

Proibição do uso de adornos pela Norma Regulamentadora 32 e autoconceito profissional da equipe de enfermagem

Regulatory Standard 32 ban on adornments and professional self-concept of nursing professionals

Ana Carolina Cavalheiro¹ , Jessica Pereira Trentino¹ ,
Francine da Costa Alves² , Ana Claudia Puggina¹ 

RESUMO | Objetivos: Associar a proibição de adornos imposta pela Norma Regulamentadora 32 (NR32) e as características dos trabalhadores com o autoconceito profissional da equipe de enfermagem. **Método:** Estudo analítico transversal quantitativo. Utilizou-se a Escala de Autoconceito Profissional e um questionário de caracterização. A amostra foi composta de 182 profissionais de enfermagem. Foi realizada análise descritiva e inferencial pelo *software* estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0. **Resultados:** O escore médio total da Escala de Autoconceito Profissional foi de 113,3 ($\pm 12,7$). A maioria dos participantes referiu sentir falta de adornos no trabalho. Os profissionais que referiram não sentir falta dos adornos possuíam um autoconceito profissional, em média, mais elevado. Houve associação estatisticamente significativa nas comparações da falta de adorno com os fatores realização ($p=0,01$) e saúde ($p=0,00$); do cargo exercido com o fator competência ($p=0,00$); e do tempo de formação com o fator saúde ($p=0,01$). **Conclusões:** O autoconceito profissional da equipe de enfermagem foi influenciado pela falta de adornos, bem como pelo tempo de formação e pelo cargo de atuação dos profissionais na instituição.

Palavras-chave | desempenho profissional; enfermagem; autoimagem.

ABSTRACT | Objective: To analyze the relationship of the ban on adornments imposed by Regulatory Standard 32 and workers' characteristics with the professional self-concept of nursing staff. **Methods:** Cross-sectional analytic and quantitative study. Assessment instruments were the Professional Self-concept Scale and a questionnaire for sample characterization. The sample comprised 182 nursing professionals. Descriptive and inferential analysis was performed with Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 20.0. **Results:** The average score on the Professional Self-concept Scale was 113.3 (± 12.7). Most participants reported to miss wearing adornments at work. The participants who reported not to miss adornments exhibited higher self-concept, on average. We found statistically significant association between lack of adornments and factors accomplishment ($p=0.01$) and health ($p=0.00$), between job position and factor competence ($p=0.00$) and between time since graduation and factor health ($p=0.01$). **Conclusion:** For the present sample professional self-concept was influenced by lack of adornments, time since graduation and job position.

Keywords | work performance; nursing; self concept.

¹Faculdade de Medicina de Jundiaí - Jundiaí (SP), Brasil.

²Universidade de Taubaté - Taubaté (SP), Brasil.

DOI: 10.5327/Z1679443520190312

INTRODUÇÃO

A Norma Regulamentadora 32 (NR32), do Ministério do Trabalho e Emprego, tem por finalidade estabelecer e regulamentar as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, principalmente aqueles que mantêm contato com agentes biológicos¹.

Como medida de segurança, a NR32 determina que o empregador deve vedar o uso de adornos nos postos de trabalho de todos os trabalhadores do serviço. São considerados adornos: alianças, anéis, pulseiras, relógios de uso pessoal, colares, brincos, broches, *piercings* expostos, gravatas e crachás pendurados com cordão. A proibição do uso de adornos protege o trabalhador de riscos biológicos devido à possibilidade de aderência de microrganismos nas superfícies dos objetos¹.

Fora do ambiente de trabalho, a escolha de adornos e acessórios tem um papel social e é orientada pelo grupo, pelo *status* e pela função do indivíduo na sociedade. Assim, adornos também são uma forma de comunicação não verbal das intenções e dos sentimentos das pessoas nos diferentes contextos². Além disso, a cultura também influencia nesse processo e pode ser decisiva como regulação do comportamento humano em relação às crenças, às atitudes, aos comportamentos e aos valores³.

