluation of subjective mental workload: a comparison of SWAT, NASA-TLX, and Workload Profile Methods. **Applied Psychology**, v.53, p.61-86, 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1464-0597.2004.00161.x>. Acesso em: 12 jan. 2019.

SANTOS, Joares Maia dos; OLIVEIRA, Elias Barbosa de; MOREIRA, Almir da Costa. Estresse, fator de risco para a saúde do enfermeiro em centro de terapia intensiva. **Rev. enferm. UERJ**, p. 580-585, 2006.

SANTOS, M. R.; Ribeiro, R. P.; Martins, M. B.; Nascimento, L.A.; Martins, J.T.; Bo Broff MCC. **Avaliação da implantação da norma regulamentadora 32 em um hospital universitário**. *Cogitare Enferm.* 2012 jul/set; 17(3):524-30.

SCHEFFER, Mario (Org.). **Demografia médica no Brasil 2018**. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Medicina. 2018. Disponível em: [http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20\(3\).pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20(3).pdf). Acesso em: 01 mar 2020.

SCHUSTER, M.S; DIAS, V.V. *Oldenburg Burnout Inventory* - validação de uma nova forma de mensurar *Burnout* no Brasil. **Ciênc. saúde colet.** v.23, n.2, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.27952015>. Acesso em: 14 set. 2018.

SELIGMANN-SILVA, Edith. Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo. In: **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. 2011. p. 622-622.

SILVA, E. C. G. et al. Impactos gerados pelo trabalho em turnos. **Perspectivas online**, v.4, n.13, p. 65-86, 2010. Disponível em: [https://ojs3.perspectivasonline.com.br/revista\\_antiga/article/view/411/321](https://ojs3.perspectivasonline.com.br/revista_antiga/article/view/411/321). Acesso em: 13 fev. 2018.

SILVA, J.L.L. et al. Estrés y factores psicosociales em el trabajo de enfermeiros intensivistas. **Enferm. Glob.** v.16, n.48, p.80-120, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.4.249321>. Acesso em: 21 abr. 2019.

SILVA, R.C. et al., Síndrome de *Burnout* em enfermeiros assistencialistas. **Persp. Online: biol e saúde**. Campos dos Goytacazes 17(5), 23-35, 2015.

SILVA, R.N.S. et al. Síndrome de burnout em profissionais da enfermagem. **Rev. Saúde em foco**, v.2, n.2, p. 94-106, 2015. Disponível em: <http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/896/868>. Acesso em: 29 nov. 2019.

SILVA, S.C.P.S et al. A síndrome de *Burnout* em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracaju, Brasil. **Ciênc. saúde colet.** v.20, n.10, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.19912014>. Acesso em: 21 set 2018.

SIMÕES, Arlete Lima; FREITAS, Carlos Machado de. Análise sobre condições de trabalho de Equipe de Saúde da Família, num contexto de vulnerabilidades, Manaus (AM). **Saúde em Debate**, v. 40, p. 47-58, 2016.

TOLFO, Suzana da Rosa; PICCININI, Valmíria. Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, n. SPE, p. 38-46, 2007.

TORRES, E. et al. Sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta da gerência do cuidado: estudo de caso. **Esc Anna Nery**, v.15, n.4, p.730-736, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452011000400011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400011). Acesso: 12 set. 2019.

TRIGO, Telma Ramos; TENG, Chei Tung; HALLAK, Jaime Eduardo Cecílio. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 34, n. 5, p. 223-233, 2007.

TRINDADE, Letícia de Lima; LAUTERT, Liana. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 274-279, 2010.

ULHÔA, Melissa; MORENO, Claudia. Fatores psicossociais no trabalho e cortisol: breve revisão. **INTERFACEHS-Revista de Saúde, Meio Ambiente e Sustentabilidade**, v. 4, n. 3, 2010.

VENÂNCIO, Sara Filipa Gonçalves. **Ethical leadership and unethical pro-organizational behavior: A moderated mediation model of affective commitment and authenticity at work**. 2011. Tese de Doutorado.

VIEIRA, I. et al. Burnout na clínica psiquiátrica: relato de um caso. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v. 28, n.3, 2006. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082006000300015>. Acesso em: 10 ago. 2019.

WERMELINGER, M. et al. A força de trabalho do setor de saúde no Brasil: focalizando a feminização. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, n. 45, 2010, RJ, p. 54-70.

ZANATTA, A.B.; DE LUCCA, S.R. Prevalência da síndrome de *Burnout* em profissionais da saúde de um hospital oncohematológico infantil. **Rev. esc. enferm. USP**, v.49, n.2, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000200010>. Acesso em: 28 out. 2018.

