

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE DO
TRABALHADOR

DANIELA ROBERTA CURCINO

IMPLICAÇÕES DO PROCESSO DE TRABALHO NA SAÚDE DO TRIAGISTA
CLÍNICO DE DOADORES DE SANGUE SOB A PERSPECTIVA DA GESTÃO

UBERLÂNDIA-MG

2023

DANIELA ROBERTA CURCINO

**IMPLICAÇÕES DO PROCESSO DE TRABALHO NA SAÚDE DO TRIAGISTA
CLÍNICO DE DOADORES DE SANGUE SOB A PERSPECTIVA DA GESTÃO**

Relatório apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (PPGAT) do Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito obrigatório para a defesa de dissertação.

Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Liliane Parreira Tannús Gontijo

Coorientadora: Prof^a Dr^a Marisa Aparecida Elias

UBERLÂNDIA-MG

2023

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

C975 Curcino, Daniela Roberta, 1986-
2023 IMPLICAÇÕES DO PROCESSO DE TRABALHO NA SAÚDE DO
TRIAGISTA CLÍNICO DE DOADORES DE SANGUE SOB A
PERSPECTIVA DA GESTÃO [recurso eletrônico] / Daniela
Roberta Curcino. - 2023.

Orientador: Liliâne Parreira Tannús Gontijo.
Coorientador: Marisa Aparecida Elias.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de
Uberlândia, Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do
Trabalhador.

Modo de acesso: Internet.
Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2023.600>
Inclui bibliografia.

1. Geografia médica. I. Gontijo, Liliâne Parreira
Tannús, 1962-, (Orient.). II. Elias, Marisa Aparecida,
1968-, (Coorient.). III. Universidade Federal de
Uberlândia. Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do
Trabalhador. IV. Título.

CDU: 910.1:61

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:
Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
 Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do
 Trabalhador
 Av. João Naves de Ávila, 2121, Bloco 3E, Sala 128 - Bairro Santa Monica, Uberlândia-MG, CEP 38400-902
 Telefone: 34-3239-4591 - www.ppgat.ig.ufu.br



ATA

Programa de Pós-Graduação em:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Profissional PPGSAT				
Data:	05/12/2023	Hora de início:	13h:00	Hora de encerramento:	14h:40
Matrícula do Discente:	12012GST005				
Nome do Discente:	DANIELA ROBERTA CURCINO				
Título do Trabalho:	IMPLICAÇÕES DO PROCESSO DE TRABALHO NA SAÚDE DO TRIAGISTA CLÍNICO DE DOADORES DE SANGUE SOB A PERSPECTIVA DA GESTÃO				
Área de concentração:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador				
Linha de pesquisa:	Saúde do Trabalhador				
Projeto de Pesquisa de vinculação:					

Reuniu-se em web conferência pela Plataforma Zoom, em conformidade com a PORTARIA Nº 36, DE 19 DE MARÇO DE 2020 da COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR - CAPES, pela Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, assim composta: Professores(as) Doutores(as): Prof. Dr. Eduardo Mendes Nascimento da Universidade Federal de Uberlândia; Profa. Dra. Larissa Guimarães Martins Abrão da Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG); e Profa. Dra. Liliane Parreira Tannús Gontijo da Universidade Federal de Uberlândia, orientadora da candidata.

Iniciando os trabalhos a presidente da mesa, Dra. Liliane Parreira Tannús Gontijo apresentou a Comissão Examinadora a candidata, agradeceu a presença do público e concedeu a Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir a senhora presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir a candidata. Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando a candidata:

APROVADA

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Liliane Parreira Tannus Gontijo, Professor(a) do Magistério Superior**, em 10/12/2023, às 12:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Larissa Guimarães Martins Abrão, Usuário Externo**, em 11/12/2023, às 13:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Eduardo Mendes Nascimento, Professor(a) do Magistério Superior**, em 18/12/2023, às 17:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **5031376** e o código CRC **C431679B**.

Àqueles que caminham comigo, que trazem
sentido e significado para a vida.

RESUMO

INTRODUÇÃO O presente estudo teve como propósito analisar a percepção dos gestores sobre o processo de trabalho dos triagistas clínicos e a provável presença de riscos de adoecimento desse trabalhador da saúde. A triagem clínica é uma etapa fundamental no processo de seleção de candidatos aptos à doação de sangue. É realizado por meio de uma entrevista detalhada, e breve exame físico, visando identificar o atendimento aos requisitos da legislação brasileira. Trata-se de um processo de trabalho de caráter repetitivo, que exige qualificação técnica, concentração, dinamismo, interpretação de linguagens verbais e não verbais, cumprimento de metas e monitoramento contínuo do tempo de triagem e do tempo de espera de atendimento, dentro outras exigências. **OBJETIVO:** Objetivou-se conhecer a perspectiva de gestores, referente as implicações do processo de trabalho na saúde dos triadores clínicos, em busca de promover estratégias protetivas e de promoção à saúde, agregando contribuições a qualidade de vida no trabalho desses profissionais. **METODOLOGIA:** Tratou-se de um estudo de abordagem quantitativa, descritiva. Amostra intencional, formada por gestores de enfermagem e gerentes/coordenadores técnicos, dos hemocentros, hemonúcleos, unidades de coleta das hemorredes estaduais, que realizam coleta de sangue de doadores. Tivemos a participação de (n= 31; 56,36%) respondentes à pesquisa. Os dados foram coletados, mediante instrumentos validados, sendo eles: 01 (um) questionário socioprofissional e demográfico; e 04 (quatro) Escalas de Avaliação do Inventário Sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento – ITRA, os quais foram enviados por meio eletrônico. O estudo foi conduzido em 04 estados do sudeste do Brasil, em hemorredes estaduais públicas, que compõe o Sistema Estadual de Saúde e o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados – SINASAN, e são vinculadas às Secretarias de Estado da Saúde brasileiro, e seguem os princípios e diretrizes da Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados e do Sistema de Saúde. Recebeu a aprovação do CEP UFU sob número 5.010.611 e de todos os CEPs das hemorredes envolvidas. **RESULTADOS:** A gestão considera que a sua equipe de triagistas possui boa liberdade de expressão, entretanto, a falta de reconhecimento e esgotamento profissional estão em níveis críticos. Em relação aos danos relacionados ao trabalho, os danos sociais foram considerados como categoria crítica, ao passo que os demais domínios (danos físicos e danos psicológicos) foram considerados suportáveis. As condições de trabalho foram classificadas como satisfatórias, enquanto a organização de trabalho recebeu uma avaliação desfavorável e as relações socioprofissionais foram consideradas críticas. Ao considerar o custo humano no

trabalho, os gestores consideram os custos cognitivo, físico e afetivo dos triagistas como críticos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Destacam-se algumas ponderações e reflexões finais: quanto menor o tempo no cargo (até 5 anos) maior a identificação dos gestores de sofrimento dos triagistas, o gênero feminino apresenta-se com maior sofrimento na organização do trabalho e nas as relações socioprofissionais; por sua vez, a faixa etária de 40 a 49 anos de idade aparece com maior sofrimento no quesito custos cognitivo e físico; os gestores reconhecem e estão conscientes, quanto ao desgaste e a dureza (cansativo e trabalhoso) do processo de trabalho dos triadores, bem como sensibilizados (aliados), quanto à necessidade de melhoria no processo de trabalho. Os estudos científicos são insuficientes e escassos para analisar a ocorrência de risco de doenças ocupacionais entre os triagistas. Sugere-se que estudos futuros possam aprofundar sobre essa problemática.

Palavras-chave: Triagista; Triador; Triagem Clínica; Seleção de Doador.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The purpose of this study was to analyze managers' perception of the work process of clinical triagists and the likely presence of risks of illness for these healthcare workers. Clinical screening is a fundamental step in the process of selecting candidates suitable for blood donation. It is carried out through a detailed interview and brief physical examination, aiming to identify compliance with the requirements of Brazilian legislation. It is a repetitive work process, which requires technical qualification, concentration, dynamism, interpretation of verbal and non-verbal languages, achievement of goals and continuous monitoring of screening time and waiting time for care, among other requirements. **OBJECTIVE:** The objective was to understand the perspective of managers, regarding the implications of the work process on the health of clinical screeners, in search of promoting protective and health promotion strategies, adding contributions to the quality of life at work of these professionals. **METHODOLOGY:** This was a study with a quantitative, descriptive approach. Intentional sample, made up of nursing managers and technical managers/coordinators, from blood centers, blood centers, collection units of State Blood Networks, which collect blood from donors. We had the participation of (n= 31; 56.36%) respondents to the survey. Data were collected using validated instruments, namely: 01 (one) socio-professional and demographic questionnaire; and 04 (four) Assessment Scales from the Inventory on Work and Illness Risks – ITRA, which were sent electronically. The study was conducted in 04 states in southeastern Brazil, in public state blood networks, which make up the State Health System and the National System of Blood, Components and Derivatives – SINASAN, and are linked to the Brazilian State Health Departments, and follow the principles and guidelines of the National Policy on Blood, Components and Blood Products and the Health System. It received approval from the CEP UFU under number 5.010.611 and from all the CEPs of the blood networks involved. **RESULTS:** Management considers that its triage team has good freedom of expression, however, the lack of recognition and professional burnout are at critical levels. In relation to work-related damages, social damages were considered a critical category, while the other domains (physical damages and psychological damages) were considered bearable. Working conditions were classified as satisfactory, while the work organization received an unfavorable evaluation and socio-professional relationships were considered critical. When considering the human cost of work, managers consider the cognitive, physical and affective costs of triagists as critical. **FINAL CONSIDERATIONS:** Some final considerations and reflections stand out:

the shorter the time in the position (up to 5 years) the greater the identification of triagists' suffering managers, the female gender presents greater suffering in the organization of work and in relationships socio-professionals; in turn, the age group from 40 to 49 years of age appears to suffer the most in terms of cognitive and physical costs; Managers recognize and are aware to understandable regarding the exhaustion and hardness (tiring and laborious) of the sorters' work process, as well as sensitized (allies) regarding the need for improvement in the work process. Scientific studies are insufficient and scarce to analyze the occurrence of risk of occupational diseases among triage professionals. It is suggested that future studies can delve deeper into this issue.

Keywords: Triagist; Sorter; Clinical Screening; Donor Selection.

LISTA DE SIGLAS

ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BIREME Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
BVS Biblioteca Virtual de Saúde
CEP Comitê de Ética em Pesquisa
CID-11 Classificação Internacional de Doenças
CLT – Consolidação das leis do trabalho
CONEP Comissão de Ética em Pesquisa
CRESS - Conselho Regional de Serviço Social
CRBM Conselho Regional de Biomedicina
COREN Conselho Regional de Enfermagem
COVID-19 Doença causada pelo novo coronavírus denominado SARS-CoV-2
CFM Conselho Federal de Medicina
CRM Conselho Regional de Medicina
DeCS Descritores em Ciências da Saúde
DST Doenças Sexualmente Transmissíveis
EACT Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho
EADRT Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho
EBSCO Elton B. Stephens Company
ECHT Escala de Custo Humano do Trabalho
ESTES Escola Técnica de Saúde
EIPST Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho
HE α Hemorrede Estadual Alfa
HE β Hemorrede Estadual Beta
HE χ Hemorrede Estadual Gama
HE δ Hemorrede Estadual Delta
HIV Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IGUFU Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia
ITRA Inventário Sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento
LILACS Literatura Latino-americana
MASP Matrícula do Servidor Público

MEC Ministério da Educação

MEDLINE Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica

MG Minas Gerais

MS Ministério da Saúde

OIT Organização Internacional do Trabalho

PACE Posto Avançado de Coleta Externa

PPGAT Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador

PUBMED Público Editora Medline

RT Responsável Técnico

SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SINASAN Sistema Estadual de Saúde e o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados.

STROBE Reporting of Observational Studies in Epidemiology. “Declaração de STROBE”

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VISA Vigilância Sanitária

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Quantitativo de unidades convidadas a participar do estudo.....	59
Quadro 2. Classificação dos resultados da Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST)	77
Quadro 3 Classificação dos resultados da Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT).	80
Quadro 4 Classificação dos resultados da Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT).	81
Quadro 5 Classificação dos resultados da Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT)	84

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Estratégias para reduzir o risco de infecções por transfusão	23
Figura 2. Curva de estresse de Yerkes Dodson	27
Figura 3. Resumo esquemático do método de coleta de dados do estudo	57
Figura 4. Localização geográfica das hemorredes participantes do estudo	58
Figura 5. Organograma da gestão dos triagistas clínicos de doadores de sangue.....	61
Figura 6. Convite online para solicitar participação na pesquisa.....	63
Figura 7. Distribuição dos participantes por cargo	75
Figura 8. Gestores dos triagistas clínicos respondentes da pesquisa.....	75
Figura 9. Escore médio da Escala EIPST e seus domínios	79
Figura 10. Escore médio da Escala EARDT e seus domínios	81
Figura 11. Escore médio da Escala EACT e seus domínios	83
Figura 12. Escore médio da Escala ECHT e seus domínios	85

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Gestores dos triagistas clínicos convidados para a pesquisa	61
Tabela 2. Descrição das características sociodemográficas da amostra de estudo	73
Tabela 3. Escore médio total da escala EIPST e seus domínios.....	78
Tabela 4. Escore médio total da escala EARDT e seus domínios	80
Tabela 5. Escore médio total da escala EACT e seus domínios.....	82
Tabela 6. Escore médio total da escala ECHT e seus domínios.....	84
Tabela 7. Análise de associações da escala EIPST e seus domínios.....	114
Tabela 8. Análise de associações da escala EADRT e seus domínios	117
Tabela 9. Análise de associações da escala EACT e seus domínios.....	120
Tabela 10. Análise de associações da escala ECHT e seus domínios	123

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
PARTE I – DESENVOLVIMENTO DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO	
1 INTRODUÇÃO.....	18
2 OBJETIVOS.....	30
2.1 Objetivo Geral	30
2.2 Objetivos Específicos	30
3 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL BÁSICO	31
3.1 O trabalho e o trabalho em saúde	38
3.2 Trabalho assistencial e de assessoria dos profissionais de saúde	40
3.3 O processo de trabalho do triagista clínico de doadores de sangue.....	42
3.4 Qualidade de vida no trabalho	51
4 PERCURSO METODOLÓGICO	56
4.1 Ética e protocolos	56
4.2 Tipo de estudo	56
4.3 Local de estudo	57
4.4 Participantes do Estudo	60
4.5 Métodos e Instrumentos de Coleta de Dados	63
4.5.1 Questionários	64
4.6 Fontes de Estudo.....	65
4.7 Critérios de Inclusão	66
4.8 Critérios de Exclusão	66
4.9 Análise crítica de riscos e benefícios.....	67
4.10 Medidas de proteção de risco, confidencialidade e obtenção de consentimento.....	68

4.11 Critérios para encerrar a pesquisa	68
4.12 Análise de dados – Análise descritiva.....	68
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	73
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
REFERÊNCIAS	91
APÊNDICE A	107
APÊNDICE B.....	112
APÊNDICE C	115
ANEXO A - Inventário Sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento.....	127
ANEXO B - Reposting of Observational Studies In Epidemiology denominada de "Declaração de STROBE"	132

APRESENTAÇÃO

O estímulo para cursar o Programa de Pós-Graduação em Saúde do Trabalhador – PPGAT, partiu da instigação em conhecer os efeitos sobre a saúde dos profissionais que trabalham em unidades de hemoterapia realizando a triagem clínica de doadores de sangue. A pesquisadora faz parte deste ambiente de trabalho, já atuou frente à coordenação de uma unidade de hemoterapia, e atualmente ocupa um cargo público, com a função de triagista clínico, é ao mesmo tempo pesquisadora e pesquisada. Sua primeira experiência profissional foi em um estágio extracurricular, remunerado, realizado no campo da Saúde Ocupacional, em uma multinacional de grãos e defensivos agrícolas.

Do interesse pela área de saúde do trabalhador, cursou sua primeira pós-graduação em Enfermagem do Trabalho, enquanto realizava concursos públicos, até ter a sua aprovação em um município do triângulo mineiro, no qual foi destinada à ser responsável técnica pela enfermagem de um núcleo de hematologia e hemoterapia. Posteriormente, obteve nova aprovação em concurso público, e passou a atuar em um hemocentro de Minas Gerais, como analista de hematologia e hemoterapia, na função de triagista clínico. Com o intuito de unir sua prática clínica com a ciência, foi desenvolvido o estudo, para analisar a percepção dos gestores sobre o trabalho dos triagistas clínicos, e utilizar os resultados, fragilidades e fortalezas encontrados na dinâmica de trabalho, com a expectativa de auxiliar a gestão no planejamento e coordenação da equipe.

A intenção em analisar a visão dos gestores em detrimento à percepção dos próprios triagistas é que pesquisar sob o olhar da gestão traz oportunidades e estímulo a reflexão do comando (da direção) sobre o ambiente laboral dos triagistas, e pode desencadear o despertar de considerações sobre o processo, tencionando melhorias e, eventualmente, receber melhorias em seu contexto.

A doação de sangue sempre ganhou muita visibilidade nos estudos, voltados para temas como insuficiência de estoques, reações transfusionais nos pacientes receptores, causas de inaptidões clínicas dos candidatos à doação, prevalência de sorologias positivas em doadores, soro conversão de pacientes transfundidos, dentre outras razões. Mas percebemos, que até o início da pesquisa não haviam estudos voltados para os profissionais que trabalham no ciclo do sangue. Identificando esta janela nos trabalhos científicos, e conhecendo o processo de trabalho

no ciclo do sangue, percebemos a oportunidade em elaborar um estudo que analisasse uma das etapas fundamentais para a coleta de sangue: a triagem clínica.

A triagem clínica é um filtro muito importante no processo de doação de sangue. Através dela, é possível identificar se o candidato à doação de sangue possui condições de saúde para efetivar o procedimento, e se será um processo seguro ao doador, e para separar doadores que estejam em período de janela imunológica, e poderiam apresentar resultados falso-negativos nos exames sorológicos, e comprometer a saúde do receptor. Além de identificar doadores que estejam com doenças ativas ou convalescentes, e que não estejam em estado satisfatório de saúde.

Diversos desafios surgiram pelo percurso. Em março de 2020 as aulas foram suspensas pela declaração da Organização Mundial de Saúde da pandemia do novo coronavírus, causada pelo Sars-Cov-2. Acompanhávamos os boletins epidemiológicos, com a elevação na taxa de contágio, números exponenciais de óbitos ao dia, noticiários com tragédias, por mortes devido à ausência de leitos, falta de ventiladores mecânicos para pacientes entubados, ausência de oxigênio, profissionais doentes e afastados, serviços de saúde superlotados, e uma intensa batalha contra um movimento governamental anticiência. Enquanto isso, Jaqueline Goes de Jesus, cientista, brasileira, mapeava um dos primeiros sequenciamentos genéticos no novo coronavírus.

O segundo semestre de 2020 foi excepcional. A impossibilidade de controle de contágio do coronavírus, a dificuldade de bloqueio das cadeias de transmissão, e elevação do número de casos e óbitos nos inseriu em uma nova modalidade de estudos: o Ensino Remoto Emergencial (ERE) com as especificidades da Educação a Distância (EAD) em encontros síncronos, através do uso de plataformas virtuais, modelo defendido pela Pró-reitora de Graduação - PROGRAD, simulando, assim, as próprias atividades presenciais.

Superado os desafios da nova modalidade de ensino, nos deparamos com dificuldades em dar início à pesquisa. De uma autorização local negada; após o projeto estar todo construído e esquematizado; e de discursos intimidatórios, a pesquisa foi reestruturada. Questionários que seriam aplicados *in loco*, foram digitalizados e distribuídos via link. Um estudo que seria feito em uma única unidade, ganhou amplitude, e abraçou quatro estados do sudeste do Brasil, com a participação de 04 hemorredes públicas estaduais.

No Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal de Uberlândia o projeto foi aceito e aprovado, porém cada instituição coparticipante possuía o seu comitê de ética em

pesquisa próprio e independente, e tramitariam internamente o fluxo para aprovação do projeto, possuíam calendários de reuniões diversos, formulários de cadastro distintos, e seguiram fluxos de aprovações em tempos e celeridades variadas. Esses percalços, demandavam emendas e alterações nos cronogramas de execução. A cada alteração, todos os comitês de ética em pesquisa tramitavam novamente as atualizações, e emitiam seus pareceres favoráveis à realização da pesquisa. E assim, demos início ao estudo.

PARTE I - DESENVOLVIMENTO DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

TÍTULO DA PESQUISA: Implicações do processo de trabalho na saúde do triagista clínico de doadores de sangue sob a perspectiva da gestão.

1 INTRODUÇÃO

Este estudo, apresentado na forma de dissertação, versa sobre os impactos na saúde do triagista clínico de doadores de sangue, sob a perspectiva da gestão. A prática das transfusões sanguíneas somente se torna factível, considerando o ato de doação de sangue humano. Nos últimos anos a medicina transfusional se tornou essencial para o tratamento de diversas doenças, o que incentivou o progresso terapêutico, o desenvolvimento de novas tecnologias e o melhor entendimento sobre o uso do sangue e seus componentes. Atualmente, as transfusões sanguíneas são cada vez mais comuns na medicina, por possibilitar, mediante a administração do sangue, o tratamento e a cura de pacientes com doenças hematológicas ou não hematológicas (SILVA, et. al 2020b).

O procedimento transfusional, mesmo após a implementação de protocolos e novas tecnologias, ainda apresenta riscos, como a transmissão de doenças infecciosas, imunossupressão¹ e aloimunização², e deve ser considerado como tratamento apenas na ausência de outras opções terapêuticas mais seguras. Quanto maior a taxa de doadores de repetição, maiores são os índices de segurança e qualidade transfusional (BRASIL, 2015).

O progresso e o aperfeiçoamento dos conhecimentos e tecnologias propiciam que a transfusão de sangue seja realizada com maior segurança, visto que os riscos relacionados ao procedimento foram sendo reduzidos com os avanços da ciência e da terapia celular, mas mesmo com o avanço tecnológico, o sangue ainda é considerado um produto insubstituível. (FERRAS,2020). Apesar de todas as estratégias utilizadas de conscientização e incentivo à

¹ Imunossupressão: pode ocorrer como um evento indesejável, com a redução da atividade ou da eficiência do sistema imunológico, como um evento agudo, subagudo ou crônico, e trazer consequências benéficas ou malélicas ao receptor (SILVA,2023).

² Aloimunização: trata-se da formação de anticorpos devido à exposição do receptor à antígenos eritrocitários, não próprios e incompatíveis, que podem acarretar em reações hemolíticas graves e fatais (SILVA,2023).

doação de sangue, as unidades de hematologia e hemoterapia vivem um constante desafio: manter os estoques de bolsas em quantidades seguras (LEITÃO,2020).

A doação de sangue é um processo regulamentado pela Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, no qual deixa claro que deve ser um processo voluntário, anônimo, altruísta e não remunerado, e também prevê que todo o processo seja realizado em sigilo, preservando todas as informações prestadas pelo doador durante todo o processo. A lei também estabelece que o atendimento seja realizado, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, com o cumprimento dos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Para realizar a seleção de candidatos à doação de sangue, utiliza-se um processo fundamental, a triagem clínica. Trata-se de uma entrevista, baseada em critérios estabelecidos pela legislação vigente, que abrange a história de doença atual e pregressa do candidato, comportamentos e análise de situações de risco acrescido para transmissão de doenças pelo sangue (MORAES; et. al. 2020).

É realizada pela aplicação de um questionário, que guia o entrevistador na investigação de situações que possam prejudicar a saúde do candidato ou que possa acarretar risco acentuado para o receptor. Deve ser executada pelo profissional, sem que haja qualquer interferência discriminatória de orientação sexual, preconceitos relacionados à etnia/raça, hábitos culturais, estilo de vida, condições socioeconômicas, e deve ser isenta da manifestação de juízos de valor (BRASIL, 2016).

A triagem clínica, além de garantir a proteção à saúde do doador de sangue, também seleciona aqueles candidatos que não estejam em período de janela imunológica, pois, apesar da triagem sorológica ser extremamente válida ao processo, se a exposição do candidato tiver sido recente, pode não haver tempo hábil para expressão de antígenos/anticorpos que serão investigados nos exames sorológicos, tornando um resultado falso negativo (COSTA, et.al; 2020).

A legislação prevê que a triagem clínica pode ser realizada por profissional de saúde, de nível de escolaridade superior, qualificado, que tenha recebido treinamento e/ou capacitação adequada para o desenvolvimento de suas atividades, sob supervisão médica. (BRASIL,2016). Além de apropriar-se dos embasamentos, técnico e teórico, das legislações do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

As redes de hematologia e hemoterapia brasileira, selecionadas para este estudo, compõe o Sistema Estadual de Saúde e o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e

Derivados – SINASAN, e são vinculadas às Secretarias de Estado da Saúde brasileiro, e seguem os princípios e diretrizes da Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados e do Sistema de Saúde.

O presente estudo teve como propósito analisar a percepção dos gestores sobre o processo de trabalho dos triagistas clínicos e a provável presença de riscos de adoecimento desse trabalhador da saúde, na busca de estratégias protetivas, de estímulo a qualidade de vida no trabalho e de otimização dos procedimentos organizacionais e operacionais.

Optou-se, doravante, pela seguinte denominação dos locais de estudo, estabelecidos de maneira aleatória, levando-se em consideração a preservação e sigilo das instituições e dos participantes: (1) *Hemorrede Estadual Alfa (HE α)*; (2) *Hemorrede Estadual Beta (HE β)*; (3) *Hemorrede Estadual Gama (HE γ)*; (4) *Hemorrede Estadual Delta (HE δ)*.

A *Hemorrede Estadual Alfa (HE α)* é composta pelo conjunto de unidades públicas, as quais perfazem 05 (cinco) unidades, sendo: 04 (quatro) hemocentros e 01 (uma) unidade de coleta, a *Hemorrede Estadual Beta (HE β)* é composta pelo conjunto de unidades públicas, as quais perfazem 21 (vinte e um) unidades, sendo: 07 (sete) hemocentros; 09 (nove) hemonúcleos; 05 (cinco) unidades de coleta, a *Hemorrede Estadual Gama (HE γ)* é composta por um hemocentro coordenador e a *Hemorrede Estadual Delta (HE δ)* é composta pelo conjunto de unidades públicas, as quais perfazem 06 (seis) unidades, sendo: 01 (01) hemocentros; 05 (cinco) unidades de coleta.

As estruturas das hemorredes são definidas pela portaria nº 121, de 24 de novembro de 1995, a qual estabelece a seguinte classificação:

PACE: Postos avançados de coletas externas, são localidades especiais para coleta de sangue, que podem estar localizadas em ambiente intra ou extra hospitalar, e terem funcionamento itinerante ou fixo. As bolsas de sangue coletadas nestas unidades são encaminhadas para unidades de referência, com maior complexidade, para realizarem o processamento e a produção dos hemocomponentes.

Unidades de coleta: São locais de atendimento voltados para a coleta de sangue total e ato transfusional, em localidades responsáveis por limitada abrangência geográfica, e que não se faz necessário uma complexa estrutura de hemoterapia.

Hemonúcleos: baseia-se na descentralização dos serviços prestados pelo hemocentro regional, preferencialmente é localizado em uma área extra-hospitalar, e disponibiliza atendimento hemoterápico e hematológico para a localidade.

Hemocentro Regional: é uma unidade com complexidade intermediária, com abrangência macrorregional, para a prestação de assistência hemoterápica e hematológica, apoiando a assistência à saúde da região, comportando-se como a descentralização do hemocentro.

Hemocentros: são estruturas centrais, localizadas em grandes centros, preferencialmente na capital do estado, responsabiliza-se pela prestação de serviços de assistência em hematologia e hemoterapia, aos serviços de saúde, oferecendo ações de maior complexidade e de cunho tecnológico.

Nas *Hemorredes Estaduais Alfa* ($HE\alpha$), *Beta* ($HE\beta$), *Gama* ($HE\gamma$) e *Delta* ($HE\delta$), contexto desse estudo, as entrevistas clínicas dos doadores de sangue são realizadas por profissionais de saúde, de distintas formações acadêmicas, majoritariamente por enfermeiros, mas incluindo também médicos, assistente social e biomédicos, legalmente habilitados e inscritos respectivamente no Conselho Regional de Enfermagem – COREN, Conselho Regional de Medicina – CRM, Conselho Regional de Serviço Social – CRESS e no Conselho Regional de Biomedicina – CRBM.

Há diversas composições de equipes, distintos vínculos empregatícios, e variadas cargas horárias, de acordo com a necessidade regional de cada unidade e baseadas no atendimento à demanda transfusional. Habitualmente, em cada unidade, há padronização dos triadores, como uma equipe fixa, que realiza diariamente o atendimento aos doadores de sangue. Na impossibilidade de comparecimento de percentual adequado da equipe, os enfermeiros e médicos da sala de coleta, ambulatório e/ou aférese, e demais profissionais de saúde de nível superior da unidade, previamente treinados, também compõe eventualmente a escala do setor da triagem clínica. (HEMOMINAS, 2021).

E, conforme supracitado a exemplo das legislações do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, as Hemorredes Estaduais também elaboram seus manuais próprios, de normas e procedimentos de atendimento ao doador, documentos desenvolvidos por uma equipe de especialistas de cada instituição, que padronizam o atendimento aos doadores em todas as unidades da rede.

Embora o trabalho da triagem clínica executado pelos profissionais de saúde seja realizado sob supervisão médica, o gerenciamento direto e a coordenação do profissional enfermeiro são realizadas pelo enfermeiro ‘Responsável Técnico’, o qual detém a responsabilidade de executar as escalas de trabalho, programação de férias, estabelecimento e

acompanhamento de metas e execução do instrumento de avaliação de desempenho individual. Por este motivo, os enfermeiros gestores também compuseram o hall de participantes do estudo. Os demais profissionais de saúde possuem a coordenação técnica realizada diretamente pelo gerente técnico da unidade, os quais possuem formação acadêmica em Medicina, e coordenam a equipe multiprofissional da saúde.

Assim, conforme referido, anteriormente, este estudo pretendeu conhecer a perspectiva da gestão, responsável pela coordenação dos triagistas clínicos, sobre o processo de trabalho do triador de doadores de sangue.

A legislação normatiza que a entrevista da triagem clínica deve ser realizada em âmbito individual, em ambiente privativo, em local que garanta o sigilo das informações prestadas e que possa ser realizado o registro físico e/ou eletrônico do atendimento efetuado (BRASIL, 2017). Desde a década de 1960, os centros de hematologia e hemoterapia, buscam aperfeiçoamento de critérios e procedimentos que possam reduzir o risco de doenças transmitidas pelo sangue transfundido. A figura 1, proposta por BIHL (2007) ilustra as seis estratégias utilizadas para reduzir o risco de infecções por transfusão sanguínea. Assim, na base da pirâmide, temos a (1) *elegibilidade do doador*, que consiste justamente no trabalho executado pelos triagistas clínicos, em realizar a seleção dos candidatos à doação, eliminando aqueles que possuam comportamentos ou situações de risco, acrescido para doenças sexualmente transmissíveis. Seguida desta etapa, temos as seguintes estratégias: (2) *processamento e controle de qualidade*; (3) *os testes de triagem*; (4) *armazenamento e inativação de patógenos*; (5) *indicação para transfusão*; e (6) *rastreabilidade, sistemas de hemovigilância* (SILVEIRA, 2018).



Figura 1: Estratégias para reduzir o risco de infecções por transfusão

Fonte: modificado de BIHL, et al 2007, traduzido por SILVEIRA, 2018.

Torres (2021), afirma a importância de uma triagem clínica bem realizada na qualidade do sangue adquirido, nos hemocomponentes produzidos e na segurança transfusional. O trabalho desempenhado pelo triador exige que o mesmo esteja constantemente atento às respostas do candidato à doação, que mantenha a sua postura ética, trabalhe com responsabilidade e respeito, e tenha conhecimento sobre as legislações e políticas públicas específicas que regem as normas da doação de sangue.

Além disto, a função do triador está imersa em muitas características peculiares, e que diferem de outras áreas de atuação, exigindo habilidades de acolhimento e comunicação, concentração, experiência, discernimento para identificação de comportamentos potenciais de risco para DST/HIV, cumprimento de metas mensais de número de bolsas coletadas, atendimento à metas de pactuação da satisfação dos doadores de sangue, e participação fundamental no processo de segurança transfusional (BARBOSA, 2015).

A execução da triagem clínica bem fundamentada, associada ao cumprimento de outras medidas do ciclo do sangue, reduzem consideravelmente a transmissão transfusional de patógenos, como por exemplo, do vírus da imunodeficiência humana - HIV. Entretanto, para estes objetivos serem atingidos, exige-se a atuação de profissionais qualificados e atualizados, que possam conduzir com segurança a entrevista clínica dos doadores de sangue (ARRUDA, 2019).

Os profissionais que executam a triagem clínica deparam-se, constantemente, com a necessidade de encontrar um equilíbrio, entre o excesso de critérios de elegibilidade, os quais podem comprometer os estoques dos bancos de sangue ao aumentar o número de candidatos excluídos devido ao rigor de normas e prazos, e a manutenção dos requisitos essenciais de segurança do processo. Exige elevados níveis de concentração, para que seja capaz de realizar uma leitura verbal (e não verbal) do doador de sangue, mediante seus relatos, para além do que ele demonstra com gestos, comportamento e postura. Havendo incompatibilidade entre o discurso falado e o comportamento demonstrado, o triagista reformula o questionamento com o intuito de esclarecer o que está sendo indagado, para verificar se há contradições ou má interpretação do contexto. Trata-se de uma atividade profissional que exige muito de quem o executa, pois além das habilidades técnicas necessárias, mobiliza as emoções e é carregada de responsabilidade. (SILVEIRA, 2018).

Além disto, outros fatores tornam o processo de trabalho do triador muito desafiador e exaustivo, destacando-se: o caráter repetitivo do processo; gerenciamento e redução do tempo de triagem (para reduzir o período de espera dos doadores - em controversa à extensão dos questionamentos e critérios, devido ao aumento do rigor da rastreabilidade de sintomáticos respiratórios); insatisfação do candidato frente à inaptidão clínica da doação; candidatos que possivelmente omitem informações durante a entrevista; variações socioculturais (que alteram o nível de entendimento e compreensão do doador); atendimento à pessoas com mobilidade física reduzida/prejudicada (sem adequações ideais de espaço físico) (MORAES, et al; 2020).

Acrescido aos fatores acima mencionados, ainda podemos salientar: candidatos com redução/ausência da acuidade auditiva e/ou visual (sem preparo técnico); atendimento à estrangeiros e imigrantes que não dominam a língua portuguesa; preocupações para prevenção e controle da contaminação com o novo coronavírus (causador da doença SARS-CoV-2 - COVID-19); acolhimento e espaço de escuta à demandas externas do doadores; orientações de

cuidados relacionados à saúde; fidelização do novo candidato à doação; e manutenção do candidato de repetição e tantas outras situações (MORAES, et al; 2020).

Vislumbrando outras realidades, verificamos que cada país adota um padrão de normas para cumprimento aos requisitos de hematologia e hemoterapia. No Canadá, por exemplo, as regulamentações são feitas pelo Canadian Blood Services, o qual prevê que o próprio candidato realize o preenchimento do questionário, e pode inclusive fazê-lo com antecedência, por e-mail ou outras mídias digitais. Ao receber o questionário, o doador é orientado sobre a importância dos critérios, e tem a disposição um contato telefônico, e atendimento por chat, para esclarecimentos. Um dos objetivos é evitar o deslocamento desnecessário do doador ao centro de doação, caso não seja/esteja elegível ao procedimento, além de reduzir a burocracia e o desgaste do processo, e permitindo maior concentração ao triador nos itens fundamentais. Posteriormente, o doador é direcionado para o atendimento de um enfermeiro o qual esclarece alguns questionamentos e prossegue com a aferição dos sinais vitais.

