

CRISTIANA ZAPPALÁ DURAN



GESTÃO DE PESSOAS

PARA TÉCNICO E ANALISTA –
CONCURSOS JURÍDICOS

4ª

EDIÇÃO

revista,
atualizada
e ampliada

2026

 **EDITORA**
*Jus*PODIVM
www.editorajuspodivm.com.br

CAPÍTULO 10

HIGIENE, SEGURANÇA E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

As pessoas passam grande parte de suas vidas no trabalho. O ambiente de trabalho se constitui por condições físicas e materiais e por condições psicológicas e sociais¹. Os aspectos ambientais afetam o bem-estar físico, a saúde e a integridade física, além do bem-estar psicológico, da saúde mental e da integridade moral das pessoas que ali trabalham.

A área de gestão de pessoas e os gerentes das outras áreas da organização devem se preocupar em assegurar aos outros um local de trabalho livre de riscos desnecessários e de condições mais perigosas, que possam provocar danos à saúde mental e física dos trabalhadores da organização.

1. HIGIENE DO TRABALHO

“A higiene do trabalho está relacionada com as condições ambientais de trabalho que assegurem a saúde física e mental e com as condições de saúde e bem-estar das pessoas”. Já a qualidade de vida no trabalho – QVT é “o conjunto das ações de uma empresa que envolvem a implantação de melhorias e inovações gerenciais e tecnológicas no ambiente de trabalho”². Isso significa dizer que um ambiente de trabalho agradável pode melhorar o relacionamento entre as pessoas e contribuir positivamente para a produtividade, além de diminuir o número de acidentes, doenças, faltas ao trabalho e demissões.

Os principais aspectos de um programa de higiene do trabalho podem ser dispostos no seguinte quadro:

-
1. Chiavenato (2004).
 2. Chiavenato (2004).

HIGIENE DO TRABALHO			
Ambiente físico de trabalho	Ambiente psicológico no trabalho	Aplicação de princípios de ergonomia	Saúde ocupacional
• Iluminação (luminosidade adequada às atividades);	• Relacionamento humanos agradáveis;	• Máquinas e equipamentos adequados às características humanas;	• Assistência médica preventiva.
• Ventilação (remoção de gases, fumaça e odores desagradáveis); • Temperatura (mantê-la em níveis adequados); • Ruídos (remoção de ruídos e utilização de protetores auriculares).	• Tipo de atividade agradável e motivadora; • Estilo de gerência democrático e participativo; • Eliminação de possíveis fontes de estresse.	• Mesas e instalações ajustadas ao tamanho das pessoas; • Ferramentas que reduzam a necessidade de esforço físico humano.	

Principais aspectos do programa de higiene do trabalho³

2. SAÚDE OCUPACIONAL

A Organização Mundial de Saúde – OMS e a Organização Internacional do Trabalho – OIT definiram, em 1950⁴, que a “Saúde Ocupacional tem como objetivos: a promoção e manutenção, no mais alto grau, do bem estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as ocupações; a prevenção, entre os trabalhadores, de doenças ocupacionais causadas por suas condições de trabalho; a proteção dos trabalhadores em seus labores, dos riscos resultantes de fatores adversos à saúde; a colocação e conservação dos trabalhadores nos ambientes ocupacionais adaptados a suas aptidões fisiológicas e psicológicas; em resumo: a adaptação do trabalho ao homem e de cada homem ao seu próprio trabalho”.

Uma forma ampla de se definir **saúde** é conceituá-la como um estado físico, mental e social de bem-estar. Em um empregado, a saúde pode ser prejudicada por doenças, acidentes ou estresse. O papel do gestor, aqui, é fundamental, pois é ele quem deve se responsabilizar pelos cuidados com o estado geral de saúde de seus subordinados.

3. Quadro elaborado com base no texto de Chiavenato (2004), p.430-431.

4. Rego (1987).

A saúde ocupacional está relacionada com a assistência médica preventiva. Um aspecto importante para a organização sobre esse tema é o **Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO**.

2.1. Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO

Este é um programa estabelecido pela Portaria n. 24/94 do MTE/SSST e regulamentado pela NR-7 (norma regulamentadora n. 7) a ser elaborado e implementado nas empresas para controle da saúde dos trabalhadores de acordo com os riscos ocupacionais aos quais estejam expostos.

A NR-7 estabelece os parâmetros mínimos e as diretrizes gerais a serem observados na execução do PCMSO, podendo ser ampliados mediante negociação coletiva de trabalho.

Todas as empresas que tiverem funcionários regidos pela CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), conforme a Lei n. 6.514/77, são obrigadas a instituir o PCMSO.

