



Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional

Luis Fidel Abregú Tueros

**INTERVENÇÕES PARA PREVENIR RISCOS
PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO DE PROFISSIONAIS DA
SAÚDE NO BRASIL E NO PERÚ. Revisão sistemática
com base no *scoping study***

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de PósGraduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social e Institucional.

Orientadora:
Prof^a Dr^a. Jussara Maria Rosa Mendes

Porto Alegre (RS)

2016

CIP - Catalogação na Publicação

Tueros, Luis Fidel Abregú

Intervenções para prevenir riscos psicossociais do trabalho de profissionais da saúde no Brasil e no Perú. Revisão sistemática com base no scoping study / Luis Fidel Abregú Tueros. -- 2016.

79 f.

Orientadora: Jussara Maria Rosa Mendes.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Porto Alegre, BR-RS, 2016.

1. Saúde no trabalho. 2. Riscos psicossociais do trabalho. 3. Intervenções primárias. 4. Treinamento. 5. Profissionais da saúde. I. Mendes, Jussara Maria Rosa, orient. II. Título.


ATA PARA ASSINATURA Nº _____

 UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
 Instituto de Psicologia

 Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional
 PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL - Mestrado Acadêmico
 Ata de defesa de Dissertação

Aluno: Luis Fidel Abregú Tueros, com ingresso em 10/08/2015

 Título: **INTERVENÇÕES PARA PREVENIR RISCOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO BRASIL E NO PERÚ: revisão sistemática com base no scoping study**

Orientador: Profª Dra Jussara Maria Rosa Mendes

Data: 12/12/2016

Horário: 12:30

Local:

Banca Examinadora	Origem
Rosane Azevedo Neves da Silva	UFRGS
Roger Dos Santos Rosa	UFRGS
Maria Isabel Barros Bellini	Externo

Porto Alegre, 12 de dezembro de 2016.

Membros	Assinatura	Avaliação	Indicação de Voto de Louvor
Rosane Azevedo Neves da Silva		APROVADO	_____
Roger Dos Santos Rosa		APROVADO	_____
Maria Isabel Barros Bellini		APROVADO	_____

Conceito Geral da Banca: (APROVADO)

Indicação de Voto de Louvor: () Sim () Não

Correções solicitadas: () Sim (X) Não

Observação: Esta Ata não pode ser considerada como instrumento final do processo de concessão de título ao aluno.

 Aluno

 Orientador

 Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional
 Rua Ramiro Barcelos, 2600 prédio 21107 - Bairro Santana - Telefone 3308.5149
 Porto Alegre - RS

AGRADECIMENTOS

Meu sincero agradecimento a minha professora, orientadora, **Dr^a. Jussara Maria Rosa Mendes**, por suas sugestões, aportes e porque depositou a confiança para o desenvolvimento da pesquisa, cuja linha, faz parte do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho (NEST).

Meus agradecimentos a cada um dos membros da Banca de defesa da dissertação de Mestrado, **Prof^a Dr^a. Rosane Azevedo Neves da Silva** (PPGPSI-UFRGS), **Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa** (PPG Saúde Coletiva – UFRGS), **Prof^a Dr^a. Maria Isabel Barros Bellini** (PUCRS), por suas sugestões e aportes.

À Organização dos Estados Americanos e Grupo Coimbra de Universidades Brasileiras (OEA-GCUB), pela intermediação ante CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), para a contribuição da bolsa de estudos no Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Institucional, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Aos professores do Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Institucional: Álvaro R. Crespo Merlo, Cleci Maraschin, Jussara M. Rosa Mendes, Rosane Azevedo Neves da Silva, Paula Sandrine Machado.

RESUMO

O fator emergente transformado num problema global é o risco psicossocial do trabalho (RPT), por ter impacto maior nos profissionais da saúde, que por sua natureza, seriam mais vulneráveis, afetando quanto na saúde tanto em desempenho trabalhista. Sua importância, deve-se ao fato de serem menos tangíveis, de fato mais difícil de gerir e prevenir mediante abordagem proativa direcionadas ao origem, junto à sensibilização até políticas da gestão dos riscos. A pesquisa teve como objetivo comparar ocorrência de intervenções para prevenir RPT de profissionais da saúde no Brasil e no Perú. Fez-se revisão sistemática com base no *scoping study* nas bases PubMed, EBSCO-Host, BioMed Central, Embase, CINAHL, Lilacs, Cochrane Register of Trials, Web of Science e arquivo adicional da Ibict (Brasil) e da Concytec (Perú). Identificaram-se 2.466 estudos, restando 19, após a análise. A intervenção preventiva detectada como privilegiado e de maior utilidade, tem abrangência no treinamento, mas para dimensões intrínsecas à mudanças de comportamentos complexos, cujos assuntos foram: aperfeiçoamento do diálogo da equipe na gestão de conflitos; melhora de interação na prática profissional. Intervenções de sucesso foram, formatos interativos didáticos e mistas ou workshops inserindo compromisso de chefes e funcionários da saúde, acima de três semanas, para promoção de tarefas de prática profissional; ao redor de seis meses, para tarefas problemáticas na saúde, desenvolvimento de liderança na gestão educacional e trabalho colaborativo. Implicações para cultura preventiva nos estabelecimentos da saúde, precisa-se agir nas intervenções e planos de pesquisa, para o desenvolvimento e promoção de relações trabalhistas preconizadas e transparentes.

Palavras-chave: Saúde no trabalho. Riscos psicossociais do trabalho. Intervenções primárias. Treinamento. Profissionais da saúde. *Scoping study*. Brasil. Perú.

ABSTRACT

The emerging factor turned into a global problem is the psychosocial risk at work (PRW), and has an impact especially on health professionals, who by their nature affect work performance. In addition, they are less tangible and difficult to manage, and to be prevented through proactive, source-oriented models, ranging from sensitization interventions to risk management policies. The objective was to compare the presence of interventions to prevent PRW in health professionals in Brazil and Peru. A systematic review based on scoping study was developed, 2,466 studies were identified, leaving 19, post analysis. Preventive interventions (PI) with greater presence and usefulness are teaching-training, limited to changes in complex behaviors oriented to team communication development, conflict management and professional interaction improvements. The appropriate PI to promote tasks of professional practice in health are the mixed, didactic and interactive protocols with a minimum duration of three weeks, always with the participation of officials and workers; on the other hand, were about six months, for preventive tasks in health problems, leadership development in management and teamwork. In order to establish a preventive culture in health establishments, it is still necessary to develop PI on recommended and transparent labor relations, and research with controlled designs.

Keywords: Occupational Health. Psychosocial risks at work. Primary interventions. Teaching - training. Health professionals. Brazil. Peru

RESUMEN

El factor emergente convertido en problema global es el riesgo psicosocial en el trabajo (RPT), y tiene impacto especialmente en profesionales de la salud, que por su naturaleza afectan el desempeño laboral. Además, resultan menos tangibles y difícil de gerenciar, y de prevenir a través de modelos proactivos orientados al origen, que abarcan desde las intervenciones de sensibilización hasta las de políticas de gestión de riesgos. El objetivo fue comparar la presencia de intervenciones para prevenir RPT en profesionales de la salud en Brasil y Perú. Desarrollándose una revisión sistemática basada en *scoping study* en las siguientes bases de datos: *PubMed*, *EBSCO-Host*, *BioMed Central*, *Embase*, *CINAHL*, *Lilacs*, *Cochrane Register of Trials*, *Web of Science*, y adicionalmente en IBICT (Brasil) y CONCYTEC (Perú). Se identificaron 2,466 estudios y quedando 19, pos análisis. Las intervenciones preventivas (IP) con mayor presencia y utilidad son la capacitación-entrenamiento, circunscritas a cambios de comportamientos complejos orientados al desarrollo comunicacional en equipo, a la gestión de conflictos y a mejoras de interacción profesional. Las IP adecuadas para promover tareas de la práctica profesional en salud, son los protocolos mixtos, didácticos e interactivos o de *workshops* con duración mínima de tres semanas, siempre con participación de funcionarios y trabajadores; en cambio, fueron alrededor de seis meses, para tareas preventivas en problemas de salud, el desarrollo del liderazgo en gestión y trabajo en equipo. Para establecer cultura preventiva en establecimientos de salud, queda pendiente desarrollar IP sobre relaciones laborales preconizadas y transparentes, y de investigaciones con diseños controlados.

Palabras clave: Salud ocupacional. Riesgos psicosociales en el trabajo. Intervenciones primarias. Capacitación-entrenamiento. Profesionales de la salud. *Scoping study*. Brasil. Perú.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	13
1.1	Problematização da pesquisa	13
1.2	Relevância da pesquisa	18
1.3	Objetivos	19
1.4	Pergunta	19
1.5	Hipótese	19
2.	INTERVENÇÕES PARA PREVENIR RISCOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO	20
2.1	Fundamentos globais para a saúde no trabalho	20
2.2	Gestão de riscos psicossociais do trabalho	21
2.3	Fatores de risco psicossocial do trabalho	22
2.3.1	Fatores de risco psicossocial relacionado com a execução e o conteúdo das tarefas	23
2.3.2	Fatores de risco psicossocial relacionado com a cultura Organizacional	23
2.4	Propostas de intervenções preventivas para riscos psicossociais do Trabalho	24
3.	POLÍTICA NACIONAL DA SAÚDE DO/DA TRABALHADOR(RA) NO BRASIL E LEGISLAÇÃO PERUANA SOBRE SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHO	26
3.1	Saúde mental e trabalho no âmbito da Saúde Pública no Brasil	26
3.2	A dimensão psicossocial da prevenção no Brasil	28
3.3	A dimensão psicossocial da prevenção no Perú	29
3.4	Revisões sistemáticas na elaboração de políticas da saúde baseadas em evidências	30
4.	DESENHO METODOLÓGICO: revisão sistemática de intervenções para prevenir riscos psicossociais do trabalho	34
4.1	Caracterização do objeto de estudo e definição do universo da pesquisa	34
4.2	Técnicas e procedimentos de coleta de dados	34
5.	ARTICULANDO DADOS: análise dos resultados	37
5.1	Estudos incluídos para análise de intervenções preventivas de riscos psicossociais do trabalho de profissionais da saúde	37

5.2	Comparação de frequências do estudos segundo delineamento, tipo de Intervenção e dimensão do risco psicossocial do trabalho	39
5.3	Intervenção treinamento para mudança de comportamentos na prática profissional: A execução de tarefas de prevenção de problemas da saúde	41
5.4	Intervenção treinamento associada a mudança na execução de tarefas problemáticas da saúde e relações interpessoais	42
5.5	Intervenção treinamento associado ao desenvolvimento de habilidades de liderança e gestão educacional da saúde	43
5.6	Intervenção treinamento para validar o material educacional dos cuidados primários em saúde mental	44
5.7	Intervenção treinamento associado à compreensão do trabalho colaborativo	44
5.8	Intervenção para a gestão de políticas de licença médica trabalhista durante uma pandemia	45
5.9	Intervenção treinamento, avaliação e gestão de riscos psicossociais do trabalho	45
6.	DISCUSSÃO	49
7.	CONCLUSÕES	53
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
	ANEXOS	61

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Processo de seleção dos estudos incluídos na revisão	38
Figura 2 - Desenvolvimento de estudos sobre prevenção de riscos psicossociais do trabalho de profissionais da saúde. Comparação entre o Brasil, o Perú e total: Período 1995 – 2015	39

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Variação de frequências de estudos, segundo delineamento, tipo de Intervenção e dimensão de riscos psicossociais do trabalho de profissionais dá saúde: Brasil versus Perú, 1995 – 2015	40
--	----

LISTA DE ANEXOS

Registro 1 - Estudos incluídos para formulação de assuntos de intervenção em riscos psicossociais do trabalho de profissionais da saúde: Brasil e Perú	62
Registro 1A - Brasil: Westphal, Taddei, Venancio, et al (1995)	63
Registro 2A - Brasil: Amaral, Campos, Friedman et al (2012)	64
Registro 3A - Brasil: Marra, Noritomi, Cavalcante et al (2013)	65
Registro 4A - Brasil: Riveiro de Macedo, Jacob, Pio da Silva et al (2012)	66
Registro 5A - Brasil: Marra, Guastelli, Pereira de Araujo et al (2011)	67
Registro 6A - Brasil: Marra, Guastelli, Pereira de Araujo et al (2010)	67
Registro 7A - Brasil: Tsuji, Atallah, Aranha et al (2009)	68
Registro 8B - Brasil: Girot e Enders (2004)	69
Registro 9B - Brasil: Brischialiari, Maftum, Waidmann et al (2008)	70
Registro 10B- Brasil: Camelo e Angerami (2008)	71
Registro 11B- Brasil: Mota, Lobo, Toscano et al (2011)	72
Registro 12C- Brasil: Santana (2013)	73
Registro 13A- Perú: Garcia, Hughes, Carcamo, et al (2003)	74
Registro 14A- Perú: Casalino, Astocondor, Sanchez et al (2015)	75
Registro 15A- Perú: Valdivia, Lam, Mucha et al (2013)	76
Registro 16B- Perú: Arévalo, Cruz, Palomino et al (2003)	77
Registro 17C- Perú: Huaroto e Espinoza (2009)	78
Registro 18C- Perú: Ticona (2012)	78
Registro 19C- Perú: Medrano (2015)	79

ACRÓNIMOS UTILIZADOS

AESST:	Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo
APS:	Atenção Primária à Saúde
CC:	Colaboração Cochrane
CONCYTEC:	Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia
CNST:	Conferência nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
ECA:	Ensayos controlados aleatorios
EPI:	Equipamento de proteção individual
IBICT:	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
IIH:	Infecção intra hospitalar
INSM:	Instituto Nacional de Salud Mental
INSS:	Instituto Nacional do Seguro Social
IPBE:	Intervención preventiva basada en evidencias
OIT:	Organización Internacional del Trabajo
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OSP:	Oficina Sanitaria Panamericana
PBE:	Psicología basada en evidencias
PICOS:	Participantes, intervenções, comparações, resultados e delineamento dos estudos
PNSST:	Plano Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador
PRISMA:	Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises
QUORUM:	Qualidade dos relatos de meta-análises
RS:	Revisión Sistemática
SSO:	Seguridad y Salud Ocupacional
SST:	Segurança e Saúde do Trabalho
SUS:	Sistema Único de Saúde
TB.	Tuberculose
UBS:	Unidades Básicas de Saúde
UE-OSHA:	European Union-Occupational Safety & Health Administration

1. INTRODUÇÃO

1.1 Problematização da pesquisa

As intervenções para lidar com os riscos psicossociais do trabalho, tem exigências particulares, mas também tem vantagens, nomeadamente o facto de determinadas medidas poder ter efeitos sobre um vasto abanico de fatores de risco psicossocial. Assim grande quantidade de países europeus estão menos sensibilizados para a gestão dos riscos psicossociais e são que menos intervenções fazem neste domínio (AESST, 2010). Enquanto as intervenções para profissionais da saúde latino-americanos como no Brasil e no Perú é quase desconhecida. Desta forma, torna-se relevante perceber a importância deste risco nos profissionais da saúde, o que implica analisar qual a abordagem mais eficaz para lidar com esta temática e ainda de que forma se pode intervir nas diferentes situações de trabalho, de forma a poderem ser criadas condições que permitam uma melhor gestão dos riscos (COSTA; SANTOS, 2013).

Mas antes de se ir a essas esferas dos fatores de riscos psicossociais propriamente dita, importa relembrar que as intervenções podem seguir três níveis: a) prevenção primária ou preventiva, uma abordagem que consiste em medidas proativas direcionadas para os fatores de risco, ou seja, para a origem (qual é apenas o assunto da pesquisa); b) a intervenção secundária que trata medidas direcionadas para o trabalhador no sentido proporcionar competências individuais que permitam lidar com as situações de risco; c) a intervenção terciária ou abordagem reparadora que trata da reabilitação dos trabalhadores (LEKA; COX; ZWERSLOOT, 2008). De este modo, os tipos de intervenção para prevenir riscos psicossociais do trabalho, têm abrangência na sensibilização, na capacitação e formação (treinamento), na política da gestão, de forma que o último é mais complexo do que o primeiro (LUIS; RAMOS, 2015, p.52).

Enquanto aos riscos psicossociais, são definidos como aqueles que decorrem dos fatores que influenciam a saúde e bem-estar do indivíduo e do grupo, e derivam da psicologia do indivíduo e da estrutura, da função da organização do trabalho. Incluem aspetos sociais, como as formas de interação dos grupos; aspetos culturais, como os métodos tradicionais de resolução de conflitos; e aspectos psicológicos, como as atitudes, as crenças e os traços de personalidade (NETO, 2014, p.34).

Já os fatores de risco psicossocial, são definidos como fatores de interação entre o conteúdo do trabalho, a organização e gestão do mesmo, e os contextos sociais e ambientais; estes fatores têm potencial para causar danos psicológicos, sociais e físicos aos trabalhadores através das suas percepções e experiências. Cujo impacto pode provocar alterações de carácter emocional, cognitivo, comportamental, e consequências nas organizações (LEKA E COX, 2008; LEKA E JAIN, 2010). Desde que as condições ambientais do trabalho são as condições físicas e técnicas, exemplo o ambiente térmico, o ruído, posturas, entre outros, são excetuados da pesquisa. Ainda os fatores psicossociais de risco no trabalho, podem ser agrupados em três maior dimensões; fatores envolvidos à execução de tarefas, ao conteúdo de tarefas, à cultura organizacional, que segundo Costa e Santos (2013) consideram-se de forma genérica, mas também especificamente aos aspetos sociais do trabalho e o seu impacto sobre o psiquismo dos trabalhadores.

Então os fatores de riscos psicossociais torna-se num problema global, porque têm impacto na totalidade da profissão, afetando quanto na saúde tanto em desempenho trabalhista (OIT, 2012; STAVROULA; ADITYA, 2010). A razão pela qual se tem dado elevada importância aos riscos psicossociais, deve-se ao facto de serem menos tangíveis e por isso serem mais difíceis de avaliar, gerir e prevenir. Torna-se, assim, imperativo perceber a importância destes riscos e analisar qual a abordagem para lidar as consequências individuais, organizacionais e sociais (COSTA; SANTOS, 2013; LEKA; COX, 2010).

No mundo as doenças profissionais vai prejudicando até taxa de 5.736 x 100.000 casos. Na Europa, os riscos psicossociais são segundo problema de saúde relacionado com o trabalho (OIT, 2013). Ainda que os profissionais de saúde, por sua natureza das funções, são mais vulneráveis, por exemplo, em Brasil, atingiu 36,4% dos trabalhadores em situação de alta demanda ou exigência profissional (FORTALEZA DE SOUZA; MARTINS; MARIA DE ARAÚJO et al, 2010). No Perú, a insatisfação ao trabalho atinge há 26%, dos quais, 8-16% correspondiam a riscos psicossociais (INSM, 2004), isto é, descrito na cultura e clima organizacional, na função e característica das tarefas, nas relações interpessoais do trabalho.

Mas, a situação merece a promoção da saúde no trabalho, como uma cultura preventiva, nos estabelecimentos da saúde públicos e privados, porque são apoiados por regulamentações internacionais e nacionais. Em especial no âmbito dos serviços de saúde pública do Brasil, o campo “saúde mental e trabalho”, como subárea da saúde do trabalhador, é uma dimensão que ainda precisa ser consolidada, tanto na formação dos

profissionais de saúde quanto na gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). Por outro lado, crescem as estatísticas de doenças mentais relacionadas ao trabalho, sendo que os transtornos mentais ocupam o terceiro lugar nas causas dos benefícios concedidos pela Previdência Social para doenças do trabalho (INSS, 2014) evidenciando a relação existente entre a atividade trabalhista exercida e os agravos à saúde mental (AMAZARRAY; CAMARA; CARLOTTO, 2014).

Apesar de apresentarem alta prevalência entre a população trabalhadora, os distúrbios psíquicos relacionados ao trabalho, frequentemente não são reconhecidos como tais, no momento da avaliação clínica. Essa situação pode estar relacionada às próprias características desses transtornos, regularmente mascarados por sintomas físicos, bem como à complexidade inerente à tarefa dos profissionais da saúde, de examinar a associação entre distúrbios mentais e o trabalho desenvolvido pelos trabalhadores (GLINA; ROCHA; BATISTA, 2001).

Além disso, segundo a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, instituída em 2012 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014), parte-se do princípio de que a saúde do trabalhador é uma ação transversal a ser incorporada em todos os níveis de atenção e esferas de gestão do SUS. A capacidade de identificação da relação entre o trabalho e processo saúde-doença, deve ser implantada desde a atenção primária até o nível terciário, na Rede de Atenção à Saúde, incluindo as ações de vigilância em saúde. O estabelecimento do nexos causal entre a doença e a atividade trabalhista atual ou pregressa, representa o ponto de partida para o diagnóstico e a terapêutica corretos, assim, como para as ações de vigilância e de notificação junto aos setores envolvidos (Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Ministério da Previdência Social).

Mas o que ocorre, é que a solidariedade e cooperação tão necessárias ao enfrentamento cotidiano do trabalho, como recursos coletivos para a manutenção da saúde estão desaparecendo. Para que realmente se possa desenvolver ou “viver junto”, é preciso atenção e respeito ao outro, o que tem sido substituído pela competição exacerbada e banalização do sofrimento alheio a partir das mudanças, evoluções e variantes dos modelos de gestão.

Por essas razões, Dejours (2004, p.19), aponta:

A ação racional no campo da saúde no trabalho exige novos meios de investigação; a pesquisa clínica exige novos métodos, pois é necessário identificar e compreender os processos em causa, os processos em estudo; é necessário conhecer os elos intermediários, caso se queira ter uma oportunidade de agir com eficácia.

Segundo Barreto e Heloani (2014, p. 59), “A lógica do gerenciamento, nos dias atuais, é sobrecarregar de trabalho e pressionar moralmente a todos os trabalhadores.” É comum, a criação de um “clima organizacional” de gritos, humilhações, gerando o isolamento e impedimento do trabalhador da execução de suas tarefas, inclusive com a subtração das condições necessárias para a realização do trabalho e a comunicação com os demais colegas.

