

LUCIANA DE FRANÇA CAVALCANTI

**ANÁLISE ERGONÔMICA DO SISTEMA DE ATENDIMENTO DO
NÚCLEO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ESTUDANTE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**

Recife, PE

2016

LUCIANA DE FRANÇA CAVALCANTI

**ANÁLISE ERGONÔMICA DO SISTEMA DE ATENDIMENTO DO
NÚCLEO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ESTUDANTE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Ergonomia, do Programa de Pós-graduação em Ergonomia, da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ergonomia.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Márcio Soares

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Lia Buarque de Macedo Guimarães

Recife, PE

2016

Catálogo na fonte
Bibliotecário Jonas Lucas Vieira, CRB4-1204

C376a Cavalcanti, Luciana de França
Análise ergonômica do sistema de atendimento do Núcleo de Atenção à Saúde do Estudante da Universidade Federal de Pernambuco / Luciana de França Cavalcanti. – Recife, 2016.
91 f.: il., fig.

Orientador: Marcelo Márcio Soares.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Artes e Comunicação. Design, 2017.

Inclui referências e apêndices.

1. Universidade federal. 2. Assistência estudantil. 3. Servidor público. 4. Serviço de saúde. 5. Macroergonomia. I. Soares, Marcelo Márcio (Orientador). II. Título.

745.2 CDD (22. ed.) UFPE (CAC 2017-85)

LUCIANA DE FRANÇA CAVALCANTI

**ANÁLISE ERGONÔMICA DO SISTEMA DE ATENDIMENTO DO
NÚCLEO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ESTUDANTE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Ergonomia, do Programa de Pós-graduação em Ergonomia, da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ergonomia.

Aprovada em 18/11/2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcelo Márcio Soares (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^ª. Dr^ª. Lia Buarque de Macedo Guimarães (Titular Externo)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Edgard Thomas Martins (Titular Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este trabalho aos meus pais, irmãos, filhos e esposo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os servidores do NASE que tanto me apoiaram nesta caminhada.

Agradeço à Professora Dra. Lia Guimarães por toda sua excelência em suas orientações, minha eterna admiração e respeito por esta profissional visionária, humana e inspiradora.

Agradeço ao Professor Dr. Marcelo Soares por toda deferência durante a orientação e por todas as suas aulas durante o curso sendo o precursor em revelar para mim o fascinante, e tão presente em nossas vidas, mundo da Ergonomia.

Ao Professor Dr. Edgard pelos ensinamentos, aconselhamentos e acolhida.

Agradeço à equipe de Coordenação do Programa de Pós Graduação em Ergonomia da UFPE.

Agradeço aos meus amigos da minha turma de mestrado.

Aos estudantes da UFPE por tudo o que representam para a nossa instituição, o meu respeito por sua luta diária em busca de conhecimentos e consequente formação profissional; meus votos de um futuro brilhante para si e para a sociedade.

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”

(Arthur Schopenhauer, 1841)

RESUMO

O estudo faz uso da macroergonomia com o propósito de avaliar o funcionamento do Núcleo de Atenção à Saúde do Estudante (NASE) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e propor recomendações para melhoria. Entrevistas individuais semi-estruturadas e questionários evidenciaram que os itens de demanda ergonômica mais impactantes no desenvolvimento das atividades dos trabalhadores são as relações pessoais no trabalho, a fila de espera de pacientes na psicologia e psiquiatria e a falta de segurança na área externa. Pelo NASA-TLX adaptado, a carga de trabalho percebida pelos trabalhadores é alta, principalmente a demanda mental, a performance e o esforço. As recomendações propostas para otimizar o trabalho são o fortalecimento de fluxo de encaminhamento dos pacientes para a rede de saúde interna e externa ao NASE e discussões mais frequentes sobre os processos de trabalho entre equipe de saúde e gestão e realizar ações voltadas para prevenção, promoção em saúde e qualidade de vida do estudante durante seu ciclo de formação universitária na UFPE.

Palavras-chave: Universidade Federal. Assistência estudantil. Servidor Público. Serviço de saúde. Macroergonomia.

ABSTRACT

The study uses macroergonomics to evaluate the functioning of the Student Health Care Center (NASE) of the Federal University of Pernambuco and propose recommendations for improvement. Semi-structured individual interviews and questionnaires showed that the most striking items of ergonomic demand in the development of workers' activities are personal relationships at work, patient waiting lists in psychology and psychiatry, and lack of safety in the external area. By NASA-TLX tailored, the workload perceived by employees is high, especially the mental demand, performance and effort. The recommendations proposed to optimize the work are the strengthening of patients' referral flow to the internal and external health network at NASE and more frequent discussions about the work processes between the health and management team and to carry out actions aimed at prevention, promotion in Health and quality of life of the student during his / her university training cycle at UFPE.

Key words: Federal University. Student assistance. Public official. Health Service.
Macroergonomics.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Componentes IDEs categorizados em construtos.....	55
Quadro 2 -	Perfil Sociodemográfico.....	57
Gráfico 1 -	Carga de trabalho total.....	68
Gráfico 2 -	Carga de trabalho total por fator de influência.....	69
Gráfico 3 -	Carga de trabalho por trabalhador – percentual de influência dos fatores.....	70
Gráfico 4 -	Carga total para os profissionais de saúde.....	71
Gráfico 5 -	Comparativo dos fatores da carga de trabalho (profissionais de saúde).....	71
Gráfico 6 -	Carga de trabalho por trabalhador (percentual de influência dos fatores por profissional de saúde).....	72
Gráfico 7 -	Carga de trabalho total por fator de influência (profissionais de saúde).....	73
Gráfico 8 -	Carga total para os trabalhadores da gestão/administração.....	74
Gráfico 9 -	Comparativo dos fatores da carga de trabalho.....	75
Gráfico 10 -	Carga de trabalho por trabalhador (percentual de influência dos fatores no grupo gestão/administrativo).....	75
Gráfico 11 -	Carga de trabalho total por fator de influência.....	76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Diferenças entre o trabalho prescrito e real.....	43
Tabela 2 -	Tarefas realizadas.....	44
Tabela 3 -	Fatores que representam a carga de trabalho e suas definições, de acordo com o NASA-TLX.....	48
Tabela 4 -	Média, desvio padrão e intervalo de confiança do escore de impacto/importância dos IDEs avaliados na pesquisa.....	58
Tabela 5 -	Análise descritiva do escore do grau de impacto/importância segundo os domínios avaliados.....	60
Tabela 6 -	Média e desvio padrão do escore do grau de impacto/importância dos IDEs segundo os domínios avaliados e os fatores de perfil pessoal..	61
Tabela 7 -	Média e desvio padrão do escore do grau de impacto/importância dos IDEs segundo os domínios avaliados e os fatores de perfil profissional.....	63
Tabela 8 -	Análise de correlação entre a idade, carga horária de trabalho, tempo de serviço no NASE e o tempo de exercício na profissão com o escore do grau de impacto/importância em cada domínio avaliado.....	66

LISTA DE SIGLAS

PNAES	Programa Nacional de Assistência Estudantil
NAE	Núcleo de Apoio ao Estudante
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
NAS	Núcleo de Apoio à Saúde
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
DISAU	Divisão de Saúde
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
NASE	Núcleo de Atenção à Saúde do Estudante
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
RUF	Ranking Universitário da Folha de São Paulo
PROAES	Pró-Reitoria para Assuntos Estudantis
IEA	Associação Internacional de Ergonomia
ABERGO	Associação Brasileira de Ergonomia
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
DEE	Departamento de Expediente Escolar
DAE	Departamento de Assistência Estudantil
PROCOM	Pró-Reitoria de Assuntos Comunitários

PROACAD	Pró-Reitoria de Assuntos Acadêmicos
CEPASM	Centro de Ensino, Pesquisa e Atenção à Saúde Mental
NAEM	Núcleo de Apoio ao Estudante de Medicina
NASS	Núcleo de Apoio à Saúde do Servidor
PROGEPE	Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas
PROBEM	Programa de Bem-Estar Mental
PROMISAES	Projeto Milton Santos de Acesso ao ensino superior
EAS	Estabelecimento de assistência à saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAC	Centro de Artes e Comunicação
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
DM	Design Macroergonômico
IDEs	Itens de demanda ergonômica
IDs	Itens de design
NASA-TLX	National Aeronautics and Space Administration/ Task Load
REUNI	Programa de Apoio a Planos de Restauração e Expansão das Universidades Federais
NACE	Núcleo de Acessibilidade
CPF	Cadastro de Pessoas Físicas
HC	Hospital das Clínicas
SUS	Sistema Único de Saúde

CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
SPA	Serviço de Psicologia Aplicada
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
TDAH	Transtorno de déficit de atenção
BHCG	Beta Gonadotrofina Coriônica Humana

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 PERGUNTA DA PESQUISA	20
1.2 JUSTIFICATIVA	21
1.3 OBJETIVOS	23
1.3.1 Objetivo geral	23
1.3.2 Objetivos Específicos	23
2 REFERENCIAL TEÓRICO	24
2.1 ERGONOMIA	24
2.2 ERGONOMIA NO SETOR DE ENSINO.....	27
2.3 PROCESSO SAÚDE DOENÇA DOS ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS.....	28
2.4 O NÚCLEO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ESTUDANTE – NASE	30
2.4.1 História da assistência à saúde do estudante na UFPE.....	30
2.4.2 Contextualizando o NASE	33
3 MÉTODO	35
3.1 TIPO DE ESTUDO	35
3.2 LOCAL DE ESTUDO.....	36
3.3 ESTRATÉGIAS DA PESQUISA	36
3.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	36
3.5 REALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS.....	37
3.6 POPULAÇÃO DE ESTUDO	37
3.7 INSTRUMENTOS DE COLETA	37
3.7.1 As entrevistas.....	39
3.7.2 Questionários	39
3.8 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS.....	42
4 RESULTADOS	45
4.1 ESTRUTURA FÍSICA DO NASE.....	45
4.2 FUNCIONAMENTO E ATIVIDADES DAS EQUIPES DO NASE.....	46
4.3 RECURSOS HUMANOS DO NASE.....	53

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E RECOMENDAÇÕES ERGONÔMICAS	72
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROPOSIÇÕES PARA ESTUDOS FUTUROS....	78
REFERÊNCIAS.....	81
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	85
APÊNDICE B – Questionário	87
APÊNDICE C – Questionário	92

1 INTRODUÇÃO

A vida acadêmica constitui-se em atividade complexa, solicitando dos universitários dedicação, habilidades e competências no planejamento de estudo para progressão no curso pretendido e assim obter a almejada formação profissional. As atividades atribuídas aos discentes durante o ensino universitário exigem cumprimento dos prazos para entrega dos trabalhos solicitados, realização de provas escritas e orais, e, portanto um bom planejamento. Muitas vezes, um bom desempenho acadêmico exige modificações sociais, pessoais e profissionais, as quais interferem diretamente na adaptação do aluno à universidade com reflexos no rendimento acadêmico e cognitivo (BASSO et al., 2013).

As atividades acadêmicas que conduzem à formação profissional se inserem no ciclo de vida do aluno em um momento bastante peculiar de construções, desafios, dificuldades, adaptações e mudanças que caracterizam a transição de adolescência para a vida adulta e podem desencadear alterações comportamentais e psíquicas de intensidade variável (POLYDORO, 2000). A depender da estrutura psíquica da pessoa, o caminho percorrido pelo universitário pode desencadear uma gama de problemas sociais, comportamentais, psíquicos e culturais de difícil solução para o acadêmico, acarretando um prolongamento do tempo de conclusão da graduação ou até mesmo a evasão do ensino universitário (BARDAGI; HUTZ, 2005; LEHMAN, 2014). Esbroeck e Watts (1998) pontuam a urgência em conhecer as características específicas de estudantes de grupos de minorias étnicas, os estudantes carentes, os estudantes com necessidades especiais, os estudantes que trabalham, os estudantes internacionais, entre outros, por serem mais propícios ao abandono de curso (Bardagi, 2005).

Assim, a saúde mental do estudante universitário surge como uma preocupação nos Estados Unidos no início do século XX, a partir do reconhecimento de que os universitários passam por uma fase naturalmente vulnerável, do ponto de vista psicológico, e de que a responsabilidade em ajudá-los, nesse momento, é da instituição em que estão inseridos (LORETO, 1985) a fim de aumentar a qualidade de vida no meio social e acadêmico e, conseqüentemente, a qualidade do ensino e redução de evasão.

No Brasil, a partir de 2001, o Plano Nacional de Educação fixa metas para ampliação do número de estudantes atendidos no ensino universitário para um grande contingente de pessoas social e economicamente vulneráveis dando origem também ao aumento do problema da evasão, comprometendo sobremaneira o bem-estar dos alunos universitários, já fragilizados. Pelo fato de a evasão estudantil universitária apresentar repercussões sociais, econômicas, de oportunidade, além de comprometer a saúde de estudantes e professores, a sociedade passou a reivindicar resposta governamental, do que derivaram as políticas públicas educacionais. Em um país com fortes traços de desigualdades sociais, a assistência estudantil se coloca como uma das estratégias de políticas públicas que buscam prover ações que assegurem a permanência do estudante na academia até a sua conclusão.

A taxa de evasão do ensino universitário nas instituições públicas federais, que está em torno de 11% (Silva Filho, 2007), tem várias causas que vão desde as lacunas de conhecimento por insuficiência de formação do ensino médio, até, problemas financeiros para custear despesas adicionais de alimentação, transporte, aquisição de material didático, além de alterações de saúde física e mental, que podem ser exacerbados ou desencadeados pelo esforço despendido para acompanhar o ritmo imposto pelas diversas disciplinas do curso de graduação (BASSO et al., 2013). A importância da evasão está nas implicações desse fenômeno: a evasão pode ter significado positivo ou negativo para quem evade, mas é sempre negativo para as instituições de ensino. Para o aluno que busca outra carreira, a evasão pode representar um benefício, apesar dos prejuízos financeiros para toda a família pelos investimentos em cursos preparatórios, aquisição de material didático, transporte e, em alguns casos, moradia em outra cidade. A depender dos motivos que levaram à evasão, pode ser negativo quando somar possível prejuízo psicológico ao discente e toda a sua família. Para a instituição, os prejuízos são o investimento público perdido, a perda social pela ocupação de uma vaga sem a formação de um profissional que poderia beneficiar a sociedade (CASTRO; TEIXEIRA, 2013).

A facilitação do acesso ao ensino para muitos sem condições contribuiu para a redução do grau com que o aluno passou a julgar sua qualidade de vida favoravelmente como um todo, aumentando assim sua vulnerabilidade (OVIEDO; CZERESNIA, 2015). A ruptura na sensação de bem-estar psicológico de alunos

socioeconomicamente vulneráveis, reduzindo sua resiliência, compromete sua capacidade em lidar com a ocorrência de eventos de sua vida acadêmica, considerados estressantes, tanto nas esferas pessoal, como social e cultural, dando origem a nova demanda social e, dessa forma, exigindo nova política pública educacional (BARDAGI; HUTZ, 2005).

Buscando minimizar esses impactos, “ampliar as condições de permanência dos jovens na educação superior pública federal” incluindo ações de atenção à saúde foi instituído o Programa Nacional de Assistência Estudantil (PNAES) pelo Decreto 7.234 de 19 de julho de 2010 (BRASIL, 2010, p. 5). Para atender às diretrizes estabelecidas pelo programa, diversas propostas de apoio ao estudante têm sido implantadas nacionalmente, especialmente aquelas vinculadas à atenção primária de saúde, como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde.

Encontra-se vários formatos de núcleos de apoio à saúde do estudante no Brasil, que apesar de possuírem nomenclaturas distintas, desenvolvem ações semelhantes de acolhimento, acompanhamento e encaminhamento dos estudantes para projetos de saúde desenvolvidos pela própria universidade, para convênios com outras instituições e/ou para a rede pública de assistência à saúde. Geralmente ofertam também, na própria unidade, serviço de orientação psicossocial, atendimento psicológico e médico, mas sempre com o objetivo de viabilizar o acesso do estudante à rede de saúde. Exemplos de núcleos em algumas regiões do país são: o Núcleo de Apoio ao Estudante (NAE) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); o Núcleo de Apoio à Saúde (NAS) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM); a Divisão de Saúde (DISAU) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU); o Programa de Atenção à Saúde Mental do Estudante da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), em 11 de junho de 2014, foi inaugurado o Núcleo de Atenção à Saúde do Estudante (NASE) com o objetivo de ofertar assistência à saúde de todos os estudantes do campus Recife, porém priorizando aqueles em situação de vulnerabilidade socioeconômica. Essa assistência baseia-se nos preceitos da atenção integral e obedece aos princípios biopsicossociais de constituição do indivíduo. Dessa forma, deve garantir assistência e promoção à saúde do aluno, atuando na prevenção e minimização dos riscos de prejuízo e interrupção do seu processo de ensino-aprendizado ao longo do transcurso acadêmico. Para cumprir sua missão, o NASE conta com uma estrutura

física composta por consultórios e salas destinadas à triagem e terapia de grupo. Nesse ambiente, trabalha uma equipe multidisciplinar de profissionais de saúde como médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, nutricionista e assistente social que podem atender aos estudantes ou referenciá-los aos instrumentos de saúde existentes dentro e fora da instituição. No entanto, ainda que opere na perspectiva de ser mais uma ferramenta na viabilização da igualdade de oportunidades, contribuindo para melhoria do desempenho acadêmico e agindo preventivamente nas situações de repetência e evasão escolar, o NASE até então não consegue atender à sua total demanda, haja vista que opera com fila de espera em algumas especialidades. Não existe arquivo de dados sistematizados relativos aos atendimentos que possam municiar ações de gestão a fim de propor soluções de melhoria para o funcionamento do NASE.

A partir de uma ótica macroergonômica, que entende o trabalhador como coparticipante na otimização do processo produtivo, este estudo pretende contribuir para o bom desempenho do NASE, identificando como se dá a operação, quais seus pontos fortes e fracos, acertos e problemas tanto na assistência individual e quanto no sistema de atendimento de forma integral, conforme os princípios do SUS. Considerando que o desempenho dos indivíduos no trabalho depende fortemente do planejamento organizacional, que influi no comportamento e tomada de decisões (DI LASCIO, 2001), a participação ativa do trabalhador como interventor direto do seu ambiente laboral pode proporcionar a otimização dos sistemas e processo de trabalho. Baseado neste propósito, o estudo fez uso da macroergonomia aplicando-se técnicas das diversas áreas deste campo de conhecimento para avaliar o funcionamento do NASE, inclusive identificar as diferenças entre o trabalho prescrito (como o NASE foi idealizado) e o real (como o NASE funciona).

Nesta dissertação, inicialmente, é apresentada a pesquisa empírica proposta, e na sequência o método de estudo, os resultados encontrados e a discussão. Por fim, na conclusão, são destacados os principais achados da pesquisa, suas limitações, considerações finais e recomendações.

1.1 PERGUNTA DA PESQUISA

O presente estudo está pautado na seguinte pergunta norteadora:

Existem lacunas entre o estabelecido no prescrito e no real trabalho do NASE? E, se existirem, quais os pontos falhos entre a concepção e execução do projeto em estudo que estão destoando de sua missão primária?

1.2 JUSTIFICATIVA

As modificações da lógica de ingresso nas instituições de ensino superior no Brasil, representadas pelo regime de cotas e pela utilização do Exame Nacional do Ensino Médio (Enem) como forma de seleção unificada nos processos seletivos das universidades públicas federais, aumentaram a população de estudantes dessas universidades com vulnerabilidade socioeconômica.

A vulnerabilidade, como admitido por Oviedo e Czeresnia (2015, p. 246),

“[...] se configura em uma dinâmica de interdependências recíprocas que exprimem valores multidimensionais – biológicos, existenciais e sociais. Uma situação de vulnerabilidade restringe as capacidades relacionais de afirmação no mundo, incluídas as formas de agência social, gerando fragilização.

