

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

BEATRIZ ELISEU FERREIRA

PREVENÇÃO DE RISCOS E AGRAVOS À SAÚDE DOS TRABALHADORES NO
CONTEXTO HOSPITALAR À LUZ DA TEORIA DA ATIVIDADE HISTÓRICO-
CULTURAL

SÃO CARLOS -SP

2022

BEATRIZ ELISEU FERREIRA

PREVENÇÃO DE RISCOS E AGRAVOS À SAÚDE DOS TRABALHADORES NO
CONTEXTO HOSPITALAR À LUZ DA TEORIA DA ATIVIDADE HISTÓRICO-
CULTURAL

Texto apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Linha de Pesquisa: Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Vivian Aline Mininel

São Carlos-SP

2022

FOLHA DE APROVAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Beatriz Eliseu Ferreira, realizada em 31/08/2022.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Vivian Aline Mininel (UFSCar)

Prof. Dr. Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela (USP)

Prof. Dr. Ildeberto Muniz de Almeida (UNESP)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

AGRADECIMENTO

Agradeço, primeiramente à Deus, por esta oportunidade que me foi concedida.

Agradeço à minha orientadora Profa. Dra. Vivian Aline Mininel, que me apoiou, incentivou e acreditou em mim para execução deste trabalho.

Agradeço à Profa. Dra. Maria Adelaide Araújo do Nascimento e ao Prof. Dr. Rodolfo Andrade Gouveia Vilela pelas contribuições apontadas no Exame de Qualificação, permitindo o aperfeiçoamento deste trabalho, bem como à Profa. Dra. Manoela Gomes Reis Lopes e Prof. Dr. Ildeberto Muniz de Almeida, pela colaboração e aceitar meu convite enquanto suplentes.

Agradeço aos meus pais, Marlene e José Cassio, ao meu irmão Jonas e minha cunhada Jéssica, que me acompanharam ao longo desse processo, palavras de incentivo para permanecer confiante mesmo frente às dificuldades.

Agradeço à minha família em geral, tias(os) e avós que me apoiaram sempre durante esse processo com ligações de motivação, conforto e orações.

Agradeço a todos os integrantes do grupo de pesquisa do GFST, pelo apoio, colaboração e aprendizado ao longo desse processo.

Agradeço em especial às colegas de mestrado Rosangela Sousa, Fernanda Miranda e Nataly Gardona que sempre estiveram disponíveis, ajudaram com as minhas dúvidas e angústias.

Agradeço aos trabalhadores que aceitaram a participar deste trabalho, pela colaboração e confiança, sem vocês não seria possível.

Agradeço às minhas colegas de trabalho Jéssika e Márcia, que demonstraram compreensão e apoio durante as madrugadas, enquanto me dedicava a este trabalho.

Agradeço a minha amiga, irmã, Gabriela Puglieri, pelas mensagens de incentivo diárias, pelos desabaços, pela confiança e estar presente nos momentos importantes.

RESUMO

Introdução: a preocupação com a saúde dos trabalhadores no ambiente hospitalar tem sido tema relevante, principalmente no cenário da pandemia da Covid-19. A prevenção de riscos e agravos e promoção da saúde dos trabalhadores são fundamentais para reduzir acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, o absenteísmo e a rotatividade, bem como proporcionar qualidade na assistência à saúde e promover o bem-estar e segurança dos trabalhadores.

Objetivo: compreender a atividade de prevenção de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores no contexto hospitalar. **Método:** estudo etnográfico, ancorado na Teoria da Atividade Histórico-Cultural, desenvolvido em um Hospital Universitário do estado de São Paulo. Os dados foram coletados a partir de entrevistas individuais semiestruturadas com profissionais do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) e gestores, observação de campo e análise documental, no período de setembro de 2021 a janeiro de 2022. Foram entrevistados 14 profissionais, realizados 20 horas de observação de campo que incluiu o acompanhamento da rotina do SESMT, priorizando a observação das atividades, fluxos de atendimentos, processo de trabalho e ações desenvolvidas pelos diferentes profissionais, além da análise documental de websites, planos de trabalho dos profissionais, relatório de contingenciamento e dados de absenteísmo. **Resultados:** a análise histórica e empírica atual da atividade mostram o início das atividades do SESMT, desde ações em higiene e segurança do processo de revitalização hospitalar após federalização, a formação da equipe, as mudanças frente ao contexto da pandemia na reorganização física, de recursos humanos e operacional do hospital e o impacto no processo de trabalho. As principais contradições estão relacionadas à infraestrutura inadequada, subdimensionamento da equipe, problemas de comunicação entre os setores e trabalhadores, descumprimento de regras, à finalidade do serviço e falhas organizacionais. Os acontecimentos ao longo dos anos, ampliaram as necessidades de saúde dos trabalhadores, o que representa uma ampliação do objeto, apontando que elementos como regras e instrumentos necessitam ser reestruturados para abranger essa nova demanda, reconstruindo o SA. **Considerações finais:** no serviço estudado, o efetivo se mostra insuficiente e não há um direcionamento para a intervenção precoce em relação ao adoecimento e acidentes de trabalho; pelo contrário, são propostas ações pontuais após a exacerbação dos problemas e em detrimento das disposições legais.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Gestão em Saúde; Serviços de Saúde do Trabalhador; Covid-19.

ABSTRACT

Introduction: concerns for workers' health in the hospital environment have been a relevant theme, especially in the scenario of the Covid-19 pandemic. Prevention of risks and injuries and promotion of workers' health is the key to reduce accidents and work-related diseases, absenteeism, and turnover, as well as providing quality health care and promote the well-being and safety of workers. **Goal:** to understand the activity of preventing risks and injuries to workers' health in the hospital context). **Method:** an ethnographic study, anchored in the Cultural-Historical Activity Theory, developed in a University Hospital in the state of São Paulo. Data were collected from individual semi-structured interviews with professionals from the Specialized Safety Engineering and Occupational Medicine Service (SESMT) and managers, field observation and document analysis, in the period from September 2021 to January 2022. We interviewed 14 professionals, carried out 20 hours of field observation that included monitoring the routine of the SESMT, prioritizing the observation of activities, attendance flows, work process and actions developed by different professionals, in addition to the documentary analysis of websites, professionals' work plans, contingency report and absenteeism data. **Results:** historical and empirical analysis of the current activity show the beginning of SEMST activities, from actions in hygiene and safety of the hospital revitalization process after federalization, the formation of the team, the changes facing the pandemic context in the physical, human resources and operational reorganization of the hospital and the impact on the work process. The main contradictions are related to inadequate infrastructure, underdimensioning of the team, communication problems between sectors and workers, non-compliance with rules, the purpose of the service and organizational failures. Events over the years have expanded the health needs of workers, which represents an expansion of the object, pointing out that elements such as rules and instruments need to be restructured to cover this new demand, thus rebuilding the SA. **Conclusions:** in the service studied, the headcount is insufficient and there is no direction for early intervention in relation to illness and occupational accidents; on the contrary, punctual actions are proposed after the exacerbation of problems and to the detriment of legal provisions.

Keywords: Occupational Health; Health Management; Occupational Health Services; Covid-19.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Modelo básico de mediação cultural proposto por Vygotsky (1978)	23
Figura 2	Organização do Sistema de Atividade humana (Engeström,1987)	24
Figura 3	Ciclo de Aprendizagem Expansiva (Engeström,1987)	26
Figura 4	Quadro-síntese do desenho de estudo	30
Figura 5	SA de prevenção de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores em ambiente hospitalar (2015-2016) e possíveis contradições	42
Figura 6	SA de prevenção de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores em ambiente hospitalar (2017-2018) e possíveis contradições	45
Figura 7	SA de prevenção de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores em ambiente hospitalar quatro anos após a criação do SESMT (2019) e possíveis contradições	52
Figura 8	SA de prevenção de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores em ambiente hospitalar no contexto da pandemia de Covid-19 (2021) e possíveis contradições	64
Figura 9	Linha do tempo com principais eventos críticos na atividade de prevenção	70
Figura 10	Ilustração das contradições do SA de prevenção de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores no contexto hospitalar	80

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Sistemática de organização dos dados para alcance dos objetivos propostos	33
Quadro 2	Formas de análise dos dados	34

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Soma de dias de afastamento por cargo de janeiro a dezembro de 2019	49
Gráfico 2	Taxa de absenteísmo de enfermeiros no período de jan/2020 a jul/2022	66
Gráfico 3	Taxa de absenteísmo de técnicos de enfermagem no período de jan/2020 a jul/2022.	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Percentual de dias de afastamento por cargo entre janeiro a novembro de 2019.	48
Tabela 2	Soma de dias de afastamento de acordo com o tipo de afastamento	49
Tabela 3	Soma de dias de afastamento por unidade	50
Tabela 4	Quantitativo de trabalhadores e categorias profissionais mais representativas, considerando dez/2020, dez/2021 e jul/2022.	65
Tabela 5	Dias perdidos de trabalho de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem entre nos anos de 2020 e 2021 e no período de jan-jul/2022.	65
Tabela 6	Monitoramento dos casos suspeitos e confirmados de Covid-19 entre os anos de 2020 e 2021.	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAT	Comunicação de Acidentes de Trabalho
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EPI	Equipamento de Proteção Individual
HU	Hospital Universitário
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LM	Laboratório de Mudança
NR	Norma Regulamentadora
NEVS	Núcleo Executivo de Vigilância em Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PCMSO	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PGR	Programa de Gerenciamento de Riscos
PPRA	Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SA	Sistema de Atividade
SARS-Cov-2	Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2
SCIH	Serviço de Controle Infecção Hospitalar
SESMT	Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
SINAN	Sistema de Informação de Agravos e Notificação
SIPA	Semana Interna de Prevenção de Acidentes
ST	Saúde do Trabalhador
SST	Segurança e Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
TAE	Teoria da Aprendizagem Expansiva
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TAHC	Teoria da Atividade Histórico Cultural
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

APRESENTAÇÃO

Ao longo da minha graduação em Enfermagem, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP), tive a oportunidade de realizar atividades iniciação científica, na área de Saúde da Mulher por dois anos consecutivos, o que despertou o interesse em aprofundar meus conhecimentos no âmbito acadêmico, por meio do mestrado. Conclui a graduação e não hesitei em iniciar a carreira profissional, pois queria vivenciar a profissão, compreender o processo de trabalho na prática e prestar assistência em saúde no âmbito hospitalar.

Em 2017, iniciei minha carreira profissional como enfermeira assistencial, perpassando por setores clínicos e cirúrgicos, na cidade de São Carlos. Um ano e meio após, mudei de local de trabalho, para unidade de pronto atendimento e diante de múltiplas experiências profissionais, senti a necessidade de me especializar. Foi então que decidi ir em busca do meu antigo interesse, me inscrevi como aluna especial em disciplinas oferecidas pela Pós-Graduação em enfermagem da UFSCar, me aproximei de alunos, professores e linhas de pesquisa.

O interesse pela Saúde do Trabalhador surgiu em uma reunião com a Profa. Dra. Vivian Aline Mininel, que apresentou linhas de pesquisas e projetos acadêmicos, dentre eles, o Projeto ITAPAR (Inovação e transformação da atividade de prevenção de riscos ocupacionais), que utiliza o Laboratório de Mudança (LM) como ferramenta transformadora de atividades, com o protagonismo dos profissionais a fim de identificar problemas e desafios, bem como implantar soluções inovadoras diante de demandas apresentadas no contexto hospitalar, contexto vivenciado em minha prática profissional, o que me instigou ainda mais aprofundar sobre a temática. Dessa forma, comecei a participar do GFST- Grupo de Pesquisa em Gestão, Formação, Saúde e Trabalho, o qual foi essencial para subsidiar conceitos e reflexões da importância da Saúde do Trabalhador em diferentes contextos e áreas da saúde.

Pensando no impacto e nos benefícios que esta pesquisa pode proporcionar às instituições, aos gestores, aos profissionais de saúde e demais atores sociais, na promoção à saúde e prevenção de agravos dos trabalhadores de saúde, a qual eu faço parte deste contexto, surgiu este trabalho.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	PREVENÇÃO DE RISCOS E AGRAVOS À SAÚDE DOS TRABALHADORES NO AMBIENTE HOSPITALAR	18
2	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	22
3	OBJETIVOS	29
3.1	OBJETIVO GERAL	29
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
4	MÉTODO	30
4.1	TIPO DE ESTUDO	30
4.2	CAMPO DE ESTUDO	31
4.3	PARTICIPANTES	31
4.4	COLETA DE DADOS	32
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	33
4.6	ASPÉCTOS ÉTICOS	35
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
5.1	COMPREENDENDO A DEMANDA INICIAL	36
5.2	ANÁLISE HISTÓRICA E EMPÍRICA ATUAL DA ATIVIDADE DE PREVENÇÃO DE RISCOS E AGRAVOS À SAÚDE DO TRABALHADOR NO CONTEXTO HOSPITALAR	37
5.2.1	Um gap na Prevenção de Riscos e Agravos à Saúde do Trabalhador: os desafios para implementação desta atividade	37
5.2.2	Desafios para a estruturação da atividade de prevenção de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores no contexto hospitalar (2017 – 2018).	42
5.2.3	Fortalecendo a atividade de prevenção de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores no contexto hospitalar (2019)	45
5.2.4	A pandemia causada pelo SARS-CoV-2 e as novas necessidades de prevenção no contexto hospitalar (2020-2021)	50
5.2.4.1	Perfil epidemiológico dos trabalhadores no contexto da pandemia de Covid-19 (2020-2021).	64
5.3	CONTRADIÇÕES E HIPÓTESES DO SA DE PREVENÇÃO DE RISCOS E AGRAVOS À SAÚDE DOS TRABALHADORES NO CONTEXTO HOSPITALAR	70

6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
7	REFERÊNCIAS	85
	APÊNDICES	
	APÊNDICE A –ROTEIRO DE ENTREVISTA- PROFISSIONAIS DO SESMT	94
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA - GESTORES	96
	APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	98

1 INTRODUÇÃO

O processo desordenado de globalização, associado às características do mundo capitalista, no qual o trabalhador submete-se para garantir emprego, tem desencadeado o aumento das taxas de adoecimento e acidentes de trabalho, reflexos da precarização das condições de trabalho e dos direitos sociais (ANTUNES, PRAUN, 2015).

A intensificação do ritmo de trabalho, somada à polivalência e multifuncionalidade exigidas do trabalhador, além da submissão a uma série de mecanismos de gestão pautados na pressão psicológica, voltados para maior produtividade, são fatores que contribuem para agravos relacionados ao trabalho (COELHO et al., 2016).

Nos serviços de saúde, as categorias médicas e de enfermagem são as que estão mais expostas aos riscos ocupacionais e cargas de trabalho, em virtude do objeto de trabalho - o cuidado direto aos pacientes. As cargas de trabalho caracterizam-se pela relação entre elementos que interagem dinamicamente entre si e o corpo do trabalhador e, por consequência, geram desgastes, ou seja, comprometimento total ou parcial das capacidades físicas e/ou psíquicas corporal, que comprometem a qualidade de vida no trabalho. São categorizadas como biológicas, químicas, físicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas, estando o trabalhador no ambiente hospitalar exposto a mais de uma carga de trabalho, considerando esse processo acumulativo e progressivo (LAURELL; NORIEGA, 1989; MININEL et al., 2011).

Como consequência das condições precárias no trabalho hospitalar, aumentam-se os índices de absenteísmo, condição que impacta negativamente os processos organizacionais e assistenciais das instituições, como revela uma pesquisa que evidenciou 4.161 dias perdidos de trabalho no período de um ano, decorrentes de problemas de saúde relacionados ao trabalho, sendo que destes, 56,9% decorreram licenças médicas e 42,9% de acidentes de trabalho (GUIMARÃES, FELLI, 2016).

Outra investigação realizada com trabalhadores de enfermagem de um hospital de ensino do Centro-Oeste brasileiro obteve 144 notificações de exposição ocupacional registradas ao longo de um ano, o que representou 25% do total da população de enfermagem no hospital e impactou em 1.567 dias de absenteísmo-doença (MININEL et al., 2013). O adoecimento e o acidente de trabalho, decorrentes das condições inseguras e inadequadas no trabalho e/ou de agentes estressantes, provocam desequilíbrio psicológico e físico do trabalhador e, consequentemente, geram o absenteísmo hospitalar (SANTANA et al., 2016).

O absenteísmo, por si, agrava as condições de trabalho para a equipe, visto que a ausência de um trabalhador sobrecarrega os demais, exigindo um ritmo mais acelerado

decorrente do maior volume de trabalho, o que pode ocasionar desgaste físico, psicológico, social e emocional e, por fim, o adoecimento. Também pode desencadear em cascata o adoecimento dos demais trabalhadores, impulsionado pelo empenho em manter a qualidade do cuidado prestado (MARTINATO et al., 2010).

Além disso, o adoecimento em grande escala acarreta a diminuição do quadro de profissionais para o dimensionamento pessoal, prejudicando diretamente o aspecto gerencial, sendo necessário realocar funcionários de outros setores, causando conflitos internos e interferindo na quantidade e qualidade da assistência prestada ao cliente (FUGULIN, GAIDZINSKI, KURCGANT, 2003).

A chegada da pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2) promoveu grande preocupação dos serviços de saúde em relação a proteção e prevenção de agravos à saúde dos trabalhadores, devido à magnitude e alto grau de disseminação e contaminação do vírus. Apesar da relevância dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) na proteção dos trabalhadores da saúde, a má gestão desses insumos, referente à baixa disponibilidade nas instituições, o uso incorreto e a falta de capacitação, são alguns dos fatores que contribuem para a contaminação desses profissionais, somados ao desafio de incorporação de novas tecnologias para o cuidado, trabalho intenso, falta de recursos materiais e de pessoal, longas jornadas de trabalho, sonolência, cansaço e instabilidade clínica do paciente, aspectos que aumentam os riscos de acidentes e adoecimento no trabalho (ALMEIDA, 2020).

Pesquisa realizada em um hospital terciário em Cingapura durante os três primeiros meses da pandemia de Covid-19 evidenciou ações benéficas realizadas pelo serviço de Clínica de Saúde Ocupacional, responsável por gerenciar o trabalho e questões relacionadas à saúde e segurança dos trabalhadores. Dentre elas, destacam-se: (i) ações individuais, como avaliação de aptidão para o trabalho de novos funcionários; vacinação contra doenças evitáveis por vacinação; uso de máscara N95 para funcionários em áreas de alto risco para Covid-19; realocação de funcionários com condições médicas crônicas; (ii) ações coletivas voltadas às equipes de saúde: vigilância dos profissionais pós-viagem e da equipe exposta a pacientes suspeitos ou confirmados de Covid-19, com aferição de temperatura e monitoramento de sintomas de respiratórios; licença médica e monitoramento dos profissionais contaminados; protocolos padronizados de relatórios de funcionários indispostos e avaliação para o retorno ao trabalho para equipes que apresentaram a doença. Com tais medidas, o hospital atingiu zero transmissão nosocomial, resultado do intenso trabalho deste serviço, além da contratação de novos funcionários e ações em conjunto com outras áreas do hospital, como o departamento de

recursos humanos, que operaram no monitoramento do bem-estar mental da equipe da linha de frente (HWANG et al., 2020).

Uma revisão integrativa sobre medidas de biossegurança para prevenção da Covid-19 em profissionais de saúde resultou em quatro categorias para a prevenção: a primeira, trata da importância do cumprimento das recomendações de uso de EPI, como uso correto dos equipamentos e da técnica de paramentação e desparamentação. A segunda, aborda a reorganização dos fluxos e rotinas, demonstrando a importância do estudo estrutural prévio em unidades que irão receber pacientes suspeitos ou confirmados de Covid-19, contemplando a ampliação dos ambientes, readequação do fluxo para pacientes, quartos com pressão negativa para procedimentos geradores de aerossóis, intensificação da higiene ambiental e das mãos. A terceira categoria propõe a vigilância em saúde dos profissionais, com monitoramento de sintomas como tosse, dispneia, mensuração da temperatura corporal para triagem dos casos suspeitos, além de exames com *swabs* nasofaríngeos e testes sorológicos de IgG e IgM, ressaltando a importância da rastreabilidade dos profissionais assintomáticos para mitigar a transmissibilidade da doença. Por último, a quarta categoria enfatiza a realização de treinamentos por meio de vídeos curtos sobre os procedimentos de paramentação e desparamentação e higienização das mãos, como alternativa rápida para capacitar grande número de profissionais, otimizando o tempo, reduzindo o uso de materiais para treinamento e garantindo o distanciamento social. A simulação realística também se mostrou eficaz para auxiliar e corrigir ameaças ativas no ambiente e para a implementação de protocolos, constatando que houve aumento do conhecimento e habilidades por parte dos profissionais (SILVA et al., 2022).

Tais estudos despertam reflexões sobre os impactos das condições de trabalho no perfil de saúde-doença e qualidade de vida dos trabalhadores e suas repercussões na qualidade e segurança dos serviços prestados, bem como em perdas financeiras para as instituições, demonstrando a importância da identificação das reais causas e, mais ainda, da implantação de medidas de prevenção de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores que permitam melhorar os indicadores institucionais por parte dos gestores.

Neste sentido, dada a importância do trabalho em saúde no ambiente hospitalar para assegurar a qualidade da assistência e segurança do paciente, este estudo propôs a seguinte questão de pesquisa: “Como a atividade de prevenção de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores vem sendo desenvolvida no contexto hospitalar antes e durante a pandemia de Covid-19?”

1.1 PREVENÇÃO DE RISCOS E AGRAVOS À SAÚDE DOS TRABALHADORES NO AMBIENTE HOSPITALAR

No Brasil e no mundo, a preocupação com a saúde e segurança no trabalho teve início principalmente durante a Revolução Industrial (1760-1850), marcada pelas mudanças das condições de vida social e do trabalho, em especial pelas péssimas condições ocupacionais, ambientes insalubres, elevado número de acidentes e doenças no trabalho, jornada de trabalho ininterruptas, além da disseminação de doenças infecto contagiosas (MENDES, 1995). Nesta época, surge a Medicina do Trabalho enquanto especialidade médica.

Em 1950, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) publicou a Recomendação nº112, que definiu os objetivos e funções dos serviços médicos nos estabelecimentos de trabalho. Com base nesta recomendação e no capítulo sobre a Segurança e Medicina no Trabalho da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (BRASIL, 1943), o governo brasileiro publicou a Portaria 3.237 em 1972, que regulamentava a obrigatoriedade dos serviços de segurança e medicina do trabalho nas empresas.

Em 1978, é publicada a Portaria 3.214, que aprovou as Normas Regulamentadoras (NR) como disposições complementares ao Capítulo V da CLT, dispondo sobre as obrigações, os direitos e deveres a serem cumpridos pelos empregadores e trabalhadores, com objetivo de garantir o trabalho seguro e saudável, prevenindo a ocorrência de acidentes e doenças ocupacionais, tornando-se um marco histórico para a segurança e a saúde ocupacional no Brasil.

A Norma Regulamentadora (NR4) instituiu às empresas públicas e privadas que possuam empregados regidos pela CLT a obrigatoriedade de manterem Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho. O dimensionamento do SESMT é feito com base na classificação de risco da atividade principal e no número total de empregados. O hospital é classificado como atividade de atenção à saúde humana e é considerado como grau de risco três, devendo o serviço ser composto de acordo com o quantitativo de trabalhadores, podendo incluir Médico do Trabalho, Engenheiro de Segurança do Trabalho, Técnico de Segurança do Trabalho, Enfermeiro do Trabalho e Auxiliar ou Técnico em Enfermagem do Trabalho (BRASIL, 2016).

As atribuições do SESMT ancoram-se em outras NR, como a NR1, que dispõe sobre o gerenciamento de riscos ocupacionais e sobre o Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR), que visa identificar, classificar e avaliar riscos e possíveis agravos à saúde originados no

trabalho, implementar medidas de prevenção de acordo com a gravidade do risco e monitorar as ações de controle por meio de planos de ações (BRASIL, 2020).

O SESMT também deve observar a NR7, que institui o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), devendo incluir a avaliação do estado de saúde dos trabalhadores em atividades críticas, considerando os riscos envolvidos em cada situação e a investigação de patologias que possam impedir o exercício de tais atividades com segurança envolvendo, obrigatoriamente, a realização de exames médicos admissional, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de riscos ocupacionais (função) e demissional (MINISTÉRIO DO TRABALHO E PREVIDÊNCIA, 2021).

A NR9, que estabelece os requisitos para a avaliação das exposições ocupacionais a agentes físicos, químicos e biológicos quando identificados no PGR, também é um importante instrumento que deve pautar a atuação do SESMT e subsidiá-lo quanto às medidas de prevenção dos riscos ocupacionais, incluindo o fornecimento, uso, guarda, higienização, conservação, manutenção e reposição do EPI, visando garantir as condições de proteção originalmente estabelecidas, considerando a eficiência necessária para o controle da exposição ao risco e o conforto oferecido, segundo avaliação do trabalhador (BRASIL, 2021).

A NR32 estabelece as diretrizes básicas para implementação de medidas de proteção à saúde e a segurança dos trabalhadores dos estabelecimentos de saúde e recomenda, para cada risco identificado, a adoção de medidas preventivas e a capacitação dos trabalhadores de saúde. Abrange, ainda, a questão da obrigatoriedade da vacinação dos profissionais; o monitoramento das condições de saúde por meio do PCMSO e PGR; a manutenção de máquinas e equipamentos; e o gerenciamento de resíduos. Cabe ao SESMT manter atividades de conscientização, educação, orientação dos trabalhadores para prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, bem como determinar o uso de EPI pelos empregados e colaborar nos projetos de implantações físicas e tecnológicas, responsabilizando-se tecnicamente pela orientação e atendimento às normas aplicáveis (BRASIL, 2022).

Além das atribuições relacionadas ao Ministério do Trabalho e Previdência, cabe ao SESMT emitir a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e afastar o trabalhador do trabalho quando necessário, encaminhando-o ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) quando o período de afastamento for superior a 15 dias. O acompanhamento do trabalhador no período de afastamento, bem como sua avaliação e acomodação no trabalho após retorno ao trabalho são aspectos-chaves para o pleno reestabelecimento pós-afastamento.

O SESMT também deve desenvolver atividades vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), como notificações dos agravos relacionados ao trabalho no Sistema Nacional de

Notificação de Agravos (SINAN) e demais notificações em sistemas de informações vigentes. Ainda, faz interface com a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), devendo manter articulação com demais pontos da rede intra e intersetorial, papel ainda timidamente desenvolvido por alguns SESMT no país.

Apesar da obrigatoriedade desse Serviço nas empresas, a legislação brasileira sobre saúde e segurança no trabalho possui basicamente caráter corretivo e não preventivo, com maior preocupação em determinar as indenizações por acidente de trabalho, mas não efetivar a investigação e as causas desses acidentes (MACIEL, 2001). Ou seja, continua sendo uma atividade voltada mais para a Medicina do Trabalho (perspectiva individual e biologicista) e para a Higiene Ocupacional (cumprimento de normas e parâmetros mínimos de segurança ocupacional) do que para a Saúde do Trabalhador (ações de promoção da saúde e prevenção de agravos na perspectiva coletiva e organizacional).

Um estudo exploratório realizado em hospitais públicos do estado do Rio de Janeiro, a fim de avaliar as ações de saúde desenvolvidas pelo SESMT, evidenciou a predominância de ações de perícia médica, licenças para tratamento de saúde e maternidade, implementação de medidas de proteção do trabalho, relatórios de concessão de insalubridade, rotinas de notificação de acidentes de trabalho e PCMSO e ações referentes às questões de recursos humanos e previdenciários. Não foram identificadas atividades relacionadas à investigação dos acidentes de trabalho, estabelecimento denexo causal, sistemas de informação específicos ou programas e estratégias de promoção, vigilância, assistência e promoção da saúde no trabalho (SANTOS, 2009).

Pesquisa realizada com profissionais do SESMT de sete empresas do sul do Brasil revelou aspectos semelhantes, de que as ações de saúde são voltadas diretamente ao trabalhador, com ênfase nos programas obrigatórios de controle de saúde e segurança, fiscalização e vigilância no trabalho (ROLOFF et al., 2019).