Consoante com essas vivências tem-se as situações de violência psicológica e assédio moral no espaço laboral:

A violência moral nas instituições é também denominada de violência psicológica ou emocional, tirania nas relações, *mobbing* (Suécia, Inglaterra), *'bulling'* (EUA, Reino Unido), “psicoterror laboral ou acoso moral” (Espanha), *“harcèlement moral”* (França), *“jime”* (Japão), assédio moral, tortura psicológica ou violência moral, no Brasil. Corresponde a atos que ocorrem durante a jornada de trabalho, que visam a amedrontar, a intimidar, a humilhar, a constranger, a desqualificar, a destruir, a oprimir e a coagir o outro, de forma repetitiva e sistemática. São atos e ações que atingem o coletivo tanto psíquica como moralmente, submetendo-o às regras da empresa (BARRETO; HELOANI, 2014, p. 58-59).

A mesma autora complementa que no Brasil o termo assédio moral é utilizado, equivocadamente, também para agressões pontuais e o assédio organizacional. Mas é importante distinguir que o assédio organizacional “[...] é um processo no qual a violência está inserida nos aparatos, nas estruturas e nas políticas organizacionais ou gerenciais, que são abusivas e inadequadas” (SOBOLL, 2008, p. 21). Ou seja, busca a produtividade e controle de todo o grupo, a partir do gerenciamento. Ainda assim, são condutas abusivas e que ferem a dignidade do trabalhador.

Por outro lado, Barreto e Heloani (2013, p. 59-60), ressaltam:

[...] todo Assédio Moral é organizacional. Não há “assédios” e pensar em classificá-lo para simplificar ou aclarar, é reducionismo ou desconhecimento do mundo concreto do trabalho e suas determinações. Fragmentá-lo nada ajuda no combate desta prática.

Então, os avanços obtidos com a construção de novo conceito de saúde do trabalhador, nas últimas décadas, precisam ser consolidados socialmente, o que passa pelo reconhecimento da centralidade do trabalho nesse processo, pela compreensão e enfrentamento dos determinantes sociais, econômicos, políticos e culturais presentes na sociedade atual e, por conseguinte, na saúde do trabalhador (MENDES; WÜNSCH, 2007). Porém estabelecer o nexo causal entre saúde/doença mental e trabalho contribui para diagnóstico e prescrição terapêutica mais corretos.

Daí, a pertinência das intervenções preventivas baseadas em evidências (IPBE) estão enquadrados dentro das prioridades de pesquisa no Brasil como no Perú (Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, 2006; INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE-CABALLERO; YAGUI; ESPINOZA et al, 2010). Sendo uma alternativa para melhorar a qualidade de vida e produtividade do trabalho, formular políticas de saúde no trabalho que favoreçam tanto aos gestores e políticos, tanto trabalhadores e quanto os empregadores.

Porém, os profissionais da saúde mental e saúde do trabalho, não deixa dúvida, eles são os que decidem aplicar o programa ou intervenção, e, para mudar eles dependem da qualidade dos resultados da avaliação empírica, também do modo como as autoridades de saúde têm em conta as evidências acumuladas, para formular políticas nacionais. Contudo, a prática profissional da psicologia social baseada em evidências (PSBE) por ser de recente aplicação são escassas (SÁNCHEZ; MARÍN; LÓPEZ, 2011).

Então, a prática profissional da psicologia social baseada em evidências (PSBE), precisa acrescentar com a melhor experiência e evidência alcançada através das revisões sistemáticas (FRÍAS; PASCUAL, 2003), cuja modalidade de pesquisa tem, como foco, comparar resultados de intervenções, frequentemente através de estudos experimentais, como são os ensaios controlados aleatórios (ECA). Além disso, o rigor metodológico que evolui constantemente, possuem um diferencial em relação a suas conclusões, pois nessa sessão as inferências são divididas em implicações para a prática profissional e

implicações para a pesquisa científica. Embora tenham grande importância para a saúde do trabalho, em geral, e para os profissionais da saúde, em particular.

Por tanto, para o enfoque da prática profissional baseada em evidências, seja certo na saúde do trabalho, é preciso desenvolver revisões sistemáticas, demarcando-se a implicação para a prática como recomendação ou não do uso de determinada intervenção para os riscos psicossociais. Define-se implicação como recomendações de futuras pesquisas científicas relacionadas à questão preventiva, com apresentação de perguntas que permaneceram sem resposta para condução de novos estudos e para a redução das incertezas ainda existentes de questões relevantes no assunto.

Finalizando, repare-se que segundo perspectiva ética estética a pesquisa que decorre faz parte das boas práticas das intervenções em campo da psicologia social, onde as revisões sistemáticas é uma ferramenta, utilizada neste estudo para a geração de conhecimentos. Ao respeito, Silva R. (2008) aponta:

[...] transformações da sociedade contemporânea colocam vários desafios para a psicologia social na atualidade. Tal vez um dos principais desafios seja a necessidade de se estar constantemente reinventando novos modos de produção de conhecimento em função da própria complexidade das questões às quais nos vemos confrontados. E requer um questionamento permanente não apenas das estratégias de conhecimento, mas, sobretudo, dos valores que norteiam nossas intervenções (SILVA, 2008, p.39,40).

1.2 Relevância da pesquisa

A comparação de intervenções desenvolvidas para prevenir riscos psicossociais do trabalho de profissionais da saúde no Brasil e no Perú, através de uma revisão sistemática, é importante, porque permitem encontrar a produção de conhecimentos, para decidir quais serão as intervenções apropriadas para prevenir, para tomar decisões na prática profissional.

É importante porque contém implicação na prática profissional, para a elaboração de políticas sobre saúde do trabalho, para recomendar futuras pesquisas direcionadas a estratégias e dimensões, para fazer sugestões de futuros planos de pesquisa sobre saúde psicossocial do trabalho.

Desta forma, torna-se relevante perceber a importância deste risco nos profissionais da saúde, É importante porque merece a promoção da saúde no trabalho, como uma

cultura preventiva, nos estabelecimentos da saúde públicos e privados, porque são apoiados por regulamentações internacionais e nacionais. Em especial no âmbito dos serviços de saúde pública do Brasil, o campo “saúde mental e trabalho”, como subárea da saúde do trabalhador, é uma dimensão que ainda precisa ser consolidada, tanto na formação dos profissionais de saúde quanto na gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). Pela justificativa teórica e normativa, está circunscrito no princípio do desenvolvimento sustentável e saúde ocupacional, onde esta última, é considerado como elemento essencial do desenvolvimento sustentável, entanto o trabalhador motivado, ele será mais produtivo (OSP, 1995, p.445).

1.3 Objetivos

Realizar uma revisão sistemática sobre intervenções para prevenir riscos psicossociais do trabalho de profissionais da saúde no Brasil e no Perú.

Objetivos específicos

a) Realizar uma revisão sistemática sobre intervenções para prevenir riscos psicossociais do trabalho de profissionais da saúde relacionados à cultura organizacional no Brasil e no Perú.

b) Realizar uma revisão sistemática sobre intervenções para prevenir riscos psicossociais do trabalho de profissionais da saúde relacionados à execução e conteúdo de tarefas de profissionais da saúde no Brasil e no Perú.

1.4 Pergunta

Qual é a diferença de intervenções para prevenir riscos psicossociais do trabalho de profissionais da saúde entre o Brasil e Perú ?.

1.5 Hipótese

As intervenções para prevenir riscos psicossociais do trabalho de profissionais da saúde têm diferença entre o Brasil e Perú.

2. INTERVENÇÕES PARA PREVENIR RISCOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO

2.1 Fundamentos globais para a saúde no trabalho

Embora a relação trabalho e saúde tenha sido relatada desde a Antiguidade, as primeiras abordagens formais desta relação tiveram início na Europa, no século XIX, com a criação da Medicina do Trabalho e a implantação dos serviços médicos dentro das empresas. Eram estruturas centradas na figura do médico, que, por meio de uma atuação focada no trabalhador, assumiam a responsabilidade pela prevenção dos acidentes e das doenças. Mas o interesse principal não era o de promover a saúde dos trabalhadores, mas, sim, o bom funcionamento dos processos de trabalho. As práticas mais disseminadas eram a seleção de pessoal que, em tese, fosse menos propenso a se acidentar e adoecer, o controle da saúde para evitar problemas de absenteísmo e os esforços para proporcionar retorno rápido ao trabalho nos casos de afastamentos.

A medicina do trabalho tornou-se a variável técnica para solucionar os danos à saúde provocados pelos processos produtivos, sem possibilidade de interferir além dos preceitos normativos estabelecidos no contrato de trabalho firmado entre patrões e empregados. Inaugurava-se um campo médico subserviente ao contrato e ao interesse do capital produtivo. Conforme OSP (1995) e BURTON (2010), a medicina do trabalho e a higiene tornaram-se insuficientes para apreender as agora cada vez mais complexas relações entre trabalho-saúde havendo a necessidade de uma racionalidade científica mais abrangente consubstanciada na saúde ocupacional – melhor elaborada conceitualmente e que absorve contribuições da higiene industrial, da toxicologia, da epidemiologia e da própria saúde pública, momento em que a medicina do trabalho confunde-se, conceitualmente, com a saúde ocupacional.

A história da Saúde Ocupacional demonstra o interesse do Estado Capitalista no retorno financeiro do investimento na prevenção de doenças associadas ao trabalho. A força motriz da construção da Medicina Ocupacional, com a criação dos Departamentos Médicos nas empresas provém do impulso de minimizar os prejuízos decorrentes dos afastamentos e absenteísmo dos empregados.

Conforme destaca (BURTON, 2010, p.10), tanto a saúde ocupacional como a saúde do trabalhador retratam campos de ação sobre as relações saúde-trabalho, na perspectiva de prevenção e reparação dos danos à saúde no trabalho, que implicam a construção de

conhecimentos e de intervenção sobre os problemas gerados nessas relações. E complementa afirmando que embora ambas se assentem em raízes históricas comuns, os campos de ação de cada uma são profundamente marcados por diferenças conceituais, ideológicas, institucionais, normativas, culturais, sociopolíticas e econômicas que acabam por estabelecer políticas públicas distintas em suas diretrizes de ação e de comportamento dos agentes públicos por elas responsáveis (OMS, 2006).

A incorporação da lógica da Saúde Pública, de prevenção de riscos e de promoção da saúde com a participação dos trabalhadores, em uma perspectiva coletiva, constituindo o que se denomina como Saúde do Trabalhador, efetivado no Brasília partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988.

2.2 Gestão de riscos psicossociais do trabalho

Durante muito tempo prevaleceu a ideia que não era possível estabelecer relações etiológicas tão claras e diretas nos riscos psicossociais como acontece com os demais riscos ocupacionais, na medida em que os problemas de carácter psicossocial decorriam de variáveis de grande mutabilidade como são as características do/a trabalhador/a, além de que esses fatores de risco se podiam manifestar diferidos no tempo (NETO, 2014). Felizmente, a literatura especializada tem vindo a deixar cada vez mais claro que obedecem aos mesmos princípios que constituem um processo de gestão de qualquer tipo de risco, inspirado nos princípios de ação preventiva enunciados na diretiva-quadro e no regime jurídico da segurança e saúde no trabalho. Por isso mesmo, as organizações devem corresponder ao desafio e obrigação (legal e ética) de disporem de uma estratégia para gerir estas questões.

Tendo-se presente que todo este processo deve ser participativo, transparente, responsivo para as partes envolvidas e favorecer a melhoria contínua, defende-se a contemplação de nove etapas base, deve-se começar por elaborar um plano de ação, no sentido de potenciar o seu envolvimento e comprometimento, bem como para vincar perante todas/os trabalhadoras/es a importância que o processo assume para a organização, logo revisão pela gestão de topo, comunicação do plano de ação, sensibilização e formação de chefias e representantes de trabalhadores/as, identificação de fatores de risco, estimação dos riscos, valoração dos riscos, controle e/ou eliminação de fatores de risco, e monitorização das ações implementadas (FREITAS, 2008; NETO, 2015).

Precisa-se que a avaliação e gestão de riscos é uma abordagem central na intervenção em segurança e saúde do trabalho, e os princípios que lhe estão subjacentes também são aplicáveis no âmbito dos riscos psicossociais do trabalho, aliás devem ser a linha de orientação para qualquer diagnóstico e intervenção nesta área. É neste plano que se tem evidenciado outra quota-parte dos problemas envolvendo os riscos psicossociais. Com essas medidas concretizadas, pode-se entrar na última fase que contempla a monitorização das ações implementadas e a definição de ajustamentos ao plano de ação, quando aplicável. Só assim se fecha um ciclo de atuação e se salvaguarda a premissa da melhoria contínua que deve estar subjacente a este tipo de intervenções (LUÍS; RAMOS, 2015).

2.3 Fatores de risco psicossocial do trabalho

De uma forma mais detalhada, pode-se dizer que o fator de risco ou perigo é “a propriedade intrínseca de uma instalação, atividade, equipamento, um agente ou outro componente material do trabalho com potencial para provocar dano”, enquanto o risco é “a probabilidade de concretização do dano em função das condições de utilização, exposição ou interação do componente material do trabalho que apresente perigo” (Idem). São pressupostos que se aplicam a todos os tipos de riscos, mudando, naturalmente, as características dos perigos e as consequências que podem ocorrer. Deste modo, pode-se especificar que os riscos psicossociais do trabalho representam a probabilidade de ocorrerem efeitos negativos para a saúde mental, física e social das/os trabalhadoras/es, gerados por condições de emprego, fatores organizacionais e relacionais que podem interagir com o funcionamento mental e bem-estar psicossocial das/os trabalhadoras/es, podendo os fatores de risco psicossocial ser entendidos como aqueles aspetos da conceição e gestão de trabalho, e seus contextos sociais e organizacionais, que têm o potencial para causar dano psicológico ou físico (COX; GRIFFITHS, 1996 e 2005).

As principais dimensões de fator de risco psicossocial, ajudando a que se exemplifique e compreenda melhor esta realidade, estão relacionados com a natureza das relações laborais, os ritmos e tempos de trabalho, a definição do conteúdo e organização do trabalho, as exigências emocionais do trabalho, a conciliação entre esferas de vida, a igualdade no trabalho e emprego, as relações sociais de trabalho, o exercício da liderança, a participação das/os trabalhadoras/es e o estado de saúde geral das/os trabalhadoras/es. Podendo-se, a título exemplificativo, sinalizar fatores concretos de risco como a existência

de desclassificação profissional, sub retribuição, diferenças salariais para trabalho igual, trabalho repetitivo monótono, liderança agressiva e desrespeitadora, falta de apoio e solidariedade de chefias, sobrecarga de trabalho, sobrecarga de responsabilidades, ritmo de trabalho intenso, trabalho por turnos, insultos e outras provocações verbais ou agressões físicas (COX; GRIFFITHS, 2005; NETO, 2015).

2.3.1 Fatores de risco psicossocial relacionado com a execução e conteúdo das tarefas

Relacionados com a execução das tarefas

a) Sobrecarga de trabalho ou de responsabilidades, intensificação dos ritmos de trabalho, aumento dos horários de trabalho, elevadas pressões de tempo, exposição a prazos rígidos, trabalho inflexível e imprevisível ou longo.

b) Pouca participação na tomada de decisão e falta de controlo sobre carga de trabalho.

c) Pouca capacitação e treinamento no tarefas complexas e técnicas.

Relacionados com o contido das tarefas

a) Papel ambíguo na organização, conflito de papéis, a monotonia, alta-responsabilidade por terceiros e elevadas exigências afetivas e envolvimento emocional.

b) Trabalho mau-definido, fragmentado, sem significado e de elevada incerteza.

2.3.2 Fatores de risco psicossocial relacionado com a cultura organizacional

a) Estrutura de comunicação organizacional deficitária, baixos níveis de suporte na resolução de problemas e no desenvolvimento pessoal. Falta de apoio e solidariedade. Falta de definição ou acordo sobre objetivos organizacionais. Ambiguidade na definição de objetivos e funções.

b) Nível baixo ou elevado de conflito, práticas de assédio moral e liderança agressiva, inexistência de sistema de avaliação de desempenho e instrumentalização de objetivos de desempenho.

c) Inexistência de mecanismos de consulta e participação ou inexistência de estruturas de representação das/os trabalhadoras/es. Fraca cultura negocial.

d) Equipamento de trabalho inadequado, indisponível, pouco apropriado ou com necessidade de manutenção.

2.4 Propostas de intervenções preventivas para riscos psicossociais do trabalho

Em síntese pretendia-se que a organização, num primeiro plano, passasse por um processo de consciencialização acerca de problemáticas e que fosse estabelecido internamente num diálogo sobre o tema entre diferentes atores organizacionais. Posteriormente, focalizem-se as situações para níveis de intervenção mais profundos, onde o objetivo final, seja sempre a presença e continuidade de um processo de mudança de comportamentos dentro da organização que beneficie a todos, caso seja necessário com possíveis seguimentos, e implementação de medidas adicionais (LUÍS; RAMOS, 2015).

As propostas em referência contemplam três fases ou etapas de intervenções (mais superficial, a sensibilização e capacitação e, a uma fase mais profunda, para as políticas de gestão, que envolvem mudanças nos postos de trabalho).

a) Fase 1, Sensibilização, primeira fase de intervenção de qualquer projeto de intervenção, porque sem consciencialização acerca das temáticas, não se poderá avançar para etapas mais profundos de ação. O que se pretende alcançar com isto, é essencialmente sinalizar situações problemáticas, e sensibilizar para as mesmas. Ao iniciar este processo de diálogo, abrem-se as portas a um processo de mudança que envolverá várias partes agregadas à organização. As propostas são, sinalizar situações problemáticas e a sensibilização em geral, seguida de sessões expositivas que envolvem delineamento de manuais. Desenvolvimento de *workshops* (oficinas, cursos ou seminários intensivos, de pouca duração).

b) Fase 2, Capacitação e formação, ou de treinamentos, constitui ainda uma etapa superficial de intervenção, no entanto, para além da transmissão de

informação que caracteriza a fase de sensibilização, são acrescentadas algumas dinâmicas de forma a munir trabalhadores e chefias de ferramentas, que possam ser utilizadas quando são confrontados com estas problemáticas. Quanto às atividades sugeridas são, a realização de mesa redonda, estabelecer diálogo e troca de ideias para clarificar pontos frágeis das relações interpessoais. Além de sessões do perfil de funções no áreas problemáticas.

Do mesmo modo, é preciso fazer mudanças na organização com o redesenho de áreas de trabalho. Nesse sentido acrescentar planos formativos ou de treinamentos, que contemplem ações para gestão de conflitos, o relacionamento interpessoal, para a gestão do tempo, o assédio moral. Ainda o mais importante é promover a participação e representação dos trabalhadores, posto que isto, é um traço identificador de boa regulação da saúde e a segurança do trabalho, um processo de intervenção que evita o aparecimento de fatores de risco psicossocial, já que lhes é conferida indentificarem problemas nas suas tarefas e de contribuírem para sua resolução.

c) Fase 3, desenvolvimento de políticas de gestão, que inclui as mudanças nos postos do trabalho, pretende-se intervir nas mudanças na organização, nos horários do trabalho, no redesenho da área de trabalho e no enriquecimento de funções. Assim como, desenvolvimento de sistemas de recompensas baseado no desempenho, promover a participação em equipe dos trabalhadores e para a coesão grupal, e a formação de equipes (*team building*). Além disso, é importante a definição de procedimentos de resolução de conflitos, o desenvolvimento de programas de ginástica trabalhista. Note-se que, as intervenções acrescentadas são a promoção de relações trabalhistas preconizadas, porque é base fundamental para a prevenção dos riscos psicossociais, e finalmente sobre agir sob as relações contratuais transparentes, estáveis e justas.

3. POLÍTICA NACIONAL DA SAÚDE DO/DA TRABALHADOR/RA E LEGISLAÇÃO PERUANA SOBRE SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHO

A Política Nacional deve ser articulada ao Plano Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), em todo o âmbito do SUS, além do Ministério do Trabalho e Emprego e da Previdência Social. A Política possui sete princípios e diretrizes, sete objetivos e seis estratégias, que buscam articular as ações e políticas de saúde nesta área. Abrange a vigilância, a atenção integral, entre outras, presentes em diversas legislações até o momento. A proposta maior é sua concepção de ação transversal, entendendo o trabalho como determinante do processo de saúde-doença.

Nesta concepção, busca desconstruir que o processo de adoecimento seja responsabilidade do trabalhador e não dos modelos de desenvolvimento e/ou processos produtivos, o que pode ser verificado no acréscimo do princípio da precaução (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012d). Também reforça ações já existentes desenvolvidas em muitos municípios, compreendendo a necessidade da articulação inter setorial e das atribuições nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal.

Para compreender como se chega ao momento atual de regulação desta política e no advento da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CNST), em dezembro de 2014, é importante retomar alguns aspectos que constituem a Política de Saúde do Trabalhador como política pública no Brasil. Vale ressaltar que tal conferência tem como tema central a “Saúde do trabalhador e da trabalhadora, direito de todos/as e dever do estado” que orientou as discussões em todas as etapas, e como eixo central a implementação da própria política nacional.

3.1 Saúde mental e trabalho no âmbito da Saúde Pública no Brasil

Os três níveis de atenção à saúde, acessados pelos usuários, envolvendo questões de saúde/doença mental e trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014): 1) Ações de Saúde do Trabalhador com a Atenção Primária em Saúde (APS): As equipes devem garantir o desenvolvimento de ações no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, a prevenção de agravos relacionados ao trabalho, o diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Portanto, a ação dos profissionais de saúde na atenção básica deve estar pautada na dinamicidade sociopolítica existente em um território bem definido, no qual trabalhadores residentes e não residentes executam atividades produtivas em locais públicos e privados, peri e intra domiciliares. As

equipes das Estratégias de Saúde da Família e das Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem, assim, considerar a dimensão produtiva dos usuários como possível fonte de adoecimento mental. Por exemplo, o usuário que solicita medicamento antidepressivo pode estar vivendo situação de estresse e tensão no seu trabalho, ou seu quadro depressivo pode estar associado também à falta de trabalho e renda, no caso dos trabalhadores em situação de desemprego. Para citar outro exemplo, em determinada UBS observa-se aumento de usuários com sintomas de alteração cognitiva (perda da capacidade de atenção, problemas de memória etc.), e neste caso, tais ocorrências podem ser explicadas pela exposição dos trabalhadores a substâncias químicas tóxicas como metais pesados (cuja intoxicação leva a alterações no sistema nervoso central). Dessa forma, observa-se que o cotidiano de trabalho na APS é permeado de casos individuais e coletivos de usuários com possíveis transtornos mentais relacionados ao trabalho.