Um estudo de ALMEIDA E SOARES (2003) envolvendo os estudantes universitários da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, e as questões referentes à etapa de ingresso na universidade chama a atenção para a vulnerabilidade experimentada neste período que pode afetar a saúde dos jovens e comprometer o seu desenvolvimento pessoal e profissional. O processo saúde-doença de qualquer natureza pode determinar prejuízos ao ponto de provocar interrupção do processo acadêmico e o conseqüente adiamento na entrada na vida profissional do estudante, gerando não só prejuízos de ordem financeira individual, mas também social e psíquica. Em assim sendo, a vulnerabilidade socioeconômica dos estudantes da UFPE compromete a organização como um todo e a responsabilidade social inclusiva e pró-ativa, na medida em que pode colocar em risco a saúde individual e coletiva no ambiente de trabalho de técnicos, professores e estudantes. Em 2016, o QS World University Rankings classificou a UFPE como a melhor universidade do Norte-Nordeste, a 8ª melhor universidade federal brasileira, bem como a 15ª melhor universidade do país, tendo ocupado a 44ª posição entre as

instituições da América Latina. Segundo o Ranking Universitário da Folha de S.Paulo (RUF) de 2015, a UFPE é a décima melhor universidade do país, sendo a melhor universidade do Norte-Nordeste, e a 7º melhor universidade federal brasileira (site da UFPE em 17/06/16).

O corpo discente da UFPE do campus Recife é composto atualmente por 30.678 estudantes distribuídos em 83 cursos de graduação e, desde 2013, mais de 17.336 de benefícios já foram pagos através dos programas, bolsas e auxílios de assistência estudantil da Universidade Federal de Pernambuco executados pela Pró-Reitoria para Assuntos Estudantis - PROAES, (UFPE, 2016). Todos esses incentivos estão fundamentados em uma política de assistência estudantil (PAE), a Resolução Nº 01/16 do Conselho de Administração da UFPE que a regulamenta, que tem por finalidade assegurar aos estudantes de graduação presencial e que se encontram em situação de vulnerabilidade socioeconômica, devidamente comprovada, condições de permanência na educação superior.

Portanto, em que pese as determinações das legislações em vigor pertinentes ao tema, dos quais tratam, dentre outras ações, daquelas relacionadas à oferta da assistência de atenção à saúde executada no âmbito do Ministério da Educação através dos Institutos Federais de Educação Superior, e, ainda compreendendo a peculiaridade desta fase da vida do indivíduo requerente de uma atenção integral, é necessário avaliar o desempenho, o dimensionamento e a estrutura do NASE, considerando que desde sua criação, em 2014, o contingente de estudantes em situação de vulnerabilidade na UFPE está em franco crescimento. Até o corrente ano de 2016 todas as instituições federais de ensino superior precisaram aumentar o número de vagas destinadas aos estudantes que cursaram o ensino médio em escolas públicas devido à Lei Federal 12.711 de 2012, conhecida como Lei de Cotas, garantindo a reserva de 50% das matrículas por curso e turno.

Ainda dentro deste contexto, vislumbrou-se a implantação de novas possibilidades de prevenção, diagnóstico e intervenção na saúde do estudante universitário buscando minimizar os riscos de prejuízo de interrupção em seu processo de ensino-aprendizagem. O presente estudo ancora sua relevância na possibilidade de criar estratégias dirigidas a melhorar as práticas desenvolvidas pela equipe de assistência à saúde do NASE e assim aprimorar o atendimento ofertado aos estudantes a fim de oferecer melhores condições para sua permanência na

educação superior e, conseqüentemente, reduzir as taxas de retenção e evasão escolar conforme preconizado no Programa Nacional de Assistência Estudantil.

1.3 OBJETIVOS

O objetivo final da ergonomia é a eficiência, definida como a maior produtividade com o menor custo possível. A adoção de medidas ergonômicas de baixo custo no ambiente de trabalho é capaz de reduzir custos laborais que se manifestam por meio do absenteísmo, rotatividade, conflitos e pela falta de interesse para com a atividade desempenhada (COUTO, 2002). Sob esta perspectiva, e considerando que o NASE, da forma que está planejado atualmente, não consegue atender à demanda em sua totalidade, a ergonomia pode ser útil na identificação das situações desfavoráveis e os pontos prioritários a serem ajustados e assim permitir que o NASE opere com maior eficácia, efetividade e prestabilidade.

1.3.1 Objetivo geral

Realizar uma análise que conduza à proposição de recomendações ergonômicas para o sistema de atendimento ofertado pelo NASE. O estudo utiliza a participação do trabalhador como meio primordial para atingir seus objetivos, incorporando assim os seus conhecimentos ao projeto.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar o sistema de funcionamento do NASE;
- Identificar as características sócio-demográficas dos trabalhadores do NASE;
- Identificar os problemas/constrangimentos ergonômicos do sistema de atendimento do NASE;
- Propor recomendações de melhorias visando minimizar os problemas identificados no sistema de atendimento do NASE.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ERGONOMIA

A Associação Internacional de Ergonomia (IEA) e a Associação Brasileira de Ergonomia (ABERGO) definem ergonomia como:

“uma disciplina científica relacionada ao entendimento das interações entre os seres humanos e outros elementos ou sistemas, e à aplicação de teorias, princípios, dados e métodos a projetos a fim de otimizar o bem estar humano e o desempenho global do sistema. Os ergonomistas contribuem para o planejamento, projeto e a avaliação de tarefas, postos de trabalho, produtos, ambientes e sistemas de modo a torná-los compatíveis com as necessidades, habilidades e limitações das pessoas.”
(p.1)

No Brasil, a ergonomia passou a ser de responsabilidade pública a partir da vigência da Portaria nº 3751 de 1990 que por sua vez, estabeleceu a Norma Regulamentadora 17, visando estabelecer parâmetros que permitem a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente (BRASIL, 1978).

É importante estender o entendimento de atuação da Ergonomia porque ela vai muito além dos conceitos antropométricos, promovendo uma visão mais holística do trabalho. Hendrick (1993) classifica a ergonomia em quatro fases, em função da tecnologia utilizada desde sua fundação oficial logo após a 2ª grande guerra. A primeira fase, nas três primeiras décadas, é de relação humano-máquina, dizendo respeito principalmente ao estudo das características físicas e perceptivas humanas e a aplicação destas ao projeto de produtos e postos de trabalho. Conforme IIDA (2005), a ergonomia física depreende das características da anatomia humana, antropometria, fisiologia e biomecânica em sua relação à atividade física. Inclui o estudo da postura no trabalho, manuseio de materiais, movimentos repetitivos,

distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho, projeto de posto de trabalho, segurança e saúde. A segunda fase diz respeito à preocupação com as condições ambientais, como temperatura, ruído, vibrações e aerodispersóides. A terceira, que entra em foco nos anos 1980 com a difusão da tecnologia da informação, é conhecida como ergonomia cognitiva também denominada pelo IEA (2006) de tecnologia de interface usuário-sistema ou ergonomia de software. Ela refere-se à forma pela qual os processos mentais, como percepção, memória, raciocínio e resposta motora, afetam as interações entre seres humanos e outros elementos de um sistema. Os tópicos relevantes incluem o estudo da carga mental de trabalho, tomada de decisão, desempenho especializado, interação humano-computador, estresse e treinamento conforme esses se relacionem a projetos envolvendo seres humanos e sistemas (SCOTT et al., 2010). Dentre as competências cognitivas, estão a capacidade de abstração e de raciocínio, sendo que o indivíduo com problemas cognitivos pode apresentar dificuldades de percepção, absorção e retenção de informações, quando submetido a fatores como carga mental, estresse, erro humano, pressão psicológica, dentre outros, que fazem parte do cotidiano das empresas (VIDAL, 2010). Apesar do relativo pouco tempo de vida, a ergonomia cognitiva avançou muito para acompanhar o “boom” dos computadores pessoais, gerando conhecimento para o projeto de programas (softwares) mais coerentes com a realidade humana, visto que este se tornaria o mais frequente instrumento de trabalho a partir de então. A aplicação do conhecimento dos fatores humanos de processamento de informações, contribuiu para a otimizar a funcionalidade dos sistemas computadorizados.

A última fase é a da tecnologia da relação organização-máquina, ou macroergonomia, ou ainda ergonomia organizacional que trata da otimização dos sistemas sociotécnicos, incluindo estruturas organizacionais, políticas e de processos dos ambientes de trabalho (SCOTT et al., 2010). Seus tópicos relevantes incluem comunicações, gerenciamento de recursos, projeto de trabalho, organização temporal do trabalho, trabalho em grupo, projeto participativo, novos paradigmas do trabalho, trabalho cooperativo, cultura organizacional, organizações em rede, tele-trabalho e gestão da qualidade (SCOTT et al., 2010). Conforme Hendrick (2001), a macroergonomia é uma subdisciplina da ergonomia que consta da pesquisa, desenvolvimento e aplicação de uma tecnologia da interface humano-organização. Surge diante do intenso aumento da automação e informatização durante os anos

80 e se coloca como possibilidade para preencher lacunas do enfoque micro, dando maior relevância à questões como motivação; satisfação e desempenho individual e dos times de trabalho. A macroergonomia utiliza os 4 subsistemas básicos da sociotecnia e suas interações, sendo estes: projeto do sistema de trabalho, subsistema tecnológico, subsistema pessoal e o ambiente externo e lida com a análise e o projeto de um sistema de trabalho, que pode ser entendido como aquele que envolve duas ou mais pessoas interagindo com: hardware/software; ambiente interno; e/ou ambiente externo e design organizacional.

Desta forma, a base da abordagem macroergonômica considera a análise dos sistemas sociotécnicos avaliando o contexto organizacional e o campo psicossocial. No Brasil, a instrução normativa INSS/dc nº98 de 5 de dezembro de 2003 descreve os fatores psicossociais do trabalho como percepções subjetivas que o trabalhador tem dos fatores de organização do trabalho (e cita como exemplos desses fatores considerações relativas à carreira, à carga e ritmo de trabalho e ao seu ambiente social e técnico), a "percepção" psicológica que o indivíduo tem das exigências do trabalho é o resultado das características físicas, da carga de trabalho, da personalidade do indivíduo, das experiências anteriores e da situação social do trabalhador.

A aplicação da macroergonomia confere uma visão mais holística do processo de trabalho, onde a análise dos fatores sociais, organizacionais, políticos e psicológicos, tornando-se o caminho palpável para uma intervenção ergonômica efetiva.

Os princípios norteadores mais importantes que regem sua viabilidade consistem na participação, flexibilidade, otimização participativa, design participativo, melhoria contínua de processos e harmonização do sistema (Guimarães, 2006).

A ergonomia participativa é um dos métodos que possibilitam a implantação do enfoque macroergonômico aos ambientes organizacionais através de suas ferramentas e técnicas. A definição da ergonomia participativa abarca a participação, envolvimento e cumplicidade dos trabalhadores em todas as fases da intervenção ergonômica, sendo estas maneiras de potencializar a participação do trabalhador no gerenciamento das organizações. Sendo assim permite que estes se transformem em agentes capazes de interferir melhorando as condições de trabalho. A participação dos indivíduos na reformulação do ambiente de trabalho em todas as suas nuances, enriquecem o projeto incorporando as contribuições intrínsecas de

quem conhece e pratica efetivamente, e de fato, suas atividades de trabalho em um determinado local. De acordo com Brown (1995, apud Guimarães, 2006):

“... muitas publicações afirmam que as organizações precisam se mover em direção a um maior envolvimento para o seu gerenciamento, o que acaba por dar ao trabalhador algum poder de opinar e mudar o seu trabalho” (o que é conhecido por empowerment”).

Segundo Riger (1993) esta postura leva à criação de uma imagem do indivíduo “empowered” (com poder) tornando-o “comedido, independente e autoconfiante, capaz de comportar-se de uma determinada maneira e de influenciar o seu meio e atuar de acordo com abstratos princípios de justiça e de equilíbrio”.

Enquanto HENDRICK (1993) descreve 4 fases da ergonomia, a Internacional Ergonomics Association (IEA, 2006), considera que a ergonomia tem hoje três grandes campos de atuação: a ergonomia física, a cognitiva, e a organizacional. Sempre que possível, uma avaliação ergonômica deve considerar os 3 campos para ser considerada completa pois eles se integram. Em muitos casos, no entanto, tendo em vista a escassez de recursos, a avaliação ergonômica foca algum destes campos. Este estudo pretende ser completo, e portanto pretende, inicialmente, avaliar os três campos no contexto do NASE e sugerir as melhorias que mais impactam no trabalho, independente se de ordem física, cognitiva ou organizacional.

2.2 ERGONOMIA NO SETOR DE ENSINO

Bulé et al. (2014) consideram que, no ambiente escolar, tem-se observado uma grande lacuna de aplicações e adequações ergonômicas e que a atividade escolar, muitas vezes, fica a mercê da casualidade, ou seja, ainda não se estabeleceu um critério que lhes atenda aos requisitos de saúde e segurança.

De acordo com Motta et al. (2012p.15):

O campo ergonômico tem crescido com maior frequência em hospitais e indústrias do que propriamente no ambiente escolar. De acordo com Figueiredo et al. a ergonomia no contexto escolar contribui para que o estudar não altere a saúde dos alunos e os objetivos determinados pela instituição de ensino, colaborando, assim para o seu bom funcionamento e para o bem-estar dos estudantes .

Essa lacuna é ainda mais importante quando se considera que o sistema educacional universitário brasileiro sofreu profundas modificações, marcadamente nos últimos cinco anos. Pode-se mesmo afirmar ter havido uma mudança organizacional universitária, ou seja, uma alteração significativa, articulada, planejada e operacionalizada por pessoal interno ou externo à organização, que tem o apoio e a supervisão da administração superior e atinge integralmente os componentes comportamental, estrutural, tecnológico e estratégico (BULÉ et al., 2014).

2.3 PROCESSO SAÚDE DOENÇA DOS ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Segundo Veenhoven (1991), o bem-estar pode ser definido como o grau em que cada pessoa julga a qualidade de sua vida favoravelmente como um todo. Autores como Silva et al (2007) defendem que a sensação de bem-estar ou de satisfação com a vida está fortemente ligada à capacidade do indivíduo em lidar com a ocorrência de eventos de sua vida. Os mesmos autores acrescentam que a ruptura na sensação de bem-estar psicológico pode relacionar-se com a dificuldade em manejar eventos de vida considerados estressantes, tanto nas esferas pessoal, como social e cultural, o que acaba por afetar o comportamento do indivíduo e a percepção da sua saúde.

Coleta e Coleta (2006) comprovaram que o ingresso no ensino universitário e as modificações que a conduta acadêmica requer frequentemente se associam a uma vida psicologicamente rica e saudável, porque se associam à felicidade e ao bem-estar subjetivo, determinando condutas acadêmicas mais desejáveis. Todavia, estas sensações dependem da percepção de satisfação pessoal em nível hedônico, ou seja, dependem da intensidade com que o aluno percebe que suas aspirações em relação à universidade e ao curso estão sendo satisfeitas, porém dependem igualmente da capacidade de o indivíduo lidar com os eventos da vida (VEENHOVEN, 1991).

Ressalte-se igualmente que a integração do aluno ao ensino universitário não é apenas um período de desafios cognitivos e de adaptação a um sistema de ensino com características próprias, mas “de verdadeiras provocações para o

desenvolvimento do estudante também em termos afetivos, pessoais e sociais” (GUERREIRO-CASANOVA; POLYDORO, 2010, p. 86). Vencer os desafios e as provocações despertadas pelo ingresso no ensino universitário pode desencadear ou agravar psicopatologias na população universitária (IGUE et al., 2008).

Espírito-Santo e Matreno (2014), pesquisando 185 estudantes universitários identificaram altos níveis de dificuldade de adaptação. Estudantes do sexo feminino apresentavam níveis maiores de depressão, ansiedade fóbica e transtorno obsessivo-compulsivo, especialmente quando as famílias moravam mais longe da universidade. Os autores concluíram que havia necessidade de dar assistência à saúde dos estudantes universitários, primordialmente no primeiro ano.

As dificuldades tendem a surgir nos primeiros anos acadêmicos, porque a insuficiência de seus recursos financeiros pessoais para fazer face às necessidades de sua manutenção e o inapropriado repertório da educação básica ficam mais evidentes para o estudante, além de outros problemas relativos à constituição de novos relacionamentos pessoais e acadêmicos (IGUE et al., 2008). É, pois, nesse período, que se verifica maior frequência de queixas de somatização, depressão, ansiedade, sintomas de *distress* negativo (ESPÍRITO-SANTO; MATRENO, 2014)

Estudo desenvolvido com 514 estudantes da área de saúde apontou que os estudantes mais jovens, cursando os primeiros anos universitários, sem filhos, que não possuem outro curso superior, insatisfeitos com o curso e que pagam seus estudos com financiamento/bolsa apresentam maior exaustão emocional associada a menor percepção de eficácia profissional (CARLOTTO et al., 2006).

Zeferino et al. (2015) destacam que os estudiosos devem focar atenção no segmento social de estudantes universitários consumidores de drogas ilícitas. Seu estudo com 250 estudantes de uma universidade brasileira identificou que o álcool, o tabaco e as drogas ilícitas, incluindo ecstasy, maconha e cocaína, são consumidas por mais de 50% dos estudantes e constituem problema de saúde pública a merecer atenção das universidades.

Outro estudo que se ocupou do tema da adaptação à vida acadêmica no ensino superior foi o realizado por Igue, Bariani e Milanesi (2008). Esta pesquisa foi realizada com 203 universitários sendo metade estudantes do 1º ano e metade do último ano do curso de graduação. Um ponto bastante interessante considerado pelo estudo é o fato de que a universidade deveria oferecer um projeto de integração aos calouros a fim de tornar conhecidos os serviços oferecidos pela mesma, mas

ressalta também o fato de que o estudante também deve se interessar em conhecer melhor o que a instituição lhe proporciona.

Diante desta problemática, faz-se necessária a adoção de medidas estratégicas que minimizem impactos na saúde física e psíquica do estudante considerando inclusive o seu ambiente de aprendizagem como um relevante fator gerador de danos à saúde.

Neste contexto, o NASE da UFPE desenvolve ações de cuidado da saúde física e mental dos estudantes no próprio âmbito da Universidade, conforme descrito a seguir.

2.4 O NÚCLEO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ESTUDANTE – NASE

2.4.1 História da assistência à saúde do estudante na UFPE

A história da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) teve início com a publicação do Decreto Lei da Presidência da República nº 9388, de junho de 1946. Pioneira nas regiões norte e nordeste no país sendo inicialmente intitulada “Universidade do Recife”. Resultou da fusão das seguintes faculdades e escolas: Faculdade de Direito (fundada em 1827), Escola de Engenharia (1895), Faculdades de Farmácia (1903), Odontologia (1913), Medicina (1927), Belas Artes (1932) e Filosofia (1941). A partir de 1948 iniciou-se a construção do campus Recife, localizado no bairro da Várzea e, apenas em 1965, passou a ser denominada de Universidade Federal de Pernambuco.

Conforme seu Estatuto datado de 1975 e ajustado por diversas resoluções e portarias até a presente data, a UFPE possui autonomia didática, administrativa, financeira e disciplinar, regida por Legislação Federal que lhe for pertinente, pelo presente Estatuto pelo Regimento Geral e pelas resoluções dos seus órgãos colegiados superiores.

Ainda de acordo com o Estatuto em seu art. 3º: a UFPE, que tem como objetivo fundamental cultivar em todas as áreas do conhecimento puro e aplicado, incube:

a) ministrar o ensino em grau superior, realizar pesquisa e estimular atividades criadoras no campo das ciências, das letras, ampliando os campos do conhecimento humano;

b) estender o ensino e a pesquisa à comunidade, mediante cursos ou serviços especiais;

c) aplicar-se ao estudo da realidade brasileira e colaborar no desenvolvimento do País, e do Nordeste em particular, articulando-se com os poderes públicos e a iniciativas privadas;

d) realizar intercâmbio científico e cultural, bem como participar de programas especiais de cooperação nacional e internacional;

e) complementar a formação cultural, moral e cívica do seu corpo discente e proporcionar-lhe educação física e adequada assistência social e material.

Como se pode constatar, a assistência social e material ao estudante já era prevista desde sua formação, traduzindo-se em diversas ações e auxílios ao longo de sua trajetória.

As primeiras ações assistenciais registradas partiram do Departamento de Expediente Escolar (DEE) em 1969, tais como: seleção dos beneficiários de bolsas de estudo e alimentação (contava com oito restaurantes universitários), manejo das vagas nos alojamentos da cidade universitária e encaminhamentos para as clínicas do hospital universitário como primeiro sinal de ação de assistência à saúde. Também eram de sua responsabilidade ações de cunho administrativo acadêmico como registro de diplomas.