De acordo com Inoue e Vilela (2014) os serviços especializados em engenharia e medicina do trabalho tem apresentado limitações e dificuldades em sua atuação, em virtude da falta de infraestrutura adequada, escassez de materiais e instrumentos, atribuições profissionais de atividades e funções desvinculadas à prática de saúde e segurança, voltadas à produtividade e lucros das empresas, desconfigurando a atividade do serviço.

Esses dados evidenciam a importância de intervenções para além dos aspectos normativos e do planejamento das ações pelo SESMT, considerando as demandas dos trabalhadores, supervisores e gestores, pois a prevenção não deve atuar de forma independente

e isolada, mas integrada às outras atividades como a segurança do paciente, a gestão estratégica e a promoção de saúde e segurança no trabalho.

Assim, este estudo tem como objeto de investigação a atividade de prevenção de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores no contexto hospitalar desenvolvida pelo SESMT, que deve repercutir na diminuição dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho e, conseqüentemente, nas taxas de absenteísmo. Para tanto, utilizará o referencial teórico da Teoria da Atividade Histórico-Cultural (TAHC), que permite a compreensão da atividade a partir dos elementos que a compõem, bem como das contradições entre tais elementos, que subsidiam o levantamento de hipóteses para possíveis transformações da realidade.

Este estudo tem relevância social ao se propor desvelar a atividade de prevenção no ambiente hospitalar, que deve ser desenvolvida no âmbito organizacional considerando o papel do SESMT, tema pouco explorado na literatura científica. Assim, poderá auxiliar gestores e os próprios profissionais do SESMT a qualificarem suas ações, com foco na ampliação do modelo de atenção aos trabalhadores.

Avança no conhecimento científico por abordar uma temática pouco explorada na literatura científica nacional e internacional e por fazê-lo com um referencial teórico robusto e, também, pouco utilizado no Brasil para estudos no contexto hospitalar.

2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

A Teoria da Atividade Histórico-Cultural (TAHC) é uma abordagem teórica e de pesquisa interdisciplinar proveniente da psicologia sócio-histórica e cultural russa, iniciada nos anos de 1920 e 1930, pelos psicólogos Vygotsky e Leontyev (CASSANDRE; BULGACOV; CAMARGO, 2011; ENGESTRÖM; SANNINO, 2010). Na TAHC, a aprendizagem é situada como atividade humana e, enquanto sistema, determina novas atividades e conduz a novos conhecimentos e práticas, cujas ocorrências são manifestadas sempre nas condições sociais e históricas em que se realizam. Essa abordagem teórica intervencionista teve início em estudos de desenvolvimentos de crianças e posteriormente expandiu-se, promovendo processos de transformação de aprendizado em atividades de trabalho e organizações (QUEROL; JACKSON FILHO; CASSANDRE, 2011)

A teoria desenvolveu-se por três gerações de pesquisa: a primeira, a Teoria de Mediação Cultural das ações humanas, desenvolvida por Vygotsky (1978), sugere que as ações humanas individuais são mediadas por artefatos culturais criados durante a história da humanidade e foi expressa por meio do modelo triangular (Figura 1). A proposta central da teoria é que a interação dos humanos com o ambiente e outros seres humanos não é determinada biologicamente de maneira fixa, mas mediada por meios culturais ou artefatos usados como sinais e ferramentas, baseado no aprendizado cultural e na evolução histórica das atividades vitais do ser humano. Há uma hierarquia de artefatos usados como instrumentos na atividade humana: os artefatos primários são aqueles usados na atividade prática habitual, como vários tipos de ferramentas e habilidades referentes ao seu uso; artefatos secundários são ferramentas de como proceder o uso desses artefatos primários, por exemplo, manuais de instrução; os artefatos terciários são maneiras de utilizar os artefatos que não estão relacionados à prática habitual, mas para construir e projetar modos futuros, que diferem do presente. Os mediadores fornecem meios para construção de novas ações que permitem alcançar novos objetivos de acordo com as situações (QUEROL; FILHO; CASSANDRE, 2011; VIRKKUNEN, NEWNHAM, 2015).

Figura 1 - Modelo básico de mediação cultural proposto por Vygotsky (1978).

O modelo básico de mediação proposto por Vygotsky

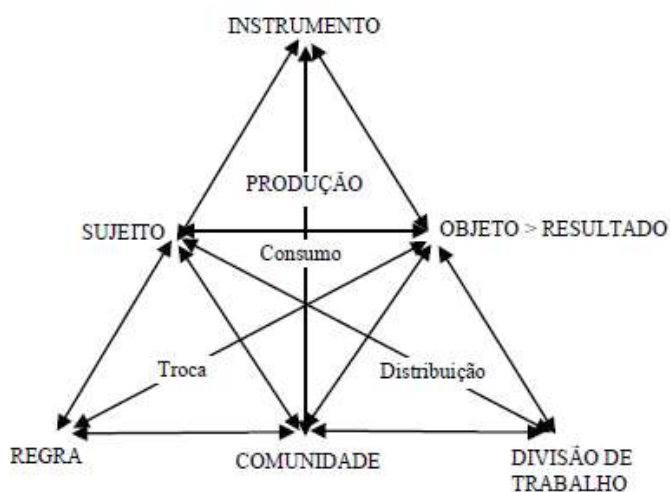


Fonte: Querol; Cassandre; Bulgacov, p.408 (2014).

Leontiev (1981 apud QUEROL; FILHO; CASSANDRE, 2011), por sua vez, expandiu a unidade de análise da ação individual proposta por Vygotsky para uma atividade coletiva, devido à divisão do trabalho, pois as ações dos indivíduos passaram a não satisfazer diretamente suas próprias necessidades. A satisfação das necessidades é mediada por meio de um processo social de distribuição do objeto coletivo, ou seja, as necessidades dos trabalhadores tornam-se satisfeitas por parte dos produtos de sua atividade coletiva. A atividade é sempre um conjunto de ações orientada a um objeto, o que significa que o objeto está sempre relacionado a uma necessidade humana. Portanto, o estudo de uma atividade deduz a identificação do objeto, que direciona as ações dos indivíduos. De acordo com Leontyev (1978 apud QUEROL; FILHO; CASSANDRE, 2011), as ações são direcionadas a objetivos e metas. No entanto, somente o objeto da atividade coletiva – e não os objetivos das ações – pode explicar o porquê de uma ação surgir. A separação entre objetivo de uma ação e objeto da atividade cria uma relação dialética; atividades não podem ser entendidas sem ações e ações não podem ser compreendidas sem atividade. (QUEROL; FILHO; CASSANDRE, 2011)

Engeström (1987) expande graficamente esta compreensão, adicionando novos elementos que sustentam o Sistema de Atividade (SA), como uma unidade básica de análise, o qual incorpora a unidade para compreensão das ações humanas. Além da concepção de que o sujeito utiliza artefatos culturais na transformação do objeto, incluem-se mediadores que não eram vistos anteriormente, tais como elementos sociais, regras, divisão do trabalho e comunidade (Figura 2).

Figura 2 - Organização do Sistema de Atividade humana (Engeström,1987).



Fonte: Virkkunen & Newnham (2015).

Nessa perspectiva, o *sujeito* pode ser uma pessoa ou subgrupo de pessoas e é utilizado como perspectiva de análise do SA. O *objeto* da atividade é compreendido como o significado, o motivo e a finalidade do SA; é uma combinação contraditória de algo dado independente da atividade humana. Impõe, assim, a necessidade de adaptação da atividade e agrega a ideia de propósito humano que motive o transformar configurando, portanto, o caráter contraditório e historicamente mutável dos sistemas envolvidos na produção da atividade. Os *instrumentos* podem ser descritos pelo conjunto de mediadores da ação dos sujeitos, sendo na forma material ou imaterial, internas ou externas, tais como abstrações, espaço físico, texto, vídeos e outros. Por *comunidade* entende-se todos os grupos e subgrupos que têm o mesmo objeto da atividade em questão. A *divisão do trabalho* é compreendida pela divisão das tarefas entre os sujeitos, as configurações das relações hierárquicas, submissões pertinentes ao grupo, além de conflitos e manifestações. Por fim, as *regras* referem-se às normas e regimentos relacionados ao contexto da atividade, que condicionam ou restringem as ações e interações dos sujeitos dentro do SA (QUEROL; FILHO; CASSANDRE, 2011; VIRKKUNEN, NEWNHAM, 2015).

O modelo da atividade humana desenvolvido por Engeström (1987) constitui uma unidade de análise como um todo, concentra-se nas mudanças históricas que ocorreram no objeto e em outros elementos do SA, levando em consideração as mudanças resultantes nos modos de mediação das relações de interação do sistema. Ainda, os SA nunca estão isolados, mas incorporados à rede de sistemas interdependentes, em que tais mudanças, podem levar ao surgimento de contradições entre os elementos do SA (VIRKKUNEN, NEWNHAM, 2015).

As contradições podem ser definidas como as forças antagônicas do SA e são classificadas em primárias, secundárias, terciárias e quaternárias. As contradições primárias são inerentes à forma capitalista e estão situadas dentro dos próprios elementos do SA; decorrem da diferença entre valor de uso e valor de troca, ou seja, o valor de uso refere-se à utilidade, isto é, a capacidade de algo satisfazer uma necessidade humana, enquanto o valor de troca refere-se ao fato de algo pode ser entregue em troca de algo num contexto social (QUEROL; FILHO; CASSANDRE, 2011).

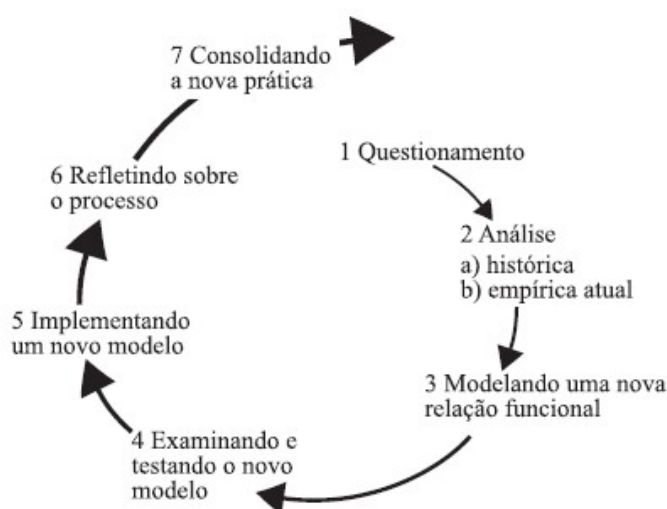
As contradições secundárias surgem entre os elementos do SA, impossibilitando os sujeitos a continuar a realização da atividade do mesmo modo. Dessa forma, buscam uma nova solução, tecnologia ou expansão do objeto. Com a implantação de um novo modelo de atividade surgem novas contradições, denominadas terciárias; ou seja, novos desajustes entre elementos da nova versão expandida entre elementos da atividade anterior, causados por distúrbios, elementos insuficientes ou desenvolvimento assíncrono entre os novos elementos. Ao instituir um novo modelo de atividade podem surgir novas disfunções, considerados então contradições quaternárias, uma vez que a nova atividade começa a opor com as atividades paralelas que ainda seguem a lógica anterior (QUEROL; FILHO; CASSANDRE, 2011).

A compreensão do SA a partir dos elementos que o compõe e das contradições existentes são de extrema relevância para compreensão dos aspectos que comprometem o alcance dos objetivos propostos em determinada atividade. No caso deste estudo, considerando o objetivo ou finalidade a promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos relacionados ao trabalho no contexto hospitalar, elegendo-se como sujeito os profissionais SESMT (perspectiva de análise do SA). Apesar deste estudo não se propor a fazer uma intervenção para transformação da atividade de prevenção, ele adota alguns pressupostos da Teoria da Aprendizagem Expansiva, uma vez que os dados aqui gerados serão utilizados como dados-espelho da estratégia intervencionista.

A Teoria da Aprendizagem Expansiva inicia-se com a compreensão do fundamento de um objeto ao localizar e produzir a lógica do seu desenvolvimento e transformação histórica, por meio da solução de contradições internas. Emerge pelo questionamento (contradições) de aspectos críticos da prática e conhecimentos existentes, seguido pela análise histórica e empírica atual, expondo as contradições existentes do SA. Após, é elaborado um novo modelo com soluções para a situação, que é examinado, operacionalizado e experimentado, a fim de compreender sua dinâmica, potências e limitações. Assim, poderá ser implementado, tornando-se concreto com aplicações práticas, e por fim, este processo será consolidado como novo SA (QUEROL, JACKSON FILHO, CASSANDRE, 2011; VIRKKUNEN, NEWNHAM, 2015).

Os principais tipos de ações da aprendizagem expansiva são: 1) questionamento, 2) análise da situação, 3) modelagem de uma nova relação explanativa, 4) exame do novo modelo, 5) implantação do novo modelo, 6) reflexões acerca do processo de aprendizagem e sua avaliação e 7) consolidação e generalização das novas ações (VIRKKUNEN, NEWNHAM, 2015). Tais ações compõem o Ciclo da Aprendizagem Expansiva, apresentado na Figura 3.

Figura 3 - Ciclo de Aprendizagem Expansiva (Engeström,1987).



Fonte: Virkkunen & Newnham (2015).

O processo inicia-se com um estudo etnográfico, contemplando a coleta de dados sobre 1) a situação da atividade, com dados históricos sobre eventos importantes, 2) práticas atuais, forma como a atividade é conduzida, 3) os principais problemas enfrentados e 4) conceitos importantes e ferramentas utilizados nas atividades (QUEROL; JACKSON FILHO; CASSANDRE, 2011). Estes dados serão utilizados como dados-espelho, proporcionando envolvimento emocional dos participantes e aprendizagem coletiva na futura intervenção de LM a partir do diagnóstico situacional e identificação de hipóteses e contradições do SA (VIRKKUNEN, NEWNHAM, 2015). Neste estudo, a formulação de hipóteses e contradições do SA de prevenção de riscos e agravos no contexto hospitalar será feita pela pesquisadora após a coleta de dados etnográficos, como estratégia de antecipação de possíveis explicações do modelo, a serem confirmadas durante as sessões de LM.

Ressalta-se que para a implementação do método deve haver envolvimento e interesse colaborativo por parte do demandante, visto que se há uma hierarquia instalada e/ou maneiras de pensamentos rígidos, haverá dificuldades de implementar a intervenção. Dessa forma, é essencial que a demanda seja reconhecida e negociada com os responsáveis, pois trata-se de uma ferramenta potente para diagnosticar situações problemáticas (VIRKKUNEN, 2019).

Para evidenciar as situações problemáticas a fim de despertar reflexões nos participantes a respeito da demanda identificada, Vygotsky propôs o Método de Estimulação Dupla, que é um método para avaliar as funções psicológicas como memória, pensamento e agência. O intuito é que os sujeitos, ao se depararem com uma situação problemática, sejam capazes resolvê-las com ferramentas e conhecimentos que possuem, promovendo aprendizagem e sendo protagonistas da nova ferramenta que será transformada em instrumento. Consiste na aplicação de dois estímulos: o primeiro estímulo é a tarefa a ser realizada ou um problema a ser solucionado que sensibilize os participantes. Para solucioná-lo, é apresentado o segundo estímulo: um artefato neutro que tem o potencial de ser usado como ferramenta para solucionar o problema, uma vez que indivíduo incorpora ou utiliza-o, a estrutura operacional muda (QUEROL; JACKSON FILHO; CASSANDRE, 2011). Assim, os dados gerados nesta pesquisa a partir do estudo etnográfico serão utilizados no processo de dupla estimulação nas sessões do Laboratório de Mudança (LM), que serão realizadas na continuidade deste estudo.

O LM é uma ferramenta teórico-metodológica desenvolvida na década de 1990 por Engeström, na Finlândia, inserida no âmbito das teorias intervencionistas, que utiliza uma série de conceitos baseados em uma abordagem teórica e metodológica da Teoria da Atividade entre elas: Teoria de Mediação Cultural e ações humanas, o Sistema de Atividade, o Método Estimulação Dupla e a Teoria da Aprendizagem Expansiva, que possibilitam a reflexão de forma colaborativa sobre o sistema de aprendizagem, ou seja, uma atividade conforme o objeto é ao mesmo tempo análise e o desenvolvimento de uma atividade produtiva (ENGESTRÖM, 1987 apud QUEROL; JACKSON FILHO; CASSANDRE, 2011; VIRKKUNEN, NEWNHAM, 2015).

O processo inicia-se com a coleta de dados espelhos, que possuem dupla função: servir como espelho da atividade de apoio à reflexão dos participantes e ajudar o intervencionista e os participantes a modelar e analisar atividades passadas, atuais e futuras. Eles podem incluir casos que mostram problemas que permitem a colaboração entre os profissionais, bem como desafios e soluções inovadoras. A imagem do passado pode ser usada para relacionar problemas atuais a mudanças históricas na atividade. Os dados espelhados do futuro são usados para representar

dados sobre o experimento que será utilizado no projeto da nova atividade (QUEROL; JACKSON FILHO; CASSANDRE, 2011).

Os registros são utilizados pelo intervencionista durante as sessões e, também, para analisar a atividade anterior, atual e futura, ressaltando que as sessões sempre começam com uma análise dos dados enfrentados no dia a dia. Após os participantes analisarem a situação, o intervencionista ajuda a modelar novas soluções, fornecendo ferramentas para auxiliar no processo. Após serem implementados e testados, as sessões são organizadas para avaliar e refletir as novas soluções e os possíveis problemas que poderão surgir (QUEROL; JACKSON FILHO; CASSANDRE, 2011).

Dessa forma, este estudo pretende, por meio da caracterização do SA e levantamento de suas contradições, compreender a atividade de prevenção de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores no ambiente hospitalar a fim de prover dados-espelho para futura intervenção de LM.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a atividade de prevenção de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores no contexto hospitalar.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Compreender as contradições históricas e empíricas atuais na atividade de prevenção de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores no contexto hospitalar.

Elaborar hipóteses de desafios e potencialidades na atividade de prevenção de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores no contexto hospitalar.

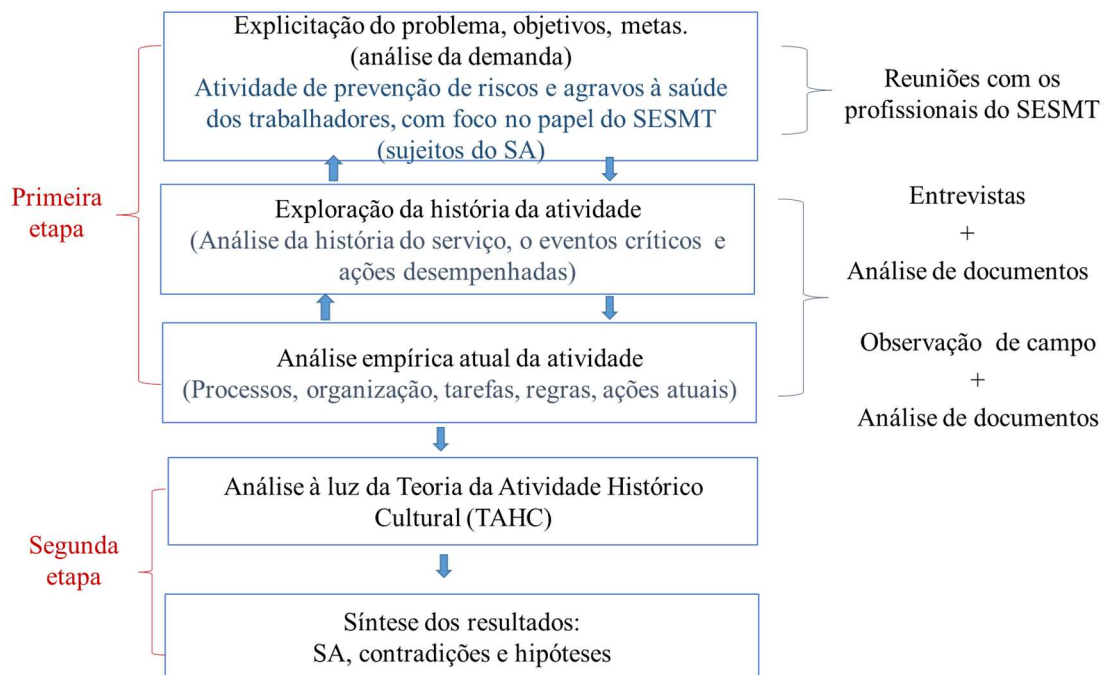
Fornecer dados-espelhos para uma futura intervenção de LM no contexto de análise.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo etnográfico que tem por finalidade compreender a realidade humana através da perspectiva cultural. Envolve um conjunto de reflexões e significados do homem, seu envolvimento com os atores sociais e com o ambiente a fim de identificar os problemas essenciais da natureza, funcionamento da cultura e comportamento social humano (GARCIA; DUPAS; KAKEHASHI, 1996). A partir do referencial teórico proposto, o estudo foi desenhado em duas etapas: a primeira etapa corresponde ao levantamento de dados etnográfico no campo (dados-espelho) e a segunda corresponde à identificação das contradições e levantamento de hipóteses, conforme apresentado na Figura 4. Esta pesquisa seguiu os critérios do *COREQ – Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*, utilizado para comunicação de estudos qualitativos (TONG; SAINSBURG; CRAIG, 2007).

Figura 4 - Quadro-síntese do desenho de estudo.



Fonte: Elaborado pela autora.

Esta pesquisa faz parte de um subprojeto do Projeto de Pesquisa Temático “Inovação e transformação da atividade de prevenção de riscos profissionais – ITAPAR”, um acordo de cooperação entre a *Agence National de la Recherche (ANR)*, França, e a Fundação de Amparo

à Pesquisa do Estado de São Paulo, Brasil (Processo FAPESP nº 2019/13525-0), que tem como objetivo a implementação do LM no contexto hospitalar.

4.2 CAMPO DE ESTUDO

O estudo foi realizado em um hospital universitário (HU) de médio porte do estado de São Paulo, com foco no SESMT, que tem por finalidade promover a saúde e segurança no ambiente de trabalho, segundo às NR regidas pela CLT. Atualmente, este Serviço é subordinada à Divisão de Gestão de Pessoas e responde à Gerência Administrativa do hospital. É importante ressaltar que o SESMT possui interfaces com outros setores do hospital, especialmente com a gestão de pessoas e com as áreas assistenciais, de ensino e pesquisa e administrativa.

4.3 PARTICIPANTES

Os participantes do estudo foram compostos pela equipe do SESMT e por membros da gestão hospitalar. A escolha da equipe do SESMT decorreu do interesse em compreender a atividade de prevenção de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores realizada por este Serviço e, portanto, os profissionais são sujeitos do SA; e a participação da gestão decorreu do interesse em compreender como esta atividade é percebida por pessoas que ocupam cargos de gestão que guardam interface.

Durante a coleta de dados, a equipe do SESMT era composta por um técnico de segurança do trabalho; um engenheiro de segurança do trabalho; dois enfermeiros do trabalho; duas médicas do trabalho (carga horária de 20h semanais cada médica); e uma estagiária de enfermagem (totalizando sete pessoas). Além desses, foram entrevistadas uma fisioterapeuta do trabalho, que foi contratada como fisioterapeuta assistencial e cede quatro horas semanais para o SESMT (cessão interrompida durante as fases críticas da pandemia) e a enfermeira do trabalho que atuou na instituição de 2017 a 2019.

Além da equipe do SESMT, foram entrevistados os quatro gestores do hospital, das áreas de ensino e pesquisa, administrativa e atenção à saúde, bem como um trabalhador do setor de gestão de pessoas responsável pelos afastamentos previstos (como férias, licença-maternidade etc.). Assim, participaram do estudo 14 trabalhadores do hospital.

O recrutamento dos participantes aconteceu nas reuniões para compreensão e pactuação da demanda, sendo o convite individual realizado por meio de endereço eletrônico disponibilizado pelos próprios participantes.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados envolveu três fases simultâneas: (a) entrevistas individuais semiestruturadas, (b) observação de campo e (c) análise documental.

A entrevista semiestruturada individual apoiou-se em dois roteiros construídos especificamente para este fim, sendo um direcionado aos profissionais do SESMT (Apêndice A) e outro aos gestores (Apêndice B). As entrevistas foram realizadas virtualmente, por meio da plataforma GoogleMeet, disponibilizada a estudantes da universidade por meio de login e senha intransferíveis, o que assegura controle de acesso à sala e dos dados gerados. A opção pela modalidade virtual decorreu das restrições sanitárias impostas para controle da disseminação do SARS-Cov-2 na instituição. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra para análise. Foram realizadas 14 entrevistas individuais entre os meses de setembro de 2021 a janeiro de 2022, com duração média de 40 minutos.

A observação de campo foi realizada entre os meses de outubro e dezembro de 2021 por meio de visitas semanais ao hospital, totalizando 20 horas. A observação incluiu o acompanhamento da rotina do SESMT, priorizando a observação das atividades, fluxos de atendimento, processo de trabalho e acesso a documentos relacionados à prevenção de riscos e agravos à saúde do trabalhador. A pesquisadora manteve um diário de campo para anotações das observações durante o período.

A análise documental incluiu acesso ao website institucional para coleta de informações sobre a história do hospital; missão, visão e valores; organograma institucional e demais informações que pudessem subsidiar a questão de estudo. Também foram coletados dados sobre afastamentos e adoecimentos dos trabalhadores, planos de trabalho dos trabalhadores do SESMT, Plano de Contingência de Covid-19 e demais instrumentos e normas utilizados para monitoramento da saúde dos trabalhadores e prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.

O Quadro 1 apresenta a organização dos dados coletados para alcance dos objetivos propostos, a partir das questões de pesquisa, dados coletados, unidades e conceitos empregados na análise. Inicia-se com questões referentes às origens do objeto de prevenção de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores no ambiente hospitalar, com intuito de compreender como surgiu e vem se desenvolvendo, englobando os problemas (dilemas, conflitos, rupturas), eventos críticos, as mudanças no serviço e na atividade e as ações desempenhadas, a fim de construir as hipóteses do SA e os possíveis desafios e potencialidades nesse contexto.

Quadro 1- Sistemática de organização dos dados para alcance dos objetivos propostos.

Objetivos	Macro-questões	Questões de apoio	Unidade de análise	Unidade de dados	Conceitos analíticos	Conceitos teóricos
Compreender as contradições históricas e atuais do SA de prevenção de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores no contexto hospitalar.	Qual a história dessa atividade e as principais contradições que favorecem os problemas?	a) Como surgiu e vem se desenvolvendo o objeto de prevenção de riscos e agravos à trabalhadores no hospital? b) Quais contradições contribuem com as perturbações e rupturas dessa atividade?	História da prevenção de agravos aos trabalhadores. Contradições históricas. Contradições atuais.	Frases. Trajetória profissional. Leis e normas. Protocolos e documentos institucionais.	Linha histórica da atividade. Eventos críticos. Contradições e Distúrbios.	TAHC. SA. Contradições primárias, secundárias, terciárias e quaternárias.
Elaborar hipóteses de desafios e potencialidades do SA de prevenção de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores no contexto hospitalar.	Como a prevenção de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores tem sido desenvolvida no HU?	a) Quais as ações vêm sendo desenvolvidas no HU? b) Quais os determinantes das tensões e dificuldades nessa atividade?	Contradições e Distúrbios. Inovações e avanços para superação.	Fatos e situações locais que transformaram a atividade. Fatos e situações que demonstrem os desafios persistentes.	Facilitadores e empecilhos da atividade de prevenção.	TAHC. SA. Contradições primárias, secundárias, terciárias e quaternárias. Mudanças no SA.

Fonte: elaborado pela autora.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados originados nas entrevistas (transcrições na íntegra) e na observação de campo (anotações em diário) foram analisados segundo a análise temática de conteúdo, um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando, por meio procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição do conteúdo que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de reprodução/recepção destas mensagens (MINAYO, 2014).