Por sua vez, no Brasil, a atuação do enfermeiro na triagem clínica de doadores é relativamente nova. O Conselho Federal de Enfermagem normatizou a atividade da categoria de enfermagem na área de hemoterapia em 2006, com a Resolução 306/2006, a qual foi reformulada pela Resolução 0511 de 2016, do Conselho Federal de Enfermagem, aprovando a norma técnica que prevê o desempenho dos enfermeiros em proceder a triagem clínica.

Dentro da categoria de enfermagem, a triagem clínica é uma atividade privativa do enfermeiro, de nível superior, devido à complexidade da função, ao atendimento do requisito legal e a necessidade de uso de raciocínio crítico para o desempenho da função. Para a execução de atividades em hemoterapia em menor complexidade, a legislação em vigor possibilitou a realização pelos técnicos de enfermagem, que em conformidade com a formação, podem executar no ciclo do sangue, as atividades com protocolos pré-estabelecidos ou prescritos, como a triagem hematológica, que consiste em uma punção da polpa digital para análise no nível de hemoglobina no sangue, organização da sala de coleta, atendimento e monitoramento do doador na unidade de doação, atendimento às intercorrências clínicas leves e moderadas, e liberação e orientação ao doador (HEMOMINAS, 2021a).

O enfermeiro, na atividade de supervisão, fica responsável pelo atendimento de intercorrências clínicas graves, realiza o planejamento, coordenação, execução e supervisionamento das técnicas executadas pelo técnico de enfermagem, pois deve ser detentor

de conhecimento de todo o processo de trabalho do atendimento ao doador (HEMOMINAS, 2021; HEMOMINAS 2021a).

O enfermeiro designado para o cargo de responsável técnico, pode realizar rodízio com os outros enfermeiros da unidade hemoterápica, para desempenhar as funções de planejamento, coordenação e administração do serviço de enfermagem da unidade. De acordo com a Resolução 509/2016 do Conselho Federal de Enfermagem- COFEN, é considerado atribuição do enfermeiro Responsável Técnico a responsabilidade pelo planejamento, organização, direção, coordenação, execução e avaliação dos serviços de enfermagem da instituição.

Em estudo revelando processo de trabalho similar, desempenhado pelos enfermeiros da classificação de risco de pacientes em unidades de urgência e emergência, 91% dos profissionais entrevistados consideram que a função exige muita responsabilidade, agilidade, conhecimento teórico prático e experiência no exercício profissional. Relatam que o enfermeiro precisa estar o tempo todo atento aos sinais, e ter precisão na sua tomada de decisão. Ressaltam também que nem todos os pacientes sabem relatar de forma clara as informações, exigindo do profissional atendente uma investigação, que vai além do fluxograma estabelecido para a atividade, que inclui interação, respeito, diálogo, escuta e acolhimento (SOUZA, et al; 2014).

Já Roncalli et al (2017) traz em seu estudo destaques para os desafios vivenciados pelo enfermeiro na classificação de risco, de uma unidade de pronto atendimento. A pesquisa aponta que os profissionais relatam sobrecarga de trabalho, elevada demanda, tempo restrito para realizar o atendimento e sentimento de ter dado pouca atenção ao paciente. Enfatiza também os riscos à saúde do profissional pela sobrecarga de trabalho devido à ausência de tempo para atender às suas necessidades fisiológicas, como alimentação e pelo estresse do trabalho, com pacientes que querem atendimento imediato, ou não entendem a necessidade do procedimento.

Simões (2018) aborda a Lei de Yerkes Dodson, uma teoria na qual a presença do estresse é um componente imprescindível para haver desempenho. Em níveis baixos e controlados pode ser benéfico, e estimular a produtividade e quando atinge um determinado limite, traz um efeito inverso, com resultados negativos e redução no desempenho. Na ausência do estresse, ou em níveis. Esses diferentes níveis de estresse e a relação com a performance, pode ser observada na figura 2.

Curva de Stress de Yerkes-Dodson

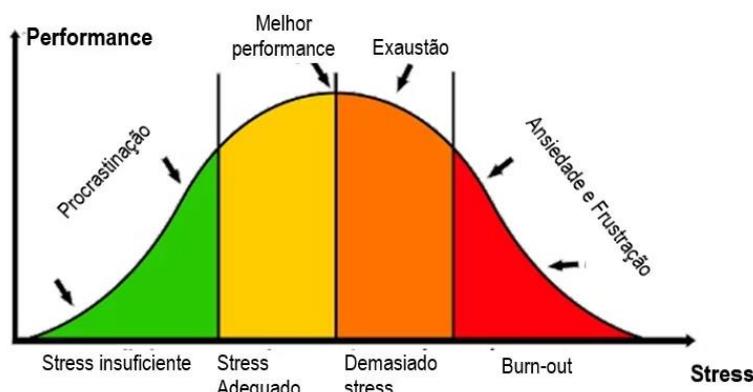


Figura 2. (INTENTUS,2023)

É consenso que a exposição à níveis elevados de estresse podem desencadear o adoecimento do trabalhador, com acometimentos no estado físico, psicológico e emocional, como despersonalização e esgotamento emocional. Em algumas populações, devido à frequência e à intensidade dos agentes estressores presentes no ambiente de trabalho, os desfechos desfavoráveis são mais frequentes, pois os desencadeadores do estresse são desconhecidos, ignorados ou não tratados adequadamente (SANT´ANA, et al; 2023).

Frantz (2018) elucida alguns pontos estressores que existem no ambiente e que podem repercutir na saúde mental, emocional e física dos triagistas como a sobrecarga de trabalho, o conhecimento fragmentado e limitado à atividade, desconhecimento do processo integral do ciclo do sangue, condições de trabalho mecanizadas, e as interações empobrecidas com o processo.

Em pesquisa realizada na Base CAFE, do Portal de Periódicos CAPES/MEC, utilizando os descritores “triagem clínica de doadores de sangue” foram identificados 61 publicações em artigos científicos, sendo que 1 (1,63%) era correspondente às competências do enfermeiro triagista, 3 (4,91%) sobre inaptidões de candidatos à doação de sangue, 6 (9,83%) faziam referência à questões sócio demográficas e epidemiológicas dos doadores de sangue, 1 (1,63%) relacionado ao estoque de hemocomponentes, 30 (49,18%) sobre doenças infectocontagiosas, 7 (11,47%) sobre testes e especificidades de sorologias, 4 (6,55%) abordavam assuntos relacionados à transfusão, 1 (1,63%) sobre a reestruturação do atendimento devido à pandemia

da COVID-19³ e 8 (13,11%) eram referentes à outros temas sem relação direta ou indireta ao ciclo do sangue. Publicações equivalentes são encontradas em outras bases de dados ou em uso de outros descritores, como: triagem de doadores, triagem de doadores, seleção de doador.

Isso demonstra, que até o momento, existem escassos e insuficientes estudos voltados para a compreensão do processo de trabalho do triador, bem como a visão da gestão destes profissionais. Pela revisão da literatura sobre esta abordagem, observou-se que não há estudos suficientes, sendo que em sua maioria, voltam-se para análises do perfil sócio demográfico e profissional de doadores de sangue, principais causas de inaptidões nessa doação, prevalência de HIV ou outras doenças infectocontagiosas entre doadores de sangue, entretanto não abordam especificamente o processo de trabalho do triagista e/ou a coordenação executada por seus gestores.

Esta escassez de estudos para esta população nos traz indícios de se tratar de um fenômeno de invisibilidade social, que de acordo com Botelho, et. al (2017) trata-se de um processo histórico, fruto da divisão social do trabalho, na qual a atividade executada é mais visível do que o executante, ou seja, os trabalhadores não são vistos como alguém produtivo e racional, são reduzidos à função de máquinas (COSTA, 2004, apud BOTELHO et al, 2017, p.6)

Na invisibilidade social não há prestígio para desempenhar a tarefa, só existe apreço pelo trabalho quando ele deixa de ser executado, criando a ideia de desvalorização da profissão, um trabalho alienado e alienante. Esta ausência de percepção sobre o trabalho o faz ser ausente de medidas de controle de redução de danos, propiciando um ambiente de trabalho com condições precárias e de intensa exploração (COSTA, 2008).

Dessarte, os pressupostos desse estudo indicam que o desgaste e os impactos na saúde sejam inerentes à função do triagista clínico, entretanto, como a legislação prevê que tal atividade possa ser exercida por outros profissionais de saúde de nível de escolaridade superior, e no contexto desse estudo as hemorredes estaduais selecionadas constam em seu quadro de pessoal, médicos, enfermeiros, assistente social e biomédicos, no desempenho dessa função laboral,

³ A *pandemia da COVID-19* é uma doença respiratória causada pelo novo coronavírus SARS-Cov2, que possui distintas manifestações clínicas, podendo variar entre quadros assintomáticos, oligosintomáticos, à graves apresentações, que evoluem para insuficiência respiratória grave e óbitos. É uma emergência de saúde pública, em curso, iniciada em dezembro/2019, que compromete os sistemas de saúde em todo o mundo (XAVIER, et al, 2020).

sugere-se que estudos futuros possam aprofundar sobre essa problemática, abordando também distintas categoriais profissionais.

Nessa perspectiva posta, o presente estudo tencionou compreender a percepção da gestão sobre possíveis implicações do processo de trabalho na saúde dos triagistas clínicos e elencar estratégias de promoção e protetoras da saúde, em seus ambientes de trabalho e de vida. Para tanto, esse projeto de estudo estruturou-se, mediante cinco grandes tópicos: (1) *introdução*; (2) *objetivos*; (3) *fundamentação teórica*; (4) *percurso metodológico*; e (5) *referências* utilizadas. O estudo foi realizado após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, sob o parecer nº5.010.611.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

2.1.1. Compreender e avaliar a percepção dos gestores sobre as implicações do processo de trabalho, na saúde do triagista clínico de doadores de sangue, no contexto das hemorredes públicas, estaduais, de hematologia e hemoterapia, localizadas na região sudeste do Brasil.

2.2 Objetivos Específicos

2.2.1. Traçar o perfil sócio profissional e demográfico da gestão*;

2.2.2. Conhecer e compreender a percepção dos gestores sobre o processo de trabalho na saúde dos triagistas clínicos de doadores de sangue;

2.2.3. Identificar os fatores protetivos, de promoção à saúde e qualidade de vida no trabalho sob a perspectiva dos gestores que realizam a coordenação destes profissionais.

Nota*: Neste estudo serão considerados os gestores de enfermagem, os gerentes técnicos, diretores técnicos e médico supervisor das hemorredes selecionadas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL BÁSICO

Considerando que este estudo objetivou conhecer a perspectiva de gestores, referente as implicações do processo de trabalho na saúde dos triadores clínicos (de doadores de sangue), em busca de promover estratégias protetivas e de promoção à saúde, agregando contribuições a qualidade de vida no trabalho desses profissionais, ponderamos *quatro elementos fundantes do estudo*, constitutivos do seu referencial teórico: (1) *o trabalho e o trabalho em saúde*, (2) *trabalho assistencial e de assessoria dos profissionais de saúde*, (3) (1) *o processo de trabalho dos triagistas de doadores de sangue* (incluindo o histórico e considerações sobre a hemoterapia no Brasil; ciclo do sangue; os tipos e modalidade de doadores e de doação, a triagem clínica e o risco de doenças ocupacionais; e (4) *qualidade de vida no trabalho*.

3.1 O trabalho e o trabalho em saúde

As concepções sobre o trabalho sofrem variações ao longo dos anos. Influenciadas por fatores como: cultura, economia, ideologia, política e organização social alteram as relações de produção, e vão construindo novos modelos de organização e de conhecimento, e inovadoras formas de trabalho. São atividades complexas, formadas por vários elementos e aspectos, múltiplos e dinâmicos, que estão em constante transformação (NEVES, et al; 2018).

Na perspectiva da ótica capitalista e no senso comum, o trabalho é visto socialmente como algo que enobrece o caráter do indivíduo e dignifica a sua existência. Trabalhar, significa ser produtivo, colaborativo com a sociedade, traz o símbolo de pertencimento ao coletivo, e no capitalismo é um meio legítimo de crescimento econômico e profissional, que agrega status, realização pessoal e senso de responsabilidade ao cidadão. Entretanto, para possuir tantos componentes valorativos, o trabalho precisa ser dotado de sentido e autonomia, características que dificilmente são atendidas, visto que o trabalhador exerce o seu ofício com estranheza, sem liberdade e sem criatividade. (TOLFO, PICCININI; 2007).

Pode ser argumentado como atividades, produtivas ou criativas, exercidas para atingir um objetivo, de caráter profissional, associada à troca pela remuneração ou salário. É uma forma de subsistência, essencial para manutenção da dignidade humana, e para suprir as necessidades básicas, como alimentação, moradia e vestuário. Todavia, estas considerações não

se enquadram no processo de produção capitalista, pois o trabalho não pode ser visto apenas como objeto de valor frente ao que foi produzido, é preciso ver a expropriação de mão de obra, a descaracterização da atividade, e os fatores sociais envolvidos (COLMÁN, POLA; 2009).

O dicionário nos traz o trabalhador visto como alguém capaz, um sujeito ativo, que demonstra capacidade de execução e finalidade, e possui em sua identidade de sujeito a sua profissão, o seu labor, como item constituinte da sua formação enquanto pessoa. Já a contemporaneidade nos traz um indivíduo, tratado como objeto para atender aos objetivos organizacionais, que pode ser descartado após o cumprimento de suas finalidades para a empresa, uma mercadoria, que não possui suas singularidades consideradas no processo (DICIO; 2021 e DINIZ, CAMPOS; 2017).

Dadas as características dos pós modernidade, o trabalho é adoecedor. O sujeito está imerso em uma condição dominadora, multifatorial, conjecturado por amarras sociais, políticas, econômicas e tolhido do uso de sua liberdade, sem espaço para aplicação de inteligência prática e impedido de fazer uso da criatividade, estando exposto à riscos de desestabilização psíquica e somática, e a propagação do sofrimento (MENDES, 2007).

Nesta contextualização, o sofrimento é banalizado, tido como esperado pelo exercício da função, inserido em um lugar comum, como se não precisasse de intervenções por ser uma característica inerente à organização do trabalho. O trabalhador é convencido a negligenciar o seu próprio sofrimento, seja utilizando mecanismos de defesa ou de negação. Convivem com os estressores cotidianos do trabalho, na tentativa de anular as suas emoções (BECK, 2014).

Entretanto, Dejours (2004), elucida que o estado passivo de sofrimento não é o fim de um processo, ele torna-se também um ponto de partida, de onde originam-se de forma subjetiva medidas protetivas, que criam estratégias para o indivíduo resistir à realidade, a fim de transformar o sofrimento e elaborar novas possibilidades.

O trabalho pode ser exercido na modalidade formal, regido por um contrato e registro na carteira profissional, que atende às regras da consolidação das leis do trabalho – CLT, pode ser um trabalhador autônomo, no qual exerce a atividade econômica por conta própria, enquanto pessoa física, e pode desempenhar um trabalho informal, no qual não possui vínculo empregatício, carteira assinada ou qualquer outra forma de contrato de trabalho, não havendo nesta modalidade qualquer tipo de proteção, desprovido de benefícios e de auxílios de segurança social, para além das perdas de direitos trabalhistas, estão cada vez mais comuns com o avanço da globalização (PINTO, 2020).

O trabalho é um processo dotado de contradições. Para Lima (2020) o processo de globalização⁴ tem trazido inúmeras transformações ao mundo do trabalho, gerando novos empregos e variadas conexões, proporcionando aumento da interatividade, da comunicação, melhoria nos sistemas de informação, e em contra partida, é uma ilusão para o trabalhador, e tem causado crescimento nos índices de desemprego estrutural e conjuntural, levando esses trabalhadores à migrarem as suas atividades para a informalidade, a fim da manutenção do sustento próprio e de sua família.

Estas transformações no mundo do trabalho têm causado inúmeras repercussões na saúde das pessoas e no conjunto de trabalhadores, visto que demandam intenso gasto energético e espiritual para cumprimento da demanda. Os indivíduos, ameaçados pela possibilidade do desemprego, assumem funções em ambientes insalubres, com contratos de trabalho precários, baixa remuneração, e elevados riscos à saúde física e psíquica (ELIAS, 2006).

De acordo com a Organização Internacional do Trabalho-OIT (2012) p.26, o trabalho precário é definido da seguinte forma:

“Trabalho realizado na economia formal e informal, caracterizado por vários níveis e graus de características objetivas (situação legal) e subjetivas (sentimento) de incerteza e insegurança. Embora um trabalho precário possa ter muitas faces, é geralmente definido pela incerteza quanto à duração do emprego, existência de vários empregadores, relação de trabalho ambígua ou disfarçada, falta de acesso à proteção social e aos benefícios geralmente associados a emprego, baixa remuneração, com obstáculos substanciais, legais e práticos, para ingressar em um sindicato e negociar coletivamente”.

Leal (2020) aborda em seu texto a dificuldade que é discutir sobre globalização e trabalho, por serem dois temas muito vastos e complexos, o que dificulta a sua análise e compreensão da inter-relação que há entre ele. A economia mundial sofre influências das transformações ocorridas e do emprego das tecnologias de alto nível. Devido à variedade de padrões de produção, distribuição, e consumo, o fordismo e o pós fordismos, já não conseguem suprir as mudanças ocorridas.

⁴ *O processo de globalização* é determinado por um ritmo intenso de trabalho, exploração de mão de obra, desvalorização do trabalhador, objetivos centralizados no lucro, produção em massa de objetos descartáveis e e curta vida útil, para brevemente tornarem-se inúteis e serem substituídos, alimentando o mercado com o consumo constante (LIMA,2020).

A compreensão do espaço-tempo trouxe possibilidades de melhoria nos sistemas de comunicação e o desenvolvimento dos meios de transporte, reduzindo custos. O emprego de melhores tecnologias propiciou a criação de produtos com melhor padrão de qualidade e redução em seu custo final (PIMENTEL,2011). Em contrapartida, a tecnologia contribuiu progressivamente para a precariedade do trabalho, aumentando o índice de desemprego, a terceirização de postos, contratos por tempos determinados, horas de trabalho reduzidas, o conteúdo das tarefas e a qualificação profissional (ARAÚJO; MORAIS, 2017).

O poder do Estado também vem sendo modificado. Responsável em regular as atividades econômicas e manter a soberania nacional, o que o possibilitava em maior presença a criação de barreiras em território nacional. No período pós fordismo, tornou-se um facilitador do comércio neoliberal, reduziu taxas fiscais para tornar-se atrativo aos investimentos de capital estrangeiro (MEDEIROS; SARTI,2021).

A flexibilidade dos sistemas de produção acompanhou as novas práticas de consumo e as tendências de mercado. A classe trabalhadora, antes relacionada à trabalhos manuais, fabris, com intrínseca relação com os ambientes das relações fordistas, hoje transformou-se na classe-que-vive-do trabalho, composta por homens, mulheres, assalariados, que vivem da sua própria força de trabalho, o que dificultou as organizações coletivas de trabalhadores para busca de reivindicação dos direitos, enfraquecendo os sindicatos, frente à vulnerabilidade dos trabalhadores em tornarem-se desempregados (SILVA, 2018).

O sistema desenhado pela indústria para aumentar a produtividade e diminuir os custos de produção, contraditoriamente acarretou mudanças na mão de obra e causou uma enorme redução do número de trabalhadores no processo produtivo. Antes, indivíduos com capacidade para consumir, encontravam-se agora envoltos de insegurança e instabilidade no mercado de trabalho. O crescente desemprego atrelou freios no consumo em massa dos produtos do mercado. Esse cenário possibilitava precários contratos de trabalho, desrespeito ao cumprimento dos acordos trabalhistas ou até mesmo postos formais inexistentes (BOTELHO, 2008).

Devido às facilidades fiscais, as organizações transnacionais descentralizaram a sua produção e mão de obra, indo para países periféricos, com mão de obra mais barata, aumento da produção e redução de custos (VICENTE, 2022). Os países que receberam as transnacionais experimentaram a diminuição da sua economia interna, pois os produtores familiares e trabalhadores locais tornaram-se vulneráveis por não conseguirem acompanhar a modernização

na produção, impactando nas atividades agropecuárias e agroindustriais locais. Isto demonstra os efeitos do capitalismo: concentração produtiva nas zonas mais ricas e abandono das mais desfavorecidas (SILVA, 2020).

Assim como ocorre com o Brasil, no qual os produtores locais não possuem tecnologia para concorrerem na produção, unidades familiares contra empresas multinacionais, padrão internacional com maior rigor em análise, o padrão internacional tem interferido diretamente nas relações de trabalho, pois precisam estar preparados para novas práticas de gestão (MORAES, 2022).

É possível ver a globalização como um processo histórico-social que estremece o mundo, ao passo que implementa diferentes processos de economia, sociabilidade, comunicação e locomoção, envolvendo indivíduos e coletividades. Giddens afirmava que:

“A globalização pode assim ser definida como a intensificação das relações sociais em escala mundial, que ligam localidades distantes de tal maneira que acontecimentos locais são modelados por eventos ocorrendo a muitas milhas de distância e vice-versa” (GIDDENS, 1991).

Para a antropologia, a globalização é enfrentada com resistência e cautela, para não romantizar os efeitos deste processo, e tornar claros os efeitos de sua implantação. Enquanto isso, é claro como o trabalho interfere na vida social e comunitária dos trabalhadores. Os estudos analisam sobre a divisão de trabalho, a questão de gênero, a inserção das mulheres no mercado de trabalho, remuneração, facilitadores, barreiras de gênero, globalização popular, além do constante fluxo de movimento e cultura dos trabalhadores, os quais indicam a necessidade de estudar as práticas socioculturais e econômicas na relação global-local, as questões da precariedade do trabalho, apresentando temática para estudo e avaliação multidisciplinar, para ampliar as percepções sobre as transformações que vêm ocorrendo na sociedade e que reconfiguram o sentido da empregabilidade (LEAL, 2020).

As novas modalidades de trabalho permitem novas formatações de emprego. Há economia nas transações e comunicação. Há agilidade, e aparentam possibilitar a criatividade, como se permitisse que as pessoas à trabalhassem com o que gostam de fato, com a sensação de que o trabalhador pode possuir maior flexibilidade, pode ser poupado dos constrangimentos organizacionais. Entretanto, cada indivíduo trabalha por si, concorrendo com milhares de outras empresas individuais, onde cada qual tem que gerir seu negócio, seu crescimento e a sua segurança, além de possuir resiliência para acompanhar as constantes mudanças (LIMA; BRIDI, 2019).

“O trabalhador é enfraquecido pela precarização da organização do trabalho, pelo desemprego estrutural e pela necessidade de sobrevivência. Principalmente a destruição do coletivo, alimentada pela cultura da excelência, pregada pelos gestores que compartilham os princípios da flexibilização da produção, vulnerabiliza o trabalhador, que em nome de promessas de sucesso e de reconhecimento, articuladas à vivências de solidão e desamparo torna-se facilmente capturado pelo desejo de produção, utilizando estratégias de mediação do sofrimento mais defensivas do que de mobilização para mudança, favorecendo assim uma maior exploração do trabalho em prol da produção” (MENDES, 2007 p.37).

Vê-se que tem aprimorado cada vez mais os princípios da década de 1990: “produzir mais, melhor, e com menor custo”. Uma grande parcela dos trabalhadores independentes, ludibriados pelas facilidades tecnológicas abandonaram suas empresas em detrimento das plataformas digitais, seja pelo baixo rendimento, por não gostarem do trabalho, pela falta de flexibilidade, substituindo as dificuldades pela ausência de benefícios, inexistência de seguro doença e por possuírem uma remuneração irregular (OLIVEIRA; 2022).

Está havendo uma mudança no perfil dos postos de trabalho e nas qualificações dos trabalhadores. Empresas digitais, são desenvolvidas sem grandes custos, ganham valorização do mercado, e são vendidas por valores substancialmente altos. Em contrapartida, fecham empresas tradicionais, e colocam na fila do desemprego milhões de pessoas, que continuam em busca de oportunidade, por não atenderem às exigências de experiência e qualificações na mão de obra, ou se realocam em empregos pouco qualificados e com baixos salários (LINS,2022).

Muitos especialistas concordam, que o crescimento tecnológico é inversamente proporcional à criação de novos postos de trabalho. A medida que a tecnologia digital cresce, mais aumenta a redução dos postos de trabalho, e este é o grande paradoxo da nossa era. Acompanhado a isto, há as questões políticas e econômicas, que enfraquecidas na proteção de direitos dos trabalhadores, e com os sindicatos desestruturados, há apenas o crescimento dos lucros por parte da empresa, com redução de carga fiscal, mantendo o dinheiro com os mais ricos (RAMOS, et al; 2020).

Nos deparamos com pressões psicológicas, geradas pelo medo da demissão, coação, omissão de doenças ocupacionais, estresse no trabalho, quadros depressivos, desgaste emocional, sofrimento e falta de interação social. Desvalorização do trabalhador, despersonalização, substituição do trabalhador como peça. Desrespeito às necessidades humanas básicas, com localização geográfica do banheiro desfavorável ao local de trabalho,

tempo de uso monitorado, punição por uso acima do considerado tolerável (CASTRO, et.al; 2021).

Estes novos paradigmas das relações de trabalho, estimulado pelas alterações globais que vem acontecendo fortalecem cada vez mais a precarização do trabalho, concretizadas pela redução constante de empregos permanentes, crescimento do desemprego e novas modalidades de contrato que fragilizam as relações trabalhistas, pela instabilidade e transitoriedade dos empregos, em uma obrigatoriedade velada para que o trabalhador ceda os seus direitos e seja conivente com as condições de trabalho insatisfatórias e adoecedoras (ARAUJO,2017).

A dignidade do trabalhador não é compatível com as medidas abusivas dos trabalhos precários que desvinculam as queixas dos trabalhadores às doenças oriundas do processo de trabalho, atribuindo as alterações e patologias à vida pessoal do trabalhador e/ou às demandas familiares, induzindo o uso indiscriminadamente de medicações para alívio da dor, para que o processo de trabalho não sofra descontinuidade. Estes fatores revelam importantes marcadores dos retrocessos no apoio regulatório em segurança laboral e exclusão e desproteção social e do trabalho, que foram ainda mais agravados com a pandemia da COVID-19 (FERNANDES, 2023).

É preciso elaborar diversas propostas políticas para solucionar os problemas do trabalho, mas para isso é necessário reorganizar o trabalho, e (re) valorizá-lo. A fiscalização de trabalho não pode ser empobrecida e ineficaz, precisa atuar para modificar o processo produtivo de trabalho, identificar a grande rotatividade dos trabalhadores, o elevado absentéismo. É imprescindível que haja um desenvolvimento econômico acompanhado do desenvolvimento ambiental, e uma lógica para redução destas desigualdades, gerando equilíbrio entre a melhoria dos serviços e a melhoria de vida dos trabalhadores. É necessário que haja uma forma de prestação laboral que assegure a valorização do trabalho humano, que garanta a dignidade do indivíduo em todos os seus níveis, econômico, social, cultural, familiar e pessoal (ALVARENGA, 2020).

Trabalho em Saúde

O trabalho em saúde é demarcado por atividades especializadas, as quais são executadas conforme a divisão técnica e social do trabalho, hierarquizado e organizado para compor um sistema coletivo de assistência. Especificamente no processo de trabalho da enfermagem, temos uma profissão com configuração histórica de desempenho majoritário de mulheres, que desempenham jornadas duplas ou triplas, para conciliar a atividade profissional com as atribuições sociais e familiares que culturalmente vem assumindo ao longo dos séculos (LOMBARDI, CAMPOS; 2018).

O processo de trabalho da enfermagem traz a particularidade da junção entre a gerência e a assistência sendo prestada pelo mesmo profissional, e é envolto de questões contrárias e complementares, que agregam grande valor à categoria profissional, mas são carregadas de entraves, como a precarização do trabalho, baixa remuneração salarial, carga horária exaustiva, disputa entre classes por espaços de trabalho, lutas pelo reconhecimento e por autonomia, tensões e contradições no equilíbrio do desempenho das funções assistências e gerenciais, racionalização de custos por parte das instituições e baixa valorização social (LEAL, MELO; 2018).

Os cenários de atuação dos profissionais de saúde são envoltos de fatores potenciais para desencadeamento de estresse ocupacional, Burnout, adoecimento e desgastes físico e mental, devido à altas demandas de trabalho, medidas de proteção empobrecidas e ou inexistentes. São peculiaridades da área, como o baixo controle sobre o trabalho, despersonalização e processos com alta exigência, que expõe as equipes de saúde a desencadearem fatores estressores e conseqüentemente o adoecimento laboral (MUNHOZ, et al; 2020).

O ambiente de trabalho é um dos determinantes sociais de saúde, e podem estar carregados de condições causadoras de estresse psicoemocional, o qual aumenta o risco de aparecimento de doenças cardiovasculares. Em estudo realizado por Ulguim, et al, (2019) 55% dos profissionais de saúde entrevistados lidam com o estresse ocupacional, em nível intermediário, e destaca ser um importante preditor de risco à saúde para desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Angel-Salazar et al, (2020) analisou o clima organizacional e a satisfação laboral dos trabalhadores de saúde e evidenciou que a maioria dos trabalhadores (56%) identificam que

precisa haver melhorias no clima de trabalho, percebem que a distribuição de salário e benefícios não é justa, e que não há equipamento e insumos suficientes para a execução do trabalho de maneira adequada.

Antunes (1996) trouxe o quanto a presença de satisfação e motivação dos profissionais de enfermagem que trabalham em um hospital interferem no equilíbrio de um sistema de trabalho, e pesquisou as relações das condições de trabalho com a satisfação do enfermeiro, e as relações e as características de trabalho com a motivação dos mesmos. Ele confirmou a Teoria dos Dois Fatores de Herzberg, pois os enfermeiros satisfeitos consideravam presentes os fatores higiênicos, enquanto os insatisfeitos os consideravam ausentes, da mesma forma que os enfermeiros motivados consideravam presentes os fatores motivacionais, já os insatisfeitos consideravam esses fatores ausentes. A maioria dos entrevistados sentia-se insatisfeita e desmotivada.

A emergência sanitária ocasionada pela pandemia da COVID-19 despertou a necessidade de discutir sobre a proteção da saúde dos trabalhadores, com políticas públicas para gerenciamento de riscos e criação de medidas que vão além da prevenção do contágio dos trabalhadores, mas que também levem em consideração a sua segurança física e emocional, e as condições de trabalho à qual está submetido. Destacou-se o quanto é primordial que haja equipamentos de proteção individual em qualidade e quantidades suficientes, que haja quadro funcional compatível com a demanda de trabalho, que seja implementado melhorias nas condições e organização de trabalho, com participação da equipe na construção de estratégias, e com chefias mais proativas, capazes de conduzir os empecilhos que precisam ser tratados (SILVA, et al; 2020c).

Em consonância a isso, Rego (2020) trouxe os impactos do trabalho sobre a saúde mental dos trabalhadores de saúde com a pandemia do coronavírus. Destacou a sobrecarga de trabalho, que muitas vezes é negligenciada, e que é uma soma da carga moral, carga física, carga cognitiva e carga psíquica, que de forma individual ou coletiva, geram impactos sobre os colaboradores, e precisam que medidas individuais e institucionais sejam aplicadas para reduzir efeitos maléficos à saúde mental dos trabalhadores de saúde.

3.2 Trabalho assistencial e de assessoria dos profissionais de saúde.

É consenso que a triagem é um serviço essencial para uma assistência resolutiva, para a identificação de situações de risco à saúde, uniformização da conduta dos profissionais, organização do atendimento, e uma importante ferramenta de avaliação da situação clínica. Trata-se de uma análise momentânea e prática, que seleciona o ingresso de usuários os quais não tenham condições de risco e agravos à saúde, e confere liberação apenas àqueles clinicamente aptos no processo. (SOARES, et al; 2018).

Os profissionais de saúde executores da triagem clínica reconhecem que a existência de um protocolo agrega respaldo e amparo legal para o desenvolvimento de sua atividade, por estarem embasados em instrumentos estruturados, e por poderem responder e argumentar com propriedade sobre a conduta realizada, não deixando a avaliação à cargo da subjetividade do especialista (SAKAI, et al. 2016). Segundo Oliveira et. al (2016), os enfermeiros relatam, que mesmo havendo dificuldades em seu ambiente de trabalho, eles se sentem valorizados, satisfeitos e reconhecidos, por outros integrantes da equipe, devido à autonomia que desempenham.

Campos e Souza (2014) trazem como afirmação, que o triador precisa priorizar as queixas do usuário, realizar uma minuciosa avaliação dos sinais vitais, para somente depois classificá-lo. É uma atividade que exige alta concentração, pois possui uma sobrecarga de subjetividade do doador, associada a sentimento de frustração por não poder doar, questões próprias e pessoais, além das divergências de opiniões.

Para uma assistência de qualidade, o profissional da triagem precisa ter habilidades, que são imprescindíveis à atividade que executa, tais como: escuta qualificada; raciocínio clínico e crítico; celeridade para tomada de decisões; análise correta das informações prestadas pelo doador; conhecimento dos critérios, avaliação e registro completo do atendimento, engajamento com a equipe de trabalho, para que possa de forma assertiva, determinar uma conduta efetiva (RONCALLI et al., 2017a).

Já Freitas, et al (2017), traz em seu estudo, as dificuldades advindas do exercício da profissão do enfermeiro no setor de classificação de risco, um trabalho similar ao desempenhado pelos triagistas clínicos. Em sua pesquisa relata que os profissionais são vítimas de violência por parte dos usuários, as quais são motivadas pela superlotação, celeridade no

ritmo de trabalho, sobrecarga de trabalho, quadro insuficiente de recursos humanos e recursos materiais inadequados.

A triagem clínica de doadores de sangue possui muitas características semelhantes à classificação de risco em serviços de urgência e emergência. Ambas funções são executadas por profissionais de saúde, predominantemente pelo enfermeiro, na qual o executor utiliza um protocolo para classificar o usuário, como apto ou inapto para doação de sangue nos serviços de hemoterapia e em sistemas de cores para determinar o nível de gravidade e o tempo de atendimento médico do paciente nas unidades de pronto atendimento. São processos instituídos para aumentar a produtividade, melhorar a assistência e garantir maior resolutividade (CARMO; SOUZA, 2018).

Como (Zorzal, 2020) destaca em seu estudo o quanto a atividade de classificação de risco pode ser estressante para o enfermeiro. O profissional precisa acolher o paciente, avaliar e dar o encaminhamento adequado em um tempo estimado entre 5 a 10 minutos, exigindo raciocínio rápido e pensamento crítico, tornando-se um processo desgastante, monótono e repetitivo, característico à uma esteira na linha de produção, na qual os trabalhadores desempenham um trabalho mecânico e repetitivo, clássico do fordismo. Entre a população pesquisada, 48% apresentavam níveis médios de estresse e 52% níveis baixos de estresse. Embora as exigências do cargo, o tempo médio de atendimento sejam os mesmos dos triagistas, e a triagem clínica de doadores de sangue ser uma atividade repetitiva, monótona que exige alta concentração e foco no processo, controle rigoroso no tempo de atendimento, ainda não existem estudos direcionados especificadamente para análise de desgaste neste grupo.

A execução de atividade monótona, a falta de autonomia e a sobrecarga de trabalho compõe a base do adoecimento psicossomático, e muitas vezes não está relacionada ao trabalho, inclusive pelo próprio executor do labor, que não sabe atribuir sintomas como dor de cabeça, gastrite, doenças autoimunes, depressão, insônia, dificuldade de concentração e outras disfunções à sua organização do trabalho, por não identificar relação direta, mas que podem sim ser uma resposta de tensão decorrente das circunstâncias vividas na dinâmica do trabalho (RANGEL; GODOI, 2009).