## APÊNDICE I

### INSTRUMENTO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM

#### 1. Identificação

|  |  |
|--|--|
| Nome:  | Sexo: ( )F ( )M                            |
| Data de Nascimento: / /  | Endereço: ( ) Campo Largo ( ) Outros _____ |
| Estado Civil: ( ) Casado ( ) Solteiro ( ) Divorciado ( ) Viúvo |  |
| Tem Filhos: ( ) Sim ( ) Não Quantos _____ Idade:               |  |
| Nível de formação:   |  |
| Categoria profissional:  |  |
| Ocupação atual:  |  |
| Local ou setor de trabalho:                                    |  |

#### 2. Sinais Vitais

|  |     |
|--|-----|
| Temp:  | PA: |
| FC:  | FR: |
| Dor*: ( ) Insuportável ( ) Intensa ( ) Moderada ( ) Leve ( ) Sem dor |     |

\*Para mensurar a dor será utilizada a escala de dor.....

#### 3. Dados Antropométricos

|       |         |                           |
|-------|---------|---------------------------|
| Peso: | Altura: | Circunferência Abdominal: |
|-------|---------|---------------------------|

#### 4. Queixa atual

O que está sentindo?-

---



---



---



---

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Já consultou um médico? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual foi a orientação médica?

---



---

Tem as receitas? ( ) Sim ( ) Não

## 5. Roteiro de Entrevista

1. Onde você nasceu?\_\_\_\_\_
2. Com quantos anos você começou a trabalhar?\_\_\_\_\_
3. Quais trabalhos exerceu anteriormente?\_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
4. Por quanto tempo?\_\_\_\_\_
5. Seus empregos anteriores exigiam uso de EPI? ( ) Sim ( ) Não  
Se sim,  
quais?\_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
6. Você tem:  
Diabetes? ( ) Sim ( ) Não  
Hipertensão Arterial? ( ) Sim ( ) Não  
Problemas musculoesqueléticos? ( ) Sim ( ) Não  
Se sim,  
qual?\_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Problemas relacionados à saúde mental? ( ) Sim ( ) Não  
Ansiedade ( ) Sim ( ) Não  
Transtorno Bipolar ( ) Sim ( ) Não  
Esquizofrenia ( ) Sim ( ) Não  
Depressão ( ) Sim ( ) Não  
Outra doença crônica? ( ) Sim ( ) Não  
Se sim, qual?\_\_\_\_\_
7. Faz tratamento contínuo? ( ) Sim ( ) Não
8. Faz uso de medicamento de uso contínuo? ( ) Sim ( ) Não
9. Faz uso de algum medicamento no momento? ( ) Sim ( ) Não
10. Já fez alguma cirurgia? ( ) Sim ( ) Não  
Se sim, qual?\_\_\_\_\_
- Teve alguma intercorrência durante a cirurgia? ( ) Sim ( ) Não  
Como foi sua  
recuperação?\_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Sente algum incômodo devido à cirurgia? ( ) Sim ( ) Não
11. Pai, mãe ou irmãos com doenças vasculares? ( ) Sim ( ) Não
12. Pai, mãe ou irmãos com doenças cardíacas? ( ) Sim ( ) Não
13. Pai, mães ou irmãos com diabetes? ( ) Sim ( ) Não

14. Pai, mãe ou irmãos com histórico de câncer? ( ) Sim ( ) Não
15. Pai, mãe ou irmãos com histórico de doenças mentais (ansiedade, depressão, etc)? ( ) Sim ( ) Não
16. Pai, mãe ou irmãos falecidos? ( ) Sim ( ) Não  
Se sim, qual o motivo do falecimento?
17. Trabalha em mais de um emprego? ( ) Sim ( ) Não  
Se sim, onde? \_\_\_\_\_  
Em qual função? \_\_\_\_\_  
Em qual turno? ( ) Diurno ( ) Noturno
- Qual a jornada de trabalho? ( ) 20 h ( ) 30h ( ) 40h ( ) \_\_\_\_\_
18. Há quanto tempo trabalha em mais de um emprego?
19. Há quanto tempo está no HIWM?
20. Qual sua função? \_\_\_\_\_  
Qual turno? ( ) Diurno ( ) Noturno
21. Que atividades  
exerce? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
22. Fale-me sobre seu dia-a-dia no trabalho? (cansativo, sob pressão, estresse, ambiente hostil, tranquilo, adequado, amigável, colaborativo)
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## 6. Exame Físico (Inspeção, ausculta, percussão, palpação)