Os objetos utilizados pelas pessoas são sinais de autoconceito (joias e roupas, por exemplo) e das relações mantidas (aliança e anel de graduação), bem como podem indicar uma atuação ou profissão. O uso de roupas brancas e do estetoscópio, por exemplo, constitui um sinal não verbal de que o indivíduo é um profissional da área da saúde³.

O autoconceito pode ser definido como o conjunto de atitudes e crenças sobre o conhecimento e o conceito sobre si mesmo, as próprias características, sentimentos e inclinações, sendo constituído tanto por percepções específicas quanto mais globais, que abrangem um contexto maior da vida do indivíduo⁴. Desse modo, ele representa a forma com que o indivíduo categoriza as informações sobre si em um caráter evolutivo e é capaz de reformular esses conceitos no decorrer do tempo com base nas situações vividas, assumindo aspectos social, acadêmico, profissional, pessoal e físico⁵.

O que a pessoa pensa de si e como é sua percepção sobre o que os outros pensam sobre ela podem influenciar suas ações e seus comportamentos também no ambiente

de trabalho^{6,7}. O autoconceito profissional é específico ao trabalho e reflete a visão que o sujeito tem de si, enquanto profissional, relacionada à sua atuação no trabalho e aos relacionamentos com colegas, chefias, clientes/pacientes e demais circunstâncias. Este é individual, porém influencia diretamente os membros da equipe e, conseqüentemente, a sua efetividade⁸.

É construído por meio da convivência e pela interação com os colegas de trabalho, sem depender de uma única variável, mas do contexto global da vida profissional do indivíduo⁹.

Frente a isso, o objetivo deste estudo foi associar a proibição de adornos imposta pela NR32 e as características dos trabalhadores com o autoconceito profissional da equipe de enfermagem.

MÉTODOS

Estudo analítico transversal quantitativo realizado com profissionais da equipe de enfermagem de dois hospitais do interior do estado de São Paulo.

Foi estimado um valor médio referente à população de interesse para este estudo. Considerando o escore médio (111,6) e o desvio padrão ($\pm 13,3$) da Escala de Autoconceito Profissional¹⁰ de um estudo prévio, o erro máximo de estimativa (EME) correspondente a 15% do desvio padrão (EME=1,995) e fixando o nível de significância em 5%, o tamanho amostral mínimo estimado para aplicação desse instrumento foi de 171 participantes.

A amostra de conveniência foi constituída por profissionais da equipe de enfermagem de ambos os sexos. Os critérios de inclusão foram: adultos de 18 a 59 anos; enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem; atuantes como assistenciais nos hospitais selecionados para o estudo. Por ser uma profissão que possui três categorias profissionais, todas foram incluídas no estudo.

Apesar de a normatização atingir todos os trabalhadores de saúde da instituição, os profissionais de supervisão e funções administrativas foram excluídos deste estudo, pois a função, o nível hierárquico e as relações de poder podem representar um fator de confusão na análise dos resultados.

A coleta de dados ocorreu em dois períodos: de janeiro a fevereiro de 2014 e de janeiro até junho de 2015. O primeiro período de coleta de dados foi no hospital 1 e participaram

46 funcionários. O segundo período ocorreu no hospital 2 e participaram 136 funcionários da equipe de enfermagem.

O hospital 1 é um hospital universitário classificado no nível secundário de atenção à saúde e que realiza cirurgias eletivas de baixa e média complexidade, principalmente nas áreas materno-infantil. O hospital 2 é filantrópico e classificado no nível terciário de atenção à saúde, alta complexidade e a maioria dos pacientes são atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Ambos aplicam a normatização da NR32, ou seja, fazem a mesma restrição ao uso de adornos na assistência aos usuários.

Devido às diferenças estruturais, contexto e missão dos hospitais selecionados para o estudo, a ideia inicial dos pesquisadores era compará-los. Entretanto, a amostra de profissionais de enfermagem coletada nos dois hospitais baseando-se na Escala de Autoconceito Profissional foi considerada homogênea (teste de Mann-Whitney; $p=0,42$).