Operacionalmente, a análise temática perpassa três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A pré-análise visa a compreensão dos materiais e sistematização dos dados para retomada de hipóteses e objetivos iniciais da pesquisa, de maneira a conduzir um esquema, num plano de análise (MINAYO, 2014, p.316). Nesse momento, foi realizada a leitura flutuante do material, sistematizando as ideias iniciais e principais acontecimentos, representadas pela linha do tempo.

A fase exploratória do material consiste em uma operação classificatória que visa alcançar o núcleo central dos dados, buscando encontrar expressões significativas das quais o conteúdo possa ser organizado em categorias (MINAYO, 2014). Para esta análise, foram consideradas as falas correspondentes aos núcleos de sentido, a fim de elencar as hipóteses e contradições do sistema de atividade.

O tratamento dos resultados e a interpretação implicam na apresentação das informações obtidas em sua totalidade, pelas dimensões teóricas e interpretativas do material que permitem demonstrar a relevância dos dados obtidos (MINAYO, 2014). Nesta perspectiva, os dados foram apresentados de forma descritiva, incluindo os excertos dentro de cada categoria, complementados pelas informações do diário de campo e dados documentais, bem como por meio de ilustrações do SA.

Os dados documentais qualitativos foram analisados de forma descritiva, com destaque para eventos críticos que pudessem ser explorados na coleta de dados primários (entrevistas e observação de campo) ou explicar os achados; os dados quantitativos foram apresentados em gráficos e tabelas, em números absolutos e relativos.

A interpretação dos dados provenientes das três estratégias de coleta foi feita à luz do quadro teórico apresentado. O Quadro 2 apresenta as formas de análise dos dados.

Quadro 2 – Formas de análise dos dados.

Tipo	Registro	Forma de análise
Entrevistas individuais semiestruturadas.	Áudio e vídeo de 14 entrevistas, totalizando 468 minutos e 44 segundos.	1) Transcrição na íntegra dos registros; 2) Pré-análise do material e sistematização das ideias; 3) Seleção dos núcleos de sentido, representados por excertos; 4) Sistematização de três categorias e cinco subcategorias; 5) Interpretação dos dados à luz da TAHC.
Observação da atividade.	Anotações em Diário de Campo, totalizando 20 horas de observação.	1) Narrativa das ações, papéis, funções, processo de trabalho e ambiência; 2) Apresentação juntamente com as categorias analíticas.

Documentos.	Website institucional; Relatórios institucionais; Planos de trabalho; Planilhas de monitoramento (absenteísmo e causas).	1) Síntese dos principais pontos a serem explorados para análise história e empírica; 2) Elaboração gráficos e tabelas para os dados estatístico. 3) Apresentação juntamente com as categorias analíticas.
-------------	---	--

Fonte: elaborado pela autora.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo campo de estudo e pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer número 4.790.305 e CAAE 44105621.3.0000.5504. Todos os preceitos éticos das Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e do Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS foram respeitados. Os participantes da pesquisa formalizaram o consentimento por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

Em respeito ao sigilo e anonimato dos participantes, o nome do hospital, a cidade de localização e universidade de vínculo foram omitidos. Da mesma forma, o nome dos participantes foi substituído pela letra P, seguindo pela ordem de entrevista.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando que a demanda inicial é um aspecto importante e facilitador na construção de diálogo com os representantes da organização demandante para a compreensão inicial do objeto da intervenção, será apresentada a demanda inicial desta instituição hospitalar, a fim de evidenciar o surgimento e os problemas atuais da atividade, manifestados por meio de uma demanda clara, associados ao desejo de mudanças pela instituição.

5.1 COMPREENDENDO A DEMANDA INICIAL E PACTUAÇÃO

A demanda inicial para o estudo surgiu em fevereiro de 2019, devido aos elevados índices de absenteísmo em profissionais de enfermagem do hospital e, especificamente, da unidade de internação da Clínica Médica. Para compreensão desta demanda, foram realizadas 15 reuniões ao longo daquele ano com trabalhadores do SESMT para análise e discussão das principais causas de afastamentos. Paralelamente, foram realizadas reuniões com supervisores e gestores do hospital para discussão das potencialidades do LM como estratégia para transformação desta realidade, por meio da aprendizagem expansiva dos próprios trabalhadores. No entanto, algumas mudanças organizacionais nesse período, incluindo a contratação de pessoal e remanejamento entre os setores do hospital, alterou a configuração e o perfil previamente estabelecido, fazendo com que esta unidade deixasse de ser uma unidade crítica.

Ainda assim, devido aos elevados índices de absenteísmo e o interesse do hospital em atuar nesta demanda, em fevereiro de 2020 foi realizada uma oficina presencial de 16 horas sobre o LM com 30 trabalhadores do hospital, oriundos de diversas unidades e com perfis profissionais distintos (incluindo todos os trabalhadores do SESMT), a fim de apresentar este método de intervenção formativa¹. A proposta era aproximar os trabalhadores ao método para, posteriormente, fortalecer uma possível intervenção com foco na saúde e segurança do trabalho. Todavia, em março de 2020, o mundo foi surpreendido com a pandemia do SARS-CoV-2, que impactou significativamente na dinâmica organizacional do hospital, implicando na suspensão das atividades de ensino, pesquisa e extensão durante o ano.

Este novo contexto ampliou as necessidades no campo da Saúde do Trabalhador e desvelou preocupações já conhecidas referentes à prevenção de riscos agravos relacionados ao

¹ A pesquisadora participou das reuniões sobre a demanda e da oficina de LM como ouvinte.

trabalho, agora considerando os cuidados específicos com o vírus, o que representou novas demandas para o SEMST e, também, para toda a instituição.

As diversas mudanças organizacionais e assistenciais para atender as novas necessidades de saúde da população, decorrentes da Covid-19, demandaram a contratação emergencial de novos profissionais e reestruturação do hospital, o que ressignificou a demanda inicialmente apresentada. Assim, em novembro de 2020 foi realizada uma reunião com os profissionais do SESMT para compreensão deste novo contexto. Estes sinalizaram o aumento das demandas internas habituais de trabalho (sobrecarga) e da procura do serviço pelos profissionais de saúde do hospital, compartilhando os desafios para dar conta das inúmeras demandas. Também problematizaram o aumento dos afastamentos decorrentes da Covid-19 (casos suspeitos ou confirmados) e do adoecimento mental, sinalizando as dificuldades para ações de prevenção neste campo.

Neste sentido, foi iniciado um novo planejamento da pesquisa em roda de conversa com os profissionais do SESMT, tendo como foco a atividade de prevenção de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores e considerando o contexto pandêmico e os desafios ora apresentados. Assim, após as tratativas e aprovações nas instâncias cabíveis, foi iniciado o estudo etnográfico em setembro de 2021, como etapa prévia às sessões de LM, que não serão alvo desta pesquisa.

A demanda compreende a um problema/crise na qual a instituição está apresentando. A negociação é o processo de reconhecimento dessa crise pela instituição, o interesse e a vontade da mesma em solucioná-la por meio de um desenvolvimento colaborativo, sendo o ponto de partida para a compreender tais problemas (VIRKKUNEN et al., 2014).

5.2 ANÁLISE HISTÓRICA E EMPÍRICA ATUAL DA ATIVIDADE DE PREVENÇÃO DE RISCOS E AGRAVOS À SAÚDE DOS TRABALHADORES NO CONTEXTO HOSPITALAR

5.2.1 Um *gap* na prevenção: os desafios para implementação desta atividade

O HU foi inaugurado em novembro de 2007, com a administração sob responsabilidade do município, permanecendo assim até 2014, quando de sua federalização e cessão à Universidade e, em 2015, a assunção da gestão operacional pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Os dados coletados não possibilitaram encontrar informações sobre as ações de prevenção de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores no hospital antes de sua federalização (ou seja, antes de 2015), uma vez que com a transição do modelo de gestão do hospital (de municipal para federal) houve a admissão em massa de todos os trabalhadores, não

sendo possível recuperar o histórico. Isso representa *gap* nas informações sobre ações de Saúde e Segurança no Trabalho (SST), que deveriam ser desenvolvidas em atenção às normativas vigentes. Isso fica evidenciado na fala dos participantes contratados na primeira turma do hospital.

Não tinha nada [referente às ações voltadas à saúde dos trabalhadores]; não tinha treinamento, não tinha ficha de EPI, não tinha nem periódicos... não tinha nada. Se tivesse, eles não apresentariam para gente, mas eu nunca vi ninguém da segurança e da saúde, tudo bem largado mesmo. (P2)

A federalização do hospital foi considerada um marco histórico e, portanto, traça-se o histórico desta atividade a partir deste momento. O SESMT iniciou suas atividades em setembro de 2015, a partir da contratação de um técnico de segurança do trabalho, um engenheiro de segurança do trabalho e um médico do trabalho, sendo que este último não chegou a atuar no hospital, de acordo com as falas dos entrevistados:

Eu fui admitido aqui na primeira turma, no primeiro concurso, primeira turma que chegou no HU. Quando a gente chegou, o hospital tava bem cru mesmo, não tinha nem cadeiras para gente sentar, não tinha nada e foi a primeira contratação; aí veio a equipe de saúde e segurança do trabalho [...] só que esse médico, na ocasião, não chegou nem atuar, passaram dois plantões ele já pediu demissão. (P2)

A princípio [...] não tinha enfermeira do trabalho e o médico que passou também no concurso não ficou, então não tinha médico do trabalho para poder desenvolver a saúde ocupacional. (P3)

As ações em SST eram focadas em questões de infraestrutura física, elétrica e hidráulica, por meio de reformas no processo de revitalização hospitalar, uma vez que o hospital apresentava importantes problemas estruturais.

Então a gente via que no começo o hospital chovia dentro e nós fizemos as primeiras vistorias e a gente viu que tinha mais de 80 goteiras dentro do hospital. Aí a gente começou a mexer no telhado, na rede elétrica e começamos a ver que tinha queda de energia, de choque elétrico... primeiro foi básico mesmo, né? Tomada sem *plug*, fiação exposta... foi grosseira mesmo, pessoal entrar e não tomar choque, se matar por isso. Acho que é... três meses, assim... só para ver qual o começo da infraestrutura, tubulação de água estourando e aquela correria mesmo, a gente mesmo não tinha computador, não tinha nada, correndo e apagando incêndio, de funcionar minimamente, aí isso foi até o começo de 2016. (P2)

Se você ver do jeito que era esse prédio.... antes, onde são os quartos, onde seriam para 250 leitos, todos abandonados, estragados perdido... *drywall*, hidráulica, muita coisa perdida, tudo desmontando, teve que ser desmanchado, desprezado como rejeito e agora refeito tudo novamente. Mas nós estamos conseguindo aos poucos o desenvolvimento, desses olhos vistos é muito gratificante. (P3)

As falas apresentam o contexto de reestruturação do hospital, que devido à federalização, recebeu verbas que possibilitaram reformas, ampliação e contratação de pessoal. Em termos práticos, é como se fosse um novo hospital, com uma nova estrutura física, de gestão e de pessoal. Assim, as primeiras ações de prevenção desenvolvidas pelo SESMT foram o atendimento às NR para viabilizar o funcionamento da instituição.

[...] Aí a primeira coisa que o SESMT fez ao chegar foi a parte de admissão e laudos das equipes, até o pagamento de insalubridade. A gente já começou estruturando PPRA, e o PCMSO a gente não conseguiu fazer, né? Não tinha médico. Então a gente pegou o modelo da Sede [refere-se à Sede da EBSERH] como referência só para embasar os exames admissionais - um desenho, pegou um bem 'padrãozão' mesmo, e o admissional ele foi feito por uma equipe da Fundação [responsável pela gestão anterior do hospital] que tava aqui. Eles chamaram um médico - eu nem sei se ele tinha formação em medicina do trabalho, mas foi aquele cara-crachá mesmo [que fez] esses primeiros admissionais. Então começamos os primeiros laudos e as primeiras melhorias para o hospital. (P2)

Eu lembro que quando a gente entrou a coleta de sangue foi realizada aqui mesmo no hospital, mas foi levado para outro hospital externo. Depois de 2 dias foi agendado exame médico e eu acho que o médico era o médico prestador de serviço, não sei se ele era autônomo ou se ele foi contratado pela empresa.... eu sei que na época que eu entrei esse médico não era da EBSERH. (P10)

As ações desempenhadas pelos profissionais do SESMT estavam voltadas à segurança ocupacional, com ênfase nas ambiências. A higiene do ambiente laboral tem caráter preventivo, pois busca a saúde e o conforto do trabalhador a fim de evitar que ele adoça e se ausente do trabalho. Trata-se de uma visão que envolve duas variáveis: o ambiente físico e o homem, ou seja, envolve ações de ajustes estruturais (temperatura, ruídos, iluminação) e o acompanhamento das condições de trabalho que influenciam o comportamento humano, com o objetivo eliminar as causas das doenças ocupacionais, reduzir os efeitos prejudiciais causados pelo trabalho, a fim de manter a saúde dos trabalhadores e aumentar a produtividade por meio do controle do ambiente de trabalho (WACHHOLZ, COLTRE, 2013).

Entretanto, a higiene do trabalho é limitada, voltada às condições de trabalho relacionadas às circunstâncias físicas; porém, o trabalho humano envolve uma visão sistêmica e implica entender os riscos na complexidade de suas múltiplas interações considerando outros fatores, como controle de tempo, condições sociais e relações interpessoais (INOUE, VILELA, 2014).

O engenheiro do trabalho, desde sua admissão, passou a assumir funções em outros espaços além do SESMT, atuando no setor de unidade operacional, de logística e, desde 2018, de Gestão de Pessoas, permanecendo até o momento em que a entrevista foi realizada.

Só que nesse meio, eu não fiquei só como engenheiro de segurança. Eu fiquei como engenheiro de segurança só três meses. Dezembro de 2015, eu fui para parte de unidade operacional, para cuidar de terceirizados, portaria, recepção, que era que eu tava meio que fazendo nesse começo como engenheiro de segurança, contratos terceirizados, aí eu fui para essa unidade, aí fiquei lá até 2017. Depois de 2017, fui para logística em três meses e depois já vim aqui para Gestão de Pessoas em março de 2018. [...] Agora eu tenho uns 10% só 20% no máximo na parte de saúde segurança e 80% na parte de gestão de pessoas, então eu nunca consegui dedicar um tempo muito grande (P2)

Nota-se que o profissional é contratado para designar uma função e acaba sendo realocado para desempenhar outras funções dentro da instituição, diante de uma equipe que já está subdimensionada, desencadeando acúmulo de funções e aumentando a sobrecarga de trabalho. A atribuição de atividades profissionais e funções desvinculadas à saúde e segurança para profissionais desse âmbito também foram evidenciadas em um estudo, principalmente funções administrativas, de segurança patrimonial, organização de eventos e tarefas de motorista, o que caracteriza contradições e divergências do próprio objeto de atuação (INOUE, VILELA, 2014).

O problema com o dimensionamento da equipe do SESMT persistiu ao longo dos anos. Até o final do ano de 2016, o hospital permaneceu sem médico do trabalho e foi nesse período que o setor de Recursos Humanos (RH) solicitou à um médico pediatra do hospital que, em regime de horas extras, atuasse no SESMT, pois também tinha especialização em medicina do trabalho. O pedido era para que ele estruturasse o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), realizasse atendimentos e atendesse as demandas emergenciais pontuais. Assim, ele permaneceu por cerca de seis meses nesta dupla função, retornando posteriormente a atuar exclusivamente na pediatria. O relato abaixo demonstra que, à época, a preocupação da instituição era cumprir a legislação relacionada às NR para evitar problemas jurídicos.

[...] E aí o hospital não conseguia médico do trabalho e em final de 2016, o pessoal do RH pediu se eu pudesse auxiliar como não tinha médico do trabalho, se eu poderia dedicar algumas horas extras, não interferindo na pediatria, para fazer o preparo do PCMSO do hospital, para fazer esses atendimentos, porque sempre tinha casos assim, de coisas que tinham que ser resolvidas rápidas, e aí a gente esquematizou, só que eu não lembro ao certo o mês que eu comecei, mas foi depois da metade de 2016, e depois do meio de fevereiro de 2017, já comunicaram que não ia mais precisar... (P4)

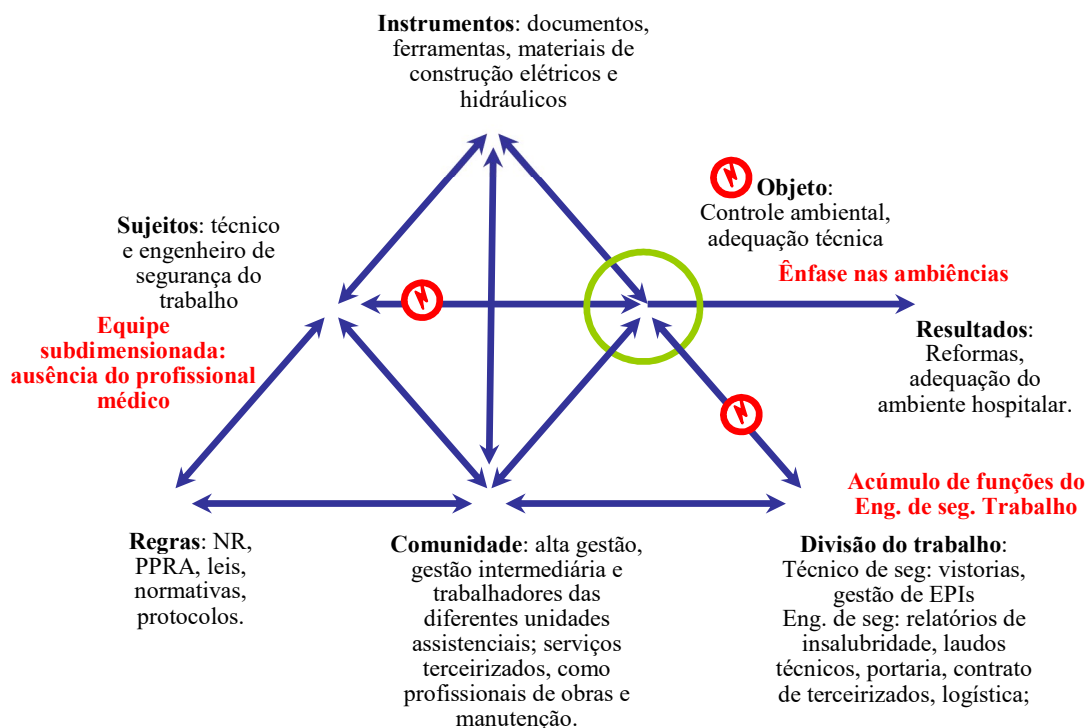
A partir da fala dos participantes e da análise documental pode-se identificar que o SESMT foi criado no final de 2015 e as mudanças históricas ocorridas no serviço desde então podem ser consideradas como possíveis pontos de partida para a compreensão da origem dos problemas em relação à atividade de prevenção, principalmente decorrentes da

indisponibilidade do profissional médico e do olhar predominantemente voltado às questões de higiene e segurança ambiental e nenhuma ação voltada à saúde ocupacional. Dessa forma, mantém-se uma abordagem de prevenção tradicional em que os ambientes de trabalho apresentam fatores de risco mensuráveis (dimensão técnica, fixa), desfavorecendo o reconhecimento dos processos de trabalho que determinam a saúde da população (visão sistêmica, expansiva, inesperada), o que representa uma contradição, decorrente da manifestação da prevenção de fatores de risco desconsiderando a atividade de prevenção do trabalho (HURTADO et al, 2022).

As contradições identificadas nesse período estão relacionadas ao subdimensionamento da equipe do SESMT, representadas pelo técnico e engenheiro de segurança do trabalho e ausência do profissional médico, o que mostra a preocupação gerencial em adequar a estrutura do hospital para seu funcionamento. Nota-se que há uma limitação conceitual sobre prevenção retratada, por exemplo, pela utilização de documentos “modelos” ofertados pela EBSERH para estruturação do PPRA, buscando-se adequar o ambiente às normas vigentes. A preocupação da gestão hospitalar com a adequação do funcionamento do hospital fica mais evidente a partir das atribuições de funções desvinculadas à prática profissional do engenheiro, o que também representa uma contradição, uma vez que não há preocupação em prevenir riscos e agravos à saúde dos trabalhadores.

A Figura 5 apresenta o SA de prevenção de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores vigentes até 2016 e possíveis contradições.

Figura 5 - SA de prevenção de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores em ambiente hospitalar e possíveis contradições (2015-2016).



Fonte: adaptado de Engeström (1987).

5.2.2. Desafios para a estruturação da atividade de prevenção de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores no contexto hospitalar (2017 – 2018).

Em março de 2017, uma enfermeira do trabalho foi admitida ao SESMT, sendo sua primeira experiência como enfermeira do trabalho (contudo, o Serviço continuava sem o profissional médico). Suas ações eram predominantemente administrativas, pois ficava responsável por receber e documentar os atestados dos trabalhadores; as ações de vacinação eram desempenhadas com apoio da Vigilância em Saúde municipal e os exames admissionais e de retorno ao trabalho eram feitos apenas quando o hospital contratava pontualmente um médico do trabalho.

Eu fui convocada em março de 2017 para enfermeiro do trabalho no hospital [...] foi minha primeira experiência, meu primeiro contato com saúde trabalhador foi aí, além da pós, é claro. No quesito estrutura era o que era mais complicado, principalmente inicialmente porque não tinha médico para atuar comigo. Então, a gente só fazia o básico do básico de saúde do trabalhador, porque eu ficava limitada, nem o PCMSO a gente conseguiu cumprir. Vacina era o que a gente conseguir alcançar melhor, porque a vigilância municipal era bem acessível em disponibilizar a vacina para gente, então era um programa que eu conseguia tocar sozinha e sem muita estrutura física, com apoio da SCIH [Serviço de Controle de Infecção Hospitalar] e da Vigilância e Segurança do Paciente. E era isso o PCMSO; a gente ficava mais restrito com um exame de retorno ao trabalho, porque não tinha muito para onde correr, a gente conseguia um médico que fosse um examinador e até que no meio de 2019 a gente conseguiu uma médica do trabalho, que era pediatra do hospital,

e a gente conseguiu uma cessão da carga horária dela para atuar dentro do SESMT. A partir daí a gente conseguiu melhorar a assistência do trabalhador, em relação ao absenteísmo, atestado a gente conseguia ver mais de perto as causas de afastamento deles, mas antes da médica eu não posso homologar atestado, estava muito difícil né, a gente ficava mesmo na parte administrativa... (P8)

Outro apoio importante nesse período foi a colaboração da fisioterapeuta geral do hospital, que atuava como preceptora dos estudantes do curso de fisioterapia na área de ST com dedicação de quatro horas semanais. Assim, as demandas referentes à ergonomia eram identificadas e a profissional, juntamente com os estudantes, realizava análises dos postos de trabalho, planejava as intervenções e emitia relatórios que eram compartilhados com a enfermeira do SESMT, para ações em conjunto. Assim, a enfermeira realizava o monitoramento dos atestados e os casos relacionados aos distúrbios osteomusculares eram discutidos, encaminhados e, posteriormente, avaliados pela fisioterapeuta.

O que a gente conseguiu fazer [foi] com a CID M [refere-se à Classificação Internacional de Doenças, subgrupo M – Doença do Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo], para ver o que a gente podia melhorar dentro do ambiente de saúde e segurança. Todo funcionário que entregava afastamento relacionado a doença osteomuscular a gente tinha uma parceria com a fisioterapeuta do hospital e ela tinha uma tarde, que era um turno semanal, para fazer ergonomia, e aí o funcionário que entregar um atestado com CID muscular a gente encaminhava pra ela, ela ia lá analisar o posto de trabalho, fazer orientação de próprio movimento, de própria atividade laboral em si, com alunos da universidade também. (P8)

Na sua grande maioria eram avaliações de postos de trabalho, então a gente fazia avaliação no posto de trabalho, laudo ergonômico, as adaptações que eram adequadas e, também, as ações para os trabalhadores que apresentavam alterações e dores musculoesqueléticas. Então, a gente avaliava o posto dela e a gente também chamava para uma avaliação física, uma intervenção terapêutica breve em dor e ensinava exercícios para essa pessoa que ela pudesse fazer. (P7)

A fonoaudióloga do hospital também colaborava na realização dos exames de audiometria dos trabalhadores, segundo os relatos:

As audiometrias também que a gente fazia era uma parceria com a universidade. A fono [fonoaudióloga] também dava suporte para gente; tinha uma afinidade com o audiometria, então o funcionário que ia fazer audiometria e ela identificava um problema voltava, e ela conseguia fazer a orientação e ela até emitia parecer sobre a orientação que foi feita em relação ao uso de EPI, intervenções, enfim. (P8)

A fonoaudióloga realizava a parte de função otológica e auditiva, mas ela também não é do SESMT, mas ela sempre auxiliou. (P4)

Vale ressaltar que em 2018 o hospital permaneceu sem o médico do trabalho devido a dificuldades de convocação e contratação, mantendo-se a composição do SESMT com três

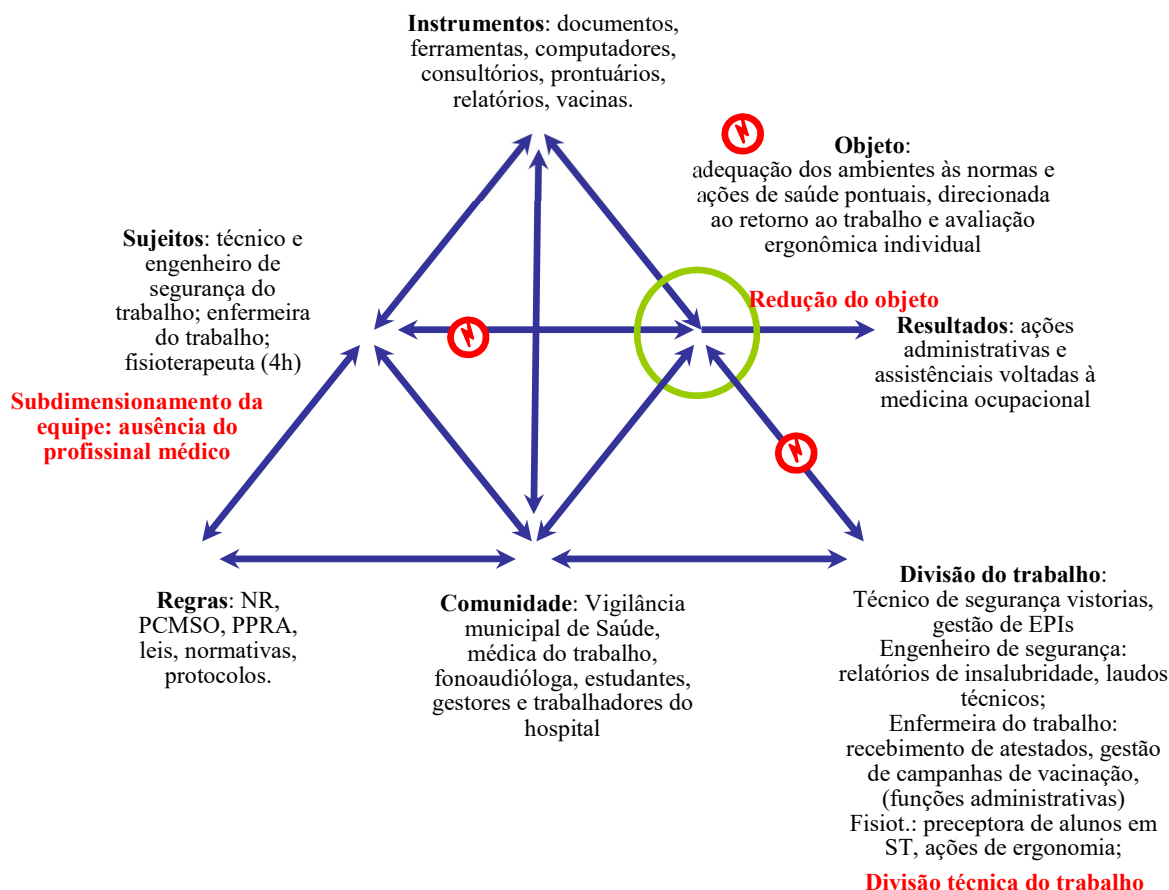
profissionais e apoio de profissionais de outras áreas (como fisioterapia e fonoaudiologia) para ações direcionadas à saúde dos trabalhadores.