### 6.1 Cabeça

- ( ) Protuberâncias ( ) Hematomas ( ) Ferimentos ( ) Cicatrizes  
( ) Caspa ( ) Seborréia ( ) Pediculose ( ) Queda de cabelo

### 6.2 Face

- ( ) Protuberâncias ( ) Hematomas ( ) Ferimentos ( ) Cicatrizes  
( ) Manchas na pele ( ) Acnes

### 6.3 Boca

- ( ) Falta de dentes ( ) presença de cáries ( ) Ferimentos  
( ) Cicatrizes ( ) Ferimentos na língua ( ) Aftas ( ) Sangramento  
( ) Odor

### 6.4 Pescoço

Nódulos  Hematomas  Ferimentos  Cicatrizes

#### 6.5 Tórax

Protuberâncias/nódulos  Hematomas  Ferimentos  Cicatrizes

Quanto à ausculta pulmonar:

Sons normais  Roncos  Sibilos  Outros \_\_\_\_\_

Sinal de Giordano (rins):  Positivo  Negativo

Quanto à ausculta cardíaca:

Bulhas presentes  sim, e sem alterações  Apresenta alterações

Ritmo normal  Sim  Não \_\_\_\_\_

#### 6.6 Abdome

Protuberâncias/nódulos  Hematomas  Ferimentos  Cicatrizes

Quanto à ausculta abdominal:

Sons presentes  Sons ausentes

Quanto à palpação abdominal:

Apresenta desconforto/Queixa de dor  Sim  Não

Presença de alguma massa à palpação  Sim  Não

#### 6.7 Membros Superiores

Protuberâncias/nódulos  Hematomas  Ferimentos  Cicatrizes

Histórico de fraturas  Sim  Não

Se sim, sente algum incômodo  Sim  Não

Dor  Sim  Não

Fraqueza nos membros superiores  Sim  Não

Micose nas unhas  Sim  Não Se sim, faz tratamento?  Sim  Não

Dificuldade para abrir e fechar as mãos  Sim  Não

Edema  Sim  Não Cacifo:

#### 6.8 Membros Inferiores

Protuberâncias/nódulos  Hematomas  Ferimentos  Cicatrizes

Histórico de fraturas  Sim  Não

Se sim, sente algum incômodo  Sim  Não

Dor  Sim  Não

Fraqueza nos membros inferiores  Sim  Não

Presença de varizes?  Sim  Não

Se sim, sente dores?  Sim  Não

Se sim, qual intensidade?

Insuportável  Intensa  Moderada  Leve

Se sim, em qual horário sente mais dores? \_\_\_\_\_

Edema  Sim  Não Cacifo:

Micose nas unhas  Sim  Não Se sim, faz tratamento?  Sim  Não

Dificuldade de deambulação  Sim  Não

Quanto à marcha:  normal  Problemas Qual? \_\_\_\_\_

Histórico de quedas  Sim  Não

7. Diagnósticos de Enfermagem (segundo a CIPE)

---

---

8. Prescrição de Enfermagem

---

---

9. Orientações Gerais

---

---

10. Encaminhamentos

---

---

11. Retorno em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

---

Enfermeiro Almir Luciano Francisco  
Coren 243.420  
Serviço de Saúde e Segurança do Trabalho HIWM

## APÊNDICE II

### PROTOCOLO CONSULTA DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DO TRABALHADOR

#### **OBJETIVO**

Construir um instrumento de auxílio à consulta de enfermagem, para auxiliar o setor de saúde ocupacional e segurança no trabalho, em ações como: prevenção, promoção, proteção e recuperação na saúde do trabalhador.

#### **SETORES ENVOLVIDOS**

RH, SSST, NEEPS, QUALIDADE

#### **DEFINIÇÕES**

##### **Finalidade**

Promover o acolhimento, o bem estar, a prevenção, a promoção e a melhora na qualidade de vida do trabalhador no ambiente hospitalar através da consulta de enfermagem.

##### **Papel do enfermeiro do trabalho**

A enfermagem do trabalho é uma das modalidades da área da saúde que tem mais crescido em importância.

Atuando dentro das organizações tanto no sentido de oferecer cuidado e contribuir na prevenção de acidentes, como principalmente nas doenças laborais, o papel do enfermeiro do trabalho tem sido indispensável, uma vez que sua atuação abrange desde a prevenção de doenças laborais e acidentes até o acompanhamento dos que precisam do processo do restabelecimento em saúde.