No caso do trabalhador temporário, o vínculo empregatício existe apenas entre o trabalhador e a empresa prestadora de trabalho temporário. Essa é que está sujeita ao PCMSO e não o cliente. Recomenda-se às empresas que contratam prestadoras de serviços a colocar como critério de contratação a realização do PCMSO.

Um programa de saúde ocupacional dentro de uma organização requer as seguintes **etapas**⁵:

1. Estabelecer um sistema de indicadores que abranja estatísticas de afastamentos e acompanhamento de doenças;
2. Desenvolver sistemas de relatórios médicos;
3. Desenvolver regras e procedimentos para prevenção médica;
4. Recompensar gerentes e supervisores pela administração eficaz da função de saúde ocupacional.

Para o correto funcionamento desse tipo de programa, precisa-se, portanto, que haja controle de dados, acompanhamento acurado pela empresa e que os gerentes assumam essa responsabilidade.

2.2. Estresse

Este é um fenômeno que surgiu com o aparecimento de doenças vinculadas ao trabalho. De forma geral, esse fenômeno possui consequências tanto positivas como negativas. Normalmente, pensamos no estresse somente da forma negativa. Entretanto, também são consideradas “estresse” situações prazerosas, como uma paixão, por exemplo.

5. Ivancevich (1995) citado por Chiavenato (2004).

Em princípio, o estresse não é uma doença. É apenas a preparação do organismo para lidar com as situações que surgem, sendo uma resposta dele a um determinado estímulo, que varia de pessoa para pessoa⁶.

2.3. Teoria de Hans Selye

Para Hans Selye, conhecido como “pai dos estudos sobre estresse”, o estresse pode ser conceituado como um processo biológico pelo qual o organismo tenta se adaptar a desafios do ambiente, por meio de respostas de enfrentamento, em busca de sobrevivência, ou seja, é um conjunto de reações que ocorrem em um organismo quando esse está submetido a um esforço de adaptação.

A chamada **Síndrome de Adaptação Geral – SAG** ou **Síndrome do Estresse Biológico** é a reação defensiva fisiológica do organismo, que surge como uma resposta a qualquer estímulo aversivo. Ela possui três estágios:

1. **Reação de alarme/alerta:** mudanças fisiológicas do organismo refletem reações iniciais necessárias para enfrentar as demandas provocadas pelo agente estressor. É o primeiro contato com o agente estressor e o organismo se prepara para a “luta ou fuga”, quebrando sua própria homeostase. Essa é uma defesa necessária e automática do corpo. Os principais sintomas desse estágio são: mãos suadas, taquicardia, acidez estomacal, falta de apetite ou dor de cabeça.
2. **Estágio de resistência:** é uma reação contínua caso a exposição permanente ao estressor seja compatível com a adaptação. O corpo começa a acostumar-se com os estímulos estressantes e entra num estado de resistência ou adaptação, procurando restabelecer sua homeostase. Os sintomas desse estágio são: cansaço excessivo e esquecimentos frequentes, sensação generalizada de mal-estar, dúvidas quanto a si próprio, reações emocionais de agitação ou apatia, acessos de choro repentino, ansiedade e depressão.
3. **Estágio da exaustão/esgotamento:** é o estágio mais severo da SAG. Diante de longas e continuadas exposições ao mesmo estressor, ao qual o corpo tenta se ajustar, os sinais de reação de alarme reaparecem, mas agora, irreversíveis. Dependendo do nível de estresse, o indivíduo pode não resistir e vir a falecer. O organismo já não é capaz de equilibrar-se por si só. Sintomas desse estágio: infecções repetitivas e doenças psicossomáticas.

2.4. Estresse ocupacional

Pode ser visto como consequência de relações complexas entre condições do trabalho, condições externas ao trabalho e características do trabalhador, nas quais a demanda do trabalho excede as habilidades do trabalhador para enfrentá-la.

6. Lima (2005).

Nessas circunstâncias, ocorre um desgaste anormal e/ou uma diminuição da capacidade do organismo para o trabalho, em consequência da sua incapacidade para tolerar, superar ou se adaptar às exigências de natureza psicológica, percebidas como demasiadas, insuperáveis e intermináveis.

As definições de estresse ocupacional dividem-se de acordo com três aspectos⁷:

- estímulos estressores: estresse ocupacional refere-se aos estímulos do ambiente de trabalho que exigem respostas adaptativas por parte do empregado e que excedem a sua habilidade de enfrentamento (*coping*). Estes estímulos são comumente chamados de estressores organizacionais;
- respostas aos eventos estressores: estresse ocupacional refere-se às respostas (psicológicas, fisiológicas e comportamentais) que os indivíduos emitem quando expostos a fatores do trabalho que excedem sua habilidade de enfrentamento;
- estímulos estressores-respostas: estresse ocupacional refere-se ao processo geral em que demandas do trabalho têm impacto nos empregados.