Em 1975, o DEE passa a ser nomeado por Departamento de Assistência Estudantil (DAE), ligado à Pró-Reitoria de Assuntos Comunitários (PROCOM) e nesse mesmo período inicia-se a construção da casa masculina para estudantes da UFPE. Fato curioso, e informado pela assistente social que atuou neste departamento, é que na casa masculina era ofertado o serviço de barbearia para seus residentes.

Porém, na década de 90, foi extinta a PROCOM, os restaurantes universitários e os serviços de barbearia e odontologia antes disponíveis. O DAE passou a integrar a PROACAD.

Especificamente em relação à assistência à saúde do estudante no campus, destaca-se as ações do professor Galdino Loreto, ex-titular da disciplina de Psiquiatria e pioneiro na UFPE e no Brasil na atenção à saúde mental do estudante

universitário. Dedicou 30 anos de trabalho ao atendimento dos estudantes e realizou as primeiras pesquisas sobre saúde mental do universitário.

Outra experiência dentro do âmbito universitário, durou de 1996 à 2006 com o Centro de Ensino, Pesquisa e Atenção à Saúde Mental (CEPASM) sediado na clínica de Psicologia do Centro de Filosofia e Ciências Humanas, que oferecia suporte psicossocial exclusivamente aos estudantes da UFPE. Em 2009 foi inaugurado o Núcleo de Apoio ao Estudante de Medicina (NAEM) baseado nas práticas anteriormente citadas.

O Núcleo de Apoio à Saúde do Servidor (NASS), órgão pertencente à Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas (PROGEPE), também realizava atendimento àqueles estudantes com o critério que estes fossem exclusivamente residentes das casas de estudantes da UFPE. Conforme a necessidade individual era possível a extensão do tratamento para o Hospital das Clínicas da UFPE.

Antes da criação do Núcleo de Atenção à Saúde do Estudante (NASE), os demais estudantes do campus identificados com necessidade de acompanhamento psíquico eram encaminhados pelos funcionários responsáveis do DAE para o Programa de Bem-Estar Mental (PROBEM) criado ainda dentro da PROACAD para tentar sanar a demanda dos estudantes em saúde mental abrangendo psicologia e psiquiatria.

Em 2011 foi criada a Pró-Reitoria para Assuntos Estudantis (PROAES) que absorveu o DAE e previa a construção do NASE para ampliar a assistência de saúde ao estudante. Finalmente, em 2014, foi inaugurado o NASE assumindo, nas especialidades que o integra, o atendimento de todos os alunos em situação de sociovulnerabilidade do campus Recife.

No Plano Estratégico Institucional da UFPE de 2013-2027, consta, entre outros objetivos estratégicos, institucionalizar uma política de acompanhamento e redução de retenção e evasão na graduação; oferecer condições de acesso, permanência e conclusão exitosa da formação acadêmica de todos os estudantes através de ações como implantar um sistema de acompanhamento de resultados acadêmicos por aluno, ampliar o Programa de Moradia Universitária, fortalecer a gestão das bolsas em busca de uma maior eficácia, atender toda a demanda de alunos em vulnerabilidade socioeconômica, aprimorar os programas existentes para a permanência do estudante, sendo estas duas últimas as de maior importância para a continuidade do NASE.

2.4.2 Contextualizando o NASE

Visando executar os dispositivos previstos no PNAES, instituído pela Portaria Normativa/MEC nº 39/2007, conforme regulamentado pelo decreto 7.234/2010, foi inaugurado, em 11 de junho de 2014, o Núcleo de Atenção à Saúde do Estudante (NASE), cuja organização vem sendo estruturada e alterada desde sua implantação.

O NASE constituiu-se como um núcleo de apoio às ações de assistência estudantil fomentada pela PROAES, e compõe uma rede de suporte juntamente com outros benefícios ofertados por esta Pró-Reitoria, tais como: Programa de alimentação, Auxílio transporte, Auxílio creche, Programa de moradia estudantil, bolsa emergencial (2-3), bolsa manutenção acadêmica, incentivo ao esporte, projeto Milton Santos de acesso ao ensino superior (PROMISAES), Programa de Bem-Estar Mental (PROBEM), participe esporte, bolsa núcleo acessibilidade, apoio pedagógico. Todas essas se fundamentam como ações viabilizadoras de proteção ao estudante no decorrer de sua vida acadêmica.

Conforme descrito em seu projeto original, tem por objetivo macro: “implementar um serviço de atenção à saúde do estudante da UFPE com a filosofia de praticar uma atenção integral, ancorada nos preceitos biopsicossociais de constituição do sujeito, e articulada com vários serviços dentro e fora do campus, para garantir a assistência e promoção à saúde do aluno, prevenindo os riscos de prejuízo e interrupção em seu processo de ensino-aprendizado durante a sua vida acadêmica”.

O foco principal é ofertar assistência à saúde a seguinte população: estudantes de graduação da forma presencial, regularmente matriculados do campus Recife, e, prioritariamente, àqueles beneficiários dos programas de auxílios fomentados pela PROAES ou àqueles que comprovem situação de vulnerabilidade socioeconômica.

Pode-se traduzir essa lógica da seguinte maneira: a assistência sistematizada compreendendo o acolhimento e atendimento na triagem é universal, porém a continuidade e encaminhamento para as especialidades de saúde ofertadas pelo NASE são restritos aos integrantes da população descrita anteriormente.

Apesar de figurar atualmente como uma unidade administrativa dentro do organograma da UFPE, suas atribuições, atividades e natureza intrínsecas são equivalentes às descritas para um estabelecimento de assistência à saúde (EAS) do tipo ambulatorio de nível primário, conforme delineado pela Anvisa, através da Resolução nº50/2002 (ANVISA, 2004),:

“Prestação de atendimento eletivo de promoção e assistência à saúde em regime ambulatorial e de hospital-dia

1.1 Realizar ações individuais ou coletivas de prevenção à saúde, tais como:

imunizações, primeiro atendimento, controle de doenças, visita domiciliar, coleta de material para exame, etc.;

[...]

1.6 Recepcionar, registrar e fazer marcação de consultas;

1.7 Proceder à consulta médica, odontológica, psicológica, de assistência social, de nutrição, de farmácia, de fisioterapia, de terapia ocupacional, de fonoaudiologia e de enfermagem;

1.8 Realizar procedimentos médicos e odontológicos de pequeno porte, sob anestesia local (punções, biópsia, etc.). (ANVISA, 2004, p.38-9).

Entende-se por Ambulatório toda unidade de saúde destinada a prestar assistência a pacientes em regime de não internação ou com internação por período de até 24 horas. [...]. No nível primário encontram-se os Postos e Centros de Saúde, onde se desenvolvem atividades de prevenção, saneamento e diagnóstico simplificado, com ações de promoção, proteção e recuperação da atenção básica. (SOMASUS, VOL.1, 2011).

Sendo assim, e vislumbrando o apresentado em sua estrutura, considerando equipamentos e materiais presentes no NASE, situações que requerem prestação de atendimento imediato de baixa, média e alta complexidade, seja em caráter emergencial ou de urgência, não constituem a natureza de atendimentos prestados pelo NASE sendo, portanto, referenciados para unidades de emergência.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo trata-se de uma pesquisa aplicada do tipo quali-quantitativo descritivo, tendo como finalidade o levantamento de dados e o devido tratamento pelo cruzamento e comparação por meio de gráficos e tabelas. Os dados foram coletados de acordo com as orientações metodológicas de Minayo (2004) e através de questionário submetido ao quadro de profissionais do NASE.

A classificação do estudo como aplicado deve-se ao fato de ser uma investigação que objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática, dirigidos à solução de problemas locais e específicos, (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009) relativos à atuação do NASE. Seu caráter descritivo justifica-se pelo intuito de apresentar as características da população de estudantes em situação de vulnerabilidade socioeconômica e as ações do NASE, empregando técnicas padronizadas de coleta de dados por meio de questionários e observação sistemática (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009). A transversalidade estará presente por o estudo restringir suas informações a um período determinado de tempo.

O caráter quantitativo da pesquisa está manifesto na tradução de opiniões e informações em números, para classificá-las e analisá-las, o que exigiu o emprego de recursos e de técnicas estatísticas. Ao caráter quantitativo, foi associado o qualitativo para possibilitar a investigação de vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. No aspecto qualitativo da pesquisa, os focos principais de abordagem foram as ações desenvolvidas e o caráter simbólico e de significados a elas atribuídos pelos trabalhadores (MINAYO; SANCHEZ, 1993) do NASE.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

Realizado no Núcleo de Atenção à Saúde do Estudante (NASE) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), localizado em área externa ao campus universitário, próximo ao Centro de Artes e Comunicação (CAC).

3.3 ESTRATÉGIAS DA PESQUISA

Inicialmente foi realizada visita a fim de solicitar permissão para o estudo ao Coordenador do NASE e definição das datas dos encontros para que não afetassem o andamento do serviço. Nestes encontros foram realizadas as entrevistas individuais, aplicados questionários e feita posterior validação com o grupo. O gestor prontamente mostrou-se favorável ao pleito e colocou-se à disposição para conceder parte do tempo da reunião técnica semanal para estas ações, fato este que facilitou os diversos encontros necessários para o desenvolvimento do estudo com os trabalhadores.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco, conforme determina a Resolução 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Após conferência do cumprimento das exigências contidas na referida Resolução, o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil.

Todos os participantes da pesquisa receberam da pesquisadora explicações quanto aos objetivos, riscos e benefícios da pesquisa, assim como tiveram assegurados os direitos de sigilo de identificação e de retirada do consentimento de participação da pesquisa, a qualquer tempo, sem que lhe seja imputada qualquer sanção. Após os esclarecimentos, todos os participantes foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice A).

3.5 REALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS

A descrição do trabalho realizado no NASE foi feita com base nas observações da pesquisadora que exerce suas funções laborais no NASE há 2 anos e também com base em documentos redigidos na fase de estruturação do núcleo. Para coleta dos dados dos trabalhadores por entrevista e questionário a pesquisadora abordou cada servidor do NASE, no período de coleta dos dados de agosto a setembro de 2016, e o convidou a participar da pesquisa, após lhe explicar os objetivos, riscos e benefícios. Para os participantes que concordaram, estes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), seguindo-se a entrega de uma folha contendo a frase de foco da entrevista. A cada participante foi concedida meia hora para resposta à pergunta única: “Por favor, fale sobre seu trabalho no NASE”.

3.6 POPULAÇÃO DE ESTUDO

O estudo envolveu toda a população do NASE (100% dos funcionários) considerando os 2 setores, o dos profissionais de saúde e o da gestão/administrativo, perfazendo um total de 17 funcionários, sendo 10 profissionais de saúde (dois psiquiatras, um clínico médico, dois enfermeiros, três psicólogos, um nutricionista e uma assistente social); 5 administrativos (dois técnicos administrativos, uma recepcionista e duas porteiras) e 2 gestores (um coordenador e um diretor).

3.7 INSTRUMENTOS DE COLETA

No estudo foram empregados os seguintes instrumentos de coleta: entrevistas abertas que geraram o questionário das demandas ergonômicas (Apêndice B) juntamente com o questionário NASA (Apêndice C) para os trabalhadores do NASE e os registros dos atendimentos do sistema interno do NASE.

Utilizou-se neste estudo os princípios e aplicações da ferramenta Design Macroergonômico (DM) (Fogliatto & Guimarães, 1999) como base para operacionalizar a aplicação da macroergonomia sob o enfoque participativo.

O caráter eminentemente participativo estimula os trabalhadores a proferirem suas vontades e opiniões e assim os envolve nos processos decisórios na implementação das reorganizações de trabalho "... DM inova ao incorporar a demanda ergonômica do usuário no design de seu posto de trabalho. Mais especificamente, busca-se propor um posto de trabalho com características orientadas à satisfação da demanda ergonômica do trabalhador." (Fogliatto & Guimarães, 1999).

O DM utiliza os princípios da macroergonomia em conjunto com técnicas estatísticas e ferramentas de análise de decisão.

Tem sido aplicado em projetos de desenho ou redesenho de produtos e de postos de trabalho, nos quais tem-se mostrado efetivo para a identificação da demanda dos usuários (Fogliatto & Guimarães, 1999). O DM é desenvolvido em sete etapas (Fogliatto & Guimarães, 1999):

1. "Identificação do usuário e coleta organizada de informações acerca de sua demanda ergonômica.

2. Priorização dos itens de demanda ergonômica (IDEs) identificados pelo usuário. A priorização utiliza a própria informação coletada em 1, baseando-se, por exemplo, em características do conjunto de dados amostrados (frequências, ordem de menção de itens, etc.). O objetivo nesta etapa é criar um ranking de itens demandados.

3. Incorporação da opinião de especialistas (ergonomistas, designers, engenheiros, etc.) com vistas à correção de distorções apresentadas no ranking obtido em 2, bem como incorporação de itens pertinentes de demanda ergonômica não identificados pelo usuário. Determina-se, assim, um ranking corrigido de itens de demanda ergonômica a ser utilizado nas etapas seguintes da metodologia.

4. Listagem dos itens de design (IDs) a serem considerados no projeto ergonômico do posto de trabalho. Uma lista inicial de itens de design pode ser obtida inspecionando-se a lista de IDEs. Esta etapa é desenvolvida essencialmente pelo Ergonomista.

5. Determinação da força de relação entre os IDEs e os IDs determinados em 4, utilizando a Matriz da Qualidade. O objetivo é identificar grupos de IDs a serem priorizados nas etapas seguintes da metodologia.

6. Tratamento ergonômico dos IDs. Nesta etapa, estabelecem-se metas ergonômicas para os IDs baseadas em fatores como conforto e segurança do ambiente físico, além de questões antropométricas e de organização do trabalho. Metas ergonômicas compreendem características dos IDs tais como valores-alvo dimensionais, especificação de materiais, dispositivos acessórios, etc.

7. Implementação do novo design e acompanhamento.”

Neste estudo, foram utilizadas apenas as etapas 1 a 3 do DM para identificação dos itens de demanda ergonômica (IDE) para otimização do serviço do NASE.

3.7.1 As entrevistas

As entrevistas individuais foram semi estruturadas e abertas, documentadas com o auxílio de um gravador e um caderno para anotações utilizado pelo pesquisador para coletar os dados principais como nome, idade e profissão dos entrevistados. Foram realizadas entrevistas com 12 dos 17 servidores dos 2 setores do NASE porque durante esse período 5 servidores, sendo um clínico, um porteiro, um recepcionista, um psicólogo e um nutricionista estavam afastados do serviço por férias ou licença médica. As entrevistas foram feitas ao longo de uma semana no próprio local de trabalho, durante os intervalos de atendimentos entre os pacientes. O tempo médio de cada entrevista foi de 30 minutos com variações de 20 minutos à 1 hora e dez minutos. Dessas entrevistas, foram extraídos os itens de demanda ergonômica (IDEs) que mais impactam o trabalho do NASE. Os itens de maior peso identificados na entrevista originaram um questionário.

3.7.2 Questionários

O questionário está dividido em três partes A, B e C. A primeira apresenta o local e Centro o qual o programa do mestrado profissional em Ergonomia está

inserido, além dos nomes da mestrande, do orientador e co-orientadora e título do estudo. Contém dez questões (algumas de múltipla escolha) que indagam desde profissão até tipo de vínculo na instituição.

A parte B convida o servidor a marcar na escala contínua de 15cm o grau de impacto/influência de cada IDE no desempenho da atividade de cada respondente. São 35 questões que foram categorizadas em cinco construtos: comunicacional, organizacional, informacional, pessoal e físico-ambiental.

Durante a aplicação do questionário a pesquisadora informou que a questão “relações pessoais no trabalho” deveria ser respondida da seguinte forma: se percebessem que as relações pessoais são positivas, marcassem mais à direita, tendendo a muito, na escala.

Na última parte, parte C, havia duas questões abertas: a primeira solicitando citar, por ordem de relevância, os fatores que mais prejudicam o trabalho e a segunda solicitando sugestões de melhoria a fim de minorar os problemas anteriormente descritos.

Complementando a análise e para avaliar a carga de trabalho foi utilizado o questionário adaptado por Diniz e Guimarães (2004) do instrumento NASA-TLX (National Aeronautics and Space Administration/Task Load).

Esse instrumento possibilita a mensuração de seis componentes organizados em seis subescalas e da escolha entre 15 combinações possíveis de pares. A versão adaptada e validada por Diniz e Guimarães (2004) apresenta uma escala contínua de 15 cm concebida por Stone et al. (1974) diferente do original que utiliza uma escala discreta de Likert (NASA, 1986).

De acordo com Diniz e Guimarães (2004) esse instrumento é capaz de medir a carga de trabalho geral e não somente a carga de trabalho mental utilizando critérios de avaliação pessoal porque investiga aspectos físicos também que são determinantes na influência da realização do trabalho.

Trata-se de uma avaliação subjetiva com respostas de acordo com critérios de percepção individual considerando par a par, o componente de maior impacto na carga de trabalho. Findada esta etapa, marca-se na linha conforme respectiva influência percebida de cada fator. Extrai-se o peso de cada componente e em seguida esse valor é multiplicado pela sua intensidade marcada na escala contínua de 15 cm. Cruzam-se os valores obtidos para compreender as diferenças e semelhanças dos componentes da carga de trabalho. Assim obtêm-se a pontuação

geral da carga de trabalho. As pontuações variam de 0 a 15, considerando que valores acima de 7,5 correspondem a uma alta carga de trabalho, enquanto que os valores abaixo de 7,5 equivalem a baixo índice de carga de trabalho.

Tabela 3 - Fatores que representam a carga de trabalho e suas definições, de acordo com o NASA-TLX.

Componentes da carga de trabalho:	Definição:
Demanda mental	Atividade mental requerida para a realização do trabalho.
Demanda física	Atividade física requerida para a realização do trabalho.
Demanda temporal	Pressão imposta na realização do trabalho, ou seja, para que se utilize o menor tempo possível em uma tarefa e/ou se faça mais tarefas no menor tempo.
Performance	Nível de satisfação com o desempenho pessoal na realização do trabalho.
Esforço	O quanto que se deve trabalhar, tanto no aspecto físico como mental, para se atingir um nível desejado de desempenho.
Nível de frustração	Fatores que inibem a realização do trabalho (por exemplo, insegurança, irritação, falta de estímulo, estresse, contrariedades, etc) ou influenciam a realização do trabalho.

Fonte: NASA, 1986.

Tal instrumento parte da premissa que a carga de trabalho se trata de um fenômeno multidimensional de avaliação e foi nessa perspectiva que a autora elegeu tal instrumento visando mensurar diversas as condições de trabalho percebidas pelos trabalhadores. Diante das várias dimensões que abrangem a atividade de

trabalho juntamente com o modo próprio de cada trabalhador desenvolver suas tarefas, bem como diante das exigências da tarefa e da singularidade com que cada trabalhador as desempenha e considerando-se aspectos propostos pela literatura especializada, observou-se que as medidas subjetivas são as mais indicadas para se avaliar os níveis de carga de trabalho (CARDOSO, 2010).

Considerando os seis fatores de influência de carga (demanda mental, demanda física, demanda temporal, performance, esforço e nível de frustração), conforme a Tabela 3, obteve-se o nível de carga total de trabalho percebido pelos trabalhadores do NASE. Três dimensões desse questionário relacionam as exigências impostas ao sujeito (demanda temporal, mental e física) e três direcionam para a interação do sujeito com a tarefa (frustração, esforço e performance).

Os trabalhadores começaram escolhendo o fator de maior grau de relevância entre os 15 pares de opções de fatores sequenciados. Em seguida, marcam na escala contínua, o nível de influência desses fatores na realização do trabalho. Ressalta-se que quanto mais próximo do nada (zero) menor a influência da carga de trabalho aumentando proporcionalmente até o muito (quinze). Considerando que a escala tem 15 centímetros, a intensidade de cada um dos 6 componentes da carga de trabalho pode variar de zero a quinze.

A composição da análise dos resultados dos questionários resultou da soma dos componentes escolhidos entre os pares, daí revelando-se o peso de cada um desses fatores de acordo com a quantidade de vezes o qual cada componente foi selecionado pelo servidor. Depois os pesos de cada um dos 6 fatores foram multiplicados por sua intensidade marcada na escala contínua.