Em vista disso, acredita-se que a função do enfermeiro do trabalho seja hoje vital para o crescimento e fortalecimento das organizações, uma vez que está ligado intimamente a qualidade de vida do trabalhador.

##### **Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)**

Meio pelo qual o Enfermeiro:

- Obtém dados sobre a vida e a saúde de pessoas, famílias ou comunidades.

- Diagnostica as respostas das pessoas, das comunidades aos problemas de saúde e aos processos de vida
- Delineia formas de auxiliar as pessoas, as famílias ou as comunidades a lidar com essas respostas.
- Implementa os cuidados necessários.
- Verifica a efetividade desses cuidados.
- São etapas da SAE: Levantamentos de dados, Diagnósticos de Enfermagem, Planejamento do Cuidado, Prescrição de enfermagem, Avaliação das intervenções.

### **Consulta de enfermagem**

Destinada à pessoa com problema/necessidades, realiza um levantamento quanto ao histórico de enfermagem, exames físico, exames laboratoriais e prescrição de enfermagem. Verifica e acompanha a adesão ao tratamento e autonomia no cuidado.

Está embasada legalmente pela Lei do exercício profissional N°7.498/86, como ação privativa do Enfermeiro. Além disso, a Resolução COFEN 358/2009 regulamenta e coloca a obrigatoriedade da consulta de enfermagem em todos os níveis da saúde.

### **A QUEM SE DESTINA A CONSULTA**

A todos os trabalhadores

### **PROCEDIMENTO**

Acolhimento do trabalhador, aferição de sinais vitais, anamnese (entrevista) e exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem e acompanhamento.

### **INDICADOR**

Número de consultas de enfermagem/número de trabalhadores no período.

Número de atestados/licenças médicas/ número de trabalhadores no período.

### **OBSERVAÇÕES**

O prontuário do trabalhador encontra-se SSST e é respeitado o sigilo, tendo acesso ao mesmo somente o enfermeiro do trabalho e o trabalhador. Outros serviços, como chefia direta e recursos humanos, somente terão acesso com autorização explícita do trabalhador/paciente.

## REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN n.358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4384>.

| Setor de ELABORAÇÃO | Aprovação DIREÇÃO IMEDIATA | Aprovação COMITÊ DE QUALIDADE E SEGURANÇA | Aprovação DIREÇÃO GERAL | Data de Aprovação |
|---------------------|----------------------------|---|-------------------------|-------------------|
| SSST/HIWM           |                            |   |                         | xx / xx / xxxx    |

| Revisão | Motivo da Revisão | Data da Revisão |
|---------|-------------------|-----------------|
|         |                   |                 |
|         |                   |                 |

## ANEXO

## AUTORIZAÇÃO DO SERVIÇO HOSPITALAR

|  |  |  |                  |         |
|--|--|--|------------------|---------|
| <br><b>ESTADO DO PARANÁ</b> |  | <br><b>e-protocolo</b>   |                  | Folha 2 |
|  |  | CÓDIGO TTD: _____  |                  |         |
| Órgão Cadastro:  | SESA/HRICL                             |    | Protocolo:       | Vol.:   |
| Em:  | 10/08/2017 08:36                       |  | 14.766.732-9     | 1       |
| RG Interessado 1:  | 04.472.312-3                           |  |                  |         |
| Interessado 1:   | ALMIR LUCIANO FRANCISCO                |  |                  |         |
| Interessado 2:   | -                                      |  |                  |         |
| Assunto:   | RECURSOS HUMANOS                       | Cidade:  | CAMPO LARGO / PR |         |
| Palavras chaves:   | AFASTAMENTO CURSO                      | Origem:  | SESA/HRI/GPE     |         |
| Nº/Ano Documento:  | 165/2017                               |  |                  |         |
| Complemento:   | SERVIDOR SOLICITA LIBERAÇÃO PARA CURSO |  |                  |         |
| Código TTD:  | -                                      | <i>INSTITUO PROFISSIONAL Políticas Públicas</i><br>Para informações acesse: <a href="http://www.eprotocolo.pr.gov.br/consultapublica">www.eprotocolo.pr.gov.br/consultapublica</a> |                  |         |



GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ

**ANEXO V****(Edital Conjunto Nº 006/2017 – Seap/Seti)****Declaração da Unidade de Recursos Humanos**

(A ser preenchido pela URH, assinado e carimbado pela chefia da URH)

Declaramos, para fins de comprovação de situação funcional para participação no **Curso de Pós-graduação *stricto sensu* – Mestrado Profissional em Políticas Públicas** que o servidor \_\_\_\_\_

ALMIR LUCIANO FRANCISCO

RG. 4472312-3, é servidor efetivo do Quadro Funcional QPSS

, desde 08/11/2010

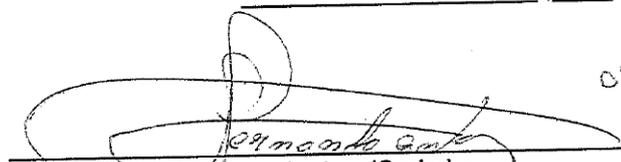
lotado na SESA

ocupante do cargo/função de Promotor de Saúde - GUFORNGR20.