3.3 O processo de trabalho dos triagistas de doadores de sangue

Histórico e considerações sobre a hemoterapia no Brasil

Atualmente, a utilização de transfusões sanguíneas pelos serviços de saúde é uma prática cotidiana e considerada segura. Para ser desenvolvida com segurança depende de uma equipe de profissionais envolvidos com conhecimentos e habilidades em todo processo de captação, triagem, coleta, produção, armazenamento, distribuição e transfusão, para reduzir os riscos ao paciente. Nesse sentido, a hemoterapia brasileira tem sido norteadada por resoluções e portarias de cunho sanitário e técnico a fim de dar suporte às atividades hemoterápicas e possibilitar a prestação de um serviço seguro e de qualidade (JÚNIOR; COSTA; BACCARA, 2015).

A atividade técnica hemoterápica é atualmente regulamentada no Brasil pela Portaria de Consolidação Nº 5, de 28 de setembro de 2017 - “Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde”; que teve origem pela Portaria do Ministério da Saúde, nº 158/2016, a qual estabelece a Política Nacional de Sangue, Componentes e Derivados. Cada uma das etapas, desde à captação ao doador, coleta, processamento, distribuição e transfusão de sangue, componentes ou derivados são executadas com o cumprimento obrigatório deste regulamento técnico.

Os serviços de hemoterapia são os responsáveis pela manutenção do ciclo de produção. E o abastecimento só é possível graças às doações voluntárias e altruístas, de cidadãos, que se candidatam ao processo, e são submetidos à triagem clínica como etapa de garantia da segurança do receptor (BRASIL, 2016).

No Brasil, a Vigilância Sanitária - VISA tem um papel primordial no controle do risco e da qualidade do sangue e seus componentes por intermédio de ações como normatização, inspeção sanitária, capacitação e educação sanitária, notificação e monitoramento de eventos adversos, licenciamento de estabelecimentos hemoterápicos e avaliação da qualidade de serviços de hemoterapia (BRASIL, 2017).

A produção de hemocomponentes envolve rigorosos critérios, desde a seleção de doadores, testes realizados no sangue doado, testes pré transfusionais, armazenamento e distribuição conforme indicações clínicas (COVAS, 2014).

Ciclo do sangue

O fluxo de atendimento ao doador de sangue segue as especificações das normas técnicas, contidas na Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, a qual estabelece:

Art. 237. O serviço de hemoterapia possuirá manuais de procedimentos operacionais acerca das seguintes atividades do ciclo do sangue: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 238)

I - Captação; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 238, I)

II - Registro; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 238, II)

III - Triagem clínica; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 238, III)

IV - Coleta; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 238, IV)

V - Triagem laboratorial; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 238, V)

VI - Processamento; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 238, VI)

VII - Armazenamento; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 238, VII)

VIII - Distribuição; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 238, VIII)

IX - Transporte; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 238, IX)

X - Transfusão; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 238, X)

XI - Controle de qualidade dos componentes sanguíneos, insumos críticos e processos; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 238, XI)

XII - Descarte de resíduos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 238, XII)

A seleção de doadores inicia-se no processo de captação, no qual são divulgados critérios gerais, como idade, peso, estado geral de saúde, bem como a exemplificação de prazos de inaptidões de procedimentos comuns, como tatuagens e endoscopias. Todas as informações necessárias à candidatura também se encontram disponíveis nos websites das Hemorredes Estaduais Alfa (HE α), Beta (HE β), Gama (HE χ) e Delta (HE δ), com acesso fácil às condições e restrições (BRASIL, 2016).

Ao dar entrada na unidade de hemoterapia, o candidato tem sua temperatura corporal aferida, e visualiza cartazes informativos sobre sinais e sintomas que podem ser característicos da COVID-19. Previamente à pandemia, eram direcionados à uma sala de conscientização, onde havia uma servidora, que mediava a discussão sobre a importância do gesto de doação, e esclarecia eventuais dúvidas sobre critérios de inaptidão, dando a oportunidade ao candidato de

realizar auto avaliação, e verificar se o mesmo se enquadrava nos requisitos mínimos necessários para dar continuidade ao processo. Atualmente, para suprir essa etapa, são disponibilizados e oferecidos folhetos informativos (LEITÃO,2020).

Posteriormente, o candidato à doação segue para a etapa do cadastro, no qual é obrigatória a apresentação de um documento de identificação, com foto, válido em todo o território nacional. Nesta fase são coletadas informações cadastrais, endereço e telefone, que permitem a retro vigilância, caso seja necessário, e são gerados códigos de identificação do doador e tipo de doação, para assegurar o sigilo do processo (HEMOMINAS, 2023).

Modalidades de doadores e de doação

Em relação aos tipos de doadores, a legislação supracitada, os classificam em:

“XIII - Doador de primeira vez: é aquele indivíduo que doa pela primeira vez naquele serviço de hemoterapia;

XIV - Doador de repetição: doador que realiza 2 (duas) ou mais doações no período de 12 (doze) meses;

XV - Doador esporádico: doador que repete a doação após intervalo superior a 12 (doze) meses da última doação;

XVI - Doador implicado em TRALI: doador no qual são encontrados anticorpos anti-HLA classe I ou II ou anti-HNA ou ambos, sendo que este anticorpo deve ter especificidade para um antígeno presente nos leucócitos do receptor ou deve haver uma reação positiva entre o soro do doador e os leucócitos do receptor (prova cruzada positiva);

XVII - Doador inapto definitivo: doador que nunca poderá doar sangue para outra pessoa, podendo, em alguns casos, realizar doação autóloga;

XVIII - Doador inapto por tempo indeterminado: doador que se encontra impedido de doar sangue para outra pessoa por um período indefinido de tempo segundo as normas regulatórias vigentes, mas apto a realizar doação autóloga;

XIX - Doador inapto temporário: doador que se encontra impedido de doar sangue para outra pessoa por determinado período de tempo, podendo realizar doação autóloga quando possível e necessário;

Quanto aos tipos de doação, a Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, traz as seguintes possibilidades:

“VII - Doação autóloga: doação do próprio paciente para seu uso exclusivo; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, VIII)

VIII - Doação de reposição: doação advinda do indivíduo que doa para atender à necessidade de um paciente, feitas por pessoas motivadas pelo próprio serviço, família ou amigos dos receptores de sangue para repor o estoque de componentes sanguíneos do serviço de hemoterapia; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, IX)

IX - Doação espontânea: doação feita por pessoas motivadas para manter o estoque de sangue do serviço de hemoterapia, decorrente de um ato de altruísmo, sem identificação do nome do possível receptor; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, X) ”

Em seguida, o candidato à doação é direcionado para um ambiente privativo, no qual é atendido por um profissional de nível superior. Nas Hemorredes Estaduais analisadas nesse trabalho, a triagem é executada por equipe de saúde com formação acadêmica multidisciplinar, profissionais que ficam responsáveis por conduzir a triagem clínica. Neste estudo vamos direcionar a pesquisa ao processo de trabalho dos triador, englobando todas as formações acadêmicas, os quais realizam o atendimento do candidato que não tenha nenhuma inaptidão permanente (nestes casos, o indivíduo é encaminhado para atendimento médico) (HEMOMINAS, 2021a).

A triagem clínica

A triagem clínica de doadores de sangue é a etapa na qual será analisado as condições de saúde do candidato à doação, e investigado a história pregressa e atual de doenças e situações de risco acrescido para transmissão de doenças infectocontagiosas e/ou condições quem possam implicar em reações adversas ao receptor (HEMOMINAS, 2023, p.19-21).

“A triagem clínica de doadores é composta pelas seguintes fases obrigatórias:

- I. Identificação do candidato à doação;
- II. Conferência dos candidatos cadastrais e registros de comparecimento anteriores;
- III. Acolhimento e esclarecimento ao doador, em linguagem acessível, acerca do objetivo da triagem, responsabilidade legal sobre a veracidade das suas respostas, riscos da doação e omissão de informações;
- IV. Realização de entrevista em condições adequadas de privacidade;
- V. Aplicação do questionário de triagem clínica;
- VI. Avaliação da capacidade de compreensão do doador acerca das perguntas realizadas, inclusive em doadores estrangeiros e portadores de necessidades especiais como déficit auditivo e visual;
- VII. Realização do exame físico;
- VIII. Esclarecimento de dúvidas;
- IX. Informação ao doador quanto ao resultado de sua avaliação;

- X. Encaminhamento médico de candidatos à doação considerados inaptos e que necessitem avaliação médica complementar;
- XI. Os mesmos princípios gerais do Conselho Federal de Medicina (CFM) que orientam os registros em prontuários e documentos públicos devem ser adotados pelos profissionais da triagem. Os registros devem ser legíveis e sem rasuras, inclusive para a preservação da segurança do profissional triagista;
- XII. Assinatura do doador na Ficha de Doação deve ser igual à do documento apresentado no cadastro e nas demais etapas da doação;
- XIII. Os candidatos à doação ou doadores não imunizados contra hepatite B devem ser orientados a procurar a Unidade Básica de Saúde (Rede SUS);
- XIV. Fornecimento de atestado de doação ou declaração de comparecimento pertinente ao atendimento realizado, de acordo com a demanda do candidato ou doador;
- XV. Doadores inaptos clínicos podem retornar a qualquer tempo para obter novos esclarecimentos e orientações. O profissional triagista deve estar disponível para prestar todas as informações de maneira clara e atenciosa; ”

Os itens abordados na triagem clínica são guiados pela legislação técnica vigente, e pelos manuais institucionais de atendimento ao doador. Existe um questionário, com perguntas padronizadas, que servem como referência para que o profissional realize e entrevista e investigue a presença atual ou o histórico de alguma condição e/ou doença que gere inaptidão temporária ou permanente, analisa a realização de procedimentos invasivos, como endoscopias, cirurgias, piercings, acupuntura, procedimentos estéticos, e tatuagens, avalia o comportamento sexual do candidato e faz uma breve consideração sobre o estado de saúde do parceiro/a (caso tenha), além de comportamentos de situações de risco, como uso de drogas, confinamento obrigatório, compartilhamento de agulhas e seringas, uso de medicações injetáveis sem prescrição médica e outras situações que possam ser consideradas inseguras (HEMOMINAS, 2023).

Após a realização da entrevista, o profissional de saúde realiza o exame físico do candidato, como a aferição da pressão arterial, temperatura corporal, peso mínimo para doação, altura, e frequência cardíaca, e define o status da triagem clínica. O candidato à doação é esclarecido sobre a sua aptidão ou inaptidão ao processo, e lhe é oferecido um espaço para retirar ou esclarecer todas as dúvidas. Em sequência, o questionário e a ficha são impressos, e solicita-se a assinatura do candidato após a leitura/conhecimento do termo de consentimento (BRASIL, 2017).

O candidato, apto na triagem clínica para a doação de sangue total, é encaminhado para a triagem hematológica, onde realiza uma punção na polpa digital, e coleta uma gota de sangue para análise da hemoglobina ou hematócrito. Estando dentro dos valores estabelecidos, o candidato torna-se apto para realizar a doação de sangue. Em casos de valores acima ou abaixo

da padronização, o candidato pode ser encaminhado para avaliação médica. (HEMOMINAS, 2021)

O doador, apto na triagem hematológica, segue o ciclo do sangue, passando pelo pré-lanche, coleta, e lanche pós doação. Em todos os momentos o documento de identificação oficial é novamente solicitado, para garantir o atendimento correto. Em qualquer uma das etapas pode haver desistência por parte do candidato/doador, sem que isso lhe cause prejuízos ou impedições para candidaturas futuras. (HEMOMINAS, 2021)

Após a doação, o doador é orientado a contatar a unidade na ocorrência de febre e/ou sintomas de doenças infectocontagiosas, para que seja analisada a necessidade de descarte da bolsa coletada. (HEMOMINAS, 2023)

As amostras de sangue obtidas no ato da coleta são submetidas à testes imunohematológicos e sorológicos, para definição da finalidade, se serão encaminhadas para uso ou descarte. A bolsa coletada segue para a produção, onde são produzidos os hemocomponentes, e em algumas unidades parte deles são encaminhados para a indústria à fim de possibilitar a elaboração dos hemoterápicos (BRASIL, 2016).

Os hemocomponentes produzidos e liberados são acondicionados em locais específicos, de acordo com a temperatura ideal de armazenamento e distribuídos para as agências transfusionais, assistências hemoterápicas contratantes e ambulatórios quando há a solicitação de um médico prescritor. O ato transfusional é a efetivação de todo o processo do ciclo do sangue. (BRASIL, 2017).

A transfusão de hemocomponentes e hemoderivados, como outras intervenções terapêuticas, são procedimentos não isento de riscos, podem causar efeitos adversos indesejáveis e levar à morbidade e/ou à mortalidade. De um a sete a cada 1.000 hemocomponentes transfundidos podem resultar em reação transfusional, sendo mais frequente nos pacientes poli transfundidos. A maioria das reações transfusionais é considerada benigna, muitas são subnotificadas e/ou sub diagnosticadas. O risco de morte relacionado à transfusão de sangue gira em torno de 2,3/1.000.000 de unidades transfundidas (BRASIL, 2013).

Apesar de todos os cuidados, o procedimento transfusional ainda apresenta riscos (doença infecciosa, imunossupressão, aloimunização), devendo ser realizado somente quando existe indicação precisa e nenhuma outra opção terapêutica. As reações transfusionais são divididas em imediatas, que ocorrem nas primeiras 24 horas do início da transfusão, e em tardias, após 24 horas de transfusão (BRASIL, 2013).

Em relação à gravidade da reação, podemos denominá-la de leve, moderada, grave ou óbito, de acordo com o risco de vida, lesão de órgãos, dano ou prejuízo de função, necessidade ou obrigatoriedade de intervenção médica e morte relacionada ao ato transfusional. (BRASIL, 2013).

O progresso e o aperfeiçoamento dos conhecimentos e tecnologias propiciam que a transfusão de sangue seja realizada com maior segurança, visto que os riscos relacionados ao procedimento foram sendo reduzidos com os avanços da ciência e da terapia celular (COVAS, 2014).

A triagem clínica e o risco de doenças ocupacionais

A Enfermagem é uma profissão regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem pela Lei 2.604, de 17 de setembro de 1955, e faz parte de uma equipe multidisciplinar, para oferecer os cuidados, seja na atenção primária, secundária, terciária ou quaternária. Entretanto, contraditoriamente, estes profissionais, destinados a cuidar, também têm se tornado vítimas de adoecimento, mesmo inseridos em unidades de saúde e detentores de conhecimento (SIQUEIRA, et al; 2020).

Existem fragilidades nas políticas públicas no Brasil, apesar de vários estudos já demonstrarem relação direta entre o adoecimento dos profissionais de saúde em virtude do trabalho desempenhado. São diversas evidências, como as condições de trabalho, ausências de estratégias de promoção à saúde do trabalhador, formas de organização do trabalho inadequadas, que criam arranjos desfavoráveis à saúde dos profissionais e desencadeiam impactos, desde redução do potencial laboral do indivíduo e aumento de absenteísmos até a instalação de doenças crônicas e incapacitantes (SOUZA; BERNARDO, 2019).

Os trabalhos científicos são insuficientes e escassos para analisar a ocorrência de risco de doenças ocupacionais entre os triagistas. Mas, por similaridade, trouxemos os estudos das áreas de triagem em classificação de risco, pois os contextos de trabalho destes profissionais são equivalentes às condições laborais do triador clínico de doadores de sangue.

Souza, et al (2021) realizou uma entrevista semiestruturada com 11 enfermeiros que possuíam experiência com a classificação de risco e conseguiu identificar as habilidades necessárias do profissional nesta função, dando destaque para a necessidade de conhecimento da escala utilizada, olho clínico, paciência e agilidade, e dentre as principais as dificuldades

listadas estavam a desorganização da rede assistencial e a falta de conhecimento do protocolo pela equipe de saúde.

De acordo com Padilha (2011), em seu estudo realizado em o Serviço de Hemoterapia Unidade Banco de Sangue de um hospital universitário da cidade de Porto Alegre, RS, é necessário a presença de diversas competências para a enfermeira realizar a triagem clínica de doadores de sangue, e as agrupou por categorias: prática profissional, ética e legal e a provisão e gerenciamento do cuidado. Reforça que aplicam conhecimentos e habilidades e destaca a importância deste triagistas em ter conhecimentos muito além da lei vigente, para serem capazes de identificar situações e atitudes que possam assegurar o cuidado no atendimento ao doador, a qualidade do sangue a ser transfundido e realização ações de promoção em saúde.

O enfermeiro tem demonstrado perfil e atributos profissionais, legitimando-o para identificar e classificar pacientes, pois desenvolveu competências práticas e generalistas que facilitam os processos e promovem agilidade no atendimento. É notório que atuam sob elevada demanda, muitas vezes com sobrecarga de trabalho, alto fluxo de atendimento, demandas variadas, inclusive de indivíduos que não se encaixam ao perfil de atendimento da unidade, mas procuram a instituição devido à facilidade de entrada no sistema de saúde. (SANTOS, et al. 2020).

O processo de triagem clínica caracteriza-se pela repetição. Os questionamentos padronizados são realizados aos candidatos à doação de sangue, de forma sequenciada e cíclica, dificultando ou impedindo o ato de criação e inovação. Pode ser caracterizada como uma atividade monótona e desgastante aos profissionais executores, o que permite o surgimento de impactos psíquicos e o desencadeamento de sofrimento humano. Possui características clássicas às circunstâncias de trabalho do sistema capitalista, com condições de trabalho precárias, na qual a qualidade de vida torna-se um discurso vazio de sentido, visto que é uma maquiagem ao processo, inatingível. (MONTEIRO, et. al. 2021).

O processo de trabalho do triagista clínico de doadores de sangue muito se assemelha ao que (Zorzal, 2020) identificou em seu estudo quanto a atividade de classificação de risco realizada pelo enfermeiro. Ambos tratam-se de um processo desgastante, no qual o profissional precisa acolher o paciente, avaliar e dar o encaminhamento adequado em um tempo estimado entre 5 a 10 minutos, exigindo raciocínio rápido e pensamento crítico, tornando-se um processo desgastante, monótono e repetitivo, muito semelhante à uma esteira na linha de produção, na qual os trabalhadores desempenham um trabalho mecânico e continuado, na qual o triagista

possui restrições e bloqueios até em seu pensamento, clássico do fordismo, uma cadeia de fatos que eclodem no adoecimento psicossomático.

A sobrecarga de trabalho é apontada como uma das causas de dificuldade em realizar um atendimento preconizado pela política de humanização, o que pode gerar o estresse patológico, e ocasionar a síndrome de esgotamento profissional, mais conhecida como síndrome de Burnout. Dentre as profissões mais susceptíveis à síndrome de Burnout, os profissionais de saúde têm sido identificados como o grupo mais frequente (URQUIZA, 2017). De acordo com a mesma autoria, no cuidado à saúde, a enfermagem lidera os números de casos. Um profissional com Burnout apresenta fraqueza, insônia, irritabilidade, hostilidade e depressão, sintomas que o deixam desmotivados a realizarem o autocuidado.

Recentemente a Organização Mundial da Saúde reconheceu que a Síndrome de Burnout é considerada uma doença ocupacional, por ser resultante do estresse crônico no ambiente de trabalho, e fez a inclusão da síndrome na nova Classificação Internacional de Doenças - CID-11, podendo então ser considerada nas avaliações jurídicas, afastamento de trabalho e nos processos da justiça do trabalho (ALMEIDA, 2022).

Observa-se que o cenário atual para a equipe de saúde, levando também em consideração a pandemia da COVID-19, tem trazido significativo impacto na saúde dos profissionais. Visando uma melhor remuneração, muitos se submetem a cargas horárias exaustivas, jornadas duplas de trabalho, horas extras e plantões, e trabalham com intensa demanda de cuidados, muitas vezes em equipes subdimensionadas e com recursos materiais limitados (SOARES, et al; 2021).

As doenças ocupacionais constituem atualmente um grande problema de saúde pública. O fato de a enfermagem estar frequentemente exposta à sobrecarga de trabalho e à exposição ocupacional à fatores de risco, contribui para que seja uma classe profissional em permanente e progressivo processo de adoecimento. As doenças ocasionadas pelo trabalho podem manifestar-se em diferentes intensidades, exigindo desde um controle clínico ou medicamentoso, até mesmo ajustes de função, devido às limitações físicas/psicológicas, que podem levar o profissional à invalidez, e ao absenteísmo precoce de suas atividades laborais (ROCHA, et al; 2017).

Com a pandemia da COVID-19, tornou-se ainda mais desafiador a manutenção dos estoques de hemocomponentes nas unidades de hemoterapia. Paralelamente houve um aumento da demanda destes produtos, como terapia coadjuvante de pacientes acometidos pelo novo coronavírus. Como alternativa e medida facilitadora, O Hospital Israelita Albert Einstein

implantou a telemedicina, para realizar a triagem clínica de doadores, evitando desta forma o deslocamento de candidatos inaptos clínicos (temporários ou definitivos) até a unidade (SAVIOLI, et al. 2021).

Santos, et. al (2021) enfatizou que durante a pandemia da COVID-19 uma das maiores preocupações dos bancos de sangue foram quanto à possibilidade de diminuição no número de doações devido a probabilidade aumentada de inaptidão clínica dos candidatos à doação de sangue e à restrição de circulação dos cidadãos, como medida para evitar a propagação e contaminação pelo coronavírus. Entretanto, no período analisado, houve um aumento de 7% nas doações de sangue, que foram possíveis devido à criação de novas estratégias para captação e atendimento de doadores.

Somente recentemente iniciaram estudos voltados para os profissionais que executam a triagem clínica. Um destes, foi feito no hemocentro de Belo Horizonte, em Minas Gerais, no qual analisaram os principais desafios identificados pela equipe que realiza a assistência direta ao doador, no processo de triagem clínica. (MONTEIRO, et al. 2021)

A pesquisa entrevistou 12 profissionais, incluindo médicos e enfermeiros, que realizam a triagem clínica, e demonstrou a dificuldade destes profissionais em diferenciar a real intenção do doador (altruísmo ou motivado por necessidades próprias, como receber atestado ou realizar exames sorológicos); incompreensão do candidato quanto à segurança do processo; dificuldade para confirmar a veracidade das informações prestadas; omissão e informações imprecisas que impactam na triagem e a orientação de candidatos inaptos, de forma que não cause um impacto negativo e não o desmotive retornar em momento oportuno. (MONTEIRO, et al. 2021)

3.4 Qualidade de vida no trabalho

A satisfação no trabalho é uma área de interesse de pesquisadores de várias formações. Há muitos anos, buscam estudá-la, para compreender os conceitos e teorias envolvidos, a fim de trabalhar na sua implantação, avaliação, e consolidação de medidas preventivas e corretivas no ambiente de trabalho, para poder gerar e garantir a proteção e saúde do trabalhador (MARTINEZ; PARAGUAY, 2003). Embora o interesse pelas pesquisas em qualidade de vida relacionada ao trabalho percebida pelos profissionais de enfermagem vem despertando

interesse, os estudos ainda são escassos, e pouco utilizam instrumentos validados ou análises de associação (AZEVEDE, 2017).

A qualidade de vida é multifatorial, está relacionada às condições de saúde do indivíduo e à sua percepção sobre os fatores sociais, culturais e históricos que o envolvem. Possui os determinantes individuais, como a idade, sexo, e as heranças genéticas, e os macro determinantes, que estão relacionados às condições de vida e de trabalho. A atividade laboral exercida pela pessoa impacta diretamente nas circunstâncias de saúde, e nos estados de qualidade de vida dos profissionais (BARBOSA, et al, 2018).

A qualidade de vida no trabalho traz uma abordagem mais ampla, ela visa trazer a satisfação e bem-estar ao trabalhador, além de procurar a motivação e a segurança. Atualmente, na abordagem contemporânea, ela encontra-se desenvolvida em diversos países, como Estados Unidos, Canadá, França e Suécia. No Brasil, alguns movimentos discretos começaram a surgir na década de 90, em alguns estados (SCHIMIT; DANTAS, 2006).

Uma das grandes dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde, em seus ambientes de trabalho, para garantir a qualidade de vida no trabalho é que, no Brasil, aumentou muito a demanda pelos serviços de saúde e centros especializados, o que exige profissionais qualificados para o exercício das funções (DE MARCO, et al, 2008).

Entretanto, esta demanda não foi acompanhada proporcionalmente em investimento nos recursos humanos, gerando falta de profissionais qualificados, achatamento salarial, não-reposição de pessoal, e a utilização de serviços temporários, voluntários e terceirizados, o que gera sobrecarga de trabalho para a equipe, altos níveis de estresse, Burnout, sintomas depressivos e ansiosos (DE MARCO, et al, 2008).

Estudar sobre a qualidade de vida no trabalho e a satisfação dos trabalhadores é proporcionar ferramentas capazes de gerar promoção à saúde e prevenção de doenças. O trabalho é um importante instrumento social que traz finalidade e sentido para a vida das pessoas. Embora haja diversas pessoas interessadas no tema de qualidade de vida e satisfação no trabalho, os estudos ainda são insipientes, e não há consenso sobre os fatores envolvidos. Na área da Enfermagem e Medicina, as pesquisas sobre Qualidade de Vida no trabalho são restritas, e devido às várias abordagens nos estudos, não é possível compará-los, e os trabalhos científicos são insuficientes e escassos para analisar a ocorrência de risco de doenças ocupacionais entre os triagistas.

Já foi demonstrado a presença de íntima relação entre o adoecimento mental dos trabalhadores e a submissão à determinados situações laborais. Há evidências de estresse e desgaste mental gerados pela interrelação entre o ambiente, fatores psicossociais e intrapsíquicos, condições de trabalho, relações de poder e repercussões na saúde mental, que podem causar impactos na inteligência e afetividade do trabalhador (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Segundo Azevedo (2017) os trabalhadores de enfermagem estão mais expostos à fatores de desgaste, e por isso enfrentam maior sofrimento psicológico quando comparados à população em geral. O fato de comporem equipes insuficientes, a questão real da sobrecarga de trabalho, a impossibilidade de participação na tomada de decisões, o reconhecimento por resultados baixo ou inexistente, o sentimento de orgulho e pertencimento empobrecido, a insegurança na manutenção do emprego, os salários percebidos inferiores a outros profissionais de nível superior, dentre outros, afetam a qualidade de vida relacionada ao trabalho, e aumentam o desgaste profissional. O importante para os gestores dos processos de trabalho na enfermagem é que as metas, indicadores e resultados quantitativos sejam atingidos com êxito, e não há muitas vezes um olhar voltado para a saúde destes profissionais, e não existe o pensar na saúde destes trabalhadores.

A insuficiência de qualidade de vida no trabalho, e/ou a ausência de satisfação dos trabalhadores causam diversos impactos, como prejuízo na produtividade e desempenho, aumento de absenteísmo e da rotatividade dos profissionais, greves, acidentes de trabalho, interferências na cidadania organizacional e na saúde e bem-estar, e afeta também a satisfação dos clientes. Os trabalhadores, inseridos em condições precárias de trabalho, vão à exaustão, física e mental, adquirindo baixa autoestima e perda de interesse pelo conforto do cliente (MELO, et al, 2011).

Frantz, et al (2020), traz importantes considerações sobre o conhecimento fragmentado dos triadores, que por executarem um trabalho muito individualizado, possuem conhecimento restrito ao que desempenham, e desconhecem de forma completa o processo do ciclo do sangue. Entre os seus entrevistados, encontrou relatos de enfermeiros que ressaltam a monotonia do processo, por não sofrer variações, e ser executado diversas vezes ao dia, ao longo de todos os meses, da mesma forma, além do desfalque na equipe de trabalho, e dos conflitos gerados pela divisão desproporcional de atendimento entre os membros.

Frantz (2018) ainda traz considerações sobre a limitação do conhecimento de alguns triadores quanto à atividade que realiza, por não possui conhecimento de todo o processo do ciclo do sangue, e este conhecimento parcial dificulta e limita o desenvolvimento das suas atividades laborais. E destaca a importância da competência do triagista, em ter raciocínio rápido para tomadas de condutas clínicas, conhecimento teórico e experiência para investigar o estado de saúde atual e progresso do candidato à doação.

Já Lordeiro (2017) traz em seu estudo o quanto o profissional triador precisa ter preparo emocional para lidar com o atendimento de doadores de sangue, para poder cumprir a triagem clínica com êxito e realizar a educação em saúde aos candidatos inaptos para doação. Ressalta a relação que o profissional possui com as histórias de cada candidato, e o quanto precisa ter habilidades e competências para lidar com elas.

Uma instituição de saúde, para obter um funcionamento harmônico, depende de inúmeros fatores, e à um deles damos destaque, que é a questão do equilíbrio do sistema gerado pelo grau de satisfação/motivação das pessoas que trabalham neste determinado local. Na existência de um elevado grau de motivação e satisfação dos trabalhadores, encontra-se trabalhadores equilibrados e produtivos, e o inverso também é válido, pessoas desmotivadas e insatisfeitas alteram o clima organizacional e convencem outras pessoas à demonstrar seu descontentamento, o que gera um inadequado desempenho das funções e ações de trabalho pouco eficientes (ANTUNNES; ANNA, 1996).

A satisfação no trabalho é resultado de uma rede complexa de fatores, é um fenômeno com numerosas relações de interdependência, que envolve estados subjetivos individuais, fatores internos e externos, que podem variar ao longo do tempo. Indivíduos satisfeitos demonstram-se prazerosos e felizes, e contemplam a sensação de bem-estar no trabalho. Trabalhadores insatisfeitos no trabalho, ou com uma má qualidade de vida no trabalho podem causar influências em suas relações sócio- familiares, e isso tornar-se um ciclo vicioso. O impacto da sobrecarga de trabalho é um aspecto que gera menor qualidade de vida no trabalho e menor satisfação profissional (MADERO-GOMEZ, 2020)

Para atingí-la é necessário que as instituições reflitam sobre ações que possam proporcionar satisfação à seus trabalhadores, e que as façam em conjunto, com a participação direta de todos os níveis hierárquicos, que haja mecanismos de reconhecimento por um bom trabalho executado, por meios de incentivos ou recompensas. Que criem a possibilidade da autonomia dos trabalhadores nos processos decisórios, a exploração das habilidades dos trabalhadores,

para que possam exercer atividades mais complexas e interessantes, que façam uso de habilidades já adquiridas ou que incentivem a aquisição de novos conhecimentos, o aumento do suporte social e a capacitação das gerências e chefias, para exercê-lo, melhoria nos fluxos de informações, para que chegue de forma rápida e precisa aos responsáveis pela execução das tarefas. E por último, garantir as melhorias nas condições físicas e ambientais de trabalho, atendendo às normas técnicas e as legislações específicas (CARVALHO,2020).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Ética e Protocolos

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, da Universidade Federal de Uberlândia e aprovada sob número 5.010.611 e aos Comitês de Ética em Pesquisa próprios das instituições coparticipantes que os possuem, e somente foi iniciada mediante aprovações e liberações dos mesmos. O CEP da instituição proponente selecionada foi criado no primeiro semestre de 1997, e no semestre subsequente já foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa -CONEP.

O projeto de pesquisa foi submetido na Plataforma Brasil, por envolver seres humanos. Como trata-se de um estudo regional, a instituição proponente cadastrada foi a Universidade Federal de Uberlândia – UFU, e as Hemorredes Estaduais Alfa ($HE\alpha$), Beta ($HE\beta$), Gama ($HE\gamma$) e Delta ($HE\delta$) serão incluídas como instituições coparticipantes.

A construção do relatório desse estudo seguiu as orientações de protocolos internacionais, que definem critérios de qualidade, utilizados internacionalmente, para artigos de abordagem quantitativa.

O protocolo de pesquisa (abordagem quantitativa) foi baseado no *Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (Anexo B) denominada de “Declaração de STROBE”, com a verificação dos itens que devem ser incluídos em estudos observacionais (MALTA et al., 2010)

4.2 Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo de abordagem quantitativa, descritiva. Inicialmente, a proposta era unificar as análises temática e descritiva, mediante a utilização da técnica de grupo focal e a aplicação de questionários, para agregar a vantagem de trabalhar com uma pesquisa mista o fato de obter resultados que podem ser melhor compreendidos pelo cruzamento das informações obtidas pela análise dos dados e pela riqueza na compreensão das opiniões dos entrevistados e promove o diálogo entre as análises de conteúdo temática e descritiva (TURATO, 2005).

Entretanto, em virtude da dificuldade de adesão dos participantes ao estudo, e da incompatibilidade de horários para realização do grupo focal, optou-se por manter somente a pesquisa que abrange a análise quantitativa e descritiva, por se tratar de uma estrutura exponencial e positivista (MINAYO, 2010; SEVERINO, 2007).

Os dados quantitativos foram obtidos pelas análises estatísticas das informações coletadas por intermédio da aplicação do questionário socioprofissional e demográfico (apêndice A), e as Escalas de Avaliação do Inventário Sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento – ITRA (anexo A), o qual foi elaborado e validado por Ferreira e Mendes (2007), conforme representado na figura 3.



Figura 3. Resumo esquemático do método de coleta de dados do estudo. Fonte: Produzido pela autora.

4.3 Local de estudo

O estudo foi conduzido em 04 estados do sudeste do Brasil, em hemorredes estaduais públicas, conforme demonstrou a figura 4.



Figura 4. Localização geográfica das hemorredes participantes do estudo.

A Hemorrede Estadual Alfa ($HE\alpha$) era uma das redes de hematologia e hemoterapia, localizada na região sudeste do Brasil, realizada em parceria entre o governo do estado e o governo Federal, voltada para o objetivo de centralizar a coleta, processamento, distribuição dos produtos, garantindo a qualidade no sangue encaminhado aos hospitais credenciados.

A Hemorrede Estadual Beta ($HE\beta$) foi instituída dezembro de 1989, mediante lei, com personalidade jurídica própria, de direito público, vinculava-se à Secretaria de Saúde do estado e tinha por finalidade assegurar unidade de comando e direção às políticas estaduais relativas à hematologia e hemoterapia, garantindo à população a oferta de sangue e hemoderivados de qualidade. Esta rede de hematologia e hemoterapia brasileira desenvolvia atividades nas áreas de prestação de serviço, assistência médica, ensino, pesquisa, desenvolvimento tecnológico, produção, controle de qualidade e educação sanitária.

A Hemorrede Estadual Gama ($HE\gamma$) foi uma das pioneiras na hemoterapia brasileira, e teve a criação motivada para propiciar atendimento às vítimas da Segunda Guerra Mundial. Na ocasião do estudo, possuía a missão de prestar assistência de qualidade em hematologia e hemoterapia à população, e coordenar a hemorrede do Estado.

E a Hemorrede Estadual Delta (HE δ) era a quarta rede da região sudeste do Brasil, selecionada para esse estudo, tratava-se também de uma instituição pública, ligada à Secretaria do Estado, e mantinha relação direta com o Hospital de Clínicas mais próximo, para cooperação acadêmica técnico-científica.

Cada uma das Hemorredes Estaduais possuía várias sedes e serviços, de complexidades variadas. A pesquisa foi aplicada nas unidades que atendem os critérios de inclusão. Desta forma, incluiu-se na *Hemorrede Estadual Alfa* (HE α): 04 (quatro) hemocentros e 01 (uma) unidades de coleta; na *Hemorrede Estadual Beta* (HE β): 07 (sete) hemocentros; 09 (nove) hemonúcleos; 05 (cinco) unidades de coleta; na *Hemorrede Estadual Gama* (HE γ): 01 hemocentros; e na *Hemorrede Estadual Delta* (HE δ) 06 (seis) hemocentros; conforme representado no quadro 1.

Os postos avançados de coleta externa – PACE e Centros Municipais, foram excluídos do estudo, por não atenderem aos critérios de inclusão, pois ofereciam horário reduzido de atendimento, e possuíam equipe de saúde que prestava serviço a outros estabelecimentos nos dias em que não havia atendimento ao doador na unidade.