Estratégias de *coping* (enfrentamento): esforços cognitivos e comportamentais utilizados para responder às demandas específicas externas e/ou internas, avaliadas como excessivas para os recursos do indivíduo. As pesquisas demonstram que essas estratégias contêm fortes correlações com a exaustão emocional. São importantes porque o modo como a pessoa interpreta o estímulo é determinante na sua reação e, consequentemente, na probabilidade de estressar-se.

Essas estratégias podem ser divididas em três categorias: a) controle: envolvendo ações e reavaliações cognitivas proativas, voltadas para a resolução do problema; b) esquiva: inclui ações e reavaliações cognitivas que envolvem um modo escapista de ver a situação; e c) manejo de sintomas: estratégias para lidar com os sintomas relacionados ao estresse no trabalho, em geral.

2.5. Síndrome de *Burnout*

Essa é uma síndrome psicológica decorrente da tensão emocional crônica, influenciada pelo vínculo com o trabalho. Normalmente ocorre nos profissionais que atuam em funções que exigem contato direto e excessivo com pessoas necessitadas de cuidados⁸. A importância do estudo dessa doença se dá pelo fato de que sua ocorrência prejudica a relação indivíduo-trabalho, afetando o desempenho de

7. Jex (1998) citado por Lima (2005).

8. Maslach (1993) citado por Oliveira, Tristão e Neiva (2006).

quem está sofrendo, refletindo em prejuízos para o indivíduo e para a organização, podendo estender-se ao usuário do serviço.

Essa síndrome possui três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal.

1. **Exaustão emocional:** sentimentos de fadiga e esgotamento energético emocional.
2. **Despersonalização:** atitudes negativas de dureza e de distanciamento excessivo em relação às pessoas beneficiárias dos seus serviços.
3. **Diminuição da realização pessoal:** aspecto de autoavaliação do *burnout*, sendo associado ao sentimento de incompetência e à percepção de um desempenho insatisfatório no trabalho.

Escala de Caracterização do Burnout (ECB): é uma escala brasileira construída para medir e investigar a existência da estrutura fatorial do Burnout sugerida pela literatura. O instrumento, em sua última versão⁹, é formado pelos fatores exaustão emocional, desumanização e decepção, que agrupa os itens dos componentes decepção e diminuição da realização pessoal da escala original de Tamayo e Tróccoli (2000). Esses fatores são assim definidos no instrumento: a) Exaustão emocional: reflete a ideia de esgotamento, cansaço e desgaste com o trabalho; b) Desumanização: refere-se à dureza emocional, desinteresse e atitudes negativas no contato com os clientes; c) Decepção: sentimentos do indivíduo de desânimo, desespero, frustração e inadequação com o trabalho.

Pesquisas mais recentes acerca da Síndrome de *Burnout* mostram que tem mudado a visão de que ela é um fator exclusivo de característica da personalidade do trabalhador, ou de seu contato com o usuário dos serviços, para uma visão que possui seu foco na influência dos **fatores organizacionais como desencadeadores**.

A percepção de suporte organizacional pode ser definida como as “crenças globais desenvolvidas pelo empregado sobre a extensão em que a organização valoriza as suas contribuições e cuida do seu bem-estar”¹⁰. Portanto, envolve o que o empregado enxerga do que a organização tem feito para cuidar dele, o que significa dizer que as ações realizadas pelas gerências e alta cúpula e os valores éticos praticados são percebidos pelos empregados como ações da própria organização para com eles, e isso forma sua percepção de suporte organizacional.

Tamayo e Tróccoli (2002)¹¹ estudaram as relações entre a percepção de suporte organizacional e a Síndrome de *Burnout* e concluíram que o suporte organizacional é a variável que melhor prediz e influência dos aspectos do *Burnout*, como exaustão emocional, quando equiparado a estratégias de *coping*.

9. Tamayo (2002).

10. Eisenberger et al. (1996) citado por Oliveira, Tristão e Neiva (2006).

11. Citados por Oliveira, Tristão e Neiva (2006).

2.6. Prevenção e tratamento do estresse

O primeiro passo é entender as fontes organizacionais de pressão. As categorias dos estressores ocupacionais podem ser assim relacionadas:

- Fatores intrínsecos ao trabalho (condições inadequadas, turno, carga horária...);
- Papéis estressores (papel ambíguo, confuso, grau de responsabilidade, urgência de tempo...);
- Relações no trabalho;
- Desempenho na carreira (falta de crescimento, insegurança...);
- Estrutura e cultura organizacional;
- Interface trabalho-casa.