Os participantes responderam uma única vez aos questionários. Os pesquisadores buscaram contemplar os diferentes turnos de trabalho e as diferentes unidades de atuação dos participantes. Os instrumentos foram entregues aos participantes no ambiente de trabalho e recolhidos posteriormente, ainda no mesmo dia, duas horas após sua entrega.

Foram utilizados dois instrumentos na coleta de dados. O questionário de caracterização dos participantes continha variáveis independentes sociais (idade, sexo e estado civil), inerentes ao trabalhador (tempo de formação, titulação, unidade de atuação, cargo e período de trabalho) e sobre a sensação de falta de adorno.

O outro instrumento foi a Escala de Autoconceito Profissional. Essa escala foi construída por duas psicólogas brasileiras. Os procedimentos utilizados na construção e validação foram eficazes e a escala foi considerada confiável para mensuração desse fenômeno. O alfa de Cronbach dos 4 fatores foi de 0,76 a 0,90⁴.

A escala é composta por 28 itens distribuídos nos fatores: realização, composto pelos itens 1, 2, 5, 9, 13, 16, 17 e 26, que se referem à percepção do indivíduo sobre seu sucesso profissional, aspirações e ideais alcançados por meio do trabalho; competência, que contempla os itens 7, 12, 14, 19, 22 e 27, que se referem à percepção do indivíduo sobre suas capacidades, habilidades e aptidões para realizar o seu trabalho; autoconfiança, constituído pelos itens 4, 8, 11, 18, 20, 21, 24, 25 e 28, definido pela percepção do indivíduo sobre confiança em si mesmo para realizar o seu trabalho;

saúde, que contempla os itens 3, 6, 10, 15 e 23 e se define pela percepção do indivíduo se o trabalho ou os fatos que o envolvem podem afetar sua saúde⁴.

Os itens da dimensão saúde possuem código reverso, ou seja, para a realização do escore total, eles precisam ser recodificados. Os itens são mensurados por meio de uma escala do tipo Likert de cinco pontos, que varia de “nunca” a “sempre”. O escore total varia de 28 a 140 e, quanto maior o escore, maior o autoconceito profissional do participante⁴.

Para o armazenamento, organização e tratamento dos dados foi utilizado um banco de dados no programa Microsoft Excel e posteriormente foram realizadas análise descritiva (média, desvio padrão e mediana) e inferencial, por meio de testes estatísticos com o uso do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0, da IBM. Para comparação das variáveis categóricas com os escores dos fatores, foram utilizados o teste de Kruskal-Wallis e o teste de Mann-Whitney. A probabilidade de erro adotada nos testes foi de $p<0,05$.

Os dados faltantes de imputação (*missing data*) foram substituídos pela moda de cada afirmativa da escala, depois de excluir os participantes com mais de 20% de dados não respondidos. Acredita-se que esse critério não compromete o escore final do instrumento. Além disso, dados faltantes podem trazer significados quando analisados em instrumentos que medem questões psicoemocionais.

O desenvolvimento do estudo atendeu às exigências da Resolução nº 466/2012, vigente no país sobre ética em pesquisas envolvendo seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Jundiaí, sob número de parecer 459.959 e CAAE 16977513.7.0000.5412. Foi garantida a não identificação dos participantes e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi explicado e oferecido antes do preenchimento dos instrumentos.

RESULTADOS

Os 182 profissionais avaliados tinham média de idade de 32,7 anos ($\pm 8,3$) e a maioria era do sexo feminino ($n=168$; 92,3%), e casada ou convivente ($n=97$; 53,3%).

Quanto às características do trabalho/trabalhador, a maioria possuía nível técnico como maior formação e ocupava o cargo de auxiliar de enfermagem, revelando que,

apesar da formação, técnicos trabalhavam como auxiliares e enfermeiros trabalhavam como técnicos. O tempo de formação e a unidade de atuação foram em maiores frequências de 2 a 5 anos e em unidades de internação, respectivamente. A maioria dos participantes trabalhava no período diurno (Tabela 1).