As unidades participantes não foram analisadas de forma individual, apenas a nível estadual e foram reconhecidas nesse estudo por letras do alfabeto grego intentando sigilo e preservação da identidade, conforme representado no quadro 1.

Quadro 1: Quantitativo de unidades convidadas à participar do estudo.

Local do Estudo		
Lotação do gestor	Localidade	Quantidade de unidades
Hemocentros	Hemorrede Estadual Alfa	4
	Hemorrede Estadual Beta	7
	Hemorrede Estadual Gama	1
	Hemorrede Estadual Delta	6
Hemonúcleos	Hemorrede Estadual Alfa	0
	Hemorrede Estadual Beta	9
	Hemorrede Estadual Gama	0
	Hemorrede Estadual Delta	0

Unidades de Coleta	Hemorrede Estadual Alfa	1
	Hemorrede Estadual Beta	5
	Hemorrede Estadual Gama	0
	Hemorrede Estadual Delta	0
	TOTAL:	33

4.4 Participantes do estudo

O estudo foi direcionado exclusivamente à gestão dos triagistas clínicos de doadores de sangue, Hemorredes Estaduais Alfa (HE α), Beta (HE β), Gama (HE γ) e Delta (HE δ). A gestão era composta pela gerência de enfermagem, que contava com os enfermeiros RT, e pelo Gestor Técnico das unidades (hemocentros, hemonúcleos, unidades de coleta).

Os gestores dos PACE's e centros municipais foram excluídos do estudo por não atenderem aos critérios de inclusão, visto que esta modalidade de unidade oferecia horário reduzido de atendimento ao doador (geralmente com periodicidade semanal), e nos outros dias da semana estes profissionais prestavam serviços à outros estabelecimentos de saúde.

Em casos de ausência ou indisponibilidade do enfermeiro Responsável Técnico - RT em alguma das unidades participantes, a pesquisa foi destinada ao enfermeiro supervisor, que na ocasião encontrava-se como referência do serviço, no momento do período da coleta de dados. O mesmo raciocínio foi utilizado para as unidades que não possuíam o Gerente Técnico, atribuindo a possibilidade em participar do estudo ao médico hemoterapeuta supervisor e/ou ao Diretor Técnico da unidade.

Para a análise quantitativa, mediante o uso dos questionários, foram convidados os profissionais gestores que compunham a gerência de enfermagem e a gerência técnica, das unidades (hemocentros, hemonúcleos, unidades de coleta), das Hemorredes Estaduais Alfa (HE α), Beta (HE β), Gama (HE γ) e Delta (HE δ).

A amostra foi obtida por acidente ou conveniência, pressupondo que cada unidade possuía um gestor de enfermagem e um gerente/coordenador técnico, totalizando 66 (cento e sessenta e seis) gestores. Entretanto, várias unidades estavam com dificuldades em regularizar o seu quadro funcional, e apresentaram defasagem de médicos ocupantes dos cargos de Gerente

Técnico e Diretor Técnico, reduzindo a amostra à 55 convidados à participarem do estudo, conforme representado na tabela 1.

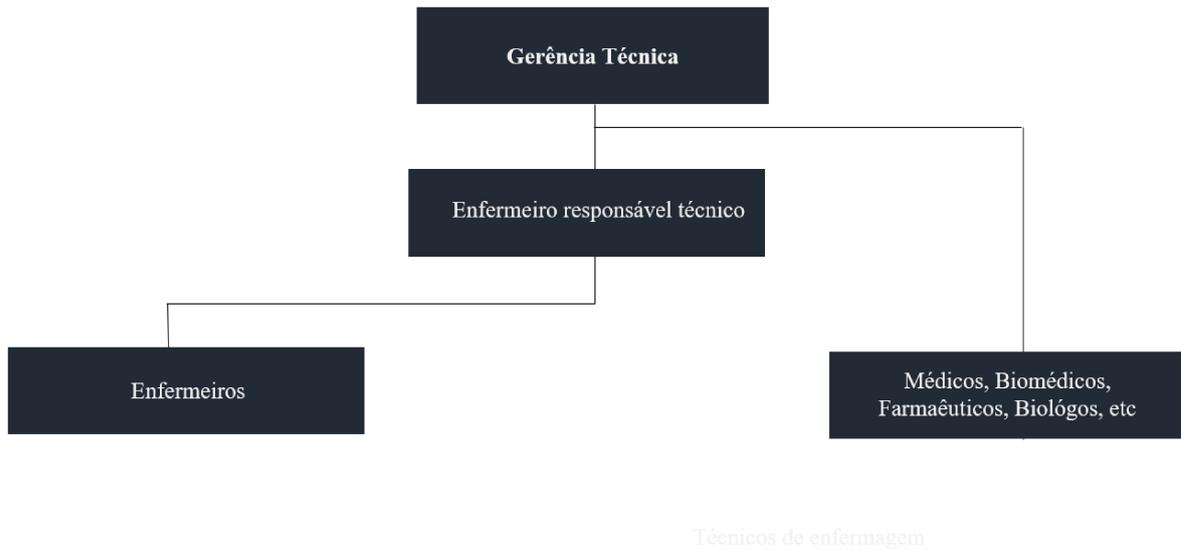
Tabela 1. Gestores dos triagistas clínicos convidados para a pesquisa

Hemorrede	Nº Convidados
Alfa	07 (13%)
Beta	37 (67%)
Gama	04 (7%)
Delta	07 (13%)
TOTAL	55 (100%)

Cada unidade das Hemorredes Estaduais Alfa ($HE\alpha$), Beta ($HE\beta$), Gama ($HE\gamma$) e Delta ($HE\delta$) contava com um enfermeiro responsável técnico, com certidão emitida, que realizava todas as exigências da categoria profissional, e realizava o gerenciamento local do serviço, dimensionamento da equipe, planejamento da escala de trabalho, etc. Na indisponibilidade temporária do enfermeiro responsável técnico (como por exemplo: licença para tratamento de saúde, licença maternidade, licença para capacitação, etc.), outro enfermeiro da unidade foi designado para assumir temporariamente as funções do enfermeiro – RT e possibilitar que garantisse a continuidade do trabalho, prezando pela qualidade e seguimento dos serviços (HEMOMINAS, 2021a).

O serviço de enfermagem do ciclo do sangue era composto por: enfermeiro responsável técnico – RT; enfermeiros triagistas, enfermeiros da sala de coleta, enfermeiros do ambulatório e técnicos de enfermagem, que foram representados na figura 5.

Figura 5. Organograma da gestão dos triagistas clínicos de doadores de sangue.



Fonte: Produzido pela autora.

Todas as unidades selecionadas para o estudo possuíam o serviço de coleta de sangue total, e contemplavam a atividade da função da triagem clínica dos doadores de sangue, seja ela realizada por enfermeiros, médicos, biomédicos e assistente social, todos são profissionais de saúde de nível superior. Outros profissionais compunham a equipe de atendimento ao doador, e a estrutura organizacional da instituição.

Nas Hemorredes Estaduais, havia dois processos distintos de coleta:

“Coleta de sangue total, que consiste na obtenção de uma bolsa de sangue de um único doador, utilizando um homogeneizador e um sistema de bolsas plásticas, estéril e aprotrombótico, contendo soluções anticoagulantes e/ou preservadoras

Coleta de hemocomponentes e células por aférese: processo que consiste na obtenção de determinado componente sanguíneo de doador único, utilizando equipamento específico, separador celular, com retorno dos hemocomponentes remanescentes à corrente sanguínea” HEMOMINAS, 2021.

Assim, nesse estudo o objeto de análise foi direcionado para a gestão dos triagistas clínicos de doadores de sangue total, pois esse processo de coleta representava a atividade prioritária do ciclo do sangue. Além disto, a triagem clínica de doadores que realizavam a coleta de hemocomponentes e células por aférese possuíam características particulares que traziam certas especificidades ao processo, os quais não seriam abordados nesta pesquisa.

4.5 Métodos e Instrumentos de Coleta de Dados

Após aprovação e liberação do CEP, os dados quantitativos foram coletados, mediante a aplicação de 01 (um) questionário (apêndice A) e quatro (quatro) escalas de avaliação (anexo A), que juntamente ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (apêndice C).

Considerando a pandemia/isolamento da COVID-19, a pesquisa quantitativa foi realizada pelo meio remoto (online) os questionário e escalas supracitados foram enviados por meio eletrônico aos gestores preferencialmente por e-mail institucional e pelo aplicativo WhatsApp, mas também foi enviado pela rede LinkedIn e para outro endereço eletrônico conforme disponibilidade, funcionalidade e/ou preferência do convidado à participação da pesquisa. O questionário (apêndice A), as escalas de avaliação (anexo A) e o TCLE (apêndice C) estavam incluídos e personalizados na plataforma Google Forms

A plataforma Google Forms foi escolhida, por não possuir custos, por não exigir que os participantes tivessem uma conta do Google, porque tinha a disponibilidade de controlar quem poderia visualizar e editar os dados, pois tinha a capacidade de armazenar grande quantidade de dados, que foram migrados para as Planilhas Google, as quais permitiram as análises dos dados coletados, de forma segura.

Devido ao cenário de isolamento social que estávamos vivendo, tornou-se necessário a criação de novos instrumentos de comunicação, adesão e aceitabilidade dos participantes do estudo. Por este motivo, foi enviado o convite online (figura 6) para estimular a adesão dos respondentes ao preenchimento dos questionários.

Figura 6. Convite online para solicitar participação na pesquisa.

Convite

Prezade Gestor (a),

Meu nome é Daniela, sou enfermeira triagista no Hemocentro Regional de Uberlândia – MG.

Peço sua contribuição na minha pesquisa de mestrado, com o tema: *Implicações do processo de trabalho na saúde do triagista clínico de doadores de sangue sob a perspectiva da gestão*

Caso concorde, gostaria que respondesse ao **QUESTIONÁRIO**, clicando no link abaixo.

Suas respostas serão confidenciais e sigilosas.

Obrigada pela participação, qualquer dúvida estou à disposição.








Daniela Roberta Curcino
Analista de Hematologia e Hemoterapia
Hemocentro Regional de Uberlândia

Contato: (34) 99125-2684

Fonte: Produzido pela autora.

4.5.1. Questionários

O questionário sócio profissional e demográfico (apêndice A), visou traçar o perfil da gestão, mediante as variáveis: lotação de trabalho, categoria profissional, sexo, idade, estado civil, etnia/raça, carga horária semanal, tempo de atuação na Hemorrede Estadual, vínculo empregatício, atuação profissional, composição familiar, responsabilidade pela renda familiar, renda mensal do grupo familiar, escolaridade, formação acadêmica, tempo de graduação, quantitativo de triadores sob sua gestão, e o quantitativo médio de bolsa de sangue coletada por mês em sua unidade de trabalho, e classificação do tamanho da cidade onde está inserida a sua unidade de atuação, tempo médio de triagem clínica e a classificação do tempo de atendimento.

Para a constituição do questionário sócio profissional e demográfico, utilizou-se elementos fundantes, como a pesquisa das características étnico-raciais da população, categorizadas de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, assim como o registro civil, educação, rendimento do respondente e do grupo familiar, e outras perguntas destinadas à compreender sobre a experiência de trabalho do gestor na área de hematologia e hemoterapia.

A adaptação das escalas do Inventário Sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (anexo A), foi estruturada em quatro categorias: Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho – EACT, que avaliou as relações sócio profissionais e as condições de trabalho; Escala de Custo Humano do Trabalho – ECHT, que coletou informações relativas ao custo físico, cognitivo e afetivo do trabalho, a Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST), na qual investigou os danos relacionados ao trabalho, às vivências de prazer e de sofrimento no trabalho, e a Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho – EADRT, na qual analisou as consequências em termos físicos e psicossociais.

O Inventário Sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento – ITRA (anexo A), é um instrumento estruturado, o qual foi elaborado e validado por Ferreira e Mendes (2007) já se encontrava na língua portuguesa, não houve necessidade de tradução, e não necessitava de autorização prévia para ser utilizado, por ser uma fonte de acesso livre, desde que os créditos fizessem referência aos autores. O objetivo deste instrumento é avaliar distintas e interdependentes faces relativas ao mundo do trabalho dos respondentes, avaliando o próprio contexto de trabalho e a maneira como pode impactar na saúde do trabalhador, sendo possível traçar um perfil dos fatores que desencadeiam o adoecimento.

O instrumento foi adaptado, pois habitualmente o respondente da pesquisa preenche as escalas likert de acordo com a sua vivência, sobre o seu próprio labor. No caso deste estudo, os gestores precisaram avaliar e responder sobre a sua percepção em relação ao trabalho do triagista que compões a sua equipe de trabalho. Desta forma, as perguntas foram adaptadas para que o gestor compreendesse que as respostas seriam direcionadas para a visão que eles possuíam a respeito do trabalho do triagistas, e se os gestores identificavam vivências de prazer e sofrimento no trabalho da triagem clínica.

4.6 Fontes de Estudo

A pesquisa foi realizada a partir de artigos, teses e dissertações, coletados das bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde - BVS, Descritores em Ciências da Saúde - DECS, Elton B. Stephens Company - EBSCO, Público Editora Medline - PUBMED, Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica - MEDLINE, Literatura Latino-americana - LILACS, Centro

Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde - BIREME e Google Acadêmico, não ficando restrito aos artigos referenciados neste projeto.

4.7 Critérios de Inclusão

Dentre estes participantes, houve a inclusão dos gestores, que estavam lotados na gerência/coordenação de enfermagem ou gerência/coordenação técnica, dos hemocentros, hemonúcleos, unidades de coleta das Hemorredes Estaduais Alfa ($HE\alpha$), Beta ($HE\beta$), Gama ($HE\chi$) e Delta ($HE\delta$), ou que possuíam cargos e funções equivalentes, de ambos os sexos, de toda e qualquer faixa, de qualquer vínculo empregatício, com ou sem dedicação exclusiva, que cumpriam no mínimo 20 (vinte) horas semanais, que possuíam triagistas clínicos de doadores de sangue em sua equipe de trabalho, que participaram de forma voluntária à pesquisa, que estivessem de acordo com o estudo e autorizassem a sua participação através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice C).

4.8 Critérios de Exclusão

Foram excluídos do estudo os gestores que cumpriam jornada inferior à 20 (vinte) horas semanais, que não tinham triadores clínicos de doadores de sangue em sua equipe de trabalho, aqueles que não estavam de acordo com a pesquisa, que não autorizaram a sua participação através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice C), inseriram alguma informação nos formulários que não houvesse sido solicitada, e que pudesse causar ou possibilitar algum tipo de identificação do mesmo, ou que pudesse causar prejuízos quanto ao sigilo e confidencialidade e aqueles que após o preenchimento das respostas e envio do formulário, desistiram da participação e fizeram a comunicação à pesquisadora responsável, pelos contatos disponibilizados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (e-mail institucional, e-mail particular, telefone fixo comercial, telefone celular, WhatsApp e endereço comercial).

4.9 Análise crítica de riscos e benefícios

O estudo só foi iniciado mediante aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa. Os participantes foram motivados a participar e a colaborar com a pesquisa, e foram esclarecidos sobre os objetivos, métodos, riscos e incômodos, que pudesse surgir, bem como a finalidade e os benefícios da pesquisa.

O estudo apresentou riscos de identificação diretos aos participantes, pois toda a equipe de gestão dos triagistas clínicos foi convidada a participar, e cada unidade de hematologia e hemoterapia possuía aproximadamente 2 (dois) gestores convidados, que era o gestor de enfermagem (enfermeiro responsável técnico ou enfermeiro supervisor do serviço no momento da coleta de dados) e o gerente/coordenador técnico da unidade. Para não prejudicar a confidencialidade dos dados, a privacidade dos participantes, o sigilo da identificação do enfermeiro, e para garantir a proteção da imagem dos participantes do estudo, os instrumentos de coleta de dados (apêndice A, apêndice B, e anexo A) foram codificados por ordem cronológica de recebimento dos anexos preenchidos, enumeradas, e não continham dados de identificação direta do participante, ou seja, os instrumentos que foram utilizados para realizar a pesquisa não coletaram nome completo, e-mail, telefone, cidade em que trabalha, e nenhum outro dados pessoal, pois entendemos que assim não elucidamos nenhum dado que pudesse prejudicar o sigilo da confidencialidade. As unidades participantes foram agrupadas a nível estadual e codificadas com as letras do alfabeto grego. Apenas a pesquisadora sabia quem era o respondente, através da assinatura do TCLE. Todos os instrumentos foram analisados pontualmente, e aqueles que apresentaram riscos de prejuízo e identificação direta de dados sigilosos foram excluídos do estudo.

Os benefícios desta pesquisa era avaliar a visão e a perspectiva da gestão de sobre a existência ou não de risco de adoecimento em sua equipe de triagistas, e em caso afirmativo, refletir sobre estratégias protetivas, que possam ser aplicadas para reduzir ou eliminar os riscos, proporcionando um ambiente de trabalho saudável e produtivo, e melhorando a qualidade de vida no trabalho dos triadores. O trabalho também pôde contribuir com discussões para potencial melhorias na estrutura psicoemocional dos triagistas, que pode resultar em melhor qualidade do serviço, acurácia no processo e segurança o receptor dos hemocomponentes.

Os benefícios da pesquisa proporcionaram efeitos diretos aos participantes, pois

tiveram em mãos informações que pôde auxiliar a gerência e coordenação de sua equipe de trabalho, no fortalecimento de vínculos e no aprimoramento de novas ferramentas de trabalho.

Os dados obtidos após a análise possuem a finalidade também para que outros estudos possam aprofundar no tema, e identificar novas oportunidades de melhoria no processo de trabalho.

4.10 Medidas de proteção de riscos, confidencialidade e obtenção de consentimento

Como o estudo apresentava riscos diretos, exigiu-se a necessidade do preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (apêndice C), e só foram incluídos no estudo os enfermeiros gestores que estiveram de acordo com as normas do projeto, e fizeram a marcação do seu parecer favorável no TCLE. Os instrumentos que foram utilizados não possuíam dados pessoais e outras informações que pudessem proporcionar a identificação do participante e/ou causar prejuízo em sigilo à sua identidade e/ou imagem. E se por ventura houvesse identificação direta do cliente, em algum dos instrumentos de coleta de dados, estes instrumentos seriam excluídos da análise do estudo.

4.11 Critérios para encerrar a pesquisa

A pesquisa poderia ser encerrada caso ocorresse eventos adversos de ordem operacional que prejudicassem a continuidade ou a conclusão do estudo, em caso de doença, invalidez ou morte da pesquisadora responsável, e se a pesquisa impactasse no desenvolvimento das atividades habituais do gestor.

4.12 Análise de dados – Análise descritiva

Os dados foram extraídos do Google Formulários e encaminhados para as Planilhas Google, geradas os gráficos e tabelas no software Microsoft Excel, para construção do banco

de dados, os quais foram processados, e realizadas as análises estatísticas de associação e a análise descritiva entre as características sócio demográficas da amostra e os componentes da escala ITRA.

As características sócio demográficas da amostra foram descritas a partir de frequências absolutas (N) e relativas (%). Tais variáveis foram operacionalizadas a fim de obter um bom balanço entre o tamanho de cada categoria.

O desfecho principal do estudo foi a adaptação da escala Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA), desenvolvido por Ferreira e Mendes (2003), com a finalidade de mensurar as condições de trabalho e saúde da equipe analisada. Este inventário era composto por quatro outras sub escalas, as quais avaliavam fatores específicos e interdependentes: Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST), Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT), Escala de Custo Humano do Trabalho (ECHT) e Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT).

A pontuação total média de cada escala foi obtida a partir da média dos itens que as compõe. Além disso, cada subescala foi dividida de forma categórica utilizando os pontos de corte fornecidos pela contratante. Dentro de cada subescala ainda existem domínios, para os quais a pontuação média também foi calculada considerando apenas as variáveis relevantes para cada domínio.

A análise das quatro escalas foi realizada conforme orientação de Mendes (2007):

A **Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho -EIPST** possui sete pontos que avaliam a ocorrência dos indicadores de prazer e sofrimento no trabalho nos últimos seis meses. Para as *vivências positivas* (realização profissional e liberdade de expressão), quanto maior a média maior o sentimento de prazer, sendo avaliação mais positiva, satisfatório (média acima de 4,0), avaliação moderada, crítico (média entre 2,1 e 3,9) e avaliação para raramente, grave (média igual ou abaixo de 2,0). Em contrapartida, para as *vivências negativas* (esgotamento profissional e falta de reconhecimento) foram analisados de maneira distinta, quanto maior a média maior o sentimento de sofrimento, sendo grave (média acima de 4,0), avaliação moderada, crítico (média entre 2,1 e 3,9) e avaliação mais positiva, satisfatório media igual ou abaixo de 2,0.

O primeiro domínio das *vivências positivas*, Realização profissional, era composto pelos itens: satisfação, motivação, orgulho pelo que faço, bem-estar, realização profissional,

valorização, reconhecimento, identificação com as minhas tarefas e gratificação pessoal com as minhas atividades. O segundo domínio deste grupo, Liberdade de Expressão é composto por: liberdade com a chefia para negociar o que precisa, liberdade para falar sobre o meu trabalho com os colegas, solidariedade com os colegas, confiança entre os colegas, liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho, liberdade para usar minha criatividade, liberdade para falar sobre o meu trabalho com as chefias e cooperação entre os colegas.

O primeiro domínio das *vivências negativas*, Esgotamento Profissional, é composto por: esgotamento emocional, estresse, insatisfação, sobrecarga, frustração, insegurança e medo, e o segundo domínio deste grupo, Falta de Reconhecimento é composto por: falta de reconhecimento do meu esforço, falta de reconhecimento do meu desempenho, desvalorização, indignação, inutilidade, desqualificação, injustiça e discriminação.

A **Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho-EADRT**, estava relacionada à avaliação e a ocorrência de danos provocados pelo trabalho, sendo avaliação negativa, quando tem a presença de doenças ocupacionais (acima de 4,1), avaliação moderada para frequente, grave (entre 3,1 e 4,0), avaliação moderada, crítico (escores entre 2,0 e 3,0) e avaliação mais positiva, suportável (escore igual ou abaixo de 1,9). O domínio Danos Físicos é composto por: dores no corpo, dores nos braços, dor de cabeça, distúrbios respiratórios, distúrbios digestivos, dores nas costas, distúrbios auditivos, alterações do apetite, distúrbios da visão, alterações do sono, dores nas pernas e distúrbios circulatórios. O domínio Danos Psicológicos é composto por: amargura, sensação de vazio, sentimento de desamparo, mau-humor, vontade de desistir de tudo, tristeza, irritação com tudo, sensação de abandono, dúvida sobre a capacidade de fazer as tarefas e solidão. E o domínio Danos Sociais é composto por: Insensibilidade em relação aos colegas, dificuldades nas relações fora do trabalho, vontade de ficar sozinho, conflitos nas relações familiares, agressividade com os outros, dificuldade com os amigos e impaciência com as pessoas em geral.

A **Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho – EACT**, foi analisada a partir de uma escala de frequência de cinco pontos: 1 = nunca, 2 = raramente, 3 = às vezes, 4 frequentemente e 5 = sempre, para os 31 itens distribuídos em três domínios. Sua pontuação deve ser considerada a partir dos domínios por meio da média e desvio-padrão. Essa classificação envolve os níveis: avaliação mais negativa, grave (média acima de 3,7), avaliação mais moderada, crítico (média entre 2,3 e 3,69) e avaliação mais positiva, satisfatório (média abaixo de 2,3) (MENDES, 2007).

Para o primeiro domínio, Organização do Trabalho foram analisadas as questões sobre o ritmo de trabalho, o excesso e as tarefas cumpridas com pressão de prazos, existe forte cobrança por resultados, as normas para execução das tarefas são rígidas, existe fiscalização do desempenho, o número de pessoas é insuficiente para se realizar as tarefas, os resultados esperados estão fora da realidade, existe divisão entre quem planeja e quem executa, as tarefas são repetitivas, falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho e as tarefas executadas sofrem descontinuidade.

O segundo domínio, Condições de Trabalho, fazia referência às questões referentes às: as condições de trabalho são precárias, o ambiente físico é desconfortável, existe muito barulho no ambiente de trabalho, o mobiliário existente no local de trabalho é inadequado, os instrumentos de trabalho são insuficientes para a realização das tarefas, o posto/estação de trabalho é inadequado para realização das tarefas, os equipamentos necessários para a realização das tarefas são precários, o espaço físico para realizar o trabalho é inadequado, as condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas e o material de consumo é insuficiente.

O terceiro domínio da escala EACT era Relações sócio profissionais, o qual fazia referência: as tarefas não estão claramente definidas, a autonomia é inexistente, a distribuição das tarefas é injusta, os funcionários são excluídos das decisões, existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados, há disputas profissionais no local de trabalho, falta integração no ambiente de trabalho, a comunicação entre funcionários é insatisfatória, falta apoio das chefias para o desempenho profissional e as informações de que se precisa para executar a tarefa são de difícil acesso.

A **Escala de Custo Humano do Trabalho – ECHT** possuía os seguintes níveis de avaliação: avaliação mais negativa, grave (média acima de 3,7), avaliação mais moderada, crítico (média entre 2,3 e 3,69) e avaliação mais positiva, satisfatório (média abaixo de 2,3). O primeiro domínio Custo físico é composto por: usar a força física, usar os braços de forma contínua, ficar em posição curvada, caminhar, ser obrigado a ficar em pé, ter que manusear objetos pesados, fazer esforço físico, usar as pernas de forma contínua, usar as mãos de forma repetida e subir e descer escadas. O segundo domínio, Custo cognitivo é composto por: desenvolver macetes, ter que resolver problemas, ser obrigado a lidar com imprevistos, fazer previsão de acontecimentos, valer-se da visão de forma contínua, empregar a memória, ter desafios intelectuais, fazer esforço mental, ter concentração mental e utilizar a criatividade. O

terceiro domínio, Custo afetivo é composto por: ter controle das emoções, ter que lidar com ordens contraditórias, ter custo emocional, ser obrigado a lidar com a agressividade dos 37 outros, disfarçar os sentimentos, ser obrigado a elogiar as pessoas, ser obrigado a ter bom humor, ser obrigado a cuidar da aparência física, ser bonzinho com os outros, transgredir valores éticos, ser submetido a constrangimentos e ser obrigado a sorrir.

Análises de associação entre cada variável sociodemográfica e cada uma das subescalas e domínios foram conduzidas a partir de teste de Kruskal-Wallis – o qual compara a pontuação mediana das subescalas e domínios entre as categorias de cada uma das variáveis sociodemográficas. O Kruskal-Wallis é um teste não paramétrico, e foi escolhido por ser robusto a assimetrias na distribuição dos resíduos das variáveis de desfecho.

Todas as análises foram conduzidas utilizando o software estatístico Stata 17.0 (StataCorp LLC, College Station, TX, USA). Foi considerado um nível de significância de 5% para todas as análises, ou seja, valores p menores que 0.05 são considerados significativos.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 2 apresentou as características sócio demográficas da amostra. A maioria dos participantes eram mulheres, entre 40 e 49 anos de idade, com companheiro (a), etnia branca, especialização completa, renda familiar superior a 10 salários-mínimos e atuavam no setor público e no hemocentro há 10 anos ou mais, com uma carga horária entre 30 e 39 horas. Ainda, pouco mais da metade dos participantes estava atuando há menos de 5 anos no cargo, em equipes que tinham entre três e cinco triagistas e levavam, em média, de seis a oito minutos para completar a triagem.

Tabela 2. Descrição das características sócio demográficas da amostra do estudo.

	N	%
Sexo		
Feminino	24	77.4
Masculino	7	22.6
Idade (anos)		
30-39	10	32.3
40-49	13	41.9
50 ou mais	8	25.8
Companheiro(a)		
Sem	7	22.6
Com	24	77.4
Etnia		
Branco	24	77.4
Negro/Pardo	7	22.6
Escolaridade mais alta		
Graduação sem pós-graduação	3	9.7
Especialização	20	64.5
Mestrado/Doutorado/Pós-doutorado	8	25.8
Responsabilidade na renda familiar		
Divide responsabilidade	9	29.0
Participação minoritária	7	22.6
Participação majoritária	7	22.6
Único(a) responsável	8	25.8
Renda familiar (em SM)^a		

3-5	7	24.1
6-10	10	34.5
Mais de 10	12	41.4
Atuação no serviço		
Público	22	71.0
Público/Privado	9	29.0
Setor de atuação		
Hemocentro	23	74.2
Hemonúcleo/Unidade de coleta	8	25.8
Tempo na hemorrede (anos)		
Até 5	8	25.8
5-10	9	29.0
10 ou mais	14	45.2
Carga horária semanal na hemorrede (horas)		
20-29	3	9.7
30-39	19	61.3
40 ou mais	9	29.0
Tempo no cargo (anos)		
Até 5	17	54.8
5-10	7	22.6
10 ou mais	7	22.6
Número de triagistas na equipe		
1-2	5	16.1
3-5	12	38.8
6-10	5	16.1
Mais de 10	9	29
Tempo médio da triagem (minutos)		
Até 5	4	12.9
6-8	16	51.6
9 ou mais	11	35.5
Média de bolsas coletadas por mês		
1-1000	10	32.3
1001-2000	9	29.0
2001 ou mais	12	38.7

SM: salários-mínimos

^aDois participantes não quiseram relatar

A distribuição dos participantes por gênero apresentou (n=24; 77,4% dos respondentes do sexo feminino e (n= 7;22.6%) do sexo masculino. Os dados elucidam o quanto as profissões do cuidado são majoritariamente femininas, reflexo das condições socioculturais, com a estreita relação do ato de cuidar estar vinculado historicamente às mulheres, em uma sociedade

patriarcal, que reincide, de forma muitas vezes velada, na desvalorização das profissões do cuidado, perpetuando a desigualdade socioeconômica entre gêneros (ESTEVEVES, et al; 2021).

Em relação ao o perfil sócio demográfico dos profissionais de enfermagem responsáveis pelo atendimento ao doador de sangue, Silva, et al (2020) traçou este perfil no Hemocentro Coordenador de Palmas – TO, e também encontrou em suas análises, que 91,2% da amostra são do sexo feminino, 47,1% estão na faixa etária de 31 à 40 anos, a mesma porcentagem declarou estado civil casado, e 50% da equipe atuavam na área por período superior há 10 anos.

A figura 7 representou a distribuição dos participantes, por cargo, sendo que a maioria dos respondentes eram gestores com a formação em Enfermagem (n=18; 58%) e a menor parte são gestores com a formação em Medicina (n= 13; 42%). E a figura 8 representou a distribuição por hemorrede dos gestores respondentes da pesquisa.

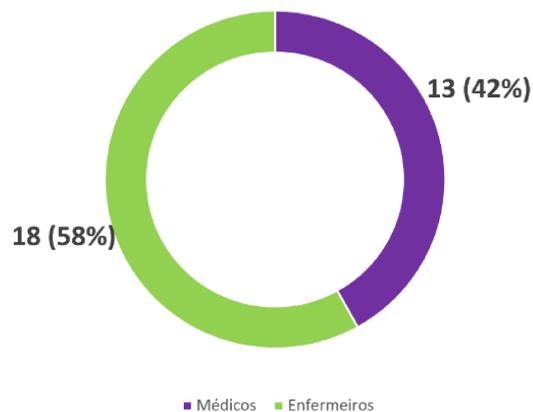
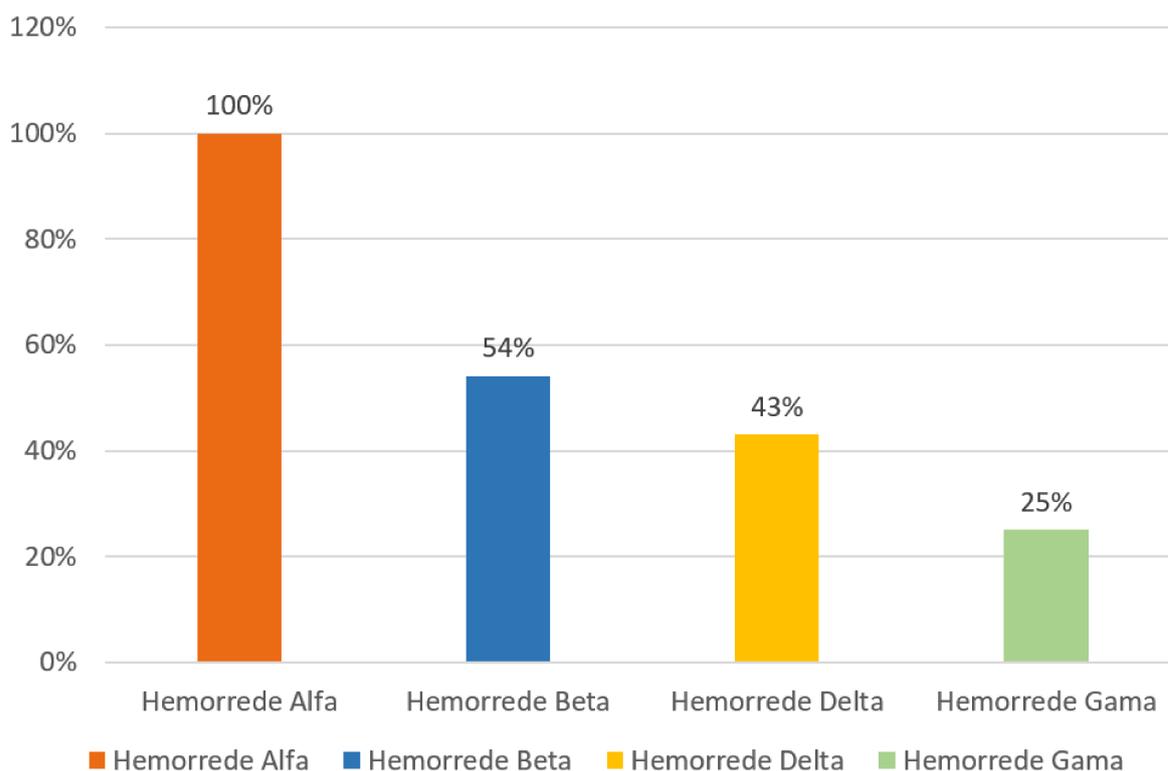


Figura 7. Distribuição dos participantes por cargo

Figura 8. Gestores dos triagistas clínicos respondentes da pesquisa



Interessante pensar o que levou a discrepância de adesão à participação na pesquisa, considerando que a forma de contato, o tempo para a coleta de dados, o convite digital e os instrumentos de sensibilização foram os mesmos disponibilizados a todos os grupos, e vemos que a hemorrede alfa demonstrou um engajamento de participação, com 100% da equipe respondente à pesquisa, em contrapartida, a hemorrede gama, teve apenas 25%.

Outra consideração que nos faz refletir é por que os participantes aceitam participar de pesquisas quantitativas, com questionários fechados, mas recusam a participação em grupos focais. Tivemos (n=29; 93,6%) de recusa para participação do grupo focal, o que corresponde ao aceite de apenas (n=2; 6,4%) dos participantes. Importante questionar seriam os fatores relacionados à esta recusa, se tratava-se de medo de exposição, ou receio de retaliação, indisponibilidade de horário, dentre outros. Na literatura, os levantamentos dos motivos de recusa de participação voluntária em pesquisas qualitativas são escassos. Guimarães, et. al (2016), encontrou em seu estudo sobre a recusa na participação voluntária em pesquisas clínicas que a indisponibilidade de tempo dos participantes é um importante fator, pois estes indivíduos compõe parcelas da sociedade economicamente ativa e possuem obrigações trabalhistas à cumprir. Outros levantamentos realizados pelos mesmos autores apontam que os potenciais participantes possuem receio na quebra do sigilo, tiveram experiências ruins em participações

anteriores e/ou desconhecem sobre o consentimento da pesquisa e os protocolos de preservação e sigilo à identidade dos participantes.