Um dos aspectos fundamentais para a manutenção do bem-estar é a habilidade do organismo para manter a constância do seu ambiente interno. Isso nos remete ao conceito de homeostase. Homeostase é a força para a constância do bem-estar ou a habilidade para manter um equilíbrio estático¹².

O suporte social do grupo e do supervisor funcionam como fatores preventivos de sintomas de estresse. Há, ainda, outras medidas que podem ser tomadas para a redução do estresse¹³:

- Construir relações cooperativas, recompensadoras e agradáveis com os colegas;
- Não tentar obter mais do que cada um pode fazer;
- Construir relações construtivas e eficazes com o gestor;
- Compreender os problemas do gestor e ajudá-lo a compreender os seus;
- Negociar com o gestor metas realísticas para o seu trabalho. Estar preparado para propor metas, apesar daquelas que lhe foram impostas;
- Estudar o futuro e aprender como se defrontar com eventos possíveis;
- Encontrar tempo para desligar-se das preocupações e relaxar;
- Andar pelo local de trabalho para manter sua mente tranquila e alerta;
- Verificar ruídos no trabalho e buscar meios de reduzi-los;
- Sair do local de trabalho algumas vezes para mudar de cena e “esfriar a cabeça”;

12. Cannon (1900).

13. Albrecht (1979) citado por Chiavenato (2004).

- Reduzir o tempo em que se concentra sua atenção: delegue rotina e papelório;
- Limitar as interrupções: programe períodos de isolamentos e outros de reuniões;
- Não ficar muito tempo lidando com problemas desagradáveis;
- Fazer uma relação de assuntos preocupantes: liste os problemas prioritários e as providências sobre cada um para que não fiquem rondando a sua memória.

► **Papéis importantes na redução do estresse**

- a. Gerente de linha (gestores): monitorar cada subordinado para identificar sintomas de estresse e informar os “remédios organizacionais” disponíveis, tais como transferência de cargo ou aconselhamento;
- b. Especialistas em gestão de pessoas: utilizar pesquisas de atitudes para identificar fontes organizacionais de estresse, refinando os procedimentos de seleção e colocação para assegurar uma adequação entre pessoa e cargo, bem como propor um planejamento de carreiras em termos de atitudes.

2.7. Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT/LER

As doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT ou LER¹⁴) denominam um conjunto de distúrbios que se caracterizam pela ocorrência de sintomas tais como dor, parestesias (dormência, formigamento, diminuição da sensibilidade), sensação de peso e/ou fadiga, que acometem principalmente os membros superiores. A dor é o seu principal sintoma¹⁵.

No trabalho, acaba resultando em desgaste emocional e psicológico o que, conseqüentemente, eleva os índices de incapacidades laborativas e funcionais¹⁶.

A etiologia (origem) dessa doença é de múltipla causalidade, pois inclui fatores de ordem física, organizacional, psicossocial, individual e sociocultural.

Para melhor compreensão, os fatores serão apresentados conforme categorização de Langoski (2001)¹⁷: fatores biomecânicos, organizacionais e psicossociais.

- **Fatores biomecânicos ou ergonômicos:** são relacionados aos movimentos humanos e associam-se a possíveis sobrecargas e determinados segmentos dos membros superiores que podem gerar quadros de LER/DORT. Exemplos: força, repetitividade, posturas viciosas dos membros superiores, compressão mecânica dos nervos por posturas ou mobiliário, vibração (gera microtraumas),

14. Lesões por Esforço Repetitivo.

15. Sato (1993) citado por Pinheiro, Tróccoli e Paz (2006).

16. Lima (2005).

17. Citado por Lima (2005).

frio, gênero (maior incidência em mulheres) e posturas estáticas durante o trabalho.

- **Fatores organizacionais:** relacionados com o ambiente de trabalho das organizações e o desenvolvimento das atividades do indivíduo, tais como tensão no trabalho, desprazer, traumatismos anteriores que predis põem à LER/DORT etc.
- **Fatores psicossociais:** relacionam-se ao processo de percepção subjetiva que o trabalhador tem dos fatores de organização do trabalho. Incluem perfil psicológico, pressão excessiva para os resultados, ambiente excessivamente tenso, problemas de relacionamento interpessoal, rigidez excessiva no sistema de trabalho, considerações relativas à carreira, carga e ritmo de trabalho. Relacionam-se também ao ambiente social e técnico do trabalho.