Por tanto, a contribuição do trabalho para a alteração da saúde mental se dá a partir de uma gama de aspectos, desde fatores pontuais como a exposição a agentes tóxicos até a complexa articulação de fatores relativos à organização do trabalho (JACQUES, 2007). Para que se possa suspeitar da relação entre o trabalho e a saúde/doença mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001), faz-se necessário considerar que os riscos psicológicos e sociais comumente estão associados a riscos fisiológicos e ergonômicos; e, torna-se difícil precisar uma única causa, devendo-se pensar em uma multi determinação do sofrimento/doença mental.

Também pode ser bastante útil procurar situar o caso em alguma ou mais das seguintes categorias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001; SELIGMANN-SILVA, 2001): transtorno ligado às formas de organização do trabalho: nesta situação, é a própria forma de organizar o processo de trabalho, os modos de gerenciamento e as relações de trabalho que estarão ligadas aos impactos produzidos no psiquismo, podendo ter expressões diversas como neurose profissional, síndrome de *burnout*, depressão, tentativa de suicídio etc.; são exemplos o conteúdo de trabalho esvaziado e repetitivo, a sobrecarga, relações trabalhistas hostis e humilhantes, autoritarismo, excesso de cobrança de produtividade, alto ritmo e desgaste psicológico no exercício da função etc.; proposta de roteiro de entrevista com foco em saúde/doença mental e trabalho (p.86,87) baseado em Glina e Rocha (2001), Ministério da Saúde (2001; 2006) e Silva (2001).

Além disso, a investigação do nexos causal com o trabalho propicia ao trabalhador garantias previstas pela legislação, tanto de caráter econômico como em termos de sua estabilidade por um ano quando do retorno ao trabalho. Nessa perspectiva integradora,

evidencia-se a necessidade de implicação de diversas áreas da saúde, atuando de maneira interdisciplinar. Ainda que cada profissional da saúde deva sentir-se capacitado para dar início a investigação acerca donexo causal do adoecimento dos usuários, é preciso o envolvimento de diversas especialidades para que, além de um diagnóstico, possam ser efetivadas ações resolutivas para a prevenção e o cuidado com as pessoas, no que se refere à dimensão do trabalho.

3.2 A dimensão psicossocial da prevenção no Brasil

No setor privado, em geral os profissionais de saúde têm pouca oportunidade de se manifestar sobre a gestão e as formas de controle exercidas sobre os trabalhadores. Assim, os profissionais da saúde, que ao lado os ergonomistas deveriam participar nos processos de inovações, estão na maior parte das empresas distantes dessa possibilidade. Pois estão inseridos em um sistema no qual sua possibilidade de intervenção é bastante limitada ou às vezes, inexistente. Igualmente, psicólogos e outros profissionais de saúde deixam de ser ouvidos pelo management em mudanças no processo de produção, que implicam aumento potencialmente desgastante das exigências de trabalho mental. Em suma, inexistem, em geral, a possibilidade de realmente exercerem a faculdade de analisar e alertar a administração em face de mudanças que sendo potencialmente fontes de desgaste mental, impliquem risco à atividade mental necessária à segurança.

Sintetizando: praticamente os profissionais de saúde e segurança, na maioria das empresas brasileiras, têm reduzida oportunidade de debater aspectos da organização do trabalho que já foram identificados como fonte de inúmeros riscos, inclusive de riscos mentais que têm implicação direta na prevenção de acidentes (SILVA, 2011, p.312).

Entretanto, estão em aberto as perspectivas para que profissionais de saúde e segurança, coagidos muitas vezes à passividade pela direção das empresas, possam unir-se aos profissionais que, no âmbito dos serviços de saúde do trabalhador, encontram maior liberdade para externar seu pensamento crítico, realizando encontros e debates voltados a estabelecer encontros de ideias e socialização da reflexão crítica sobre a degradação da saúde e da segurança, que se propaga atualmente por grande parte dos locais de trabalho.

A participação efetiva dos próprios trabalhadores no planejamento e implementação da prevenção em alguns desses países se distancia da nossa realidade. Pois, no caso brasileiro, a participação dos trabalhadores permanece muito mais presente nos discursos

do que nas situações de trabalho concretas. Não obstante, essa participação é possível e pode ser muito eficaz, conforme observações e experiências que oferecem fundamentos para uma prevenção participativa.

3.3 A dimensão psicossocial da prevenção no Perú

Segundo legislação peruana sobre Segurança e Saúde do Trabalho –SST- (PERÚ, Lei 29.783, 2011), visa promover a cultura de prevenção dos riscos profissionais no Perú, seu conteúdo estão organizado em nove princípios, 103 artigos e 7 disposições complementares. Além das disposições gerais, tem políticas nacionais de SST. Sobre os estabelecimentos da saúde, a base do programa SST estão baseado em compromisso de gestão de trabalhadores de saúde, e que será projetada acordo as necessidades, os objetivos e possibilidades. A proposta é que a organização e implementação do Comitê de SST seja da seguinte maneira: para mais de 20 trabalhadores (formado pelo representante do sindicato), para menos de 20 (representado por supervisor SST e escolhido pelos trabalhadores). Além as obrigações do empregador ou gerente é desenvolver quatro capacitações ao ano.

Seguidamente, obter informações sobre registros em SST aplicados em estabelecimentos de saúde, refere aos acidentes e incidentes do trabalho, as doenças trabalhistas, prova do médicos e inspeções internas. Além disso, dispor do equipamentos de segurança e de emergência, registros sobre controlo do agentes físicos, químicos e biológicos; registros sobre fatores de risco psicossocial e ergonômico, e sobre a indução, formação, ademais de simulacros. Pela mesma razão, a liderança e administração, terá os seguintes objetivos; desenvolver atividades que comportem definir, implementar, verificar, o cumprimento e suporte com o controle de riscos, tudo através do programa de saúde trabalhista; entre outras, sendo as principais atividades, definir a política de gestão de prevenção de riscos no estabelecimento da saúde.

Do mesmo modo, o objetivo principal do treinamento da equipe de gestão e dos trabalhadores em risco, é desenvolver treinamentos nos serviços hospitalares para alcançar um melhor desempenho de suas responsabilidades, para a orientação sobre o programa de prevenção de riscos no hospital (durante o primeiro mês para cada equipo novo da organização), para a participação de toda equipe de mando do hospital sobre "gestão de prevenção de risco hospitalar", desenvolver-se a detecção das necessidades e do programa de treinamento de habilidades dos trabalhadores da saúde.

3.4 Revisões sistemáticas na elaboração de políticas da saúde baseadas em evidências

As revisões sistemáticas são cada vez mais vistas como uma das principais fontes de informação para fundamentar a formulação de políticas, elas também são usadas para auxiliar com uma série de perguntas sobre um problema, opções para resolver, e considerações de implantação. Assim, Oxman et al (2009), colocam sob cenário, de trabalhar no Ministério da Saúde, para apresentar opções de melhoramento na saúde do trabalhador, ou quer-se ter certeza que as decisões sobre como tratar este problema serão bem embasadas, ou decidir nomear uma unidade da saúde para fazer uso de evidências na formulação de políticas ou elaborar uma versão condensada de políticas das melhores evidências que caracterizam o problema, bem como as opções para tratamento de tal problema (OXMAN et al, 2009). Contudo há diversas restrições têm impedido uma maior utilização de revisões sistemáticas na formulação de políticas, como o desconhecimento do valor das revisões sistemáticas e uma incompatibilidade entre os termos utilizados por formuladores de políticas, ao tentar acessar as revisões sistemáticas, e os termos utilizados pelos autores originais destas revisões (LAVIS et al, 2009).

Então os autores sugeriram três perguntas que podem ser usadas para guiar aqueles que buscam revisões sistemáticas, especialmente sobre os impactos das opções sendo consideradas: a) Uma revisão sistemática é realmente tudo o que é necessário?, b) Quais bancos de dados e estratégias de busca podem ser usados para encontrar revisões sistemáticas relevantes?, c) Quais alternativas estão disponíveis quando não for possível encontrar revisões sistemáticas relevantes?. Oferecendo-se quatro vantagens essenciais em relação a estudos individuais: reduzem a probabilidade de os formuladores de política serem induzidos ao erro por pesquisas, aumentam a confiança entre os formuladores de políticas sobre o que pode ser esperado de uma, permitem que os formuladores de políticas se concentrem em avaliar a aplicabilidade dos resultados das revisões sistemáticas no seu próprio contexto. As revisões também permitem que formuladores de política se concentrem em coletar e resumir outros tipos de evidência, como as evidências locais sobre viabilidade técnica, a compatibilidade com valores predominantes e o atual estado de espírito da província/do país, assim como a aceitabilidade das opções possíveis em termos de viabilidade orçamentária e seu nível provável de apoio político ou oposição (NAVIS et al, 2009).

As revisões sistemáticas também podem ser realizadas para: a) Estudos de bancos de dados administrativos e pesquisas na comunidade que ajudem a colocar os problemas em uma perspectiva comparada, b) Estudos observacionais que ajudam a descrever os

possíveis malefícios de uma opção, c) Estudos qualitativos que ajudam a compreender os significados que as pessoas ou grupos atribuem a um problema, como e por que as opções funcionam, e os pontos de vistas (e experiências) das partes interessadas com relação a opções específicas. Existem muitas abordagens metodológicas que podem ser usadas em revisões sistemáticas das evidências de pesquisas qualitativas (ou em revisões sistemáticas das evidências de pesquisas qualitativas e quantitativas dentro da mesma revisão), incluindo um resumo narrativo, análise temática, teoria fundamentada, meta-etnografia, meta-estudo, síntese realista, análises cruzadas de casos, análise de conteúdo, um levantamento de caso, análise comparativa qualitativa, e meta-análise Bayesiana (DIXON-WOODS et al, 2005; MAYS et al, 2005).

Elaboração de políticas baseadas em evidências

A política baseada em evidências científicas é uma abordagem para a tomada de decisões políticas relacionadas a políticas e programas de saúde e para aqueles que dão apoio a estes tomadores de decisão que tem como objetivo assegurar que a tomada de decisões esteja fundamentada pela melhor evidência científica disponível. Para as pessoas responsáveis pela tomada de decisões. A série se destina a ajudar essas pessoas para assegurar que suas decisões sejam devidamente sustentadas pelas melhores evidências de pesquisa disponíveis. É caracterizada pelo acesso transparente e sistemático às evidências e pela avaliação de tais evidências como insumos do processo de formulação de políticas. A formulação de políticas com base em evidências ajuda os formuladores de política a entender estes processos (OXMAN et al, 2009).

A melhor utilização de evidências de pesquisas para selecionar e promover intervenções, bem como para decidir sobre arranjos relativos à gestão, às finanças e à prestação (dos serviços de saúde) para apoiar o uso dessas intervenções, pode ajudar a reduzir esses problemas. Mas há um risco político muito maior quando as políticas são defendidas sem que se reconheça as limitações das evidências disponíveis e depois, quando se adere às políticas, independentemente dos resultados.

As evidências de pesquisa são geralmente mais convincentes do que observações ao acaso porque, para obtê-las, são usados métodos sistemáticos para coletar e analisar observações. Igualmente as evidências são suscetíveis ao contexto, pois todas as observações são necessariamente relacionadas a um contexto específico. Portanto, é preciso sempre avaliar a aplicabilidade das evidências além de seu cenário ou contexto original. Daí é melhor fazer avaliações sobre a aplicabilidade destas evidências de forma sistemática e explícita. Finalmente, é necessário que as evidências locais (resultantes de

um cenário específico no qual as decisões e as ações serão tomadas) fundamentem a maioria dos outros julgamentos sobre problemas, opções para resolver problemas e estratégias de execução (OXMAN et al, 2009).

Foram adotadas as definições usadas pela Colaboração Cochrane (CC), completar uma revisão sistemática é um processo iterativo, a condução de uma revisão sistemática depende fortemente do escopo e qualidade dos estudos incluídos: assim, revisores sistemáticos podem precisar modificar o protocolo de revisão original no decorrer do trabalho. Qualquer orientação de relato deve recomendar que tais mudanças sejam relatadas e explicadas sem sugerir se são inapropriadas; com exceção das revisões Cochrane, que devem seguir um protocolo, apenas em torno de 10% dos autores de revisões sistemáticas relatam trabalhar a partir de um protocolo. Sem um protocolo publicamente acessível, é difícil julgar se as modificações são apropriadas ou inapropriadas. (BURTON, 2010, p.43).

Protocolo Colaboração Cochrane

A Colaboração Cochrane (CC) surgiu em resposta ao pedido de Archie Cochrane (1909-1988) de revisões sistemáticas periodicamente atualizadas de todos os ensaios clínicos aleatórios relevantes sobre intervenções em saúde (BURTON, 2010, p.43). A Colaboração Cochrane facilita o futuro de novas revisões sistemáticas, porém há a necessidade de apoio crescente e participação para manter a produção. Enquanto os avanços ocorrem, é aconselhável que os clínicos façam uso das revisões sistemáticas já disponíveis na Cochrane Library, que é a melhor fonte de evidências para a tomada de decisão nos cuidados com a saúde.

Em 2001, o Centro Cochrane do Brasil em parceria com a BIREME (Biblioteca Regional de Medicina) e com a Organização Panamericana de Saúde(OPS) tornaram gratuito o acesso a Cochrane Library para toda a América Latina, inclusive para o Caribe. Investigadores de formações distintas da área da saúde, interessados em verificar as diferentes implicações das revisões sistemáticas para a prática clínica e para a pesquisa científica, analisaram uma amostra representativa de revisões sistemáticas da Colaboração Cochrane, de acordo com a Cochrane Library (BURTON, 2010, p.51).

Protocolo PRISMA e desenvolvimento da sua recomendação

Em 1996, para tratar sobre o sub aproveitamento dos relatos de meta-análise, um grupo interacional desenvolveu um guia chamado recomendação QUORUM (qualidade

dos relatos de meta-análises), cujo foco era os relatos de meta-análises de ensaios clínicos randomizados. A revisão dessas diretrizes, renomeada como principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises (PRISMA), que foi atualizada para atender a vários avanços conceituais e práticos na ciência das revisões sistemáticas. A terminologia utilizada para descrever uma revisão sistemática ou meta-análise mudou com o tempo. Uma das razões para mudar o nome de QUORUM para PRISMA foi o desejo de abranger tanto as revisões sistemáticas quanto as meta-análises.

Uma reunião de três dias foi realizada em Ottawa, Canadá, em junho de 2005 com 29 participantes, incluindo autores de revisões, metodologistas, clínicos, editores e um consumidor. O objetivo da reunião de Ottawa era revisar e expandir o *checklist*, e o fluxograma do QUORUM, conforme necessário. O comitê executivo realizou as seguintes tarefas antes do encontro: uma revisão sistemática de estudos examinando a qualidade dos relatos de revisão sistemática, e uma busca extensiva na literatura para identificar artigos metodológicos e outros que pudessem dar base à reunião, principalmente em relação à modificação dos itens do checklist. A recomendação PRISMA consiste em um *checklist* com 27 itens, dos quais 18 correspondem a RS.

O objetivo do PRISMA é ajudar os autores a melhorarem o relato de revisões sistemáticas e meta-análises. O foco foi em ensaios clínicos randomizados, mas o PRISMA também pode ser usado como uma base para relatos de revisões sistemáticas de outros tipos de pesquisa, particularmente avaliações de intervenções. O PRISMA também pode ser útil para a avaliação crítica de revisões sistemáticas publicadas. Entretanto, o *checklist* PRISMA não é um instrumento de avaliação de qualidade para ponderar a qualidade de uma revisão sistemática. Uma RS é uma revisão de uma pergunta formulada de forma clara, que utiliza métodos sistemáticos e explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e coletar e analisar dados desses estudos que são incluídos na revisão e os métodos estatísticos podem ou não ser usados para analisar e resumir os resultados dos estudos incluídos (MOHER, LIBERATI, TETZLAFF et al; THE PRISMA GROUP, 2015).

4. DESENHO METODOLÓGICO: revisão sistemática de intervenções para prevenir riscos psicossociais do trabalho

4.1 Caracterização do objeto de estudo e definição do universo da pesquisa

O objeto de estudo tem características comuns, primeiramente aos ensaios controlados aleatórios (ECA), aos ensaios quase-aleatórios (pesquisas com delineamento antes e/ou depois, estudos de série de tempo interrompido), mais aos estudos descritivos, cuja intervenção tem abrangência em:

a) Fatores do risco psicossocial do trabalho, vinculados com a execução e conteúdo das tarefas de profissionais da saúde.

b) Fatores do risco psicossocial do trabalho relacionados com a cultura organizacional do estabelecimento onde mencionados profissionais desenvolvem-se.

O universo de pesquisa limitaram-se à produção científica no período de 1º de janeiro de 1995 até 31 de julho de 2016. Foram incluídos artigos, teses ou dissertações (estudos) em português, espanhol e inglês. Quando os documentos continham estudos empíricos, os sujeitos de interesse foram os profissionais de saúde. Como critérios de inclusão, utilizaram-se estudos referentes a intervenções para prevenir riscos psicossociais do trabalho para profissionais de saúde, no Brasil e no Perú. Os estudos que não atendiam a esses critérios foram excluídos da revisão.

4.2 Técnicas e procedimentos de coleta de dados

Para atingir o objetivo da pesquisa, lançamos mão, ainda, dos seguintes dispositivos: a) análise documental misto (aspecto qualitativo e quantitativo) com plano transversal, b) adaptação dos principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises (PRISMA), usado como base particular para análise de intervenções (MOHER et al, 2015). Então realizou-se uma revisão sistemática com base no *scoping reviews* (SR), consistente em uma revisão sistematizada, destinada a mapear na produção científica, estudos relevantes em determinada área, neste assunto, sobre as intervenções para riscos psicossociais do trabalho. A característica essencial de este tipo de revisão, é que tem um

abordagem abrangente, visto que a pergunta de busca é mais ampla, e a avaliação da qualidade dos estudos, menos rigorosa (ARKSEY; O'MALLEY, 2005).

Para a pesquisa utilizou-se o esquema ou estratégia PIC para formulação da pergunta, sendo “P” para população, “I” para fenômeno de interesse, “C” para o contexto. Aliás baseado no esquema geral PICOS (participantes, intervenções, comparações, resultados “out comes” e delineamento dos estudos “*study design*”), que o protocolo PRISMA faz referência para revisões sistemáticas. Então ajustado ao objeto de estudo à estratégia PIC, tem-se como questão norteadora; P: para os profissionais de saúde, I: as intervenções para prevenir riscos psicossociais do trabalho, C: contextos brasileiro e peruano.

A fim de garantir a abrangência própria da *scoping reviews*, a coleta usou duas estratégias de busca. A primeira realizou-se nas bases de dados PubMed, EBSCO-Host, Lilacs, BioMed Central e CINAHL, com os descritores “*Health and safety at work*”, “*primary prevention*”, “*clinical trial*”, “*humans*”, “*healthcare*”. A segunda busca usouse os descritores “*intervention*”, “*health human resources*”, “*innovation & research*”, “*healthcare staff*”. As bases de dados foram as mesmas utilizadas na primeira busca, com exceção da Embase, cuja combinação de descritores e operadores foram:

[intervention AND primary AND ('health'/exp OR health) AND ('human'/exp OR human) AND resources AND ('healthcare'/exp OR healthcare) AND ('staff'/exp OR staff) AND [2003-2016]/py intervenção E primária E ('saúde' / exp OR saúde) e ('humana' / exp OU humana) E recursos AND ('saúde' / exp OU cuidados de saúde) e ('staff' / exp OR equipe) e [2003-2016] / psychosocial AND intervention AND ([article]/lim OR [article in press]/lim) AND ([english]/lim OR [portuguese]/lim OR [spanish]/lim) AND [adult]/lim AND [humans]/lim AND [abstracts]/lim AND [embase]/lim AND [2003-2016]/py AND health AND safety AND at AND work].

Consultaram-se, também, sites de organizações ligadas à segurança e saúde no trabalho, como sejam, The Cochrane Library (Cochrane Central Register of Controlled Trials) e The Campbell Collaboration. Quando os artigos não estavam integralmente disponíveis nas bases de dados, tentou-se obtê-los por meio do Portal de Revistas das Bibliotecas da UFRGS, do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e do Portal da Organização dos Estados Americanos (OEA) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPS), ou do contato direto com o autor, por e-mail ou pelo Research Gate. Se após essas tentativas não se conseguia acesso à íntegra do texto, os artigos eram desconsiderados na pesquisa.

Sistematização e instrumento de recolha de dados

Para a sistematização dos dados, avaliaram-se quatro item em cada estudo incluído, para o qual utilizou-se um instrumento de análise e interpretação qualitativa e quantitativa (Registro de características dos estudos incluídos), cujos item são:

a) Método colocado (delineamento, fases, técnica de coleta de dados, grupos, linha base, cenário, *et cetera*).

b) Participantes (grupo e número de profissionais da saúde, local, unidade de saúde, etc.).

c) Intervenções (número e duração de sessões, dados sobre o grupo controle, sobre a sequência, entre outros aspectos complementares).

d) Resultados (qualitativos, como os assuntos desenvolvidos e alcançados, etc.), e quantitativos, que inclui o tamanho do efeito, a variação porcentual, *et cetera*).

Além disso aproximou-se escrever o assunto, direcionando ao tipo e dimensão de risco psicossocial do trabalho. Após cada estudo foram identificados, com números e letras, conforme a sequência em que foram encontrados na base de dados, ao local (Brasil: 1 até 12; Perú: 13 até 19), ao método e delineamento (ensaios controlados aleatórios -A-, estudos quase experimentais -B-, estudos descritivos -C-). Por exemplo: 1A e 12C, quando são o primeiro estudo baseado em ensaio controlado aleatório, e último estudo descritivo brasileiro; tal como, 13A e 19C, são o primeiro estudo baseado em ensaio controlado aleatório e último estudo descritivo peruano.

Procedimento para análise quantitativo de frequências

Tendo o objetivo de comparar entre o local da pesquisa (Brasil contra Perú), utilizou-se apenas para avaliação quantitativa referente à variação de frequência de estudos; para variação de frequências segundo delineamento do estudos, à frequência segundo o tipo de intervenção preventiva, à frequência conforme dimensão de riscos psicossociais do trabalho de profissionais da saúde.