Tabela 1. Descrição das características dos 182 profissionais estudados. Jundiaí (SP), Brasil, 2014-2015.

Características do trabalho/trabalhador	n	%
Formação		
Técnico	132	72,5
Graduação	24	13,2
Pós-graduação	26	14,3
Cargo na instituição		
Enfermeiro	42	23,1
Técnico de enfermagem	42	23,1
Auxiliar de enfermagem	98	53,8
Tempo de formação em anos		
≤2	43	23,6
2-5	69	37,9
5-10	37	20,3
≥10	33	18,1
Unidade de atuação		
Unidade de internação	89	48,9
Unidades intensiva ou semi-intensiva	55	30,2
Pronto-socorro	17	9,3
Centro cirúrgico	21	11,5
Período de trabalho		
Diurno (matutino e vespertino)	137	75,3
Noturno	45	24,7

Foram encontrados 68 dados faltantes (*missing data*) em 41 questionários da Escala de Autoconceito Profissional que não tiveram os participantes excluídos por estarem de acordo com a técnica de imputação adotada neste estudo. O item 18 apresentou o maior número de dados faltantes (n=9), indicando que os participantes preferiram não responder se mantinham ou não relações cordiais com os colegas de trabalho.

O escore médio total das respostas dos participantes, em relação à Escala de Autoconceito Profissional, foi de 113,3 ($\pm 12,7$), acima do ponto médio do instrumento (84) (Tabela 2).

Houve associação estatisticamente significativa nas comparações da falta de adorno com os fatores realização ($p=0,01$) e saúde ($p=0,00$), mostrando que indivíduos com maior percepção sobre seu sucesso profissional, aspirações e ideais, alcançados por meio de trabalho, bem como aqueles mais conscientes do efeito do trabalho sobre sua saúde não sentiram falta de adornos no contexto profissional (Tabela 3).

A maioria dos participantes referiu sentir falta de adornos no trabalho, mencionando principalmente a necessidade de brincos, relógio de pulso e aliança. Esses indivíduos apresentaram menor autoconceito profissional. Os profissionais que referiram não sentir falta dos adornos possuíam um autoconceito profissional, em média, mais elevado (Figura 1).

Associações estatisticamente significativas foram encontradas na comparação do cargo exercido na instituição com o fator Competência e entre o tempo de formação com o fator Saúde, indicando que a percepção sobre as próprias capacidades, habilidades e aptidões para realizar o trabalho foi maior nos técnicos de enfermagem do que nos auxiliares e enfermeiros da instituição. Os participantes que mais sentiram a influência do trabalho na própria saúde foram aqueles com mais de 10 anos de formação (Tabela 3).

Tabela 2. Descrição do escore total e por fator da Escala de Autoconceito Profissional. Jundiaí (SP), Brasil, 2014-2015 (n=182).

	Número de itens	Varição do escore	Mediana	Média	Desvio padrão
Realização	8	12-40	33,0	32,1	5,4
Competência	6	11-30	22,0	21,9	4,3
Autoconfiança	9	24-45	42,0	40,5	4,0
Saúde	5	6-25	19,0	18,8	3,7
Escore total	28	65-139	114,5	113,3	12,7

DISCUSSÃO

Estudos^{10,11} comprovaram a relação entre o autoconceito profissional e desempenho do trabalhador, autonomia, satisfação com a imagem corporal e uso de adornos. Autores afirmam que dentre os que apresentaram avaliação de desempenho classificada entre boa e ótima, 99,9% possuem autonomia em suas atividades. Ainda, 72,2% dos colaboradores de alto desempenho se julgam realizados e competentes

profissionalmente. Todos os participantes que julgam não ter a saúde afetada pelo trabalho (38,8%) apresentam bom e ótimo desempenho¹¹.