A adaptação da escala Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA) nos trouxe dados a respeito da percepção destes gestores sobre a saúde da sua equipe de triagem clínica. A primeira análise foi realizada na Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST).

A Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST) é composta por 04 fatores: realização profissional, liberdade de expressão, esgotamento profissional e a falta de reconhecimento. Os itens foram avaliados de acordo com as vivências positivas e negativas do triagistas, em uma a escala Likert, de 7 pontos, variando de (0) “nenhuma vez” à (6) seis ou mais vezes. Nesta análise, quanto maior a média, maior o sentimento de prazer, e a interpretação dos resultados estão descritos no quadro 2 Classificação dos resultados da Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST).

Quadro 2 Classificação dos resultados da Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST).

Fatores analisados	Valores	Resultados
Realização profissional, liberdade de expressão,	0 = nenhuma vez 1 = uma vez 2 = duas vezes 3 = três vezes 4 = quatro vezes 5 = cinco vezes 6 = seis vezes	Média acima de 4,0: avaliação mais positiva e satisfatório. Média 2,1 a 3,9 avaliação moderada à crítico. Média abaixo de 2,0: avaliação raramente grave
Esgotamento profissional e a falta de reconhecimento	0 = nenhuma vez 1 = uma vez 2 = duas vezes 3 = três vezes 4 = quatro vezes 5 = cinco vezes 6 = seis ou mais vezes	Média menor ou igual a 2,0: satisfatório Média 2,1 a 3,9 avaliação moderada à crítico. Média acima ou igual a 4,0: avaliação grave.

Para as vivências de prazer, quanto maior a média mais positiva e satisfatória a avaliação. Os domínios esgotamento profissional e falta de reconhecimento, que expressam as vivências de sofrimento no trabalho são analisados de forma distinta, quanto maior a média maior o sentimento de sofrimento.

O escore médio total da Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST), bem como dos domínios que a compõe, estão descritos na Tabela 3 e na Figura 9. O escore médio geral da escala EIPST foi 3.23 (± 0.46). O domínio com maior pontuação média foi o de liberdade de expressão (4.17 ± 0.82), enquanto o que obteve menor pontuação média foi o de falta de reconhecimento (2.13 ± 0.89). Analisando a escala EIPST de forma categórica, quase a totalidade dos entrevistados (96.8%) estava na categoria crítico.

O domínio falta de reconhecimento estava relacionado à sentimentos de desvalorização, indignação, inutilidade e insatisfação, e o domínio esgotamento profissional fez referência à falta de reconhecimento pelo esforço executado e a ausência de reconhecimento pelo desempenho realizado. Já no domínio liberdade de expressão, encontramos um importante viés, pois neste contexto o gestor avaliou o seu próprio desempenho em oferecer espaço para sua equipe de trabalho trazer demandas, e o gestor considerou a si mesmo, com uma avaliação positiva em ofertar manifestação de liberdade à sua equipe de triagistas.

Os dados encontrados sugerem que o gestor possuía limitação para avaliar o triagista referente a seu processo de trabalho. Em alguns domínios demonstraram solidariedade quanto ao desgaste em executar a função de triagista, mas esta solidariedade incute estar relacionada à conveniência do domínio analisado. Os gestores são os detentores da capacidade de minimizar dos problemas do ambiente de trabalho, pois ele conduz o regime das atividades e possui o comando inicial para modificar potenciais estressores e fatores adoecedores.

Tabela 3. Escore médio total da escala EIPST e seus domínios.

	N	Média	DP
Escore total	31	3.23	0.46
Domínios			
Liberdade de expressão	31	4.17	0.82
Realização profissional	31	3.80	0.77
Esgotamento profissional	31	2.70	0.66
Falta de reconhecimento	31	2.13	0.89
Sentimento de prazer			
Satisfatório	0	0.0	
Crítico	30	96.8	
Grave	1	3.2	

O domínio relativo à liberdade de expressão é composto por itens que avaliam sentimentos de liberdade para organizar e discutir sobre o seu trabalho. Em relação à este fator, os resultados encontrados foram os melhores em relação aos demais, considerados com avaliação mais positiva e satisfatória, com média de 4,17. Nota-se que o domínio liberdade de expressão encontra-se sob um viés, pois o gestor está realizando uma auto avaliação, ao classificar a liberdade de expressão do triagista com ele próprio. O mesmo indicador foi encontrado em destaque, em um estudo realizado por Figueiró et. al, (2022), que analisou 25 membros da Companhia de Polícia Feminina, e obteve média de 4,34.

O fator que apresentou menor valor foi a falta de reconhecimento, com média de 2,13, classificado como avaliação moderada à crítico. Em estudo realizado com profissionais de enfermagem em um Hospital à oeste de Santa Catarina, Rosseto, et al, (2019) identificou que 46,4% de sua amostra encontrava-se em nível crítico em relação ao sofrimento no trabalho.

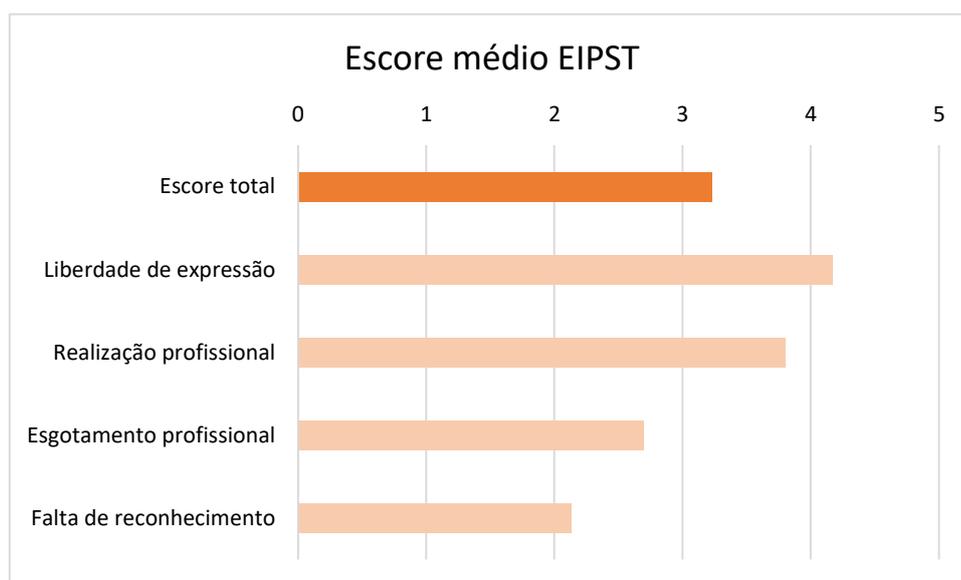


Figura 9. Escore médio da escala EIPST e seus domínios.

O próximo escore avaliado foi a Escala dos Danos Relacionado ao Trabalho (EADRT), a qual possui itens que tratam sobre os problemas físicos, psicológicos e sociais, causados pelo trabalho, na saúde dos triagistas, sob a percepção do gestor. Os itens foram avaliados de acordo com a frequência das queixas apresentadas pelos triagistas nos últimos 06 meses, distribuídos em uma a escala Likert, de 7 pontos, variando de (0) “nenhuma vez” à (6) seis ou mais vezes. Nesta análise, quanto maior a média, maior os efeitos do trabalho sobre a saúde, ou seja, quanto mais elevada à média, maiores as consequências de danos físicos e psicossociais. A interpretação dos resultados está descrita no quadro 3.

Quadro 3 Classificação dos resultados da Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT).

Fatores analisados	Valores	Resultados
Danos físicos, psicológicos e sociais	0 = nenhuma vez	Média acima de 4,1: avaliação negativa, presença de doenças ocupacionais.
	1 = uma vez	
	2 = duas vezes	Média 3,1 a 4,0: avaliação moderada para frequentemente grave.
	3 = três vezes	
	4 = quatro vezes	
	5 = cinco vezes	Média entre 2,0 e 3,0: avaliação moderada à crítico.
6 = seis ou mais vezes		
		Média igual ou abaixo de 1,9: avaliação mais positiva, suportável.

O escore médio total da escala EADRT, bem como dos domínios que a compõe, estão descritos na Tabela 4 e na Figura 10. O escore médio geral da escala foi 1.91 (± 0.69). O domínio com maior pontuação média foi o de danos sociais (2.03 ± 0.72), enquanto o que obteve menor pontuação média foi o de danos psicológicos (1.75 ± 0.87) – pontuações bem inferiores em comparada aquelas descritas para a escala EIPST. Analisando a escala EADRT de forma categórica, quase dois terços dos entrevistados (61.2%) estava na categoria suportável.

Tabela 4. Escore médio total da escala EADRT e seus domínios.

	N	Média	DP
Escore total	31	1.91	0.69
Domínios			
Danos sociais	31	2.03	0.72
Danos físicos	31	1.95	0.72
Danos psicológicos	31	1.75	0.87
Danos provocados pelo trabalho	N	%	
Presença de doença	0	0.0	
Grave	2	6.5	
Crítico	10	32.3	
Suportável	19	61.2	

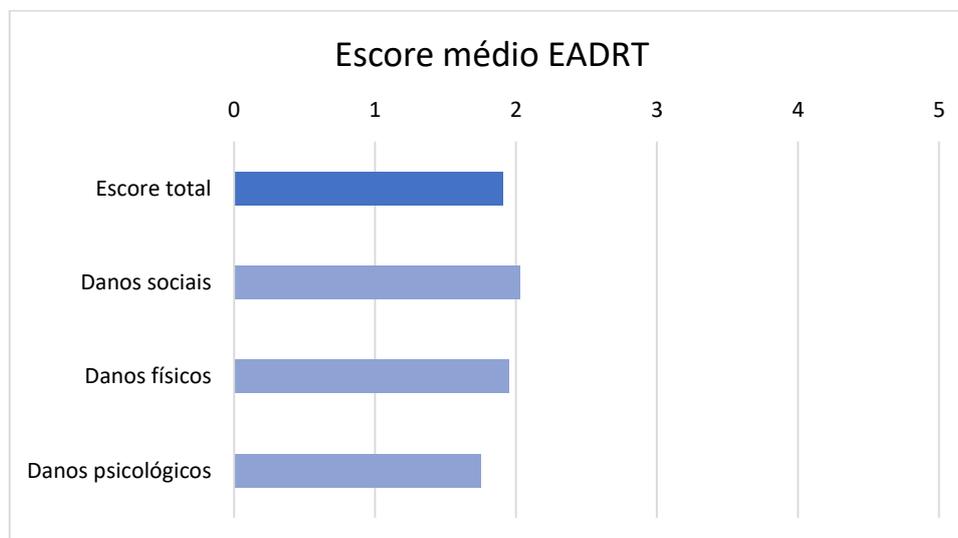


Figura 10. Escore médio da escala EADRT e seus domínios.

Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Fonseca, et al (2020), que realizou um estudo transversal em 39 salas de vacinação, com 171 trabalhadores da enfermagem, sobre a distribuição dos danos relacionados ao trabalho, e encontrou que os danos físicos apresentaram a maior média (2,06), sendo considerado crítico, já os danos psicológicos foram considerados suportáveis (1,28), diferindo apenas na análise dos dados sociais, que foram classificados como suportáveis (0,79).

Posteriormente, realizamos as análises da Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT), na qual o gestor avaliou o contexto de trabalho dos triagistas, em representações relativas à organização, às relações sócio profissionais e às condições de trabalho. Os itens foram avaliados de acordo com a frequência dos itens no contexto de trabalho dos triagistas, distribuídos em uma escala Likert, de 7 pontos, variando de (1) “nunca” à (5) sempre. Nesta análise, quanto maior a média, maior o impacto no contexto de trabalho. A interpretação dos resultados está descrita no quadro 4.

Quadro 4 Classificação dos resultados da Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT).

Fatores analisados	Valores	Resultados
Organização do trabalho, condições de trabalho e relações socioprofissionais	1 = nunca	Média acima de 3,7: avaliação mais negativa, grave.
	2 = raramente	Média 2,3 a 3,69: avaliação mais moderada, crítico.
	3 = às vezes	
	4 = frequentemente	
	5 = sempre	Média menor que 2,3: avaliação mais positiva, satisfatório.

O escore médio total da escala EACT, bem como dos domínios que a compõe, estão descritos na Tabela 5 e Figura 11. O escore médio geral da escala foi 2.42 (± 0.73). O domínio com maior pontuação média foi o de organização de trabalho (3.27 ± 0.72), enquanto o que obteve menor pontuação média foi o de condições de trabalho (1.74 ± 0.91). Analisando a escala EACT de forma categórica, pouco mais da metade da amostra (58.0%) estava no nível satisfatório, enquanto 32.3% estavam no nível crítico.

Tabela 5. Escore médio total da escala EACT e seus domínios.

	N	Média	DP
Escore total	31	2.42	0.73
Domínios			
Organização do trabalho	31	3.27	0.73
Relações socioprofissionais	31	2.26	0.89
Condições de trabalho	31	1.74	0.91
Contexto de trabalho	N	%	
Grave	3	9.7	
Crítico	10	32.3	
Satisfatório	18	58.0	

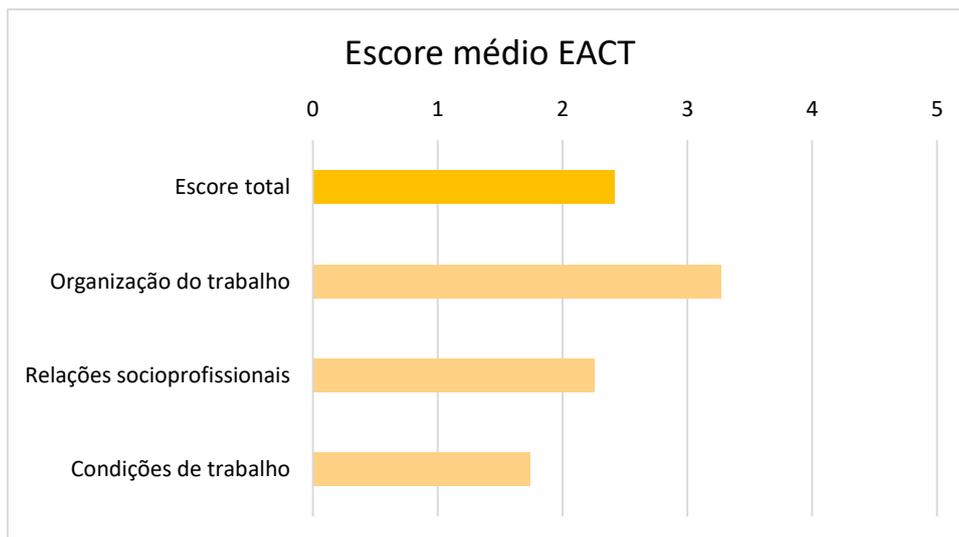


Figura 11. Escore médio da escala EACT e seus domínios.

A escala de avaliação do contexto de trabalho é a mais preocupante, pois o domínio organização do trabalho apresentou uma avaliação crítica, a mais próxima ao limiar da avaliação grave. Neste contexto a organização do trabalho abrangeu as seguintes avaliações: ritmo excessivo de trabalho com pressão de prazos para cumprimento de tarefas, a existência de forte cobrança por resultados, a rigidez nas normas para a execução das tarefas, a presença de fiscalização de desempenho, o número insuficiente de trabalhadores para realizarem as tarefas, o fato dos resultados esperados estarem fora da realidade e divisão existente entre quem planeja e quem executa o trabalho.

Coelho, et. al, (2021) realizou um estudo com 102 médicos atuantes do serviço público e/ou privado de saúde do Rio Grande do Sul, e identificou que a escala de avaliação do contexto de trabalho destes profissionais estava em nível crítico para risco de adoecimento, com a maior média atribuída ao domínio organização do trabalho (3,31), o qual avalia aspectos relacionados à autonomia, relações de poder, ritmo de trabalho, pressão, entre outros, acompanhado de médias com a mesma classificação nas análises das relações de trabalho (2,46) e nas condições de trabalho (2,32).

A organização do trabalho precisa propiciar um espaço de fala e de escuta de seus trabalhadores, para que possam abordar os sofrimentos que são originários de forma concreta em seu processo de trabalho. Esta estratégia possibilita que os trabalhadores possam reconstruir o seu pensamento crítico e elaborar estratégias coletivas e individuais que possam contrapor as situações que geram sofrimento, e dessa forma podem buscar o prazer no trabalho e conseqüentemente agregar a saúde ao seu cotidiano (COSTA,2021).

E para finalizar, foram realizadas as análises da Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT), na qual o gestor avaliou as exigências do trabalho do triagista. Os itens foram avaliados de acordo com a frequência dos itens no contexto de trabalho dos triagistas, distribuídos em uma escala Likert, de 7 pontos, variando de (1) “nada exigido” à (5) totalmente exigido. Nesta análise, quanto maior a média, maior o custo humano do trabalho. A interpretação dos resultados está descrita no quadro 5.

Quadro 5 Classificação dos resultados da Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT)

Fatores analisados	Valores	Resultados
Custo físico, custo cognitivo, custo afetivo	1 = nada exigido	Média acima de 3,7: avaliação mais negativa, grave.
	2 = pouco exigido	
	3 = mais ou menos exigido	Média 2,3 a 3,69: avaliação mais moderada, crítico.
	4 = bastante exigido	
	5 = totalmente exigido	Média menor que 2,3: avaliação mais positiva, satisfatório.

O escore médio total da escala ECHT, bem como dos domínios que a compõe, estão descritos na Tabela 6 e figura 12. O escore médio geral da escala foi 2.87 (± 0.56). O domínio com maior pontuação média foi o de custo cognitivo (3.24 ± 0.69), enquanto o que obteve menor pontuação média foi o de custo físico (2.61 ± 1.01). Analisando a escala ECHT de forma categórica, a maior parte dos participantes estava no nível crítico (77.4%).

Tabela 6. Escore médio total da escala ECHT e seus domínios.

	N	Média	DP
Escore total	31	2.87	0.56
Domínios			
Custo cognitivo	31	3.24	0.69
Custo afetivo	31	2.63	0.66
Custo físico	31	2.61	1.01
Nível de exigência de custo humano			
	N	%	
Grave	2	6.5	
Crítico	24	77.4	
Satisfatório	5	16.1	

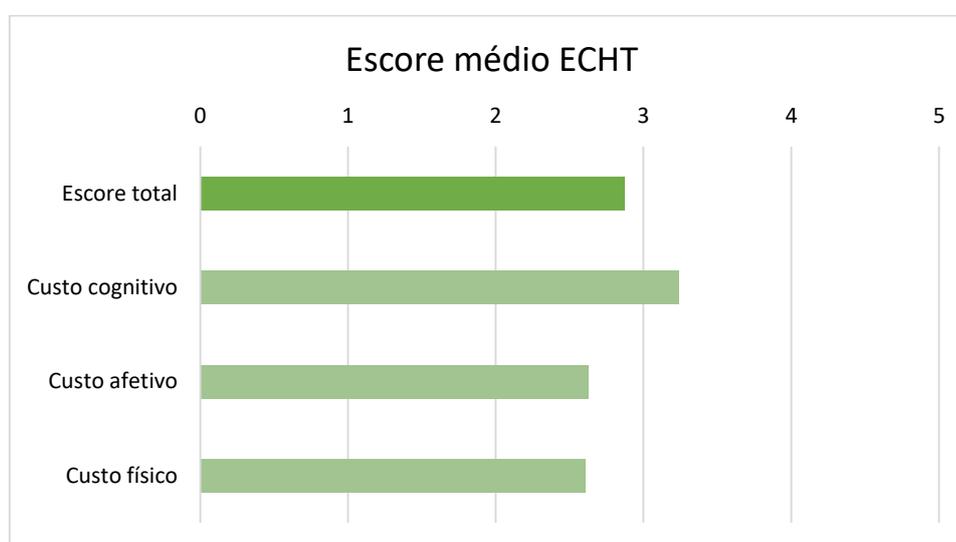


Figura 12. Escore médio da escala ECHT e seus domínios.

Em consonância aos dados encontrados, Costa (2022) identificou em sua pesquisa realizada com os trabalhadores do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), através de uma revisão da literatura, que no que diz respeito ao custo humano no trabalho, o qual abarca as exigências físicas, cognitivas e afetivas os fatores Custo afetivo (3,23) e Custo físico (3,68) receberam escores médios moderados, entretanto o Custo cognitivo alcançou índices mais elevados (4,16), sendo que, 75,1% da população estudada encontra-se na zona grave, O custo humano do trabalho.

Os danos relacionados ao trabalho receberam a avaliação mais positiva, sendo suportável para 61,2% dos gestores, sendo os danos sociais os itens que foram mais sinalizados como críticos. O sentimento de prazer foi classificado como crítico por 96,8% dos gestores. O nível de exigência do custo humano atingiu níveis críticos para 77,4% dos respondentes. O contexto

de trabalho foi a escala que apresentou maior representação de gravidade para os gestores, com 9,5%, com destaque para os itens relacionados à organização do trabalho, como ritmo, cumprimento de prazos, pressão por resultados, dentre outros.

Os dados encontrados, apesar de não estarem classificados em categoria grave, são alarmantes. Sabe-se que o adoecimento no trabalho não é causado somente com a presença de fatores adoecedores considerados graves, mas que os fatores críticos, quando perduram e não são tratados adequadamente também podem levar o trabalhador à exaustão.

Os trabalhadores precisam de espaço para reconstruir seu processo de trabalho, à nível individual e coletivo, pois falar das situações que geram sofrimento possibilita que este indivíduo se movimente, elabore pensamentos e ações que são capazes de elaborar um novo contexto em sua organização de trabalho (MENDES, 2007).

Análises de associação

A seguir são apresentadas as análises de associação entre as características sócio demográficas da amostra e as escalas do ITRA. Todas as tabelas desta seção descrevem a pontuação mediana de cada escala e domínio para cada categoria das variáveis sociodemográficas. Nenhuma variável foi associada com as hemorredes, com a formação dos gestores ou entre a capacidade de bolsas coletadas ao mês nas unidades.

Em itálico são apresentados os valores p que comparam a pontuação mediana entre as categorias das variáveis sócio demográficas. Valores p marcados em negrito representam diferenças estatisticamente significantes ($p < 0.05$).

A Tabela 7 (APÊNDICE C) apresenta as análises de associação da escala EIPST e seus domínios. Considerando a escala geral, nenhuma variável foi associada com a escala. Da mesma forma, nenhuma variável foi associada aos domínios de liberdade de expressão e esgotamento profissional.

Já para o domínio de realização profissional, notou-se que participantes do sexo masculino obtiveram média superior aos do sexo feminino (4.22 vs. 3.67, respectivamente), o que confirma a literatura, pois a maior percepção de sucesso dos participantes do sexo masculino está culturalmente e socialmente relacionada às maiores possibilidades de ascensão

de carreira, rendimentos significativamente superior, distribuições de ocupações privilegiadas, dentre outros. (ROCHA, et al; 2014).

Ainda, com relação ao domínio de falta de reconhecimento, participantes que não tinham companheiro (a) tiveram pontuação mediana igual a 3.00 (avaliação crítica), enquanto aqueles com companheiro (a) tiveram pontuação mediana de 1.81 (avaliação satisfatória). Estes achados estão de acordo com a literatura. A presença de um companheiro é considerada uma estratégia de *coping* positiva para o estresse, pois a presença do relacionamento pode ofertar uma rede de apoio, com suporte social e emocional (SANT´ANA, 2023).

A Tabela 8 (APÊNDICE C) apresenta as análises de associação da escala EADRT e seus domínios. A única variável sócio demográfica associada com a escala geral e os domínios de danos sociais e psicológicos foi o tempo que o participante estava no cargo. Em todos os casos, quanto menor o tempo no cargo (até 5 anos), maior a pontuação mediana obtida.

Acredita-se que os anos iniciais sejam de confronto e adaptação, nos quais o trabalhador sofre rupturas em busca de um equilíbrio entre as interfaces da vida pessoal e o que o ambiente de trabalho lhe fornece, desenvolvendo a capacidade de resiliência e enfrentamento quando superam ou transcendem situações adversas, e reduzem a percepção de sofrimento (BARLACH, et al, 2008).

A Tabela 9 (apêndice C) apresenta as análises de associação da escala EACT e seus domínios. O sexo foi associado aos domínios de organização do trabalho e relações sócio profissionais, indicando que participantes do sexo feminino obtiveram escore superior aos do sexo masculino.

O predomínio de escores superiores dos participantes do sexo feminino relacionados aos domínios de organização do trabalho e relações sócio profissionais, em relação aos escores dos participantes do sexo masculino sobre os mesmos domínios, reflete o perfil do público feminino no Brasil, pois habitualmente as mulheres exercem múltiplos papéis sociais, como cuidados domésticos, trabalho formal, cuidado dos filhos e familiares, e a constante experiência em equilibrar todas as funções impacta na percepção do sofrimento, que tendo esta acuidade mais aguçada, consegue identificar a presença de sofrimentos que podem passar despercebidos ou serem descartados pelos homens (SPINDOLA, 2000).

Participantes sem companheiro (a) tiveram escores medianos no EACT geral, bem como nos domínios de organização do trabalho e relações sócio profissionais, superiores em

comparação aos participantes que tinham companheiro (a). Nenhuma outra variável socio demográfica demonstrou associação com a escala EACT ou seus domínios.

O fato de os participantes sem companheiro apresentarem avaliação crítica no escore geral da escala EACT e em contrapartida apresentarem avaliações satisfatórias nos domínios de organização do trabalho e relações profissionais também corrobora com a literatura, pois ao passo que a presença do companheiro é um *coping* positivo para o estresse ele também pode exigir diligências físicas e emocionais, tendo que o indivíduo reestruturar a sua organização própria e conciliar trabalho e família. (SANT´ANA, 2023).

A Tabela 10 (apêndice C) apresenta as análises de associação da escala EACT e seus domínios. De forma consistente, participantes entre 40 e 49 anos tiveram pontuação superior em comparação às demais faixas etárias para a escala EACT geral e para os domínios de custo cognitivo e físico. De forma similar ao que foi observado na escala EACT, indivíduos sem companheiro (a) tiveram pontuação mediana superior aos com companheiro (a) para a EACT geral e para os domínios de custo cognitivo e afetivo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo alcançou seus objetivos ao traçar o perfil socio profissional e demográfico dos gestores, obtendo em seu desfecho: mulheres, entre 40 e 49 anos de idade, com companheiro(a), etnia branca, especialização completa, renda familiar superior a 10 salários-mínimos e atuação no setor público e no hemocentro há 10 anos ou mais, com uma carga horária entre 30 e 39 horas. Ainda, pouco mais da metade dos participantes estava atuando há menos de 5 anos no cargo.

O êxito também foi alcançado ao analisar a percepção dos gestores sobre o trabalho dos triagistas clínicos de doadores de sangue. Os dados revelam que a maioria das escalas e seus domínios apresentam nível crítico para riscos de adoecimento no trabalho, e identificamos associações que quanto menor o tempo no cargo (até 5 anos) maior o sofrimento identificado pelos gestores no trabalho dos triagistas. A mesma tendência foi observada para os gestores entre 40 a 49 anos de idade, nas análises de custos cognitivo e físico, que apresentam maior sofrimento. Os domínios de organização do trabalho e relações sócio profissionais apresentam maior sofrimento para os gestores do sexo feminino. Em contrapartida, o domínio de realização profissional possui médias superiores dos participantes do sexo masculino. Alguns domínios apresentaram melhoras para gestores que possuem companheiro, enquanto gestores sem companheiro apresentaram sentimento de sofrimento potencializado.

Há uma pontuação que nos leva a pensar que os gestores reconhecem o fato do processo de trabalho ser árduo e desgastante, e estão conscientes quanto às necessidades de melhorias. No que se refere aos fatores protetivos de promoção à saúde e qualidade de vida no trabalho identificamos que os domínios liberdade de expressão e o reconhecimento por parte dos gestores são medidas importantes que agregam satisfação aos triagistas de doadores de sangue, enquanto o domínio falta de reconhecimento demonstra ser uma fragilidade.

Indagamos os desafios em realizar atividade científica no Brasil. Além de todas as dificuldades estruturais existentes, como a ausência de financiamento para a pesquisa, a baixa remuneração ofertada, educação formal de qualidade em extinção; a sociedade não está consciente quanto à importância de adesão.

Apesar de todo o rigor ético aplicado, o método científico detalhado, e a pesquisa ser inócua ao participante, existiram diversos entraves. A pesquisa teve que ser submetida não somente ao CEP da instituição proponente (UFU), mas também teve que tramitar por todos os Comitês de

Ética em Pesquisas das instituições coparticipantes. Questionamos a necessidade de revalidar o parecer repetidas vezes, sendo que o CEP da Universidade Federal de Uberlândia tem a capacidade em atender aos requisitos éticos e normativos que vão além das exigências da legislação. São burocracias que desencorajam a produção de conhecimento científico e corroboram para que o Brasil esteja entre as piores posições no ranking de relevância científica.

A pesquisa científica proporciona a resolução de temáticas importantes para a sociedade. Identificamos fortalezas e fragilidades que precisam ser discutidas com maior profundidade em novos estudos, dialogando com as abordagens qualitativa e quantitativa, com diferentes amostras, para que possam sondar e detalhar obre essa problemática e ter representação de novos resultados. Os dados encontrados não puderam ser comparados com outros estudos direcionados para a mesma amostra de profissionais devido à inexistência de pesquisas prévias sobre esta temática. Instiga-se a necessidade de novos estudos para pesquisar sobre a ocorrência de adoecimento no trabalho dos triagistas, investigando as evidências demonstrados nesse estudo.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, Rúbia Zanotelli de. **Trabalho Decente: direito humano e fundamental**. Editora Dialética, 1ª ed. Belo Horizonte, 2020.

ALMEIDA, Enaile. OMS inclui o Burnout na lista de doenças do trabalho. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 20 de janeiro de 2022. Disponível em <<https://ufmg.br/comunicacao/noticias/oms-inclui-a-sindrome-de-burnout-na-lista-de-doencas-do-trabalho>>. Acesso em 06 dez. 2022.

ANGEL-SALAZAR, E.M. del et al. Clima organizacional y satisfacción laboral en trabajadores de la salud. **Enferm. univ**, Ciudad de México, v. 17, n. 3, p. 273-283, sept. 2020. Disponível em <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632020000300273&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 11 março 2023. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.3.789>

ANTUNES, Arthur Velloso; SANT ANNA, Lígia Rodrigues. Satisfação e motivação no trabalho do enfermeiro. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 49, n. 3, p. 425-434, Sept. 1996. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671996000300010&lng=en&nrm=iso> Acesso em 21 de setembro 2020. <https://doi.org/10.1590/S0034-71671996000300010>

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

ARAUJO, Marley Rosana Melo de; MORAIS, Kátia Regina Santos de. Precarização do trabalho e o processo de derrocada do trabalhador. **Cad. psicol. soc. trab.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 1-13, 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172017000100001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17 maio 2023. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v20i1p1-13>

ARRUDA, Alcínia Braga de Lima; et. al. Caracterização dos candidatos à doação de sangue com sorologia positiva para HIV. **Revista Brazilian Journal of Health Review**. Curitiba, v. 2, n. 4, p. 3842-3854 jul./aug. 2019. ISSN 2595-6825. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/2894>>. Acesso em 12 dez. 2020. <https://doi.org/10.34119/bjhrv2n4-146>

AZEVEDE, Bruno Del Sarto; NERY, Adriana Alves; CARDOSO, Jefferson Paixão. Estresse ocupacional e insatisfação com a qualidade de vida no trabalho da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, 2017; 26(1):e3940015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-07072017003940015>> Acesso em 15 dez. 2020.

BARBOSA, Mayara Lima; MENEZES, Tarciana Nobre de; SANTOS, Sérgio Ribeiro dos; OLINDA, Ricardo Alves; COSTA, Gabriela Maria Cavalcanti. Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de saúde no sistema prisional. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(4):1293-1302, 2018. Disponível em <<https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n4/1293-1302/pt/>> Acesso em 01 jun. 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.09292016>

BARBOSA, Stella Maia. Conhecimento e habilidade dos profissionais captadores e triagistas na identificação de comportamentos de risco para DST/HIV em candidatos à doação de sangue. Tese. **Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação e Enfermagem**. Fortaleza, 2015. Disponível em <http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/30688/1/2015_tese_smbarbosa.pdf> Acesso em 05 jan. 2021.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. 1. ed. São Paulo: Edições 70. 2016.

BARLACH, Lisete; FRANÇA, Ana Cristina Limongi; MALVEZZI, Sigmar. O Conceito de Resiliência Aplicado ao Trabalho nas Organizações. **Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology** - 2008, Vol. 42, Num. 1 pp. 101-112. Disponível em <https://www.redalyc.org/pdf/284/28442111.pdf>. Acesso em 11 nov. 2023.

BECK, Carmen Lúcia Colomé. Da banalização do sofrimento à sua resignificação ética na organização do trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 55 (5) • out 2002. Disponível em <https://www.scielo.br/j/reben/a/h7ds6WQRh8mrvcdvHmvLjtt/?lang=pt>. Acesso em 01 nov. 2023. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672002000500021>

BIHL F, Castelli D; MARINCOLA, F; DODD, RY; BRANDER, C. Transfusion-transmitted infections. **J Transl Med**. 2007 Jun 6; 5:25. Disponível em < <https://rdcu.be/dfBmT> > doi: 10.1186/1479-5876-5-25. PMID: 17553144. Acesso em 08 mar.2021. <https://doi.org/10.1186/1479-5876-5-25>

BOTELHO, Adriano. **Do fordismo à produção flexível. O espaço da indústria num contexto de mudanças das estratégias de acumulação do capital**. São Paulo. Annablume, 2008. 172p.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 121, de 24 de novembro de 1995. Institui como norma de inspeção para órgãos de vigilância sanitária do Sistema Único de Saúde, o “Roteiro para inspeção em unidades hemoterápicas”. Disponível em: < http://redsang.ial.sp.gov.br/site/docs_leis/ps/ps26.pdf >. Acesso em 06 dez. 2023.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 57**, de 16 de dezembro de 2010. Determina o Regulamento Sanitário para Serviços que desenvolvem atividades relacionadas ao ciclo produtivo do sangue humano e componentes e procedimentos transfusionais. Disponível em <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/anexo/anexo_res0057_16_12_2010.pdf> Acesso em 18 jan.2021.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária Resolução - **RDC N° 34**, de 11 de junho de 2014. Dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue. Disponível em <[04145350-rdc-anvisa-34-2014.pdf](https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-34-2014) (saude.rs.gov.br)>. Acesso em 08 fev.2021.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada- **RDC n° 339**, de 20 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre a instituição do Sistema Nacional de Biovigilância. Disponível em <[https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-339-2020-244864047](https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-339-2020)> Acesso em 10 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Técnico em hemoterapia**. In: Nukui Youko. Reações transfusionais imediatas e tardias Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. p. 292

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para o uso de hemocomponentes**. Ministério da saúde. Secretaria de atenção a saúde. 2 ed. Brasília. 2015. 136p

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n° 5**, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/29/PRC-5-Portaria-de-Consolida---o-n---5--de-28-de-setembro-de-2017.pdf> Acesso em 19 dez.2020>. Acesso em 18 agosto 2022.

CAMPOS, J.; SOUZA, V. S. A percepção dos usuários do serviço de urgência e emergência em relação à classificação de risco pelo protocolo de Manchester. **Revista Unimontes Científica**. Montes Claros, v. 16, n. 1, p. 17-25, 2014. 9 Vol. 6 – N° 1 - setembro, 2020. Disponível em <<http://www.ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/319>> Acesso em: 22 Fev 2021.

CANADIAN BLOOD SERVICES. Blood, plasma, stem cells organs & tissues. **Am I eligible to donate blood?** Disponível em <<https://www.blood.ca/en/blood/am-i-eligible-donate-blood>> Acesso em 12 maio 2021.