2.8. Estágios da LER/DORT

As LERs/DORTs são doenças evolutivas. Dessa forma, o INSS (1993) classifica os estágios evolutivos das LERs/DORTs em face do grau de comprometimento da estrutura músculo-esquelético, objetivando o reconhecimento das fases clínicas, bem como da orientação na conduta. São eles:

- **Estágio I:** Sensação de peso e desconforto no membro afetado. Dor espontânea, às vezes em pontadas, sem irradiação nítida, de caráter ocasional durante a jornada de trabalho, sem interferir na produtividade. Melhora com o repouso. É em geral leve e fugaz. Os sinais clínicos estão ausentes. Possui bom prognóstico de recuperação;
- **Estágio II:** A dor é mais persistente, mais localizada, mais intensa e aparece durante a jornada de trabalho de modo intermitente. É tolerável e permite o desempenho da atividade profissional, mas com redução da produtividade nos períodos de exacerbação. Pode haver distúrbios de sensibilidade e irradiação definida. A dor pode não melhorar com o repouso e a recuperação é mais demorada. Os sinais clínicos estão ausentes. Prognóstico favorável de recuperação;
- **Estágio III:** A dor é mais persistente, mais forte e a irradiação, mais definida. O repouso, em geral, só atenua a intensidade da dor. Há sinais de distúrbios sensitivos mais graves. Há sensível queda da produtividade, quando não, impossibilidade de executar a função. Os sinais clínicos são presentes e, frequentemente, o retorno à atividade produtiva é problemático. Prognóstico reservado de recuperação;
- **Estágio IV:** A dor é forte, contínua, por vezes insuportável e é exacerbada por movimentos, podendo estender-se por todo o membro. Há perda da força e do controle dos movimentos constantemente. Podem surgir deformidades. A capacidade de trabalho é anulada e a invalidez se caracteriza pela

impossibilidade de um trabalho produtivo regular. Os atos da vida diária são prejudicados. Comumente ocorrem alterações psicológicas.

2.9. Ergonomia (ou Fatores Humanos)

É o conjunto de conhecimentos científicos relativos ao homem e necessários para a concepção de ferramentas, máquinas e dispositivos que possam ser utilizados com o máximo de conforto, segurança e eficácia¹⁸. A área da ergonomia da atividade dedica-se ao estudo dos efeitos nocivos produzidos pela administração científica do trabalho.

Segundo a ABERGO¹⁹, a palavra “ergonomia” advém do grego “ergon”, que significa trabalho, e “nomos”, que significa normas, regras ou leis. Trata-se, dessa forma, de uma disciplina orientada para uma abordagem sistêmica de todos os aspectos da atividade humana. A ergonomia é uma disciplina científica relacionada ao entendimento das interações entre os seres humanos e outros elementos ou sistemas, e à aplicação de teorias, princípios, dados e métodos a projetos a fim de otimizar o bem-estar humano e o desempenho global do sistema.

Os ergonomistas contribuem para o planejamento, o projeto e a avaliação de tarefas, postos de trabalho, produtos, ambientes e sistemas de modo a torná-los compatíveis com as necessidades, habilidades e limitações das pessoas. Para isso, precisam abordar aspectos físicos, cognitivos, sociais, organizacionais, ambientais etc. De maneira geral, os domínios de especialização da ergonomia são²⁰:

- **Ergonomia física:** relacionada às características da anatomia humana, antropometria, fisiologia e biomecânica em sua relação à atividade física. Os tópicos relevantes incluem o estudo da postura no trabalho, o manuseio de materiais, os movimentos repetitivos, os distúrbios músculo-esqueléticos relacionados ao trabalho, o projeto de posto de trabalho, segurança e saúde.
- **Ergonomia cognitiva:** refere-se aos processos mentais, tais como percepção, memória, raciocínio e resposta motora conforme afetem as interações entre seres humanos e outros elementos de um sistema. Os tópicos relevantes incluem o estudo da carga mental de trabalho, da tomada de decisão, do desempenho especializado, da interação homem computador, do estresse e do treinamento conforme esses se relacionem a projetos envolvendo seres humanos e sistemas.
- **Ergonomia organizacional:** concerne à otimização dos sistemas sociotécnicos, incluindo suas estruturas organizacionais, políticas e de processos. Os tópicos relevantes incluem comunicações, gerenciamento de recursos de tripulações

18. Wisner (1994) citado por Lima (2005).

19. ABERGO é a Associação Brasileira de Ergonomia. Site: www.agergo.org.br.

20. Conforme a ABERGO.

(CRM – domínio aeronáutico), projeto de trabalho, organização temporal do trabalho, trabalho em grupo, projeto participativo, novos paradigmas do trabalho, trabalho cooperativo, cultura organizacional, organizações em rede, teletrabalho e gestão da qualidade.