A atuação conjunta de outros profissionais assistenciais na ST permite ações voltadas à prevenção e promoção de saúde dos trabalhadores para além das NR, como ações em ergonomia e saúde mental. O vínculo com a universidade aumenta as chances de implementar programas de promoção à saúde voltadas para as demandas apresentadas pelos trabalhadores, por meio do desenvolvimento de pesquisa de extensão.

Sendo assim, infere-se que o SESMT permaneceu subdimensionado e limitado para desempenhar suas atribuições, desenvolvendo atividades predominantemente administrativas. Porém, as falas representam que há um esforço da equipe em adequar essa lacuna com o auxílio de profissionais de outros setores para apoiar o serviço. Essa interface representa que outras áreas do hospital também compreendem a importância da SST no contexto hospitalar, o que favorece ações integrais e torna esse objeto de atividade compartilhado com outros sistemas, mesmo que de forma pouco nítida.

A Figura 6 apresenta o SA de prevenção de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores nos anos de 2017-2018 e possíveis contradições.

Figura 6 - SA de prevenção de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores em ambiente hospitalar (2017-2018) e possíveis contradições.



Fonte: adaptado de Engeström (1987).

Apesar da ampliação da equipe do SESMT no ano de 2017, com a incorporação de uma enfermeira do trabalho, observa-se que os desafios de contratação de médico do trabalho limitaram a atuação desta profissional. Como alternativa, foram firmadas parcerias com outros profissionais para o desenvolvimento de ações direcionadas aos trabalhadores. Ainda assim, a atividade de prevenção continua associada à higiene ocupacional e ao papel legalmente instituído ao SESMT, com poucos ou nenhum avanço no campo da promoção da saúde.

Apesar do avanço na discussão da inclusão de profissionais de outras áreas na SST, a integração entre as equipes de saúde e segurança ainda manifestam tensões devido a separação dos campos disciplinares da higiene, segurança e da medicina do trabalho, reforçada pelos instrumentos legais e pelas divisões técnicas do trabalho. Para que se alcance os objetivos do SESMT, há necessidade de flexibilização e integração das ações e dos saberes comuns, ultrapassando esses empasses (ROLOFF et al., 2019).

5.2.3. Fortalecendo a atividade de prevenção de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores no contexto hospitalar (2019).

Em janeiro de 2019, o médico assistencial foi novamente solicitado para assumir o SESMT, desta vez com cessão definitiva de 12 horas semanais na medicina do trabalho (duas vezes na semana), a fim de realizar os exames admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho e demissionais, devido à dificuldade de contratação desse profissional para o setor. Nesse período, as ações em saúde começaram a ficar mais sistematizadas, pois em conjunto com a enfermeira do trabalho, era possível realizar o monitoramento mensal dos principais diagnósticos de absenteísmo.

Como não conseguia médico [do trabalho], ficava um dia, dois e ia embora, aí o pessoal [do setor de gestão de pessoas] pediu novamente se eu pudesse fazer algumas horas novamente aqui no SESMT, para fazer atendimento, para fazer os exames demissionais, admissionais. Então, foi combinado que eu faria 12 horas de Pediatria e 12 horas no SESMT. Eu iniciei acho que era 2 de janeiro de 2019, aí desde então estou aqui. (P6)

No meio de 2019 a gente conseguiu uma médica do trabalho, que era pediátrica do hospital, a partir daí a gente conseguiu melhorar a assistência do trabalhador, em relação ao absenteísmo, atestado a gente conseguia ver mais de perto as causas de afastamento deles, aí tinha como maior causa de absenteísmo, doenças musculares e o grupo do CID F [refere-se à Classificação Internacional de Doenças, subgrupo F – Doenças Mentais e outros Transtornos], também e eu acho que o outro era de via respiratória, mas esse era mais sazonal, maio e junho que o tempo muda, mas CID M e CID F, eram bem predominantes. (P8)

A contratação do profissional médico (12h semanais) foi benéfico para o SESMT, pois foi possível avançar no monitoramento do perfil saúde doença dos trabalhadores, que tinha predominância por doenças musculoesqueléticas e o início dos casos por saúde mental.

Segundo uma pesquisa realizada em um hospital do sul do Brasil para avaliar as ausências de profissionais da saúde, 17,90% se afastaram por transtornos mentais, seguidos de 11,69% por doenças do sistema musculoesqueléticos e de tecidos conjuntivos (PAIVA et al., 2021). Dentre os principais motivos para o adoecimento mental em trabalhadores da saúde compreende a sobrecarga de trabalho, o estresse, o trabalho por turnos, entre outros. Já as razões pelo adoecimento por doenças osteomusculares, estão associadas infraestrutura inadequada, ao esforço repetitivo, traumas e transporte de cargas (FERNANDES et al., 2018).

Mesmo com a ampliação da equipe, as falas demonstram que persistiam as limitações de atendimentos, devido ao tempo restrito do profissional médico e indisponibilidade de espaço físico específico.

A gente não tinha estrutura de consultório, não tinha recursos humanos, até o espaço físico mesmo era bem limitado, até que eu [enfermeira do trabalho] dividia a sala com pessoal de licitação de contrato de finanças. (P8)

No começo, a gente não tinha sala. Então, cada dia era num lugar, a gente tinha que pegar a ficha [...] o prontuário médico e eu mesma ia atrás do funcionário, depois eu levava para qualquer sala para fazer o periódico. (P4)

A ausência de um espaço físico para a equipe do SESMT comprometia o desenvolvimento da atividade, sendo necessário aguardar a liberação dos consultórios de atendimento ambulatorial ao público externo para fazer as avaliações do público interno e, assim, garantir a privacidade e sigilo na troca de informações. Além disso, a enfermeira do trabalho compartilhava a sala com outros trabalhadores administrativos do hospital, mas os prontuários dos trabalhadores ficavam armazenados em outra sala, aspecto que dificultava o processo de trabalho, uma vez que esses documentos são essenciais para as atividades do serviço.

Em meados de 2019, houve uma permuta entre as enfermeiras do trabalho, sendo que a enfermeira que assumiu o cargo possuía experiência anterior em SESMT de hospital, o que possibilitou a reorganização do processo de trabalho com base nos conhecimentos e vivências anteriores.

E aí comecei de junho de 2019 veio a nova enfermeira e a gente começou a ter mais o contato de medicina do trabalho mesmo. Começamos a ter uma agenda mais organizada [...] eu já tinha uma sala onde era o antigo ambulatório e com isso ficou mais prático. Devagar a gente foi organizando o serviço até aquele ano. Eu ainda trabalhava na pediatria e, às vezes, acontecia de alguém [trabalhador] me procurar lá na pediatria. E aí nós vamos conversando, organizando, para que esse pessoal tivesse um horário específico de atendimento no ambulatório do SESMT e devagar o pessoal foi se adaptando. (P4)

Aí mais tarde, em 2019, [...] a gente estava com o número de afastamento muito alto em setores específicos do hospital e aí é pedido pela gestão superior e a gente começou a pensar em desenvolver alguma ação nesse sentido. Começamos a fazer um estudo do número de afastamentos, os motivos de afastamento dentro do hospital e chamamos para consultoria para desenvolver esse programa a professora [nome da professora], que foi daí que foi que veio o projeto. (P7)

Com a integração do profissional médico, foi possível o acompanhamento mais próximo dos afastamentos, permitindo a identificação de altas taxas de absenteísmo de enfermagem no setor da Clínica Médica do hospital. Esse fato motivou a gestão superior, por meio do SESMT, a procurar intervenções neste sentido, o que culminou a demanda inicial deste estudo.

A Tabela 1, aponta o percentual de dias de afastamentos por cargos dos meses de janeiro a novembro de 2019. Destaca-se que 55,6% dos afastamentos são de técnicos de enfermagem, seguido pelos enfermeiros, que correspondem a 14,53%.

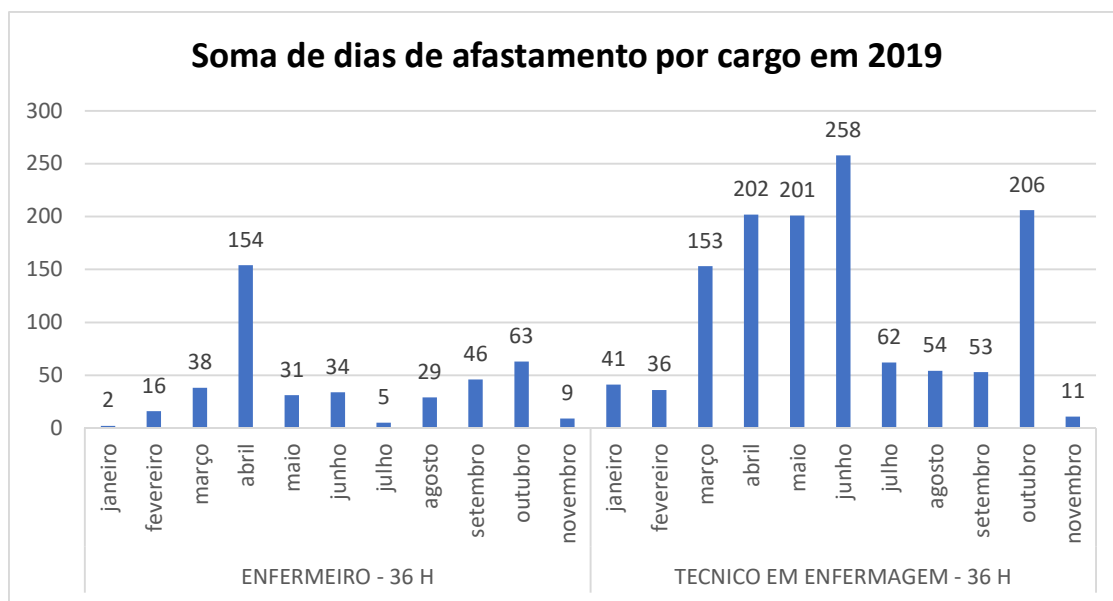
Tabela 1 – Percentual de dias de afastamento por cargo entre janeiro e novembro de 2019.

Cargo	Total de dias de afastamento	Afastamento
Analista Administrativo - 40h	49	1,67%
Analista de TI - 40h	15	0,51%
Assistente Administrativo – 40h	262	8,91%
Assistente Social - 30h	1	0,03%
Biólogo - 40h	1	0,03%
Educador Físico - 40h	4	0,14%
Enfermeiro - 36h	427	14,53%
Enfermeiro - 40h	13	0,44%
Engenheiro - 40h	2	0,07%
Farmacêutico - 40h	2	0,07%
Fisioterapeuta - 30h	5	0,17%
Fonoaudiólogo - 30h	24	0,82%
Médico - 24h	276	9,39%
Nutricionista - 40h	1	0,03%
Pedagogo - 40h	15	0,51%
Psicólogo - 40h	4	0,14%
Técnico administrativo – 40h	37	1,26%
Técnico em Enfermagem - 36h	1634	55,60%
Técnico em Radiologia - 24h	93	3,16%
Técnico em Saúde - 40h	21	0,71%
Terapeuta Ocupacional - 30h	5	0,17%
Total	2939	100,00%

Fonte: a autora, com base nos dados documentais

O Gráfico 1 mostra as oscilações de afastamentos que ocorreram ao longo do período de janeiro a novembro de 2019, entre as categorias de enfermagem. O quantitativo de dias de afastamento atingiu níveis elevados em abril para os enfermeiros, e de março a junho, com um pico em outubro para os técnicos em enfermagem.

Gráfico 1 - Soma de dias de afastamento por cargo de janeiro a dezembro de 2019.



Fonte: a autora, com base nos dados documentais

A soma de dias de afastamento dos meses em destaque, conforme Tabela 2, apontam que os afastamentos por auxílio-doença (INSS) predominaram, com exceção aos técnicos em enfermagem no mês de abril.

Tabela 2 – Soma de dias de afastamento de acordo com o tipo de afastamento.

Cargo	Soma de dias de afastamento por mês
Enfermeiro - 36h	
Abril	154
Afastamento por atestado médico	3
Auxílio-doença (INSS)	151
Técnico em Enfermagem - 36h	1020
Março	153
Afastamento por atestado médico	56
Auxílio-doença (INSS)	97
Abril	202
Afastamento por atestado médico	127
Auxílio-doença (INSS)	75
Mai	201
Afastamento por atestado médico	81
Auxílio-doença (INSS)	120
Junho	258
Afastamento por atestado médico	35
Auxílio-doença (INSS)	223
Outubro	206
Afastamento por atestado médico -	96
Auxílio-doença (INSS)	110

Fonte: a autora, com base nos dados documentais

Ao olhar para os setores onde esses trabalhadores estavam alocados, pode-se observar que a unidade de atendimento que registrou o maior número de dias de afastamento foi a Clínica Médica, no caso, auxílio-doença (INSS) de técnicos em enfermagem.

Tabela 3 – Soma de dias de afastamento por unidade.

Cargo	Soma de dias de afastamento por unidade
Enfermeiro - 36h	
Afastamento por atestado médico	
Clínica Médica	17
Linha do Cuidado da Criança	51
Pronto Atendimento Adulto	49
Auxílio-doença (INSS)	
Clínica Médica	29
Técnico em Enfermagem - 36h	
Afastamento por atestado médico	
Clínica Médica	130
Linha do Cuidado da Criança	256
Pronto Atendimento Adulto	129
Auxílio-doença (INSS)	
Clínica Médica	283
Linha do Cuidado da Criança	181
Pronto Atendimento Adulto	97

Fonte: a autora, com base nos dados documentais

Os dados apontam a predominância de afastamentos no setor na Clínica Médica principalmente na categoria de enfermagem. Contudo, não foram encontradas informações sobre os motivos desses afastamentos, o que compromete a análise aprofundada do contexto. A partir das falas dos entrevistados é possível afirmar que, nesse período, havia predominância de doenças musculoesqueléticas e início dos transtornos mentais.

Com base nas informações disponíveis, é possível levantar duas hipóteses para explicar as altas taxas de absenteísmo de enfermagem: a sobrecarga de trabalho, decorrente do subdimensionamento, e problemas no próprio processo de trabalho do setor, do qual seria objeto de investigação da pesquisa, a fim de compreender as reais causas. Vale lembrar que, a partir do segundo semestre de 2019, houve contratação de profissionais de enfermagem e remanejamento, o que contribuiu para que o setor da Clínica Médica deixasse de ser uma unidade crítica.

Estudos apontam que as categorias médicas e de enfermagem são as que mais apresentam às licenças médicas, sendo os principais motivos o contato direto com a pessoa doente, o que gera desgaste emocional. Ainda, os processos de trabalho desempenhado pelos profissionais da saúde são marcados pela divisão e rigidez das tarefas e relações hierarquizadas para cumprimento de rotinas, normas e regulamentos. Em muitos casos, essas tarefas são

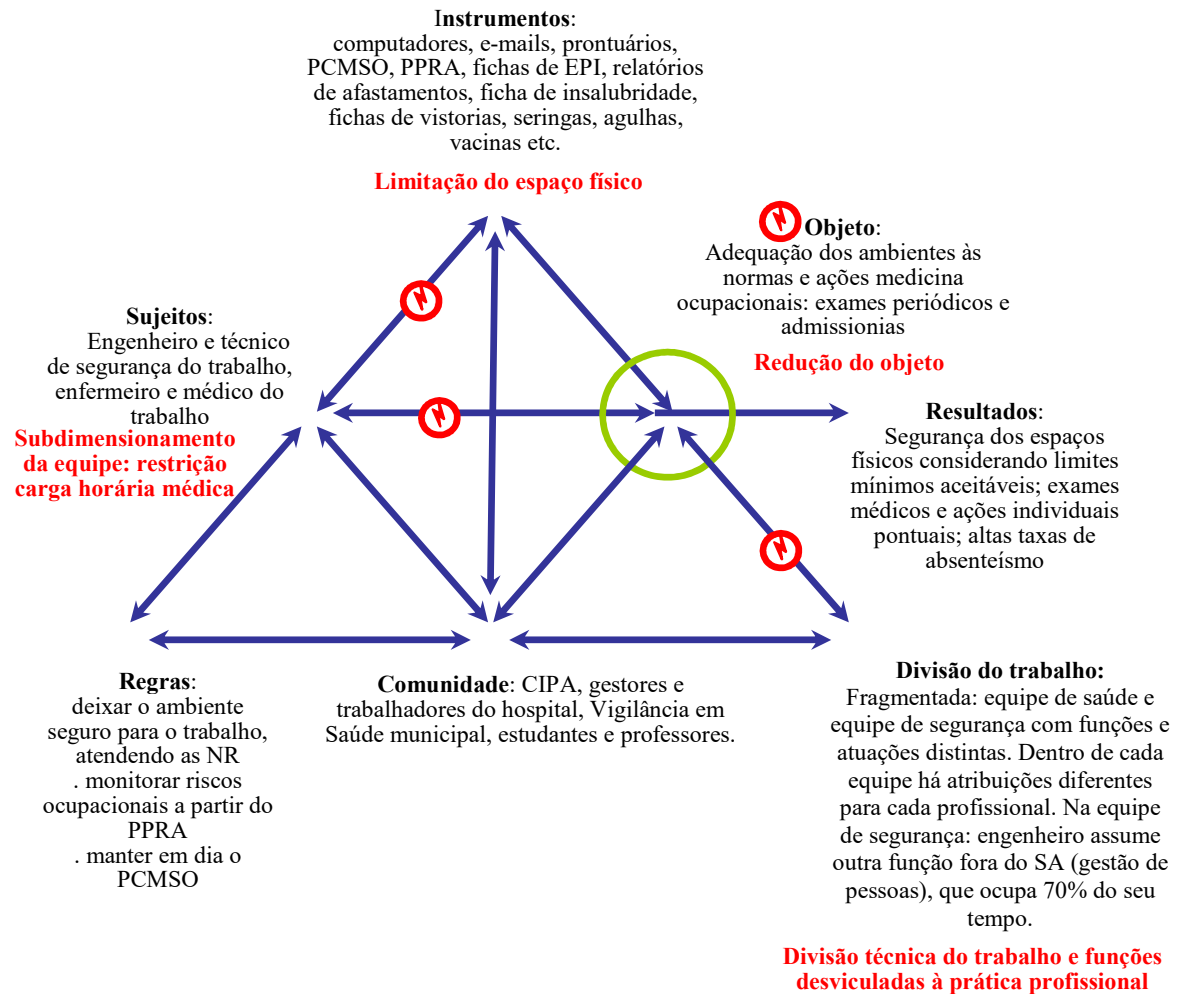
desempenhadas com déficit de recursos humanos, falta de recursos e ambientes adequados, fatores que comprometem a assistência em saúde e aumentam o risco de adoecimento e acidente de trabalho (RODRIGUES, ARAÚJO, 2016; FERREIRA et al., 2018).

Sob perspectiva dos aspectos gerenciais, o absenteísmo impacta no dimensionamento profissional, reflete em dias perdidos de trabalho e gera perdas financeiras para as instituições, que evidência a importância da investigação e da prevenção dessa problemática (PAIVA et al., 2021). Segundo um estudo sobre absenteísmo da equipe de enfermagem das unidades do HU-São Paulo, no período de sete meses, representou 10.452 dias perdidos de trabalho, desses 1.672 dias (16%) corresponderam aos enfermeiros e 8.777 dias (84%) aos técnicos/auxiliares de enfermagem (SANCINETTI et al., 2011).

Observa-se, a partir dos dados coletados, que o ano de 2019 representou um avanço ao SESMT, que passou a olhar para o objeto de trabalho de forma mais ampliada, porém apenas após a exacerbação de uma demanda (absenteísmo), buscando endereçar aspectos que comprometem a saúde dos trabalhadores e a qualidade dos cuidados prestados, mas ainda com limites em sua atuação. Assim, manteve sua finalidade de responder a uma obrigatoriedade legal, apontando os profissionais médicos e enfermeiros do trabalho como veículos operacionais para realização de exames admissionais e periódicos, limitado suas ações ao gerenciamento desses exames e aderindo uma postura não preventivista (INOUE, VIVELA, 2014). Mesmo atrelado ao cumprimento legal, observa-se que desde a sua concepção até o momento deste estudo, não houve o pleno cumprimento das NRs, manifestado pelas dificuldades de contratação de profissionais nesse âmbito e ao distanciamento dos interesses da gestão que não estão voltados para a atividade de prevenção. Outro ponto interessante é a falta de fiscalização do cumprimento das exigências legais, evidenciando um distanciamento entre o que é legalmente instituído e o que é realizado.

Ao término de 2019, o SA do SESMT apresentava os seguintes elementos (Figura 7).

Figura 7 - SA de prevenção de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores em ambiente hospitalar quatro anos após a criação do SESMT (2019) e possíveis contradições.



Fonte: adaptado de Engeström (1987).

5.2.4 A pandemia causada pelo SARS-CoV-2 e as novas necessidades de prevenção no contexto hospitalar (2020-2021).

A partir março de 2020, com o início da pandemia causada pelo SARS-CoV-2 e o surgimento de novas necessidades em saúde dos pacientes, o hospital passou por uma série de transformações, incluindo reorganização de fluxos de atendimentos; definição de alas específicas para internações (ala Covid-19 e não Covid-19); destinação dos leitos de enfermaria clínica para atendimento à Covid-19; ampliação de leitos hospitalares e criação de 10 leitos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), exclusivos para tratamento desta doença. Além disso, a pandemia causou a mudança das necessidades de saúde e segurança entre os trabalhadores, ampliando do objeto de prevenção de riscos e agravos à saúde, conforme sinalizado pelos participantes.

E uma coisa que eu percebi, até a equipe percebe que o tipo de doença também foi mudando com ele antes nossos CIDs eram mais osteomusculares, Cid M, depois começou a subir bastante e a parte de CID F [adoecimento mental] e a

parte de síndrome gripal, mas uma coisa que eu vejo que a gente precisa bastante é um suporte um treinamento, uma equipe para cuidar da parte saúde mental dos empregados, e agora estão todos cansados né, estão afastando e está complicado. (P2)

Para atender essa nova demanda de saúde, houve a contratação emergencial de, aproximadamente, 110 profissionais de saúde, dentre eles médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem. Houve realocação dos profissionais, privando os considerados grupos de risco de trabalhar no setor clínico e os profissionais administrativos passaram a trabalhar *home office*. As atividades de atendimentos ambulatoriais, cirurgias eletivas, exames periódicos dos trabalhadores e visitas familiares foram suspensas.

Além das novas demandas relacionadas aos pacientes (objeto de trabalho do hospital), novas necessidades também surgiram entre os trabalhadores de saúde, que precisaram de atenção da gestão do hospital. Neste sentido, a primeira ação foi ampliar a carga horária do médico do trabalho, que passou a atender no SESMT com carga horária de 24 horas semanais (situação mantida até o término deste estudo).

Aí ano passado, após o início da pandemia, como eu sou grupo de risco eu acabei ficando só na medicina do trabalho, desde então, eu tô dedicando a minha carga horária de 24 horas aqui no SESMT, porque aqui já gente está mais protegido né. Eu acabei ficando aqui esse período todo e eu fui transferida pelo setor de RH, agora como integrante do SESMT, como médica do trabalho e atualmente a minha dedicação é exclusiva aqui. (P6)

A ampliação do horário de atendimento do médico do trabalho teve como foco a recepção dos novos trabalhadores contratados emergencialmente, bem como a análise e acompanhamento do novo perfil de adoecimento instaurado, com aumento do adoecimento mental e das síndromes gripais entre os trabalhadores. Além desta mudança, outros avanços foram conquistados por este Serviço, que passou a desempenhar um papel importante no controle e prevenção da transmissão do vírus no ambiente hospitalar.

No começo da pandemia teve um impacto muito grande, porque começou pandemia e a gente começou contratar muita gente e não tinha esse incremento de equipe [...] a gente tinha a mesma equipe que era antes, que já estava pequena mesmo, subdimensionada. Não dava tempo de fazer integração com calma e mostrar pro pessoal como que funciona o hospital, ficar com segurança, saúde.... foi bem 'a toque de caixa mesmo', o pessoal foi entrando, não conseguiu arrumar muito a casa... [...] Então a gente tirou um pouco da cara do Serviço, ele deu uma mudada nessa época, então os funcionários vinham e a gente nem conhece o rosto das pessoas, vai contratando e vai colocando. (P2)

Eu tenho certeza que o Covid veio para trazer melhoria, porque a gente só conseguiu a sala por causa da pandemia, sabe? Enquanto isso, eu trabalhava no meio da administração, né? Então, se a gente precisasse ligar para um

colaborador e debater um atestado e fazer uma avaliação, eu tava no meio de outros trabalhadores, né? E o que quebra o princípio de ética, sigilo. Depois que a gente ganhou a sala, já houve outras situações que tentaram tirar sala da gente, mas isso foi banido, assim, foi descartado, porque a gente precisava. Finalmente a gestão entendeu que a gente precisava de um espaço para acolher esse trabalhador. Então eu acho que de impacto assim, eu só vejo coisas positivas, por incrível que pareça! (P1)

Mas teve toda aquela mudança estrutural do hospital, né? E com isso, também ajudou a gente ter a nossa sala, porque a gente tinha que falar no telefone, não tinha como a gente falar no corredor, por que falar com paciente é sigilo, então não poderia ser falado no corredor como a gente atendia no ambulatório. Lá não tinha uma linha [telefônica] na salinha. Isso tudo foi batalhado enfermeira, batalhou muito, conseguimos uma sala e a gente tem todos os prontuários, aqui agora tudo fechado a chave, só nós aqui manipulamos, e nisso a gente teve um tempo hábil para organizar o nosso trabalho. (P4)

No início de março de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) caracterizou como estado de pandemia mundial a doença causada pelo SARS-CoV-2, o que levou os serviços de saúde a adotarem novas atribuições, ações e práticas em saúde e segurança dos trabalhadores, em virtude dos riscos de contaminação nos ambientes laborais. Houve a necessidade de elaboração e revisão de protocolos de prevenção, com intensificação de medidas de proteção, uso de EPIs e desinfecção a fim de mitigar a propagação do vírus (ILO, 2021).

Em termos de saúde pública, os impactos nos serviços de saúde foram graves e levaram a mudanças abruptas nas rotinas do serviço, devido ao aumento de internações hospitalares por complicações respiratórias, a escassez de recursos, leitos de internação, equipamentos de cuidados, como respiradores mecânicos e EPIs, que impactam a saúde das equipes assistenciais (GALLASCH et al., 2020).

Nesse contexto, as instituições hospitalares necessitaram reorganizar a estrutura e a operacionalização dos serviços de saúde a fim de evitar a propagação do vírus, bem como manter a biossegurança dos trabalhadores e pacientes. Houve a segregação dos espaços físicos, a contratação de profissionais, a realocação dos profissionais classificados como grupo de risco, readequação de fluxos de atendimentos, triagem e monitoramento de saúde dos profissionais (MARZIALE et al., 2022).