CARMO, Bruna Ambrosio do; SOUZA, Gilberto de. Atuação do enfermeiro na classificação de risco através do protocolo de manchester: uma revisão da literatura. **REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 2018. Vol. Sup.11, S1081-S1088. Disponível em <<https://www.acervosaude.com.br/doc/REAS140.pdf>> Acesso em: 24 fev. 2021. https://doi.org/10.25248/REAS140_2018

CARVALHO, Eliane Alecrim. Organização Social do Trabalho. Uningá Centro Universitário. Ensino à distância. Disponível em: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/62439931/Organizacao_Social_do_Trabalho_-_AVA20200322-52582-1xkj74c-libre.pdf?1584945443=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DORGA_NIZACAO_SOCIAL_DO_TRABALHO.pdf&Expires=1699882106&Signature=H~hvnJk-p7qXMqBeupDcth~dmhr1SNlfEBPwHYG_ryqhc7YrLG-k9gezWZmlLeoPWol2kNWtT7Xnn4XNjcKyJXNAqFo2L6ci-W3-5aGB9-4qDQgLX7jDABMa4yf2CL9LHxplCuhj-3pSeJ3FntVbDZjS4DzFu8F8NR4Cwv_AYv~Pz17Y2MxGxk34HHB706spVC7USLkoBFXxGRbybDVihPA9373-isSFIDAm_JDcvw9oyEpd4mKGgMfDEFoTJpQze5BBZ

8hBBoRhuQQLHpsfS3SeJtRifNnj-rfrIGJm 6M9OA8c~YMVUQMMwNyY6aSvykc5K JNxGoSIGO50IOnCTz5CYg__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA Acesso em 13 nov 2023.

CASTRO, Beatriz Leite Gustmann de CANOPF, Liliane; NUNES, Andrieli de Fatima Paz; COSTA, Vânia Medianeira Flores. PRECARIZAÇÃO OU TRABALHO DECENTE: o mundo laboral em transformação. **Revista Interface** V.18 N° 1 – janeiro a junho de 2021 | ISSN 2237-7506. Disponível em <<file:///C:/Users/12078275/Downloads/noeli,+1194-Texto+do+artigo-3599-1-6-20210524.pdf>> Acesso em 01 jun 2023.

COELHO, Elenise Abreu, RISSI, Vanessa; COSTA, Carlos; AMARANTE, Michael Vieira. Organização do Trabalho e Riscos de Adoecimento no Exercício Profissional dos Médicos. **Psicologia Social: Teoria e Pesquisa**. 2021, v37, e37502. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/ptp/a/vy34XLWvDz5FStpgHfhfbvn/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 06 jul 2023. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e37502>

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 0511**. Aprovada em 31/02/2016. Disponível em <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05112016_39095.html>. Acesso em 21 abr. 2021.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 0509/2016**. Aprovada em 15 de mar 2016. Disponível em <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05092016-2_39205.html>. Acesso em 12 maio 2021.

COLMÁN, Evaristo; POLA, Karina Dala. Trabalho em Marx e Serviço Social. **SERV. SOC. REV., LONDRINA**, v. 12, n.1, p. 179-201, jul/dez. 2009. Disponível em <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/10058/8794>>. Acesso em 23 fev 2021. <https://doi.org/10.5433/1679-4842.2009v12n1p179>

COSTA, LSL; ELEUTERIO, TA; MENEZES, RA; CONCEIÇÃO, MMB; PEREIRA, SS; BANDEIRA, FMGC. A triagem clínica e a experiência na doação na perspectiva do doador de sangue. **Glob Acad Nurs**. 2020;1(3): e38. Disponível em <<https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200038>>. Acesso em 12 jan. 2021. <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200038>

COSTA, Mateus Estevam Medeiros. Trabalho e riscos de adoecimento no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): contribuições da ergonomia da atividade. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da **Universidade Federal do Rio Grande do Norte**, sob orientação do Dr. Jorge Tarcísio da Rocha Falcão, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Psicologia. Disponível em <https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/49146/1/Trabalhoriscosadoecimento_Costa_2022.pdf>. Acesso em 06 jul. 2023.

COSTA, FERNANDO BRAGA DA. Moisés e Nilce: retratos biográficos de dois garis. Um estudo de psicologia social a partir de observação participante e entrevistas. 2008. 403 f. Tese de Doutorado - Universidade de São Paulo (USP). Instituto de Psicologia São Paulo. Disponível em: Acesso em 13 nov. 2023.

COSTA, F. B. Homens invisíveis: relatos de uma humilhação social. Rio de Janeiro: Globo. 2004.

COSTA, Ladice Cristina Bezerra de Almeida. Mobilização subjetiva e estratégias defensivas : um estudo sobre os Secretários das Coordenações dos Cursos de Graduação de uma Ifes à luz da Psicodinâmica do Trabalho. **Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Texto Gestão Pública para o Desenvolvimento do Nordeste** – MGP da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Gestão Pública. Recife 2021. Área de concentração: Gestão Pública para o Desenvolvimento Regional. Disponível em < <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/41700>> Acesso 13 nov. 2023.

COVAS, Dimas Tadeu; UBIALI, Eugênia Maria Amorim; SANTIS, Gil Cunha. **Manual de Medicina Transfusional**, 2ª edição- São Paulo: Editora Atheneu, 2014.

DEJOURS, Christophe. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 027-034, set. /dez. 2004. Disponível em <https://www.scielo.br/j/prod/a/V76xtc8NmkqdWHd6sh7Jsmq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 31 out. 2023

DICIO **Dicionário Online de Português. Definições e significados de mais de 400 mil palavras. Todas as palavras de A a Z.** Disponível em <<https://www.dicio.com.br/trabalhador>>. Acesso em 08 abril.2021

DINIZ, Leidiane Francisco; CAMPOS, Maurício. O trabalho contemporâneo e a subjetividade do trabalhador. **Revista. UFG**, Goiânia, v. 17, n. 21, p. 104-128, ago. /dez. 2017. Disponível em: DOI: 10.5216/revufg.v17i21.51672. Acesso em 12 maio 2021. <https://doi.org/10.5216/revufg.v17i21.51672>

ELIAS, Marisa Aparecida; NAVARRO, Vera Lúcia. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 517-525, Aug. 2006. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000400008>> Acesso em 24 abr. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000400008>

ENFERMAGEM, Conselho Federal – COFEN. **Lei 2.604**. Regula o Exercício da Enfermagem Profissional, de 17 de setembro de 1955. Disponível em <http://www.cofen.gov.br/lei-2604-de-17091955_4169.html> Acesso em 08 jan.2021.

ESTEVES, Juliana; BITU, Tieta; GURGEL, Vítor. A cultura do cuidado como excludente na relação do trabalho. **Revista da Faculdade Mineira de Direito** | V.24 N.47 | Dossiê "O desafio do trabalho feminino e sua relação com o Direito: entre o trabalho de cuidado, emocional e de (re) produção. Disponível em:< <https://periodicos.pucminas.br/index.php/Direito/article/view/26135/18190>>. Acesso em 06 dez. 2023. <https://doi.org/10.5752/P.2318-7999.2021v24n47p277-297>

FERNANDES, Rita de Cássia Pereira. O construto multidimensional trabalho precário, o futuro do trabalho e a saúde de trabalhadoras (es). *ENSAIO • Cad. Saúde Pública* 39 (4) • 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/wjW6PxqXbhkryFKyKmgYQZs/?lang=pt#> Acesso em 09 nov 2023. <https://doi.org/10.1590/0102-311xpt100522>

FERRAS, Francielle Bonet; SILVA, Danillo dos Santos; BEZERRA, Kleber Henrique da Silva; PONTES, Karolaine Galvão; OLIVEIR, Marcelo Vaughan Lima de. Taxa de detecção de VHB nos testes de triagem realizados no HEMOPA de Marabá/PA antes e após a implementação do NAT / HBV. *Brazilian Journal of health Review*. Curitiba, v. 3, n. 4, p. 10635-10649 jul./aug. 2020. Disponível em <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/15657/12878> Acesso em 23 jan. 2021>. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-325>

FIGUEIRÓ, Rafael de Albuquerque; DIAS, Adriana Oliveira; LIMA, Ana Izabel Oliveira; BARROS, Hellen Chrystianne Lucio. Trabalho e risco de adoecimento: o caso da companhia feminina da polícia militar do Rio Grande do Norte, Brasil. *RECIMA21 –Revista Científica Multidisciplinar* ISSN 26756218, v.3, n.8,2022. Disponível em <<https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/1783/1378>>. Acesso em 12 jan. 2023. <https://doi.org/10.47820/recima21.v3i8.1783>

FONSECA E. C., ZEITOUNE, R.C.G., SOUZA, K.H.J.F., Portela LF e Soares MRC. Danos à saúde dos trabalhadores de enfermagem de salas de vacinação. *Acta Paul Enferm.* 2020; **eAPE20190147**. Disponível <<https://www.scielo.br/j/ape/a/MVbLHG3H9JvWX44r4b7xbRH/#>> Acesso em 05 jul. 2023.

FRANTZ, Sonia Rejane de Senna et al. Trabalho e competência do enfermeiro nos serviços de hemoterapia: uma abordagem ergológica. *Rev. Bras. Enferm.* Brasília, v. 73, n. 3, e20180775, 2020 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0775>. Acesso em: 24 abr. 2021. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0775>

FRANTZ, Sonia Rejane de Senna et al. O processo de trabalho dos enfermeiros no serviço de hemoterapia: entre o prescrito e o real. Tese apresentada ao Programa de **Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina**, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Florianópolis, 2018 Disponível em <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/205575>>. Acesso em 13 nov. 2023.

FREITAS, Rodrigo Jacob Moreira; PEREIRA, Magda Fabiana do Amaral; LIMA, Caio Hudson Pereira de; MELO, Janara Nascimento de; OLIVEIRA, Kalyane Kelly Duarte de. A violência contra os profissionais da enfermagem no setor de acolhimento com classificação de risco. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 2017;38(3):e62119. Disponível em <<https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n3/0102-6933-rgenf-38-3-e62119.pdf>> . Acesso em 12 mar. 2021.

GIDDENS, A. **As consequências da modernidade**. São Paulo: Editora da Universidade Estadual, 1991.

GUIMARÃES, Natália, et. al. Prevalência e motivos para recusar participação em pesquisa clínica. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2016; 24 (2): 286-91. Disponível em:<

<https://www.scielo.br/j/bioet/a/Ryw4qYS3chgbk3VwxM9czbv/?format=pdf>>. Acesso em 06 dez. 2023. <https://doi.org/10.1590/1983-80422016242129>

HEMOMINAS, Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais. **Manual de Assistência de Enfermagem na Coleta de Sangue Total e Aférese**. Elaborado por Jaciane Vargas de Freitas Silva. Aprovado pela portaria PRE nº48 de 05 fevereiro 2021. Acesso em SA Strategic Adviser Corporate, em 04 de abril 2021.

HEMOMINAS, Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais. **Regimento dos Serviços de Enfermagem da Fundação Hemominas**. Elaborado por: Jaciane Vargas de Freitas Silva. Aprovado pela portaria PRE nº 47 de 05 fevereiro 2021. Acesso em SA Strategic Adviser Corporate, em 08 de abril 2021a.

HEMOMINAS, Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais. **Manual Atendimento ao Doador**. Elaborado por: Flávia Cristine Martineli Loureiro Catão. Aprovado pela portaria HEMOMINAS/ADC. PRE nº 448 de 25 outubro. Acesso em SA Strategic Adviser Corporate, em 09 de novembro 2023.

INTENTUS. Precisamos achatar a curva do estresse. Disponível em <<https://intentus.com.br/precisamos-achatar-a-curva-do-estresse/>>. Acesso em 11, nov.2023.

JÚNIOR, J.B.S; RATTNER, D. A vigilância sanitária no controle de riscos potenciais em serviços de hemoterapia no Brasil. **Saúde Debate** online v. 40, n.109. p. 136-153, 2016 Disponível em <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201610911>>. Acesso em 06 fev. 2021. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610911>

JÚNIOR, J.B.S; COSTA, C.S; BACCARA, J.P.A. Regulação de sangue no Brasil: contextualização para o aperfeiçoamento. **Rev Panam Salud Publica**. v.38, n.4. p. 333-38. 2015. Disponível em <<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v38n4/333-338>>. Acesso em 20 mar. 2021.

LEAL, Juliana Alves Leite; MELO, Cristina Maria Meira. Processo de trabalho da enfermeira em diferentes países: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem** (internet), 2018. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/reben/v71n2/pt_0034-7167-reben-71-02-0413.pdf>. Acesso em 18 dez. 2020.

LEAL, R. E. da S. (2020). Trabalho, Globalização e Antropologia. **RELACult - Revista Latino-Americana De Estudos Em Cultura E Sociedade**, 5(3). Disponível em <<https://doi.org/10.23899/relacult.v5i3.1727>>. Acesso em 13 fev 2023. <https://doi.org/10.23899/relacult.v5i3.1727>

LEITÃO, Céu. COVID-19: impacto nos serviços de sangue e de medicina transfusional. **Saúde & Tecnologia**. Outubro, 2020 p. e22-e28. Disponível em <<https://web.estesl.ipl.pt/ojs/index.php/ST/article/view/2265/1746>>. Acesso em 09 jan. 2021.

LIMA, Ângela Maria de Sousa. Os impactos da globalização no mundo do trabalho. **Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa**, [S.l.], v. 20, n. 39, p. 32-49, abr. 2020. ISSN 2596-2809. Disponível em:

<<http://periodicos.unifil.br/index.php/Revistateste/article/view/1308>>. Acesso em: 26 abr. 2021.

LIMA, Jacob Carlos; BRIDI, Maria Aparecida. TRABALHO DIGITAL E EMPREGO: a reforma trabalhista e o aprofundamento da precariedade. **Caderno C R H, Salvador**, v. 32, n. 86, p. 325-341, Maio/Ago. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ccrh/a/PD9ywtNMPmKM4YDdH7jWc6n/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em 13 jun. 2023. <https://doi.org/10.9771/ccrh.v32i86.30561>

LINS, VINÍCIUS FERREIRA. “GIG” ECONOMY E EMPREENDEDORISMO: UMA VISÃO CRÍTICA DO CAPITALISMO DE “PLATAFORMAS”. Tese apresentada ao Programa de PósGraduação em Economia da Faculdade de Economia da Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2022.

Disponível em < <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/36658/1/Tese%20-%20Vinicius%20F.%20Lins%20-%20Vers%c3%a3o%20definitiva.pdf>>. Acesso em 01 jun 2023.

LOMBARDI, Maria Rosa; CAMPOS, Veridiana P Arahyba. A enfermagem no Brasil e os contornos de gênero, raça/cor e classe social na formação do campo profissional. **Revista da ABET**, v. 17, n. 1, janeiro a junho de 2018. Disponível em <https://www.researchgate.net/profile/Veridiana-Campos-2/publication/332822638_A_ENFERMAGEM_NO_BRASIL_E_OS_CONTORNOS_DE_GENERO_RACACOR_E_CLASSE_SOCIAL_NA_FORMACAO_DO_CAMPO_PROFISSIONAL/links/6040ed4e92851c077f1873cb/A-ENFERMAGEM-NO-BRASIL-E-OS-CONTORNOS-DE-GENERO-RACA-COR-E-CLASSE-SOCIAL-NA-FORMACAO-DO-CAMPO-PROFISSIONAL.pdf> Acesso em 01 jun 2023. <https://doi.org/10.22478/ufpb.1676-4439.2018v17n1.41162>

LORDEIRO, Maycon Antonio de Medeiros; LAPA, Alessanfra da Terra; SANTOS, Raquel Oliveira dos. Triagem clínica na doação de sangue: uma abordagem sobre educação em saúde. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**. V. 11, N. 3 (2017). Disponível em <<http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rccs/article/view/4158/2361>>. Acesso em 05 mar. 2021

LUZZI, J.R.; SANTOS, J.C.D.; CONTI, J.M., PEREIRA, J.L.G.; XAVIER, R.A.N.; MERCHAN, E.M.B. Redução no tempo de espera para doação após aplicar melhorias no fluxo de atendimento. **Hematology, Transfusion and Cell Therapy**, Volume 43, Supplement 1, 2021, Pages S380-S381 Disponível em <<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.649>> Acesso em 24 jan 2023. <https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.649>

MADERO-GOMEZ, Sergio. La satisfacción laboral como efecto moderador entre las prácticas organizacionales de recursos humanos y las líneas estratégicas de responsabilidad social corporativa en México. **Estudios Gerenciales** vol. 36, N° 157, 2020, 391-401. Disponível em < <http://www.scielo.org.co/pdf/eg/v36n157/0123-5923-eg-36-157-391.pdf>> . Acesso em 13 nov. 2023. <https://doi.org/10.18046/j.estger.2020.157.3790>

MALTA, M.; CARDOSO, L.O.; BASTOS, F.I.; MAGNANINI, M.M.F.; SILVA, C.M.F.P.; Iniciativa SROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Revista Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n.3, p.559-65, 2010. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021>>. Acesso em 11 abr. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021>

DE MARCO, Patrícia Furuta et al. O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 3, p. 178-183, 2008. Acesso em 21 setembro 2020. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 out. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852008000300004>

MARTINEZ, M., & PARAGUAY, A. Satisfação e saúde no trabalho: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos De Psicologia Social Do Trabalho**, v6, 59-78, 2003. Disponível em <<https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v6i0p59-78>>. Acesso em 18 out. 2021. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v6i0p59-78>

MELO, MB; BARBOSA, MA; SOUZA, PR. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Latino Am. Enfermagem** [Internet]. jul.-ago. 2011. Acesso em 21 setembro 2020. Disponível em <http://astresmetodologias.com/material/Modelo_RIL.pdf>. Acesso em 10 abril. 2023.

MEDEIROS, C. A. DE.; SARTI, F. Soberania, desenvolvimento e sociedade. **Economia e Sociedade**, v. 30, n. spe, p. 595–617, out. 2021. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/ecos/a/ZpVY9LHWFhqv77ZmCWfPgMz/?lang=pt>>. Acesso em 7 de ago 2022. <https://doi.org/10.1590/1982-3533.2021v30nespart01>

MENDES, Ana Magnolia. *Psicodinâmica do trabalho: teoria, métodos e pesquisa*. São Paulo. Casa do Psicólogo, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 12. ed., 2010.

MONTEIRO, LAS; DUARTE, ACG; MOTA, GAR; CORREA, RD; SANTOS, FBO; ALMEIDA, SP. Seleção de doador em serviço de hemoterapia: desafios da equipe de assistência ao paciente no processo de triagem clínica. **REME - Rev Min Enferm.** 2021. Disponível em <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1287729>> Acesso em 15 jun 2021.

MORAES, Lucas Marques. CAPACIDADES E COMPETÊNCIAS DAS EMPRESAS FAMILIARES NA INTERNACIONALIZAÇÃO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. XLVI Encontro da ANPAD - **EnANPAD 2022 On-line** - 21 - 23 de set de 2022 - 2177-2576 versão online. Disponível em <<http://anpad.com.br/uploads/articles/120/approved/1f50d0737a738a9ba3206543d1102cbc.pdf>> Acesso em 13 jun. 2023.

MORAES, C.M.G; FONSECA, C.N; GALVÃO, S.V.M. A experiência de profissionais atuantes na triagem clínica de candidatos à doação de sangue de um serviço público de hemoterapia diante da pandemia de COVID-19. **Hematology, Transfusion and Cell Therapy**, Volume 42, Supplement 2,2020, page 513, ISSN 2531-1379, Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2531137920311524> Acesso em 04 mar. 2021. <https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.866>

MUNHOZ, Oclaris Lopes; ARRIAL, Tatiele Soares; BARLEM, Edison Luiz Devos; DALMOLIN, Grazielle de Lima; ANDOLHE, Rafaela; MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza. Estresse ocupacional e *burnout* em profissionais de saúde de unidades de perioperatório. **Acta Paul Enferm** 2020; 33: eAPE20190261
Disponível em: <<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0261>> Acesso em 28 jun 2021.
<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0261>

NEVES, Diana Rebelo; NASCIMENTO, Rejane Prevot ; FELIX JR, Mauro Sergio; SILVA, Fabiano Arruda da; ANDRADE, Rui Otávio Bernardes. Sentido e significado do trabalho: uma análise dos artigos publicados em periódicos associados à Scientific Periodicals Electronic Library. **Cad. EBAPE.BR**, v. 16, nº 2, Rio de Janeiro, abr./jun. 2018. Acesso em 18 jan. 2021. <https://doi.org/10.1590/1679-395159388>

OIT International Labor Organization. From precarious work to decent work: outcome document to the workers' symposium on policies and regulations to combat precarious employment. Genebra: International Labor Organization; 2012, p.26.

OLIVEIRA, G. N. et al. Avaliação e Classificação de risco: tempo de espera dos usuários de baixa gravidade. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 6, n. 1, p. 21-28, 2016. Disponível em <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/18911>>. Acesso em: 20 Mar. 2021.
<https://doi.org/10.5902/2179769218911>

OLIVEIRA, Sara de Mattos. **Precarização do trabalho nas plataformas digitais**. Editora Dialética, 2022. E-book. Disponível em < <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=7t-oEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT4&dq=uma+grande+parcela+dos+trabalhadores+independentes+abandonaram+suas+empresas+baseadas+em+plataformas+digitais&ots=V-fwOUTVet&sig=FmH7eBmMD0uD8GyavEBV-LZ9KII#v=onepage&q&f=false>>. Acesso em 04 jun. 2023.

PADILHA, Débora Zmuda; WITT, Regina Rigatto. Competências da enfermeira para a triagem clínica de doadores de sangue. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 234-240, Apr. 2011. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000200003>>. Acesso em 15 jan. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000200003>

PIMENTEL, Mariano; GEROSA, Marco Aurélio; FUKS, Hugo. Sistemas de comunicação para colaboração. **Sistemas colaborativos**, v. 1, p. 65-93, 2011.
<https://sistemascolaborativos.uniriotec.br/wp-content/uploads/sites/18/2019/06/SC-cap5-comunicacao.pdf>. Acesso em 12 dez. 2022.

PINTO, D. G. L. Compreensão das desigualdades socioespaciais na acessibilidade ao trabalho formal e informal em Fortaleza. 2020. 115 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de

Transportes) - **Centro de Tecnologia, Universidade Federal do Ceará**, Fortaleza, 2020. Disponível em <<http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/53751>>. Acesso em 18 fev. 2021.

RAMOS, Gloria Juliane da Costa; ALBUQUERQUE, Willy Farias; RIBEIRO, Herica Gabriela Rdrigues de Araújo; SOUZA, José Antônio Nunes de. EMPREENDEDORISMO, CRESCIMENTO ECONÔMICO E DESEMPREGO: UM ESTUDO EMPÍRICO NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE. **Revista de Administração da Unimep**. ISSN 1679-5350. v18 n2 Maio. Agosto 2020. Disponível em <<https://www.raunimep.com.br/ojs/index.php/rau/article/view/1664/846>>. Acesso em 01 jun 2023.

RANGEL, Fabiana Bittencourt; GODOI, Christiane Kleinübin. Sintomas Psicossomáticos e a Organização do Trabalho. **Rev. bras. gest. neg.** 11 (33) • Oct-Dec 2009. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/rbgn/a/8DjJVpFbTmWXNXgpsm35FRb/#>>. Acesso em 01 nov. 2023.

REGO, Sergio; PALACIOS, Marisa. Saúde mental dos trabalhadores de saúde em tempos de coronavírus. **Informe ENSP**, 30 de março de 2020. 1 p. Disponível em <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/40659>>. Acesso em 10 mar. 2023.

ROCHA, Vivianny Neres; SILVA, Adenise de Jesus; OLIVEIRA, Zayre Gizelle de Oliveira; FONSECA, Ilva Santana Fontes. Doenças ocupacionais relacionadas ao trabalho da Enfermagem. **Congresso Internacional de Enfermagem – CIÉ, Universidade Tiradentes – UNIT**. Maio, 2017. Disponível em <<https://eventos.set.edu.br/cie/article/view/5694/2080>>. Acesso em 23 mar. 2021.

ROCHA, Jane Barbosa; KUBO, Edson Keyso de Miranda; PITOMBO, Nildes Raimunda; FARINA, Milton Carlos; OLIVA, Eduardo de Camargo. Percepção de sucesso na carreira da mulher executiva brasileira. **Revista de Administração da UNIMEP**. v.12, n.3, Setembro/Dezembro - 2014 ISSN: 1679. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2737/273733503010.pdf> Acesso em 11 nov. 2023. <https://doi.org/10.15600/1679-5350/rau.v12n3p47-72>

RONCALLI, A. A. et al. Protocolo de Manchester e população usuária na classificação de risco: visão do enfermeiro. **Rev. Baiana de Enfermagem**. Salvador, v. 31, n. 2, p. 2- 10, 2017. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/16949> Acesso em: 20 Mar 2021. <https://doi.org/10.18471/rbe.v31i2.16949>

RONCALLI, Aline Alves; OLIVEIRA, Danielle Nogueira de; MELO, Izabella Cristina; VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; BRITO, Robson Figueiredo. Experiências cotidianas do enfermeiro na classificação de risco em unidade de pronto atendimento. **Revista de Enfermagem UFPE online**. Recife, 11(4):1743-51, abr., 2017. Disponível em <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/15246>>. Acesso em 03 abr 2021a.

ROSSETTO, C., COLETTI, M., & Almeida, M. C. de. (2019). A INFLUÊNCIA DO TRABALHO EM ÂMBITO HOSPITALAR NA SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM. *Seminário De Iniciação Científica E*

Seminário Integrado De Ensino, Pesquisa E Extensão (SIEPE), e22957, 2019.ross Disponível em <<https://periodicos.unoesc.edu.br/siepe/article/view/22957>>. Acesso em 04 jul 2023.

SAKAI, A. M. et al. Sentimentos de enfermeiros no acolhimento e na avaliação da classificação de risco em pronto-socorro. **Revista da Rede Nordeste de Enfermagem**, Fortaleza v. 17, n. 2, p. 233-41, 2016. Disponível em <<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/3007>>. Acesso em: 22 fev. 2021

SANT'ANA, JCP; SANTOS, J; SILVA, PGB; MEIRA KC; OLIVEIRA LV; ALMEIDA SGP; PIERIN, AMG. Prevalência e Fatores associados ao Estresse Relacionado ao Trabalho e à Síndrome de Burnout entre Profissionais de Enfermagem que Atuam em Oncologia. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2023; 69(2): e-053644. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/3644/2772>>. Acesso em 11 nov. 2023. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n2.3644>

SANTOS, et al. A atuação do enfermeiro na classificação de risco de pacientes em unidades de emergência: um enfoque no protocolo de Manchester. **Revista Eletrônica Estácio**. Recife Vol. 6 – Nº 1 - setembro, 2020. Disponível em <<https://reer.emnuvens.com.br/reer/article/view/414/175>>. Acesso em 18 jan. 2021.

SANTOS, J.A.D.; FRANCO, M.E.A.; ALVES, P.R.G., BENTO, R.A., RODRIGUES, A.P.C. Desafios na manutenção do nível de estoque de sangue e hemocomponentes durante a pandemia de COVID-19. *Hematology, Transfusion and Cell Therapy*. Volume 43, Supplement 1, 2021, Page S373. Disponível em <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2531137921007823>>. Acesso em 08 fev.2023. <https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.635>

SAÚDE, Plenário do Conselho Nacional. RESOLUÇÃO Nº 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016 Publicada no DOU nº 98, terça-feira, 24 de maio de 2016 - seção 1, páginas 44, 45, 46. Disponível em < <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2020.

SAVIOLI, ML; SAKASHITA, AM; CIPOLLETTA, ANF; BRANDÃO, RCTC; APD; SANTOS, RP; PASTANA, M; SATO, AL, MORAIS, E; CORDIOLI. Telemedicina em Banco de Sangue: Uma experiência com triagem clínica de doador de sangue por telemedicina. **Hematology, Transfusion and Cell Therapy**, Volume 43, Supplement 1, 2021. Disponível em <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2531137921007483?via%3Dihub>> Acesso em 15 dez.2022. <https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.601>

SCHMIDT, Denise Rodrigues Costa; DANTAS, Rosana Aparecida Spadoti. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 14, n. 1, p. 54-60, Feb. 2006 . Disponível em <

11692006000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 setembro 2020.

<https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000100008>

SELIGMANN-SILVA, Edith. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. Editora : Cortez; 1ª edição ,1 junho 2012, 624p.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007. <https://doi.org/10.36311/2007.978-85-249-1311-2>

SILVA, Larissa Ninive da; TRÓPIA, Larissa Pimenta. Irradiação das bolsas de sangue na prática clínica. v. 2 n. 16 (2023): **Anais do Congresso Nacional Universidade EAD e Software Livre 2023.2**. Disponível em:<

<https://ueadsl.anais.nasnuv.com.br/index.php/UEADSL/article/view/1342>> .Acesso em 07 dez. 2023.

SILVA, Jaqueline Miranda; OLIVEIRA, Lícia Magna Rodrigues Santos; MAMEDE, Jaminuan Aucê do Nascimento; WANDERLEY, Tatiana Peres Santana Porto; SILVA, Solange Maria Miranda; RODRIGUES, Tatyanni Peixoto. Perfil sócio-demográfico e ocupacional dos profissionais de enfermagem do hemocentro coordenador de Palmas.

Singular Saúde e Biológicas. Edição v. 1 n. 1 (2020). Disponível em <<http://www.ulbrato.br/singular/index.php/SingularSB/article/view/67/53>> Acesso em 04 jul 2023.

<https://doi.org/10.33911/singularsb.v1i1.67>

SILVA, Kelly de Oliveira Galvão et al. Tripanossomíase americana e transfusão de sangue: uma perspectiva em áreas endêmicas e não endêmicas na América. **Research, Society and Development**, v. 9, n.9, e 991998288, 2020 (CC BY 4.0) | ISSN 2525 – 3409. Disponível em <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/8288/7278>>. Acesso em 23 fev. 2021b.

<https://doi.org/10.33448/rsd-v9i9.8288>

SILVA, Luis Sérgio; MACHADO, Elaine Leandro; OLIVEIRA, Helian Nunes de; RIBEIRO, Adalgisa Peixoto. Condições de trabalho e falta de informações sobre o impacto da COVID-19 entre trabalhadores da saúde. Dossiê COVID-19 e Saúde do Trabalhador/Ensaio • **Rev. bras. saúde ocup. 45 • 2020** . Disponível em

<<https://www.scielo.br/j/rbso/a/ZGgHY5SyGH36ySQgnyrgvpR/abstract/?format=html&lang=pt>> Acesso em 16 mar. 2023c.

SILVA, Vitor Luiz Carvalho da. Adoecimento no trabalho, a metamorfose do trabalhador do campo na cidade e os reflexos da reestruturação produtiva em uma fábrica de confecções têxteis no interior do Estado de São Paulo. Dissertação de mestrado **Ciências Sociais - FFC**, 2020. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/202698>>. Acesso em 03 fev. 2023.

SILVA, Nathalia Cozendey Petraglia. A Vulnerabilidade do Trabalhador Operário Frente à Reestruturação Produtiva a Partir de 1990. **Monografia submetida ao corpo docente do Departamento de Administração da Universidade Federal Fluminense**. Niterói-RJ, 2018. Disponível em

<https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/9108/TCC%20NATHALIA%20COZENDEY%20PETRAGLIA%20DA%20%20SILVA.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em 13 jun. 2023.

SILVEIRA, João Francisco Machado. Critérios comportamentais usados na triagem clínica de doadores de sangue no Rio Grande do Sul. Dissertação de mestrado – **Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós Graduação e, Saúde Coletiva**. São Leopoldo, RS 2018. Disponível em:

<http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/7692/Jo%C3%A3o%20Francisco%20Machado%20Silveira_.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 18 jan 2021.

SIMOES, Ana Patrícia Ferreira. O stress ocupacional e o burnout no sector do retalho. Trabalho final na modalidade de dissertação apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Gestão de Recursos Humanos. sob orientação de Prof^a Marisa Fernanda Figueiredo Tavares Universidade Católica Portuguesa, Católica Porto Business School Novembro, 2018. Disponível em

<<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/30431/1/Ana%20Patr%C3%adcia%20Ferreira%20Sim%C3%b5es.pdf>> Acesso em 11 nov. 2023.

SIQUEIRA, Vitória de Barros; LUNA, Aislany Warlla Nunes; MELO, Danielly Coelho de; SILVA, Lana Quele Pereira da; GAMA, Mariana Pereira; OLIVEIRA, Monica Larissa do Nascimento Paes. Dor e adoecimento entre a equipe de enfermagem. **Rev. enferm. UFPE on line** ; 14: [1-7], 2020. Disponível em:

<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/244210/36317>>. Acesso em 07 jan. 2021. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.244210>

SPINDOLA, Thelma. Mulher, mãe e... trabalhadora de enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP* 34 (4) • Dez 2000. Disponível em: <

<https://www.scielo.br/j/reusp/a/9f6fhqLvPDfzqXFFz8yfF3P/?lang=pt#>> Acesso 11 nov. 2023. <https://doi.org/10.1590/S0080-6234200000400006>

SOARES, Adriana Cunha Lima; BRASILEIRO, Marislei; SOUZA, Danielle Galdino de. Acolhimento com classificação de risco: atuação do enfermeiro na urgência e emergência. **Revista Científica de Enfermagem, São Paulo** 2018; 8(22):22-33. Disponível em

<<https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/245>>. Acesso em 27 dez. 2020. <https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2018.8.22.22-33>

SOARES, Samira Silva Santos et al. Dupla jornada de trabalho na enfermagem: dificuldades enfrentadas no mercado de trabalho e cotidiano laboral. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, e20200380, 2021. Disponível em

<<https://www.scielo.br/j/ean/a/P8kxXv48XtSj4Kgm9tKLNGC/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 09 jan. 2021. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0380>

SOUZA, Heloisa Aparecida; BERNARDO, Marcia Hespanhol. Prevenção de adoecimento mental relacionado ao trabalho: a práxis de profissionais do Sistema Único de Saúde comprometidos com a saúde do trabalhador. **Rev. bras. saúde ocup.** 44, 2019. Disponível em

<<https://doi.org/10.1590/2317-6369000001918>>. Acesso em 27 jun 2021. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000001918>

SOUZA, Cristiane Chaves; DINIZ, Aline Santos; SILVA, Liliane de Lourdes Teixeira; MATA, Luciana Regina Ferreira da; CHIANCA, Tânia Couto Machado. Nurses' perception about risk classification in an emergency servisse. **Invest Educ Enferm**. 2013;32(1): 78-86. Disponível em <<http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v32n1/v32n1a09.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2021. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v32n1a09>

SOUZA, G.F, et al. Boas práticas de enfermagem na unidade de terapia intensiva: Cuidados durante e após a transfusão sanguínea. **Rev Min Enferm**. v.18, n.4, out-dez, p. 939-946. 2014. Disponível em <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-26750>>. Acesso em 10 dez. 2020.