3.8 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

As entrevistas foram digitadas em banco de dados utilizando o programa Excell®, da plataforma Windows, sendo identificadas categorias e subcategorias de dados qualitativos, a serem apresentados como tabelas ou gráficos, com distribuição de frequências absolutas e relativas.

Para análise dos dados, foi construído um banco na planilha eletrônica Microsoft Excel a qual foi exportada para o software SPSS, versão 18, onde foi

realizada a análise. Para avaliar o perfil pessoal e profissional dos membros do NASE foram calculadas as frequências percentuais e construídas as distribuições de frequências para os fatores qualitativos, e calculadas as estatísticas mínimo, máximo, média e desvio padrão para os fatores quantitativos. A avaliação do grau de impacto/importâncias dos IDEs foi feita com base nas estatísticas média e desvio padrão e calculou-se o intervalo de confiança para as médias estimadas. Para viabilizar a comparação estatística entre IDEs, eles foram agrupados em 5 construtos ou domínios: Pessoal, Organizacional, Informacional, Comunicacional e Físico-Ambiental, conforme quadro 1.

Quadro 1 – IDEs categorizados em construtos

Construtos	IDEs
Organizacional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alta demanda de pacientes com patologias complexas ▪ Fila de espera na psicologia e psiquiatria (demanda reprimida) ▪ Relações pessoais no trabalho ▪ Possível extinção das reuniões técnicas/científicas ▪ Falta de atualização/capacitação/treinamento periódicos ▪ Ausência de produções/publicações científicas ▪ Ausência de residentes ou estudantes para aprendizado no serviço ▪ Dificuldade dos estudantes em acessar medicamentos especiais ▪ Falta de concessão do adicional de Insalubridade
Comunicacional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta frequente de estudantes às consultas previamente agendadas ▪ Falta de clareza em relação à natureza/perfil dos atendimentos (comunidade acadêmica confunde com emergência e não distingue graduando/mestrando/doutorando) ▪ Dificuldade de comunicação dos profissionais com estudantes e seus familiares ▪ Problemas de comunicação na recepção ▪ Atividades próprias da recepção mal definidas ▪ Comunicação deficiente entre os consultórios e serviços de apoio (ausência de ramais telefônicos, por exemplo) ▪ Dificuldade de articulação/convênio com unidades de saúde externas ▪ Vínculo frágil e isolamento com o Hospital das Clínicas ▪ Número de profissionais menor que o previsto no projeto inicial
Informacional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausência de prontuários padronizados, organizados e informatizados/ banco de dados ▪ Dificuldade em alimentar o sistema informatizado de atendimento ▪ Ausência de regimento próprio/fluxograma interno e externo/organograma

Pessoal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sobrecarga mental ▪ Sobrecarga física ▪ Estresse ▪ Autonomia ▪ Motivação ▪ Valorização no trabalho ▪ Clima organizacional ▪ Clima emocional
Físico-Ambiental	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de segurança na área externa (ao entrar e sair do serviço) ▪ Temperatura ▪ Ruído ▪ Ausência de persianas nos consultórios ▪ Ausência de chuveiros nos sanitários ▪ Espaço insuficiente para expansão dos atendimentos dos profissionais previstos no projeto

Fonte: a autora, 2016.

A normalidade do escore de impacto/importância foi avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk. Nos casos em que a normalidade foi indicada a comparação de média dos escores entre os domínios foi feita pelo teste da ANOVA e nos casos em que a normalidade não foi indicada aplicou-se o teste de Kruskal-Wallis para comparação da distribuição do escore de impacto/importância de cada domínio. Ainda, foi feita a comparação dos escores de impacto/importância entre os fatores de perfil pessoal e profissionais dos membros do NASE avaliados. Para avaliar a correlação entre os fatores quantitativos com o escore de impacto/importância, foi calculado o coeficiente de correlação de Spearman. Todas as conclusões foram tiradas considerando o nível de significância de 5%. Tendo em vista que o auxiliar administrativo não conseguiu preencher o questionário por falta de experiência no setor (iniciou atividade no setor há apenas 2 meses), ele foi retirado da análise e a amostra passou a ser, então, de 16 pessoas.

4 RESULTADOS

4.1 ESTRUTURA FÍSICA DO NASE

Situado à Avenida Acadêmico Hélio Ramos, s/nº na Cidade Universitária, local externo ao campus da UFPE e próximo ao seu Centro de Artes e Comunicação. Trata-se de estrutura em alvenaria horizontal com área total construída de 374m², individualizada, constituída por apenas um pavimento; conecta-se ao prédio vizinho (onde funciona o Serviço de Psicologia Aplicada do Centro de Filosofia e Ciências Humanas) compartilhando o mesmo hall de entrada. O investimento atingiu cerca de R\$ 2,8 milhões de verbas provenientes do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI) e do Programa Nacional de Assistência Estudantil (PNAES) para a edificação dos dois prédios.

Apresenta estrutura compatível com os pré-requisitos de dimensionamento, quantificação e de instalações prediais dos estabelecimentos de assistência à saúde (EAS) conforme preconizado pelas normas do Ministério da Saúde para projetos físicos desta natureza.

É dotado de doze salas para atendimento, sendo quatro delas configuradas como consultórios diferenciados de odontologia, vez que são dotadas de bancadas com lavatório para a higienização das mãos e cuba para lavagem de instrumentais. As demais se apresentam como salas de atendimento individual servidas pelos ambientes de apoio, sendo: duas salas do corpo administrativo e gestão, área de recepção e espera; um miniauditório; dois banheiros masculinos e dois femininos; um local para depósito de materiais de limpeza, além de copa e almoxarifado.

O NASE inicialmente partilhava sua estrutura com o NACE (Núcleo de Acessibilidade) até meados do segundo semestre de 2015, momento em que este foi realocado para o segundo andar do Centro de Convenções da UFPE. Neste mesmo período foi deslocada a DAE anteriormente instalada na PROAES em prédio anexo à Reitoria para o NASE.

A fim de otimizar a ocupação das salas de atendimento diante da chegada no NASE do DAE - composta por cerca de 12 profissionais -, praticou-se a reorganização do espaço laboral, o que resultou na redução do número de salas utilizadas pelo NASE. Das nove salas anteriormente disponíveis, remanesceram seis, distribuídas da seguinte forma: um consultório para atendimento em Psiquiatria; um para os atendimentos de Clínica Médica e Nutrição; dois consultórios de Psicologia; um consultório de Enfermagem; uma sala de atendimento do Serviço Social.

4.2 FUNCIONAMENTO E ATIVIDADES DAS EQUIPES DO NASE

O NASE funciona em regime exclusivamente ambulatorial prestando assistência, através de atendimento eletivo, aos estudantes com demandas em saúde, de modo programado e continuado, no horário das 7 às 19 horas e de segunda à sexta-feira.

Dinâmica de atendimento

Pela observação direta da pesquisadora que trabalha no NASE desde sua inauguração em 2014, e também com base em documentos redigidos na fase de estruturação do núcleo, o NASE opera da seguinte forma: O estudante que se dirige ao NASE é atendido inicialmente por funcionários da recepção que fazem o registro no sistema informacional interno do NASE com nome completo, CPF, curso ao qual está vinculado. Em seguida é agendado para o processo de acolhimento e triagem diretamente para o enfermeiro ou, caso o estudante não seja beneficiário dos programas de bolsas da PROAES, para o assistente social.

Esse agendamento prévio funciona geralmente com frequência pré-estabelecida, porém os casos que demandem maior brevidade dispensam este fluxo.

Estes profissionais buscam sempre a prática de uma escuta atenta e dirigida, com o objetivo de identificar o contexto da situação atual e pregressa do estudante, suas condições de saúde individuais, socioeconômicas, se goza de apoio familiar e/ou comunitário, bem como de suas dificuldades acadêmicas.

A seguir, conforme sua demanda individual determine, o estudante é encaminhado para uma ou mais especialidades de acompanhamento assistencial no NASE ou referenciado externamente para os serviços ofertados pela rede pública do SUS e/ou para a rede privada. Todos os registros dos atendimentos profissionais são armazenados em formulários físicos de forma compartimentada, muitos ainda sem prontuário organizado de forma única.

A rede de serviços públicos de maior proximidade com o NASE (disponível também para o cuidado da saúde aos estudantes além do público em geral) dentro da UFPE é composta pelos seguintes órgãos apoiadores: o Hospital das Clínicas (HC), o NASS (Núcleo de Atenção à Saúde do Servidor), a Clínica de Odontologia, a Clínica de Fonoaudiologia, a Clínica de Fisioterapia, a Clínica de Terapia Ocupacional, o laboratório de exames do Departamento de Bioquímica, a Farmácia Escola e outros projetos de extensão voltados para atenção á saúde na UFPE. Os integrantes da equipe de saúde do NASE encaminham através de formulário próprio os estudantes para estes serviços (conforme pactuação prévia conduzida pelos gestores juntamente com a equipe) sempre valorizando a lógica da articulação no processo de acompanhamento terapêutico e fortalecimento das políticas integrais de saúde. A ideia é utilizar ao máximo todo o aparato já existente e disponível da Universidade.

Porém, nem sempre estes instrumentos são suficientes para atender em sua integralidade alguns casos mais específicos, provocando a necessidade de recorrer a serviços fora do ambiente acadêmico.

Sendo assim, as opções terapêuticas disponíveis englobam atendimento no próprio Núcleo; na rede de oferta de serviços da universidade e já articulados ao NASE; na rede de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS) e/ou até mesmo na rede privada, conforme a especificidade de cada caso e previsão de possibilidade conferida pela PROAES.

A rede privada é sempre a última opção depois de findadas todas as outras possibilidades dentro da rede do SUS, porém deve ser considerada como alternativa para o alcance da equidade e integralidade da assistência ao sujeito conforme princípios doutrinários do SUS.

É relevante ressaltar que o atendimento na rede privada, anteriormente viabilizada pela Reitoria da Universidade, ficou restrito a alguns casos especiais, a partir do início das atividades do NASE. O argumento para tal restrição foi a

disponibilidade de atendimento psicológico e psiquiátrico nas instalações do Núcleo, admitindo que a equipe de profissionais estivesse adequadamente dimensionada para atendimento da demanda.

No ano de 2016, há previsão de aumento no contingente discente em situação de vulnerabilidade socioeconômica na UFPE, em decorrência da progressão percentual dos estudantes ingressos mediante sistema de cotas universitárias, o que pode exigir, prioritariamente, que sejam avaliadas as questões organizacionais do NASE para atender a este público. Por se tratar de um dos problemas relevantes a serem discutidos mais adiante neste estudo, é importante ressaltar que a natureza do serviço do NASE é estritamente ambulatorial, observadas sua ideologia, estruturação e conformação; casos emergenciais que determinem intervenções imediatas deverão ser referenciados e transferidos para as unidades de emergência mais próximas conforme a necessidade de cada caso. Os serviços ofertados concentram-se nas áreas de Enfermagem, Clínica Médica, Psiquiatria, Psicologia, Nutrição e Serviço Social.

Assistência em Enfermagem: principal porta de entrada ao Núcleo, tem suas ações pautadas na integralidade da dimensão do cuidado individual. Realiza o acolhimento através da triagem, visando uma construção interdisciplinar da saúde do indivíduo utilizando canais de interlocução com a equipe multidisciplinar e com a família do estudante ou sua comunidade de apoio, sempre que necessário. Objetivando o atendimento humanizado, utiliza os recursos da escuta, da formação do vínculo profissional/usuário e do cuidado integral como instrumentos para percepção das necessidades prioritárias do estudante que busca atendimento especializado. As atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem estão relacionadas ao acolhimento/triagem dos estudantes; encaminhamento para as especialidades ofertadas pelo NASE ou para a rede pública do SUS conforme necessidade e competência; orientações educativas quanto à imunização, realização de exames, resgate dos estudantes que abandonaram ou interromperam o tratamento continuado de psicologia e/ou psiquiatria; participação nas reuniões técnicas multidisciplinar para apresentação de casos novos e acompanhamento da evolução de casos antigos; verificação junto ao serviço social das condições da bolsa do estudante (se regularmente matriculado na UFPE e se beneficiário de algum auxílio da PROAES) para constatar a situação de vulnerabilidade

socioeconômica; prescrever e implementar ações de enfermagem visando a promoção da saúde do sujeito assistido.

Assistência em Clínica Médica: esses atendimentos que iniciaram em 25/09/2014, são realizados por dois médicos especializados na área e tem suas ações voltadas à atenção primária em saúde dos estudantes objetivando desenvolver estratégias de prevenção e promoção em saúde associado ao diagnóstico e tratamento de doenças. Sua demanda é formada a partir do acolhimento dos casos novos na triagem, egresso dos pacientes assistidos e interconsulta dos pacientes acompanhados pela psiquiatria, psicologia e nutrição. As atividades desempenhadas englobam acolhimento, anamnese, exame físico e ainda solicitação de exames complementares para o devido diagnóstico e tratamento.

Assistência em Psiquiatria: anteriormente funcionava nas instalações físicas do prédio da PROAES, este serviço é o mais antigo quando comparado aos demais. Com a inauguração do NASE, os dois psiquiatras passaram a integrar a equipe deste, reforçando a atenção à saúde mental dos estudantes da UFPE. A demanda é constituída da seguinte maneira: encaminhamentos da equipe de assistência estudantil da PROAES; estudantes encaminhados pelos demais profissionais do NASE e também se abastece dos casos identificados durante reunião técnica como possíveis transtornos psíquicos. O atendimento caracteriza-se por acolhimento, avaliação clínica e formulação diagnóstica; interconsulta psiquiátrica; terapia farmacológica; orientações em psicoeducação; técnicas psicoterapêuticas breves; atendimento familiar, quando necessário; encaminhamento a outros profissionais e/ou serviços, quando necessário; acompanhamento multidisciplinar dos casos, com profissionais integrantes do NASE, com servidores e professores da universidade, ou mesmo com profissionais de fora do campus. É ofertado ainda psicoterapia de base psicanalítica com atendimentos semanais para casos específicos que determinem esta demanda. Emissão de parecer quanto à situação atual de saúde dos estudantes também são demandas que eventualmente surgem para estes profissionais por solicitação do próprio NASE ou de outros setores da UFPE.

Assistência em Psicologia: configura-se como o serviço mais procurado do NASE, abarcando os encaminhamentos dos demais profissionais deste em conjunto com os

encaminhamentos da equipe de assistência estudantil da PROAES. Após 4 meses do início de funcionamento do NASE, a psicologia já operava com fila de espera. Os atendimentos começaram em julho de 2014 com duas psicólogas e, a partir de outubro deste mesmo ano, mais um psicólogo foi incorporado ao serviço (quantitativo que permanece até o momento atual). A atuação prioritária baseia-se nas psicologias clínica e psicossocial com valorização da escuta clínica. O acompanhamento psicoterápico é individual e, geralmente, realizado semanalmente, porém alguns casos de maior complexidade exigem um número maior de atendimentos ao longo da semana. Estes profissionais exercem atividades distintas como a participação em reuniões de frequência trimestral com psicólogos não pertencentes à instituição, mas que atendem os estudantes da UFPE por meio de parceria constituída através do Programa de Bem- Estar Mental (PROBEM) da PROAES. Importante ressaltar que antes da criação do NASE, esta era a via de acesso ao tratamento psicoterápico dos estudantes identificados e encaminhados pelo Departamento de Assistência Estudantil (DAE), contudo restou assegurada a continuidade (até a devida alta clínica) dos processos terapêuticos em andamento à época.

Assistência em Nutrição: os atendimentos nutricionais acontecem através de demanda trazida à triagem ou por encaminhamento realizado por outros integrantes da equipe. Os estudantes são atendidos pela nutricionista de forma individual considerando sua integralidade através da avaliação nutricional antropométrica, laboratorial e métodos de análise do consumo alimentar. As atividades envolvem, conforme descrito no projeto de assistência nutricional: identificar distúrbios de visão distorcida da imagem corporal; avaliar o estado nutricional dos estudantes por meio de análise da composição corporal e parâmetros bioquímicos; analisar os hábitos alimentares dos estudantes por meio da aplicação de métodos de investigação do consumo alimentar; elaborar plano alimentar individualizado baseado nos parâmetros da reeducação alimentar modificando hábitos alimentares para a promoção da saúde e tratamento de distúrbios e/ou tratamento com fármacos que tenham implicações nutricionais. Atividades de educação nutricional também são realizadas por este profissional. O serviço de Nutrição traduz-se em significativo suporte para o de psiquiatria, compreendendo que diversos fármacos utilizados no

tratamento de transtornos psiquiátricos afetam diretamente no curso terapêutico planejado, sendo de suma importância o acompanhamento desses estudantes do ponto de vista nutricional.

Assistência em Serviço Social: absorve todos os casos de estudantes não beneficiários de bolsas. É voltado para definição do perfil socioeconômico e familiar dos estudantes visando possibilitar o acesso aos serviços do NASE. Realiza acolhimento a partir da entrevista individual; preenchimento da ficha de primeiro atendimento; elaboração do parecer social com os apropriados encaminhamentos mediante apresentação de documentos comprobatórios de renda (do estudante e de membros de sua família maiores de 18 anos); averigua se o estudante realmente não está coberto por seguro de saúde privado; executa levantamento dos estudantes concluintes do semestre corrente para futuro desligamento de tratamento no NASE e seu devido escoamento para a rede pública ou privada de saúde mediante amparo e orientação clínica da equipe multidisciplinar do Núcleo.

Reunião técnico-científica multidisciplinar

A comunicação entre os profissionais é permanente para discutir a conduta para os acolhimentos realizados durante os atendimentos e, adicionalmente, é realizada reunião técnico/administrativa de frequência semanal, aglutinando três momentos distintos e fundamentados em uma prática interdisciplinar integrada. Geralmente inicia-se com a apresentação dos casos novos captados pela triagem e segue com a discussão e revisão de conduta dos casos antigos, destacando questões relacionadas à adesão ou abandono do tratamento proposto; agravamento ou remissão do quadro clínico e assim compartilhando informações, permite que a equipe promova os ajustes necessários para a adequação da terapêutica. Neste momento também é feito o resgate daqueles pacientes acompanhados temporariamente por outros serviços como, por exemplo, pacientes internados no Hospital das Clínicas ou nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da região metropolitana viabilizando desta forma a vigilância dos casos e acompanhamento da situação de saúde do estudante.

Finalizado o debate sobre temas descritos acima, são abordados temas teóricos científicos de interesse do grupo. Prosseguindo ao último momento da reunião, abre-se espaço para informes em geral ou questões administrativas como

marcação de férias, tratativas da gestão, mudanças e adequações de fluxos, leitura de ofícios e comunicações internas pertinentes às atividades laborais. As tarefas realizadas no NASE podem ser sumarizadas no quadro 1.

Quadro 1 – Tarefas realizadas pelos profissionais de saúde do NASE

Tarefa	Responsável
Acolhimento dos estudantes de forma humanizada	Todos os profissionais
Discussão dos casos e definição das atuações e responsabilidades por meio de ações multiprofissionais e transdisciplinares	Profissionais de saúde
Identificação dos problemas prioritários para subsidiar o planejamento das ações e práticas a serem adotadas para melhorar o desenvolvimento laboral	Gestores e profissionais de saúde
Avaliação dos casos individualmente e/ou de forma compartilhada com outros profissionais	Profissionais de saúde
Participação nas comissões destinadas à temas específicos (violência sexual, elaborações administrativas) e criação de outras de acordo com a demanda do campus	Gestores e profissionais de saúde
Participação dos servidores em atividades de aperfeiçoamento, congressos, jornadas, seminários, simpósios pertinentes às ações realizadas no NASE	Todos os profissionais
Intermediação dos encaminhamentos de casos para a rede de referência e acompanhamento dos casos atendidos em parceria com outros setores	Profissionais de saúde
Elaboração de estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades do NASE	Gestores e profissionais de saúde

Fonte: a autora, 2016.

O trabalho previsto do NASE dependia/depende de parcerias estabelecidas externamente ao Núcleo, pois este realiza apenas atendimento básico e não possui recursos humanos ou estrutura física que permita resolver todas as necessidades dos estudantes. É evidente a importância da qualidade das relações com outros

serviços, sendo este um ponto facilitador ou agravante da dinâmica de trabalho do NASE.