O que a gente fez foi separar todos os fluxos, então o hospital basicamente dobrou a infraestrutura dele, passou a ter uma porta Covid e não Covid, uma sala de urgência Covid e uma não Covid, passou a ter enfermaria Covid e uma não Covid. Então a gente teve que praticamente duplicar os processos e a estrutura; com a diminuição da incidência da doença, a gente começou já desestruturar e diminuir essa estrutura Covid, mas durante muitos meses a gente trabalhou com ela duplicada, e a equipe Covid e não Covid. Foram contratadas pessoas emergencialmente temporárias para atuar especificamente nas áreas de Covid, que foi uma linha bem importante no hospital. (P13)

Então a gente tem se preocupado muito em relação às condições do trabalho, em relação à segurança de circulação, tentar conter os espaços que são reservados ao atendimento dos pacientes acometidos com Covid, então a gente procurou fazer uma segregação das áreas e espaços, delimitar e informar: ‘olha, essa área você não pode entrar se você não estiver devidamente protegido’. Então tudo isso foi descrito no plano de contingenciamento, que foi escrito por todas as equipes, gestores de assistência direta, atenção à saúde, de administração, todas as etapas foram descritas e foram implantadas e junto com essa implantação foi realizado já capacitação maciça em todos os níveis, principalmente nos dois primeiros meses de pandemia, onde era nítido que as pessoas não tinham informação de como tratar essa doença. Então, em conjunto com a SCIH, o SESMT assumiu a responsabilidade de fazer já capacitação pra orientar a equipe e implementar as questões de segurança, quais os itens que deveriam ser utilizados, em que momento deveriam ser utilizados, como é que seria tratado isso em outros ambientes. Então a gente fez isso não só na área assistencial, mas também na área administrativa como um todo. (P12)

Outra mudança importante no período inicial de pandemia refere-se à conquista de um espaço físico próprio para a equipe de saúde (enfermeiro e médico do trabalho) do SESMT, cedido pela gestão hospitalar para facilitar o atendimento presencial e acompanhamento remoto dos trabalhadores. Este espaço é dividido em quatro estações de trabalho, separados por três armários que armazenam os prontuários dos trabalhadores. Dois aspectos importantes são observados neste movimento: apesar do reconhecimento institucional desta necessidade já sinalizada pela equipe do SESMT, o espaço improvisado ainda apresentava limitações quanto à privacidade do trabalhador e sigilo das informações trocadas e conseguia receber apenas a equipe de saúde – a equipe de segurança permaneceu alocada em outros espaços.

Nossa sala que é uma sala pequena, a gente se comporta quatro estações. Então, não tem porta, não tem separação na parte de estrutura física, mas é uma coisa que não depende de nós, depende da estrutura e da organização poder fornecer. A gente não tem pia no nosso consultório, mas já foi solicitado, só que depende da estrutura, porque quando foi criada nem tinha esse serviço [SESMT]. (P5)

É... tá meio segregado mesmo, então até pela questão de espaço físico, que eles [profissionais de saúde do SESMT] ficam num lugar e agente [profissionais de segurança no trabalho] outro, então a gente segrega os assuntos. A gente tem integração, mas as falas não são muito integradas mesmo, a gente costuma tratar diferente, em dois momentos. Na sala do SESMT a gente não fica ali, não é um posto de trabalho nosso. O [técnico de segurança do trabalho] fica na sala de administração, eu fico na gestão de pessoas e a equipe de saúde ocupacional fica naquela sala, então isso desfavorece um pouco essas ações mais integradas. (P2)

...também relacionado a falta de um ambiente físico separado de atendimento por um enfermeiro com médico, porque às vezes apareceu uma consulta com algum trabalhador que precisava de mais privacidade e a gente tinha que deixar o ambiente para poder deixar ele mais à vontade para fazer o

atendimento e a gente não conseguia concluir as atividades que a gente tava fazendo e eu acho que isso foi uma das dificuldades que eu tive, na verdade. (P9)

Durante a observação de campo, foi possível visualizar que cada estação de trabalho possuía uma mesa e três cadeiras (sendo duas para atendimentos), um computador e um telefone. A sala ainda dispunha de uma maca para atendimento médico e um biombo, porém, não tinha pia para higienização das mãos, sendo o local mais próximo o banheiro no corredor ao lado da sala, que é destinado a todos os trabalhadores do hospital. Do lado de fora, possuía três cadeiras para que os trabalhadores aguardassem o atendimento. Também foi observado que durante as consultas médicas era colocado o biombo para privacidade, porém, os demais profissionais permaneciam trabalhando dentro da sala, o que comprometia a consulta, ao inibir o trabalhador de compartilhar suas queixas, problemas pessoais e de trabalho, restringindo informações que são importantes para compreensão da história clínica. Em alguns casos, os demais trabalhadores retiravam-se da sala para conferir maior privacidade ao trabalhador, atitude que, por outro lado, comprometia e atrasava o processo de trabalho.

Infere-se que o local destinado o SESMT possui duas interfaces, se por um lado possibilitou os avanços no monitoramento de saúde dos trabalhadores e integrou a equipe de saúde ocupacional, mesmo limitado para atendimento aos trabalhadores, por outro lado, permanece a dificuldade de integração com a equipe de segurança, pois o local não suporta a equipe completa, o que desintegra as ações.

O processo de contratação emergencial contemplou, em novembro de 2020, um enfermeiro do trabalho (regime de trabalho de 40 horas) e, em junho de 2021, uma médica do trabalho (regime de trabalho de 20 horas), um avanço importante para a composição da equipe.

Hoje a gente tá com duas médicas e dois enfermeiros. A gente só tinha [médico do trabalho] meio período, duas vezes na semana. Então, a gente tinha os periódicos todos em atraso, né? Com a possibilidade de dois médicos e dois enfermeiros, hoje a gente tá com o serviço em dia em relação aos exames periódicos, a gente consegue atuar um pouco mais na parte de planejamento e de prevenção. (P1)

Os processos de trabalho da equipe de saúde do SESMT passaram a ter como foco o monitoramento dos casos suspeitos, confirmados e os afastamentos por síndrome gripal e Covid-19. Os atendimentos e monitoramento dos trabalhadores eram realizados preferencialmente por teleconsulta, via telefone ou videoconferência. Os enfermeiros eram responsáveis por receber os atestados e fazer o agendamento das teleconsultas; relatórios semanais de absenteísmo; receber e solicitar exames via sistema; agendar as consultas de admissão, mudança de função e retorno ao trabalho; e participar de reuniões administrativas. A

divisão de funções entre os enfermeiros do trabalho foi visualizada na observação de campo: a enfermeira concursada destinava suas ações aos aspectos gerenciais do trabalho e o enfermeiro contratado realizava ações operacionais de rotina do serviço.

A gente prepara os exames - a gente fala de exame periódico, mas tem todo um processo para chegar, separar prontuário ver quem precisa coletar sangue ou não, quem tá afastado, gestante, quem está afastado pelo INSS [Instituto Nacional do Seguro Social]... a gente acompanha o pessoal também [...] a demanda de atestados médicos - todos os atestados são monitorados. Essa parte do admissional e periódico ficou mais reservado para mim, acompanhar atestado de Covid... então eu fiquei mais responsável por essa parte e dividir um pouco as tarefas do SESMT. A [enfermeira do trabalho] estava muito sobrecarregada e agora ela fica responsável por essa parte de protocolos e reuniões e eu fico mais na parte funcional do SESMT, agendar periódico, quem tem que coletar exame de sangue, quem precisa fazer raio-x... porque cada trabalhador trabalha no ambiente diferente, então, eles precisam fazer exames diferentes, conforme o PCMSO, que conforme o risco que foi levantado no setor. (P6)

Os médicos eram responsáveis pelos atendimentos e avaliações de saúde online, casos suspeitos e confirmados de Covid-19, monitoramento de saúde, revisão do número de dias de afastamento, realização de exames ocupacionais de mudança de função, preenchimento de laudos e relatórios ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e monitoramento das causas de absenteísmo e acidentes de trabalho.

No dia habitual, meu contrato em si é para dar uma assistência na parte do Covid de atendimento: a gente faz teleatendimento e não presencial; a gente faz um monitoramento dos casos suspeitos ou positivos. No dia a dia, a gente entra em contato por telefone para perguntar sobre as queixas em relação a atestado, enfim, faz toda investigação. A gente verifica se positivo [o teste para SARS-CoV-2], orienta parte dos cuidados gerais se tiver alguma piora, vê a parte da quantidade de dias de atestado, porque às vezes impacta na escala de trabalho, dependendo qual cargo é. A gente faz a parte de avaliação de atestado de acordo com o número de dias, com diagnóstico médico que está colocada no atestado. Então, faz a parte também via monitoramento ou faz agendamento presencial também, né? Faz os encaminhamentos, caso necessário para o INSS, os laudos encaminhando; faz a parte de atendimento se tiver algum acidente de trabalho, quando tem qualquer tipo de acidente, a gente é acionado para fazer uma avaliação do colaborador que se acidentou, junto com a equipe de segurança, e faz todo acompanhamento posterior caso necessário. Fora isso, tem as discussões de parte de gestão, de tudo relacionado a nossa parte de gestão, para ver as causas do absenteísmo, do presenteísmo, quais patologias estão impactando, quais estão afastando mais, porque cada atestado a gente acaba avaliando no contexto do trabalho inteiro. Nós [profissionais de contrato] emergencial, a gente vem com o intuito, mas a gente é agregado e tudo num intuito só; a gente acaba participando nisso e até gerando outras coisas e outros trabalhos, além da nossa função designada pelo processo, que é tudo parte de saúde ocupacional eu não faço só parte de covid, eu atendo tudo. (P5)

Mesmo com ações distintas entre saúde e segurança, observou-se que os profissionais alcançaram boa comunicação e articulação, principalmente com discussões e investigação dos AT. As duas equipes iam ao setor para averiguar a ocorrência e, posteriormente, discutiam as possíveis causas e realizavam o planejamento de ações. Durante a observação, foi possível acompanhar conversas sobre o planejamento do PGR, do clima organizacional de determinados setores e possíveis impactos na saúde mental dos trabalhadores, sobre dados dos relatórios mensais que eram apresentados em reuniões para gestão, assim como planejamento da SIPAT.

Apesar de alguns avanços alcançados pelo SESMT, uma das dificuldades enfrentadas foi a comunicação com trabalhadores e demais setores do hospital. Conforme as falas dos participantes, por vezes, tais falhas levavam a atrasos no recebimento de exames e atestados médicos pelo SESMT, comprometendo o processo de avaliação e o monitoramento de saúde e, conseqüentemente, interferindo no número de dias de afastamento e impactando as escalas de trabalho nos setores assistenciais.

Da parte de atestado, às vezes vem atrasados e, dependendo dos casos em relação ao Covid, isso pode impactar, porque a gente precisa saber quando começou os sintomas, quando foi testado, [pois] isso impacta lá dentro, na parte de escala. Às vezes, a gente nem tá sabendo que a pessoa está suspeita e demora para chegar aqui, e isso pode impactar. Às vezes, pode acabar sendo positivo e contaminar uma equipe, então é isso, mas isso não é a maioria dos casos. [...] Às vezes, eles [trabalhadores] não atendem a gente [SESMT], porque a gente liga com o telefone do hospital aí vê lá e acha que é chefe falando ‘Ah você não vai vir trabalhar?’. Então assim, por causa da LGPD [Lei Geral de Proteção de Dados], a gente tem que ter todo um cuidado em relação à informação, principalmente relacionado à saúde. Então, a gente tenta dar uma preferência, sempre estarei entrando em contato com o telefone do hospital ou através de e-mail, porque entra em contato diretamente para pessoa, e tem todo esse cuidado, e às vezes eles não atendem mesmo e aí eu mando mensagem, ‘Olha estou tentando te ligar, você pode retornar a ligação?’. Aí eles retornam. (P5)

Além dos documentos e orientações produzidos ao público geral, a análise documental permitiu identificar o “Plano de cuidados integrais para a saúde física e mental dos colaboradores durante o enfrentamento da COVID-19”, com ações de primeiros socorros psicológicos e produção de materiais informativos realizadas pela equipe do SESMT em conjunto com equipes multiprofissionais. Outras ações pontuais foram desenvolvidas neste contexto, conforme explicitado na fala do participante.

Uma ação que foi feita em parceria com o SESMT, mas quem levantou a questão e coordenou não foi exatamente SESMT [...] foi uma ação ligada aos trabalhadores da linha de frente em Saúde Mental que eu achei que foi sensacional, mas que teve uma só. Eles [refere-se a alguns profissionais do hospital, como psicólogo e assistente social] montaram uma roda de conversa online. A gente [trabalhadores] tava no setor e eles estavam remotamente e já falar sobre as nossas experiências e as nossas emoções em trabalhar na linha

de frente e eu achei que foi muito legal no sentido da gente poder sentar e refletir sobre aquilo e no final eles traziam estratégias que eram legais para a gente lidar com essas emoções e para a gente continuar se sentindo bem assim, apesar de ser breve. (P7)

Essa fala representa a preocupação da instituição em olhar para a saúde mental dos trabalhadores que atuavam na linha de frente, mesmo com ações pontuais. O contexto pandêmico aumentou a necessidade de apoio à saúde mental dos trabalhadores, intensificado pelo desconhecimento da doença que gera angústias e medo pela exposição e risco de adoecimento, associados às condições de trabalho e novas medidas de proteção. O estresse e fadiga também foram apontados como fatores de risco para o adoecimento mental, decorrentes do aumento das cargas de trabalho, horários de trabalhos mais extensos, redução do tempo de descanso e tomada de decisões difíceis, tais como definir a alocação de recursos limitados quando confrontados com casos muitos graves em cuidados intensivos (TEIXEIRA et al., 2020; ILO, 2021).

Ações de educação continuada também foram desenvolvidas pelo SESMT em parceria com outros setores hospitalares. Toda equipe escalada para atuação no enfrentamento à Covid-19 recebeu capacitação quanto ao uso de EPI e realizou exame ocupacional de mudança de função, que verificou se o profissional estava apto a fazer parte da equipe Covid-19, ou seja, não pertencia ao grupo de maior vulnerabilidade. O registro de aptidão e assinatura do termo de recebimento de capacitação foram anexados ao prontuário ocupacional do trabalhador, conforme observados no campo de estudo. As capacitações eram realizadas nos setores, por meio de simulações, principalmente pelo técnico de segurança do trabalho em conjunto com a enfermeira do SCIH. Vale ressaltar que toda parte de licitação para compra, testagem de equipamentos, planejamento, distribuição de materiais e EPI eram de responsabilidade do técnico de segurança do trabalho, tratadas da seguinte forma:

Então nós tivemos uma ação constante aqui dentro, principalmente por conta dos EPIs, né? Porque no começo a gente teve muita falta, mas nós ganhamos muitas coisas, doações, então gente tinha que testar os equipamentos e ver se todos eram eficazes, diante do micro-organismos[...] inclusive aconteceu esses testes da PFF2 da cor azul, nós fizemos uma testagem com 200 funcionários para Covid, feita com eles e a nossa máscara azul e apenas uma funcionária deu positivo, mas ela trabalhava na [refere-se a outra instituição de saúde] também. (P3)

Em geral, as instituições de saúde sofreram grandes desafios, desde a compra de insumos, EPI, capacitação dos trabalhadores, a fim de evitar efeitos adversos aos trabalhadores e manter a segurança dos pacientes (TEIXEIRA, et al., 2020).

Em janeiro de 2021, devido aos dados de monitoramento e estabilidade dos casos de Covid-19, foi permitido que o SESMT retornasse a realizar os exames periódicos ocupacionais, uma vez que todos estavam em atraso. Para tanto, foi realizado um planejamento e convocação dos trabalhadores conforme a data de admissão.

A gente conseguiu organizar e realizar os exames periódicos. A gente conseguiu convocar trimestralmente, por exemplo, o próximo vai ser em outubro, novembro e dezembro. A gente já agenda lá uma semana para o pessoal coletar os exames que precisa e conforme ele vai saindo os resultados, eu já vou programando para passar com médico do trabalho. (P3)

Fora isso, agora que voltaram a ser feitos os exames médicos ocupacionais e os periódicos, então a gente faz os atendimentos periódicos sob agendamento, faz a parte do atendimento presencial do colaborador - dentro disso tem admissão, tem o retorno ao trabalho, tem troca de função e outros exames médicos ocupacionais. (P5)

Outro evento importante que marcou o primeiro trimestre de 2021 foi a vacinação contra a Covid-19 de todos os trabalhadores do hospital, inclusive funcionários terceirizados, estudantes e docentes da universidade, considerando as duas doses. A universidade teve papel importante na campanha vacinal, auxiliando na organização e operacionalização do evento, além do controle e acompanhamento de trabalhadores com reações adversas da vacina. Em maio de 2021 houve nova campanha vacinal, desta vez para H1N1 e, a partir de outubro de 2021, iniciou-se a dose adicional para da vacina contra a Covid-19, respeitando-se os intervalos e orientações vigentes.

Até Campanha de Vacina, né? Ajudando o pessoal, fazendo as notificações, assumindo algumas posições para poder agilizar o processo operacional de vacina [...] como eu conheço muito pessoal, eu sempre pego e sou responsável. (P3)

A gente trabalha junto com a vigilância [setor de vigilância em saúde do hospital], tá? Então a gente trabalha na parte de notificação de acidente de trabalho, de notificação de doença ocupacional, essas coisas tá com a Vigilância e a Campanha de Vacina também, eles têm nos auxiliado muito. (P1)

A gente [gerência que faz interface entre o hospital e a universidade] tem um papel também na relação de apoio a SESMT, como por exemplo nas vacinas, nós tivemos uma ação importante na organização de todos os alunos que atuavam na saúde [refere-se aos cursos da área da saúde] da universidade junto a SESMT. Então é algo de prevenção importante [...] junto a SESMT; temos apoiado eles em demandas que exijam um suporte institucional, por exemplo na universidade, na busca de parceiros que poderiam contribuir para o atendimento de, por exemplo, de saúde mental do SESMT, tanto em características de atendimento direto de colaboradores que estão com queixas, mas também de criar ações de prevenção vinculadas a demandas de saúde mental, como termos um ambiente mais tranquilo de trabalho. A gente propôs junto às demais gerências e o SESMT cursos de capacitação em que a gente

comandou isso, eu que puxei o GT [grupo de trabalho] de saúde mental e a escolha do grupo foi de comunicação não violenta; então a gente bolou estratégias de capacitação dos colaboradores vinculados a esses temas, para reduzir conflitos, ter mais qualidade de vida no trabalho. A gente tem buscado potenciais pesquisas que auxiliariam em melhorias de processos e diminuição de riscos biológicos aos nossos pacientes - por exemplo, veio uma empresa específica que trabalha para detecção de bactérias multirresistentes. A gente já coloca junto com assistência, porque entende que isso é uma pergunta de pesquisa relevante para redução de riscos tanto para equipe quanto da contaminação cruzada em ambientes do hospital. (P11)

O SESMT possui uma parceria importante com a universidade, que possibilita a realização de pesquisas, atividades de extensão (como programas de residência médica e multiprofissional) e de ensino. Esse vínculo, estabelecido por meio de uma gerência específica, demonstrou-se essencial para traçar estratégias de promoção de saúde e prevenção de doenças no contexto pandêmico. Contudo, tanto a parceria com a universidade, quanto demais ações desenvolvidas no hospital, mesmo demonstrando a potência do trabalho inter-equipes, evidenciam um limite de continuidade, caracterizado por ações restritas e pontuais. Há necessidade investigar os motivos e dificuldades de manter as ações, analisando os SA que compartilham deste mesmo objeto a fim de compreender as limitações e reorganizar as atividades no sentido de promover a aprendizagem e fortalecer ações integrais (VIRKKUNEN, NEWNHAM, 2015).

Em agosto de 2021 aconteceram mudanças importantes no organograma institucional do hospital, com a alteração da linha hierárquica do SESMT, que passou a contar com uma chefia própria, assumida pelo técnico de segurança do trabalho. Isso impactou em mudanças no processo de trabalho da equipe, possibilitando um trabalho mais articulado entre a equipe de segurança e a equipe de saúde.

O que tá sendo bom, por exemplo: o chefe [do SESMT] é o técnico de segurança do trabalho. Ele vem todos os dias aqui, ele está bem participativo com a gente. Eu percebi que houve uma aproximação muito grande do nosso trabalho no global mesmo, porque o engenheiro continua aparecendo, sempre teve participante, mas como técnico era mais a parte de segurança, agora ele tá ficando à par da parte médica também, assistencial... houve uma aproximação muito grande e acho que é uma ajuda maior para gente. (P4)

De um mês pra cá eu assumi o cargo de chefe de unidade do setor de segurança do trabalho, a parte burocrática aumentou mais. Tem muita coisa tem a parte de escritório, processos que a gente tem andamento, de compra de equipamentos de proteção, recarga de extintores, de treinamentos, a gente fica muito tempo na mesa, desenvolvendo as atividades. A gente acaba coordenando algumas palestras, referentes a segurança do trabalho. Então nós estamos na fase de fechar a programação e a divulgação que somos nós que já estamos fazendo também. Minhas responsabilidades também estão em cima das construtoras que em paralelo aos funcionários do hospital [refere-se aos

funcionários terceirizados], mas diariamente eu faço uma ou duas inspeções para ver se tá tudo em ordem, o processo de obra terceirizadas em geral na verdade, isso inclui até o pessoal da limpeza, da manutenção, nós do hospital somos responsáveis por todas as equipes, que entram aqui para trabalhar no hospital. Então é o dia todo alguém requisitando alguma informação, alguma ação que a gente precisa fazer para alguém, é bem dinâmico o dia a dia. (P3)

Eu tenho que ficar fazendo a parte de engenharia de segurança, que são algumas inspeções, tem que continuar fazendo, parte de inspeções em caldeira, parte elétrica, gerador em central de painel, parte de eu tenho que ir porque, eu que tô como responsável técnico, e parte de laudo de perícia, laudo técnico de insalubridade acompanhamento de perícia. Antes da nomeação eu tava coordenando a parte de gestão de pessoas e a parte de saúde segurança. Isso mudou agora no mês passado, só que mesmo assim eu tenho que ficar fazendo a parte de engenharia de segurança, que são algumas inspeções que eu tenho que continuar fazendo. Antes da entrada do [técnico de segurança], eu ficava 70% do tempo na parte de gestão de pessoas e os 30% da parte de saúde e segurança. Agora eu tenho uns 10% só 20% no máximo na parte de saúde segurança e 80% na parte de gestão de pessoas. Então, eu nunca consegui dedicar um tempo muito grande na parte de saúde e segurança, por norma agora que precisa ter um engenheiro de segurança, principalmente hospital, porque as coisas são muito dinâmicas, é um problema [...] que é bem grave (P2)

A criação de uma chefia própria para o SESMT aproximou a equipe saúde e segurança, o que também foi observado no campo de estudo, no qual o técnico de segurança realizava visitas diárias para a discussão de demandas, formalização de documentos e ajustes em rotinas e escalas de trabalho. Apesar deste avanço, a mudança no cargo do engenheiro do trabalho representa um conflito institucional, ao direcionar um profissional do serviço de SST para a gestão de pessoas, limitando sua atuação profissional em prol à segurança no trabalho. O aumento das atribuições e diminuição da autonomia acarretam sobrecarga de trabalho e insatisfação profissional e, conseqüentemente, podem levar ao adoecimento mental, representados por sentimento de frustração e inutilidade (INOUE, VILELA, 2014).

Ao final de 2021, o processo de término dos contratos emergenciais já demonstrava grande preocupação para equipe, que regularizou as demandas de trabalho, porém adiante previam que o subdimensionamento da equipe implicaria em novas dificuldades e impacto para o serviço, referidos da seguinte forma:

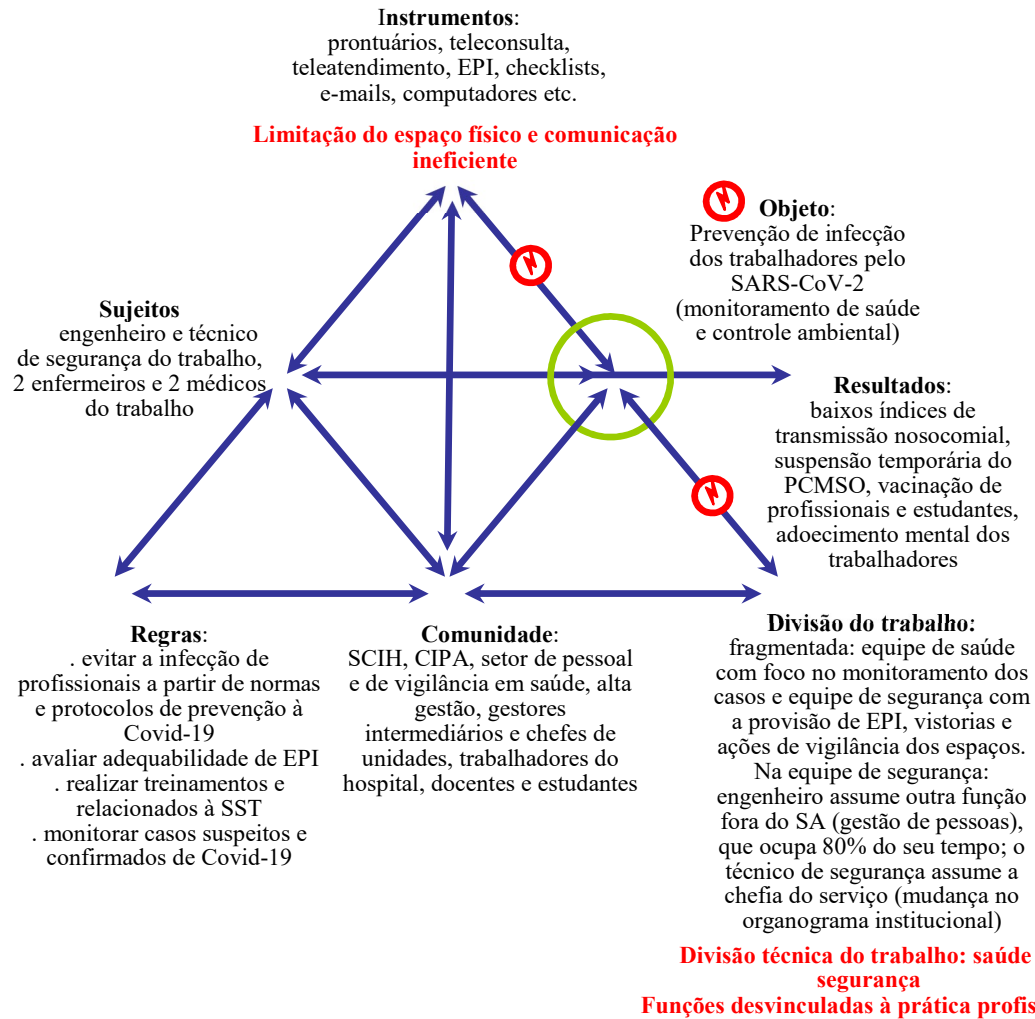
Sim, [diz respeito ao impacto da saída dos profissionais do contrato emergencial do SESMT] o hospital está crescendo cada vez mais, está crescendo também ambulatorios, cirurgias e pediatria, e pelos relatos o acréscimo de trabalhador aqui ajudou muito, porque, temos muitas coisas a serem feitas, o hospital funciona 24 horas, o fluxo de atendimento é grande, não é pequeno, a gente tem que ficar em cima dos periódicos. Vai sim (gerar impacto) irá sobrar a nossa parte para eles, e tem muita documentação. (P5)

A pandemia de Covid-19 provocou mudanças estruturais, organizacionais e de recursos humanos no hospital, com a organização de novos espaços para atendimentos, criação de leitos exclusivos para casos respiratórios, realocação e admissão de novos profissionais, criação de protocolos e normas, além de ações de educação e capacitação dos profissionais. As mudanças também alcançaram o SESMT, que passou a ter um espaço físico próprio e a integração temporária de mais um enfermeiro e um médico do trabalho, possibilitando a organização e regularidade das demandas do serviço. A participação do SESMT no planejamento de ações para enfrentamento da pandemia ocorreu desde início, envolvendo o planejamento da organização dos fluxos de atendimentos; gestão de EPIs, capacitação e uso dos mesmos; monitoramento de saúde dos trabalhadores suspeitos e confirmados (recebimento de atestados, avaliações de saúde online, dados de absenteísmo); planejamento, execução e monitoramento da vacinação Covid-19 e H1N1 dos trabalhadores e estudantes; participação conjunta na atividade de intervenção psicológica e nas reuniões mensais de indicadores estratégicos com a gestão hospitalar.

Ficou evidente o impacto que a pandemia provocou no hospital, que culminou na ampliação e compartilhamento do objeto de prevenção do SESMT com a gestão, que passaram a atuar de forma mais integrada e com compartilhamento de responsabilidades.