Em 1990, sob a pressão dos movimentos sindicais, o Ministério do Trabalho publicou uma portaria alterando a **NR-17** que tratava da ergonomia, ampliando-a para ocupar-se ainda “da adequação dos equipamentos e mobiliários (bancadas, mesas, escrivaninhas, painéis, cadeiras, etc.), das condições ambientais de trabalho (ruído, temperatura, umidade e velocidade do ar)” para “atividades que exijam solicitação intelectual e atenção constantes”. Para a digitação, são estabelecidos limites precisos: 8.000 toques por hora, pausa de 10 minutos para descanso a cada 50 minutos trabalhados e tempo efetivo de digitação de, no máximo, cinco horas. Proíbe, ainda, para a digitação, sistemas de avaliação de produção para fins de remuneração e determina o retorno gradual ao trabalho depois de afastamento superior a 14 dias.

2.10. Carga de trabalho

É a razão entre o que é exigido pelo exercício do cargo (em termos de capacidades biológicas e psicológicas) e as capacidades da pessoa que o exerce. Portanto, mede a relação entre o que é exigido do trabalhador e aquilo que ele pode oferecer à organização.

Em termos matemáticos, a razão entre dois números “p” e “q” é dada por ($R = p/q$) e pode ser assim analisada:

- **$R = 1$ ou $p = q$** --> nesse caso, as exigências estão em equilíbrio com as capacidades, ou seja, a carga de trabalho imposta está **adequada**;
- **$R < 1$ ou $p < q$** --> aqui está sendo exigido do trabalhador menos do que suas capacidades. É uma “**subcarga** de trabalho”;
- **$R > 1$ ou $p > q$** --> exige-se, nesse caso, mais do que as capacidades do trabalhador, ou seja, há uma “**sobrecarga** de trabalho”.

A carga de trabalho pode ser externa ou interna.

- A carga externa é chamada na ergonomia de *contrainte* e representa os impactos que vêm do meio externo sobre o indivíduo. Esses impactos podem ser físicos (que incluem agentes propriamente físicos e agentes químicos ou biológicos) ou mentais.
- A carga interna (ou *astreinte*) constitui-se no efeito da *contrainte* sobre as características individuais de cada pessoa, ou seja, as reações internas decorrentes da *contrainte*, sendo de grande variabilidade e singularidade. Por essas características, percebe-se que a carga externa é mais fácil de ser mensurada.

Para avaliá-las, normalmente utilizam-se dois referenciais:

- a. **Observação direta da atividade:** métricas que avaliam a relação entre a execução e o desempenho apresentado. São medidas de execução ou do rendimento por meio da estimativa de tempo, tempo de reação, quantidade de erros cometidos, velocidade do desempenho etc.
- b. **Indicadores subjetivos ou privados:** métricas fisiológicas e subjetivas, que medem a percepção da pessoa a respeito da carga que lhe é imposta e orienta o planejamento e a realização de ações de diagnóstico antecipado de possibilidades de prejuízos à saúde (foco no trabalhador) ou à tarefa (foco na organização) e adequação (prevenção ou tratamento) do que for cabível em cada caso.

Essa análise geralmente leva à identificação de componentes nocivos como controle coercitivo (condições físicas e ambientais inadequadas, sanções e punições, e má organização do trabalho) e também de elementos que devem ser criados e mantidos, como fomento à qualificação, incentivos financeiros, reconhecimento, construção de relacionamentos saudáveis etc.

2.11. Custo Humano no Trabalho – CHT

Expressa o que deve ser despendido pelos trabalhadores (individual e coletivamente) nas esferas física, cognitiva e afetiva frente às contradições existentes nas organizações que põem obstáculos (polo negativo do custo) e desafiam (polo positivo do custo) a inteligência dos trabalhadores²¹.