Sendo a notação o seguinte:

$$V.P. = \frac{f_i X}{f_i Y} (-1) 100$$

Legenda:

V.P. = variação porcentual

$f_i X$ = frequência no Brasil

$f_i Y$ = frequência no Perú

5. ARTICULANDO DADOS: análise dos resultados

5.1 Estudos incluídos para análise de intervenções preventivas de riscos psicossociais do trabalho de profissionais da saúde

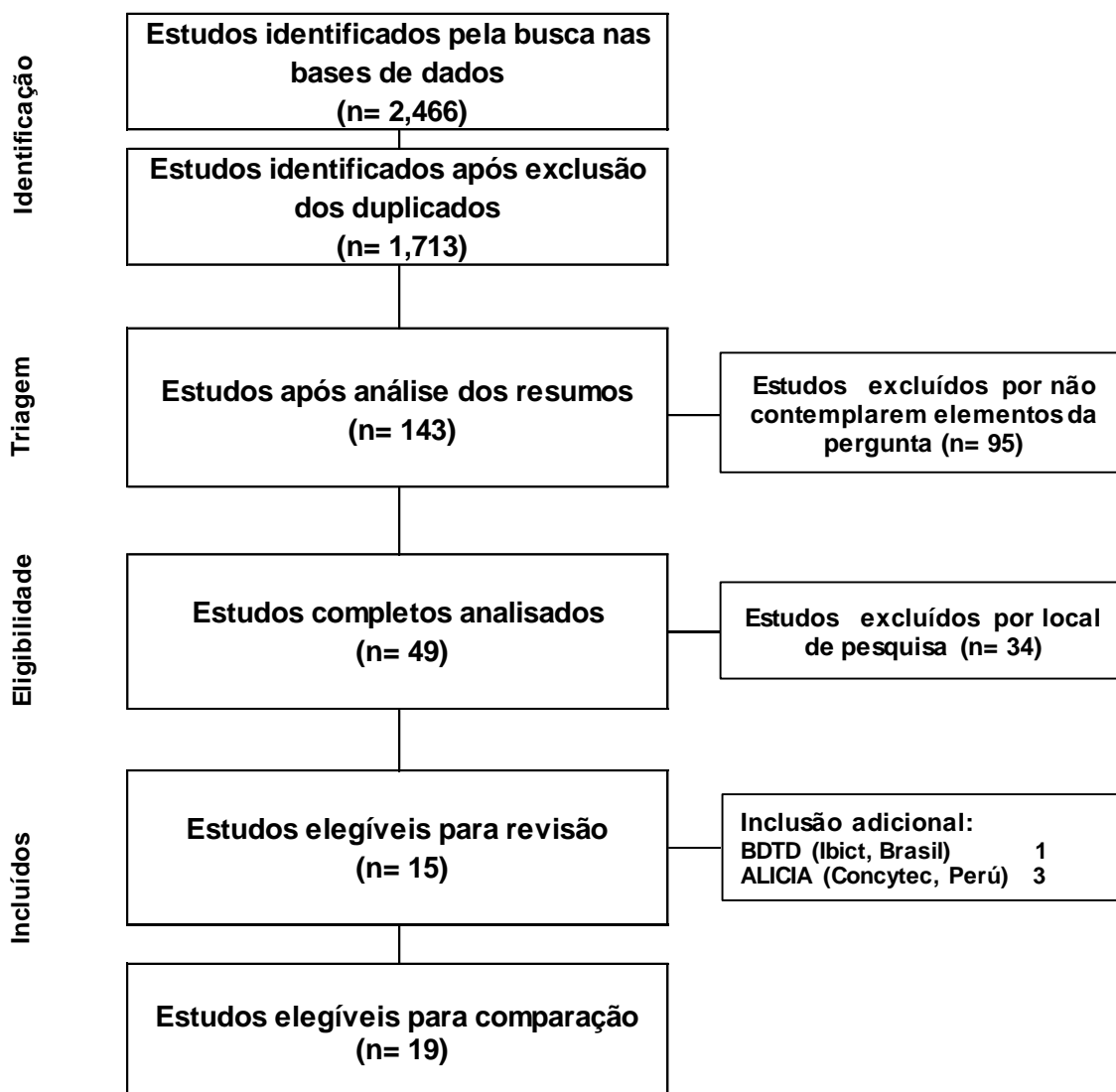
Pela primeira estratégia de busca, identificaram-se 2,466 estudos; na segunda, 1,713, encontra-se na Figura 1. A triagem abrangeu as etapas de análise por títulos e por resumo. Com base no título e por não contemplarem elementos da pergunta, foram excluídos 143 artigos, restando 95 para análise dos resumos porque trazem como resultados aspectos diferentes da mesma pesquisa. Dos 49 artigos completos incluídos na revisão, serão excluídos o 69,4% devido ao local de pesquisa (34 estudos desenvolvidos no outros países), ficando 15 estudos.

Então, considerando que o objetivo do estudo é comparar entre locais (dois países), o Brasil e o Perú, incluímos estudos a nível descritivo; que foram localizados tanto na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (Ibict), quanto no base de dados do Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia (Concytec), do Perú, para o propósito foram incluídos quatro estudos descritivos (um para o primeiro país, e três para o segundo), resultando ao final 19 estudos elegíveis para a comparação (Figura 1).

Por outro lado, sobre o desenvolvimento histórico de estudos na prevenção de riscos psicossociais do trabalho de profissionais da saúde, achamos que o primeiro de ele, começaram no Brasil o ano 1995, apresentado por WESTPHAL; pois no Perú acontece oito anos depois (GARCÍA, 2003). Porém o ciclo histórico continuado de estudos para o Brasil, começa recém em 2008 até último período de comparação (ano 2015). No Perú ocorre mais tarde, entre os anos 2012 e 2015 (Figura 2).

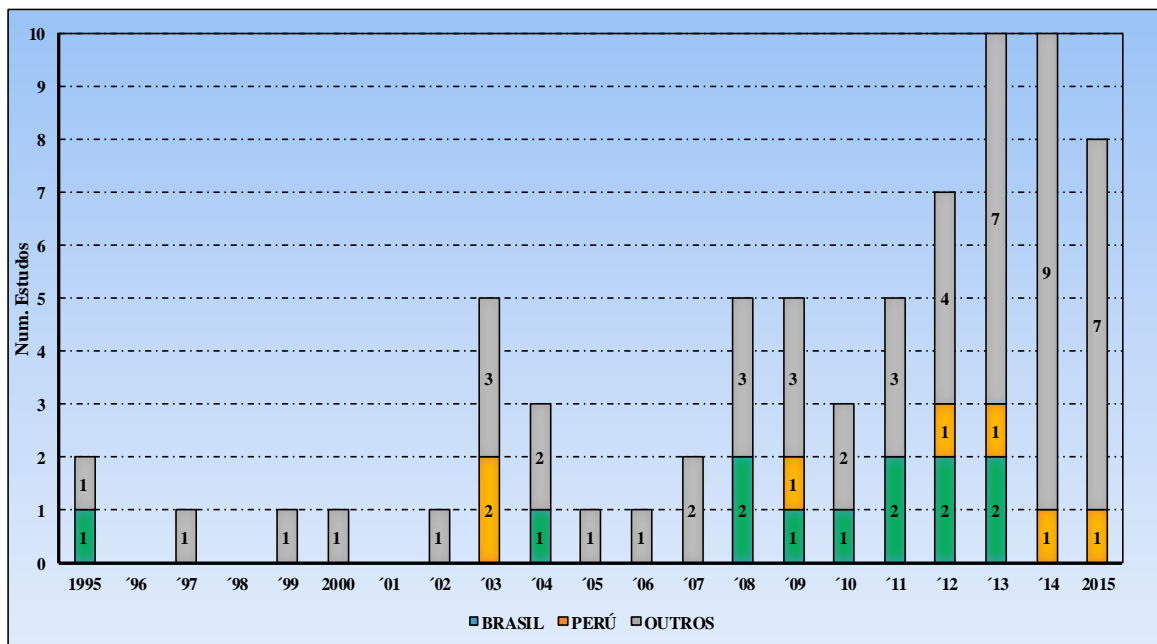
Em geral, note-se que, em período de vinte anos (1995 – 2015) a produção de conhecimentos sobre intervenções para prevenir, especificamente os fatores de risco psicossociais, que são três dimensões: relacionadas à execução de tarefas, ao conteúdo de tarefas, à cultura organizacional. Especialmente em ensaios controlados ou quase controlados, ainda são mais escassos. Desde que a diferença é notório a partir do ano 2013, visto que no resto de países é 57,1% maior à adição de estudos desenvolvidos tanto no Brasil quanto no Perú (4 versus 3), mas em anos 2014 e 2015, as diferenças percentuais para o resto de países permanecem em promédio acima de 85,0% (Figura 2).

Figura 1 - Processo de seleção dos estudos incluídos na revisão



Fonte: Elaboração própria

Figura 2 - Desenvolvimento de estudos sobre prevenção de riscos psicossociais do trabalho de profissionais da saúde. Comparação entre o Brasil, o Perú e total: Período 1995 - 2015



Fonte: Elaboração própria

5.2 Comparação de frequências dos estudos segundo delineamento, tipo de intervenção e dimensão do risco psicossocial do trabalho

Sobre o método e delineamento dos estudos, a pesquisa sinala que a frequência de estudos no Brasil, entre os anos 1995 e 2015 é tão grandemente em ensaios controlados aleatórios quanto em estudos quase experimentais, cuja variação percentual ultrapassa ao Perú com 113,3% e 300,0%; pelo contrário, a variação é menor do que o Perú, em estudos descritivos (-66,7%), que com certeza apresentou-se para à área psicossocial, um grande sucesso no Brasil (Tabela 1).

Sobre a frequência de intervenções para prevenir aos fatores de risco psicossocial do trabalho, encontra-se na Tabela 1. Apenas foram direcionados a três tipos de intervenções:

a) Para sensibilização, que teve objetivo, sinalizar situações e tarefas complexas e/ou problemáticas e propostas de sessões expositivas, *workshops*, guias e/ou documentos normativos.

b) Para a capacitação, cujo objetivo foi colocar em prática planos formativos como treinamentos, mesas redondas, outros e/ou guias; estabelecer diálogo para troca de ideias e clarificar pontos frágeis das relações interpessoais, sessões para definir o perfil de funções no áreas problemáticas, para equipamento de proteção pessoal, para as mudanças na organização do trabalho, ações para avaliação e gestão de conflitos.

c) Para a política de gestão, fizeram atividades para mudanças na organização, enriquecimento de funções, promoção e participação em equipe e a coesão grupal, procedimentos de resolução de conflitos, para a ginástica trabalhista.

Assim, para o primeiro tipo de intervenção, a frequência de estudos desenvolvidos no Brasil, é tão igual quanto no Perú, ficando nula sua variação percentual; para o segundo e terceiro tipo, para o Brasil, a variação percentual é 50% e 100% maior do que Perú, de forma que o promédio ponderado é 77,3%.

Tabela 1 - Variação de frequências de estudos, segundo delineamento, tipo de intervenção e dimensão de riscos psicossociais do trabalho de profissionais da saúde: Brasil versus Perú, 1995-2015

Item	Brasil Número	Perú Número	Variação Porcentual (V.P.)
Método e delineamento dos estudos:			
Ensaio controlado aleatório (A)	7	3	133,3
Estudo quase experimental (B)	4	1	300,0
Estudo descritivo (C)	1	3	-66,7
Tipo de intervenção preventiva:			
Sensibilização	6	6	0,0
Capacitação	9	6	50,0
Política de gestão	12	6	100,0
Promédio ponderado			77,3
Intervenção preventiva segundo dimensão de risco psicossocial:			
Execução de tarefas	7	3	133,3
Conteúdo de tarefas	2	- . -	- . -
Cultura organizacional	9	4	125,0
Promédio ponderado			128,6

Fonte: Estudos incluídos, 1995-2015

Como ilustra a tabela 1 acima, as intervenções associadas de maneira indireta e voltadas para as dimensões de risco psicossocial do trabalho são: Em execução de tarefas, do total de 10 intervenções, ao Brasil corresponde sete; em intervenções relacionadas indiretamente ao conteúdo de tarefas somente corresponde ao Brasil, com duas intervenções; em cultura organizacional, de um total de treze, nove foram desenvolvidos no Brasil. Por conseguinte, o promédio ponderado da variação porcentual (V.P.) favorece também ao Brasil com 128,6%.

5.3 Intervenção treinamento para mudança de comportamentos na prática profissional: A execução de tarefas de prevenção de problemas da saúde

Apesar de que os formatos de intervenção foram diferentes, tanto no ano de desenvolvimento (1995; 2003), quanto no contexto (Brasil: em 8 maternidades, 4 unidades de saúde; e no Peru: 22 Centros de Saúde, mais 4 unidades de saúde), tal como é descrito: para o Brasil; 16 «*focusgroup*» com 6-16 pessoas, «*workshops*» em 3 semanas (Registro 1A); para o Peru; 36 farmácias em 14 distritos, 3 sessões seminário-almoço, 6 visitas mensais, workshop de 6 horas (Registro 13A). Os resultados, comparando ambos os países, têm as seguintes semelhanças:

a) Usando formatos interativos didáticos mistos ou «*workshops*» e com foco em resultados, pode ter um aumento na participação ativa dos profissionais da saúde e na eficácia das reuniões de treinamento educativo.

b) As reuniões educativas, por si só, não são eficazes para mudança de comportamentos complexos. Considerando seus efeitos, é mais provável que sejam menores ou apenas semelhantes a outros tipos de educação continuada, como são a auditoria e feedback, ou visitas de sensibilização educacional. Por outro lado, as diferenças são: no Brasil, com uma única palestra ou apresentações, as mudanças da prática profissional são improváveis; no Peru, a entrega do material de apoio reforça mais as práticas profissionais, em relação às palestras educativas.

5.4 Intervenção treinamento associada à mudança na execução das tarefas problemáticas da saúde e relações interpessoais

Para inferir a associação indireta sobre a execução das tarefas problemáticas a respeito da saúde e das relações interpessoais, incluíram-se quatro estudos do Brasil e, dois do Peru.

Em relação ao Brasil, o primeiro estudo consistiu em 3 fases de interação, com duração de 9 meses, em 2 unidades de saúde (Registro 6A). No segundo estudo, também em 2 unidades de saúde, realizaram-se duas reuniões mensais com duração de 1h30m cada uma (total 35), começando numa conversa sobre os interesses pessoais a respeito das informações proporcionadas (Registro 5A). O terceiro estudo versa em sessões com duração de 20 minutos/dia, com diferentes configurações durante 9 meses (Registro 3A). O último estudo, desenvolvido também em 2 unidades de saúde, com durações de 1 ano 5 meses e outro de 1 ano 11 meses, ao que se acrescentam relatórios mensais, mais propostas, mais discussões, mais reforços cada dois meses para toda a equipe; no entanto, o número de sessões sobre as duas últimas atividades não foram reveladas pelos autores (Registro 4A). As evidências destes estudos foram as seguintes:

a) Os resultados positivos e sustentáveis se obtiveram a partir do sétimo mês (com uma mudança significativa na terceira fase), cuja influência favorável aconteceu durante um longo período de tempo.

b) A observação direta resultou ser uma abordagem eficaz, porque propiciou qualidade de execução das tarefas problemáticas, porém não é imparcial. Embora a presença visível do observador, tende a melhorar artificialmente o comportamento pessoal (efeito psicológico).

Em relação ao Peru, o primeiro estudo baseou-se em *workshops* de formato misto de treinamento, em 19 hospitais públicos, com duração de 4 sessões de meio dia, 4h/dia cada dia, inclui-se pre-test, mais material audiovisual, mais pausa após discussão, mais exercício prático, mais relatório grupal (Registro 15A). Adiciona-se ainda, um estudo de menor nível de delineamento dos anteriores (quase experimental), em 6 estabelecimentos de saúde, com 3 fases de avaliação (pré, intermédia e pós) e observação direta, mais 2 *workshops* com duração de 6 meses (Registro 16B).

Os resultados foram: modificação de atitudes para práticas profissionais (prevenção de infecções IH, $P < 0,01$, prevalência após apenas 8,7%). As intervenções foram positivas, mesmo com escasso material, verbas reduzidas, carências de inovações tecnológicas. Entretanto, os autores sinalam “ainda precisa-se de treinamento da educação continuada”.

Porém, note-se que os resultados comuns para ambos os países são:

a) A comunicação entre enfermeiros de ambas as unidades de saúde se aprimora, porque a metodologia consegue promover um ambiente de debate entre os participantes, além de encontrar soluções.

b) Na comunicação entre o resto dos trabalhadores houve melhoras, surgindo sugestões para implementá-las tanto na prática profissional quanto na capacitação.

5.5 Intervenção treinamento associado ao desenvolvimento de habilidades de liderança e gestão educacional da saúde

O método empregado na intervenção foi desenvolvido somente no Brasil. Versou no modelo FAIMER (*Foundation for Advancement of International Medical Education and Research*) da educação continuada, com duração de dois anos, mais bolsa de estudos. As avaliações aconteceram a cada 2 sessões (auto-avaliação, pós-sessão), seguido de entrevista, avaliação de projeto, somado ao número de apresentações nas reuniões acadêmicas (Registro 2A).

No que refere à parte quantitativa, obtiveram-se resultados favoráveis na gestão de conflitos, especificamente na colaboração e apoio emocional em 63% de profissionais participantes, alcançando resultados de $d=1,21 - 2,77$ (sendo o resultado maior: $d \geq 0,80$). Do mesmo modo, avalia-se de forma positiva também a parte qualitativa, obtendo os seguintes resultados: a) aperfeiçoamento do diálogo na equipe, acompanhada do incremento em interação intensiva pessoal, mais dois exercícios de dinâmica grupal. b) Aprimoramento da liderança e desenvolvimento pessoal.

5.6 Intervenção treinamento para validar o material educacional dos cuidados primários em saúde mental

A intervenção educacional foi desenvolvida em um estabelecimento de saúde mental, de modo que se recrutaram pacientes diagnosticados no período de Junho de 2003 a Junho de 2006. O estudo teve como propósito o aprimoramento da prática dos profissionais da saúde mental, validar a eficácia de uma guia de diagnóstico e tratamento para transtornos depressivos nos cuidados primários. Para isso se realizaram 16 semanas de pesquisa-intervenção, com 6 visitas de acompanhamento (na 1ra, 2da, 4ta, 8va, 12da e 16ta semana), o estudo é randomizado e foi desenvolvido somente no Brasil (Registro 7A).

Tanto os resultados quantitativos quanto os qualitativos foram de sucesso, no primeiro aspecto: acordo entre avaliadores (concordância= 0,975), correlação intra-grupo ($r=0,032$; $P= 0,153$), diferença entre grupos ($P= 0,004$), taxa de tratamento adequado na intervenção (99,2%); no segundo aspecto: usando a guia, foram tratados de forma adequada para a depressão. Porém, para demonstrar a sua eficácia num estudo semelhante, deve ser realizado em modelo colaborativo entre os serviços de saúde mental e atenção básica.

5.7 Intervenção treinamento associado à compreensão do trabalho colaborativo

O estudo foi direcionado a compreender a natureza do trabalho colaborativo internacional (Brasil – Reino Unido) de enfermeiros/as obstétricos/as. Os resultados associados para área de fatores de risco psicossocial são:

a) Compreender a natureza do trabalho colaborativo encorajou-os a assumir riscos, e permaneceram comprometidos com o sucesso coletivo. Porém, para aumentar a confiança dos participantes, foi necessário compreender o papel da política, para influenciar na capacitação dos cuidadores profissionais, acadêmicos e usuários do serviço, sendo que no início a parceria causou tensão nas relações entre enfermeiros e seus colegas médicos.

b) A introdução de novas formas de trabalho tem exigido uma mudança dramática na “mentalidade” para todos os profissionais envolvidos, todavia politicamente tem havido inúmeros obstáculos a superar.

Embora seja um estudo descritivo, sua abrangência será válida só para contextos semelhantes (Natal, Rio Grande do Norte, Brasil). Os resultados quantitativos não foram revelados, apenas a extensão, liderada por 6 enfermeiras-parteiras especializadas do programa, em 8 comunidades de saúde (Registro 8B).

5.8 Intervenção para a gestão de políticas de licença médica trabalhista durante uma pandemia

Em relação às decisões sobre políticas de licença médica trabalhista durante as pandemias, conforme acontecido com a presença da “H1N1” no Brasil (2009), os profissionais de saúde, encontraram-se sob risco, preocupados com a sua própria saúde, de suas famílias, como com a transmissão aos pacientes.

Pela mesma razão, a implementação para a gestão das políticas de licença médica trabalhista respondeu a múltiplos fatores, incluindo a eficácia, o custo, a viabilidade durante situações de emergência. O hospital de ensino terciário recebeu 884 afastamentos associadas (Ago-Out 2009), em comparação com 96 no mesmo período em 2008 ($p < 0,00001$). Assim, para cada profissional de licença, o custo foi de R\$ 1.096.31 (\approx US \$ 609,06) para a política de 2 dias + reavaliação, contra R\$ 2,030.08 (\approx US \$ 1,127.82) para a política de 7 dias (Registro 11B).

Em resumo, a política de 7 dias, era mais cara e menos eficaz na prevenção da transmissão aos pacientes do que a política de 2 dias + reavaliação.

5.9 Intervenção treinamento, avaliação e gestão de riscos psicossociais do trabalho

Estudos que têm abrangência comum no Brasil, tanto para gestão, quanto para avaliação da sensibilização, estão expostos numa continuidade de assuntos sobre riscos psicossociais; que vão do geral, sobre gestão e avaliação; seguida do específico, sobre

intervenção para sensibilização da equipe de enfermagem (SANTANA, 2013; CAMELO e ANGERAMI, 2008; BRISCHIALIARI et al, 2008).

O primeiro estudo descritivo de Santana (2013), baseado numa análise documental, em 1.050 registros de afastamento, apresenta sugestões acrescentadas (Registro 12C). O segundo estudo refere-se a uma pesquisa qualitativa de Camelo e Angerami (2008), cujo objetivo foi identificar e analisar estratégias utilizadas pelos trabalhadores, para gerenciar riscos psicossociais no ambiente de trabalho hospitalar, aplicaram-se técnicas de análise de conteúdo e entrevistas semiestruturadas, com duração de 3 meses, interação em 6 equipes de saúde (Registro 10B). O último estudo, também descritivo qualitativo de Brischialiari et al (2008), abarcou 5 etapas, com 24 encontros num hospital, aplicaram-se 5 oficinas, com duração média de 1h30m e intervalos de 15 dias, de modo que aplicaram-se técnica de análise de conteúdo e dinâmica grupal -etapa de observação da realidade- (Registro 9B).