TOLFO, Suzana da Rosa; PICCININI, Valmíria. Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. **Psicol. Soc.** Porto Alegre, v. 19, n. spe, p. 38-46, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 abr. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000400007>

TORRES, Ruth Cristini ; XAVIER, Antônia Francilena Santos; SOUSA, Paulo Henrique Santana Feitosa; SILVA, Maria Morgana Lima; ANDRADE, Ana Fátima Souza Melo de; JÚNIOR, Andrade, Paulo Celso Curvelo Santos; AZEVEDO, Marcel Vinicius Cunha Atuação do enfermeiro em hemoterapia: a visão do formando. **Brazilian Journal of Development** Curitiba, v.7, n.2, p. 16000-16014 feb. 2021. Disponível em <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/24778>>. Acesso em 11 mar.2021. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n2-294>

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 39, n.3, p. 507-14. 2005. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/qtCBFFfZTRQVsCJtWhc7qnd>>. Acesso em 09 fev, 2021. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>

ULGUIM FO, Renner JDP, Pohl HH, Oliveira CF, Bragança GCM. Health workers: cardiovascular risk and occupational stress. **Rev Bras Med Trab**.2019;17(1):61-68 Disponível em <http://www.rbmt.org.br/how-to-cite/421/en-US> . Acesso em 16 março 2023. <https://doi.org/10.5327/Z1679443520190302>

URQUIZA, Jose Luis Gómez; SOLANA, Emilia I. De la Fuente; GARCIA, Luis Albendín; PECINO, Cristina Vargas; CAMPOS, Elena M. Ortega; FUENTE, Guillermo A. Cañadas-De la. Prevalence of Burnout Syndrome in Emergency Nurses: A Meta-Analysis. **American Association of Critical-Care Nurses**. Vol 37, N°. 5, Columbia, Outubro 2017. Disponível em: DOI: [10.4037/ccn2017508](https://doi.org/10.4037/ccn2017508). Acesso em 20 jan. 2021. <https://doi.org/10.4037/ccn2017508>

VELOSO, Elza Fátima Rosa; DUTRA, Joel Souza; NAKATA, Lina Eiko. Percepção sobre carreiras inteligentes: diferenças entre as gerações y, x e baby boomers. **REGE – Revista de Gestão** 23(2016) 88-98. Acesso em 16/10/2020. Disponível em: https://www.moodle.ufu.br/pluginfile.php/908269/mod_resource/content/1/carreira%20.pdf>. Acesso em 20 dez. 2021. <https://doi.org/10.1016/j.rege.2015.05.001>

VICENTE, Maria Eduarda. As consequências econômicas e sociais da globalização sobre os países da América Latina: uma reflexão a partir das experiências de Argentina, Brasil e México, nas décadas de 1980/90. **Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Relações Internacionais pelo Centro Universitário Curitiba – UNICURITIBA 2022**. Disponível em <<https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/29216>> Acesso em 13 jun. 2023.

XAVIER, Analucia R; SILVA, Jonadab S; ALMEIDA, João Paulo C; CONCEIÇÃO, Johnatan Felipe F; LACERDA, Gilmar S.; KANAAN, Salim. COVID-19: manifestações clínicas e laboratoriais na infecção pelo novo coronavírus. **J. Bras. Patol. Med. Lab.** 56 • 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpm/a/PrqSm9T8CVkPdk4m5Gg4wKb/?lang=pt#>. Acesso em 07 dez. 2023.

ZORZAL, Luciene Gonçalves da Costa. Níveis de estresse entre enfermeiros na classificação de risco em hospitais estaduais no Espírito Santo. **Enferm. Foco** 2020; 11 (1): 131-135. Disponível em <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/11/niveis-estresse-entre-enfermeiros-classificacao-risco-hospitais-publicos.pdf>>. Acesso em 05 abr. 2021. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.2882>.

APÊNDICE A**Questionário perfil sócio profissional e demográfico da gestão. N° de controle _____****1. Setor de trabalho:**

- Hemocentro
- Hemonúcleo
- Unidades de coleta
- Centro Municipal

2. Em qual estado você trabalha?

- Espírito Santo
- Minas Gerais
- Rio de Janeiro
- São Paulo

3. Categoria profissional que exerce na unidade de hematologia/hemoterapia

- Enfermeiro Responsável Técnico - RT
- Enfermeiro supervisor
- Gerente Técnico/Coordenador da unidade
- Outro. Especifique: _____

4. Sexo

- Feminino
- Masculino
- Outro
- Não declarado

5. Idade

- 18 à 29 anos
- 30 à 39 anos
- 40 à 49 anos
- 50 à 59 anos
- Maior ou igual à 60 anos

6. Estado Civil

- Solteiro
- Casado
- Divorciado
- Separado
- Viúvo com companheiro
- Divorciado com companheiro
- União Estável
- Não declarado

7. Você se reconhece ou se identifica com qual etnia/raça?

- Branco
- Negro
- Pardo
- Amarelo
- Indígena

8. Em relação a sua atuação na Hemorrede:

a) Qual a sua carga horaria semanal neste serviço?

- Entre 20 e 29 horas semanais
- Entre 30 e 39 horas semanais
- Superior à 40 horas semanais

b) Quanto tempo possui de atuação na Hemorrede (independente do cargo que ocupava)?

- Entre 90 dias à 01 ano
- Entre 01 à 05 anos
- Entre 05 à 10 anos
- Superior à 10 anos.

c) Qual seu vínculo empregatício atual?

- Efetivo
- Recrutamento Amplo
- Cedido
- Contrato administrativo
- Terceirizado

d) Quanto tempo de trabalho você possui no cargo que ocupa atualmente?

- Entre 90 dias à 01 ano
- Entre 01 à 05 anos
- Entre 05 à 10 anos
- Superior à 10 anos.

e) Quantos triagistas clínicos de doadores de sangue compõe a sua equipe?

- Nenhum triagista/triador
- De 1 à 2 triagistas/triadores
- Entre 3 à 5 triagistas/triadores
- Entre 6 à 10 triagistas/triadores
- Mais de 10 triagistas/triadores

f) Qual/quais os profissionais de saúde responsáveis pela triagem clínica em sua unidade:

- Enfermeiro/a
- Médico/a
- Farmacêutico/a
- Biólogo/a
- Biomédico/a
- Dentista
- Fisioterapeuta
- Outros. Especifique: _____

g) Qual o tempo médio para realização de uma triagem clínica?

- Até 5 minutos
- De 6 à 8 minutos
- De 9 à 11 minutos
- De 12 à 15 minutos
- Mais de 15 minutos
- Outro tempo. Especificar: _____

h) Você considera que o tempo gasto pelos triagistas está:

- Limitado. Seria necessário aumentar o tempo de atendimento para cumprir todos os requisitos necessários.

- Adequado.
- Extenso. Poderiam reduzir o tempo de atendimento.
- Outra resposta. Especificar.

i) Qual a média de bolsas de sangue total coletadas por mês em sua unidade?

- De 1 a 500 bolsas de sangue total/mês
- Entre 501 à 1000 bolsas de sangue total/mês
- Entre 1001 à 2000 bolsas de sangue total/mês
- Mais 2001 bolsas de sangue total/mês

j) A unidade de hematologia e hemoterapia que você atua é localizada em uma cidade:

- Cidade de pequeno porte, possui até 50 mil habitantes
- Cidade de médio porte, possui de 50 mil à 100 mil habitantes
- Cidade de grande porte, possui mais de 100 mil habitantes
- Metrópole, possui mais de 1 milhão de habitantes.
- Não sabe informar

9. Atuação Profissional atual

- Público
- Público e Privado

a) Caso trabalhe no serviço privado, qual a sua carga horária semanal?

- Até 19 horas semanais
- Entre 20 e 29 horas semanais
- Entre 30 e 39 horas semanais
- Superior à 40 horas semanais

10. Composição familiar: com quem você reside?

- Com esposo (a) e filho (s)
- Com meu (s) filho (s)
- Com esposo (a) e sem filhos
- Sozinho
- Com meus pais
- Com meus pais e outros familiares
- Prefiro não declarar
- Outros

11. Principal responsável pela renda familiar

- É o responsável pelo sustento da família
- Participa majoritariamente no sustento da família
- Divide a responsabilidade do sustento da família com outros membros
- Participa minoritariamente no sustento da família
- Não é responsável pelo sustento da família.

12. Renda mensal do grupo familiar (conforme o salário mínimo R\$1100,00)

- Até 2 salários mínimos
- Entre 3 à 5 salários mínimos
- Entre 6 à 10 salários mínimos
- Mais de 10 salários mínimos
- Prefiro não declarar

13. Grau de Instrução (Escolaridade)

- Somente graduação
- Especialização
- Mestrado
- Doutorado

14. Quanto tempo possui de graduação?

- Até 89 dias
- Entre 90 dias à 01 ano
- Entre 01 à 05 anos
- Entre 05 à 10 anos
- Superior à 10 anos.

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “**Implicações do processo de trabalho na saúde do triagista clínico de doadores de sangue sob a perspectiva da gestão**” conduzida por Liliane Parreira Tannus Gontijo, Daniela Roberta Curcino e Marisa Aparecida Elias.

Nesta pesquisa nós estamos buscando conhecer a perspectiva da gestão sobre o risco de adoecimento do triagista clínico de candidatos à doação de sangue total, em quatro redes de Hematologia e Hemoterapia da região sudeste do Brasil.

O Termo/registro de Consentimento Livre e Esclarecido está sendo obtido pela pesquisadora Daniela Roberta Curcino, e será aplicado no momento em que você conceder o seu número de celular (whatsapp) ou email, pelos quais você receberá o termo para conhecimento, leitura e análise, antes da coleta de dados.

Na sua participação, você receberá um WhatsApp ou e-mail, com os instrumentos de coleta de dados: um questionário sócio demográfico, uma escala de avaliação do contexto de trabalho, uma escala do custo humano do trabalho, uma escala de avaliação dos danos relacionados ao trabalho, uma escala de indicadores de prazer e sofrimento no trabalho, e um convite à participação de um grupo focal. Você foi selecionado (a) por ser o/a gestor/gerente/coordenador, responsável técnico ou supervisor (a) da unidade onde atua, e por ser responsável pela equipe de triadores dos candidatos à doação de sangue total. Além destes critérios de inclusão, é necessário que cumpra no mínimo 20 horas semanais no cargo de gestor, e esteja à no mínimo 90 dias atuando no local de trabalho. O tempo estimado para preenchimento dos questionários é aproximadamente 15 (quinze) minutos, e o tempo de participação no grupo focal é aproximadamente 60 (sessenta minutos) à 120 (cento e vinte) minutos. O estudo inclui o registro e captura simultânea de áudio e vídeo (gravação local da Plataforma Zoom), que serão transcritos e inutilizados. Todos os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. Em nenhum momento utilizaremos os seus dados cadastrais, como nome ou e-mail. O participante possui a prerrogativa de não aceitar participar.

Os dados coletados serão mantidos em arquivo, em dispositivo eletônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou “nuvem”, sob nossa guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa). Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. O pesquisador possui o compromisso de divulgar os resultados da pesquisa, em formato acessível ao grupo ou população que foi pesquisada (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 3º, Inciso IV). Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiro por participar na pesquisa.

Havendo algum dano decorrente da pesquisa, você terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19).

Os riscos consistem em haver identificação do participante. Entretanto, para não prejudicar a confidencialidade dos dados, a privacidade dos participantes, o sigilo da identificação do gestor, e para garantir a proteção da imagem dos participantes do estudo, os

instrumentos de coleta de serão codificados por ordem cronológica de recebimento dos anexos preenchidos, enumeradas, e não contém dados de identificação direta do participante, ou seja, os instrumentos que serão utilizados para realizar a pesquisa não irão coletar nome completo, conselho Regional de Enfermagem - COREN, cidade em que trabalha, e nenhum outro dados pessoal, pois entendemos que assim não iremos elucidar nenhum dado que possa prejudicar o sigilo da confidencialidade. As unidades participantes serão codificadas com as letras do alfabeto. Apenas a pesquisadora saberá quem é o respondente pela assinatura do TCLE, o qual será utilizado para convidar os participantes do grupo focal. Todos os instrumentos serão analisados pontualmente, e aqueles que apresentarem riscos de prejuízo e identificação direta de dados sigilosos serão excluídos do estudo.

Os benefícios serão: avaliar a visão e a perspectiva da gestão de sobre a existência ou não de risco de adoecimento em sua equipe de triagistas, e em caso afirmativo, levá-los à reflexão das estratégias protetivas, que possam ser aplicadas para reduzir ou eliminar os riscos, proporcionando um ambiente de trabalho saudável e produtivo, e melhorando a qualidade de vida no trabalho dos triadores. Assim os gestores terão em mãos informações que possam ajudá-los na gerência e coordenação de sua equipe de trabalho, no fortalecimento de vínculos e no aprimoramento de novas ferramentas de trabalho.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados da pesquisa. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Liliane Parreira Tannús Gontijo, docente do Programa de Pós Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, do Instituto de Geografia, da Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila 2121 – Bloco 3E – Sala – *Campus* Santa Mônica – CEP 38408-902, Uberlândia/MG – Brasil, Telefone (34) 3239-4331; (34) 3239-4591, ramal 4381, Whatsapp (34) 99977-1910, e-mail particular: lilianetannus1@gmail.com e Daniela Roberta Curcino, Analista de Hematologia e Hemoterapia, Hemocentro Regional de Uberlândia – Minas Gerias, End: Avenida Levino de Souza, 1845 - Bairro: Umuarama – CEP 38.405-322, **Telefone:** (34) 3088-9200, celular e WhatsApp (34) 99125-2684, e-mail institucional: daniela.roberta@hemominas.mg.gov.br; e-mail particular: danielarobertacurcino@gmail.com.

Para obter orientações quanto aos direitos dos participantes de pesquisa acesse a cartilha no link:

https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/Cartilha_Direitos_Eticos_2020.pdf.

Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, *campus* Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; telefone: 34-3239-4131 ou pelo e-mail **cep@propp.ufu.br**.

Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hemominas, localizado na Alameda Ezequiel Dias, 321 – Santa Efigênciã – Belo Horizonte-MG. CEP 30130-11-, Telefone (31) 3768-4689, e-mail: cep@hemominas.mg.gov.br. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para

o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, de de 20.....

Assinatura do(s) pesquisador(es)

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Forma de contato: _____

Assinatura do participante da pesquisa

APÊNDICE C

Tabela 7 Associação entre características sociodemográficas e escala EIPST e seus domínios.

	Escore total		Liberdade de expressão		Realização profissional		Esgotamento profissional		Falta de reconhecimento	
	Mediana	IQR	Mediana	IQR	Mediana	IQR	Mediana	IQR	Mediana	IQR
Sexo	<i>Valor p = 0.570</i>		<i>Valor p = 0.154</i>		<i>Valor p = 0.026</i>		<i>Valor p = 0.063</i>		<i>Valor p = 0.084</i>	
Feminino	3.31	3.01; 3.52	4.38	3.69; 4.63	3.67	3.33; 4.00	2.86	2.43; 3.29	2.06	1.50; 3.06
Masculino	3.09	3.03; 3.53	4.63	4.13; 4.88	4.22	3.89; 4.67	2.29	2.00; 2.57	1.75	1.00; 2.13
Idade (anos)	<i>Valor p = 0.232</i>		<i>Valor p = 0.220</i>		<i>Valor p = 0.699</i>		<i>Valor p = 0.472</i>		<i>Valor p = 0.120</i>	
30-39	2.98	2.97; 3.53	3.88	3.63; 4.38	3.72	3.44; 4.67	2.50	2.14; 3.00	2.00	1.50; 2.25
40-49	3.38	3.16; 3.53	4.50	4.25; 4.63	3.78	3.56; 4.00	3.00	2.43; 3.29	2.25	1.88; 3.13
50 ou mais	3.09	3.08; 3.33	4.63	4.19; 4.81	4.06	3.50; 4.39	2.43	2.14; 3.00	1.63	1.00; 1.94
Companheiro(a)	<i>Valor p = 0.298</i>		<i>Valor p = 0.096</i>		<i>Valor p = 0.135</i>		<i>Valor p = 0.051</i>		<i>Valor p = 0.023</i>	
Sem	3.5	2.97; 3.78	4.13	3.63; 4.50	3.56	3.33; 4.00	3.29	2.57; 3.57	3.00	2.13; 3.38
Com	3.13	3.03; 3.42	4.56	4.06; 4.69	3.94	3.56; 4.39	2.50	2.14; 3.00	1.81	1.31; 2.19
Etnia	<i>Valor p = 0.185</i>		<i>Valor p = 0.506</i>		<i>Valor p = 0.343</i>		<i>Valor p = 0.263</i>		<i>Valor p = 0.201</i>	
Branco	3.09	2.98; 3.52	4.31	3.69; 4.68	3.89	3.44; 4.39	2.57	2.14; 3.29	1.88	1.44; 2.25
Negro/Pardo	3.34	3.16; 3.53	4.5	4.50; 4.63	3.78	3.33; 4.00	3.00	2.43; 3.29	2.50	1.88; 3.25
Escolaridade mais alta	<i>Valor p = 0.602</i>		<i>Valor p = 0.590</i>		<i>Valor p = 0.699</i>		<i>Valor p = 0.412</i>		<i>Valor p = 0.431</i>	
Graduação sem pós-graduação	3.47	2.88; 3.50	4.38	4.13; 5.00	3.33	3.11; 5.00	2.57	2.43; 3.57	1.50	1.00; 3.00
Especialização	3.16	3.03; 3.42	4.5	3.94; 4.63	3.78	3.44; 4.22	2.57	2.14; 3.00	2.00	1.44; 2.38
Mestrado/Doutorado/Pós-doutorado	3.39	3.03; 3.80	4.06	3.56; 4.63	4	3.61; 4.06	2.93	2.29; 3.64	2.13	1.75; 3.69
Responsabilidade na renda familiar	<i>Valor p = 0.548</i>		<i>Valor p = 0.263</i>		<i>Valor p = 0.129</i>		<i>Valor p = 0.845</i>		<i>Valor p = 0.188</i>	
Divide responsabilidade	3.16	3.09; 3.31	4.38	4.25; 4.63	4.00	3.33; 4.11	2.57	2.43; 3.00	2.00	1.50; 2.13
Participação minoritária	3.00	2.97; 3.47	4.00	3.63; 4.50	3.56	3.33; 3.67	3.00	2.43; 3.29	2.25	1.50; 3.25
Participação majoritária	3.09	3.06; 3.47	4.63	4.13; 4.75	4.00	3.78; 4.78	2.57	2.29; 3.00	1.75	1.00; 1.88
Único(a) responsável	3.52	3.03; 3.72	4.44	3.94; 4.75	3.89	3.39; 4.39	2.64	1.71; 3.43	2.56	1.63; 3.25
Renda familiar (em SM)^a	<i>Valor p = 0.633</i>		<i>Valor p = 0.927</i>		<i>Valor p = 0.896</i>		<i>Valor p = 0.292</i>		<i>Valor p = 0.287</i>	
3-5	3.34	2.97; 3.50	4.5	3.13; 4.63	3.78	3.33; 4.00	2.57	2.43; 3.29	2.13	1.88; 3.00
6-10	3.23	2.97; 3.66	4.38	3.63; 4.63	3.72	3.22; 4.67	2.86	2.43; 3.29	2.06	1.50; 3.13
Mais de 10	3.09	3.03; 3.23	4.38	4.06; 4.63	3.94	3.56; 4.17	2.36	2.14; 2.79	1.56	1.06; 2.19

Atuação no serviço	<i>Valor p = 0.862</i>	<i>Valor p = 0.284</i>	<i>Valor p = 0.126</i>	<i>Valor p = 0.264</i>	<i>Valor p = 0.121</i>
Público	3.09 3.03; 3.66	4.63 4.13; 4.75	4.11 3.78; 4.22	2.29 2.14; 3.29	1.75 1.00; 2.00
Público/Privado	3.31 2.97; 3.50	4.38 3.63; 4.63	3.72 3.33; 4.00	2.64 2.43; 3.29	2.13 1.50; 3.00
Setor de atuação	<i>Valor p = 0.572</i>	<i>Valor p = 0.540</i>	<i>Valor p = 0.667</i>	<i>Valor p = 0.084</i>	<i>Valor p = 0.526</i>
Hemocentro	3.31 2.97; 3.53	4.38 3.63; 4.63	3.78 3.33; 4.11	2.57 2.43; 3.29	2.00 1.50; 3.00
Hemonúcleo/Unidade de coleta	3.11 3.03; 3.34	4.5 4.06; 4.75	3.89 3.56; 4.39	2.29 1.93; 2.86	1.88 1.31; 2.56
Tempo na hemorrede (anos)	<i>Valor p = 0.051</i>	<i>Valor p = 0.432</i>	<i>Valor p = 0.562</i>	<i>Valor p = 0.291</i>	<i>Valor p = 0.161</i>
Até 5	3.02 2.86; 3.33	4.13 3.63; 4.63	3.72 3.56; 4.00	2.43 2.00; 2.79	1.94 1.44; 2.06
5-10	3.53 3.31; 3.78	4.38 3.38; 5.00	4 3.44; 4.67	3.00 2.57; 3.29	2.25 2.00; 3.38
10 ou mais	3.13 3.09; 3.50	4.5 4.25; 4.63	3.83 3.33; 4.11	2.64 2.29; 3.29	1.75 1.25; 3.00
Carga horária semanal na hemorrede (horas)	<i>Valor p = 0.554</i>	<i>Valor p = 0.307</i>	<i>Valor p = 0.498</i>	<i>Valor p = 0.871</i>	<i>Valor p = 0.463</i>
20-29	3.09 3.00; 3.38	4.25 4.00; 4.88	3.67 3.44; 4.11	2.43 2.14; 3.29	2.00 1.00; 2.25
30-39	3.09 2.97; 3.53	4.25 3.38; 4.63	3.89 3.33; 4.22	2.57 2.14; 3.29	2.13 1.50; 3.25
40 ou mais	3.34 3.31; 3.47	4.63 4.38; 4.63	3.78 3.67; 4.67	2.71 2.43; 3.29	1.75 1.50; 2.00
Tempo no cargo (anos)	<i>Valor p = 0.922</i>	<i>Valor p = 0.321</i>	<i>Valor p = 0.949</i>	<i>Valor p = 0.824</i>	<i>Valor p = 0.204</i>
Até 5	3.34 3.03; 3.50	4.5 3.75; 4.63	3.78 3.44; 4.11	2.57 2.14; 3.29	2.13 1.50; 3.00
5-10	3.06 2.97; 3.81	4.13 3.38; 4.38	3.78 3.44; 4.00	2.57 2.43; 3.29	2.00 1.75; 3.13
10 ou mais	3.09 3.09; 3.16	4.63 4.25; 4.75	3.89 3.33; 4.56	2.57 2.29; 3.00	1.50 1.00; 2.13
Número de triagistas na equipe	<i>Valor p = 0.416</i>	<i>Valor p = 0.769</i>	<i>Valor p = 0.636</i>	<i>Valor p = 0.793</i>	<i>Valor p = 0.912</i>
1-2	3.16 3.16; 3.47	4.63 4.50; 4.63	3.67 3.56; 4.22	2.71 2.00; 3.00	2.13 1.50; 2.50
3-5	3.06 2.97; 3.42	4.31 3.44; 4.75	3.72 3.28; 4.39	2.50 2.36; 3.14	2.00 1.13; 2.25
6-10	3.09 3.09; 3.53	4.25 3.63; 4.50	3.67 3.33; 4.00	2.57 2.14; 3.00	2.13 1.38; 3.25
Mais de 10	3.34 3.31; 3.66	4.38 4.13; 4.63	4 3.78; 4.00	3.00 2.43; 3.29	1.88 1.75; 3.00
Tempo médio da triagem (minutos)	<i>Valor p = 0.528</i>	<i>Valor p = 0.562</i>	<i>Valor p = 0.619</i>	<i>Valor p = 0.387</i>	<i>Valor p = 0.371</i>
Até 5	3.06 3.00; 3.22	4.75 3.88; 4.88	3.94 3.78; 4.33	2.36 1.71; 2.79	1.44 1.00; 2.06
6-8	3.23 3.09; 3.52	4.38 3.81; 4.63	3.72 3.39; 4.00	2.64 2.43; 3.29	2.00 1.50; 3.00
9 ou mais	3.38 2.97; 3.78	4.38 3.75; 5.00	4.00 3.11; 4.67	2.57 2.00; 3.29	2.13 1.50; 3.38
Média de bolsas coletadas por mês	<i>Valor p = 0.070</i>	<i>Valor p = 0.554</i>	<i>Valor p = 0.514</i>	<i>Valor p = 0.191</i>	<i>Valor p = 0.292</i>
1-1000	3.42 3.16; 3.53	4.56 4.25; 4.63	3.78 3.56; 4.22	3.00 2.43; 3.29	2.19 1.50; 3.00

1001-2000	3.03	2.97; 3.31	4.38	3.63; 4.63	4.00	3.67; 4.56	2.43	2.14; 2.57	1.75	1.00; 2.00
2001 ou mais	3.22	3.02; 3.67	4.31	3.94; 4.56	3.78	3.33; 4.00	2.79	2.29; 3.29	2.00	1.63; 3.06
Estado	<i>Valor p = 0.874</i>		<i>Valor p = 0.911</i>		<i>Valor p = 0.490</i>		<i>Valor p = 0.502</i>		<i>Valor p = 0.702</i>	
Espírito Santo	3.31	2.97; 3.53	4.50	3.63; 4.63	4.00	3.67; 4.67	2.57	2.14; 3.00	1.88	1.50; 2.00
Minas Gerais	3.13	3.03; 3.50	4.44	3.56; 4.63	3.78	3.39; 4.17	2.57	2.21; 3.29	2.13	1.19; 3.06
Rio de Janeiro	3.50	3.50; 3.50	4.13	4.13; 4.13	3.33	3.33; 3.33	3.57	3.57; 3.57	3.00	3.00; 3.00
São Paulo	3.06	3.00; 3.69	4.13	4.00; 4.75	4.00	3.44; 4.78	2.43	2.14; 3.29	1.75	1.75; 2.00
Cargo	<i>Valor p = 0.507</i>		<i>Valor p = 0.040</i>		<i>Valor p = 0.243</i>		<i>Valor p = 0.517</i>		<i>Valor p = 0.175</i>	
Médico	3.09	3.03; 3.38	4.50	4.13; 4.63	4.00	3.67; 4.22	2.29	2.14; 3.29	1.75	1.13; 2.00
Enfermeiro (RT)	3.53	3.31; 3.66	4.63	4.38; 5.00	3.78	3.33; 4.67	3.00	2.43; 3.00	2.00	1.88; 3.13
Enfermeiro (supervisor)	3.09	2.97; 3.47	3.69	3.13; 4.50	3.67	3.33; 4.00	2.57	2.57; 3.29	2.19	1.50; 3.38
Triagista	3.16	3.16; 3.16	3.38	3.38; 3.38	3.22	3.22; 3.22	3.00	3.00; 3.00	3.00	3.00; 3.00

Tabela 8. Associação entre características sociodemográficas e escala EADRT e seus domínios.

	Escore total		Danos sociais		Danos físicos		Danos psicológicos	
	Mediana	IQR	Mediana	IQR	Mediana	IQR	Mediana	IQR
Sexo	<i>Valor p = 0.163</i>		<i>Valor p = 0.168</i>		<i>Valor p = 0.508</i>		<i>Valor p = 0.397</i>	
Feminino	1.96	1.38; 2.46	2.00	1.58; 1.58	2.00	1.50; 1.50	1.88	1.06; 1.06
Masculino	1.77	1.27; 1.88	1.83	1.50; 1.50	2.00	1.08; 1.08	1.50	1.00; 1.00

Idade (anos)	<i>Valor p = 0.413</i>	<i>Valor p = 0.483</i>	<i>Valor p = 0.361</i>	<i>Valor p = 0.141</i>
30-39	1.75 1.42; 2.38	1.92 1.83; 1.83	1.54 1.50; 1.50	1.81 1.13; 1.13
40-49	2.00 1.81; 2.42	2.00 1.50; 1.50	2.17 1.92; 1.92	1.88 1.25; 1.25
50 ou mais	1.60 1.25; 1.94	1.67 1.50; 1.50	1.88 1.33; 1.33	1.25 1.00; 1.00
Companheiro(a)	<i>Valor p = 0.143</i>	<i>Valor p = 0.147</i>	<i>Valor p = 0.308</i>	<i>Valor p = 0.906</i>
Sem	2.00 1.73; 3.04	2.33 1.83; 1.83	2.00 1.67; 1.67	2.00 1.63; 1.63
Com	1.85 1.29; 2.29	1.83 1.50; 1.50	2.00 1.46; 1.46	1.63 1.00; 1.00
Etnia	<i>Valor p = 0.795</i>	<i>Valor p = 0.905</i>	<i>Valor p = 0.554</i>	<i>Valor p = 0.906</i>
Branco	1.85 1.35; 2.35	1.83 1.58; 1.58	2.00 1.50; 1.50	1.69 1.06; 1.06
Negro/Pardo	1.88 1.38; 2.50	1.83 1.33; 1.33	2.17 1.67; 1.67	1.88 1.00; 1.00
Escolaridade mais alta	<i>Valor p = 0.268</i>	<i>Valor p = 0.534</i>	<i>Valor p = 0.448</i>	<i>Valor p = 0.199</i>
Graduação sem pós-graduação	2.00 1.38; 3.04	2.00 1.00; 1.00	2.00 1.83; 1.83	2.00 1.00; 1.00
Especialização	1.90 1.60; 2.40	1.92 1.67; 1.67	2.08 1.50; 1.50	1.88 1.19; 1.19
Mestrado/Doutorado/Pós-doutorado	1.40 1.25; 1.88	1.67 1.50; 1.50	1.83 1.13; 1.13	1.31 0.69; 0.69
Responsabilidade na renda familiar	<i>Valor p = 0.198</i>	<i>Valor p = 0.074</i>	<i>Valor p = 0.240</i>	<i>Valor p = 0.133</i>
Divide responsabilidade	1.46 1.27; 1.92	1.67 1.50; 1.50	1.50 1.42; 1.42	1.13 1.00; 1.00
Participação minoritária	2.38 1.73; 2.85	2.33 1.83; 1.83	2.17 1.50; 1.50	1.88 1.63; 1.63
Participação majoritária	1.88 1.38; 1.96	1.83 1.50; 1.50	2.00 1.83; 1.83	1.50 1.00; 1.00
Único(a) responsável	2.15 1.58; 2.79	2.00 1.58; 1.58	2.17 1.63; 1.63	2.00 1.50; 1.50
Renda familiar (em SM)^a	<i>Valor p = 0.909</i>	<i>Valor p = 0.958</i>	<i>Valor p = 0.754</i>	<i>Valor p = 0.897</i>
3-5	2.00 1.38; 2.50	2.00 1.33; 1.33	2.00 1.67; 1.67	1.88 1.00; 1.00
6-10	1.75 1.31; 2.54	1.92 1.50; 1.50	1.54 1.50; 1.50	1.81 1.13; 1.13
Mais de 10	1.90 1.52; 2.35	1.83 1.58; 1.58	2.08 1.50; 1.50	1.63 1.13; 1.13
Atuação no serviço	<i>Valor p = 0.523</i>	<i>Valor p = 0.777</i>	<i>Valor p = 0.879</i>	<i>Valor p = 0.256</i>
Público	1.88 1.23; 2.31	1.83 1.50; 1.50	2.00 1.25; 1.25	1.50 1.00; 1.00
Público/Privado	1.88 1.42; 2.38	1.83 1.50; 1.50	1.96 1.50; 1.50	1.88 1.13; 1.13
Setor de atuação	<i>Valor p = 0.136</i>	<i>Valor p = 0.328</i>	<i>Valor p = 0.094</i>	<i>Valor p = 0.204</i>
Hemocentro	1.88 1.42; 2.42	1.83 1.50; 1.50	2.00 1.67; 1.67	1.88 1.13; 1.13
Hemonúcleo/Unidade de coleta	1.53 0.88; 2.13	1.75 1.25; 1.25	1.50 0.79; 0.79	1.31 0.81; 0.81

Tempo na hemorrede (anos)	<i>Valor p = 0.345</i>	<i>Valor p = 0.116</i>	<i>Valor p = 0.559</i>	<i>Valor p = 0.271</i>
Até 5	2.29 1.87; 2.40	2.33 2.00; 2.00	2.25 1.75; 1.75	1.94 1.75; 1.75
5-10	1.77 1.42; 2.85	1.83 1.67; 1.67	1.83 1.50; 1.50	1.75 1.13; 1.13
10 ou mais	1.88 1.27; 1.96	1.67 1.50; 1.50	1.96 1.42; 1.42	1.38 1.00; 1.00
Carga horária semanal na hemorrede (horas)	<i>Valor p = 0.521</i>	<i>Valor p = 0.844</i>	<i>Valor p = 0.371</i>	<i>Valor p = 0.428</i>
20-29	1.23 0.73; 2.42	1.67 1.50; 1.50	1.25 0.50; 0.50	1.00 0.38; 0.38
30-39	1.88 1.42; 2.31	1.83 1.50; 1.50	2.00 1.50; 1.50	1.75 1.25; 1.25
40 ou mais	1.88 1.38; 2.38	1.83 1.50; 1.50	2.00 1.83; 1.83	1.88 1.00; 1.00
Tempo no cargo (anos)	<i>Valor p = 0.039</i>	<i>Valor p = 0.018</i>	<i>Valor p = 0.143</i>	<i>Valor p = 0.039</i>
Até 5	2.27 1.73; 2.50	2.33 1.83; 1.83	2.17 1.67; 1.67	2.00 1.63; 1.63
5-10	1.81 1.27; 2.00	1.83 1.67; 1.67	2.00 1.00; 1.00	1.63 1.13; 1.13
10 ou mais	1.31 1.04; 1.88	1.50 1.00; 1.00	1.75 1.08; 1.08	1.00 0.63; 0.63
Número de triagistas na equipe	<i>Valor p = 0.686</i>	<i>Valor p = 0.337</i>	<i>Valor p = 0.652</i>	<i>Valor p = 0.888</i>
1-2	1.77 1.31; 1.88	1.83 1.50; 1.50	1.58 1.42; 1.42	1.88 1.00; 1.00
3-5	1.88 1.33; 2.21	1.83 1.25; 1.25	2.00 1.29; 1.29	1.63 1.06; 1.06
6-10	1.92 1.81; 2.38	1.83 1.67; 1.67	2.00 1.75; 1.75	1.88 1.63; 1.63
Mais de 10	1.96 1.46; 2.50	2.33 1.83; 1.83	2.00 1.67; 1.67	1.63 1.13; 1.13
Tempo médio da triagem (minutos)	<i>Valor p = 0.321</i>	<i>Valor p = 0.673</i>	<i>Valor p = 0.274</i>	<i>Valor p = 0.371</i>
Até 5	1.33 1.13; 1.96	1.67 1.25; 1.25	1.17 1.04; 1.04	1.38 1.00; 1.00
6-8	1.88 1.38; 2.33	1.83 1.58; 1.58	2.00 1.50; 1.50	1.63 1.06; 1.06
9 ou mais	2.00 1.38; 2.42	2.00 1.33; 1.33	2.00 1.67; 1.67	2.00 1.13; 1.13
Média de bolsas coletadas por mês	<i>Valor p = 0.517</i>	<i>Valor p = 0.370</i>	<i>Valor p = 0.632</i>	<i>Valor p = 0.477</i>
1-1000	1.85 1.31; 2.31	1.75 1.50; 1.50	1.96 1.50; 1.50	1.75 1.13; 1.13
1001-2000	1.46 1.38; 2.27	1.83 1.67; 1.67	1.83 1.08; 1.08	1.50 1.00; 1.00
2001 ou mais	1.98 1.56; 2.52	2.17 1.67; 1.67	2.00 1.71; 1.71	2.00 1.31; 1.31
Estado	<i>Valor p = 0.219</i>	<i>Valor p = 0.164</i>	<i>Valor p = 0.409</i>	<i>Valor p = 0.117</i>
Espírito Santo	2.27 1.46; 2.50	2.67 1.83; 3.00	2.17 1.50; 2.42	1.88 1.13; 2.13
Minas Gerais	1.88 1.38; 2.15	1.83 1.50; 2.00	1.96 1.50; 2.25	1.81 1.00; 2.13

Rio de Janeiro	3.04	3.04; 3.04	3.00	3.00; 3.00	3.08	3.08; 3.08	3.00	3.00; 3.00
São Paulo	1.27	0.73; 1.96	1.67	1.50; 2.33	2.00	0.50; 2.00	0.38	0.00; 1.63
Cargo	<i>Valor p = 0.139</i>		<i>Valor p = 0.222</i>		<i>Valor p = 0.319</i>		<i>Valor p = 0.049</i>	
Médico	1.46	1.27; 2.31	1.83	1.50; 2.33	2.00	1.42; 2.17	1.13	1.00; 1.88
Enfermeiro (RT)	2.27	1.77; 2.53	2.67	1.83; 3.00	2.17	1.58; 2.33	2.00	1.88; 2.50
Enfermeiro (supervisor)	1.88	1.73; 2.00	1.83	1.67; 2.33	1.96	1.75; 2.50	1.81	1.63; 2.25
Triagista	0.65	0.65; 0.65	1.00	1.00; 1.00	0.50	0.50; 0.50	0.63	0.63; 0.63

Tabela 9. Associação entre características sociodemográficas e escala EACT e seus domínios.