Declaramos ainda que o servidor se encontra em **efetivo exercício**, que **cumpriu o estágio probatório** referente ao cargo / função e **tem no mínimo, mais cinco anos de trabalho** no serviço público antes de poder requerer sua aposentadoria.

Por ser verdade firmo a presente declaração, me responsabilizando pela veracidade das informações acima, sob as penas da Lei.

\_\_\_\_\_ de julho de 2017.

  
 Nome/Assinatura/Carimbo  
 Chefia da Unidade de Recursos Humanos

08/07/2017

Fernando Santos  
 Chefe Gestão de Pessoas  
 HI Dr. Waldemar Monastier



GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ



**ANEXO VI**  
**(Edital Conjunto Nº 006/2017 – Seap/Seti)**

**Autorização do Titular do Órgão/Secretaria**

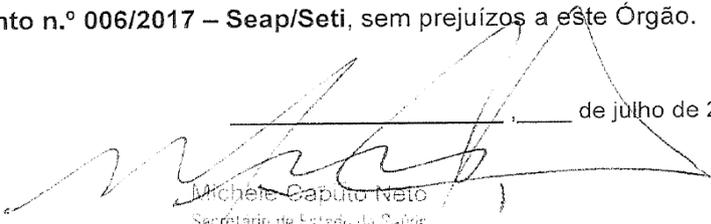
(A ser preenchido pela URH, assinado e carimbado pelo Dirigente do Órgão)

Nome do servidor: ALVARO LUCIANO FRANCISCO

RG. 1.234.567, é servidor efetivo do Quadro Funcional DE SAU  
1.234.567, desde 05/12/2010  
lotado na SESA  
ocupante  
do cargo/função de PROMOTOR DE SAUDE PROFISSIONAL - CUFARMACIA

Eu, na qualidade de dirigente do Órgão, **estou ciente e de acordo** com a participação do servidor acima, se qualificado no **Curso de Pós-graduação *stricto sensu* – Mestrado Profissional em Políticas Públicas**, conforme calendário e programação definidos pela Universidade Estadual de Maringá, inclusive com a dispensa de expediente de acordo com o item 1.3.2 do Edital Conjunto n.º 006/2017 – Seap/Seti, sem prejuízos a este Órgão.

\_\_\_\_\_ de julho de 2017.

  
Michete Caputo Neto  
Secretário de Estado da Saúde

\_\_\_\_\_  
Nome/Assinatura/Carimbo  
Secretário de Estado/Diretor Geral/Reitor ou Presidente

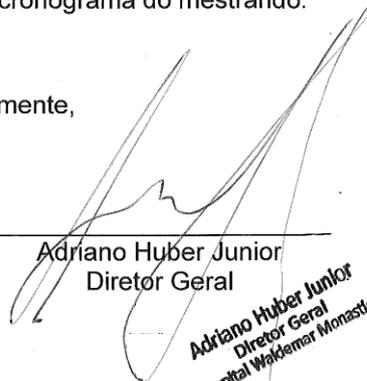
Campo Largo, 07 de maio de 2019.

Prezado Coordenador,

Declaramos que nós do Hospital Infantil Waldemar Monastier, estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa intitulado: “Consulta de Enfermagem e a saúde do trabalhador em Hospitais da rede estadual do Paraná: um projeto aplicativo”, sob a responsabilidade do mestrando Almir Luciano Francisco e sob orientação da Profª Drª Lilian Denise Mai, nas dependências do Hospital Infantil Waldemar Monastier.

Estamos cientes que o pesquisador não necessita de parecer de aprovação do estudo exarado por Comitê de Ética em Pesquisa, podendo iniciar sua pesquisa conforme cronograma do mestrando.

Atenciosamente,



Adriano Huber Junior  
Diretor Geral  
Hospital Waldemar Monastier



Flávio Alcântara S. Salles  
Diretor Técnico  
Hospital Infantil Waldemar Monastier

Flávio A. S. Salles  
Diretor Técnico