4.3 RECURSOS HUMANOS DO NASE

O NASE conta com um corpo funcional multiprofissional de 10 profissionais de saúde sendo: três médicos (1 clínico geral e dois psiquiatras), um nutricionista, dois enfermeiros, três psicólogos, dois assistentes sociais, um nutricionista; e 7 trabalhadores no setor administrativo sendo um coordenador, uma diretora, dois técnicos administrativos, uma recepcionista e dois porteiros.

A tabela 1 apresenta os dados demográficos das 17 pessoas que constituem a população do NASE, 14 pessoas (82,4%) são vinculadas pelo regime estatutário e apenas 3 (17,6%) que desempenham suas funções na recepção/portaria, são celetistas. A predominância e do sexo feminino (75%), a faixa etária esta entre 23 e 50 anos (media de 35,8 anos com desvio padrão de 6,9 anos). Apenas a medica/clínica recebe adicional insalubridade porque, apesar de todas as outras especialidades entrarem com solicitação da concessão de insalubridade, restou à comissão responsável pelo julgamento do pleito e regida por legislação específica, deferir apenas para a clínica geral. 10 pessoas (58,9%) trabalham em ambos os turnos. Os profissionais ligados ao setor de assistência à saúde tem carga horária de 40 horas, à exceção dos médicos, com carga horária de 20 horas, e o biólogo que tem dedicação exclusiva. Estes profissionais atuam no NASE há um mínimo de 2 meses e um máximo de 32 meses.

Tabela 1: Perfil sociodemográfico

Setor	Profissão / Ocupação	Sexo	Idade	Tempo de Serviço no NASE (meses)	Tempo de Exercício Profissional (anos)	Grau de Instrução	Vínculo	Turno de trabalho Principal	Carga horária semanal (horas)
Assistência à saúde	Médico/psiquiatra	M	38	30	14	E / R	EF	Ambos	20
	Médico/psiquiatra	M	31	32	7+ 5 m	E / R	EF	Ambos	20
	Médico/clínico geral	F	31	24	8	E / R	EF	Primeiro	20
	Enfermeiro	F	40	25	16	E / R	EF	Primeiro	40

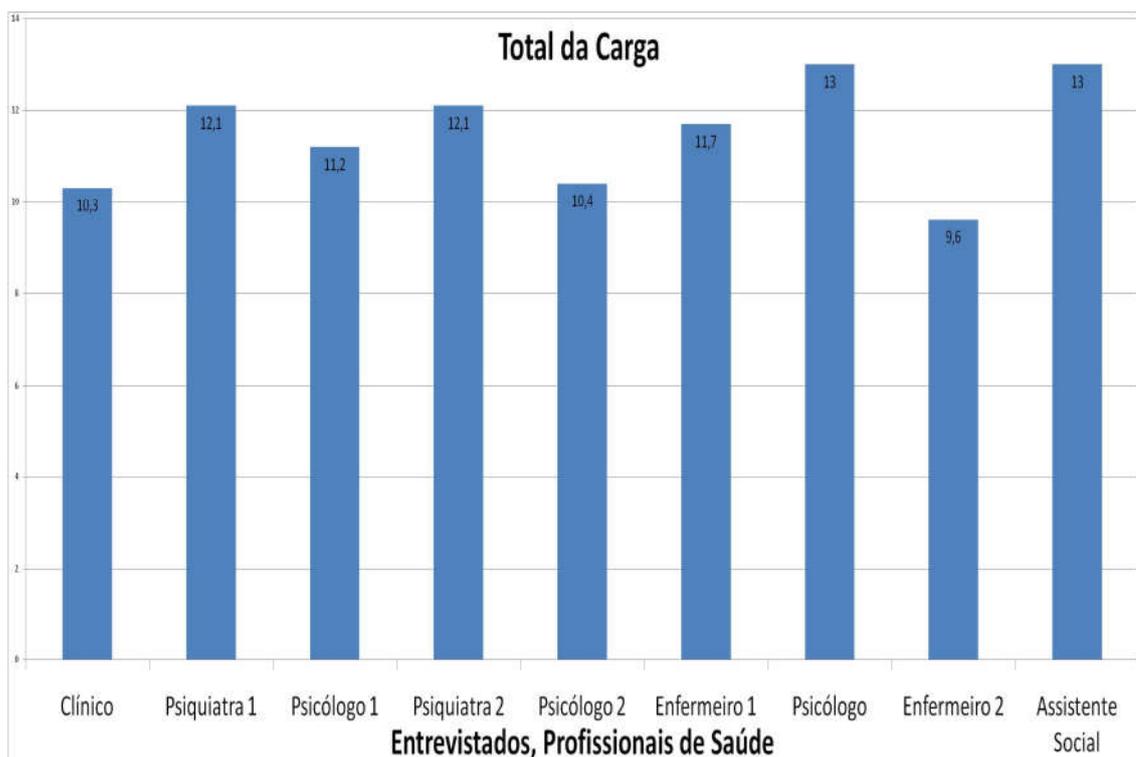
	Enfermeiro	F	40	24	18	E / R	EF	Ambos	40
	Nutricionista	F	40		18	M	EF	Ambos	40
	Assistente Social	F	37	21	8	E / R	EF	Primeiro	40
	Psicólogo	M	34	18	7	E / R	EF	Ambos	30
	Psicólogo	F	29	24	7	E / R	EF	Ambos	40
	Psicólogo	F	32	24	6	E / R	EF	Ambos	40
Administração / Recepção	Assistente Social/diretor	F	50	6	9	E/R	EF	Ambos	40
	Biólogo/coordenador	M	36	7	14	D	EF	Segundo	DE
	AuxAdm	M	45	2	25	G	EF	Segundo	30
	Assistente administrativo	F	28	6	4	G	EF	Primeiro	30
	Porteira	F	23	24		EM/P	CLT	Segundo	44
	Porteira	F	36	10	9 m	EM/P	CLT	Ambos	44
	Recepcionista	F	47	27	NI	G	CLT	Ambos	40

E / R = Especialização/ Residência; D= Doutorado; M = Mestrado; G= Graduação; Ensino Médio/ Profissionalizante; EF= Estatutário Federal; Primeiro turno (7h às 13h); Segundo turno (13h às19h)

Confrontando com os dados sociodemográficos, observa-se que os trabalhadores do grupo gestão/administrativo são os que apresentam menor tempo de atuação de serviço no núcleo. Continuando a análise, é possível verificar situação distinta, a saber, este mesmo grupo reúne o profissional com maior grau de escolaridade e também o de menor grau de escolaridade.

O gráfico 1 apresenta os dados do NASA TLX adaptado. A carga de trabalho total, de cada um dos 9 respondentes do setor de saúde (pois um profissional não devolveu o questionário).

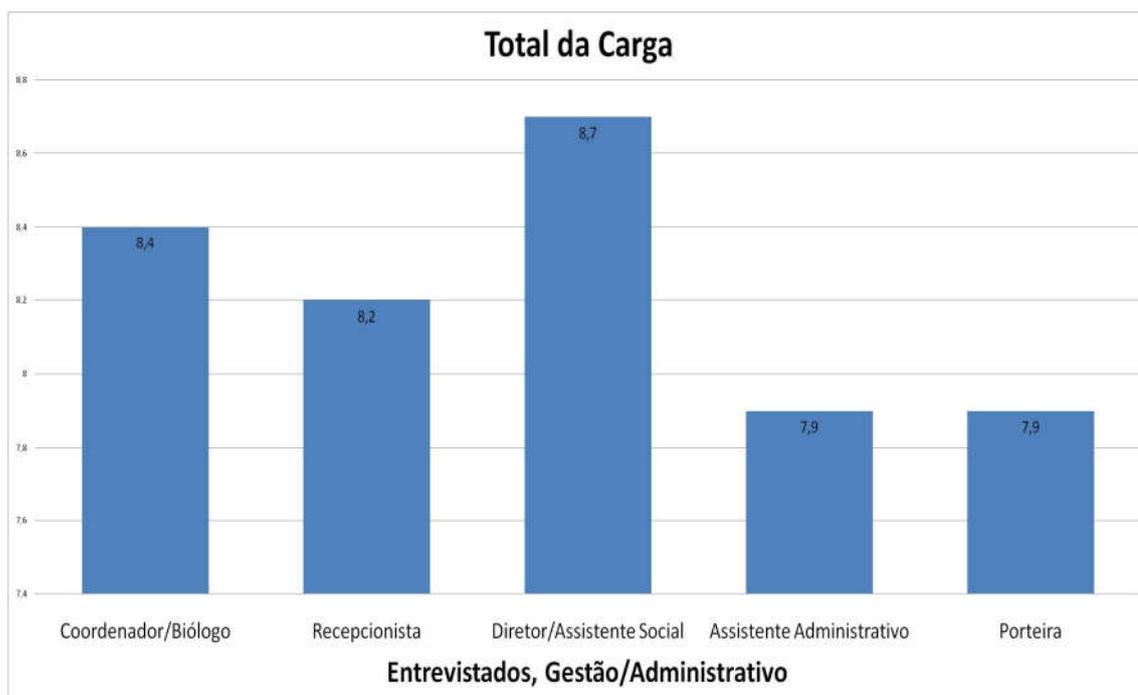
Gráfico 1- Carga de trabalho total, por profissional de saúde



Observa-se que todas as cargas de trabalho do gráfico 1 ultrapassam a metade do valor da escala (7,5), mas é nítido que as cargas do pessoal da saúde são mais altas, o que era esperado tendo em vista que são estes os que dão seguimento ao tratamento dos pacientes.

O gráfico 2 apresenta a carga total de cada um dos 5 profissionais do setor gestão/administrativo (pois um profissional não devolveu o questionário e outro não participou da amostra devido ao tempo de trabalho no setor ser inferior ao estabelecido na pesquisa).

Gráfico 2 - Carga de trabalho total por profissional do setor administrativo

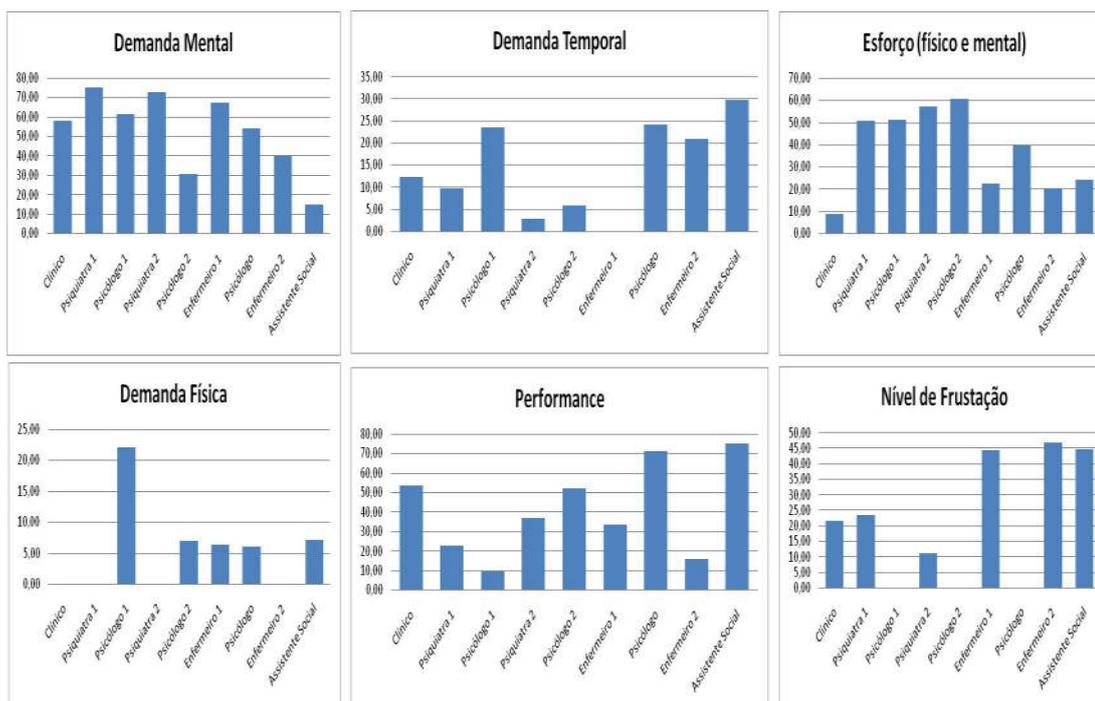


O gráfico 2 sinaliza que dentro do setor gestão/administrativo, os que percebem maior carga de trabalho são justamente os gestores; primeiramente o diretor e em seguida o coordenador.

Comparando os gráficos 1 e 2, observa-se que os profissionais de saúde percebem a carga de trabalho como maior do que os profissionais do setor de gestão/administrativo. Mesmo os gestores percebem uma carga menor do que os colegas da linha de frente dos atendimentos individuais de saúde.

Os gráficos agrupados como gráfico 3 apresentam a distribuição dos fatores de influência dos profissionais de saúde na composição da carga total de trabalho do pessoal da saúde.

Gráfico 3 - Carga de trabalho dos profissionais de saúde, por fator de influência.

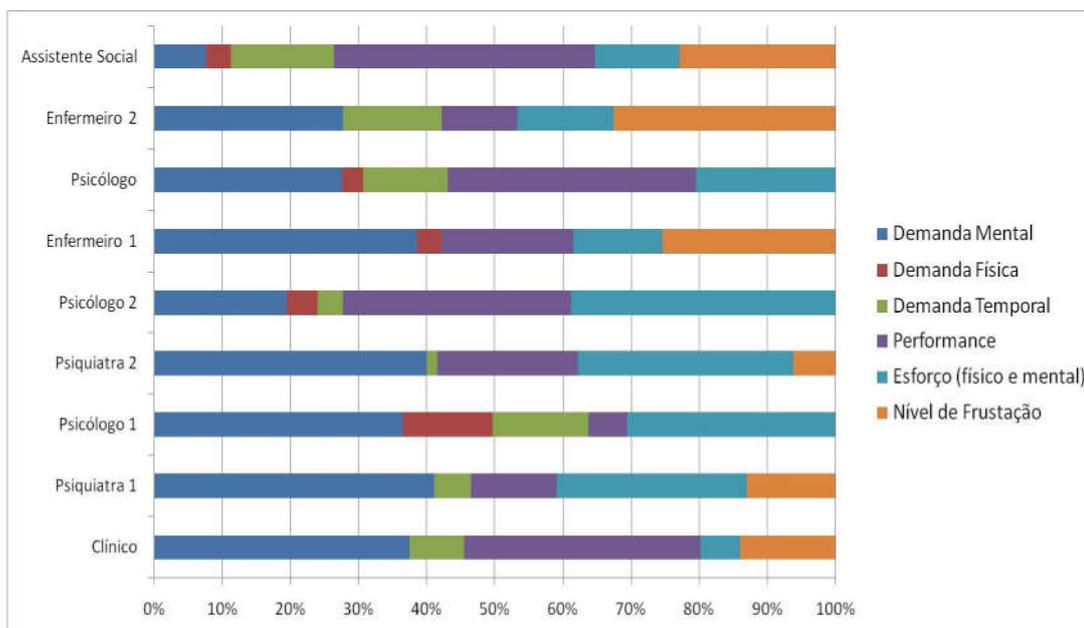


Fonte: a autora, 2016.

Pelo gráfico 3, os três fatores mais expressivos no total de carga dos trabalhadores são respectivamente: demanda mental, performance e esforço. A demanda física aparece como a menos impactante para a realização das tarefas. Esses 3 fatores estão interligados considerando que o esforço reúne a atividade física e mental sendo propulsor para se alcançar um nível desejado de performance; e a demanda mental é toda a atividade mental requerida para a realização do trabalho. Quando avaliamos os fatores de influência comparativamente, observamos que a demanda física sequer é citada por 4 dos entrevistados, contrapondo outros três fatores como demanda mental, esforço e performance que foram os únicos apontados em totalidade pelo grupo profissionais de saúde.

O gráfico 4 apresenta a distribuição por percentual de influência de cada um dos fatores por trabalhador do grupo profissionais de saúde.

Gráfico 4 – Percentual de influência dos fatores de carga de trabalho por profissional de saúde



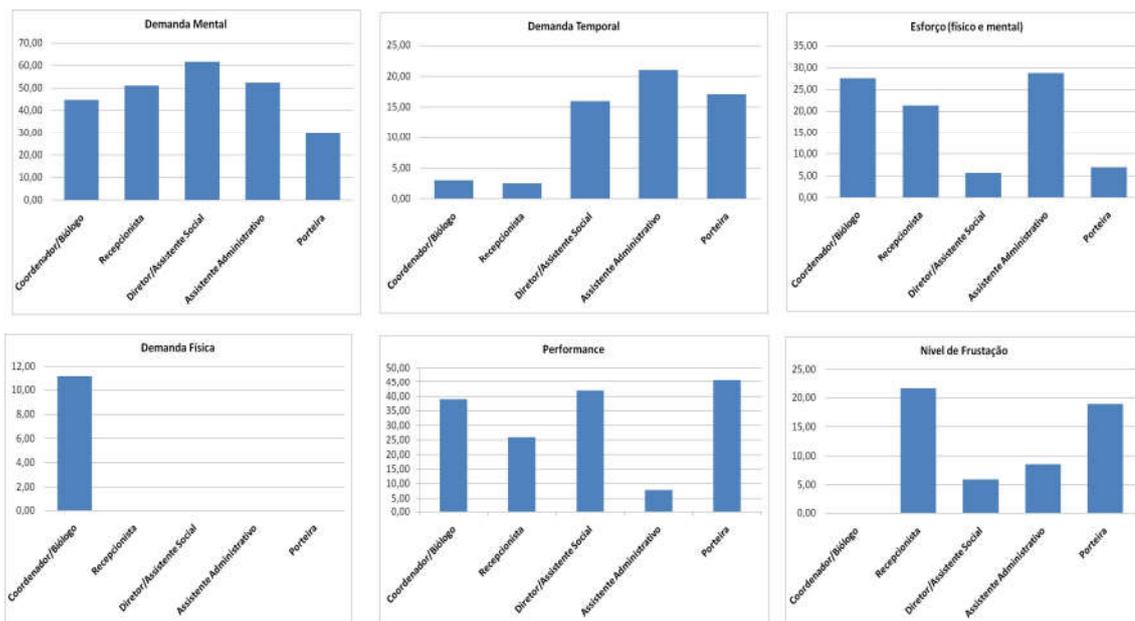
Fonte: a autora, 2016.

Verifica-se, pela leitura do gráfico 4, que os fatores que mais influenciam na composição da carga são demanda mental, esforço e performance; quatro integrantes sequer pontuam, nem que minimamente, a demanda física.

Outro dado que chama a atenção é o fato do nível de frustração não ter sido pontuado por nenhum dos três psicólogos.

O gráfico 5 apresenta a distribuição de carga de trabalho dos profissionais lotados no setor gestão/administrativo.

Gráfico 5 - Carga de trabalho dos profissionais de gestão/administrativo, por fator de influência.

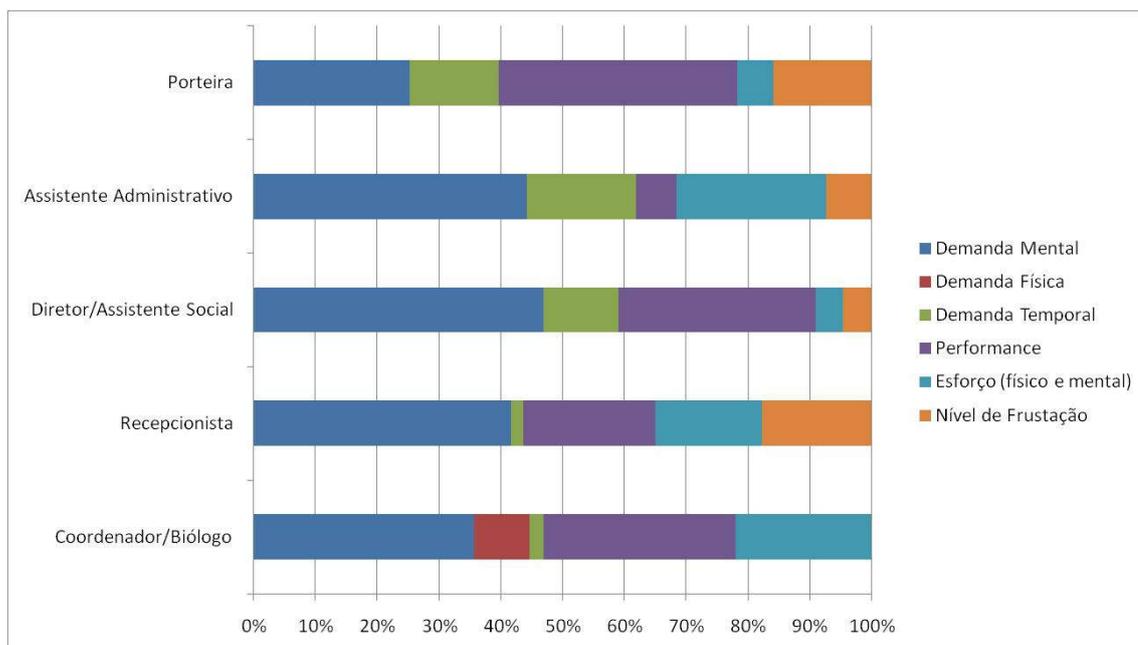


Fonte: a autora, 2016.