	Escore total		Danos sociais		Danos físicos		Danos psicológicos	
	Mediana	IQR	Mediana	IQR	Mediana	IQR	Mediana	IQR
Sexo	<i>Valor p = 0.163</i>		<i>Valor p = 0.168</i>		<i>Valor p = 0.508</i>		<i>Valor p = 0.397</i>	
Feminino	1.96	1.38; 2.46	2.00	1.58; 1.58	2.00	1.50; 1.50	1.88	1.06; 1.06
Masculino	1.77	1.27; 1.88	1.83	1.50; 1.50	2.00	1.08; 1.08	1.50	1.00; 1.00
Idade (anos)	<i>Valor p = 0.413</i>		<i>Valor p = 0.483</i>		<i>Valor p = 0.361</i>		<i>Valor p = 0.141</i>	
30-39	1.75	1.42; 2.38	1.92	1.83; 1.83	1.54	1.50; 1.50	1.81	1.13; 1.13
40-49	2.00	1.81; 2.42	2.00	1.50; 1.50	2.17	1.92; 1.92	1.88	1.25; 1.25
50 ou mais	1.60	1.25; 1.94	1.67	1.50; 1.50	1.88	1.33; 1.33	1.25	1.00; 1.00
Companheiro(a)	<i>Valor p = 0.143</i>		<i>Valor p = 0.147</i>		<i>Valor p = 0.308</i>		<i>Valor p = 0.906</i>	
Sem	2.00	1.73; 3.04	2.33	1.83; 1.83	2.00	1.67; 1.67	2.00	1.63; 1.63
Com	1.85	1.29; 2.29	1.83	1.50; 1.50	2.00	1.46; 1.46	1.63	1.00; 1.00
Etnia	<i>Valor p = 0.795</i>		<i>Valor p = 0.905</i>		<i>Valor p = 0.554</i>		<i>Valor p = 0.906</i>	
Branco	1.85	1.35; 2.35	1.83	1.58; 1.58	2.00	1.50; 1.50	1.69	1.06; 1.06
Negro/Pardo	1.88	1.38; 2.50	1.83	1.33; 1.33	2.17	1.67; 1.67	1.88	1.00; 1.00

Escolaridade mais alta	<i>Valor p = 0.268</i>	<i>Valor p = 0.534</i>	<i>Valor p = 0.448</i>	<i>Valor p = 0.199</i>
Graduação sem pós-graduação	2.00 1.38; 3.04	2.00 1.00; 1.00	2.00 1.83; 1.83	2.00 1.00; 1.00
Especialização	1.90 1.60; 2.40	1.92 1.67; 1.67	2.08 1.50; 1.50	1.88 1.19; 1.19
Mestrado/Doutorado/Pós-doutorado	1.40 1.25; 1.88	1.67 1.50; 1.50	1.83 1.13; 1.13	1.31 0.69; 0.69
Responsabilidade na renda familiar	<i>Valor p = 0.198</i>	<i>Valor p = 0.074</i>	<i>Valor p = 0.240</i>	<i>Valor p = 0.133</i>
Divide responsabilidade	1.46 1.27; 1.92	1.67 1.50; 1.50	1.50 1.42; 1.42	1.13 1.00; 1.00
Participação minoritária	2.38 1.73; 2.85	2.33 1.83; 1.83	2.17 1.50; 1.50	1.88 1.63; 1.63
Participação majoritária	1.88 1.38; 1.96	1.83 1.50; 1.50	2.00 1.83; 1.83	1.50 1.00; 1.00
Único(a) responsável	2.15 1.58; 2.79	2.00 1.58; 1.58	2.17 1.63; 1.63	2.00 1.50; 1.50
Renda familiar (em SM)^a	<i>Valor p = 0.909</i>	<i>Valor p = 0.958</i>	<i>Valor p = 0.754</i>	<i>Valor p = 0.897</i>
3-5	2.00 1.38; 2.50	2.00 1.33; 1.33	2.00 1.67; 1.67	1.88 1.00; 1.00
6-10	1.75 1.31; 2.54	1.92 1.50; 1.50	1.54 1.50; 1.50	1.81 1.13; 1.13
Mais de 10	1.90 1.52; 2.35	1.83 1.58; 1.58	2.08 1.50; 1.50	1.63 1.13; 1.13
Atuação no serviço	<i>Valor p = 0.523</i>	<i>Valor p = 0.777</i>	<i>Valor p = 0.879</i>	<i>Valor p = 0.256</i>
Público	1.88 1.23; 2.31	1.83 1.50; 1.50	2.00 1.25; 1.25	1.50 1.00; 1.00
Público/Privado	1.88 1.42; 2.38	1.83 1.50; 1.50	1.96 1.50; 1.50	1.88 1.13; 1.13
Setor de atuação	<i>Valor p = 0.136</i>	<i>Valor p = 0.328</i>	<i>Valor p = 0.094</i>	<i>Valor p = 0.204</i>
Hemocentro	1.88 1.42; 2.42	1.83 1.50; 1.50	2.00 1.67; 1.67	1.88 1.13; 1.13
Hemonúcleo/Unidade de coleta	1.53 0.88; 2.13	1.75 1.25; 1.25	1.50 0.79; 0.79	1.31 0.81; 0.81
Tempo na hemorrede (anos)	<i>Valor p = 0.345</i>	<i>Valor p = 0.116</i>	<i>Valor p = 0.559</i>	<i>Valor p = 0.271</i>
Até 5	2.29 1.87; 2.40	2.33 2.00; 2.00	2.25 1.75; 1.75	1.94 1.75; 1.75
5-10	1.77 1.42; 2.85	1.83 1.67; 1.67	1.83 1.50; 1.50	1.75 1.13; 1.13
10 ou mais	1.88 1.27; 1.96	1.67 1.50; 1.50	1.96 1.42; 1.42	1.38 1.00; 1.00
Carga horária semanal na hemorrede (horas)	<i>Valor p = 0.521</i>	<i>Valor p = 0.844</i>	<i>Valor p = 0.371</i>	<i>Valor p = 0.428</i>
20-29	1.23 0.73; 2.42	1.67 1.50; 1.50	1.25 0.50; 0.50	1.00 0.38; 0.38
30-39	1.88 1.42; 2.31	1.83 1.50; 1.50	2.00 1.50; 1.50	1.75 1.25; 1.25
40 ou mais	1.88 1.38; 2.38	1.83 1.50; 1.50	2.00 1.83; 1.83	1.88 1.00; 1.00
Tempo no cargo (anos)	<i>Valor p = 0.039</i>	<i>Valor p = 0.018</i>	<i>Valor p = 0.143</i>	<i>Valor p = 0.039</i>

Até 5	2.27	1.73; 2.50	2.33	1.83; 1.83	2.17	1.67; 1.67	2.00	1.63; 1.63
5-10	1.81	1.27; 2.00	1.83	1.67; 1.67	2.00	1.00; 1.00	1.63	1.13; 1.13
10 ou mais	1.31	1.04; 1.88	1.50	1.00; 1.00	1.75	1.08; 1.08	1.00	0.63; 0.63
Número de triagistas na equipe	<i>Valor p = 0.686</i>		<i>Valor p = 0.337</i>		<i>Valor p = 0.652</i>		<i>Valor p = 0.888</i>	
1-2	1.77	1.31; 1.88	1.83	1.50; 1.50	1.58	1.42; 1.42	1.88	1.00; 1.00
3-5	1.88	1.33; 2.21	1.83	1.25; 1.25	2.00	1.29; 1.29	1.63	1.06; 1.06
6-10	1.92	1.81; 2.38	1.83	1.67; 1.67	2.00	1.75; 1.75	1.88	1.63; 1.63
Mais de 10	1.96	1.46; 2.50	2.33	1.83; 1.83	2.00	1.67; 1.67	1.63	1.13; 1.13
Tempo médio da triagem (minutos)	<i>Valor p = 0.321</i>		<i>Valor p = 0.673</i>		<i>Valor p = 0.274</i>		<i>Valor p = 0.371</i>	
Até 5	1.33	1.13; 1.96	1.67	1.25; 1.25	1.17	1.04; 1.04	1.38	1.00; 1.00
6-8	1.88	1.38; 2.33	1.83	1.58; 1.58	2.00	1.50; 1.50	1.63	1.06; 1.06
9 ou mais	2.00	1.38; 2.42	2.00	1.33; 1.33	2.00	1.67; 1.67	2.00	1.13; 1.13
Média de bolsas coletadas por mês	<i>Valor p = 0.517</i>		<i>Valor p = 0.370</i>		<i>Valor p = 0.632</i>		<i>Valor p = 0.477</i>	
1-1000	1.85	1.31; 2.31	1.75	1.50; 1.50	1.96	1.50; 1.50	1.75	1.13; 1.13
1001-2000	1.46	1.38; 2.27	1.83	1.67; 1.67	1.83	1.08; 1.08	1.50	1.00; 1.00
2001 ou mais	1.98	1.56; 2.52	2.17	1.67; 1.67	2.00	1.71; 1.71	2.00	1.31; 1.31
Estado	<i>Valor p = 0.219</i>		<i>Valor p = 0.164</i>		<i>Valor p = 0.409</i>		<i>Valor p = 0.117</i>	
Espírito Santo	2.27	1.46; 2.50	2.67	1.83; 3.00	2.17	1.50; 2.42	1.88	1.13; 2.13
Minas Gerais	1.88	1.38; 2.15	1.83	1.50; 2.00	1.96	1.50; 2.25	1.81	1.00; 2.13
Rio de Janeiro	3.04	3.04; 3.04	3.00	3.00; 3.00	3.08	3.08; 3.08	3.00	3.00; 3.00
São Paulo	1.27	0.73; 1.96	1.67	1.50; 2.33	2.00	0.50; 2.00	0.38	0.00; 1.63
Cargo	<i>Valor p = 0.139</i>		<i>Valor p = 0.222</i>		<i>Valor p = 0.319</i>		<i>Valor p = 0.049</i>	
Médico	1.46	1.27; 2.31	1.83	1.50; 2.33	2.00	1.42; 2.17	1.13	1.00; 1.88
Enfermeiro (RT)	2.27	1.77; 2.53	2.67	1.83; 3.00	2.17	1.58; 2.33	2.00	1.88; 2.50
Enfermeiro (supervisor)	1.88	1.73; 2.00	1.83	1.67; 2.33	1.96	1.75; 2.50	1.81	1.63; 2.25
Triagista	0.65	0.65; 0.65	1.00	1.00; 1.00	0.50	0.50; 0.50	0.63	0.63; 0.63

Tabela 10. Associação entre características sociodemográficas e escala ECHT e seus domínios.

	Escore total		Custo cognitivo		Custo afetivo		Custo físico	
	Mediana	IQR	Mediana	IQR	Mediana	IQR	Mediana	IQR
Sexo	<i>Valor p = 0.463</i>		<i>Valor p = 0.492</i>		<i>Valor p = 0.794</i>		<i>Valor p = 0.601</i>	
Feminino	2.86	2.56; 3.42	3.20	2.90; 3.65	2.64	2.14; 3.14	3.00	1.63; 3.25
Masculino	2.76	2.68; 2.80	3.10	2.80; 3.30	2.64	2.36; 2.82	2.50	1.50; 3.50
Idade (anos)	<i>Valor p = 0.011</i>		<i>Valor p = 0.048</i>		<i>Valor p = 0.267</i>		<i>Valor p = 0.046</i>	
30-39	2.80	2.36; 3.52	3.30	2.90; 3.40	2.59	2.18; 3.00	2.63	1.50; 4.00
40-49	3.00	2.76; 3.32	3.30	3.00; 3.70	2.64	2.36; 3.27	3.25	3.00; 3.25
50 ou mais	2.56	2.20; 2.72	2.90	2.50; 3.10	2.32	1.86; 2.77	1.50	1.13; 2.88
Companheiro(a)	<i>Valor p = 0.015</i>		<i>Valor p = 0.021</i>		<i>Valor p = 0.017</i>		<i>Valor p = 0.225</i>	
Sem	3.52	2.84; 3.88	3.50	3.10; 4.40	3.00	2.82; 3.64	3.25	1.75; 4.00
Com	2.74	2.42; 2.98	3.05	2.80; 3.30	2.36	2.05; 2.91	2.75	1.50; 3.25
Etnia	<i>Valor p = 0.113</i>		<i>Valor p = 0.162</i>		<i>Valor p = 0.492</i>		<i>Valor p = 0.175</i>	
Branco	2.76	2.42; 3.02	3.10	2.85; 3.30	2.64	2.05; 3.00	2.75	1.50; 3.25
Negro/Pardo	2.96	2.72; 3.64	3.60	2.90; 4.40	2.45	2.36; 3.36	3.25	2.00; 3.50
Escolaridade mais alta	<i>Valor p = 0.193</i>		<i>Valor p = 0.214</i>		<i>Valor p = 0.123</i>		<i>Valor p = 0.939</i>	
Graduação sem pós-graduação	2.72	2.64; 2.72	3.30	3.10; 4.20	1.91	1.27; 2.82	3.00	1.00; 3.50
Especialização	2.76	2.42; 3.00	3.00	2.80; 3.30	2.41	2.18; 2.91	2.75	1.63; 3.25
Mestrado/Doutorado/Pós-doutorado	3.14	2.74; 3.76	3.30	3.05; 4.30	3.00	2.73; 3.14	3.63	1.50; 4.00
Responsabilidade na renda familiar	<i>Valor p = 0.121</i>		<i>Valor p = 0.281</i>		<i>Valor p = 0.099</i>		<i>Valor p = 0.902</i>	
Divide responsabilidade	2.48	2.16; 2.96	2.90	2.30; 3.30	2.18	1.91; 2.36	2.75	1.50; 3.25
Participação minoritária	3.00	2.84; 3.64	3.30	2.90; 4.20	2.82	2.45; 3.36	2.75	1.50; 3.50
Participação majoritária	2.72	2.72; 2.80	3.10	2.80; 3.40	2.64	2.18; 2.82	3.00	1.50; 3.50
Único(a) responsável	2.88	2.70; 3.70	3.20	3.00; 3.95	2.91	2.50; 3.45	2.75	1.75; 3.63
Renda familiar (em SM)^a	<i>Valor p = 0.496</i>		<i>Valor p = 0.051</i>		<i>Valor p = 0.662</i>		<i>Valor p = 0.475</i>	

3-5	2.96	2.72; 3.24	3.40	3.10; 4.20	2.82	2.18; 3.00	3.00	3.00; 4.00
6-10	2.80	2.36; 3.52	3.30	2.90; 3.50	2.59	2.18; 3.64	2.63	1.75; 3.25
Mais de 10	2.74	2.36; 2.94	2.95	2.75; 3.10	2.64	2.05; 2.86	2.75	1.38; 3.25
Atuação no serviço	<i>Valor p = 0.862</i>		<i>Valor p = 0.965</i>		<i>Valor p = 0.383</i>		<i>Valor p = 0.539</i>	
Público	2.76	2.68; 3.52	3.10	3.00; 3.50	2.73	2.64; 3.00	2.50	1.50; 3.25
Público/Privado	2.80	2.64; 3.04	3.20	2.90; 3.40	2.41	2.18; 3.00	3.00	1.75; 3.25
Setor de atuação	<i>Valor p = 0.982</i>		<i>Valor p = 0.587</i>		<i>Valor p = 0.821</i>		<i>Valor p = 0.427</i>	
Hemocentro	2.80	2.64; 3.04	3.10	2.80; 3.40	2.64	2.18; 3.00	3.00	1.50; 3.50
Hemonúcleo/Unidade de coleta	2.76	2.46; 3.42	3.25	3.00; 3.60	2.64	2.18; 3.23	2.50	1.75; 3.00
Tempo na hemorrede (anos)	<i>Valor p = 0.598</i>		<i>Valor p = 0.882</i>		<i>Valor p = 0.661</i>		<i>Valor p = 0.968</i>	
Até 5	2.90	2.74; 3.00	3.20	3.00; 3.45	2.64	2.27; 2.91	3.00	2.13; 3.25
5-10	2.88	2.72; 3.24	3.30	2.90; 3.40	2.82	2.36; 3.36	2.75	1.50; 3.25
10 ou mais	2.72	2.48; 3.32	3.10	2.80; 3.50	2.55	1.91; 3.00	2.88	1.50; 3.50
Carga horária semanal na hemorrede (horas)	<i>Valor p = 0.783</i>		<i>Valor p = 0.903</i>		<i>Valor p = 0.183</i>		<i>Valor p = 0.861</i>	
20-29	3.00	1.76; 3.64	3.30	2.30; 4.20	2.64	1.45; 3.00	3.25	1.25; 4.00
30-39	2.76	2.68; 3.24	3.10	2.90; 3.30	2.82	2.36; 3.27	2.75	1.50; 3.50
40 ou mais	2.72	2.36; 2.96	3.10	2.90; 3.60	2.18	2.09; 2.45	3.00	1.50; 3.25
Tempo no cargo (anos)	<i>Valor p = 0.406</i>		<i>Valor p = 0.173</i>		<i>Valor p = 0.613</i>		<i>Valor p = 0.357</i>	
Até 5	2.84	2.72; 3.00	3.30	3.00; 3.60	2.64	2.18; 3.00	2.75	1.50; 3.25
5-10	3.04	2.68; 3.52	3.30	3.00; 3.50	2.82	2.36; 3.00	3.25	1.50; 4.00
10 ou mais	2.72	2.24; 2.80	2.80	2.70; 3.10	2.36	1.91; 3.00	2.75	1.50; 3.25
Número de triagistas na equipe	<i>Valor p = 0.544</i>		<i>Valor p = 0.089</i>		<i>Valor p = 0.737</i>		<i>Valor p = 0.277</i>	
1-2	2.76	2.76; 3.32	3.30	3.00; 3.70	2.45	2.36; 2.64	2.50	2.50; 2.75
3-5	2.88	2.72; 3.38	3.30	2.90; 3.80	2.68	2.18; 3.00	3.13	2.88; 3.75
6-10	2.48	2.16; 2.88	2.80	2.70; 2.90	2.09	1.91; 3.00	1.50	1.25; 3.25
Mais de 10	2.8	2.68; 2.96	3.20	3.10; 3.50	2.82	2.36; 3.00	1.75	1.50; 3.25
Tempo médio da triagem (minutos)	<i>Valor p = 0.382</i>		<i>Valor p = 0.401</i>		<i>Valor p = 0.267</i>		<i>Valor p = 0.685</i>	
Até 5	2.48	2.00; 2.98	3.05	2.65; 3.25	2.09	1.73; 2.50	2.25	1.13; 3.63
6-8	2.82	2.56; 3.18	3.05	2.80; 3.55	2.77	2.27; 3.00	2.88	1.50; 3.25

9 ou mais	2.76	2.72; 3.52	3.30	3.00; 4.20	2.64	2.36; 3.27	3.00	2.50; 3.50
Média de bolsas coletadas por mês	<i>Valor p = 0.979</i>		<i>Valor p = 0.656</i>		<i>Valor p = 0.718</i>		<i>Valor p = 0.930</i>	
1-1000	2.82	2.72; 3.04	3.00	2.80; 3.30	2.55	2.36; 3.00	2.63	2.00; 3.25
1001-2000	2.76	2.36; 3.24	3.30	2.90; 3.60	2.36	2.09; 2.82	3.00	1.50; 3.00
2001 ou mais	2.76	2.66; 3.26	3.15	3.05; 3.40	2.82	2.05; 3.14	3.13	1.50; 3.38
Estado	<i>Valor p = 0.333</i>		<i>Valor p = 0.515</i>		<i>Valor p = 0.643</i>		<i>Valor p = 0.062</i>	
Espírito Santo	2.72	2.16; 2.88	2.90	2.70; 3.30	2.36	2.18; 2.82	1.50	1.50; 3.00
Minas Gerais	2.88	2.72; 3.42	3.30	2.90; 3.60	2.64	1.95; 3.14	3.13	2.63; 3.50
Rio de Janeiro	2.64	2.64; 2.64	3.10	3.10; 3.10	2.82	2.82; 2.82	1.00	1.00; 1.00
São Paulo	2.80	2.68; 3.64	3.20	3.10; 4.20	3.00	2.64; 3.00	1.50	1.50; 4.00
Cargo	<i>Valor p = 0.162</i>		<i>Valor p = 0.320</i>		<i>Valor p = 0.425</i>		<i>Valor p = 0.101</i>	
Médico	2.68	2.24; 2.80	3.00	2.70; 3.20	2.64	2.09; 2.82	1.50	1.25; 3.00
Enfermeiro (RT)	2.76	2.72; 2.96	3.30	2.90; 3.50	2.37	2.19; 3.37	3.00	1.50; 3.25
Enfermeiro (supervisor)	3.02	2.72; 3.52	3.30	3.00; 4.20	2.82	2.37; 3.00	3.25	3.00; 3.50
Triagista	3.32	3.32; 3.32	3.70	3.70; 3.70	3.46	3.46; 3.46	2.00	2.00; 2.00

ANEXO A

Inventário sobre trabalho e riscos de adoecimento

Escala de Indicador de Prazer e Sofrimento

Avaliando o trabalho da sua equipe de triagistas, marque o número de vezes em que ocorreram vivências positivas e negativas:

0 Nenhuma vez	1 Uma vez	2 Duas vezes	3 Três vezes	4 Quatro vezes	5 Cinco Vezez	6 Seis vezes ou mais	
Liberdade com você, enquanto chefia, para o triador negociar o que precisa	0	1	2	3	4	5	6
Liberdade para o triagista falar sobre o seu trabalho com os colegas	0	1	2	3	4	5	6
Solidariedade entre os colegas	0	1	2	3	4	5	6
Confiança entre os colegas	0	1	2	3	4	5	6
O triagista tem liberdade para expressar suas opiniões no local para o trabalho	0	1	2	3	4	5	6
Liberdade para usar a criatividade	0	1	2	3	4	5	6
Liberdade para que o triagista fale sobre o trabalho dele com as chefias	0	1	2	3	4	5	6
Cooperação entre os colegas	0	1	2	3	4	5	6
Satisfação	0	1	2	3	4	5	6
Motivação	0	1	2	3	4	5	6
Orgulho pelo que fazem	0	1	2	3	4	5	6
Bem-estar	0	1	2	3	4	5	6
Realização profissional	0	1	2	3	4	5	6
Valorização	0	1	2	3	4	5	6
Reconhecimento	0	1	2	3	4	5	6
Identificação com as tarefas	0	1	2	3	4	5	6
Gratificação pessoal com as atividades	0	1	2	3	4	5	6
Esgotamento emocional	0	1	2	3	4	5	6
Estresse	0	1	2	3	4	5	6
Insatisfação	0	1	2	3	4	5	6
Sobrecarga	0	1	2	3	4	5	6
Frustração	0	1	2	3	4	5	6
Insegurança	0	1	2	3	4	5	6
Medo	0	1	2	3	4	5	6
Falta de reconhecimento pelo esforço executado	0	1	2	3	4	5	6
Falta de reconhecimento pelo desempenho realizado	0	1	2	3	4	5	6
Desvalorização	0	1	2	3	4	5	6
Indignação	0	1	2	3	4	5	6
Inutilidade	0	1	2	3	4	5	6
Desqualificação	0	1	2	3	4	5	6
Injustiça	0	1	2	3	4	5	6
Discriminação	0	1	2	3	4	5	6

Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho

Os itens à seguir tratam dos tipos de problemas físicos, psicológicos e sociais, que você avalia como causados pelo trabalho dos triagistas. Marque o número que melhor corresponde à frequência com a qual a sua equipe de triadores tem apresentado nos últimos 06 meses:

0	1	2	3	4	5	6	
Nenhuma vez	Uma vez	Duas vezes	Três vezes	Quatro vezes	Cinco vezes	Seis vezes ou mais	
Dores no corpo	0	1	2	3	4	5	6
Dores nos braços	0	1	2	3	4	5	6
Dores de cabeça	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios respiratórios	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios digestivos	0	1	2	3	4	5	6
Dores nas costas	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios auditivos	0	1	2	3	4	5	6
Alterações do apetite	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios na visão	0	1	2	3	4	5	6
Alterações no sono	0	1	2	3	4	5	6
Dores nas pernas	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios circulatórios	0	1	2	3	4	5	6
Insensibilidade em relação aos colegas	0	1	2	3	4	5	6
Dificuldades nas relações fora o trabalho	0	1	2	3	4	5	6
Vontade de ficar sozinho	0	1	2	3	4	5	6
Conflitos nas relações familiares	0	1	2	3	4	5	6
Agressividade com os outros	0	1	2	3	4	5	6
Dificuldades com os amigos	0	1	2	3	4	5	6
Impaciência com as pessoas em geral	0	1	2	3	4	5	6
Amargura	0	1	2	3	4	5	6
Sensação de vazio	0	1	2	3	4	5	6
Sentimento de desamparo	0	1	2	3	4	5	6
Mal humor	0	1	2	3	4	5	6
Vontade de desistir de tudo	0	1	2	3	4	5	6
Tristeza	0	1	2	3	4	5	6
Irritação com tudo	0	1	2	3	4	5	6
Sensação de abandono	0	1	2	3	4	5	6
Dúvida sobre a capacidade de fazer as tarefas	0	1	2	3	4	5	6
Solidão	0	1	2	3	4	5	6

Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho

Leia os itens abaixo e escolha a alternativa que melhor corresponde à avaliação que você faz do contexto de trabalho dos triagistas:

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre		
O ritmo de trabalho é excessivo	0	1	2	3	4	5
As tarefas são cumpridas com pressão de prazos	0	1	2	3	4	5
Existe forte cobrança por resultados	0	1	2	3	4	5
As normas para a execução das tarefas são rígidas	0	1	2	3	4	5
Existe fiscalização de desempenho	0	1	2	3	4	5
O número de pessoas é insuficiente para realizar as tarefas	0	1	2	3	4	5
Os resultados esperados estão fora da realidade	0	1	2	3	4	5
Existe divisão entre quem planeja e quem executa	0	1	2	3	4	5
As tarefas são repetitivas	0	1	2	3	4	5
Falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho	0	1	2	3	4	5
As tarefas executadas sofrem descontinuidade	0	1	2	3	4	5
As tarefas não são claramente definidas	0	1	2	3	4	5
A autonomia é inexistente	0	1	2	3	4	5
A distribuição das tarefas é injusta	0	1	2	3	4	5
Os funcionários são excluídos das decisões	0	1	2	3	4	5
Existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados	0	1	2	3	4	5
Existem disputas profissionais no local de trabalho	0	1	2	3	4	5
Falta integração no ambiente de trabalho	0	1	2	3	4	5
A comunicação entre os funcionários é insatisfatória	0	1	2	3	4	5
Falta apoio das chefias para o desenvolvimento profissional dos triagistas	0	1	2	3	4	5
As informações que precisam para executar as suas tarefas são de difícil acesso	0	1	2	3	4	5
As condições de trabalho são precárias	0	1	2	3	4	5
O ambiente físico é desconfortável	0	1	2	3	4	5
Existe muito barulho no ambiente de trabalho	0	1	2	3	4	5
O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado	0	1	2	3	4	5
Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas	0	1	2	3	4	5
O posto/estação de trabalho é inadequado para a realização das tarefas	0	1	2	3	4	5
Os equipamentos necessários para a realização das tarefas são precários	0	1	2	3	4	5
O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado	0	1	2	3	4	5
As condições de trabalho oferecem risco à segurança das pessoas	0	1	2	3	4	5
O material de consumo é insuficiente	0	1	2	3	4	5

Escala de Custo Humano do Trabalho

Agora escolha a alternativa que melhor corresponde à avaliação que você faz das exigências decorrentes do trabalho do triagista:

1 Nada exigido	2 Pouco exigido	3 Maios ou menos exigido	4 Bastante exigido	5 Totalmente exigido				
Ter controle das emoções	0	1	2	3	4	5		
Ter que lidar com ordens contraditórias	0	1	2	3	4	5		
Ter custos emocional	0	1	2	3	4	5		
Ser obrigado à lidar com a agressividade dos outros	0	1	2	3	4	5		
Disfarçar os sentimentos	0	1	2	3	4	5		
Ser obrigado à elogiar as pessoas	0	1	2	3	4	5		
Ser obrigado à ter bom humor	0	1	2	3	4	5		
Ser obrigado à cuidar da aparência física	0	1	2	3	4	5		
Ser bonzinho com os outros	0	1	2	3	4	5		
Transgredir valores éticos	0	1	2	3	4	5		
Ser submetido à constrangimentos	0	1	2	3	4	5		
Ser obrigado à sorrir	0	1	2	3	4	5		
Desenvolver macetes	0	1	2	3	4	5		
Ter que resolver problemas	0	1	2	3	4	5		
Ser obrigado à lidar com imprevistos	0	1	2	3	4	5		
Fazer previsão de acontecimentos	0	1	2	3	4	5		
Usar a visão de forma contínua	0	1	2	3	4	5		
Usar a memória	0	1	2	3	4	5		
Ter desafios intelectuais	0	1	2	3	4	5		
Fazer esforço mental	0	1	2	3	4	5		
Ter concentração mental	0	1	2	3	4	5		
Usar a criatividade	0	1	2	3	4	5		
Usar a força física	0	1	2	3	4	5		
Usar os braços de forma contínua	0	1	2	3	4	5		
Ficar na posição curvada	0	1	2	3	4	5		
Caminhar	0	1	2	3	4	5		
Ser obrigado à ficar em pé	0	1	2	3	4	5		
Ter que manusear objetos pesados	0	1	2	3	4	5		
Fazer esforço físico	0	1	2	3	4	5		
Usar as pernas de forma contínua	0	1	2	3	4	5		
Usar as mãos de forma repetida	0	1	2	3	4	5		
Subir e descer escadas	0	1	2	3	4	5		

ANEXO B

Reporting of Observational Studies in Epidemiology denominada de “Declaração de STROBE

Tabela. Itens essenciais que devem ser descritos em estudos observacionais, segundo a declaração Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE). 2007.

Item	Nº	Recomendação
Título e Resumo	1	Indique o desenho do estudo no título ou no resumo, com termo comumente utilizado Disponibilize no resumo um sumário informativo e equilibrado do que foi feito e do que foi encontrado
Introdução		
Contexto/Justificativa	2	Detalhe o referencial teórico e as razões para executar a pesquisa.
Objetivos	3	Descreva os objetivos específicos, incluindo quaisquer hipóteses pré-existentes.
Métodos		
Desenho do estudo	4	Apresente, no início do artigo, os elementos-chave relativos ao desenho do estudo.
Contexto (<i>setting</i>)	5	Descreva o contexto, locais e datas relevantes, incluindo os períodos de recrutamento, exposição, acompanhamento (follow-up) e coleta de dados.
Participantes	6	Estudos de Coorte: Apresente os critérios de elegibilidade, fontes e métodos de seleção dos participantes. Descreva os métodos de acompanhamento. Estudos de Caso-Controlle: Apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e o critério-diagnóstico para identificação dos casos e os métodos de seleção dos controles. Descreva a justificativa para a eleição dos casos e controles Estudo Seccional: Apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e os métodos de seleção dos participantes. Estudos de Coorte: Para os estudos pareados, apresente os critérios de pareamento e o número de expostos e não expostos. Estudos de Caso-Controlle: Para os estudos pareados, apresente os critérios de pareamento e o número de controles para cada caso.
Variáveis	7	Defina claramente todos os desfechos, exposições, preditores, confundidores em potencial e modificadores de efeito. Quando necessário, apresente os critérios diagnósticos.
Fontes de dados/ Mensuração	8 ^a	Para cada variável de interesse, forneça a fonte dos dados e os detalhes dos métodos utilizados na avaliação (mensuração). Quando existir mais de um grupo, descreva a comparabilidade dos métodos de avaliação.
Viés	9	Especifique todas as medidas adotadas para evitar potenciais fontes de vies.
Tamanho do estudo	10	Explique como se determinou o tamanho amostral.
Variáveis quantitativas	11	Explique como foram tratadas as variáveis quantitativas na análise. Se aplicável, descreva as categorizações que foram adotadas e porque.
Métodos estatísticos	12	Descreva todos os métodos estatísticos, incluindo aqueles usados para controle de confundimento. Descreva todos os métodos utilizados para examinar subgrupos e interações. Explique como foram tratados os dados faltantes ("missing data") Estudos de Coorte: Se aplicável, explique como as perdas de acompanhamento foram tratadas. Estudos de Caso-Controlle: Se aplicável, explique como o pareamento dos casos e controles foi tratado. Estudos Seccionais: Se aplicável, descreva os métodos utilizados para considerar a estratégia de amostragem. Descreva qualquer análise de sensibilidade.

Participantes	13 ^a	Descreva o número de participantes em cada etapa do estudo (ex: número de participantes potencialmente elegíveis, examinados de acordo com critérios de elegibilidade, elegíveis de fato, incluídos no estudo, que terminaram o acompanhamento e efetivamente analisados) Descreva as razões para as perdas em cada etapa. Avalie a pertinência de apresentar um diagrama de fluxo
Dados descritivos	14 ^a	Descreva as características dos participantes (ex: demográficas, clínicas e sociais) e as informações sobre exposições e confundidores em potencial. Indique o número de participantes com dados faltantes para cada variável de interesse. Estudos de Coorte: Apresente o período de acompanhamento (ex: média e tempo total)
Desfecho	15 ^a	Estudos de Coorte: Descreva o número de eventos-desfecho ou as medidas-resumo ao longo do tempo Estudos de Caso-Controle: Descreva o número de indivíduos em cada categoria de exposição ou apresente medidas-resumo de exposição. Estudos Seccionais: Descreva o número de eventos-desfecho ou apresente as medidas-resumo.
Resultados principais	16	Descreva as estimativas não ajustadas e, se aplicável, as estimativas ajustadas por variáveis confundidoras, assim como sua precisão (ex: intervalos de confiança). Deixe claro quais foram os confundidores utilizados no ajuste e porque foram incluídos. Quando variáveis contínuas forem categorizadas, informe os pontos de corte utilizados. Se pertinente, considere transformar as estimativas de risco relativo em termos de risco absoluto, para um período de tempo relevante.
Outras análises	17	Descreva outras análises que tenham sido realizadas. Ex: análises de subgrupos, interação, sensibilidade.
Discussão		
Resultados principais	18	Resuma os principais achados relacionando-os aos objetivos do estudo.
Limitações	19	Apresente as limitações do estudo, levando em consideração fontes potenciais de viés ou imprecisão. Discuta a magnitude e direção de vieses em potencial.
Interpretação	20	Apresente uma interpretação cautelosa dos resultados, considerando os objetivos, as limitações, a multiplicidade das análises, os resultados de estudos semelhantes e outras evidências relevantes.
Generalização	21	Discuta a generalização (validade externa) dos resultados.
Outras Informações		
Financiamento	22	Especifique a fonte de financiamento do estudo e o papel dos financiadores. Se aplicável, apresente tais informações para o estudo original no qual o artigo é baseado.