Assim, três são as propriedades principais do CHT:

1. É imposto externamente aos trabalhadores sob a forma de constrangimentos (*contraintes*) para suas atividades;
2. É gerido por meio das estratégias de mediação individuais e coletivas, podendo assumir as formas de confrontações positivas ou negativas que, por sua vez, impactam na dinâmica das vivências de bem-estar e mal-estar no trabalho; e
3. Integra três modalidades interdependentes de exigências: física, cognitiva e afetiva:
 - **Exigências físicas** expressam o custo corporal que é imposto aos trabalhadores pelas características do ambiente de trabalho em termos de dispêndios fisiológico e biomecânico, principalmente sob a forma de posturas, gestos, deslocamentos e emprego de força física;
 - **Exigências cognitivas** expressam o custo cognitivo que é imposto aos trabalhadores pelas características do ambiente de trabalho em termos

21. Ferreira e Mendes (2003) citados por Ferreira (2004).

de dispêndio mental sob a forma de aprendizagem necessária, resolução de problemas e tomada de decisão; e

- **Exigências afetivas** expressam o custo afetivo que é imposto aos trabalhadores pelas características do ambiente de trabalho em termos de dispêndio emocional sob a forma de reações afetivas, sentimentos e estados de humor.

3. SEGURANÇA NO TRABALHO

A segurança no trabalho envolve três áreas principais de atividade²²: **prevenção de acidentes, prevenção de incêndios e prevenção de roubos**. Sua finalidade é puramente profilática, no sentido de antecipar-se para os riscos. As razões para um programa de segurança são²³:

- Evitar perdas pessoais: sofrimento físico, danos pessoais e angústia mental estão fortemente associados com injúrias sofridas por acidentes;
- Evitar perdas financeiras com funcionários acidentados: em geral os acidentes são cobertos por planos de seguros de acidentes pessoais, mas as perdas pessoais nem sempre são devidamente cobertas por eles;
- Evitar a perda de produtividade: quando um funcionário é acidentado, ocorre uma perda de produtividade para a empresa;
- Evitar a elevação dos prêmios de seguradoras: os prêmios pagos às seguradoras dependem da história da empresa quanto à frequência e à gravidade dos acidentes;
- Evitar problemas legais: a legislação prevê penas legais ao empregador que infringir certas normas de segurança para seus funcionários;
- Fomentar a responsabilidade social: muitas organizações se sentem responsáveis pela segurança e pela saúde de seus funcionários;
- Prezar pela imagem da organização: acidentes graves podem afetar negativamente a imagem da empresa no mercado.

Um programa de segurança no trabalho requer as seguintes etapas:

1. Estabelecimento de um sistema de indicadores e estatísticas de acidentes;
2. Desenvolvimento de sistemas de relatórios de providências;
3. Desenvolvimento de regras e procedimentos de segurança;

22. Chiavenato (2004).

23. Chiavenato (2009) citado por Fortes (2012).

4. Recompensas aos gerentes e supervisores pela administração eficaz da função de segurança.

3.1. Prevenção de acidentes

De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS, acidente é um fato não premeditado do qual resulta dano considerável.

Os acidentes podem ser classificados em:

- a. Acidente sem afastamento: após o acidente, o funcionário continua trabalhando sem qualquer sequela ou prejuízo considerável. Esse tipo de acidente não é considerado nos cálculos dos coeficientes de frequência (CF) e de gravidade (CG), embora deva ser investigado e relatado, além de exposto nas estatísticas mensais.
- b. Acidente com afastamento: provoca o afastamento do empregado, podendo ser:
 - **Incapacidade temporária:** provoca a perda temporária da capacidade para o trabalho e as sequelas se prolongam por um período menor que um ano. Ao retornar ao trabalho, o funcionário assume suas funções sem qualquer redução de sua capacidade de trabalho.
 - **Incapacidade parcial permanente:** provoca a redução parcial e permanente para o trabalho e as sequelas se prolongam por período maior que um ano. Ex.: perda de membros, redução da função de algum membro, perda da visão ou redução funcional do olho etc.
 - **Incapacidade permanente total:** provoca a perda total, em caráter permanente, da capacidade de trabalho. Exemplos: perda da visão de ambos os olhos, perda da visão de um olho com redução em mais da metade da visão do outro, perda anatômica ou impotência funcional de mais de um membro de suas partes essenciais (mão ou pé) etc.

► IMPORTANTE

Lembro a vocês que esses exemplos são dados pela literatura, mas que pessoas que apresentam tais deficiências hoje, são, sim, inseridas no ambiente de trabalho como portadoras de necessidades especiais e, dentro de suas limitações, plenamente capazes para trabalhar.