A demanda física, com exceção de 1 participante, não apresenta qualquer influência na composição da carga de trabalho; em compensação, a demanda mental é o fator com maior influência nessa composição.

O gráfico 6 apresenta a distribuição dos fatores de influência na composição da carga total de trabalho dos profissionais do setor gestão/administrativo por percentual.

Gráfico 6 - Percentual de influência dos fatores de carga de trabalho por funcionário do grupo gestão/administrativo.



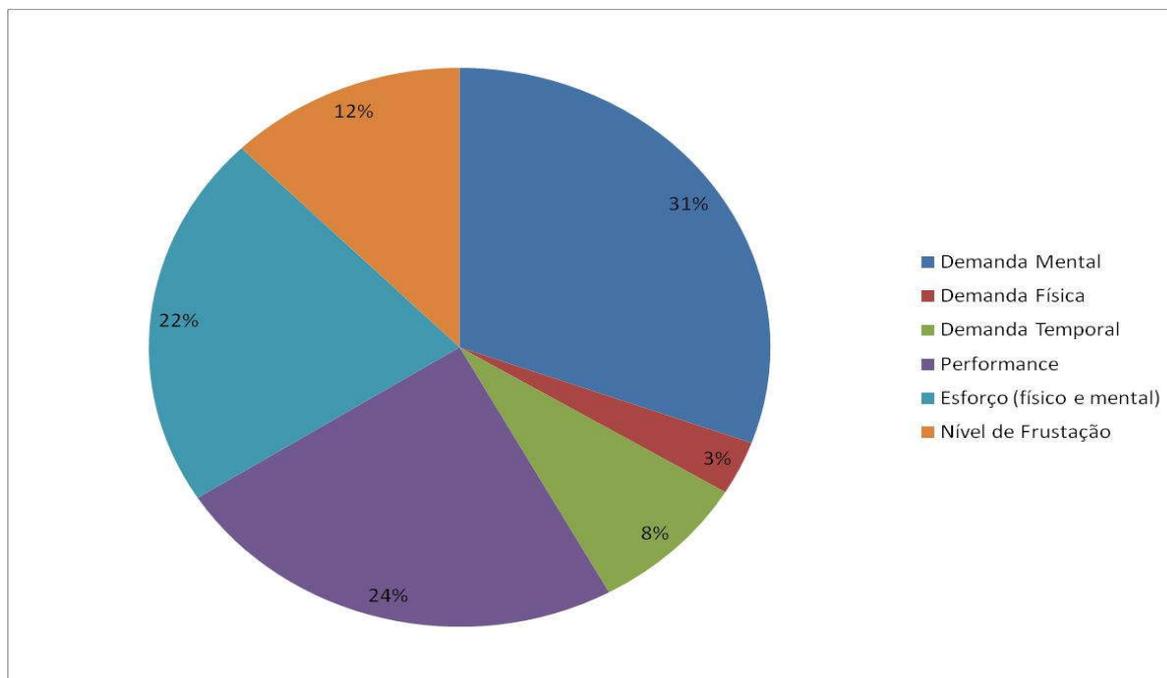
Fonte: a autora, 2016.

Conforme o gráfico 6, a demanda mental é o fator com maior influência no somatório da carga de trabalho em seguida demanda temporal e performance. Nível de frustração, demanda temporal e demanda física proporcionalmente influenciam muito pouco e em certos participantes nem aparecem com nível de importância.

Os gráficos 7 e 8 permitem melhor comparar os resultados, entre setores, do NASA-TLX adaptado.

O gráfico 7 demonstra a composição da carga de trabalho total expressa pelos profissionais do setor de saúde conforme cada fator de influência.

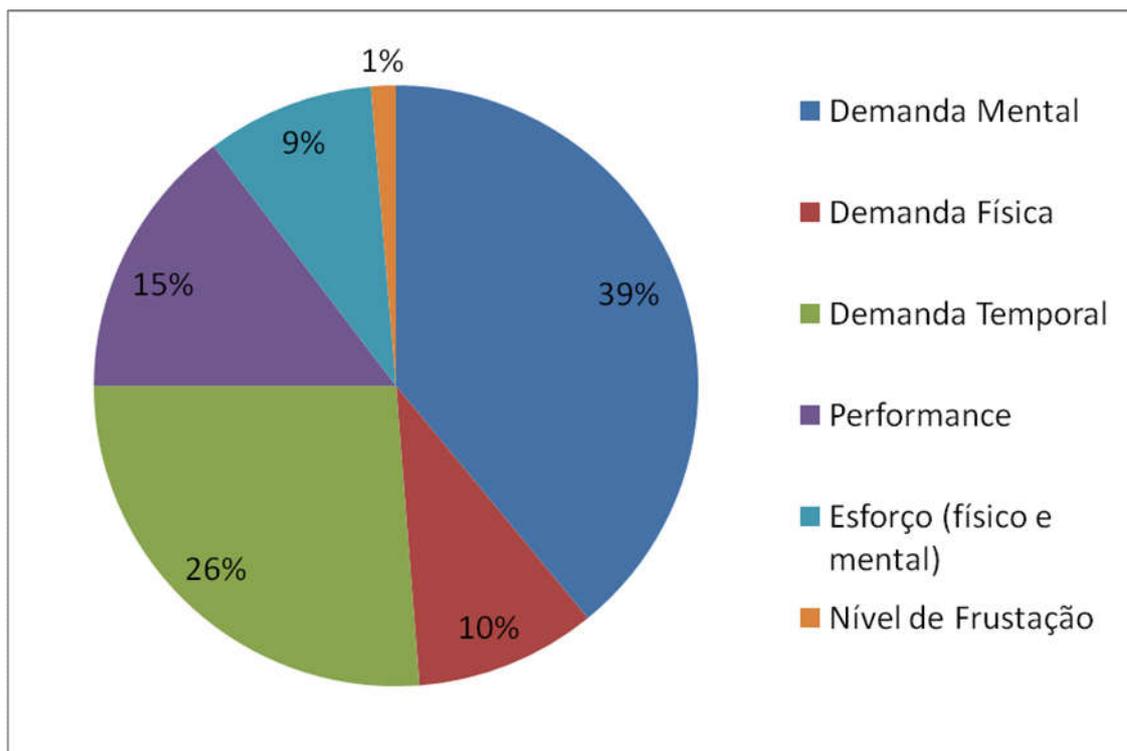
Gráfico 7 - Composição da carga de trabalho total no setor saúde, por fator de influência.



Fonte: a autora, 2016.

O gráfico 8 demonstra a composição da carga de trabalho total expressa pelos profissionais do setor gestão/administrativo conforme cada fator de influência.

Gráfico 8 - Composição da carga de trabalho total, no setor gestão/administrativo, por fator de influência.



Fonte: a autora, 2016.

Nos dois grupos, a demanda mental se mantém como o fator de maior influência, revelando que apesar das atividades serem distintas, a atividade mental é a mais exigida para execução do trabalho no NASE. A composição dos outros fatores, no entanto, difere entre setores.

A frustração, por exemplo, é 12 vezes maior no grupo dos profissionais de saúde do que no grupo gestão/administrativo. A frustração de não conseguir atender os alunos como deveriam acaba também por gerar insegurança, estresse, irritação, desmotivação, descontentamento, etc., durante a realização da atividade. Fazendo um paralelo com os IDEs do Construto Pessoal na Tabela 2, motivação e clima emocional impactam bastante o trabalho no NASE.

Os fatores mais significativos na composição da carga de trabalho dos profissionais de saúde são a demanda mental (31%), esforço (27%) e performance (24%) que representam 82% da carga total de trabalho. Para os funcionários do administrativo os fatores mais significativos na composição da carga de trabalho são a demanda mental (39%) e temporal (26%) que perfazem 65% da carga. Pelas

peculiaridades do tipo de atendimento, o trabalho no NASE demanda muito esforço mental e pouco esforço físico de todos os profissionais envolvidos.

A Tabela 2 apresenta a média, desvio padrão e intervalo de confiança do escore de impacto/importância dos IDEs avaliados na pesquisa, divididos em 5 construtos: Pessoal, Organizacional, Informacional, Comunicacional e Físico-Ambiental.

Tabela 2 - Média, desvio padrão e intervalo de confiança do escore de impacto/importância dos IDEs avaliados na pesquisa.

CONSTRUTO	IDES	Média	Desvio Padrão	IC(95%)
Organizacional	23 - Relações pessoais no trabalho	12,25	2,33	11,01 - 13,49
	02 - Fila de espera de pacientes na psicologia a psiquiatria (demanda reprimida)	11,62	4,76	9,09 - 14,16
	34 - Falta de concessão de insalubridade	11,43	5,11	8,61 - 14,26
	26 - Possível extinção das reuniões técnicas científicas	10,78	5,63	7,78 - 13,78
	11 - Número de profissionais menor que o previsto no projeto inicial	10,09	5,20	7,32 - 12,86
	28 - Ausência de produções / publicações científicas	9,38	5,04	6,69 - 12,06
	27 - Falta de atualização / capacitado/ treinamento periódicos	9,28	5,10	6,57 - 12,00
	01 - Alta demanda de pacientes com patologias complexas (demandando a atuação de várias especialidades em conjunto)	9,06	4,80	6,50 - 11,62
	35 - Dificuldade dos alunos em acessar medicamentos especiais	9,03	6,18	5,74 - 12,32
	12 - Ausência de residentes ou estudantes atuando no NASE	7,69	5,08	4,98 - 10,39

	07 - Atividades próprias da recepção mal definidas	6,47	4,74	3,94 - 8,99
Comunicacional	08 - Comunicação deficiente entre os consultórios e serviços de apoio (ausência de ramais telefônicos por exemplo)	11,22	4,24	8,96 - 13,48
	10 - Vinculo frágil e isolamento HC	11,09	4,94	8,46 - 13,73
	09 - Dificuldade de articulação/convênio com unidades de saúde externas	10,81	4,46	8,43 - 13,19
	04 - Falta de clareza em relação à natureza/perfil dos atendimentos (comunidade acadêmica confunde com serviço de emergência e não distingue o graduando/mestrando/ doutorando)	8,06	4,00	5,93 - 10,19
	03 - Falta frequente de alunos as consultas previamente agendadas	7,12	3,60	5,20 - 9,04
	06 - Problemas de comunicação na recepção	6,28	4,46	3,91 - 8,66
	05 - Dificuldade de comunicação dos profissionais e seus familiares	2,62	2,14	1,48 - 3,77
Informacional	14 - Ausência de prontuários padronizados, organizados e informatizados/ banco de dados	10,59	5,04	7,91 - 13,28
	16 - Ausência de regimento próprio/fluxograma interno e externo/organograma	10,50	3,93	8,40 - 12,60
	15 - Dificuldade em alimentar o sistema informatizado de atendimento	8,00	5,48	5,08 - 10,92
Pessoal	24 - Clima organizacional	11,09	1,94	10,06 - 12,13

	25 - Clima emocional	11,00	3,48	9,15 - 12,85
	21 - Motivação	10,56	3,17	8,88 - 12,25
	22 - Valorização no trabalho	10,53	2,93	8,97 - 12,09
	20 - Autonomia	9,91	3,87	7,84 - 11,97
	17 - Sobrecarga mental	9,09	4,85	6,51 - 11,68
	19 - Estresse	9,00	4,51	6,60 - 11,40
	18 - Sobrecarga Física	4,97	4,87	2,38 - 7,56
Físico-Ambiental	29 - Falta de segurança na área externa (ao entrar e sair do serviço)	12,09	4,64	9,62 - 14,57
	13 - Espaço insuficiente para expansão dos atendimentos dos profissionais previstos no projeto	9,25	4,90	6,64 - 11,86
	33 - Ausência de chuveiros nos sanitários	8,17	6,31	4,67 - 11,66
	32 - Ausência de persianas nos consultórios	7,69	6,25	4,36 - 11,02
	31 - Ruído	4,50	4,57	2,06 - 6,94
	30 - Temperatura desconfortável	3,94	5,05	1,25 - 6,63

IC = intervalo de confiança

A Tabela apresenta a análise estatística do escore do grau de impacto/importância segundo os domínios avaliados. Verifica-se que as médias de grau de impacto/importância não são estatisticamente diferentes, ou seja, não há diferença entre as medias de importância dos 5 construtos. Cabe notar, no entanto, que o IDE com maior impacto, para todos foi a “falta de segurança na área externa (ao entrar e sair do serviço)” do construto “Físico-ambiental”, pois o NASE está situado próximo de uma avenida com intensa movimentação de pessoas e veículos com ocorrência frequente de assaltos e há apenas um profissional de segurança durante o dia que se divide entre a segurança do NASE e do prédio do SPA.

Tabela 3 - Análise descritiva do escore do grau de impacto/importância segundo os domínios avaliados.

Domínios	Média	Desvio Padrão	IC(95%)	p-valor
Organizacional	10,04	2,94	8,47 - 11,61	
Informacional	9,70	4,02	7,56 - 11,84	
Pessoal	9,01	3,99	6,89 - 11,14	0,276 ¹
Comunicacional	8,25	2,40	6,97 - 9,53	
Físico-Ambiental	8,09	2,91	6,54 - 9,64	

¹p-valor do teste da ANOVA (se p-valor < 0,05 a diferença entre as médias do escore é significativa).

No entanto, quando a análise é feita por fatores, algumas diferenças são notadas. Pela Tabela 4 que apresenta a média e desvio padrão do escore do grau de impacto/importância segundo os domínios avaliados e os fatores de perfil pessoal, fica claro que apesar de não haver efeito do sexo em nenhum dos domínios do estudo (p-valor foi maior do que 0,05 em todos os domínios avaliados), houve diferença significativa nos domínios Organizacional e Informacional (p-valor = 0,046 e 0,015, respectivamente) quanto ao grau de instrução. Os profissionais com especialização/residência, mestrado e doutorado, que são justamente aqueles que atendem diretamente os alunos, valorizam principalmente as “relações pessoais no

trabalho”, a “fila de espera de pacientes na psicologia a psiquiatria (demanda reprimida) e a “falta de concessão de insalubridade” do construto Organizacional e a “ausência de prontuários padronizados no banco de dados informatizado” assim como a “ausência de regimento próprio/fluxograma interno e externo/organograma” que fazem parte do construto Informacional. Estas questões são entraves da rotina do NASE e estes profissionais (médicos, enfermeiros, nutricionista etc.) são justamente aqueles que atuam na atividade-fim (atender o paciente, saber por quais outros setores ele já foi atendido e para escolha e seguimento do tratamento mais recomendado), portanto são os que mais dependem da organização do sistema. Esta mesma justificativa pode ser considerada quando se avalia o perfil profissional na Tabela 5. O teste de comparação de médias foi também significativo apenas no domínio Organizacional e no Informacional (p-valor = 0,042 e 0,001, respectivamente), indicando que os estatutários, que são os que atuam na linha de frente consideram as questões relacionadas à organização e à informação muito mais importante para o seu trabalho do que os celetistas. Estes estatutários trabalham no setor de assistência à saúde, e o fator setor também mostrou ter efeito significativo (médias de impacto/importância significativamente superiores em relação ao grupo que trabalha na administração/recepção) nos domínios: Organizacional (p-valor = 0,014) e Informacional (p-valor = 0,008). No NASE, os profissionais da recepção, celetistas, e de menor grau de instrução, tem a função de receber o paciente. A partir de então, o paciente é avaliado por profissionais estatutários, de alto grau de instrução, que compõem a equipe médica, que devem encaminhá-lo, o quanto mais rápido possível, para o atendimento que melhor se amolde às suas necessidades. O paciente percorre os setores de Assistência Social, Enfermagem, donde será encaminhado, a depender da triagem, para o profissional nutricionista, o psicólogo, o psiquiatra ou o clínico. Assim, para os estatutários, é imprescindível a implantação de sistema informatizado (que consta do construto Informacional) de atendimento, com prontuário eletrônico e definição do respectivo fluxograma interno e externo dos atendimentos recebidos pelo paciente nos diversos setores profissionais.

Tabela 4 - Média e desvio padrão do escore do grau de impacto/importância dos IDEs segundo os domínios avaliados e os fatores de perfil pessoal.

Fator avaliado	Domínio				
	ORG	INF	PES	COM	FIS-AMB
A1 - Sexo					
Masculino	11,92±1,57	12,38±1,92	11,50±2,26	8,86±1,68	8,31±2,73
Feminino	9,42±3,07	8,81±4,18	8,18±4,16	8,05±2,63	8,02±3,08
<i>p-valor</i> ¹	0,147	0,127	0,156	0,574	0,869
A6 - Grau de instrução					
Ensino médio/ Profissionalizante	6,44±2,99	3,67±4,01	4,92±0,59	6,55±4,31	10,25±2,47
Graduação	6,53±2,24	5,00±1,41	6,33±7,31	5,42±3,71	9,38±2,53
Especialização / Residência	10,98±2,20	11,40±2,75	9,88±3,62	9,10±1,66	6,69±2,48
Mestrado	13,33	12,17	11,67	8,35	12,50
Doutorado	11,56	11,67	11,17	8,65	10,83
<i>p-valor</i> ²	0,046	0,015	0,413	0,296	0,113

ORG = Organizacional; INF = Informacional; PES = Pessoal; COM = Comunicacional; FIS-AMB = Físico-ambiental. ¹p-valor do teste t de Student para comparação de média em amostras independentes (se p-valor < 0,05 as médias diferem significativamente entre os níveis do fator avaliado).²p-valor do teste da ANOVA.

Tabela 5 - Média e desvio padrão do escore do grau de impacto/importância dos IDEs segundo os domínios avaliados e os fatores de perfil profissional.

Fator avaliado	Domínio				
	ORG	INF	PES	COM	FIS-AMB
A7 - Vínculo empregatício					
Estatutário federal	10,74±2,66	11,06±2,83	9,45±4,04	8,53±2,25	7,53±2,86
CLT	7,00±2,32	3,78±2,84	7,11±3,82	7,05±3,17	10,56±1,83
<i>p-valor</i> ¹	0,042	0,001	0,378	0,354	0,106
Setor					
Assistência à saúde	11,37±2,45	11,62±2,71	10,07±3,66	8,87±1,57	7,46±2,98
Administra./recepção/Gestão	7,83±2,75	6,50±3,94	7,25±4,20	7,22±3,28	9,15±2,70
<i>p-valor</i> ²	0,014	0,008	0,180	0,191	0,274

A3 - Profissão/ocupação					
Médico/psiquiatra	13,03±1,14	13,83±1,18	11,75±3,89	10,08±0,74	5,96±0,41
Médico/clínico geral	9,39	14,00	2,83	11,25	4,50
Enfermeiro	11,58±0,90	11,67±0,24	11,00±0,94	9,45±1,34	6,50±4,48
Nutricionista	13,33	12,17	11,67	8,35	12,50
Assistente Social	11,67±3,06	12,08±2,95	12,25±3,42	9,80±1,27	5,62±1,12
Psicólogo	9,30±2,34	8,28±2,11	8,67±2,75	7,05±0,49	8,75±2,54
Outro	7,50±2,94	5,80±3,96	6,73±4,48	6,52±3,14	10,02±1,88
<i>p-valor</i> ²	0,181	0,072	0,310	0,292	0,112
A8. Turno de trabalho (principal)					
Primeiro turno (7h as 13h)	9,78±3,71	11,50±3,82	7,25±6,35	8,34±3,82	5,46±1,90
Segundo turno (13h as 19h)	7,94±5,11	6,25±7,66	7,83±4,71	6,08±3,64	11,42±0,82
Ambos	10,57±2,38	9,67±3,38	9,95±2,81	8,65±1,43	8,48±2,67
<i>p-valor</i> ²	0,538	0,342	0,502	0,409	0,034
A10. Adicional de insalubridade					
Sim	9,39	14,00	2,83	11,25	4,50
Não	10,09±3,04	9,41±3,98	9,42±3,76	8,05±2,34	8,33±2,84
<i>p-valor</i> ¹	0,828	0,283	0,112	0,207	0,213

ORG = Organizacional; INF = Informacional; PES = Pessoal; COM = Comunicacional; FIS-AMB = Físico-ambiental. ¹p-valor do teste t de Student para comparação de média em amostras independentes (se p-valor < 0,05 as médias diferem significativamente entre os níveis do fator avaliado).²p-valor do teste da ANOVA.