Em relação ao análise peruano, realiza-se o estudo descritivo sobre avaliação de estilos de vida e atividade física num hospital do terceiro nível (MEDRANO, 2014) -Registro 19C-; seguido do Casalino et al (2015), note-se num ensaio controlado aleatório de dois níveis de intervenção, em 3 hospitais com 2 meses de duração, 10 sessões de treinamento com intervalos de 72 horas para cada grupo, sobre comparação de programas convencionais versus programas reforçados -equipamento de proteção contra: vírus Ebola- (Registro 14A); finalmente, estudos de Huaroto e Espinoza (2009) [Registro 17C], e, de Ticona (2012), que possuem relação entre um e outro, cujo assunto é conscientização de espaços saudáveis -proteção contra: TB- (Registro 18C).

Por conseguinte, entrelaçando as propostas de avaliação prévia ao afastamento, como consequência de riscos psicossociais do trabalho de profissionais da saúde (SANTANA, 2013) e, sobre propostas de intervenção nas três dimensões da pesquisa, pode se salientar que o foco seria:

- a) Desenvolver estratégias de conscientização sobre a importância do trabalho em equipe, sua comunicação e relacionamento interpessoal.
- b) Realizar análise sobre condições ambientais em postos de trabalho, inclui-se a gestão participativa com criação de espaços de discussão sobre condições de trabalho.
- c) Realizar capacitação permanente, tanto na adoção de precauções padrões, quanto ao equipamento de proteção individual (EPI).

d) Reavaliar estratégias gerenciais e de adaptabilidade do trabalhador com chefias, com posto de trabalho, incluiu-se implementação de consulta de enfermagem após o retorno do afastamento dos trabalhadores.

e) Desenvolver estratégias de incentivo e motivação ao trabalhador da saúde.

Com referência à primeira proposta (a), infere-se que a estratégia comum utilizada pelos trabalhadores e profissionais no ambiente hospitalar, além das estratégias individuais para melhorar o relacionamento entre os membros da equipe, é implementar reuniões semanais de discussões de casos, de exposição de situações, problemas e soluções para o cotidiano. Sendo sempre promovidas pela instituição e coordenadas por um membro da equipe, ou gerente da unidade da saúde (Registro 10B). Desse modo, conforme a avaliação das oportunidades de discussão nas oficinas de educação permanente, 76.2% de profissionais afirmaram que é positiva e importante, tanto para melhorar o relacionamento entre a equipe, como para o cuidado com os pacientes (Registro 9B).

Na segunda proposta (b), segundo Camelo e Angerami (2008), listados na página anterior, as estratégias individuais utilizadas pelos profissionais, para aliviar os efeitos das situações desgastantes, foram o exercício físico, a mudança no estilo de vida (inclui-se cinema, música, religião). Ainda que, no Peru, a atividade física dos profissionais da saúde, foi muito baixa (3,6%), apenas 1,30 ±1,0 horas semanal foram para caminhar. Mas o maior fator de inatividade foi relacionado ao trabalho, as exigências profissionais e trabalhistas do hospital (após jornada, 91% tinha continuidade, repousaram só 6%). Procurando garantir um estilo de vida saudável foi sugerido desenvolver programas de exercício e atividade física, como fator de proteção, de bem-estar físico emocional (MEDRANO, 2014). Desse modo, instituir rotinas de ginástica trabalhista e pausas durante jornada de trabalho, no Brasil, foi favorável (SANTANA, 2013).

Sobre a terceira proposta (c), que faz referência a capacitação e treinamento permanente em tarefas complexas e problemáticas, em equipamentos de proteção individual de profissionais da saúde:

Em primeiro lugar, as capacitações para adoção de precauções padrão, no Brasil, realizaram-se em quatro treinamentos direcionados à diminuição da incidência de infecções hospitalares, e associadas à adesão de higienização das mãos (MARRA et al, 2013; RIVEIRO DE MACEDO et al, 2012; MARRA et al, 2011; MARRA et al, 2010), os mesmos que foram descritos anteriormente e na ordem devida, compõem Registros 3A, 4A, 5A e 6A, respectivamente.

Do mesmo modo, no Peru, foram desenvolvidos dois estudos descritivos, associados a propor treinamento com o intuito de criar consciência da necessidade de espaços saudáveis no centro hospitalar (sem transmissão de TB). Em relação a isso, Huaroto e Espinoza (2009) evidenciaram que profissionais da saúde, apesar de ter conceitos claros quanto a como proceder e saber, nem sempre aplicam esses conceitos em seus trabalhos (*know-how*). Assim considera-se, que o apoio empenhado das autoridades é necessário para implementar planos de controle. Porém, o programa é adaptável a qualquer tipo de estabelecimento de saúde, incluindo-se a gestão ambulatorial, mas é necessário avaliar seu impacto (Registro 17C). Conforme Ticona (2012), a capacitação melhorou 17% de casos de infecção, propondo documentos normativos obrigatórios sobre ambientes com ventilação, medidas preventivas e de controle da TB (Registro 18C).

Em segundo lugar, sobre treinamento em equipamento de proteção individual (EPI): vírus Ebola, sessões repetidas facilitam uma progressiva melhoria no desempenho dos indivíduos treinados, após 3 sessões de formação, a frequência e o número de erros manteve-se elevado, o uso de EPI de forma isolada é claramente insuficiente para ambos os programas de comparação.

Enquanto quarta proposta (d), sobre intervenções focadas na organização, deveram voltar-se para mudanças na estrutura organizacional, a participação e autonomia no trabalho e nas relações interpessoais do trabalho. Por exemplo, Brischialiari e colegas (2008, p.93, 95), relataram:

[...] os participantes avaliaram o trabalho como positivo para seu crescimento pessoal e profissional, modificando a qualidade e promovendo a humanização do serviço. [...] Apoio aos profissionais das equipes de saúde da família deve, responder às necessidades individuais, orientando aos trabalhadores sobre riscos a que estão expostos, oferecendo suporte social e psicológico, e regular encontros com profissionais da saúde.

6. DISCUSSÃO

Sobre dimensão de intervenções abordadas

Desde que os resultados estão maiormente direcionados a intervenções preventivas, baseadas na capacitação ou treinamento, geralmente de longo tempo ou de educação continuada (2 meses até 2 anos), e apenas numa terceira parte de assuntos (33%) da dimensão de cultura organizacional. Aliás só para mudanças de comportamentos complexos, essencialmente para execução e promoção de algumas tarefas problemáticas na saúde; de sensibilização para às mudanças de atitudes e interação dos trabalhadores; para aperfeiçoamento do diálogo da equipe na gestão de conflitos, e para melhorar a interação na prática profissional de algum serviço de saúde.

Ficando evidente que a intervenção privilegiada e de grande utilidade, tanto no Brasil quanto no Perú, para prevenir os riscos psicossociais de profissionais da saúde é a formação. Fatos que tem correlato ao fundamento sobre gestão e intervenção de riscos psicossociais do trabalho, donde a formação é sinalizado como uma adesão relevante, e pode ser extremadamente importante para prevenir ou para controlar os efeitos de muitos fatores de risco psicossocial, desde que os planos formativos contemplem ações como, avaliação e gestão, o relacionamento interpessoal, a gestão de conflitos, entre outros aspectos (NETO, 2015, p.15), que têm conformidade aos apontados acima, como assuntos de intervenção treinamento.

De modo que, os estudos revistos abordam diferentes intervenções só inseridos dentro de outras dimensões intrínsecas à atividade de profissionais da saúde, no Brasil e no Perú, mas em assuntos reduzidos e diferentes em termos de execução de tarefas, conteúdo de tarefas, que parecem justificar-se em termos de ambientes psicossociais do trabalho (CHEVALIER et al., 2011; MONCADA et al., 2010). Contudo, as questões mais abordadas globalmente, são segundo o tipo de risco psicossocial e sua consequência; ou seja, uma abordagem de pesquisas que se focam mais nos riscos, do que na sua origem, como são condições do trabalho e nos problemas que dos mesmos podem resultar, como o *burnout*.

Por enquanto, as limitadas intervenções e avaliações até agora no espaço de saúde do trabalho, conforme a contextualização nos fundamentos e modelos da OMS para ambientes de trabalho saudável (BURTON, 2010, p.44), acontecem devido à limitada sensibilização, e muito pior ao trata-se da eficácia das intervenções que abordam a saúde

mental dos trabalhadores, e mais limitado os direcionados à eficácia das intervenções na cultura organizacional e na organização do trabalho. Decorrendo pouca clareza na elaboração de políticas de saúde mental e especificamente na área de saúde psicossocial do trabalhador baseada em evidências, infelizmente a realidade é que muitas vezes, como reportaram Oxman et al (2009), geralmente não são bem embasadas em evidências de pesquisa, isto é dentro dos limites da racionalidade.

No entanto, dentro do processo geral de formulação de políticas, são usados processos sistemáticos para garantir que a pesquisa relevante seja identificada, avaliada e usada de maneira adequada (OXMAN et al, 2007). Por outro lado, a política baseada em evidências científicas tem como objetivo assegurar que a tomada de decisões esteja fundamentada pela melhor evidência científica disponível. Presume-se por isso que as intervenções reportadas na revisão que decorem, no obstante suas limitações, a melhor utilização às evidências, seja para promover e escolher bem para decidir sobre arranjos relativos à gestão, à prestação dos serviços de saúde do trabalhador, e apoiando sua utilização dessas intervenções pode ajudar reduzir esses problemas.

Nesse sentido, Oxman et al (2007, 2009), afirmam que abordagens embasadas em evidências permitirão que formuladores de políticas da saúde do trabalhador; a) façam perguntas críticas sobre a evidência da pesquisa disponível para apoiar as políticas preconizadas, b) demonstrem que estão usando boas informações para fundamentar suas decisões, c) assegurem que avaliações das suas iniciativas sejam adequadas, e que os resultados sendo medidos sejam realistas e foram previamente acordados.

Mas, fatores relacionados com a organização de tarefas e com os relacionamentos trabalhistas que podem estar na origem de riscos psicossociais, são menos destacadas. Parece assim, refletir-se uma abordagem pouco concordante com a concepção defendida pelo Gollac e Bodier (2011) de que o risco psicossocial não é em função da sua manifestação, mas sim da sua origem. Além que as intervenções para prevenir, ainda são mais escassos, visto que nos dois últimos anos, no resto de países as diferenças permanecem em promédio acima de 85,0% maior, a quantidade de intervenções desenvolvidas tanto no Brasil quanto no Perú. Mas importa relembrar que os resultados da pesquisa deixaram bem claro que no Perú, estão menos sensibilizados e que menos intervenções fazem neste domínio. Repare-se também, não obstante propostas de intervenção para trabalhadores hospitalares, foram recentes (SANTANA, 2013), porém foram executadas seis anos antes no Brasil (ANGERAMI, 2008; BRISCHIALIARI et al, 2008), pelo contrário no Perú, a maioria de intervenções aconteceram após.

Sobre metodologia e população incluída

Na maioria intervenções foram utilizadas metodologias mistas recorrendo a ensaios controlados aleatórios, e totalidade dos participantes nas pesquisas foram profissionais e trabalhadores de saúde, embora em vários estudos não precisaram qual. Nas metodologias qualitativas foram utilizados nomeadamente, entrevistas individuais e/ou coletivas, mas também as observações, entrevistas, análise de conteúdo, e análise documental. Daí a sugestão de utilização de metodologias qualitativas, em estudos acerca destes riscos, com material que não seja decorrente de escalas ou questionários já foi mencionada (COHIDON, 2009). Aquilo que quantificar problemas, identificar situações de trabalho de maior risco é importante, mas clarificações numa perspectiva mais qualitativa, poderiam permitir considerar soluções, tanto ao nível individual como coletivo. Pelo contrário, a mera constatação ou descrição das consequências dos riscos psicossociais, pode levar a que se legitimem os riscos associados a determinadas profissões, como sendo algo “natural”, sem que se procurem causas a montante desses riscos, que possam, essas sim, ser objeto de intervenção e prevenção (COSTA e SANTOS, 2013).

Embora muitos pesquisadores e formuladores de políticas com influência nos sistemas de saúde, que inicialmente acreditavam que revisões sistemáticas só poderiam incluir ensaios aleatórios controlados e exigiam alguma forma de síntese estatística, e para eles, o valor dessas revisões estava somente na avaliação da eficácia das intervenções de saúde, mas essa crença era sustentada por percepções equivocadas (MAYS et al, 2005). Por isso, na pesquisa que decorre, incluíram-se nove estudos quase experimentais e descritivos transversais, como são também, cada vez mais utilizadas como as principais fontes de informação (LAVIS et al, 2009). Aliás podem ser realizadas; estudos observacionais que ajudam a descrever os possíveis malefícios de uma opção, estudos qualitativos que ajudam a compreender significados que as pessoas ou grupos atribuem a um problema, como e por que as opções funcionam, e os pontos de vistas (e experiências) das partes interessadas com relação a opções específicas. Além disso, existem muitas abordagens metodológicas que podem ser usadas em revisões sistemáticas, das evidências de pesquisas qualitativas (ou em revisões sistemáticas mistas dentro da mesma revisão), incluindo um resumo narrativo, análise temática, análise de conteúdo, um levantamento de caso, análise comparativa qualitativa (DIXON et al, 2005; MAYS et al, 2005; LAVIS et al, 2009).

Limitações da pesquisa

A pesquisa contém limitações relativas a qualidade metodológica dos estudos, mas maioria formatos de intervenção variam de um estudo para outro e há ausência de dados sobre viés, cujas generalizações apenas estão limitadas para locais referidos. Há poucos ensaios controlados aleatórios (ECA) para um mesmo assunto, que indicariam ou contraindicariam o uso de intervenções testadas em comparação com o grupo controle ou tamanho de efeito (d), apenas inseridos ligeiramente para 'a melhora de comunicação na prática profissional' (Registro 3A, 6A e 15A).

7. CONCLUSÕES

Como foi adiantado na discussão, fica evidente que a intervenção privilegiada e de grande utilidade para prevenir riscos psicossociais do trabalho de profissionais da saúde, tanto para o Brasil quanto para o Perú, é a formação. As comparações na aderência dos planos formativos têm conformidade ao objetivo proposto, portanto, as conclusões são organizadas em duas partes, a primeira, de formato comum para ambos os países, a seguinte de formatos diferentes, mostrando-se do seguinte modo:

Intervenção comum para gestão de riscos psicossociais do trabalho

O desenvolvimento de estratégias de conscientização para o trabalho na equipe da saúde, que inclui a comunicação e o relacionamento interpessoal, requer reuniões semanais de discussão de casos, de exposição das situações-problema e suas soluções. Além de oficinas de educação permanente com contribuição de estratégias individuais, sempre coordenadas pela equipe, e promovidas pela instituição de saúde.

Na co-gestão de discussões sobre condições de trabalho, incluíram-se estratégias individuais para aliviar efeitos de situações desgastantes, além de instituir rotinas de ginástica e, de pausas durante jornada trabalhista.

Para aumentar a participação ativa de profissionais da saúde, inseridas na mudança de comportamentos complexos no ambiente de trabalho e, para execução de tarefas de promoção de práticas profissionais da saúde, precisa-se de treinamentos baseados em formatos interativos didáticos mistos, ou «workshops», seguido com material de apoio, acima de três semanas e, com foco em resultados. Entretanto, isolado não é eficaz, nem uma única palestra ou apresentação.

Intervenção proposta no Brasil

Para desenvolver habilidades de liderança, oferecendo boas condições para o gerenciamento dos conflitos, maior interação, ou confiança, e apoio emocional entre participantes e, aperfeiçoamento do diálogo na equipe, precisa-se de intervenção treinamento inserindo exercícios de dinâmica grupal, da compreensão de natureza do trabalho colaborativo, além da mudança dramática na “mentalidade” dos profissionais e dos funcionários envolvidos.

Intervenção proposta no Perú

Quando se procura criar consciência da importância dos espaços saudáveis no centro hospitalar, o treinamento inserido somente por vídeo e planos de “aceite”, apenas conseguiram provocar discussão e intercâmbio de ideias, mas não mudanças de comportamento. Recomendando-se a avaliação do impacto e a necessidade do apoio dos funcionários da saúde.

Implicação para a prática profissional e elaboração de políticas de saúde trabalhista.

Esta pesquisa reforça a necessidade de desenvolver mais estudos para satisfazer os critérios de inclusão das revisões sistemáticas sem limitação do local. Nossos dados sugerem a realização de projetos padronizados de ECAs, que facilitem a realização e condução de estudos primários de boa qualidade, que são fundamentais para fornecer evidências conclusivas nas meta-análises. Embora, as entidades envolvidas com a pesquisa na saúde psicossocial do trabalhador, podem se beneficiar dos resultados apresentados. Nessa perspectiva, a visão da relação entre as intervenções, desempenho e desenvolvimento organizacional é interessante. Porém, as questões da relação entre os efeitos de tamanho e as variáveis referidas são em grande parte ainda uma área cinza.

Com base nos resultados, as recomendações para futuras pesquisas são: desenvolver estratégias de intervenção direcionadas ao incentivo e motivação do trabalhador da saúde, garantir a existência de relações contratuais transparentes, estáveis e justas; assegurar a prevenção baseada nas relações trabalhistas preconizadas, e na participação dos/as trabalhadoras/es da saúde. Na gestão da segurança do trabalhador, analisar as intervenções preventivas desde a perspectiva da engenharia de resiliência (ER).

Além disso, as sugestões para futuros planos de pesquisas seriam: sobre a gestão do tempo, sobre o assédio moral, respeito aos direitos laborais, à participação e representação das/os trabalhadoras/es, sobre mudanças na organização do trabalho, para redesenho da área de trabalho, dos procedimentos de resolução de conflitos, sobre a dimensão das dificuldades na hora de compatibilizar trabalho e vida profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO (AESST). **European survey of enterprises on new and emerging risks – Managing safety and health at work.**

Disponível em:

https://osha.europa.eu/en/publications/reports/esener1_osh_management/view

Acceso em: 13 jun. 2010.

_____. **Prevention of Psychosocial Risk and Stress at Work in Practice (EASHW).** Luxemburgo: Office for Official Publication for European Press, 2002.

AMAZARRAY, M.R.; CÂMARA, S.G.; CARLOTTO, M.S. Investigação em saúde mental e trabalho no âmbito da saúde pública no Brasil. In: MERLO, Á.R.; BOTTEGA, C.G.; PEREZ, K.V. (Orgs.). **Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho.** Porto Alegre, Brasil: Evangraf, 2014. 272 p.

ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. Scoping studies: Towards a methodological framework. **Int J Soc Res Methodol.** v.8, n.1, p.19-32, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde.** Brasília, DF: Ministerio de Saúde do Brasil, 2006.

BARRETO, M.; HELOANI, R. O assédio moral como instrumento de gerenciamento. In: MERLO, Á.R.; BOTTEGA, C.G.; PEREZ, K.V. (Orgs.) **Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho.** Porto Alegre, Brasil: Evangraf, 2014.

BURTON, J. *Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS: Contextualización, prácticas y literatura de apoyo.* Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud (OMS), 2010, p.44, 137.

CAICOYA, M. Dilemas en la evaluación de riesgos psicosociales. **Arch Prev Riesgos Labor,** v.7, n.3, p.109-118, 2004.

CABALLERO, P.; YAGUI, M.; ESPINOZA, M. et al. Políticas de investigación en salud. Prioridades regionales y nacionales de investigación en salud. **Rev Peru Med Exp Salud Publica,** v.27, n.3, p.398-411, 2010.

CARAYON, P.; HAIMS, M.C.; YANG, C.L. Psychosocial work factors and work organization. In: Karwowski, W. (Edit.). **The international encyclopedia of ergonomics and human factors.** London, UK: Taylor & Francis, 2001. p.111-121.

CENTRO COCHRANE IBEROAMERICANO (CCI). **Manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones.** Versión 5.1.0. [actualizada en marzo de 2011]. Barcelona: CCI, 2012.

Disponível em: <http://www.cochrane.es/?q=es/node/269>

Acceso em: 3 dic. 2013.

COSTA, L.S.; SANTOS, M. Fatores psicossociais de risco no trabalho: lições aprendidas e novos caminhos. **International Journal on Working Conditions,** v.3, n.1, p.39-58, 2013.

COX, T.; GRIFFITHS, A. The nature and measurement of work-related stress: theory and practice. In: WILSON, J.R.; CORLETT, N. (Eds.). **Evaluation of human work**. London: CRS Press, 2005. p. 553-572.

COX, T.; GRIFFITHS, A. Assessment of psychosocial hazards at work. In: SCHABRACQ, M.K.; WINNUBST, J.; COOPER, C. (Edits.). **Handbook of health psychology**. Baffis Lane, UK: John Wiley & Sons, 1996. p.127-146.

DEJOURS, C. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L.I. **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Fiocruz, Brasília: Paralelo, 2004.

DIXON-WOODS, M.; AGARWAL, S.; JONES, D. et al. Synthesising qualitative and quantitative evidence: a review of possible methods. **J Health Serv Res Policy**, v.10, n.1, p.45-53, 2005.

EUROPEAN UNION-OCCUPATIONAL SAFETY & HEALTH ADMINISTRATION (UE-OSHA). **Management of psychosocial risks at work: An analysis of the findings of the European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER) – Managing safety and health at work. European Risk Observatory Report**. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2012.

FERREIRA, I.; URRÚTIA, G.; ALONSO, P. Revisões sistemáticas e metaanálises: bases conceituais e interpretação. **Rev Esp Cardiol**, v.64, n.8, p.688-696, 2011.

FORTALEZA DE SOUZA, Suerda; MARTINS, F.C.; MARIA DE ARAÚJO, T. et al. **Fatores psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em eletricitários**. *Rev. Saúde Pública*, v.44, n.4, p.1-7, 2010.

FRÍAS, M.D.; PASCUAL, J. Psicología clínica basada en pruebas: efecto del tratamiento. **Papeles del Psicólogo**, v.24, n.85, p.11-18, 2003.

MARTÍN, F.; PÉREZ, J. **Factores psicosociales: metodología de evaluación**. Barcelona, España: INSHT, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1997.

GARCIA, P.; HUGHES, J.; CARCAMO, C. et al. Training pharmacy workers in recognition, management, and prevention of STDs: district-randomized controlled trial. **Bulletin of the World Health Organization**, v.81, n.1, p.806-814, 2003.

GLINA, D.M.; ROCHA, L.R.; BATISTA, M.L. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. **Cadernos de Saúde Pública**, v.7, n. 3, p. 607-616, 2001.