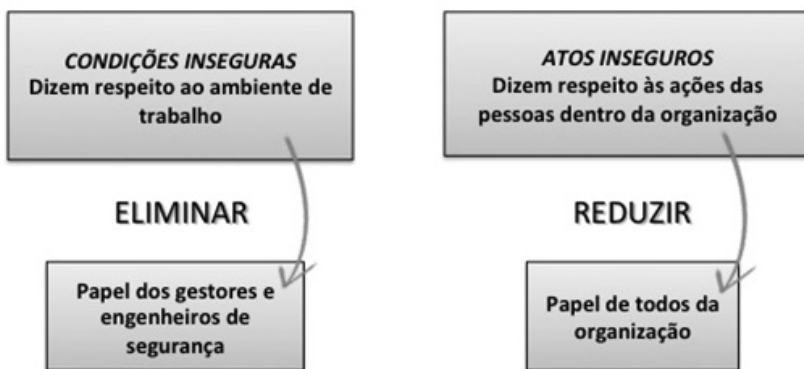
- **Morte:** provoca a morte do empregado.

Prevenir acidentes é responsabilidade de todos! Todo programa de prevenção de acidentes foca duas atividades básicas: **eliminar as condições inseguras e reduzir os atos inseguros.**

- **Eliminar as condições inseguras** é papel dos funcionários da primeira linha de defesa: engenheiros de segurança e supervisores e gerentes de linha

(gestores em geral). As principais ações são o mapeamento das áreas de risco (constante), a análise profunda dos acidentes e o apoio irrestrito da alta administração.

- **Reduzir atos inseguros** envolve atividades como processos de seleção de pessoal (técnicas que identificam certos traços relacionados a acidentes em certos cargos), comunicação interna (cartazes, por exemplo), treinamento de segurança e o reforço positivo.



Atividades básicas de um programa de prevenção de acidentes

3.2. Coeficiente de frequência e de gravidade

Os dois coeficientes – de frequência e de gravidade – foram criados com o objetivo de medir, controlar e avaliar os acidentes no trabalho e são utilizados em todos os países, permitindo comparações internacionais.

- **Coeficiente de frequência – CF:** é o número de acidentes com afastamento ocorrido em cada um milhão de homens/horas trabalhadas durante o período de tempo considerado (mês ou ano). Ele proporciona comparações estatísticas com todos os tipos e tamanhos de organizações.

Para calculá-lo, a seguinte fórmula é utilizada:

$$\text{Coeficiente de Frequência} = \frac{\text{N. de acidentes com afastamento} \times 1.000.000}{\frac{\text{N. de homens}}{\text{Horas trabalhadas}}}$$

O número de homens/horas trabalhadas é a divisão do número médio de empregados pelo total de horas de trabalho do período considerado. Esse número médio de empregados envolve todo o pessoal da organização. Para esse cálculo de homens/horas trabalhadas incluem-se as horas extras e excluem-se as remuneradas não trabalhadas (abonadas, licenças, férias, enfermidades etc.).

- **Coefficiente de gravidade – CG:** número de dias perdidos e computados em cada um milhão de homens/horas trabalhadas, durante o período considerado (mês ou ano). O cálculo é feito da seguinte forma:

$$\text{Coeficiente de Gravidade} = \frac{(\text{N. de dias perdidos} + \text{N. de dias computados}) \times 1.000.000}{\frac{\text{N. de homens}}{\text{Horas trabalhadas}}}$$

Os dias perdidos são os dias nos quais os acidentados ficaram incapacitados para o trabalho em consequência de acidentes com incapacidade temporária. São computados a partir do dia seguinte ao do acidente até o dia da alta médica, inclusive. Os dias computados (ou debitados) são aqueles computados por redução da capacidade ou morte dos acidentados. Há uma tabela convencional e de uso universal que transforma a morte ou a incapacidade permanente, total ou parcial, em dias de trabalho perdidos. Ela é fornecida pela **Portaria N. 33, de 27/10/1983, do Ministério do Trabalho e do Emprego**²⁴:

NATUREZA	AVALIAÇÃO PERCENTUAL	DIAS DEBITADOS
Morte	100	6.000
Incapacidade total e permanente	100	6.000
Perda da visão de ambos os olhos	100	6.000
Perda da visão de um olho	30	1.800
Perda do braço acima do cotovelo	75	4.500
Perda do braço abaixo do cotovelo	60	3.600
Perda da mão	50	3.000
Perda do 1º quirodátilo (Polegar)	10	600
Perda de qualquer outro quirodátilo (dedo)	5	300
Perda de dois outros quirodátalos (dedos)	12 ½	750
Perda de três outros quirodátalos (dedos)	20	1.200
Perda de quatro outros quirodátalos (dedos)	30	1.800
Perda do 1º quirodátilo (polegar) e qualquer outro quirodátilo (dedo)	20	1.200
Perda do 1º quirodátilo (polegar) e dois outros quirodátalos (dedos)	25	1.500

24. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812C13D0FE012C13F1E6FE74D8/p_19831027_33a.pdf>. Acesso em 03/10/2014.