A Tabela 5 também aponta que há diferença entre as médias dos IDEs do construto Físico-ambiental (p-valor = 0,034) dependendo do turno de trabalho. O grupo que trabalha no segundo turno (13h às 19h) apresentou média de impacto/importância maior do que os profissionais que trabalham em outro turno. O resultado seria esperado já que as manhãs tendem a ser mais frescas e menos ruidosas do que as tardes.

Tabela 6 - Análise de correlação entre a idade, carga horária de trabalho, tempo de serviço no NASE e o tempo de exercício na profissão com o escore do grau de impacto/importância em cada domínio avaliado.

Fator avaliado	Domínio				
	ORG	INF	PES	COM	FIS-AMB
A2 - Idade	r = 0,395 p = 0,130	r = 0,262 p = 0,327	r = 0,588 p = 0,017	r = 0,579 p = 0,019	r = -0,124 p = 0,648
A9 - Carga horária de trabalho (horas)	r = -0,222 p = 0,408	r = -0,517 p = 0,040	r = 0,071 p = 0,794	r = -0,246 p = 0,359	r = 0,415 p = 0,110
A4 - Tempo de serviço no NASE (meses)	r = 0,511 p = 0,051	r = 0,504 p = 0,055	r = 0,338 p = 0,218	r = 0,326 p = 0,236	r = -0,375 p = 0,169
A5 - Tempo de exercício profissional (ano)	r = 0,612 p = 0,020	r = 0,462 p = 0,096	r = 0,562 p = 0,037	r = 0,413 p = 0,142	r = 0,272 p = 0,348

ORG = Organizacional; INF = Informacional; PES = Pessoal; COM = Comunicacional; FIS-AMB = Físico-ambiental. r = Coeficiente de correlação de Spearman.

A Tabela 6 apresenta os resultados de análise de correlação entre os escores de impacto/importância e os fatores: idade, carga horária de trabalho, tempo de serviço no NASE e tempo de exercício profissional. Verifica-se que apenas o tempo de serviço no NASE não apresentou correlação significativa com o grau de impacto/importância das IDEs avaliados, o que pode ser justificado pelo fato do NASE ser muito recente e seus profissionais tenham mais ou menos o mesmo curto tempo de experiência no Núcleo. Porém, é perceptível que no domínio Organizacional e Informacional o teste apresentou-se muito próximo da significância.

Observa-se que a idade apresenta correlação positiva e significativa com o escore do construto Pessoal e do Comunicacional. Infere-se que é mais provável que profissionais com maior idade, percebam os seguintes IDEs como os mais prejudiciais ao bom desempenho laboral: "sobrecarga mental", "sobrecarga física", "motivação", "valorização no trabalho". Não se desconsidere, como motivo para tal resultado a fadiga profissional, comumente presentes em profissionais com maior idade.

A "carga horária de trabalho" apresentou correlação significativa e inversamente proporcional com o escore do construto apoio Informacional ($r = -0,517$, $p = 0,040$).

Para a variável tempo de exercício profissional, o teste de correlação foi significativo com o escore do domínio Organizacional ($r = 0,612$, $p\text{-valor} = 0,020$) e pessoal ($r = 0,562$, $p\text{-valor} = 0,037$). Corroborando os resultados da Tabela 5, os profissionais com maior grau acadêmico, e com maior experiência profissional. Este resultado se deve ao fato de que com o decorrer do tempo de exercício profissional os trabalhadores, de qualquer área, adquirem gradativamente experiências de novos processos produtivos, compartilhamento de informações e valores.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E RECOMENDAÇÕES ERGONÔMICAS

O trabalho de preparar um diagnóstico é irrelevante se este não criar mudanças positivas. Isto significa que a intervenção ergonômica é uma tecnologia da prática que objetiva modificar a situação de trabalho para torná-la mais adequada às pessoas que nela operam (Couto, 1995).

Por se tratar de um núcleo recente, o NASE passa constantemente por várias modificações e adaptações relativas à organização do trabalho, processo de trabalho, adequação de espaços físicos, relações com políticas públicas, demandas específicas provocadas por grupos docentes e discentes.

Os resultados mostraram que os IDEs “relações pessoais no trabalho”, “fila de espera de pacientes na psicologia a psiquiatria (demanda reprimida) e “falta de concessão de insalubridade” do construto Organizacional, e “ausência de prontuários padronizados no banco de dados informatizado” assim como “ausência de regimento próprio/fluxograma interno e externo/organograma” que fazem parte do construto Informacional são os de maior impacto para os profissionais com especialização/residência, mestrado e doutorado, que são justamente aqueles que atendem diretamente aos estudantes.

Conforme descrito no método, durante a aplicação do questionário a pesquisadora informou que em relação à pergunta sobre “relações pessoais no trabalho” o “muito” (15) seria o ponto mais alto dessa positividade. Portanto, este IDE elevado revelou-se favoravelmente como um ponto salubre do ambiente laboral do NASE.

Uma questão de ordem organizacional importante para os trabalhadores é a revisão do adicional de insalubridade. O adicional só foi concedido para o médico clínico que seria o único a desempenhar atividades com risco biológico, ou seja, exposição a fluidos corporais (suor, saliva, sangue). Esta questão só poderia ser revista para outros profissionais se outras atividades ou exames fossem inseridas na rotina do NASE e de acordo com o parecer da comissão de insalubridade pertinente.

Um IDE que impacta negativamente nos trabalhadores e estudantes é a fila de espera para a psicologia e psiquiatria, que é uma realidade desde a abertura do NASE em meados de outubro de 2014. Isto se dá por problemas de ordem organizacional e comunicacional. No primeiro enfoque, ocorre que o número atual de profissionais não atende à demanda, mas contribui também para este problema

questões comunicacionais relativas a articulação deficiente entre outros órgãos, que dificulta o encaminhamento de pacientes para a rede de saúde interna (Hospital das Clínicas, Clínica de Odontologia) e externa (ambulatórios e hospitais estaduais e municipais) A fila de pacientes gera problemas principalmente no setor de triagem que não tem para onde “desaguar” a necessidade dos estudantes principalmente aqueles em situações de risco grave, tais como pacientes com transtornos de personalidade, potenciais suicidas, pessoas em depressão, com problemas de abuso de drogas e automutilação. Para reduzir a fila de espera, a proposta do pessoal do NASE é a contratação de novos profissionais para as áreas de maior demanda e com número de profissionais ainda insuficientes no grupo, tais como os psicólogos e psiquiatras. Apesar dessa recomendação, tendo em vista que não há possibilidade de contratação de novos profissionais, pelo menos em curto prazo, sugere-se a remoção interna de servidores de outros setores que estejam interessados em trabalhar no NASE. Outras ações proativas são a criação de grupos terapêuticos com estudantes que apresentam dificuldades semelhantes para serem trabalhados coletivamente por psicólogos do NASE.

Além disso, fortalecer o fluxo de encaminhamento dos pacientes para a rede de saúde interna e externa ao NASE através da formação de vínculos institucionalizados, ou seja, firmados entre a UFPE/NASE e a rede disponível de saúde pública municipal e estadual ou até mesmo através de parcerias privadas; assim teríamos mais opções de oferta de atendimento à saúde para encaminhar os estudantes do NASE. Dessa forma abre-se um leque de instrumentos de saúde, além do HC, que é atualmente o receptor de maior parte de nossa demanda para as especialidades médicas não cobertas pelo NASE.

Entre as questões de ordem informacional que prejudicam a dinâmica de atendimento do NASE, destaca-se a falta de registro unificado em prontuário que dificulta entender o que ocorre com o estudante desde sua entrada no serviço. Por exemplo, se um estudante retorna para atendimento em outra especialidade diferente da anterior, muitas vezes não se têm o registro deste atendimento, levando ao redirecionamento ao setor de triagem, desnecessariamente, ou, se ele volta para apresentar resultados de exames clínicos, faz-se o registro dos valores em formulário distinto de onde ocorreu a solicitação inicial.

Todos os registros dos atendimentos profissionais são armazenados em formulários físicos de forma compartimentada, muitos ainda sem prontuário organizado de forma única. Então ocorre que cada profissional realiza um atendimento dentro de sua área e em ficha própria sem dar continuidade à uma seqüência de atendimentos, ficando registros de um mesmo paciente armazenados em salas diferentes. Esses dados desorganizados confundem e geram ações em duplicidade pelos vários profissionais desconstruindo um meio de comunicação que serviria de apoio para tomada de decisão sobre qual o tratamento mais adequado a que o estudante deveria ser submetido. Uma proposta para minimizar o problema seria organizar os prontuários conforme um sistema padronizado e digital de prontuário médico eletrônico gerando um banco de dados possível de municiar a Pró-Reitoria de indicadores que orientassem as melhores estratégias de apoio à assistência estudantil.

Respondendo a pergunta norteadora do estudo, sim, há diferenças entre o idealizado no projeto original do NASE e o trabalho real: principalmente, ausência de registro em prontuário unificado, atendimento ofertado apenas individualmente e não para grupos com necessidades semelhantes, número de psicólogos inferior ao estabelecido no projeto inicial, e articulação deficiente com rede de serviços de saúde. Justamente esses itens se revelaram como os IDES do construto Organizacional de maior influência na realização do trabalho no NASE: fila de espera de pacientes na psicologia e psiquiatria (demanda reprimida) e a falta de concessão de insalubridade e no construto Informacional ausência de prontuários padronizados no banco de dados informatizado e ausência de regimento próprio/fluxograma interno e externo/organogramas sendo estes geradores de frustração principalmente nos profissionais de saúde que possuem a responsabilidade de acolher e cuidar destes estudantes.

O quadro 2 a seguir apresenta as tarefas prescritas conforme projeto inicial do NASE e, com base na observação direta, as ações realizadas de fato, que configuram o trabalho real. Na coluna a esquerda do quadro 2 estão as atividades prescritas quando da criação do NASE. À esquerda, o que vem sendo feito a partir dos recursos disponíveis.

Quadro 2 – Diferenças entre o trabalho prescrito e real do NASE

Prescrito	Real
Registro unificado dos atendimentos em prontuário eletrônico	Registros realizados em formulários físicos e armazenados em diversos locais
Funcionar como campo de estágio para alunos de graduação e pós-graduação em Psiquiatria, Psicologia, Nutrição e Enfermagem	Verificada atuação de estagiários exclusivamente no serviço de Nutrição e por breve período
Desenvolvimento de projetos de pesquisa acerca dos determinantes em saúde no ambiente acadêmico	Sem projetos de pesquisa sobre o tema
Desenvolver atividades de prevenção e promoção em saúde, contemplando diversas áreas do conhecimento em saúde, com vistas à melhora na qualidade de vida do discente e redução do risco de adoecimento	Orientações ofertadas de forma individual, não sistematizada, por cada profissional
Utilizar serviços e projetos de extensão da UFPE com proposta de atenção em saúde no campus	Subutilização do instrumental universitário já disponível
Interligar a universidade a outros serviços de saúde do SUS, especialmente no entorno do campus, permitindo uma oferta de saúde o mais completa possível ao estudante;	Vínculos ainda frágeis com outros setores traduzidos na dificuldade em realizar encaminhamentos para determinadas especialidades ou para exames específicos
Previsão de atendimento psicológico individual e de grupos terapêuticos formados a partir da identificação de estudantes com demandas psicológicas semelhantes	Prática de consultas individuais
Intervenções psicossociais domiciliares realizadas por composição diversa entre os profissionais técnicos	Intervenções domiciliares realizadas unicamente pela assistente social
Atendimentos em grupo com atividades de educação nutricional	Realizados apenas atendimentos individuais
06 psicólogos para composição da	03 psicólogos na equipe de

equipe de assistência psicoterapêutica	assistência psicoterapêutica
Estabelecer articulação com a rede de serviços, equipamentos e recursos da comunidade (saúde, educação, esportes, lazer, entre outros).	Articulação deficitária, os casos são resolvidos de forma individual, sem institucionalização dos encaminhamentos e fluxos
Reduzir os índices de interrupção e abandono da formação acadêmica por motivos relacionados à saúde;	Ausência de parâmetros e indicadores previamente estabelecidos que demonstrem essa redução

Fonte: a autora, 2016.

Portanto, sem pretensões de apresentar respostas definitivas para questões tão complexas e que demandam o aprofundamento em outros estudos, algumas recomendações surgiram como possíveis facilitadoras deste processo a partir dos resultados encontrados:

- Promover a aproximação do NASE com a docência de cada área de ensino para permitir a troca de informações e experiências acerca das dificuldades específicas de cada grupo e assim propiciar intervenções direcionadas (abuso de drogas, dificuldades didáticas, vocacionais, afetivas) e desenvolver projetos voltados para prevenção, promoção em saúde e qualidade de vida do estudante com foco interdisciplinar durante seu ciclo de formação universitária, essas ações preventivas podem evitar o adoecimento dos estudantes e assim diminuir a alta demanda de pacientes com patologias complexas sendo estes os que necessitam da intervenção de várias especialidades de saúde.
- Desenvolver projetos de pesquisa visando à análise de variáveis não abordadas neste estudo concernente à saúde estudantil e visando o aperfeiçoamento do próprio serviço oferecido ampliando a atuação do NASE e possivelmente aumentando o número de atendimentos
- Reuniões sistemáticas entre equipe de saúde e gestão buscando a otimização dos processos de trabalho e possíveis soluções para diminuir o IDE de demanda reprimida (fila de espera).
- Estabelecer o NASE como campo de prática para estudantes de pós-graduação nos campos de atuação dos profissionais e desta forma

ampliar a atuação do NASE, beneficiando não só os estudantes que aguardam atendimento na fila de espera.

- Estabelecer parcerias com diversas estruturas de ensino na UFPE, objetivando publicizar as informações identificadas no NASE como geradoras de processos mórbidos a fim compartilhar informações de interrupção e abandono da formação acadêmica por motivos relacionados ao ambiente de aprendizagem e conseqüentemente, com esta ação preventiva, diminuir a demanda e fila de espera assim como buscar novos projetos e parcerias de atendimento terapêutico e desta forma ampliar as possibilidades de tratamento diminuindo o quantitativo do IDE fila de espera.
- Elaboração de estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades competentes ao NASE como realizar um brainstorming com o corpo docente e dessa maneira atender ao IDE comunicacional da falta de clareza em relação à natureza e perfil dos atendimentos realizados no NASE.

Além disso, o NASE necessita de melhorias físico ambientais, principalmente:

- Iluminação adequada com instalação de outros refletores na área externa;
- Aquisição de persianas, macas, tensiômetro aneróide, equipamento de bioimpedância, ramal telefônico para as salas de atendimento.

É importante ressaltar a necessidade urgente de ampliação física do NASE para atender a um contingente exponencial, considerando que a partir de 2016, 50% das vagas dos cursos oferecidos pela UFPE serão preenchidas pelo Programa de cotas do Governo Federal alargando consideravelmente o público prioritariamente assistido pelo NASE.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROPOSIÇÕES PARA ESTUDOS FUTUROS

Alguns problemas, mesmo não aparecendo nos itens de demanda ergonômica, foram surgindo de acordo com desenvolvimento do estudo. A citar, o fato de o Núcleo ser considerado uma unidade administrativa dentro do organograma da UFPE (apesar de sua dinâmica, funcionamento, estrutura e recursos humanos caracterizar uma unidade de saúde) traz uma série de impedimentos quando da tentativa de vincular o NASE a alguns programas especiais promovidos pelo SUS.

Por exemplo, o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, cujas linhas de cuidado estão definidas em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas publicadas pelo Ministério da Saúde. Trata-se, geralmente, de remédios de uso contínuo e de alto custo usados no tratamento de doenças crônicas e raras, que muitas vezes não podem ser custeados pelos pacientes. Apesar de ainda não haver estatística, os funcionários do NASE percebem em suas rotinas laborais que alguns estudantes interrompem seu tratamento por dificuldade financeira em custeá-lo.

Entretanto, a farmácia de medicamentos especiais de Pernambuco, responsável pela distribuição, apenas libera os insumos para aqueles usuários que foram atendidos por médicos cadastrados no SUS e em unidades regularizadas com número do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) e por esta razão o NASE (por não estar vinculado ao SUS e figurar como uma unidade de caráter administrativo) não consegue fazer este tipo de encaminhamento.

Este entrave é substancialmente relevante no que tange a possibilidade de amplificação das opções terapêuticas e, caso resolvido, estudantes diagnosticados com patologias como esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno esquizoafetivo e transtorno de déficit de atenção (TDAH) e ainda outras doenças fora do âmbito da psiquiatria como diabetes mellitus, acne grave e asma persistente grave poderiam ser beneficiados através do tratamento continuado com esses medicamentos. Porém outros desdobramentos também são necessários para assegurar o benefício; a apresentação de exames específicos para fins de monitoramento como hemograma completo com contagem de plaquetas, dosagem

de prolactina, fundoscopia, perfil lipídico, espirometria, BHCG, volume urinário, dosagem de sódio plasmático dentre outros. O NASE precisaria de forte vínculo com os laboratórios do Hospital das Clínicas (mais próximo fisicamente) como parceiro nessa situação.

Desta forma, considerando o exposto, propomos as seguintes recomendações para estudos futuros:

- Identificar as principais patologias apresentadas pelos estudantes atendidos no NASE, e a correlação destas com doenças sabidamente provocadas por condições ergonômicas inadequadas; (e assim criar programas no NASE de prevenção a essas patologias; por exemplo, doenças provocadas por má postura em sala de aula; ou ansiedade provocada pelo ambiente acadêmico) e Analisar a percepção dos estudantes usuários do NASE quanto às condições ergonômicas em seu ambiente de aprendizagem (e assim identificar se o ambiente da universidade contribui para esse adoecimento ; quais os riscos ergonômicos que estes estudantes estão mais expostos dentro do ambiente de aprendizagem da UFPE);

- Identificar os benefícios percebidos pelo estudante os quais atribui ao atendimento/ terapêutica recebida no NASE (se após o tratamento no NASE, ou até mesmo durante, os estudantes percebem melhora em sua qualidade de vida acadêmica, social);

- Aplicação de outros métodos que contemplem a organização de trabalho buscando casualidades de prevenção e promoção em saúde dos profissionais, contemplando o conhecimento em ergonomia e objetivando a melhoria na qualidade de vida e a redução do risco de adoecimento dos profissionais do NASE. (a carga de trabalho é elevada para os profissionais de saúde (atendimento a estudantes depressivos, potenciais suicidas, Borderline e manejo da população acadêmica e familiar nos casos de suicídio) e não há programa voltado para a preservação da saúde desse trabalhador; não há ainda estatística sobre os afastamentos nem os motivos dos afastamentos dos trabalhadores do NASE);

- Analisar o impacto da atuação do NASE nos índices de prejuízo acadêmico (como interrupção e abandono de cursos) associado ao processo saúde-doença. Para tanto, realizar comparações estatísticas nas taxas de evasão escolar da UFPE, comparando as taxas de antes e após a criação do NASE, uma vez que um dos

principais papéis do NASE é diminuir o índice de evasão escolar por falta de assistência à saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, L. S.; SOARES, A. P. Os estudantes universitários: sucesso escolar e desenvolvimento psicossocial. In: MERCURI, E.; POLYDORO, S. A. J. (Orgs.). *Estudante universitário: características e experiências de formação*. Taubaté: Cabral, 2003.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ERGONOMIA. *Conceito de Ergonomia*. .
- BARDAGI, M.; HUTZ, C. S. Evasão universitária e serviços de apoio ao estudante : uma breve revisão. **Psicologia em Revista - São Paulo**, v. 14, n. 2, p. 279–301, 2005.
- BASSO, C.; GRAF, L. P.; CABRAL LIMA, F.; SCHMIDT, B.; PATTA BARDAGI, M. Organização de tempo e métodos de estudo: Oficinas com estudantes universitários. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, v. 14, n. 2, p. 277–282, 2013.
- BRASIL. Decreto nº 7.234, de 19 de julho de 2010. Dispõe sobre o Programa Nacional de Assistência Estudantil - PNAES. , 2010. Diário Oficial da União - Seção 1 - 20/7/2010, Página 5.
- BRASIL. Norma Regulamentadora NR 17 - visa a estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente. **Diário Oficial da União**, 1978.
- BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. DECRETO Nº 7.234, DE 19 DE JULHO DE 2010. EMENTA: Dispõe sobre o Programa Nacional de Assistência Estudantil - PNAES. , 2010. Brasil: Diário Oficial da União - Seção 1 - 20/7/2010, Página 5.
- BUGLIANI, R. D. E. O. *Macroergonomia: Um Panorama Do Cenário Brasileiro Macroergonomia*. , 2007.
- BUGLIANI, R. de O. *Macroergonomia: um panorama do cenário brasileiro*. 2007. Dissertação(Mestrado em Desenho Industrial) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Bauru.
- BULÉ, A. E.; CUNHA; ESTIVALETE, D.; et al. Mudança Organizacional: uma Análise do Processo de Internacionalização. In: Universidade Federaç de Santa Maria (Ed.); XI Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia. **Anais...** . p.1–16, 2014. Santa Maria.
- CARDOSO, M. S. *Avaliação da Carga Mental de Trabalho e o Desempenho de Métodos de Mensuração: NASA TLX e SWAT*. 2010. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção e Sistemas)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.
- CARDOSO, Mariane de Souza; GONTIJO, Leila Amaral. Evaluation of mental workload and performance measurement: NASA TLX and SWAT. *Gestão & Produção*, v. 19, n. 4, p. 873-884, 2012.
- CARLOTTO, M. S.; NAKAMURA, A. P.; CÂMARA, S. G. Síndrome de Burnout em estudantes de psicologia. **Psico - PUC-RS**, v. 37, n. 1, p. 57–62, 2006.
- CASTRO, A.; TEIXEIRA, M. A. A evasão em um curso de psicologia: Uma análise qualitativa. **Psicologia em Estudo**, v. 18, n. 2, p. 199–209, 2013.