INSTITUTO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL –INSM-. **Estudio epidemiológico en salud mental en la Selva peruana**. Lima, Perú: Anales de Salud Mental, Instituto Especializado de Salud Mental, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL -INSS-. **Benefícios: aumenta concessão por acidentes e doenças ocupacionais**. Brasília: Ministério do Trabalho e Previdência Social, 2013.

Disponível em:

<http://www.previdencia.gov.br/noticias/beneficios-aumenta-concessao-por-acidentes-e-doencas-ocupacionais/>.

Acesso em: 20 mar. 2014.

JACQUES, M.G.O. Nexos causal em saúde/doença mental no trabalho: uma demanda para a psicologia. **Psicologia & Sociedade**, v.19, n.1, p. 112-119, 2007.

LAVIS, J.N.; OXMAN, A.D.; GRIMSHAW, J. et al. SUPPORT Tools for evidence informed health Policymaking (STP). Finding systematic reviews. **Health Research Policy and Systems**, v.7, n.1, p.1-30, 2009.

LEKA, S.; JAIN, E.A. **Health impact of psychosocial hazards at work: an over view**. Ginebra: WHO, 2010, 171 p.

LEKA, S.; COX, E.T. **PRIMA-EF. Guidance on the European framework for psychosocial risk management**. Geneva: WHO, 2008, 193 p.

LEKA, S.; COX, T.; ZWETSLOOT, G. **The European framework for psychosocial risk management (PRIMA-EF)**. Nottingham: WHO Publications, 2008, 197 p.

LUÍS, Emília; RAMOS, Sara. Diagnóstico de riscos psicossociais e intervenção numa indústria transformadora portuguesa. **International Journal on Working Conditions**, v.10, n.2, p.41-57, Dec. 2015.

MARÍN, F.; SÁNCHEZ, J. Estimadores del tamaño del efecto en meta-análisis: Un estudio Monte Carlo del sesgo y la eficiencia. **Psicológica**, v.17, n.1, p.467-482, 1996.

MELIÁ, J.L.; NOGAREDA, C.; LAHERA, M. et al. Principios comunes para la evaluación de riesgos psicosociales en la empresa. In: Meliá, J.L. et al. **Perspectivas de intervención en riesgos psicosociales. Evaluación de riesgos**. Barcelona, España: Foment del Treball Nacional, 2006. p.13-36.

MAYS, N.; POPE, C.; POPAY, J. Systematically reviewing qualitative and quantitative evidence to inform management and policy-making in the health field. **J Health Serv Res Policy**, v.10, n.1, p.6-20, 2005.

MENDES, Jussara M.R.; WÜNSCH, D.S. Elementos para uma nova cultura em segurança e saúde no trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v.32, n.115, p.153-163, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. **Portal da Saúde. História da saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/texto/679/222/historia-da-saude-publica.html>>.

Acesso em: 01 out. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Portaria nº. 1823, de 23 de agosto de 2012. **Instituem a Política Nacional e Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>.

Acesso em: 25 mar. 2014.

MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J. et al; THE PRISMA GROUP. Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: A recomendação PRISMA. Tradução de Taís Freire e Thais de Souza, retro-tradução de David Harrad. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.24, n.2, p.335-342, 2015.

NETO, H.V. Estratégias organizacionais de gestão e intervenção sobre riscos psicossociais do trabalho. **International Journal on Working Conditions**, v.5, n.1, p.1-21, 2015.

NETO, H.V. Metodologias agregadas de avaliação de riscos psicossociais: o caso do FPSICO e do QARPIS. In: NETO, H.V.; AREOSA, J.; AREZES, P. (Eds.). **Manual sobre riscos psicossociais no trabalho**. Porto: Civeri Publishing, 2014.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT). **SOLVE: integrando la promoción de la salud a las políticas de SST en el lugar de trabajo**. Ginebra, Suiza: OIT, 2012.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT). **La prevención de las enfermedades profesionales**. Ginebra: OIT- Safe Work, 2013.

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA (OSP). Salud ocupacional para todos: propuesta para una estrategia mundial de la OMS. **Bol Oficina Sanit Panam**, v.119, n.5, p.442-450, 1995.

OXMAN, Andrew D.; LAVIS, J.N.; LEWIN, S. et al. O que é elaboração de políticas baseadas em evidências?. **Health Research Policy and Systems**, v.7, n.1, p.1-22, 2009.

OXMAN, A.D.; LAVIS, J.N.; FRETHEIM, A. The use of evidence in WHO recommendations. **Lancet**, v.369, n.1, p. 1883-1889, 2007.

PERÚ. Lei 29.783, de 26 de julio 2011. **Ley de seguridad y salud en el trabajo** (Diario Oficial "El Peruano" n° 11507, de 20 Ago 2011).

ROOZEBOOM, M.B.; HOUTMAN, I.; VAN DEN BOSSCHE, S. Monitoring psychosocial risks at work. In: LEKA, S.; COX, T. (Edits.). **I-WHO The European Framework For Psychosocial Risk Management**. Nottingham, UK: PRIMA-EF, 2008. p.17-36.

SÁNCHEZ, J.; MARÍN, F.; LÓPEZ, J. Meta-análisis e intervención psicosocial basada en la evidencia. **Psychosocial Intervention**, v.20, n.1, p.95-107, 2011.

SILVA, E.S. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo, Brasil: Cortez, 2011.

SILVA, Rosane N. Ética e paradigmas: desafios da psicologia social contemporânea. In: PLONER, K.S. et al.(Orgs.). **Ética e paradigmas na psicologia social**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. p. 39-45.

SOBOLL, Lis A.P. **Assédio moral / organizacional: uma análise da organização do trabalho**. São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo, 2008.

STAVROULA, Leka; ADITYA, Jain. **Health impact of psychosocial hazards at work: an overview**. Switzerland: World Health Organization (WHO), 2010.

WESTPHAL, M.F.; TADDEI, J.A.; VENANCIO, S.I. et al. Breast-feeding training for health professionals and resultant institutional changes. **Bulletin of the World Health Organization**, v.73, n.4, p.461-468, 1995.

REFERÊNCIAS INCLUÍDAS NA REVISÃO SISTEMÁTICA

AMARAL, E.; CAMPOS, H.H.; FRIEDMAN, S. et al. An educational international partnership responding to local needs: Process evaluation of the Brazil FAIMER Regional Institute. **Education for Health**, v.25, n.2, p.116-123, Nov 2012.

ARÉVALO, Heriberto R.; CRUZ, R.; PALOMINO, F. et al. Aplicación de un programa de control de infecciones intrahospitalarias en establecimientos de salud de la región San Martín, Perú, **Rev Peru Med Exp Salud Publica**, v.20, n.2, p.84-91, 2003.

BRISCHIALIARI, Adriano; MAFTUM, M.A.; WAIDMANN, M.A. et al. Sensibilizando a equipe de enfermagem ao cuidado humanizado em saúde mental mediante oficinas educativas. **Rev. Eletr. Enf.**, v.10, n.4, p.1080-1090, 2008.

CAMELO, Silvia H.; ANGERAMI, Emília L. Estratégias de gerenciamento de riscos psicossociais no trabalho das equipes de saúde da família. **Rev. Eletr. Enf.**, v.10, n.4, p.915-923, 2008.

CASALINO, Enrique; ASTOCONDOR, E.; SANCHEZ, J.C. et al. Personal protective equipment for the Ebola virus disease: A comparison of 2 training programs. **American Journal of Infection Control**, v.43, n.1, p.1281-1287, 2015.

GARCIA, Patricia; HUGHES, J.; CARCAMO, C. et al. Training pharmacy workers in recognition, management, and prevention of STDs: district-randomized controlled trial. **Bulletin of the World Health Organization**, v.81, n.1, p.806-814, 2003.

GIROT, Elizabeth A.; ENDERS, Bertha C. International educational partnership for practice: Brazil and the United Kingdom. **Journal of Advanced Nursing**, v.46, n.2, p.144-151, 2004.

HUAROTO, Luz; ESPINOZA, M.M. Recomendaciones para el control de la transmisión de la tuberculosis en los hospitales. **Rev Peru Med Exp Salud Publica**, v.26, n.3, p.364-369, 2009.

MARRA, Alexandre R.; NORITOMI, D.T.; CAVALCANTE, A.J. et al. A multicenter study using positive deviance for improving hand hygiene compliance. **American Journal of Infection Control**, v.41, n.1, p.984-988, 2013.

MARRA, Alexandre R.; GUASTELLI, L.; PEREIRA DE ARAÚJO, C.M. et al. Positive deviance: A program for sustained improvement in hand hygiene compliance. **American Journal of Infection Control**, v.39, n.1, p.1-5, Feb 2011.

_____. Positive Deviance: A new strategy for improving hand hygiene compliance. **Infection Control and Hospital Epidemiology**, v.31, n.1, p.12-20, Jan 2010.

MEDRANO, Juan V. **Nivel de actividad física en los internos de medicina del Hospital Nacional Sergio E. Bernales – 2014**. Tesis (Médico Cirujano) - Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, 2015.

MOTA, Nancy Val; LOBO, R.D.; TOSCANO, C.M. et al. Cost-effectiveness of sick leave policies for health care workers with influenza-like illness, Brazil, 2009. **Emerging Infectious Diseases**, v.17, n.8, p.1421-1429, Aug 2011.

RIBEIRO DE MACEDO, R. de C.; JACOB, E.M.; PIO DA SILVA, V. et al. Positive deviance: Using a nurse call system to evaluate hand hygiene practices. **American Journal of Infection Control**, v.40, n.1, p.946-950, 2012.

SANTANA, Leni de Lima. **Propostas de intervenções à saúde dos trabalhadores apoiadas em indicadores**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2013.

TICONA, Alberto M. Tuberculosis como enfermedad ocupacional. **Rev Peru Med Exp Salud Publica**, v.29, n.2, p.232-236, Jun 2012.

TSUJI, Selma R.; ATALLAH, A.N.; ARANHA, F.C. et al. Cluster randomized clinical trial (ISRCTN23732000) to evaluate the effectiveness of a diagnosis recognition and treatment guide for depressive disorders in primary care. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v.15, n.1, p.222-225, 2009.

VALDIVIA, L.M.; LAM C.; MUCHA, R. et al. Impacto de un programa de capacitación para la prevención de infecciones intrahospitalarias en un hospital general. **Trauma Fund MAPFRE**, v.24, n.2, p.126-131, 2013.

WESTPHAL, M.F.; TADDEI, J.A.C.; VENANCIO, S.I. et al. Breast-feeding training for health professionals and resultant institutional changes. **Bulletin of the World Health Organization**, v.73, n.4, p.461-468, 1995.

ANEXOS

Registro 1

Estudos incluídos para formulação de assuntos de intervenção em riscos psicossociais do trabalho de profissionais da saúde: Brasil e Perú

Cód	Autor (es)	Fonte tomado para formular o assunto	Tipo do referência	Local
1A	Westphal, Taddei, Venancio, et al (1995)	Breast-feeding training for health professionals and resultant institutional changes	Artigo principal	Brasil
2A	Amaral, Campos, Friedman et al (2012)	An educational international partnership responding to local needs: Process evaluation of the Brazil FAIMER Regional Institute	Trabalho de pesquisa	Brasil
3A	Marra, Noritomi, Cavalcante et al (2013)	A multicenter study using positive deviance for improving hand hygiene compliance	Artigo principal	Brasil
4A	Riveiro de Macedo, Jacob, Pio da Silva et al (2012)	Positive deviance: Using a nurse call system to evaluate hand hygiene practices	Artigo principal	Brasil
5A	Marra, Guastelli, Pereira de Araujo et al (2011)	Positive deviance: a program for sustained improvement in hand hygiene compliance	Artigo principal	Brasil
6A	Marra, Guastelli, Pereira de Araujo et al (2010)	Positive deviance: a new strategy for improving hand hygiene compliance	Artigo principal	Brasil
7A	Tsuji, Atallah, Aranha et al (2009)	Cluster randomized clinical trial (ISRCTN23732000) to evaluate the effectiveness of a diagnosis recognition and treatment guide for depressive disorders in primary care	Trabalho de pesquisa	Brasil
8B	Giro e Enders (2004)	International educational partnership for practice: Brazil and the United Kingdom	Artigo principal	Brasil
9B	Brischialiari, Maftum, Waidmann et al (2008)	Sensibilizando a equipe de enfermagem ao cuidado humanizado em saúde mental mediante oficinas educativas	Artigo principal	Brasil
10B	Camelo e Angerami (2008)	Estratégias de gerenciamento de riscos psicossociais no trabalho das equipes de saúde da família	Artigo principal	Brasil
11B	Mota, Lobo, Toscano et al (2011)	Cost-effectiveness of sick leave policies for health care workers with influenza-like illness, Brazil, 2009	Trabalho de pesquisa	Brasil
12C	Santana (2013)	Propostas de intervenções à saúde dos trabalhadores apoiadas em indicadores	Dissertação	Brasil
13A	Garcia, Hughes, Carcamo, et al (2003)	Training pharmacy workers in recognition, management, and prevention of STDs: district-randomized controlled trial	Artigo principal	Perú
14A	Casalino, Astocondor, Sanchez et al (2015)	Personal protective equipment for the Ebola virus disease: A comparison of 2 training programs	Artigo principal	Perú
15A	Valdivia, Lam, Mucha et al (2013)	Impacto de un programa de capacitación para la prevención de infecciones intrahospitalarias en un hospital general	Artigo principal	Perú
16B	Arévalo, Cruz, Palomino et al (2003)	Aplicación de un programa de control de infecciones intrahospitalarias en establecimientos de salud de la región San Martín, Perú	Artigo principal	Perú
17C	Huaroto e Espinoza (2009)	Recomendaciones para el control de la transmisión de la tuberculosis en los hospitales	Carta de pesquisa	Perú
18C	Ticona (2012)	Tuberculosis como enfermedad ocupacional	Carta de pesquisa	Perú
19C	Medrano (2015)	Nivel de actividad física en los internos de medicina del Hospital Nacional S.E. Bernales-2014	Trabalho de grado	Perú

Legenda:

A=Ensaio controlado aleatório; B=Estudo quase experimental; C=Estudo descritivo

Registro 1A

Brasil: Westphal, Taddei, Venancio e Bogus (1995)

Ítem	Assunto: Intervenção-treinamento direcionado para muda comportamentos de prática profissional de saúde (cuidados preventivos, identificação e gestão de problemas no atividades de promoção da amamentação).
Métodos	<ul style="list-style-type: none"> • ECA (cluster RCT): relatam comportamentos de prática profissional de saúde (4 maternidades designado aleatoriamente para as equipes do grupo experimental e 4 grupo-controle) • Follow up: • Providers: feito • Patients: N/A • Avaliação cega (blinded assessment): não está claro • Linha base (baseline): feito • Resultados confiáveis (reliable outcomes): não está claro • Proteção contra a contaminação (protection against contamination): feito. • Qualidade geral (overall quality): moderado.
Participantes	<ul style="list-style-type: none"> • Profissionais de saúde em formação pós-graduada (32), 8 maternidades que prestam aconselhamento sobre aleitamento (Centro de Saúde de Amamentação Santos (CLS), São Paulo. • Proporção de fornecedores qualificados que participaram: não é clara • Ambiente de cuidados (setting of care): hospital • Ambiente acadêmico / pedagógico: Universidade / configuração de ensino • Tipo de comportamento alvo: CUIDADOS PREVENTIVOS (prática da amamentação) • Complexidade da comportamento alvo: ALTA.
Intervenções	<ol style="list-style-type: none"> 1. Educação médica continuada (CME= continuing medical education): Formato misto em tempo integral por 14 dias (mais de 3 semanas, 16 focus-group de 6-15 pessoas c/u) 2. Control: não controle de intervenção
Resultados (out comes)	<ul style="list-style-type: none"> • Prática profissional: mudança institucional de acordo 10 etapas (OMS: para a amamentação bem sucedida score) • Paciente: nenhum • Seriedade de resultado (seriousness of outcome): BAIXA • Correta respostas Pré-curso: 26,92 ± 7,4; pós-curso: 29,27 ± 12,10 (gravidade do resultado geral: P = 0,02). Para reuniões educativas (P= 0,06), participação nas reuniões (P= 0,01), interativa contra encontros didáticos (p= 0,03), complexidade do comportamento alvo (P = 0,02), interação entre encontros didáticos e intervenções multifacetadas (p = 0,003).
Notas	<ul style="list-style-type: none"> • Workshops interativas para a prática profissional poderiam dar moderados mudanças. • É improvável, única palestras ou apresentações para mudanças na prática profissional. • Para aplicar os conhecimentos adquiridos e envolver a equipe, necessitam-se desenvolver várias habilidades.

Registro 2A

Brasil: Amaral, Campos, Morahan, Araujo, Carvalho, Bollela, Ribeiro, Mennin, Haddad e Campos (2012)

Ítem	Assunto: Intervenção-treinamento direcionado para construir liderança na educação superior para a saúde (desenvolvimento de habilidades de liderança e de gestão para os conflitos, amplitude de atuação, colaboração e apoio emocional, e inovação educacional para a saúde)
Métodos	<ul style="list-style-type: none"> • Ensaio pre/post-test • Avaliação tamanho do efeito: diferença média entre avaliações pós-participação e pré-participação emparelhadas (DME entre classificações de participação pós e pré-participação / desvio padrão das diferenças pareadas) • Avaliações cada uma das duas sessões residenciais (auto-avaliações de conhecimento e importância de tópicos) + pós sessão 3 + entrevista • Avaliação projetos de inovação educacional: 4 • Medição result. acadêm: número apresentações nas reuniões nac. e internac.
Participantes	• 98 médicos educadores das profissões de saúde de 17 Estados brasileiros (75,5% escolas médicas públicas), classes: 2007-2008 e 2009-2010 com bolsa de estudo (Fellowship) (taxas de consentimento na avaliação 80% -100%)
Intervenções	<ol style="list-style-type: none"> 1. Educação médica continuada: 2 anos 2. Control: sem grupo controle de intervenção (só fase pré-intervenção)
Resultados (out comes)	<ul style="list-style-type: none"> • Tamanhos do efeitos: d= 1.21 – 2,77 (efeito maior: d≥0,80) • Recebido conselhos de gestão de conflitos e de colaboração e apoio emocional (63%) e beneficiando a amplitude de atuação (54%). • Desenvolvimento profissional pessoal: n =70, mean before FAIMER= 3.99; mean today=5.64; mean difference= 1.65 (P<0.001); a effect size (d) = 1.96 • Aprofundaram seus conhecimentos de educação médica (98%), forneceram novas ideias sobre educação médica (90%) e projetos foram incorporados as políticas institucionais ou ao currículo (63%). Resultado: desenvolvimento de liderança em educação médica (motivador para auto-aprendizagem e engajamento em prática profissional). • Ensaio pre/post-test auto-relato indicaram aumento significativo em conhecimento e habilidades em todos os 11 temas do currículo do programa (tamanhos efeito grande).
Notas	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoram diálogo em equipe e exercícios de dinâmica de grupo, e interação intensiva durante as sessões residenciais. • Programas de desenvolvimento seriam inter profissionais (juntar medicina com odontologia, enfermagem e farmácia). • Mostram o valor especial de gerenciamento de projetos, liderança e desenvolvimento pessoal.

Registro 3A

Brasil: Marra, Teixeira, Westheimer, Sampaio, Puzzo, Souza, Júnior, Apisarntharak, Laselva, Pimentel, Ferraz, Cardoso, Victor, Dos Santos e Neto (2013)

Ítem	Assunto: Intervenção-treinamento direcionado ao cumprimento de trabalhadores de saúde para diminuição de incidência de infecções hospitalares associadas (muitas estratégias foram tentadas, mas o continua a ser abaixo do ideal: Intervenções mais importantes para a redução infecções associados aos cuidados da saúde, é a higiene das mãos)
Métodos	<ul style="list-style-type: none"> • Ensaio pre/post-test de 2 fases: Fase I: 3 meses (ago – out 2011), contagens por observadores (iPods- prog. iScrub) Fase II: 9 meses (nov 2011- jul 2012), contagens por observadores (iPods- prog. iScrub) • Observações por enfermeiras (período 20 min / dia, com variação aleatória na hora: manhã, tarde e noite, segunda a sexta-feira, por 12 meses, e ocorreu entre 8:00 am e 8:00 pm. • Foram incluídos nas observações: médicos, enfermeiros, terapeuta respiratório, e outros (técnicos de radiologia e de laboratório). • Coordenadores hospitalares forneceram treinamento para todos os médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e nutricionistas, a sua vez treinaram ao restante pessoal (técnicos de laboratório, de radiologia, voluntários hospitalares e profissionais de saúde de pacientes crônicos). (quantidade não revelada).
Participantes	<ul style="list-style-type: none"> • 180 enfermeiros/as (20x8+20), 7 hospitais de São Paulo, 8 UTI (unidades de terapia intensiva de cuidados terciários, privados e públicos): n=2 hosp. Privados (41 leitos e enfermaria de hematologia/oncologia, cirúrgica adultos); n=4 hosp. públicos (nefrologia adultos, cirurgia cardíaca, cirurgia adulto); n=1, hosp. Municipal; n=1, hosp. Univ. tailandês (cirurgia adulto). • Número profissionais da saúde participantes: não foi revelado
Intervenções	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicação estratégias desvio positivo (PD=<i>positive deviance</i>), durante 9 meses (nov 2011 a jul 2012), e em 9 configurações diferentes. Após PD, foram avaliados incidência de infecções relacionadas à assistência à saúde. 2. Control: sem grupo controle de intervenção (só fase pré-intervenção).
Resultados (out comes)	<ul style="list-style-type: none"> • Todos os grupos de profissionais da saúde demonstraram melhora significativa: médicos [35,2% vs 55,1%; $P < 0,001$], enfermeiros e técnicos de enfermagem: [51,2% vs 70,1%, $P < 0,001$] e terapeutas respiratórios: [53,3 % vs 64,1%, $P = 0,013$], técnicos de raios-X e de laboratório: 25,2% vs 37,7 ($P = 0,182$). • Número observações de adesão de higiene das mãos: 5,933 (na fase final PD: 11,724 - fase pré-intervenção 5,791), 62,0% ($P < 0,001$). • Redução estatíst. Signif. na incidência de densid.de infecç.assoc. aos dispositivos (1,000 px/dia), na mediana de tempo de permanência entre as fases (13,2 vs 7,5 por 1.000 pacientes-dia ($P = 0,039$); e 11,0 vs 6,8 dias ($P < 0,001$).
Notas	<ul style="list-style-type: none"> • A estratégias de desvio positivo (PD=<i>positive deviance</i>), nova ferramenta aplicada em organizações e comunidades onde há indivíduos ou grupos de pessoas (que resolvem problemas melhor do que colegas que têm exatamente os mesmos recursos), Ela reforça o sentido de propriedade da problemas. • Com o tempo, a taxa de cumprimento foi melhorado mês a mês (de 53% ao quinto mês, e 73% ao último mês (novenos meses). • Em conclusão; a melhoria está associada ao dispositivo de implementação de PD em vários hospitais, e tem o potencial para ser usado em várias áreas da prevenção de infecção e epidemiologia hospitalar.