A Figura 8 apresenta o SA de prevenção de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores no contexto da pandemia de Covid-19, considerando sua conformação no final de 2021.

Figura 8 - SA de prevenção de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores em ambiente hospitalar no contexto da pandemia de Covid-19 e possíveis contradições (2021).



Fonte: adaptado de Engeström (1987).

O SA sofreu várias alterações em seus elementos: integraram-se novos sujeitos decorrentes do contrato do processo emergencial; foram produzidos novos protocolos pela instituição (regras); espaço físico privativo (instrumentos); a divisão do trabalho entre equipe saúde e segurança ficou mais evidente, além da ampliação do objeto para prevenção e proteção contra a disseminação e adoecimento pelo coronavírus, que também passou a ser objeto compartilhado de outros SA da instituição.

5.2.4.1 Perfil epidemiológico dos trabalhadores no contexto da pandemia de Covid-19 (2020-2021).

A análise dos dados documentais permitiu traçar o perfil epidemiológico dos trabalhadores do hospital no contexto da pandemia de Covid-19. Como sinalizando

anteriormente, o absenteísmo e acompanhamento do perfil de morbidade dos trabalhadores começou a ser feito em meados de 2019, sendo estes dados parciais que já foram apresentados anteriormente. Assim, serão apresentados os dados referentes a janeiro/2020 a julho/2022, referente aos trabalhadores do hospital (efetivos e temporários), sem considerar os terceirizados e considerando as categorias profissionais com maior número de trabalhadores, conforme apresentado na Tabela 4.

Tabela 4 – Quantitativo de trabalhadores e categorias profissionais mais representativas, considerando dez/2020, dez/2021 e jul/2022.

	Dez/2020 N (%)	Dez/2021 N (%)	Jul/2022 N (%)
Enfermeiros	80 (18,7)	75 (18,0)	61 (15,6)
Técnicos de Enfermagem	157 (36,8)	141 (33,8)	138 (35,4)
Médicos	76 (17,8)	80 (19,2)	73 (18,7)
Subtotal	313 (73,3)	296 (71,0)	272 (69,7)
Outros	114 (26,7)	121 (29,0)	118 (30,3)
Total de trabalhadores do hospital	427 (100)	417 (100)	390 (100)

Fonte: a autora, com base nos dados documentais.

Pode-se observar uma discreta diminuição do número de trabalhadores do hospital no período, que podem representar o encerramento dos contratos temporários a partir da diminuição dos casos mais graves de Covid-19. A Tabela 5 apresenta os dias perdidos de trabalho, considerando os profissionais de enfermagem e medicina.

Tabela 5 – Dias perdidos de trabalho de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem entre nos anos de 2020 e 2021 e no período de jan-jul/2022.

	2020 N (média*)	2021 N (média*)	2022 N (média**)
Enfermeiros	1385 (18,7)	1558 (20,8)	705 (11,6)
Técnicos de Enfermagem	2571 (16,4)	3686 (26,1)	2296 (37,6)
Médicos	1470 (19,3)	1065 (13,3)	898 (12,3)

Subtotal	5426 (17,3)	6309 (21,3)	3899 (14,3)
----------	-------------	-------------	-------------

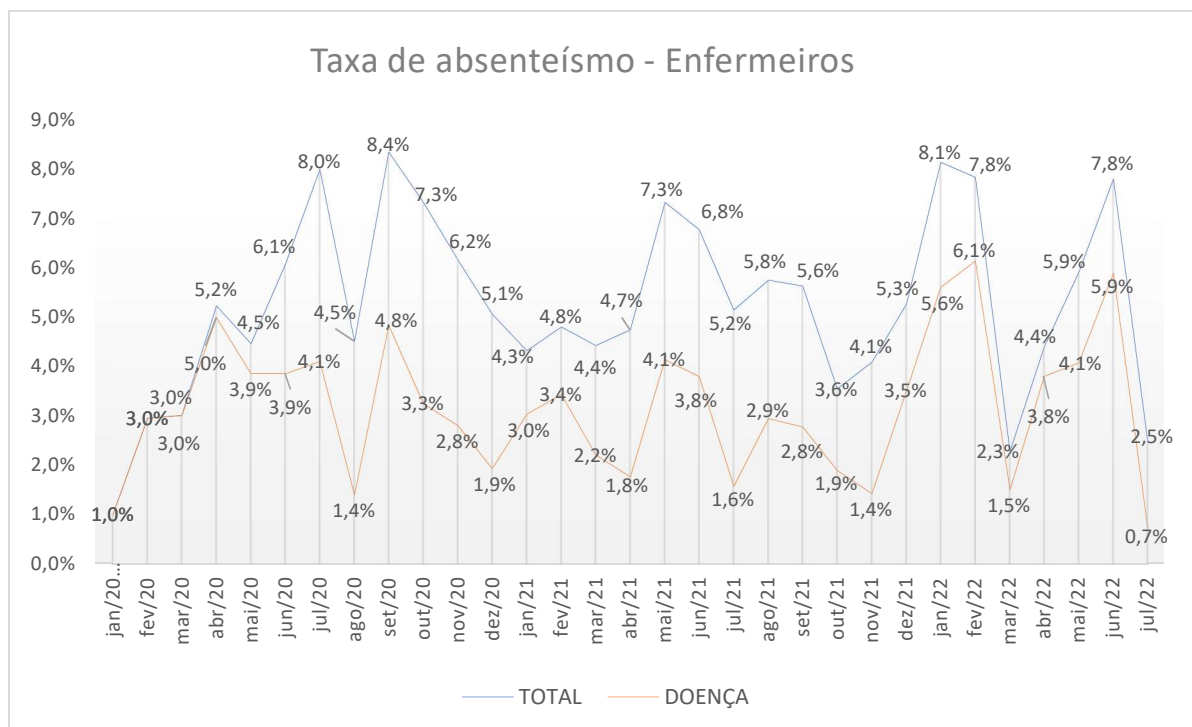
*média de dias perdidos por trabalhador por ano

**média de dias perdidos por trabalhador no período de sete meses

Fonte: a autora, com base nos dados documentais.

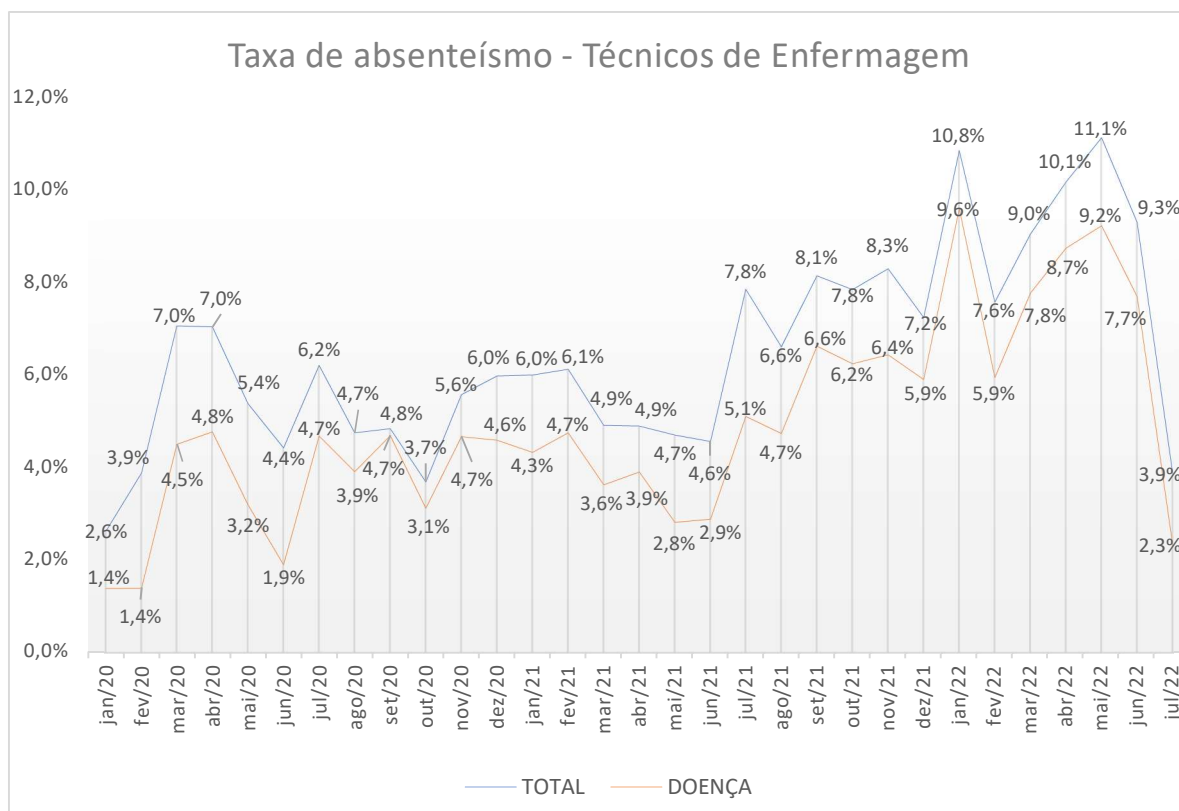
Os Gráficos 2 e 3 apresentam, respectivamente, as taxas de absenteísmo e absenteísmo-doença dos enfermeiros e técnicos de enfermagem no período de jan/2020 a mar/2022.

Gráfico 2 – Taxa de absenteísmo de enfermeiros no período de jan/2020 a jul/2022.



Fonte: a autora, com base nos dados documentais.

Gráfico 3 – Taxa de absenteísmo de técnicos de enfermagem no período de jan/2020 a jul/2022.



Fonte: a autora, com base nos dados documentais.

Para cálculo das taxas de absenteísmo total foram considerados as ausências previstas em lei, como licença maternidade, consulta pré-natal, acompanhamento de familiar, doação de sangue, capacitação, realização de exames preventivos, repouso remunerado e outros tipos de licenças legais; bem como as ausências não previstas (absenteísmo-doença), decorrentes de acidente de trabalho, doenças relacionadas ao trabalho e doenças em geral.

Pode-se observar, no Gráfico 2, que os picos de absenteísmo de enfermeiros no ano de 2020 permaneceram altos nos meses de julho (8,0%) e setembro (8,4%), no ano de 2021, com valor expressivo em maio (7,3%), e em 2022 valores maiores em janeiro (8,1%) e fevereiro (7,8%) respectivamente. Já o absenteísmo-doença, os valores maiores corresponderam ao mês de abril (5,0%) de 2020, em 2021, no mês de maio (4,1%) e em 2022, valores expressivos em fevereiro (6,1%) e junho (5,9%).

Em relação ao absenteísmo dos técnicos de enfermagem, os valores foram maiores nos meses de março e abril de 2020 (7,0%), no ano de 2021, teve valor expressivo em novembro (8,3%) e 2022 altas taxas nos meses de janeiro (10,8), abril (10,1%) e maio (11,1%). Quando comparado ao absenteísmo-doença os valores permaneceram maiores em 2020 no mês de abril (4,8%), em 2021 nos meses de agosto (6,6%) e setembro (6,6%) e 2022, valores importantes em janeiro (9,6%), abril (8,7%) e maio (9,2%) respectivamente.

Comparando os dois gráficos, as duas categorias apresentaram aumento do absenteísmo nos seis primeiros meses da pandemia da Covid-19, em 2020, o que pode ser explicado pela instauração da crise, escassez de EPI e despreparo para lidar com o vírus. Posteriormente, houve novo aumento no primeiro trimestre de 2022, o que pode estar associado ao fato do afrouxamento das medidas de isolamento que ocorreram no final de 2021.

De acordo com estudo realizado sobre absenteísmo em um hospital universitário do sul do Brasil, no período de março a dezembro de 2020, cerca de 430 trabalhadores apresentaram sintomas de infecção por SARS-CoV-2, dos quais 43% apresentaram diagnóstico positivo para doença. O período desses afastamentos foi responsável por 3.998 dias de absenteísmo-doença, representando 31,7% do total de afastamentos. O custo do absenteísmo doença foi de R\$ 719.964,80 e a equipe de enfermagem foi o grupo que apresentou a maior prevalência de casos positivos para a infecção por SARS-CoV-2 (61,1%), seguida pela equipe médica (14,1%) e de fisioterapia (6%) (PAIVA et al., 2021).

Dados semelhantes foram encontrados em um estudo no Irã, que pontou 1.958 licenças médicas entre profissionais de saúde de hospitais filiados a universidade de Mashhad, entre os meses de fevereiro a setembro de 2020, sendo as categorias de enfermagem e médica as mais prevalentes (FARAMAZI et al., 2021).

Tais estudos estabelecem a relação de absenteísmo de profissionais por problemas de saúde e o impacto econômico, diante do papel importante da gestão de recursos humanos, que trouxe como consequência altos custos financeiros para as instituições de saúde (FAMARAZI 2021; PAIVA 2021). Ressaltam, ainda, a importância de investir na prevenção de agravos e na qualidade de vida dos profissionais de saúde, no suporte e planejamento estratégico para demanda de pessoal e medidas de rastreio, a fim de evitar a infecção cruzada e reduzir o absenteísmo por Covid-19 (BARROS et al., 2022).

Ao analisar as causas dos afastamentos das categorias apresentadas nos gráficos, quando aos grupos de CID diagnosticados, foi possível identificar a prevalência de doenças respiratórias (justificável pelas síndromes gripais causadas pelo SARS-CoV-2), seguida de doenças parasitárias e virais com valores praticamente equivalentes aos distúrbios mentais e osteomusculares. Em relação ao monitoramento dos casos suspeitos e confirmados de Covid-19 dos trabalhadores, a Tabela 6 apresenta o número de casos suspeitos e confirmados de Covid-19.

Tabela 6 – Monitoramento dos casos suspeitos e confirmados de Covid-19 entre os anos de 2020 e 2021.

	2020	2021
	N (%)	N (%)
Casos suspeitos de Covid-19	169 (82,0)	309 (88,8)
Casos confirmado de Covid-19	37 (18,0)	39 (11,2)
Total de casos	206 (100)	348 (100)

Fonte: a autora, com base nos dados documentais.

Comparando-se o total de casos confirmados de Covid-19 com a população total de trabalhadores no ano de 2020 (n=427) obtém-se uma taxa de infecção de 8,7%; já no ano de 2021 (n=417), a taxa de infecção pelo vírus foi de 9,4%. A equipe do SESMT acompanhou todos os trabalhadores suspeitos e confirmados para Covid-19, preenchendo o Relatório de Investigação de Acidente do Trabalho – RIAT para todos os casos, além de avaliação pela equipe, em consonância com o disposto no plano de contingência da instituição. Não foram registrados óbitos de trabalhadores do hospital decorrentes da Covid-19 no período.

Segundo boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, até o dia 27 de abril de 2021, foram notificados 267.875 casos de síndrome gripal (SG) suspeitos de COVID-19 em profissionais de saúde no e-SUS Notifica (sistema criado para receber notificações de SG suspeita e confirmada de COVID-19 no Brasil). Destes, 76.444 (28,5%) foram confirmados para Covid-19. As profissões de saúde com maiores registros dentre os casos confirmados de SG por Covid-19 foram técnicos/auxiliares de enfermagem (22.144; 29,0%), seguidos de enfermeiros (12.586; 16,5%), médicos (8.216; 10,7%), farmacêuticos (4.004; 5,2%) e agentes comunitários de saúde (3.837; 5,0%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

As ações de prevenção como a vacinação dos trabalhadores, funcionários terceirizados, estudantes e docentes também foram contabilizadas pelo SESMT, como ação fundamental de prevenção das síndromes gripais, causadas pelo SARS-CoV-2 e pelo vírus da Influenza. No ano de 2021, foram administradas 1084 doses da vacina Coronavac, sendo 493 referentes à 1ª dose e 541 à 2ª dose. Além disso, foram aplicadas 505 doses da vacina contra a Influenza. Não foi possível estimar o percentual de trabalhadores imunizados, pois estudantes, docentes e terceirizados também receberam a vacina.

A respeito do monitoramento de acidentes de trabalho entre os meses de janeiro a novembro de 2021, foram registrados 27 acidentes avaliados pelo SESMT, sendo 16 causados por materiais perfurocortantes e 11 por traumas. Foram solicitados exames para

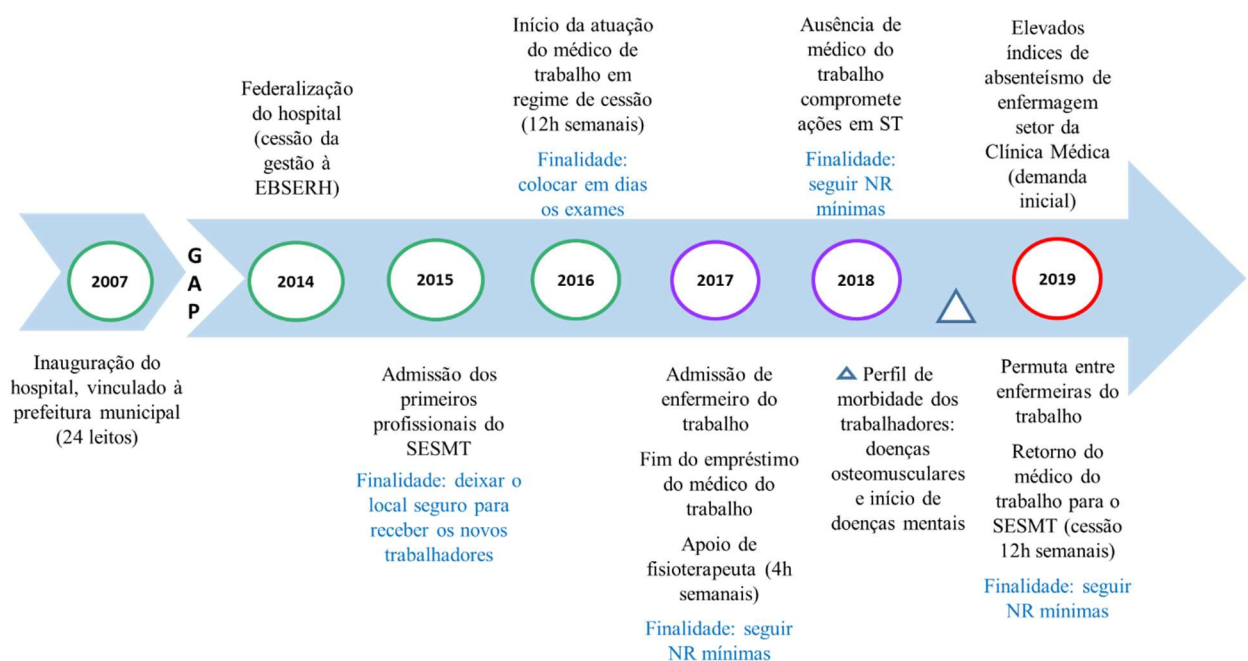
acompanhamento dos casos e, em relação aos acidentes envolvendo exposição a material biológico, não houve infecção associada.

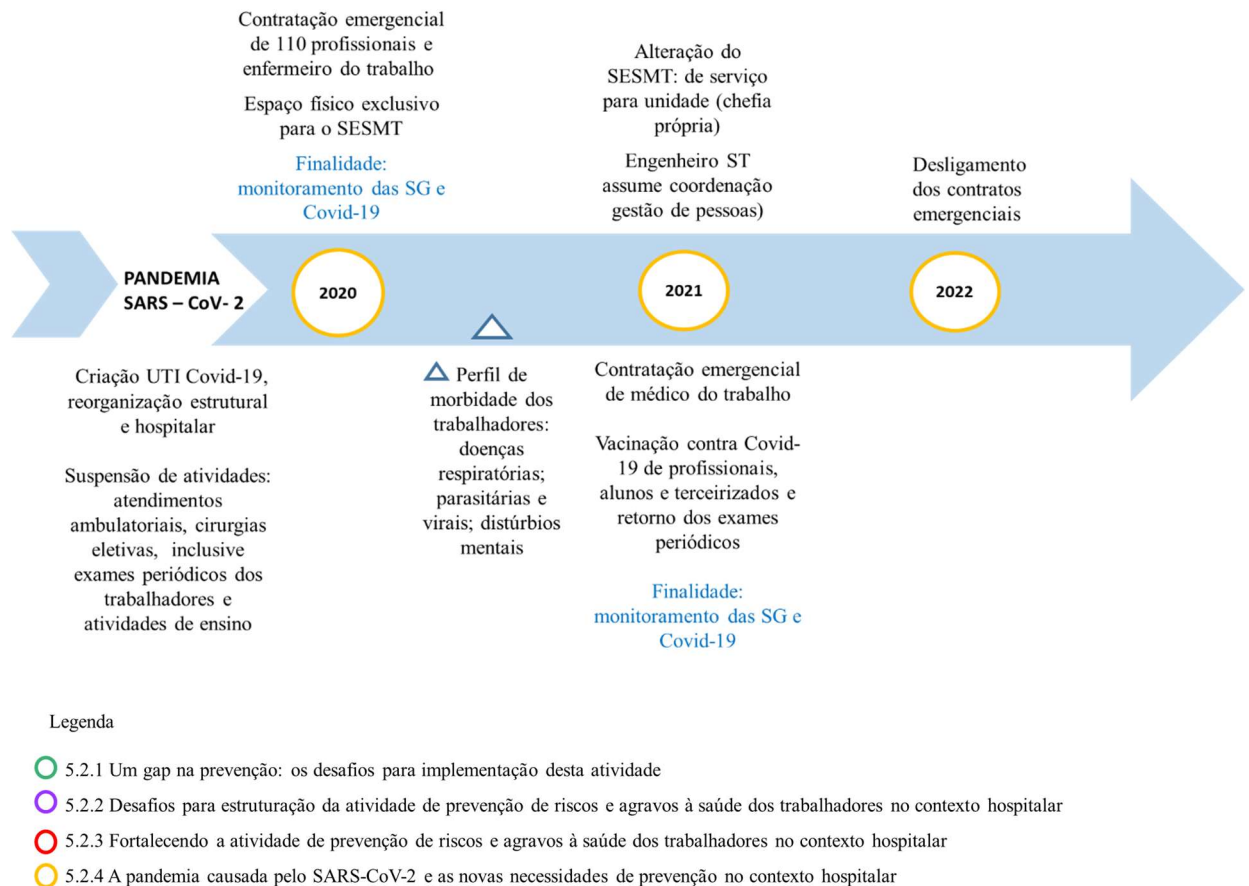
O perfil de adoecimento dos profissionais de saúde da assistência no contexto da pandemia foi marcado por doenças respiratórias, mas observou-se o aumento do adoecimento mental, tendo como principais fatores o cuidado direto e ininterrupto dos pacientes hospitalizados, longos turnos, a sobrecarga de trabalho, o medo e a insegurança diante da exposição e os riscos de contaminação pelo SARS-Cov-2, que gera o adoecimento psíquico (TEIXEIRA et al., 2021).

5.3 CONTRADIÇÕES E HIPÓTESES DO SA DE PREVENÇÃO DE RISCOS E AGRAVOS À SAÚDE DOS TRABALHADORES NO CONTEXTO HOSPITALAR

As mudanças históricas ocorridas no SESMT entre o período de 2015 (criação) e o último trimestre de 2021 (período de coleta de dados) são considerados o ponto de partida para a compreensão da origem das contradições do SA, manifestados por meio de distúrbios ou problemas enfrentados pelo serviço na prevenção de saúde dos trabalhadores. A linha do tempo (Figura 9) apresenta os eventos críticos desta atividade ao longo dos anos.

Figura 9 – Linha do tempo com principais eventos críticos na atividade de prevenção.





Fonte: Elaborado pela autora.

A primeira contradição identificada compreende o interstício entre a criação do hospital (2007) e a contratação da equipe do SESMT em 2015. De acordo com os dados coletados, não havia um serviço no hospital voltado à promoção da saúde e segurança dos trabalhadores até a federalização do hospital. Mesmo com a convocação dos primeiros profissionais, a partir de 2015, houve limitação das categorias profissionais que compunham a equipe, sendo insuficiente para executar minimamente as ações de saúde e segurança dos trabalhadores estabelecidas por lei. Isso aponta para a fragmentação do objeto deste SA, uma contradição primária, uma vez que a maior preocupação era com segurança dos espaços físicos e instalações, no intuito de adaptar o ambiente para receber os novos trabalhadores, sem o olhar para sua saúde.

A relação entre dimensionamento incompleto da equipe do SESMT (sujeitos) e prevenção de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores (objeto) representa uma contradição secundária entre os elementos que persiste até os dias atuais, mesmo com as mudanças no SA ao longo dos anos.

O grande problema, atualmente, é a falta de recursos humanos mesmo. O hospital não tem um médico do trabalho; nós temos um médico pediatra que tem capacitação em medicina do trabalho, mas ela não foi contratada pra isso e a gente não tem por falta de profissionais. Abriu concurso, tivemos poucos candidatos e nenhum quis assumir. É importante que, em curto prazo, a gente crie uma equipe realmente que faça-se uma demanda, ela crie um plano, de promoção de saúde do trabalhador. O principal limitante mesmo é recursos humanos, a gente tem enfermeiro, tem engenheiro, mas não temos médico do trabalho no hospital. (P13)

Muito do pequeno número de pessoas que atuam ali, fica difícil de você propor novas coisas ou recuperar ações anteriores com tão poucas pessoas envolvidas. Eu vejo que não é possível você demandar dali, o grupo é muito enxuto, até mesmo o perfil de troca de médicos do trabalho, ter uma equipe muito pequena, de um quadro que às vezes muda, torna difícil você pensar em ações ao longo prazo, isso seria um ponto importante na minha percepção. A gente nota, como por exemplo ações [...] relevantes, as análises de postos de trabalho, porque no fundo isso impacta [...] a gente percebe que as pessoas do administrativo trabalham muito tempo sentadas e isso cai o rendimento, gera problema os osteomusculares, eu não sei onde recuperar, eu entendo como algo que não é besteira, não é algo a menos, não, ele é fundamental. Eu sei a relevância desse tipo de ação que o SESMT poderia fazer, ou pelo menos organizar, que não fique o serviço pra ele, que ele tenha alguma gestão, ou que saiba dessa demanda, assim como da saúde mental que eu já te coloquei. (P11)

Um movimento feito para tentar sanar esta contradição foi a contratação emergencial de dois profissionais de saúde para compor a equipe do SESMT durante a pandemia de Covid-19: uma médica do trabalho em tempo parcial (20h) e um enfermeiro do trabalho em regime integral (40h), decorrente pelo aumento do quantitativo de pessoal e, também, das necessidades decorrentes da pandemia. Com mais dois profissionais compondo a equipe, foi possível estabelecer algumas ações como atendimentos e monitoramento das condições de saúde, porém, limitadas quanto ao espaço físico, devido à dificuldade de local apropriado para os atendimentos, e predominantemente direcionadas às questões relacionadas à Covid-19. Todavia, o encerramento dos contratos destes dois profissionais no início de 2022 demonstrou a transitoriedade da medida e o retrocesso à atividade de prevenção no hospital.

Então é todo um contexto [pandemia] que veio por ganho mesmo e na verdade eu não sei se você sabe, mas eles [médico e enfermeiro contratados] só vão ficar aqui até 29 de janeiro [de 2022]. Então a gente já vai perder mais um médico e um enfermeiro, mas tudo bem, a gente vai se virando e você vai ver que é uma montanha russa, né? (P1)

Agora com essa pandemia é que deu uma crescida no nosso escopo [SESMT]. Só que agora até o final de janeiro a gente tem que desligar todos temporários. Então vamos perder o nosso médico e vamos perder nosso enfermeiro do trabalho também. (P2)

Ainda quanto ao subdimensionamento, este compromete as ações de prevenção de riscos e agravos. Ademais, os serviços de saúde no trabalho, que tradicionalmente tem sido compostos por um médico e um enfermeiro do trabalho, tem se modificado no contexto internacional. As disposições têm exigido que sejam compostas por uma equipe multidisciplinar, dependendo da natureza do serviço e tipos de trabalho envolvidos, podendo incluir psicólogos, ergonomistas, fisioterapeutas e educadores em saúde, como ocorrem em países da Alemanha, França, Reino Unido e Japão (JAIN et al, 2021).