COLETA, J. A. DELA; COLETA, M. F. DELA. Felicidade, bem-estar subjetivo e comportamento acadêmico de estudantes universitários. **Psicologia em Estudo**, v. 11, n. 3, p. 533–539, 2006.

CORREIA, S.; SILVEIRA, C. S. A ERGONOMIA COGNITIVA , OPERACIONAL E ORGANIZACIONAL E SUAS INTERFERÊNCIAS NA PRODUTIVIDADE E SATISFAÇÃO DOS. XXIX Econtro Nacional de Engenharia de Produção. **Anais... .** p.16, 2009. Salvador.

COUTO, H. Ergonomia aplicada ao trabalho: manual técnico da máquina humana. Belo Horizonte: Ergo editora, 1995.

COUTO, Hudson de Araújo. Ergonomia Aplicada ao Trabalho em 18 Lições. Editora Casa da Imagem, 2002.

DINIZ, R. L.; GUIMARÃES, L. B. M. Avaliação da carga de trabalho mental. In: GUIMARÃES, L. B. M. Ergonomia cognitiva. Porto Alegre: FEENG, 2004.

ESPÍRITO-SANTO, H.; MATRENO, J. University students psychopathology correlates and the examiner's potential bias effect. **Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social**, v. 1, n. 1, p. 42–51, 2014.

FERREIRA, R. R.; FERREIRA, M. C.; ANTLOGA, C. S.; BERGAMASCHI, V. **Concepção e implantação de um programa de qualidade de vida no trabalho no setor público: o papel estratégico dos gestores.** Revista de Administração, v. 44(2), pp. 147-157. São Paulo, 2009b.

GAIOSO, N. P. de L. da. O Fenômeno da Evasão Escolar na Educação Superior no Brasil. Unesco, 2006. Disponível em: Acesso em 26 out. 2011.

GUÉRIN, F; LAVILLE, A; DANIELLOU, F; URAFFOURG, J; KERGUELEN, A. **Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia.** São Paulo: Edgard Blucher, 1997.

GUERREIRO-CASANOVA, D.; POLYDORO, S. Integração Ao Ensino Superior: Relações Ao Longo Do Primeiro Ano De Graduação. **Psicologia, Ensino & Formação**, v. 1, n. 2, p. 85–96, 2010.

IGUE, É. A.; VITOR, P.; MILANESI, B. Vivência acadêmica e expectativas de universitários ingressantes e concluintes. **Psico-USF**, v. 13, n. 2000, p. 155–164, 2008.

IIDA, I. **Ergonomia: projeto e produção.** São Paulo, 2005.

IIDA, I., **Ergonomia: projeto e produção.** São Paulo: Edgard Blucher, 1990.

INEP/MEC. Enciclopédia de pedagogia universitária: glossário vol. 2 / Editora-chefe: Marília Costa Morosoni. – Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.<http://www.mec.gov.br> Arquivado em: Educação

LEHMAN, Y. P. University students in crisis : University dropout and professional re-selection. **Estudos de Psicologia - Campinas**, v. 31, n. 1, p. 45–54, 2014.

LORETO, G. Saúde mental do universitário. *Neurobiologia*, Recife, v.35,p.253-276,1972.

LORETO,G. Uma Experiência de Assistência Psicológica e Psiquiátrica a Estudantes Universitários. 1985. Tese (Concurso de

Professor Titular) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

LUCAS, C. J. Psychological problems of students. *British Medical Journal*, v. 2, n. 1, p. 1431-1433, 1976.

LUCE, Maria-Beatriz; MOROSINI, M.C. A educação superior no Brasil: políticas de avaliação e credenciamento. Texto para discussão no Projeto ALFA-ACRO “Acreditación y reconocimientos oficiales entre universidades de Mercosur y la EU”, apresentado na reunião realizada em Cartagena (Colômbia), de 13 a 14 de julho de 2002. 20 p.

MEC/SESU. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Especial de Estudos sobre a Evasão nas Universidades Públicas Brasileiras. Brasília, 1996/1997. Disponível em: Acesso em 27 out. 2011.

Mello, Celso Antônio Bandeira de. O conteúdo jurídico do princípio da igualdade.

MINAYO, M. C. S.; SANCHEZ, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 239–248, 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

MORAES, Anamaria; MONT’ALVÃO, Cláudia. **Ergonomia: Conceitos e aplicações**. Rio de Janeiro: 2AB, 2000.

MOTTA, A. C. D. S.; FERNANDES, F. L. F.; CORTEZ, P. J. O. Percepção por professores de aspectos ergonômicos de escolas de município do Sul de Minas Gerais, Brasil. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 37, n. 1, p. 14–18, 2012.

NASA TASK LOAD INDEX (TLX). **Computerized version – v. 1.0**. Human Performance Research Group. NASA Ames Research Center. Moffett Field, California. 1986.

OVIEDO, R. A. M.; CZERESNIA, D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 53, p. 237–250, 2015.

-Plano Estratégico Institucional UFPE 2013-2027

POLYDORO, S. A. J. **O trancamento de matrícula na trajetória acadêmica do universitário: condições de saída e de retorno à Instituição**, 2000. Universidade estadual de Campinas.

Portaria do Ministério da Saúde GM/MS nº 2981 de 29/11/09

PORTARIA Nº 1.554, DE 30 DE JULHO DE 2013

QUINALIA, C. L.; SLONIAK, M. A.; DORES, M.; CAL DEIRA DE LIRA, S. C. Política pública de educação uma análise do ENEM: exame nacional do ensino médio no Distrito Federal. **Universitas JUS**, v. 24, n. 1, p. 61–78, 2013.

Riger S. What’s wrong with empowerment. *Am J Community Psychol* 1993; 21:279-92.

SCOTT, P.; KOGI, K.; MCPHEE, B. **ERGONOMICS GUIDELINES FOR OCCUPATIONAL HEALTH PRACTICE IN INDUSTRIALLY DEVELOPING**

COUNTRIES. Darmstad, 2010.

SILVEIRA, D. T.; CÓRDOVA, F. P. **A pesquisa científica.** 2009.

Site UFPE em números consultado em 12/08/16

UFPE. **Boletim Oficial.** Especial n. 008 da UFPE em 19 de jan. de 2016. Recife PE. UFPE. **UFPE em números.** Disponível em: <<http://www.ufpe.br/ufpenova/index.php>>. Acesso em: 10 de mar. 2016.

VEENHOVEN, R. Questions on hapiness - Classical topics, modern answers, blind spots. In: F. Strack; M. Argyle; & N. Schwar (Eds.); **Subjective wellbeing, an interdisciplinary perspective.** p.7–26, 1991. London: Pergamon Pres.

VIDAL, M. C. **Introdução à ergonomia.** Rio de Janeiro: Grupo de ERgonomia e Novas Tecnologias, 2010.

VIDAL, Mário César. **Ergonomia na empresa;** útil, prática e aplicada. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Virtual Científica, 2002.

Wikipédia

ZEFERINO, M. T.; HAMILTON, H.; BRANDS, B.; et al. Consumo de drogas entre estudantes universitários: família, espiritualidade e entretenimento moderando a influência dos pares. **Texto contexto - enfermagem,** v. 24, n. especial, p. 125–135, 2015.

O PROGRAMA UNIVERSIDADE PARA TODOS E A AMPLIAÇÃO DO ACESSO AO ENSINO SUPERIOR: DIFERENTES DISCURSOS, DIFÍCEIS CONSENSOS

Daniela Patti do Amaral – UFRJ

Análise sobre a Expansão das Universidades Federais 2003 a 2012 Brasília 2012

SILVA FILHO, Roberto Leal Lobo et al. A evasão no ensino superior brasileiro. **Cadernos de pesquisa,** v. 37, n. 132, p. 641-659, 2007.

APARECIDA, CRISTIANE; BAGGI, SANTOS; LOPES, DORACI ALVES. Evasão e avaliação institucional no ensino superior: uma discussão bibliográfica. 2011.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Artes e Comunicação
Programa de Mestrado Profissional em Ergonomia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos a Sr^a. para participar como voluntário(a) da pesquisa ANÁLISE ERGONÔMICA DO SISTEMA DE ATENDIMENTO DO NÚCLEO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ESTUDANTE DA UFPE, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Luciana de França Cavalcanti, com endereço Rua Acadêmico Hélio Ramos, s/n, Bairro da Várzea - CEP: 50740-530 - Fone: (81) 2126-8486 e e-mail lucianafcv@gmail.com para contato da pesquisadora responsável (inclusive ligações a cobrar). A pesquisa está sob a orientação de Prof. Dr. Marcelo Márcio Soares, Telefone: (81) 2126-8314, e-mail. soaresmm@gmail.com.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com a pesquisadora responsável.

Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade de seu atendimento na Maternidade agora ou em qualquer tempo.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- Descrição da pesquisa: o objetivo da pesquisa é proceder a análise ergonômica organizacional das ações desenvolvidas pelo Núcleo de Atenção à Saúde do Estudante da Universidade Federal de Pernambuco.
- Esclarecimento do período de participação do(a) voluntário(a) na pesquisa: sua participação nessa pesquisa tem início no momento em que começa sua entrevista e termina ao final da entrevista.
- RISCOS diretos para o(a) voluntário(a) – durante a resposta às perguntas, o(a) senhor(a) poderá sentir constrangimento por relatar fatos que ocorreram, mas esse constrangimento poderá ser diminuído pela pesquisadora que, no exercício de sua função, está disposta a acolher todas as suas informações porque todas são importantes.
- BENEFÍCIOS diretos e indiretos para as voluntárias: as respostas do(a) senhor(a) podem ajudar a compreender a forma pela qual seu contexto pessoal, acadêmico, e social contribuíram para suas queixas.. Suas respostas ajudarão os pesquisadores a analisar o que está ocorrendo para corrigir falhas e possibilitar a um número maior de estudantes vivenciar as atividades acadêmicas sem que sua vulnerabilidade socioeconômica comprometa seu bem estar.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos(das) voluntários(as), a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o

sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa ficarão armazenados em pastas de arquivo e em banco de dados a ser armazenado no computador da pesquisadora responsável, com duas cópias feitas em dois discos rígidos móveis, no endereço acima informado pelo período de mínimo de cinco anos. Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em caso de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação, estas serão assumidas pela pesquisadora (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br.**

Assinatura da pesquisadora

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIA

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado(a), após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com a pesquisadora responsável, concordo em participar do estudo ANÁLISE ERGONÔMICA DO SISTEMA DE ATENDIMENTO DO NÚCLEO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ESTUDANTE DA UFPE, como voluntário(a). Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do(a) participante: _____

Impressão digital

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.

(02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:

Assinatura:

Nome:

Assinatura:

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE ARTES E COMUNICAÇÃO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ERGONOMIA			
ANÁLISE ERGONÔMICA DO SISTEMA DE ATENDIMENTO DO NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO ESTUDANTE DA UFPE			
Mestranda:		Orientador:	
<i>PARTE A – PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO</i>			
Número:	Setor: 1.() Assistência à saúde 2.() Administra./recepção 3.() Gestão	A1. Sexo: 1.() Masculino 2.() Feminino	A2. Idade:
A3. Profissão/Ocupação: 1. () Médico/psiquiatra 2. () Médico/clínico geral 3. () Enfermeiro 4. () Nutricionista 5. () Assistente Social 6 () Psicólogo 7. () Outro: _____		A4. Tempo de serviço no NASE: _____ — A5. Tempo de exercício profissional: _____ —	
A6. Grau de instrução: 1. () Ensino médio/profissionalizante 2. () Graduação 3. () Especialização / Residência 4. () Mestrado 5. () Doutorado 6. () Pós-doutorado		A7. Vínculo empregatício: 1. () Estatutário federal 2. () CLT 3. () Aprendizagem/formação/estágio/bolsa	
		A8. Turno de trabalho (principal): 1. () primeiro turno (7h as 13h) 2. () segundo turno (13h as 19h) 3. Outro: _____	

<p>A9. Carga horária semanal:</p> <p>1. () 20 horas</p> <p>2. () 30 horas</p> <p>3. () 36 horas</p> <p>4. () 40 horas</p> <p>5. () Outra: _____</p>	<p>A10. Adicional de insalubridade:</p> <p>1. () sim</p> <p>2. () não</p>
---	--

PARTE B – sobre IDES

Marque na escala qual o grau de IMPACTO/IMPORTÂNCIA no seu trabalho quanto às seguintes questões:

Alta demanda de pacientes com patologias complexas	nada _____ muito
Fila de espera na psicologia e psiquiatria (demanda reprimida)	nada _____ muito
Falta frequente de estudantes às consultas previamente agendadas	nada _____ muito
Falta de clareza em relação à natureza/perfil dos atendimentos (comunidade acadêmica confunde com emergência e não distingue graduando/mestrando/doutorando)	nada _____ muito
Dificuldade de comunicação dos profissionais com estudantes e seus familiares	nada _____ muito
Problemas de comunicação na recepção	Nada _____ muito
Atividades da recepção mal definidas	nada _____ muito
Comunicação deficiente entre os consultórios e serviços de apoio (ausência de ramais telefônicos, por exemplo)	nada _____ muito
Dificuldade de articulação/convênio com unidades de saúde externas	Nada _____ muito

Vínculo frágil e isolamento HC	nada _____ muito
Número de profissionais menor que o previsto no projeto inicia	Nada _____ muito
Ausência de residentes ou estudantes para aprendizado no serviço	nada _____ muito
Espaço insuficiente para expansão dos atendimentos dos profissionais previstos no projeto	nada _____ muito
Ausência de prontuários padronizados, organizados e informatizados/ banco de dados	Nada _____ muito
Dificuldade em alimentar o sistema informatizado de atendimento	nada _____ muito
Ausência de regimento próprio/fluxograma interno e externo/organograma	nada _____ muito
Sobrecarga mental	nada _____ muito
Sobrecarga física	nada _____ muito
Estresse	nada _____ muito
Autonomia	Nada _____ muito
Motivação	Nada _____ muito
Valorização no trabalho	nada _____ muito
Relações pessoais no trabalho	nada _____ muito

Clima organizacional	nada _____ muito
Clima emocional	nada _____ muito
Extinção das reuniões técnicas/científicas (caso ocorra a sua extinção, o quanto impactaria)	Nada _____ muito
Falta de atualização/capacitação/treinamento periódicos	Nada _____ muito
Ausência de produções/publicações científicas	nada _____ muito
Falta de segurança na área externa (ao entrar e sair do serviço)	nada _____ muito
Temperatura do ambiente	nada _____ muito
Ruído do ambiente	nada _____ muito
Ausência de persianas nos consultórios	nada _____ muito
Ausência de chuveiros nos sanitários	nada _____ muito
Falta de concessão do adicional de Insalubridade	nada _____ muito
Dificuldade dos estudantes em acessar medicamentos especiais (em psiquiatria)	nada _____ muito

PARTE C – Questões abertas

C1) Cite, por ordem de relevância, o fator/fatores que mais prejudica/m seu trabalho.

C2) O que você sugere como solução para minorar os problemas que citou acima?

Obrigada.

APÊNDICE C – Questionário

QUESTIONÁRIO DE VALIDAÇÃO DA CARGA DE TRABALHO (Adaptado)

Prezado (a) Sr (a)

Este questionário não é obrigatório, mas sua opinião sobre o seu trabalho É MUITO IMPORTANTE. Solicito, então, que você preencha as informações nos quadros abaixo. A seguir, solicito que marque com um **X**, entre os pares relacionados, o fator que mais representa a carga de trabalho durante a realização do seu trabalho (**conforme o Exemplo**). Por fim, solicito que marque com um X, na escala apresentada, a resposta que melhor representa sua opinião com relação aos diversos itens apresentados (**conforme o Exemplo**).

Não escreva seu nome no questionário. As informações são sigilosas e servirão para o trabalho de pesquisa que está sendo desenvolvido e que culminará na dissertação de mestrado apresentada na Pós-Graduação em Ergonomia.

Muito obrigado pela participação.

Exemplos de como responder as questões:

1. Qual o fator que mais representa a carga de trabalho

Demanda Mental	x	Demanda Física
Demanda Temporal	x	Demanda Física

2. Você está satisfeito com a quantidade de viagens que realiza por ano?

Insatisfeito	X	Satisfeito
--------------	--------------	------------

Marque um dos fatores, entre os pares abaixo, que você considera como a fonte mais significativa para a carga de trabalho durante a realização de suas tarefas.

Demanda Mental– atividade **mental** requerida para a realização do trabalho;

Demanda Física – atividade **física** requerida para a realização do trabalho

Demanda Temporal– nível de **pressão** imposto para a realização do trabalho;

Performance – nível de satisfação com o **desempenho pessoal** para a realização do trabalho;

Esforço – o quanto que se tem que trabalhar **física e mentalmente** para atingir um nível desejado de performance ou desempenho;

Nível de Frustração – nível de fatores que **inibem** a realização do trabalho (insegurança, irritação, falta de estímulo, estresse, contrariedades).

Demanda Mental	X	Demanda Física
Demanda Temporal	X	Demanda Física
Demanda Temporal	X	Nível de Frustração
Demanda Temporal	X	Demanda Mental
Performance	X	Demanda Física
Demanda Temporal	X	Esforço (Físico e Mental)
Performance	X	Demanda Mental
Nível de Frustração	X	Demanda Física
Performance	X	Nível de Frustração
Nível de Frustração	X	Demanda Mental
Esforço (físico e mental)	X	Demanda Física
Performance	X	Esforço (físico e mental)
Esforço (físico e mental)	X	Demanda Mental
Demanda Temporal	X	Performance
Esforço (físico e mental)	X	Nível de Frustração

- *Marque na escala qual a sua opinião sobre o nível de influência dos fatores abaixo para a realização do seu trabalho.*

1. Demanda Mental no seu trabalho

Pouco Muito

2. Demanda Física no seu trabalho

Pouco Muito

3. Demanda Temporal (pressão) no seu trabalho

Pouco Muito

4. Performance ou desempenho no seu trabalho

Pouco Muito

5. Esforço (Físico e Mental) no seu trabalho

Pouco Muito

6. Nível de Frustração no seu trabalho

Pouco Muito