Registro 4A

Brasil: Riveiro de Macedo, Oliveira, Jacob, Pio da Silva, Santana, De Souza, Gonçalves, Marra, Pavão dos Santos, Cendoroglo e Edmond (2012)

Ítem	Assunto: Intervenção-treinamento para avaliar sistema de chamada de enfermagem como ferramenta de cumprimento (para melhorar o cumprimento redução da taxa de infecções hospitalares)
Métodos	<ul style="list-style-type: none"> • Ensaio quase-experimental. 2 U.de saúde com 22 leitos c/u (px condiç.clinicas mistas + c/ d.cardiovasc). Período: Set 2008-Dez 2010), DP implementado no u.cardiol (Fev 2009) e no u. geral (ago 2009). • Núm.visitas de enfermagem segundo sistema de chamada de enfermagem. • Publicação de relatórios mensais sobre as taxas de infecção • Propostas levantadas durante discussão: comparação mês a mês (considerando as mudanças nas taxas de ocupação e de carga de trabalho) • DP reforçadas em reuniões bimestrais (participaram toda a equipe)
Participantes	<ul style="list-style-type: none"> • N=?? enfermeiras, física terapeutas, nutricionistas, médicos, psicólogos, pessoal de limpeza e de serviço de alimentos, téc. de radiologia, e voluntários, do Hospital A.Einstein, São Paulo. • Reuniões de PD incluíram fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionista, médicos e pessoal de limpeza. • Núm. Profiss. da saúde participantes: não foi revelado
Intervenções	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicação estratégias desvio positivo (PD=<i>positive deviance</i>) em chamada de enfermagem como ferramenta de cumprimento (1 ano+5 meses e 1 ano+11 meses). Efeito da estratégias DP foi segundo cumprimento higienização das mãos (contadores handwash eletrônicos) + estratégias monitoramento para cumprimento + observação direta. 2. Control: sem grupo controle de intervenção (no entanto, a abordagem PD já havia sido bem sucedida na instituição)
Resultados (out comes)	<ul style="list-style-type: none"> • A taxa de infecções relacionadas a dispositivos mostrou uma tendência decrescente, mas as alterações não foram estatisticamente significativas (P= 0,021; P>0,05). • Abordagem DP para higiene das mãos em ambas unidades (taxas mais elevadas e sustentada por mais de 2 anos), aumentou a frequência de higienização das mãos e levou a uma diminuição da taxa de infecção nosocomial, e garantindo simultaneamente resultados sustentáveis.
Notas	<ul style="list-style-type: none"> • A observação direta é considerada a abordagem mais eficaz, porque o observador é capaz de explicar todas as oportunidades de realizar a "higiene das mãos" e informar sobre a qualidade do procedimento (abordagem não é imparcial), no entanto, bem como a presença visível do observador tende a melhorar artificialmente o comportamento pessoal (efeito "Hawthorne"). • A desvantagem medição pelos contadores handwash eletrônicos é sua incapacidade para avaliar qualitativamente.

Registro 5A

Brasil: Marra, Guastelli, Pereira de Araujo, Saraiva dos Santos, Filho, Silva e Kawagoe (2011)

Ítem	Assunto: Intervenção-treinamento direcionado ao cumprimento de trabalhadores de saúde (para sustentar a melhoria na adesão à higienização das mãos).
Métodos	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo observacional comparado, em 2 Unidades de Saúde: U.Saúde Leste: Período I: 3 meses (Abr-Jun 2008) e Período II: 5 meses (jul 2008 - nov 2009). U.Saúde Oeste: 1 ano + 4 meses (set 2008-dez 2009) • 2 reuniões mensais (1h30m) com profissionais saúde (turnos manhã, tarde e noite): expressaram sentimentos sobre a higiene das mãos, discutiram melhorias, e citaram bons exemplos de cumprimento. • DPs aplicaram técnicas motivacionais ("seis chapéus de pensamento" + vídeos, foram criados e editados pelos DP) e forneceram treinamento para funcionários do hospital, incluindo téc. de laboratório, de radiologia, voluntários hospitalares e profissionais de pacientes crônicos (quantidade não revelada)
Participantes	<ul style="list-style-type: none"> • 2 gerentes de enfermagem, 420 profissionais da saúde (médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e nutricionistas), freq. mín.DP novos= 35 c/reunião (5x2x35+70). Foi conduzido em 2 unidades de saúde em hospital de cuidados terciários privados (São Paulo).
Intervenções	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicação estratégias desvio positivo (PD=positive deviance), durante 8 meses e outro em 1 ano+4 meses. O efeito da estratégias desvio positivo (PD=positive deviance) foi segundo conformidade higiene das mãos (contadores eletrônicos). 2. Control: sem grupo controle de intervenção (só fase pré-intervenção).
Resultados (out comes)	<ul style="list-style-type: none"> • A diferença na taxa de infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS) entre o período de referência e ano 2008-2009 foi: a) estatist. Signific. Leste (2,8 vs 5,8 x 1,000 disp/día; P=0,008) e no Oeste (1,7 vs 3,7 por 1,000 disp/día; P=0,023).
Notas	<ul style="list-style-type: none"> • A melhoria sustentada na higiene das mãos é responsável da aplicação de PD e foi associada com diminuição na incidência de infecções hospitalares (Desvio Positivo: processo de mudança social e comportamental, com base na premissa de que na maioria das organizações e comunidades, há pessoas ou grupos de pessoas que resolvem problemas melhor do que colegas, com exatamente os mesmos recursos). • Ser considerado um desvio positivo (DP) foi uma fonte de orgulho e desde o reconhecimento de um bom trabalho.

Registro 6A

Brasil: Marra, Guastelli, Pereira de Araújo, Saraiva Dos Santos, Lamblet, Silva, De Lima, Cal, Paes, Neto, Barbosa, Edmond e Pavão dos Santos (2010)

Ítem	Assunto: Intervenção-treinamento para avaliar eficácia de uma estratégia (conformidade de higienização das mãos em 2 unidades de saúde para adultos)
Métodos	<ul style="list-style-type: none"> • ECA: relatam comportamentos de prática profissional de saúde (2 unidades, designado aleatoriamente para equipes do grupo experimental e controle): duração 9 meses. Primeira fase (linha de base): 3 meses (abr-jun 2008); segunda fase (jul-set 2008); terceira fase (out-dez 2008).
Participantes	<ul style="list-style-type: none"> • N=?? enfermeiros/as do hospital privado de cuidado terciário (São Paulo) • Núm. Profiss. da saúde participantes: não foi revelado
Intervenções	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicação estratégias desvio positivo (PD=positive deviance), durante 3 meses (implementada nas unidades Leste e Oeste). Episódios de higiene (contadores eletrônicos de lavagem das mãos) 2. Control: sim.
Resultados (out comes)	<ul style="list-style-type: none"> • 1ra. Fase: não houve diferença estatisticamente significativa entre as 2 unidades (núm.episódios higiene das mãos ou da densidade de incidência de infecções associadas) • 2da. Fase: varia 6,5 vs 12,7 (P<0,01) • 3ra. Fase: não houve diferença estatisticamente significativa (P<0,016)
Notas	<ul style="list-style-type: none"> • O estudo não coleta dados sobre o desempenho individual de enfermagem. • Respeito hipótese de DP baseava-se esta influência positiva durante longo período de tempo e influenciar decisões: há independência (devido magnitude diferenças entre grupos -2da fase, poderia haver diferenças estatísticas na terceira fase?). • A comunicação entre enfermeiros de ambas unidades da saúde aprimorou.

Registro 7A

Brasil: Tsuji, Atallah, Aranha, Tonhom, Siqueira e Matos (2009).

Ítem	Assunto: Intervenção-treinamento educacional para testar a eficácia de material educacional nos cuidados primários (guia para reconhecimento diagnóstico e tratamento de transtornos depressivos).
Métodos	<ul style="list-style-type: none"> • ECA (randomizados e estratificados por tamanho da unidade de cuidados básicos de saúde e da área geográfica + uma guia de tratamento clínica. Px recrutados e diagnosticados (jun 2003 e jun 2006, dentro da área geográfica dos médicos participantes, >18 anos de idade) • Linha de base (medida segundo Escala de Hamilton). Os investigadores estavam cegos para a atribuição de tratamento dos médicos. • Px aos 16 semanas de gravidade da depressão (foi avaliada em um estabelecimento de saúde mental por 2 avaliadores independentes que eram cegos à alocação de tratamento + foram agendados para visitas de acompanhamento para o clínico em 1, 2, 4, 8, 12 e 16 semanas). • Médicos do grupo de intervenção prescreveram de acordo com o guia durante 16 semanas.
Participantes	<ul style="list-style-type: none"> • 8 médicos + 2 médicos avaliadores independentes + 1 coordenadora da pesquisa (Universidade Federal de São Paulo). A coordenadora, não foi envolvido em medir pontos finais, mas, responsável pela distribuição aleatória dos médicos, registro de pacientes, revisão de registros médicos e acompanhamento dos pacientes (c. habit.: $n=114$, intervenção: $n=120$) • Retiradas de pacientes: cuid.habit. 48,0% e no intervenção (46,0%)
Intervenções	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intervenção para testar a eficácia de material educacional para uma guia de atenção primária (reconhecimento diagnóstico e tratamento de transtornos depressivos), durante 16 semanas, no grupos com características comparáveis (2: experimental e controle). 2. Controle: sim.
Resultados (out comes)	<ul style="list-style-type: none"> • Acordo entre avaliadores: excelente (coef. concordância= 0,975). • Havia 36 retiradas (10,8%) no grupo intervenção e (20,2%) no grupo de cuidados habituais (coef. Corr. intragrupo ($r = 0,032$; $P = 0,153$). • Diferença estatist. Signif. entre grupos ($P= 0,004$; taxa 70,0%) X Gru c.habituais (57,0%). • Taxa de tratamento adequado, no intervenção: 99,2%, no c. habituais: 87,7% (difer.não foi estatist.signif. ($P= 0,154$).
Notas	<ul style="list-style-type: none"> • Usando a guia foram tratados de forma adequada para a depressão, mas a diferença nas taxas não foi estatisticamente significativa. • Para demonstrar a sua eficácia, um estudo semelhante com poder estatístico adequado, deve-se realizar em modelo colaborativo entre os serviços de saúde mental e atenção básica.

Registro 8B

Brasil: Girot e Enders (2004)

Ítem	Assunto: Intervenção-treinamento de enfermeiros direcionado a compreender a natureza do trabalho colaborativo internacional (formas de trabalho para reduzir mortalidade e morbidade materna no nordeste do Brasil)
Métodos	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo descritivo (ano 2000): sequência de inúmeras debates face-a-face e workshops) + programa de treinamento (modelo para a enfermagem brasileira e equipe médica, para especialização de pós-graduação) + novo papel na filosofia dos cuidados de enfermagem: especialista da enfermeira obstétrica + engajamento regular da equipe médica com os usuários de serviços para garantir a adoção da mudança (culturalmente sensíveis e crucial para o sucesso da parceria) + necessidade de compreender o contexto cultural da saúde das mulheres (em ambos lados) • Visitas de intercâmbio (essenciais entre os parceiros) • Treinamento no Brasil (7h-17h, 2h descanso), no Reino Unido (9h30m-17h30m, pequena pausa) • Data de treinamento, núm. debates e workshops: não foi revelado
Participantes	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo piloto: 15 enfermeiras obstétricas (Universidade do Rio Grande do Norte, Natal) + 1 coordenadora (enfermeira de doutoramento, trabalhou >20 anos no Brasil) + facilitadoras (enfermeiras-parceiras, University of the West of England, Bristol, UK)
Intervenções	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicação estratégias educacionais direcionado a compreender a natureza e formas do trabalho colaborativo internacional (material em enfermagem baseada em evidências). Período de treinamento: não foi revelado 2. Controle: não.
Resultados (out comes)	<ul style="list-style-type: none"> • Extensão em 6 comunidades de saúde (maternidade segura), 1 hospital da comunidade, 1 clínica (cidade vizinha, liderado por 6 enfermeiras-parceiras especializadas do programa). • Resultados quantitativos: não foi revelado
Notas	<ul style="list-style-type: none"> • Inicialmente, a parceria causou tensão nas relações entre os profissionais enfermeiros brasileiros e seus colegas médicos. • Compreender a natureza do trabalho colaborativo encorajou-os assumir riscos, e permaneceram comprometidos com o sucesso coletivo. • Para aumentar a confiança dos participantes precisaram entender o papel da política para influenciar a capacitação dos cuidadores profissionais, acadêmicos e usuários do serviço. • A introdução de novas formas de trabalho tem exigido uma mudança dramática na "mentalidade" para todos os profissionais envolvidos. Avindo politicamente inúmeros obstáculos a superar. • As perspectivas comuns, o respeito mútuo e experiência educacional enriquecido, são essenciais para o trabalho em parceria de sucesso. • Qualidades-chave para uma parceria de sucesso são: comunicação eficaz, profundo compromisso, e a necessidade de ambos os parceiros para compreender o contexto do cuidado de si..

Registro 9B

Brasil: Brischialiari, Maftum, Waidmann e Mazza (2008)

Ítem	Assunto: Intervenção-treinamento para a gestão de riscos psicossociais do trabalho: avaliação da implementação de oficinas de sensibilização da equipe de enfermagem (cuidado em saúde mental)
Métodos	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo descritivo qualitativo: ano 2005, em 5 etapas; 8 grupos (turno diurno= 3, noturno= 7-10 particip.). Total 24 encontros: duração média=1h30m com intervalos de 15 dias. • Dinâmicas de grupo (fundamentada em comunicação e relação interpessoal; etapa de observação da realidade: 1 dinâmica) Operacionalização de 5 oficinas desenvolvidas: <ul style="list-style-type: none"> • 1ra (fazer desenhos); 2da (reflexão e relato sobre os desenhos); 3ra e 4ta (ou 4ta etapa do Arco da problematização: teorização temas eleitos + avaliação escrita das oficinas e exposição considerações feitas); 5ta (ou 5ta etapa do Arco: apontaram a educação permanente como pressupostos ou hipóteses de solução para a melhora da qualidade do relacionamento entre os membros da equipe). • Dados obtidos (mediante oficinas): analisados e apresentados de modo descritivo nas seguintes categorias: caracterização dos sujeitos, operacionalizando oficinas, e avaliando as oficinas, de acordo com a análise de conteúdo.
Participantes	<ul style="list-style-type: none"> • 46 enfermeiros/as no Hospital Psiquiátrico Filantrópico de Internação Integral da Região Norte do Paraná (noturno=12, diurno= 34); 28 mulheres; idades: 23-58; tempo de atuação na instituição: 14-17anos. Profissionais desenvolvidas em programa: 7 médicos, 1 terapeuta ocupacional, 3 assistentes sociais, 1 odontóloga e 1 farmacêutica (participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).
Intervenções	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intervenção para a gestão de riscos psicossociais do trabalho: Avaliação da implementação de oficinas de sensibilização da equipe de enfermagem (para o cuidado em saúde mental). Obtenção dados: por meio de 3 oficinas (3ra,4ta,5ta: sustentadas pela metodologia problematizadora). Registro das oficinas: por meio de gravação em fita cassete + avaliação do escrito das atividades desempenhadas. Período de treinamento: não foi revelado. 2. Control: não.
Resultados (out comes)	<ul style="list-style-type: none"> • Os participantes avaliaram o trabalho como positivo para seu crescimento pessoal e profissional, modificando a qualidade e promovendo a humanização do serviço. • O trabalho resultou em uma sensibilização da equipe de enfermagem (todos tiveram a oportunidade de expressar suas opiniões). • Resultados quantitativos: não foi revelado (apenas para avaliação de oportunidades de discussão desses temas nas oficinas de educaç.permanente: 76.2% (positiva e importantes para melhorar o relacionamento entre a equipe e, o cuidado aos pacientes).
Notas	<ul style="list-style-type: none"> • A educação permanente desenvolvida com estratégias centradas na resolução de problemas, torna-se possível promover "mudanças institucionais, fortalecer as ações de equipe e transformar práticas" como resultados de apropriação de saberes científicos e da reflexão. • A educação permanente pode ser compreendida como um processo de ensino aprendizagem, dinâmico e contínuo capaz de habilitar o profissional para atuar em face dos avanços tecnológicos, das necessidades sociais e atender aos objetivos e metas da instituição na qual trabalham. • Desenvolvimento das oficinas proporcionou uma reflexão sobre o cuidado e despertar crítico da prática profissional, possibilitando a ressignificação do cuidado. • A melhora da qualidade do relacionamento entre os membros da equipe (segundo relatos, ela promove a reflexão da prática, e desperta a consciência para mudança de atitudes). • A transformação das atitudes dos trabalhadores, para uma fazer diferente, requer uma perspectiva técnica e humanística (essencial: apoio do sistema institucional e político + conscientização) • Possibilidades de mudança da dimensão humanística: requer do trabalhador um contínuo "aprender a compreender para aprender fazer" (sempre a possibilidade de revisão). • Profissionais perceberam ao portador de transtorno mental como ser humano que precisa ser cuidado na integralidade.

Registro 10B

Brasil: Camelo e Angerami (2008)

Ítem	Assunto: Intervenção para a gestão de riscos psicossociais do trabalho (identificar e analisar estratégias utilizadas pelos trabalhadores para gerenciar os riscos psicossociais no ambiente de trabalho hospitalar).
Métodos	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo descritivo qualitativo • Método de análise de conteúdo (Bardin), modalidade temática: depreendidas da análise do material coletado nas entrevistas (fundamentadas na identificação das estratégias de gerenciamento de riscos psicossociais relacionados ao trabalho das equipes de saúde da família). • Estratégias de gerenciamento dos riscos no ambiente de trabalho (construídas em unidades temáticas relacionadas): “Estratégias individuais” e “Estratégias de equipe”. • Dados foram coletados através de entrevistas seme-estruturadas (jan-mar 2005).
Participantes	<ul style="list-style-type: none"> • 24 profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde); feminina (87,5%) e faixa etária (35-56 anos); 6 equipes de saúde, Unidades de Saúde do Município de Ribeirão Preto (São Paulo). Participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
Intervenções	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intervenção para a gestão dos riscos psicossociais no ambiente de trabalho hospitalar. Período: 3 meses 2. Control: não.
Resultados (out comes)	<ul style="list-style-type: none"> • As estratégias individuais utilizadas pelos profissionais para aliviar os efeitos das situações desgastantes são: Exercício físico, cinema, a música, a religião e o hábito da leitura. • A estratégia comum a todas as equipes são: Reuniões semanais (há participação dos profissionais, exposição situações problemas, e soluções para o cotidiano de seu trabalho). • Estratégias <u>individuais</u>: exercícios físicos, mudanças no estilo de vida, alimentação equilibrada, entre outras). • Estratégias da <u>equipe</u>: Além das estratégias individuais, os trabalhadores utilizam bem como melhorar o relacionamento entre os membros da equipe, que são as reuniões semanais de discussões de casos promovidas pela instituição (coordenadas por um membro da equipe, ou gerente da unidade). • A instituição tem um papel fundamental no desenvolvimento de estratégias para o gerenciamento dos riscos do ambiente de trabalho.
Notas	<ul style="list-style-type: none"> • No entendimento de que a realidade sanitária é dinâmica, o apoio aos profissionais das Equipes de Saúde da Família deve, responder às necessidades individuais, orientando os trabalhadores sobre os riscos a que estão expostos, oferecendo suporte social e psicológico, e regular encontros com profissionais (prover oportunidade comunicar-se com outras equipes que têm experiência similar). • Programas específicos de gerenciamento do estresse devem ser criados pelos serviços para cada situação (podem ser focados na organização do trabalho e/ou no trabalhador). • Intervenções focadas na organização são voltadas para a modificação de estressores do ambiente de trabalho (incluir mudanças na estrutura organizacional, condições de trabalho, treinamento e desenvolvimento, participação e autonomia no trabalho e relações interpessoais no trabalho).

Registro 11B

Brasil: Mota, Lobo, Toscano, De Lima, Dias, Komagata e Levin (2011)

Ítem	<p>Assunto: Intervenção: para a gestão de políticas de licença médica trabalhista de profissionais de saúde (comparar eficácia e custo de políticas durante pandemia "H1N1"): <i>Cost-effectiveness of sick leave policies for health care workers with influenza-like illness, Brazil, 2009</i></p>
Métodos	<ul style="list-style-type: none"> • Descritivo (documental). Compara eficácia e custo de 2 políticas de licença médica (durante a primeira onda da pandemia -H1N1) 2009. Comparou-se a eficácia e custo dos 2 políticas de licença médica: 2 dias + política de reavaliação inicial e 7 dias. Período: Ago-Out, 2009. • Técnicas para os custos de medição (método de custeio convencional detalhada de baixo para cima, considerados ingredientes individuais para estimar os custos), incluía custos médicos diretos + custos não-médicos diretos. • Recalculou-se custos de cada política de licença médica, com base em um cenário de custo menor e um cenário de custo mais alto. • Foram avaliados retrospectivamente o efeito absentismo durante a pandemia, comparou-se taxa de afastamentos associadas à influenza durante a pandemia (ago-out 2009) com o período pré-pandemia (ago-out 2008).
Participantes	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital de ensino terciário (Universidade de São Paulo), médicos; enfermeiros e auxiliares de enfermagem; e os trabalhadores farmácia, nutrição, laboratório e administração • Preocupados com a sua própria saúde e de suas famílias, e transmissão aos pacientes. • Núm. Profiss. da saúde participantes em estudo: não foi revelado
Intervenções	<ol style="list-style-type: none"> 1. Outorga licença médica trabalhista para profissionais de saúde de 2 ou 7 dias (definida na folha de pagamento) 2. Control: não.
Resultados (out comes)	<ul style="list-style-type: none"> • A política de 7 dias, era mais caro e não mais eficaz na prevenção da transmissão aos pacientes do que a política de 2 dias + reavaliação. • Recebeu 884 afastamentos associadas (ago-out 2009), em comparação com 96 no mesmo período em 2008 ($p < 0,00001$). • Assim, para cada profissional de licença, o custo foi de R\$ 1,096.31 (≈US \$ 609,06) para a política de 2 dias + reavaliação e R\$ 2,030.08 (≈US \$ 1,127.82) para a política de 7 dias.
Notas	<ul style="list-style-type: none"> • As decisões sobre as políticas de licença médica HCW durante pandemias devem responder por múltiplos fatores, incluindo eficácia, custo e viabilidade de implementação durante situações de emergência.