O contexto hospitalar é marcado por situações de risco e vulnerabilidade, principalmente por lidar diretamente com o sofrimento humano que contribui para o adoecimento do trabalhador, o que requer ainda mais a presença de uma equipe multiprofissional capaz de atender integralmente as necessidades de saúde decorrentes do trabalho.

A hipótese para a contradição do subdimensionamento da equipe e dificuldade de contratação de profissionais que atuam e ST, podem estar associadas a falta de profissionais no mercado e até mesmo a formação nesse âmbito.

Estudo apontou que a falta de recursos humanos na atenção aos trabalhadores está relacionada a formação dos profissionais pelas universidades para suprir um mercado de trabalho voltado aos interesses patronais, o que conseqüentemente direciona a maioria dos profissionais para níveis centrais da administração pública, gerando carência nos setores assistenciais. A formação de recursos humanos para tratarem as reais questões de ST também depende da multiplicidade dos cursos oferecidos pelas universidades, como a ampliação de especializações nesse campo de estudo (SILVA, 2021).

Após a chegada da pandemia causada pelo SARS-Cov-2, várias manifestações de contradições históricas ficaram mais evidentes, principalmente quando o objeto de prevenção de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores tornou-se objeto compartilhado entre os diferentes SA do hospital, inclusive da gestão e SESMT, fruto da necessidade de proteger os trabalhadores e manter os serviços funcionando.

Houve a necessidade de reorganização hospitalar e, principalmente, de selecionar os profissionais aptos para trabalhar na linha de frente e realizar treinamentos e capacitações para uso adequado de EPI. Além disso, a necessidade de monitoramento dos casos para evitar a contaminação nosocomial, evitar agravos à saúde e possibilitar o retorno ao trabalho o mais breve possível, foi imprescindível para que o SESMT conseguisse uma sala exclusiva (instrumentos) para atendimento dos trabalhadores (objeto). Quanto à limitação do espaço físico (contradição histórica e atual entre instrumentos e objeto), foi sinalizado que hospital está

em fase de obras, estando prevista a construção de um espaço designado ao SESMT, que terá uma sala para os profissionais junto à um consultório médico para os atendimentos.

Observa-se que o espaço destinado ao SESMT só foi designado em decorrência da pandemia e que o hospital ainda carece de infraestrutura, influenciando organização da equipe do SESMT que trabalha em espaços diferentes - equipe saúde (médico e enfermeiro) e equipe segurança (técnico e engenheiro do trabalho), desorganizando o processo de trabalho, que também caracteriza uma contradição secundária entre sujeitos e divisão do trabalho.

A deficiência de infraestrutura também foi sinalizada em um estudo realizado no hospital universitário do Amazonas, com dificuldades como falta de mobiliários (mesas e cadeiras), inadequação de espaços físicos (tamanhos reduzidos de salas, banheiros) e recursos de informática (computadores) (PINHEIRO, BARROCO, SANTOS, 2020).

Em relação a estrutura física dos SESMT, em todas as empresas os profissionais da saúde e da segurança estão alocados em diferentes ambientes de trabalho, uma vez que o pessoal da saúde está anexo aos prédios administrativos e os da segurança próximos as áreas operacionais, sendo esta uma das dificuldades de relações interpessoais no trabalho e fragmentação do serviço entre saúde e segurança (ROLOFF et al, 2019). Ressalta-se a importância de planejamento desse espaço, para que seja possível aos profissionais prestarem os atendimentos aos trabalhadores e exercerem suas funções de forma integrada e humanizada.

Ainda em decorrência da pandemia, foi observado o aumento na demanda de atendimentos relacionados à saúde mental, o que revelou as dificuldades do hospital e dos profissionais do SESMT em lidar com esta nova demanda crescente – uma contradição secundária entre o novo objeto ampliado, os sujeitos e instrumentos.

A gente sabe que, com a pandemia, os trabalhadores tiveram muito trabalho em excesso lidando com a saúde de outras pessoas, também gera estresse muito grande dos trabalhadores e eu conseguia ver que lá [faz menção a determinado setor] tinha muitos trabalhadores que estavam com exaustão mental [...] a gente até chegou a pegar uma trabalhadora que chegou totalmente exaltada no momento e que talvez naquele momento a gente não conseguiu atender ela de uma forma que ajudasse. (P9)

Respiratórios ganhou em primeiro lugar, mas é CID F - depressão, transtornos de adaptação, estresse agudo, seguido de osteomuscular. (P4)

Como hipóteses das contradições relacionadas à atenção à saúde mental dos trabalhadores, pode-se inferir que os recursos para atendimento dessas demandas são insuficientes, nos contextos intra e extra hospitalar, pois o hospital não possui profissionais suficientes para realizar esses atendimentos, tampouco a Rede de Atenção à Saúde para absorver esta demanda.

Hoje a gente está acompanhando [demanda em saúde mental], não tá com muita perna para acompanhar fazer muita coisa não, tá fazendo o máximo que dá, mas é o mínimo pra isso. E quando o pessoal procura ajuda a gente faz um atendimento, mas a parte de estar mais no preventivo não dá, estamos no mais no reativo mesmo, algumas ações, mas nenhum programa muito consolidado, nessa parte de saúde mental não. A gente tentou ver com voluntários, mas não deu certo, a equipe de psicólogos internos aqui também é muito pequena, não consegue suprir essa demanda de psicólogos e psiquiatras, estamos tentando alguma ajuda. Ajuda da rede municipal também não tem muitos profissionais psicólogos e psiquiatras, eles [a rede municipal] precisam encaminhar também. (P2)

Uma iniciativa recente que está em análise é uma abordagem preventiva sobre a saúde mental dos funcionários, o Covid sobrecarregou muita gente teve um impacto muito importante as perdas que ocorreram, né? Pacientes jovens... é uma demanda que a gente avalia a situação dos funcionários e traça intervenções. (P13)

No contexto brasileiro, o problema de saúde mental relacionada ao trabalho está para além da falta de recursos e instrumentos; carece de políticas públicas e leis relativas à gestão de riscos psicossociais e promoção à saúde mental. Países como Itália, Alemanha e Japão já possuem disposições legais aos empregadores neste sentido, devendo realizar avaliação de risco, incluindo medidas e estratégias para acompanhar as avaliações, considerando o estresse no trabalho, a violência e o assédio moral (JAIN et al, 2021).

No contexto pandêmico, autoridades governamentais do Canadá, Malásia e Colômbia também desenvolveram medidas de avaliação e intervenção de fatores de riscos psicossociais, além da criação de centros de recursos no local de trabalho, com informações específicas para saúde mental, a fim de promover o bem-estar dos trabalhadores durante a pandemia (ILO, 2021).

Observa-se que há dificuldades de intervenções para prevenção dos riscos à saúde mental, principalmente tratando-se do contexto pandêmico, como evidenciou uma revisão de literatura sobre o impacto de surtos epidêmicos virais na saúde mental dos profissionais de saúde. Os achados dos 117 estudos selecionados apontaram para prevalência do transtorno de estresse agudo (40%), seguido de ansiedade (30%), esgotamento (28%), depressão (24%) e transtorno pós-traumático (13%), sendo as categorias médicas e de enfermagem as mais atingidas. Apenas quatro estudos relataram intervenções educacionais com baixo nível de confiabilidade, o que demonstra a dificuldade de ações direcionadas a essa demanda (SERRANO-RIPOLL et al, 2020).

Na China, o Ministério da Saúde implementou um programa de intervenção em crise psicológica por meio da capacitação e envio de psiquiatras para reconhecer e classificar os trabalhadores em adoecimento mental, sendo os mais críticos atendidos presencialmente por

médicos e os casos mais leves por psicólogos, via telemedicina, representando o avanço na intervenção psicológica de emergência baseada em inteligência artificial (SULLIVAN et al, 2020). Nessa perspectiva, destaca-se a necessidade de investimento, divulgação, planejamento e organização da gestão frente aos riscos psicossociais, pois a utilização de recursos tecnológicos auxilia no rápido reconhecimento das demandas emergenciais e facilita o acesso ao serviço de atendimento mental, capaz de diagnosticar e promover o bem-estar mental dos trabalhadores.

Outra contradição secundária identificada no SA está relacionada à comunicação (instrumentos) do SESMT (sujeitos) com os trabalhadores (objeto) e diferentes setores do hospital (comunidade), principalmente o de recursos humanos, o que compromete os resultados desejáveis desta atividade.

Eu vejo que a comunicação, ela é falha entre os setores [...] Eu acho que a gente deveria levar mais a sério, no intuito do nosso serviço ser sério, né? Fazer um exame de mudança de função após o início das atividades do trabalhador na área implica em muitas situações negativas, tanto para o ambiente hospitalar, para o ambiente laboral, quanto para questões legais, né? E isso não acontece, então isso tira... tira muito a gente do eixo; assim, a gente fica muito chateada. Melhorou muito? Melhorou muito, mas ainda tem muito que melhorar, nesse sentido. (P1)

A comunicação é um fator. Por exemplo, os exames periódicos a gente convoca todos via e-mail, mas a gente percebe que as pessoas, uma grande parte, chega no dia para coletar o exame e não apareceu. Eu agendei a consulta para passar com a médica do trabalho e o exame periódico não apareceu. Aí eu ligo para pessoa e a pessoa fala que não está sabendo, mas eu mandei o e-mail institucional e, na maioria das vezes, a pessoa não vê o e-mail. Isso no começo do ano a gente sofreu muito. Essa é uma das dificuldades que a gente mais acaba tendo, de convocar o colaborador a comparecer para coletar sangue, fazer os exames periódicos, passar com médico do trabalho mesmo com toda divulgação, de mandar o e-mail, pessoal do marketing coloca cartazes corredores, tem até no ponto eletrônico. (P6)

Em relação a parte de teleatendimento, eu ligo 500 vezes. Não atendeu, eu começo a mandar e-mail. Antes eu tava mandando no WhatsApp, aí eu falei 'não, eu não vou mais'. Eu mandei um e-mail e tem toda tratativa aí. A gente orienta: 'atende o celular, pode ser pessoal do SESMT'. Tudo que é atestado, tudo o que é a ausência justificada passa por aqui; então o salário da pessoa depende do atestado e se ele está lançado corretamente. Então, quanto melhor a forma de comunicação delas [refere-se aos trabalhadores] melhor, né? Ou presencial se eles vierem aqui a gente atende, a gente tira dúvidas em relação a isso. (P5)

As falhas de comunicação também foram relatadas pela equipe de controle de infecção de um hospital público, sendo um dos problemas enfrentados para realizar medidas de prevenção de infecção hospitalar. Como estratégia de mitigação, foram realizadas intervenções, como reuniões, capacitações envolvendo o pensamento crítico dos profissionais, além da

implementação de uma plataforma de comunicação, na qual a instituição compreendeu a relevância da problemática e integrou a equipe um profissional exclusivo de comunicação, com intuito de aperfeiçoá-la, entendendo que é um instrumento importante de gestão de controle de infecções (RAMOS et al 2022).

A Organização Internacional do Trabalho recomenda que para garantir condições seguras e saudáveis no trabalho, principalmente em situações de crise (contexto pandêmico) é crucial um diálogo aberto entre empregadores e trabalhadores, para que se comuniquem regularmente e recebam informações e materiais de orientações adequados sobre SST, incluindo temas sobre ergonomia e fatores psicossociais (ILO, 2021). Estudos sobre a implementação de estratégias para prevenção de infecção por SARS-CoV-2 em profissionais da saúde mostram-se eficientes na redução de contágio entre profissionais, principalmente devido à sistemas de vigilância sindrômica, destacando-se ações de triagem de casos suspeitos, rastreabilidade dos profissionais assintomáticos, aferição de temperatura, monitoramentos dos casos confirmados e prevenção ocupacional por meio da garantia, uso de EPIs e capacitação profissional (SILVA et al., 2021). Portanto, há necessidades de melhorar as ferramentas de gestão institucional, criando um espaço de escuta aos trabalhadores no intuito de fortalecer as ações de prevenção, auxiliar nos processos de trabalho e evitar resultados indesejados.

O desconhecimento do papel do SESMT por parte de alguns setores e trabalhadores foi observado tanto nas falas dos entrevistados, quanto na observação de campo. Isso sinaliza para contradições relacionadas ao macro SA do hospital, em que há o desconhecimento de funcionamento dos diversos sistemas que compõem este complexo setor.

A respeito da demanda espontânea dos trabalhadores, eu acho que isso é uma coisa mais difícil de se resolver. Não sei se a gente conseguiria, talvez, explicar para os trabalhadores qual o objetivo do atendimento da equipe, para que eles saibam sempre que surgir algum caso que necessite de assistência da equipe. (P9)

Muita gente não sabe, não está claro ainda como funciona, como por exemplo: o pessoal vai lá na parte da medicina do trabalho: “eu preciso do atestado”, não sabe muito bem qual que é a missão dos SESMT no hospital... (P2)

Em geral a percepção dos trabalhadores a respeito do SESMT é limitada, tanto por parte dos trabalhadores que buscam por atendimentos de forma espontânea, quanto às responsabilidades operacionais dos outros setores do hospital que possuem essa interface com o SESMT.

Outra contradição identificada na observação de campo e relatadas nas entrevistas são entre as regras, objeto e comunidade. O descumprimento das regras pelos trabalhadores e supervisores, muitas vezes por desconhecimento, compromete o processo de trabalho do

SESMT e, conseqüentemente, acarretam atrasos no atendimento das demandas, prejudicando a saúde do trabalhador.

Nós, da saúde e segurança, a gente tem mil regras, mil normas a serem cumpridas, serem seguidas, e a gente percebe que as pessoas elas não têm, elas não têm esse regramento, então elas não fazem. Então acho que a nossa maior dificuldade é fazer valer a regra. Então os chefes mudam as pessoas de lugares sem a gente saber, então a gente não faz exame de mudança de função antes daquele trabalhador ir trabalhar em outro setor, a gente não sabe das limitações que esse trabalhador tem, porque quando ele vem para gente, ele já vem todo sequelado, sabe? Aí às vezes a gente nem sabe que ele tava naquele setor e, muitas vezes, são setores com radiação, setores que tem riscos específicos. (P1)

A maioria das vezes a gente tenta seguir uma educação em relação aos trabalhadores, porque tem as normas certinhas e tudo que é correto tem norma, sabe que tem data para entregar, acho que isso funciona melhor, e a cobrança em relação a isso, né? Agente tá no serviço e tem que seguir norma, tem algumas exceções, mas isso tem que ser cobrado das pessoas e de qualquer pessoa, não só da pessoa mais simples, mas de qualquer cargo, vale para todo mundo. (P5)

Uma hipótese para esta contradição está associada ao fato da preocupação por parte dos supervisores em regularizar o dimensionamento e escalas dos setores, realizando o deslocamento de funcionários a fim de solucionar o problema, perpassando as regras e expondo o trabalhador à riscos de saúde. Dentre os motivos apontados por um estudo acerca da baixa adesão dos profissionais à realização de atividades de prevenção em saúde é a falta de liberação pelas chefias, decorrentes das altas demandas de trabalho (PINHEIRO et al., 2020).

Nesse contexto, dados que corroboram com a adesão a essa prática são encontrados em pesquisa que verificou o aceite de práticas gerenciais adotadas pelas empresas no intuito de diminuir os acidentes ocupacionais. Os resultados apontam que 52,05% dos trabalhadores não realizaram as atividades estabelecidas pelo PCMSO; também mostrou a baixa adesão dos trabalhadores aos programas que fazem acompanhamento vacinal, estimulam o uso de equipamentos de proteção individual, bem como orientações quanto a esterilização e desinfecção do material além de estabelecerem melhores condições do ambiente e da saúde ocupacional (IWAMOTO et al., 2008).

Cabe ressaltar que a adesão à medidas de proteção e segurança deve ser pactuada entre quem às propõe e quem as executa, uma vez que a percepção por parte dos que decidem reforçá-la é diferente daquela que o trabalhador deve aderir. Assim, os trabalhadores devem participar dos processos de tomada de decisão, a fim de estimular a compreensão da importância de tais medidas e avaliar as dificuldades e a exequibilidade, monitorando não apenas o cumprimento da realização das atividades, mas também se os objetivos propostos foram alcançados

(ALMEIDA, 2020). Além disso, toda e qualquer ação proposta pelos empregadores deve vir acompanhada de pactuação com as chefias para liberação dos trabalhadores para participarem no horário de trabalho, uma vez que a adesão está intimamente relacionada à disponibilidade de participação dentro do horário de trabalho.

O modelo de gestão pública institucional também provoca contradições importantes no SA, como burocratização de algumas tarefas (regras); aumento das demandas de trabalho (sujeitos), que chegam de forma espontânea e sem planejamento (divisão do trabalho); e relações hierárquicas que geram tensões na comunicação (comunidade), dificultando o desempenho do processo de trabalho.

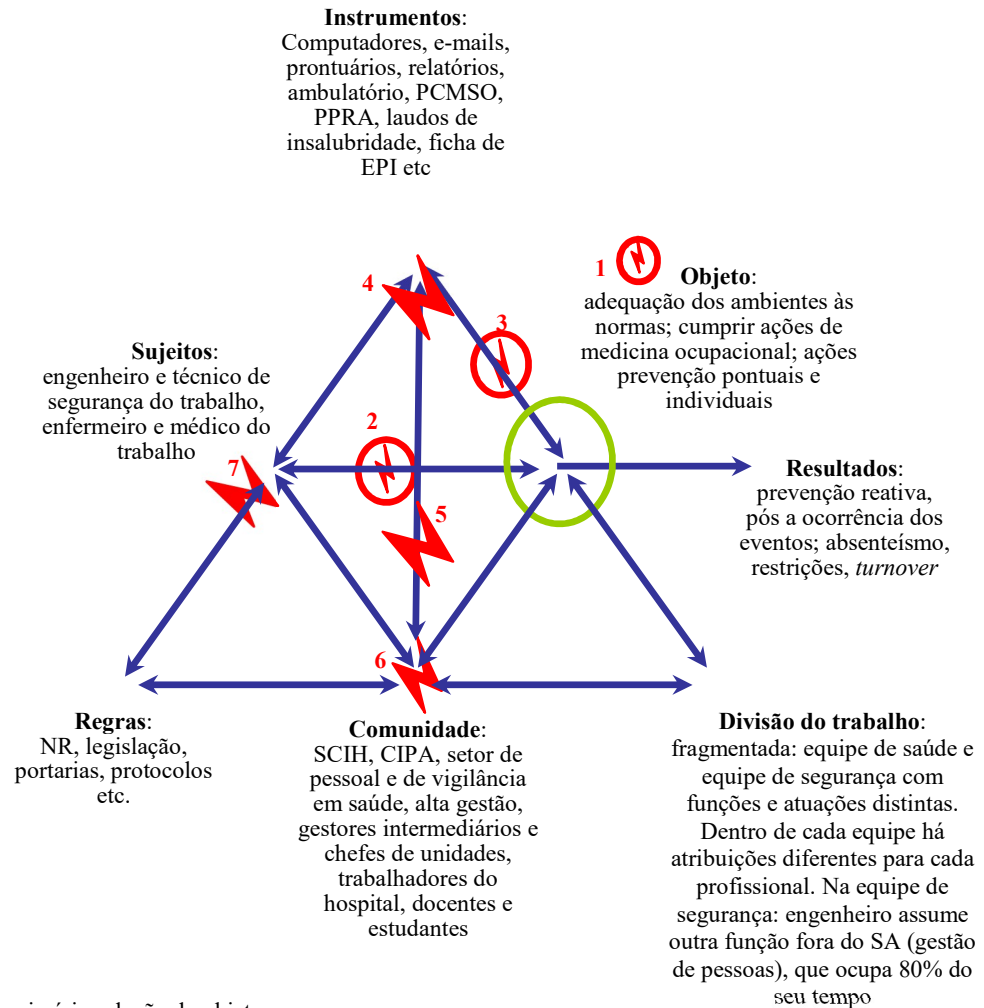
Olha, como todo órgão público né, você se barra, por exemplo tudo burocracia, é muito grande para justificar o gasto do dinheiro público, então por exemplo, eu tô fazendo o termo de referência, por exemplo para compra de jalecos e recarga de extintores, se falar para você que já faz umas três semanas que eu tô mexendo nisso e tá na metade ainda documentos, aí você tem que mandar o documento para outra pessoa assinar, e aí o documento volta e isso mas é assim faz parte do processo, até para justificar o gasto do dinheiro público é dificultoso, mas eu sei que que precisa. (P3)

Então, acho que a comunicação é um empecilho e algumas coisas eles dependem muito da alta gestão, às vezes a alta gestão ela quer uma coisa ela quer aquilo de uma tal forma que a gente acaba tendo que fazer e parar o que a gente tá fazendo, colocando força numa situação, que talvez não fosse necessário, ao menos que pra nós não aparenta ser necessário, então isso também impacta muito. (P1)

... eu não digo falta de organização, mas só que lá como surgem muitas demandas o tempo todo, acaba interferindo numa atividade, em uma ou em outra [...] aí a gente acaba interrompendo uma atividade para iniciar a outra, então fica bem incompleto e depois a gente tem que voltar de novo e também isso tem até prejudicado de alguma forma o andamento de outras atividades. (P9)

As contradições do SA de prevenção de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores no contexto hospitalar estão apresentadas na Figura 10.

Figura 10 – Ilustração das contradições do SA de prevenção de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores no contexto hospitalar.



- 1- Contradição primária: redução do objeto.
- 2- Contradição secundária sujeito x objeto: subdimensionamento da equipe.
- 3- Contradição secundária instrumentos x objeto: limitação do espaço físico.
- 4- Contradição secundária sujeito x objeto x instrumentos: demanda em saúde mental.
- 5- Contradição secundária sujeito x instrumentos x objeto x comunidade: falhas de comunicação.
- 6- Contradição secundária regras x objeto x comunidade: regras que não dão conta das novas e complexas necessidades dos trabalhadores.
- 7- Contradição secundária divisão do trabalho x sujeitos x regras: divisão do trabalho com cessão de trabalhadores para outras funções na instituição.

Fonte: adaptado de Engeström (1987).

As contradições evidenciadas na análise histórica e empírica atual expressam que a atividade de prevenção no hospital ainda é reativa, ou seja, em resposta a um acidente ou adoecimento do trabalhador ou, ainda, disparadas por um contexto de crise, como foi o caso da pandemia de Covid-19. Além disso, fica claro que o SESMT mantém sua atuação conforme NR, atentando-se apenas aos aspectos normativos e prescritos do trabalho.

Eu vejo então que em relação a outras instituições que a gente é muito recente, que a gente engatinha muito ainda nesse aspecto, acho que hoje nossa área não conhece o perfil dos nossos profissionais o que se tem é um monitoramento de acidentes, monitoramento de atestados e fazemos aquilo que é obrigatório por lei, temos um valor, acontecem vistorias e ações pontuais, ações da CIPA porque é obrigatório que tenha, SIPAT [Semana Interna de Prevenção de

Acidentes], porque é obrigatório também, mas não vejo grande movimento para que a gente consiga maior segurança e o entendimento do perfil da nossa equipe. É mais, eu vejo que pequenas ações elas foram iniciadas mas não foram continuadas e essa perda descontinuada até cai num descrédito do próprio serviço, né? Então eu vejo que é uma área que precisa crescer bastante. (P14)

Eu acho que o nosso setor de saúde e segurança do trabalho ele ainda atua de forma muito reativa, faltam ainda instrumentos de diagnóstico e de intervenções que sejam mais proativos e que atuam de forma mais preventiva, mas isso é uma demanda que eu já fiz pro setor, né? É importante que a gente desenvolva projetos de forma de diagnóstico situacional coletivo melhor para saúde de trabalhadores e que tenha projetos de intervenção. Hoje, ele se atenta muito às normas e legislações, periódicos, mas é um setor que ainda precisa se desenvolver. Em suma, hoje eu avalio como muito burocrático e muito reativo o papel, teria que ser mais proativo e com programas e estratégias que garantissem aí uma melhor condição de saúde. (P3)

Os achados apontam várias manifestações de distúrbios entre os elementos do SA do SESMT, sinalizando a necessidade de intervenções em vários eixos, de forma integrada e multiprofissional, para reorganizar as atividades, reconhecer antecipadamente o curso das ações e riscos associados, a fim de alcançar o aprendizado dos profissionais e mitigar resultados indesejados. Ainda, é essencial o reconhecimento de que o objeto de prevenção também é de interesse (e, portanto, compartilhado) da gestão da instituição, que deve traçar políticas, metas e ações com vistas a alcançar os resultados institucionais, mas tendo a saúde e segurança dos trabalhadores como mecanismos da gestão de segurança hospitalar, elo fundamental no processo de produção em saúde.

Segundo um estudo que propõe a reflexão sobre os impasses e desafios na atividade de prevenção, uma gestão de segurança tende a ser uma abordagem organizacional, pois amplia seu objeto em busca de uma ação antecipatória sobre os determinantes do trabalho, sobrepondo os fatores individuais e comportamentos para uma ação coletiva, por meio de métodos e instrumentos participativos capazes de prever os sinais precoces, ou seja, antes que ocorra o acidente ou adoecimento dos trabalhadores. Além disso, a expansão do objeto implica em rever outros mediadores do SA, como as regras, que por vezes estão defasadas e não suportam as necessidades do objeto ampliado, restringindo as ações repercutindo em falhas na obtenção dos resultados desejados (VILELA, HURTADO, 2017).

Desse modo, infere-se que o subdimensionamento da equipe (sujeitos) compromete o alcance da finalidade do trabalho, devido às elevadas demandas da instituição (comunidade), agravado pela carência de espaços físicos adequados e canais de comunicação eficientes (instrumentos), que acabam fragmentando o objeto. Ainda, as NR (regras e instrumento), mostram-se obsoletas frente à expansão do objeto, ou seja, as novas necessidades de saúde dos

trabalhadores, o que representa a necessidade de atualização de novas políticas públicas no país nesse contexto.

O contexto pandêmico exacerbou outros riscos no ambiente de trabalho, incluído riscos psicossociais, ergonomia deficiente e acidentes de trabalho. Realçou a importância e a necessidade de uma política sólida em saúde e segurança no trabalho, com quadros regulamentares (que abrangem todos os trabalhadores, todos os riscos independentes do tipo do trabalho que fazem e em quaisquer circunstâncias), para que os ambientes de trabalho estejam seguros e saudáveis e conhecidos de direitos e deveres (ILO, 2021).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O referencial teórico-metodológico adotado nesse estudo contribuiu para a compreensão da evolução da atividade de prevenção de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores no contexto hospitalar e os eventos críticos que influenciaram suas transformações. Os resultados apontaram contradições primárias, secundárias e terciárias englobando a escassez de recursos humanos, infraestrutura inadequada, fragmentação no processo de trabalho, falhas de comunicação, sobrecarga de trabalho, falta de instrumentos e ferramentas eficazes, carência de políticas internas em saúde do trabalhador e de políticas públicas e governamentais nesse âmbito.

No campo estudado, o efetivo mostra-se insuficiente face as demandas da instituição, com atuação reativa e muito atrelada às NRs, com poucas ações de prevenção e intervenção precoce relacionadas ao adoecimento e acidentes de trabalho. Em geral, o papel do SESMT é alinhado ao disposto nos dispositivos legais (prescrito), mas fica aquém das reais e complexas necessidades apresentadas pelos trabalhadores (real), com ações majoritariamente iniciadas após a exacerbação dos problemas.

O contexto da pandemia ampliou o objeto da atividade de prevenção de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores, impactando na reorganização do serviço e envolvimento da gestão na tomada de decisões, no aprimoramento e investimento em práticas e ações dessa atividade. O desenvolvimento deste estudo no contexto da pandemia de Covid-19 permitiu evidenciar os avanços e as transformações desta atividade (contratação de profissionais, necessidade de espaço físico privativo, monitoramento de saúde dos trabalhadores) a partir de um fenômeno externo global, com redirecionamento para implantação de algumas ações antecipatórias e preventivas.