Registro 12C

Brasil: Santana (2013)

Ítem	Assunto: Intervenção para avaliação e gestão de riscos psicossociais do trabalho (propostas de intervenção para trabalhadores hospitalares de Curitiba)
Métodos	<ul style="list-style-type: none"> • Descritivo (documental): Dados obtidos planilhas do Sistema de Monitoramento da Saúde do Trabalhador de Enfermagem (n= 1.050 reg. afastam., ano 2011). • Coleta de dados: mar-jun, 2012. • Apresentação propostas de implementação aos gestores (diretor administrativo e direção geral, 31 jul 2013)
Participantes	<ul style="list-style-type: none"> • Amostra (n= 1.050): trabalhadores/as de Enfermagem (doenças decorrentes da exposição do trabalhador às cargas de trabalho), Unidade de Saúde do Trabalhador (UST), do Hospital do Trabalhador (HT), Curitiba, Paraná (médicos, enfermeiros/as, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, entre outros).
Intervenções	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliação de riscos psicossociais do trabalho e propostas de intervenção para trabalhadores hospitalares 2. Control: não.
Resultados (out comes)	<p>Propostas de intervenção para afastamentos por transtornos mentais-comportamentais, e para a execução e conteúdo das tarefas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reavaliar estratégias gerenciais e a adaptabilidade do trabalhador com chefias e com o posto de trabalho (relocar para os quais tenham mais afinidade). • Desenvolver estratégias de conscientização sobre a importância do trabalho em equipe e sua comunicação ou relacionamento interpessoal. • Reavaliar a satisfação do trabalhador com o posto de trabalho e estabelecer divisão de tarefas entre equipes e entre turnos. <p>Propostas de intervenção geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver estratégias de incentivo/motivação • Implementação da consulta de enfermagem com o trabalhador afastado após retorno deste às suas atividades. • Reestruturar o processo de trabalho, implementando um Plano de Gestão por Competências (beneficiará aos trabalhadores mais comprometidos). • Desenvolver a Gestão Participativa com a criação de espaços de discussão sobre as condições de trabalho. • Realizar capacitação permanente dos trabalhadores quanto à adoção de precauções padrões, quanto à higienização correta das mãos e quanto ao uso de Equipamentos de proteção Individual e Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC). • Realização de análise ergonômica dos postos de trabalho. • Instituir rotinas de ginástica laboral, instituir pausas durante a jornada de trabalho, disponibilizar espaço adequado para o descanso dos trabalhadores. • Reavaliar questões estruturais e de engenharia como espaço físico, luminosidade e ventilação adequada.
Notas	

Registro 13A

Perú: Garcia, Hughes, Carcamo e King (2003)

Ítem	<p>Assunto: Intervenção-treinamento direcionado para a gestão de cuidados preventivos, mudar comportamentos de prática profissional de saúde (cuidados preventivos focada na gestão geral de uma grande variedade de problemas com indicadores para a gestão de doenças sexualmente transmissíveis).</p>
Métodos	<ul style="list-style-type: none"> • ECA (cluster RCT): relatam comportamentos de prática profissional de saúde • Follow up: • Providers: feito • Patients: N/A • Avaliação cega (blinded assessment): feito • Linha base (baseline): não feito • Resultados confiáveis (reliable outcomes): não está claro • Proteção contra a contaminação (protection against contamination): feito. • Qualidade geral (overall quality): moderado.
Participantes	<p>Profissionais de saúde (36 médicos e farmacêuticos comunitários), qualificados e em formação pós-graduada, 22 centros de saúde no 14 distritos de baixo nível socioeconômico no Lima (16 estudantes médicos treinados como pacientes simulados e padronizado para visitar farmácias).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporção de fornecedores qualificados que participaram: 79%. • Ambiente de cuidados (setting of care): farmácias • Ambiente acadêmico / pedagógico: não docente. • Tipo de comportamento alvo: GESTÃO GERAL DE UM PROBLEMA (reconhecimento, gestão e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis). • Complexidade do comportamento alvo: ALTA
Intervenções	<ol style="list-style-type: none"> 1. Educação médica continuada (CME= continuing medical education): 1,5 horas x 3 = 4,5-hr de formação almoço seminários (médicos em cada distrito convidados a participar de um workshop de 6 horas na gestão de síndromes DST) + rede de referências + visitas mensais de acompanhamento para 6 meses para todas as farmácias certificadas 2. Seminário (sobre diarreia)
Resultados (out comes)	<ul style="list-style-type: none"> • Prática profissional (reconhecimento e manejo da síndrome e recomendações para tratamento de parceiros) • Paciente: nenhum • Seriedade de resultado (seriousness of outcome): ALTA • Para resultado os estudos do STD (X=29,142; P <0,001), para 47/48 comparações (P<0,05). Após 6 meses confirmou significativamente melhores práticas em 61% das farmácias (intervenção) e 19% no grupo controle.
Notas	<ul style="list-style-type: none"> • Encontros educacionais, sozinhos ou combinados com outras intervenções, pode melhorar a prática profissional e os resultados dos pacientes. • Reuniões educativas por si só não são eficaz para a mudança de comportamentos complexos (efeito é mais provável que seja pequeno e semelhante a outros tipos de educação continuada: auditoria e feedback, e visitas de sensibilização educacionais). • Estratégias para aumentar a participação em reuniões de ensino, usando formatos interativos e didáticos mistas e com foco em resultados que possam vir a ser percebida como grave, pode aumentar a eficácia das reuniões educativas.

Registro 14A

Perú: Casalino, Astocondor, Sanchez, Díaz-Santana, Del Aguila e Carrillo (2015)

Ítem	Assunto: Intervenção-treinamento no equipamento de trabalho para a proteção individual –EPP- (vírus Ebola)
Métodos	<ul style="list-style-type: none"> ECA: Desenho experimental al azar de duas variável independentes e 2 niveles de intervenção.
Participantes	<ul style="list-style-type: none"> N=2 médicos especializados em doenças infecciosas ou higiene hospitalar y 60 internos da saúde (n=46 de enfermagem, 14 de medicina) 2 grupos (30 c/u) Instituto Nacional del Niño (Lima), Facultad de Medicina (Universidad N.F.Villareal), Hospital H.Unanue (Lima). Período: Dez 2014 até Jan 2015
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> -Intervención-treinamento sobre equipamento de trabalho de 2 tipos: a) programas convencionais de formação (CTPS) e, b) programas de formação reforçados (RTPS) sobre o uso de PPE básico (B-PPE) e reforçada PPE (E-PPE). -Inserido um curso teórico de 60 minutos (os filmes e slides validadas por diretores do projeto e de pedagogia), seguido por um curso prático de 2 métodos distintos de formação. -Três (3) sessões de treinamento foram realizados para cada grupo, em intervalos de 72 horas. Dois especialistas-formadores levou 10 sessões para cada grupo, cada especialista-trainer observando os erros e erros críticos de forma independente. Acordos Intrareader e interreader sobre erros entre especializados-formadores foram avaliadas pelo cálculo de um coeficiente de κ entre os especialistas (acordos Intrareader e interreader foram encontrados para ser válido para erros (0,89 e 0,81, respectivamente) e erros críticos (0,85 e 0,78, respectivamente).
Resultados (out comes)	<ul style="list-style-type: none"> -Foram comparadas as diferenças entre os grupos de intervenção durante os primeiros e terceiros sessões de treinamento usando o emparelhado t teste para dados contínuos e χ^2 de teste para dados categóricos. O teste rank-sum de Wilcoxon e análise de 2-way de variância foram usadas para comparação de amostras repetidas. A 2 de cauda P valor <0,05 foi considerado estatisticamente significativo -A frequência e o número total de erros e erros críticos diminuiu significativamente ao longo das sessões de treinamento ($P < 0,01$). A RTP foi associada a uma maior redução do número total de erros e erros críticos ($P < 0,0001$). Durante a terceira sessão de treinamento, observamos uma frequência de erro de 7%-43%, uma frequência de erro crítico de 3% a 40%, 0,3-1,5 erros totais, e 0,1-0,8 erros críticos por aluno. Os grupos B-PPE teve o menor número de erros e erros críticos ($P < 0,0001$). -Ambos métodos de treinamento melhorou, B-PPE parece ser mais fácil de usar do que E-PPE, que a RTP conseguiu melhor proficiência para ambos tipos de EPI. -Control: -No presente estudo, nós avaliamos 2 estratégias de formação para B-PPE e E-PPE para EVD. -Nossos resultados indicam que após 3 sessões de treinamento, os alunos melhoraram o seu desempenho em todas as 4 cenários testados. -Encontramos uma redução significativa na frequência e número total de erros e erros críticos tanto para B-PPE e E-PPE, com exceção do doffing de botas para as sessões B-PPE. -Estes resultados foram observados com os 2 métodos de treinamento avaliadas, a CTP e RTP; No entanto, uma comparação dos métodos de treinamento 2 apresentaram melhor proficiência entre os estudantes que participaram da RTP. -Os métodos de treinamento 2 avaliadas neste estudo produziu melhora significativa dos indicadores de proficiência definido pelo estudo, mas a RTP parece ser o método ideal, permitindo uma maior redução de erros e erros críticos, mesmo que isso requeram período de treinamento mais longo. -Claramente, sessões repetidas facilitado progressiva melhoria no desempenho dos indivíduos treinados. No entanto, nosso estudo indica que, mesmo após 3 sessões de formação, a frequência e o número de erros e erros críticos manteve-se elevado, em particular para E-PPE. Nossos resultados indicam que o uso de EPI sozinho é claramente insuficiente, tanto para B-PPE e E-PPE, e mesmo depois de um RTP.
Notas	

Registro 15A

Perú: Valdivia, Lam, Mucha, Chávez, Tanta, Alvarezcano e Ticona (2013)

Ítem	Assunto: Intervenção-treinamento direcionado a diminuição incidência de infecções hospitalares associadas –IHA- (adesão à higienização das mãos, uso de respirador, prevenção de cortes y punções com instrumental).
Métodos	<ul style="list-style-type: none"> • ECA: Diseño pre y pos test de 2 etapas. • Listas de chequeo antes y después de capacitación (evaluar cumplimiento del lavado de manos y el uso adecuado del respirador). • Técnica de observación + informe de accidentes punzo cortantes (evaluar cumplimiento de prácticas de prevención de accidentes).
Participantes	• N= 54 profesionales de saúde en contacto directo y frecuente con enfermos de TBC (18 Hospitales Públicos del Perú + Hospital Nacional Dos de Mayo de Lima).
Intervenções	<p>1. Intervenção-treinamento direcionado a diminuição incidência de infecções hospitalares associadas –IHA- (adesão à higienização das mãos, uso de respirador, prevenção de cortes y punciones con instrumental). Duración: 11 meses, 440 trabajadores de salud (n=230 profesionales de la salud: obstetras, enfermeras, nutricionistas, farmacéuticos, residentes médicos, internos de enfermera y de medicina) y personal de limpieza.</p> <p>Formato mixto: 1er. día (ses.1, 2); 2do día (ses. 3,4). Cada día (pre-test: tema + lista chequeo). Proyección de material audiovisual + intervalos + discusión + ejercicio práctico + narrar problemas + Informe grupal (Coordinador)</p> <p>2. Control: Suficiente.</p>
Resultados (out comes)	<ul style="list-style-type: none"> • La metodología tuvo efectos positivos (adopción de prácticas de control de infecciones en personal de salud). • Incremento en la adecuada técnica del lavado de manos (7% al 78%; p<0,05). Adecuado uso del respirador N95 (0% al 81,5%, p<0,01). Disminución de cortes y punciones en internos de medicina (0,44 al 0,20%; (p<0,006). • No se encontró diferencia en otros grupos poblacionales.
Notas	<ul style="list-style-type: none"> • Metodología educativa logró provocar un ambiente de debate entre los participantes, y a través de ello descubrir soluciones. • Efecto adicional fue la mejora de comunicación entre los trabajadores, surgieron aportes e sugerencias para implementar mejoras de práctica profesional y la capacitación.

Registro 16B

Perú: Arévalo, Cruz, Palomino, Fernández, Guzmán e Melgar (2003)

Ítem	Assunto: Intervenção-treinamento direcionado a modificar conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud (para diminuir incidência de infecções intrahospitalares –IIH-o sobre la prevalencia de infecciones intrahospitalarias –IIH-).
Métodos	<ul style="list-style-type: none"> • Descriptivo comparativo, tipo investigación-acción. Estudio longitudinal prospectivo (jul 2000 - ene 2001). Tres (3) fases: 1- pre intervención (jul 2000), 2- intervención educativa (mediciones intermedias: prevalencia; de conocimientos, actitudes y prácticas –CAP-, oct 2000); 3- medic. prevalencia (post intervención, enero 2001).
Participantes	<ul style="list-style-type: none"> • N=98 profesionales de salud + n=258 trabajadores de salud, en 4 establecimientos de salud (2 hospitales, 2 centros de saúde) de San Martín (bajo nivel de complejidad y localizados en zonas rurales o semiurbanas).
Intervenções	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intervenção-treinamento direcionado a modificar conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud (para diminuir incidência de infecções intrahospitalares –IIH-o sobre la prevalencia de control de infecciones intrahospitalarias –IIH-). -El programa de intervención fue evaluado en función a la aceptabilidad para “aprender haciendo”. -Se utilizó cuestionario con preguntas cerradas (dicotómicas) + observación directa a los trabajadores. -Se utilizó 2 talleres (Buenas prácticas de Bioseguridad Hospitalaria). 2. Control: Antes de la intervención (prevalencia basal), durante la intervención (prevalencia intermedia), y 2 meses después de la intervención (prevalencia final).
Resultados (out comes)	<ul style="list-style-type: none"> • Los médicos tuvieron menor participación que el resto de profesionales (62,0%) mientras que el personal técnico (90,0%). Las prácticas adecuadas de lavado de manos y materiales, la utilización adecuada de ropa y guantes, como el manejo adecuado de objetos punzo-cortantes aumentaron significativamente ($p<0,01$). Conocimientos, actitudes y prácticas • Luego de la intervención se incrementó a 90,2 % ($p<0,01$) en la población total y el 100,0% de cumplimiento en el personal de servicios de cirugía y obstetricia. • Respecto al secado de manos, luego de la intervención esta práctica mejoró ($p<0,01$), sólo 8,7% continuaron con los malos hábitos. • Utilización de ropa inadecuada: se encontró 69,2% al inicio de la intervención y al finalizar 19,2% ($p<0,01$).
Notas	<ul style="list-style-type: none"> • Logró modificar las actitudes y prácticas del personal de salud, demostrando que las intervenciones educativas son positivas aún en ambientes con poco material, con escasez de recursos económicos y con limitaciones tecnológicas). • Se sugiere continuar con el programa y ampliar a otros centros asistenciales de la región, aumentar el tamaño muestral, y realizar estudios de costo-eficiencia de la intervención. • Para garantizar los resultados, es necesario establecer un sistema de adiestramiento continuo y sostenible a gran escala, puesto que la intervención no alcanzó significancia.

Registro 17C

Perú: Huaroto e Espinoza (2009)

Ítem	Assunto: Intervenção-treinamento para crear conciencia en la necesidad de espacios saludables en el centro de trabajo (libres de transmisión de TB en centros hospitalares).
Métodos	<ul style="list-style-type: none"> Estudio descriptivo transversal Módulo de capacitación a profesionales líderes de 19 hospitales (cambio de comportamiento en personas adultas que poseen conocimientos, actitudes y prácticas de muchos años de trabajo). Fue denominado como: "instrucción suplementaria basada en video y uso de filtros de alta eficiencia a luz ultravioleta". Línea base: diagnóstico situacional de cada establecimiento (condición de ventilación de los ambientes de trabajo, tipo y cantidad de procedimientos que generen aerosoles).
Participantes	<ul style="list-style-type: none"> N= 57 profesionales de la salud de 18 Hospitales públicos del Perú y del Hospital Nacional Dos de Mayo de Lima (en contacto directo y frecuente con enfermos de TB).
Intervenções	<ol style="list-style-type: none"> Intervenção-treinamento para crear conciencia en la necesidad de espacios saludables en el centro de trabajo (libres de transmisión de TB en centros hospitalares). No revela número ni tipo de sesiones Control: Falta evaluación pos intervención
Resultados (out comes)	<ul style="list-style-type: none"> Vídeo elaborado fue ideal (para el conocimientos, para provocar discusión e intercambio de experiencias entre participantes). Se formularon 19 Planes de vigilancia y supervisión en 18 hospitales del país y en el Instituto Nacional del Niño (Lima). Participantes replicaron a 105 trabajadores de salud. Resultados cuantitativos: no fue revelado (solo para prueba de ajuste sin protección, que fue: 70%).
Notas	<ul style="list-style-type: none"> Existe evidencia que el profesional de salud, a pesar de estar capacitado y tener los conceptos claros respecto a lo que se debe hacer (saber), no siempre aplican en su trabajo (saber hacer). Para implementar plan de control de infecciones se requiere del apoyo decidido de las autoridades de los hospitales. El programa es adaptable a cualquier tipo de establecimiento de salud, incluyendo a establecimientos de manejo ambulatorios o de reposo, aunque se requiere evaluar el impacto de la implementación.

Registro 18C

Perú: Ticona (2012)

Ítem	Assunto: Intervenção para crear conciencia en la necesidad de espacios saludables en el centro de trabajo y lucha contra la discriminación de trabajadores de salud (con TB: enfermedad ocupacional / profesional y de seguridad del trabajador de salud)
Métodos	<ul style="list-style-type: none"> Estudio descriptivo y transversal Capacitación sobre el control de transmisión de TB (año 2011) + afiche promocional. Actividades de promoción: empleadores y trabajadores (para crear conciencia en la necesidad de espacios de trabajo libres de transmisión de TB, y lucha frontal contra la discriminación de personas con TB): año 2011. Línea base: Personal de emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo (Lima): tasa anual de infección de 30% (año 2010). Riesgo anual de infección entre trabajadores de salud: 4,6% (IC 95%; 4,1 –5,6%). No fue revelado número de grupos capacitados, ni promocionados, solo duración aproximada (1 año).
Participantes	<ul style="list-style-type: none"> 205 registros de trabajadores del Hospital Nacional Dos de Mayo de Lima, en contacto directo y frecuente con enfermos con TBC, de 20-59 años de edad (66% del total), diferentes profesionales de la salud (médicos, enfermeras, residentes de medicina, internos de medicina, internos de enfermería e técnicos de laboratorio + personal de servicio y de limpieza). No fue revelado la cantidad de profesionales por área ni especialidad.
Intervenções	<ol style="list-style-type: none"> Intervención para crear conciencia en la necesidad de espacios saludables en el centro de trabajo y lucha contra la discriminación de trabajadores de salud (con TB: problema de seguridad del trabajador y, de enfermedad ocupacional / profesional). Control: Falta evaluación pos intervención.
Resultados (out comes)	<ul style="list-style-type: none"> Resultados cuantitativos: no fue revelado (solo registros estudiados: año 2010 n=205 profesionales de salud y año 2011 (pos intervención) n=170 profesionales; 17% de disminución). Se formuló 3 documentos normativos (sobre obligatoriedad de ambientes con ventilación, sobre medidas de prevención y sobre vigilancia de TB en el lugar de trabajo; año 2011).
Notas	

Registro 19C

Perú: Medrano (2014)

Ítem	Assunto: Intervenção para avaliação de estilos de vida saudáveis e atividade física nos profissionais de cuidados de saúde (residentes médicos).
Métodos	<ul style="list-style-type: none"> • Estudio descriptivo transversal • Niveles de actividad física: baja (inactivo), moderado y alta. • Se aplicó Cuestionario IPAQ-c (formato corto auto administrado de los últimos 7 días), por tratarse de screening poblacional: <ul style="list-style-type: none"> - Cálculo de actividad física: unidades metabólicas equivalentes -UME- (3,3 x minutos totales por semana de caminata) + (4 x minutos totales por semana de actividad moderada) + (8 x minutos totales por semana de actividad intensa). - Ejemplo: Baja actividad física (3 días de actividad vigorosa menor de 20 minutos por día o reporte menor de 5 días de actividad moderada y/o caminata menor a 30 minutos diarios o menos de 5 días de cualquier combinación de caminata y actividades moderadas o vigorosas logrando menos 600 MET min/semana).
Participantes	<ul style="list-style-type: none"> • 56 Internos de medicina del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, servicios de Medicina interna, Gineco-Obstetricia, Pediatría y Cirugía (año 2014). Firmaron Carta de Consentimiento Informado (respetando autonomía y su voluntad para participar como para retirarse).
Intervenções	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intervención para el diagnóstico de estilos de vida saludables y la actividad física en profesionales de la salud (internos de medicina). Edad: 21-30 años; mujeres (53,6%). 2. Control: no corresponde.
Resultados (out comes)	<ul style="list-style-type: none"> • Niveles bajos de actividad física en 96,4% de internos tanto en hombres como en mujeres. • Promedio de horas de actividades físicas intensas: $0,68 \pm 0,85$ días/semana siendo el promedio requerido $1,08 \pm 0,86$ horas. <ul style="list-style-type: none"> - En promedio emplean $4,21 \pm 0,90$ días/semana en caminar (por lo menos 10 minutos) y habitualmente toman $1,30 \pm 1,0$ horas en caminar como actividad física. • 91% de residentes continuaban trabajando después de sus guardias y solamente el 6% tomaba un descanso. • Para asegurar un estilo de vida saludable se sugieren desarrollar programas de ejercitación y de actividad física, no solamente como factor de protección, sino también como bienestar físico y emocional. • Para conocer la actividad física en varios hospitales y observar un patrón en población más amplia deberán desarrollarse estudios multicéntricos.
Notas	<ul style="list-style-type: none"> • El factor para la falta de actividad física en los trabajadores de salud es el tiempo que se dedican al trabajo, a las exigencias académicas y la presión constante del hospital.