Foi possível, ainda, observar a mudança no perfil de morbidade dos trabalhadores, anteriormente marcado pela prevalência de doenças osteomusculares e início do adoecimento mental, para as doenças respiratórias e agravamento das demandas por saúde mental, fato que foi apresentado como uma dificuldade enfrentada pelo SESMT e pela instituição durante este período. Ressalta-se o repensar do SA à luz do que foi vivido durante a pandemia, dando continuidade aos avanços alcançados pelo Serviço, repensando novos instrumentos, adequando novas regras, integrando e planejando ações preventivas em conjunto com a comunidade, a fim de atender e promover a saúde dos trabalhadores.

Apesar desse estudo ter como objeto de análise a atividade de prevenção de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores desempenhada pelo SESMT, foi evidenciado que esta

atividade está além desse serviço e possui interface com vários setores do hospital, ou seja, outros SA que se interrelacionam e precisam ser analisados para uma visão sobre o objeto de atividade de prevenção dos trabalhadores como um todo. Ainda, é um objeto compartilhado com a gestão institucional, que deve ter como finalidade, além do cuidado aos usuários e familiares (cliente externo), o cuidado com os trabalhadores (cliente interno), condição *sine qua non* para a qualificação dos serviços prestados.

Este estudo apresentou como limitações o fato de ter entrevistado apenas profissionais do SESMT e gestores, não incluindo os trabalhadores, que são parte essencial para compreensão desta atividade. Neste sentido, recomenda que outros estudos explorem as concepções e percepções deste público quanto às ações de prevenção de risco e agravos e promoção da saúde no trabalho. Ademais, devido à pandemia da Covid-19 e as restrições sanitárias para evitar a disseminação do vírus, as entrevistas foram realizadas virtualmente e a observação de campo foi limitada.

Como avanços, trouxe uma análise aprofundada da atividade de prevenção no contexto hospitalar antes e durante a pandemia, na perspectiva do SESMT e de gestores, o que possibilitou visualizar a relevância deste serviço nas instituições e o seu potencial em transformar a saúde e segurança do trabalho, em parceria com outros setores, profissionais e trabalhadores.

7 REFERÊNCIAS

ABREU, R.M.D; GONÇALVES, R.M.D; SIMÕES, A.L.D. Reasons attributed by professionals of an Intensive Care Unit for the absence at work. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 3, 2014. Acesso em: 21 de fevereiro 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140051>

ALMEIDA, I. M. Proteção da saúde dos trabalhadores da saúde em tempos de COVID e respostas à pandemia. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 45, n.17, p. 2020. Acesso em: 21 de fevereiro 2022. Disponível em: <https://orcid.org/0000-0002-8475-3805>

ANTONIO, M. et al. Change Laboratory: uma proposta metodológica para pesquisa e desenvolvimento da aprendizagem organizacional. **Administração ensino e pesquisa**. v.1, n.4, p.609-640, 2011.

ANTUNES, R.; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serviço Social & Sociedade**, n. 123, p. 407–427, set. 2015.

BALTHAZAR M.A.P, et al. Gestão dos riscos ocupacionais nos serviços hospitalares: uma análise reflexiva. **Revista enfermagem UFPE**, v.11, n.9, p. 3482-91, 2017. Acesso em: 20 de fevereiro 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/reuol.11088-99027-5-ED.1109201720>

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria no 3.214, Aprovação das Normas Regulamentadoras. Brasil: Ministério do Trabalho e Emprego. 1978.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência. Portaria SEPRT nº 6730, de 09 de março de 2020. NR1 – Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 09 mar 2020.

BRASIL. Ministério Público do Trabalho. Portaria nº510, de 29 de abril de 2016. NR4- Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 29 de abr 2016.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência. Portaria SEPRT nº6734, de 10 de março de 2020. NR7 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 10 de mar 2020.

BRASIL. Ministério Público do Trabalho. Portaria SEPRT n.º 8.873, de 23 de julho de 2021. NR9- Avaliação e Controle das Exposições Ocupacionais a Agentes Físicos, Químicos e Biológicos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 23 jul 2021.

BRASIL. Ministério Público do Trabalho. Portaria n.º 485, de 11 de novembro de 2011. NR-32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 11 de nov 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde do trabalhador e da trabalhadora / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Cadernos de Atenção Básica, n. 41, p. 136, 2019.

BRASIL. Lei nº5.452, de 1 de maio de 1943. Capítulo V, Título II da Consolidação das Leis do Trabalho. 1943.

BARROS, B. A. et al. Absenteeism among health professional during COVID-19 pandemic: an integrative review. **RSD**.v.11, n.9, 2022. Acesso em: 04 de agosto de 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/30694>

CACCIARI, P. et al. Estado de saúde de trabalhadores de enfermagem em readequação e readaptação funcional. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 66, n6, p. 860-865. Acesso em: 21 de fevereiro 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000600008>

COELHO, A.P.F. et al. Work risk related to illness and defensive strategies of collectors women's waste recyclable. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 20, 2016. Acesso em: 21 de fevereiro 2022 Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160075>

DONATELLI, S. et al. Acidente com material biológico: Uma abordagem a partir da análise das atividades de trabalho. **Saude e Sociedade**, v. 24, n. 4, p. 1257–1272, 2015.

ENGESTRÖM, Y. Expansive Learning at Work: Toward an activity theoretical reconceptualization. **Journal of Education and Work**, v. 14, n. 1, p. 133–156, fev. 2001. Acesso em: 21 de fevereiro 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/BTX7QK5SkLGDpWw6jBzgDsK/?format=pdf&lang=pt>

ENGESTRÖM, Y. 1987. Aprendendo pela Expansão: Uma Abordagem Teórica da Atividade para a Pesquisa do Desenvolvimento. Helsinque: Orienta-Konsultit, 1987.

FARAMAZI, A., et al. O custo de perda de produtividade do absenteísmo devido ao COVID-19 em profissionais de saúde no Irã: um estudo de caso nos hospitais da Universidade de Ciências Médicas de Mashhad. **BMC Health Serv Re.** 2021. Acesso em 10 de agosto de 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07200-x>

FERNANDES, M. A. et al. Prevalência dos transtornos de ansiedade como causa de afastamento de trabalhadores. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.71.n.5, pp2344-235, 2018. Acesso em 6 de agosto de 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0953>

FERREIRA, A.P. et al. Revisão da literatura sobre os riscos do ambiente de trabalho quanto às condições laborais e o impacto na saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho.** v.16, n.3, p. 360-370, 2018. Acesso em: 21 fevereiro 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.5327/Z1679443520180267>

GARCIA, M.C.L. et al. Pesquisa Etnográfica: iniciando sua compreensão. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n.1, p. 21-30, janeiro 1996.

GALLASCH, C.H. et al. Prevention related to the occupational exposure of health professionals workers in the COVID-19 scenario. **Revista Enfermagem**, v.28, p. 1-6, 2020. Acesso em: 20 de julho de 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/REUERJ.2020.49596>.

GUIMARÃES, A.L.O.; FELLI, V.E.A. Notification of health problems among nursing workers in university hospitals. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 69, n. 3, p. 507–514, 1 jun. 2016.

HURTADO, S. L. B. et al. Políticas de saúde do trabalhador no Brasil: contradições históricas e possibilidades de desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 27, n. 08, pp. 3091-3102, 2022. Acesso em: 06 de agosto de 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022278.04942022>

HWANG, J. et al. Responding to the Covid pandemic: The role of occupational health services in a tertiary hospital in Singapore. **Journal of Occupational Health**, v. 62, n. 1, p. e12172, 1 jan. 2020.

INOUE KSY, VILELA LAG. O poder de agir dos Técnicos de Segurança do Trabalho: conflitos e limitações. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 39, n. 130, 2014. Acesso em: 20 de julho de 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0303-7657000074613> .

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. Anticipate, prepare and respond to crises: Invest now in resilient OSH systems. International Labour Office, Geneva, 2021. Acesso em 20 de julho de 2022. Disponível em: ISBN: 9789220344460.

IWAMOTO, H.H., et al. Saúde ocupacional: controle médico e riscos ambientais. **Acta Scientiarum**. v.30, n.1, p.27-32. 2008. Acesso em 4 de agosto de 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/actascihealthsci.v30i1.4384>

JAIN, A. et al. O Papel dos Serviços de Saúde Ocupacional na Gestão de Riscos Psicossociais e na Promoção da Saúde Mental e Bem-Estar no Trabalho. **Revista Internacional de Pesquisa Ambiental e Saúde Pública**, v. 18, n.7, p. 3632, 2021; Acesso em 20 de julho de 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18073632>

LAURELL, A.C.; NORIEGA, M. Processo de produção em saúde: saúde e desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989.

LIMA, K.D.M. et al. Gestão na saúde ocupacional: Importância da investigação de acidentes e incidentes de trabalho em serviços de saúde. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 15, n. 3, p. 276–283, 2017.

LUNDSTROM, T. et al. Organizational and environmental factors that affect worker health and safety and patient outcomes. **American Journal of Infection Control**, v. 30, n. 2, p. 93–106, 2002.

MACIEL, J.L.L. Proposta de um modelo de integração da gestão da segurança e da saúde ocupacional à gestão da qualidade total. Tese. Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

MALTEZOU H.C. et al., A vacinação contra COVID-19 reduz significativamente a morbidade e o absenteísmo entre os profissionais de saúde: um estudo multicêntrico prospectivo. **Elsevier**. 2021. V. 39, e.48, pp 7021-7027. Acesso em 8 de agosto de 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.10.054>

MARZIALE, M.H.P, et al. Risco de COVID-19 em profissionais de saúde da linha de frente e intervenções: uma revisão sistemática. **SciELO Preprints**. 2022. Acesso em 05 de agosto de 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.3745>

MENDES, R. Produção Científica Brasileira sobre Saúde e Trabalho, Publicada na Forma de Dissertações de Mestrado e Teses de Doutorado, 1950-2002 Parte 1: Bibliografia em Ordem Cronológica e Alfabética. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 1, n. 2, p. 87–118, 2003.

MINAYO, M.C.S. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14aed. São Paulo: Hucitec; 2014.

MININEL, V.A. et al. Cargas de trabalho, processos de desgaste e absenteísmo-doença em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 6, p. 1290–1297, nov. 2013.

MININEL, V.A. et al. Cargas psíquicas e processos de desgaste em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários brasileiros. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**.v.19, n.2. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2020). Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV). Disponível em: <https://central.to.gov.br/download/102967>

NACHTIGALL, M.C.et al. Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm**, v.31, n.1, p. 160-166, 2010. Acesso em: 21 de fevereiro 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000100022>

QUEROL, M. A. P., JACKSON FILHO, J. M., & CASSANDRE, M. P. Change Laboratory: uma proposta metodológica para pesquisa e desenvolvimento da aprendizagem organizacional. **Administração: Ensino e Pesquisa**, v.12, n.4, p. 609-640, 2011.

PAIVA, L.G et al. Absenteeism-disease in health care workers in a hospital context in southern Brazil. **Rev Bras Med Trab**. v.3 n. 18 p. 399-406, 2021 Acesso em 02 de agosto de 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.47626/1679-4435-2020-521>

PEREIRA QUEROL, M.A.; CASSANDRE, M.P.; BULGACOV, Y.L.M. Teoria da Atividade: Contribuições conceituais e metodológicas para o estudo da aprendizagem organizacional. **Gestao e Producao**, v. 21, n. 2, p. 405–416, 2014.

PINHEIRO, H. A., BARROCO, C. C., & SANTOS, G. V. A saúde do trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS) em tempos de crise. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v.19, n.1, 2020. Acesso em 20 de julho de 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2020.1.36386>

RAMOS, A. D. V. et al. Comunicação como instrumento de gestão no controle de infecção na assistência em saúde: relato de experiência. **Research, Society and Development**, v.11, n.4, 2022. Acesso em: 20 de julho de 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i4.27151>

REINHARDT, É.L.; FISCHER, F. M. Barreiras às intervenções relacionadas à saúde do trabalhador do setor saúde no Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.25, n.5, p. 411-417, 2009.

RODRIGUES, L.F; ARAÚJO, J.S. Absenteísmo entre os trabalhadores de saúde: um ensaio a luz da medicina do trabalho. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**. 2016. N.5.p 10-21.

ROLOFF, D.I.T. et al. Ações promocionais à saúde do trabalhador em empresas: contribuição interdisciplinar. **Portal de Revistas de Enfermagem**. v.24, 2019. Acesso em 11 de março de 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.61042>.

SANCINETTI, et al. Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2011, v. 45, n. 4 p. 1007-1012. Acessado 6 agostos 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000400031>

SANTANA, L.L, et al, Absenteísmo por transtornos mentais em trabalhadores de saúde em um hospital no sul do Brasil. **Rev Gaúcha Enferm**. V. 37, n.1, 2016. Acesso em: 23 de dezembro 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.53485>

SANTOS COUTO, P.L. et al. Representações sociais acerca dos riscos de acidentes de trabalho. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 2, p. 1–10, 22 jun. 2018.

SANTOS, P.R. Saúde do Trabalhador no trabalho hospitalar: metodologias integradas de avaliação de experiências nos espaços de intervenção em hospitais no estado do Rio de Janeiro. 2009. Tese (Doutorado em Ciências e Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2010. Acesso em: 21 de fevereiro 2022. Disponível em: https://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25495_paula_ultima_versao_22_01-2010.pdf.

SERRANO-RIPOLL, M.J. et al. Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, v.227, p. 247-257, 2020. Acesso em 20 de julho de 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.034>.

SILVA, A.M.B. et al. Knowledge about prevention and control of infection related to health care: hospital context. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 18, n. 3, p. 353, 21 ago. 2017.

SILVA, F. F. V. Atenção integral em Saúde do Trabalhador: limitações, avanços e desafios. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v.46, 2021. Acesso em 22 de julho 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000020719>

SILVA, O.M. et al. Biosafety measures to prevent COVID-19 in healthcare professionals: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.57, n.1, 2022. Acesso em 17 fevereiro 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1191>

SULLIVAN, A.B. et al. The COVID-19 Crisis: A Mental Health Perspective and Response Using Telemedicine. **Journal of Patient Experience**, v.7, n.3, p. 295–301. Acesso em 20 de julho de 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2374373520922747>

TEIXEIRA, C.F.S, et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 25 n.9. pp. 3465–74, 2020. Acesso em: 6 de agosto de 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>

TONG, A.; SAINSBUTY, P.; CRAIG, J. Critérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa (COREQ): uma lista de verificação de 32 itens para entrevistas e grupos focais. **Int. J Qual Saúde**. v.17, n.6, p.349-357, 2007.

Vygotsky, LS (1978). *Mente na Sociedade: O Desenvolvimento de Processos Psicológicos Superiores*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

VILELA, R. A. de G., & HURTADO, S. L. B. Uma leitura da crise da atividade de prevenção: paradoxos atuais e desafios futuros. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 25, n.4, p.917–926, 2017. Acesso em 20 de julho de 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoen01077>

VIRKKUNEN J, NEWNHAM D.S. *O Laboratório de Mudança: uma ferramenta de desenvolvimento colaborativo para o trabalho e a educação*. Tradução de Pedro Vianna Cava. Belo Horizonte: Fabrefactum, p. 424, 2015.

VIRKKUNEN, J. et al. O Laboratório de Mudança como ferramenta para transformação colaborativa de atividades de trabalho: uma entrevista com Jaakko. **Revista Saúde e Sociedade**.

v.23, n.1, p. 336-344, 2014. Acesso em 26 julho 2019. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000100027>

WACHHOLZ, C. S.; COLTRE, S. M. O sistema de higiene e segurança no trabalho de uma empresa de TV por assinatura. **Rev. Ciênc. Empres.** UNIPAR, Umuarama, v. 14, n. 1, p. 111-139, jan./jun. 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA - PROFISSIONAIS DO SESMT

Roteiro de entrevista - profissionais do SESMT

Apresentação do entrevistador

Você foi convidado (a) para participar desta entrevista por conta do projeto: Análise e construção cooperativa de soluções para promoção da saúde e prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho em ambiente hospitalar. O que você entendeu sobre este convite?

Você realizou a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido? Você tem alguma dúvida em relação ao Termo?

Antes de iniciarmos, gostaria de reforçar:

Os objetivos de estudo: Contribuir para a promoção da saúde, bem-estar e segurança dos trabalhadores do HU-SP, visando a redução de acidentes e adoecimentos relacionados ao trabalho, absenteísmo e rotatividade, bem como a qualificação dos serviços.

Tempo médio de duração da entrevista: aproximadamente 30 minutos

Possibilidade de continuar depois, caso haja interrupção ou extrapolação do tempo.

Questões

1. Conte-me como foi sua inserção no Hospital. (tentar coletar informações escolaridade, cargo ou função e tempo no hospital e função).
2. Descreva um dia habitual de trabalho no SESMT
3. Conte-me sobre eventuais mudanças que você tenha vivido no SESMT desde o início de suas atividades.
4. Quais facilidades você encontra para realizar seu trabalho?
5. Quais dificuldades você encontra para realizar seu trabalho?
6. O que é feito para lidar com estas dificuldades?
7. Quais impactos da pandemia na atuação do SESMT?
8. Como tem sido a atuação do SESMT na pandemia? O que tem sido feito para lidar com as mudanças?

10 Você teria alguma sugestão sobre o que poderia ser feito?

11 Gostaria de acrescentar alguma informação?

Agradecer e finalizar a entrevista.

Obs: perguntas de apoio

- Interfaces com demais setores
- Como são os processos decisórios / tomada a decisão?
- Alguma vivência anterior pessoal ou de outros atores ajudou nos processos decisórios?

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA - GESTORES

Roteiro de entrevista - Gestores

Apresentação do entrevistador

Você foi convidado (a) para participar desta entrevista por conta do projeto: Análise e construção cooperativa de soluções para promoção da saúde e prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho em ambiente hospitalar. O que você entendeu sobre este convite?

Você realizou a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido? Você tem alguma dúvida em relação ao Termo?

Antes de iniciarmos, gostaria de reforçar:

Os objetivos de estudo: Contribuir para a promoção da saúde, bem-estar e segurança dos trabalhadores do HU-SP, visando a redução de acidentes e adoecimentos relacionados ao trabalho, absenteísmo e rotatividade, bem como a qualificação dos serviços.

Tempo médio de duração da entrevista: aproximadamente 30 minutos

Possibilidade de continuar depois, caso haja interrupção ou extrapolação do tempo.

Questões

1. Conte-me como foi sua inserção no Hospital [tentar coletar informações escolaridade, cargo ou função e tempo no hospital e função].
2. Como você compreende a atividade de saúde e segurança no trabalho no HU-SP?
3. Conte-me um pouco sobre a organização desta atividade [de saúde e segurança no trabalho] no hospital.
4. Como você percebe a relação entre sua função / cargo e a atividade de saúde e segurança no trabalho no HU-SP?
5. Existem demandas que a gestão enfrenta e que exigem resposta do SESMT? Quais seriam?
6. Quais facilidades voltadas à promoção da saúde e segurança do trabalho você identifica?
7. Quais dificuldades voltadas à promoção da saúde e segurança do trabalho você identifica?

8. Como a gestão tem lidado com o desafio da proteção da saúde dos trabalhadores do HU no contexto da pandemia?
9. Ainda com relação à pandemia, quais mudanças você percebeu em relação às atividades de segurança e saúde no trabalho? [perguntas de apoio: houve mudança na sua interação com outros setores? Quais as principais inovações realizadas voltadas à promoção da saúde e segurança do trabalho?
10. Gostaria de acrescentar alguma informação?

Agradecer e finalizar a entrevista.

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE
(Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e Ofício Circular nº
2/2021/CONEP/SECNS/MS)

Nº parecer de aprovação pelo CEP 4.790.305 / CAAE: 44105621.3.0000.5504

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Análise e construção cooperativa de soluções para promoção da saúde e prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho em ambiente hospitalar”, coordenada pela Profa. Dra. Vivian Aline Mininel. Esta pesquisa está vinculado ao Projeto de Pesquisa temático “Inovação e transformação da atividade de prevenção de riscos profissionais - ITAPAR”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPSP) em Acordo de Cooperação junto à Agence Nationale de la Recherche (ANR) na França, sob Processo nº 2019/13525- 0, coordenado pelo Prof. Dr. Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela (Faculdade de Saúde Pública da USP) e pela Profa. Dra. Adelaide Nascimento (Centre de Recherche sur le Travail et le Développement de Conservatoire National des Arts et Métiers – CRTD-CNAM, França).

Esta pesquisa está registrada na Plataforma Brasil sob número de CAAE 44105621.3.0000.5504 e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer número 4.790.305.

1. Objetivo geral: Contribuir para a promoção da saúde, bem-estar e segurança dos trabalhadores, visando a redução de acidentes e adoecimentos relacionados ao trabalho e qualificação dos serviços.

2. Procedimentos: a sua participação consiste em participar de entrevistas individuais e/ou coletivas e/ou sessões de grupo de trabalho. Estas atividades serão realizadas no próprio hospital, em sala reservada destinada a este fim, ou por plataforma virtual (Google Meet), dependendo do que foi combinado com você e com a instituição previamente. As entrevistas e sessões serão gravadas em áudio e vídeo, sendo que sua imagem e sua voz não serão utilizadas na divulgação da pesquisa, mas apenas para análise dos dados. As entrevistas individuais terão duração média de 30 minutos, as entrevistas coletivas de 60 minutos e as sessões de grupo de trabalho até duas horas.

3. Potenciais riscos e benefícios: toda pesquisa envolve risco para seres humanos. Nesse estudo, a possibilidade de risco refere-se ao aspecto psicológico dos participantes e de quebra de sigilo das informações. O risco psicológico pode decorrer de algumas perguntas relacionadas

ao seu ambiente de trabalho, que podem remeter à algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou, ainda, levar ao cansaço durante ou após as entrevistas (individuais ou coletivas). Nestes casos, você poderá interromper a entrevista e retirar seu consentimento de participação ou, ainda, retomar em outro momento. Por envolver momentos de discussão coletiva, podem acontecer divergências de opinião mais acaloradas e, nestes casos, haverá intervenção imediata dos mediadores, que possuem experiência com esta modalidade de coleta de dados. Para minimizar este risco, serão realizadas entrevistas coletivas com trabalhadores de mesmo nível hierárquico, a fim de evitar a confrontação entre níveis diferentes. Caso você deseje, poderá ser encaminhado(a) aos serviços de apoio psicológico do próprio hospital ou da Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde para acolhimento e, posteriormente, encaminhamento a setores de apoio psicológico do SUS. Caso haja qualquer dano físico ou psicológico será garantida a assistência integral e gratuita por danos imediatos ou tardios, diretos ou indiretos relacionados à participação nessa pesquisa. Essa assistência poderá ocorrer em qualquer momento, não só durante ou após o término do estudo, mas também tardiamente, desde que seja detectado o problema e a relação com a participação na pesquisa. Durante as entrevistas coletivas e encontros de grupos de trabalho poderão acontecer divergências de opinião mais acaloradas e, nestes casos, haverá intervenção imediata dos mediadores, que possuem experiência com esta modalidade de coleta de dados, a fim de direcionar os participantes aos objetivos da pesquisa. É importante ressaltar as limitações dos pesquisadores para assegurar total confidencialidade dos dados e o potencial risco de sua violação. Neste sentido, para minimizar riscos de perdas de informações ou quebra de sigilo, as gravações das entrevistas individuais e coletivas, os encontros do grupo de trabalho, as anotações em diário de campo e demais documentos serão armazenadas em computador individual protegido por login e senha pessoais e intransferíveis; somente os pesquisadores terão acesso a estes dados. Caso a coleta ocorra por plataforma virtual, será utilizado o GoogleMeet, que é oferecido a docentes e estudantes e permite acesso restrito e controlado. Após a transcrição e análise das entrevistas individuais e coletivas, os áudios e gravações em áudio e vídeo serão destruídos. Não haverá armazenamento de dados em 'nuvem', mas em dispositivo eletrônico local (todos os registros em ambiente virtual compartilhado ou nuvem serão apagados). Todos os dados coletados, sejam em documentos, anotações em diário de campo ou gravações transcritas, serão anonimizados, a fim de impossibilitar a identificação de pessoas ou setores. Os benefícios decorrentes da pesquisa são relacionados ao reconhecimento dos riscos de acidentes e adoecimentos relacionados ao trabalho, bem como à identificação de

estratégias de fortalecimento e redesenho da atividade de prevenção da saúde trabalhadores no contexto hospitalar.

4. Garantia de sigilo: suas respostas serão analisadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento haverá divulgação do seu nome e de quaisquer informações que permitam a identificação de pessoas, profissionais ou serviços de saúde. Os dados serão armazenados sob responsabilidade da Coordenadora da pesquisa por, no mínimo, 5 (cinco) anos após a finalização do estudo. O relatório final desta pesquisa será publicado e compartilhado com o público em geral sem a identificação de nomes ou locais, mas contendo falas pontuais que permitam a compreensão do objeto de estudo (prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho no ambiente hospitalar).

5. Liberdade de recusa: sua participação é de forma livre e voluntária. Você pode retirar o consentimento na participação a qualquer momento do estudo, sem necessidade de justificativa. A desistência não acarretará quaisquer prejuízos para você, sua família ou para o serviço de saúde. Após o consentimento, você terá o direito de acessar o teor do conteúdo dos instrumentos de coleta de dados (tópicos que serão abordados) previamente ao momento da coleta de dados, para uma tomada de decisão informada.

6. Custos, remunerações ou indenizações: a participação nesta pesquisa não trará custos adicionais para você. Também não haverá qualquer tipo de pagamento ou benefício por sua participação e sua participação não incidirá em banco de horas ou horas extras. Caso a pesquisa acarrete qualquer tipo de dano em sua vida, você terá direito a indenização. Fica garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, nos termos da Lei. O participante da pesquisa terá direito à indenização de qualquer dano decorrente da pesquisa, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Não está previsto pagamento ou gratificação decorrente da participação na pesquisa; a participação também não implicará em acúmulo de horas em banco de horas ou recebimento de horas extras. A pesquisa não trará custos para o participante; sua participação é voluntária e o participante está livre para recusar, interromper sua participação e retirar seu consentimento a qualquer momento, inclusive após o período de coleta dos dados (nestes casos, os dados do participante serão excluídos do banco de dados). Por ser voluntário, o motivo de recusa em participar da mesma não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios junto ao empregador. As informações do estudo serão divulgadas somente para fins científicos.

7. Esclarecimentos: você receberá uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinada pela Coordenadora da pesquisa por e-mail ou presencialmente. É importante que você guarde uma cópia deste documento em seus arquivos físicos ou eletrônicos. Para

esclarecimentos adicionais, dúvidas ou sugestões sobre o estudo, você pode entrar em contato com a Coordenadora da pesquisa ou com o próprio Comitê de Ética em Pesquisa, conforme dados abaixo.

CONSENTIMENTO

Você concorda em participar deste estudo?

Sim

Não

Nome completo: _____ Data: __/__/__

Assinatura do(a) participante: _____

Profa. Dra. Vivian Aline Mininel

Pesquisadora Responsável

Contato tel.: (16)3351-9334 (16) 98145-9484

E-mail: vivian.aline@gmail.com

Endereço para contato: Rodovia Washington Luís, km 235, caixa postal 676, São Carlos-SP, Cep. 13565- 905.

Profa. Dra. Vivian Aline Mininel

Coordenadora do Projeto de Pesquisa – DENE/UFSCar

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar

É um comitê composto por diversos membros, que tem como finalidade defender os interesses dos participantes da pesquisa em relação a sua integridade e dignidade, para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Para informações complementares, acesse: <http://www.propq.ufscar.br/etica>

Horário de Atendimento ao Público - Balcão e Telefone: Segunda à Sexta: 8:00 às 12:00 e das 14:00 às 16:30

Telefone: (16) 3351-8028

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Endereço para contato: Rodovia Washington Luís, km 235, caixa postal 676, São Carlos-SP, Cep. 13565- 905. O prédio localiza-se na Área Sul da UFSCar, no prédio da Reitoria