Em estudo prévio que enfatizou a comparação do autoconceito com a satisfação da imagem corporal, os pesquisadores concluíram que indivíduos mais realizados, mais autoconfiantes, mais conscientes do efeito do trabalho na própria saúde e mais satisfeitos com a aparência não sentem falta de adornos no ambiente hospitalar¹⁰.

Tabela 3. Comparação das características do trabalho/trabalhador com os fatores da Escala de Autoconceito Profissional. Jundiaí (SP), Brasil, 2014-2015 (n=182).

Características	Realização			Competência			Autoconfiança			Saúde		
	μ	DP	Valor p	μ	DP	Valor p	μ	DP	Valor p	μ	DP	Valor p
Formação*												
Técnico	31,9	5,3		21,5	4,4		40,5	4,3		18,8	3,6	
Graduação	31,7	6,0	0,63	23,2	4,0	0,08	40,9	3,5	0,73	18,4	4,3	0,78
Pós-graduação	33,0	5,4		23,0	3,6		40,4	3,2		19,0	3,8	
Cargo na instituição*												
Enfermeiro	33,0	5,3		23,2	3,8		40,5	3,4		18,8	4,0	
Técnico	33,4	3,6	0,06	23,9	3,6	0,00	41,7	3,2	0,17	19,8	3,4	0,08
Auxiliar	31,1	5,8		20,5	4,3		40,1	4,5		18,4	3,7	
Tempo de formação em anos*												
≤2	31,5	6,0		20,9	4,6		40,6	4,5		18,1	3,8	
2-5	32,7	4,6	0,83	22,0	4,1	0,32	40,6	3,7	0,88	19,2	3,3	0,01
5-10	31,7	5,2		22,6	3,5		40,4	3,6		17,6	3,9	
≥10	31,9	6,3		22,3	5,1		40,5	4,7		20,1	3,8	
Unidade de atuação*												
Unidade de internação	31,4	5,7		21,6	4,7		40,1	4,3		18,6	3,8	
Cuidados intensivos	32,4	5,9	0,29	22,4	3,9	0,81	40,9	3,9	0,27	18,6	4,0	0,61
Pronto-socorro	33,8	3,5		22,2	4,0		41,9	3,6		19,8	3,7	
Centro cirúrgico	32,6	3,5		21,8	3,9		40,4	3,6		19,5	2,2	
Período de trabalho**												
Diurno [#] (matutino e vespertino)	31,9	5,4	0,76	22,1	4,2	0,52	40,6	3,9	0,52	18,8	3,7	0,90
Noturno	32,5	5,3		21,5	4,5		40,2	4,3		18,8	3,9	
Sente falta de adornos**												
Sim	31,5	5,6	0,01	21,8	4,3	0,78	40,2	4,1	0,06	18,4	3,8	0,00
Não	33,8	4,1		22,1	4,2		41,5	3,7		20,2	2,9	

*Teste de Kruskal-Wallis; **teste de Mann-Whitney; DP: desvio padrão; μ: média; #o período diurno contempla os períodos matutino e vespertino.

A imagem que o trabalhador tem de si como profissional pode oferecer contribuições significativas aos fatores afetivos de um grupo e ao desempenho de equipes de trabalho. Autores afirmam que essa percepção pode estar diretamente associada à motivação e satisfação com os colegas de trabalho⁸. Além disso, pesquisadores afirmam que o autoconceito profissional é afetado por vários fatores e, provavelmente, eventos instrucionais como os treinamentos e cursos de capacitação podem alterar a forma como o indivíduo se percebe em relação ao seu trabalho e desempenha suas tarefas⁷.

A relação treinamento e autoconceito profissional pode justificar a associação encontrada neste estudo do cargo na equipe de enfermagem com o autoconceito profissional. O técnico de enfermagem exerce atividades de nível médio técnico, cabendo-lhe assistência direta de enfermagem a pacientes em estado grave e atividades de assistência de enfermagem, exceto as atividades privativas do enfermeiro¹². Considerando a equipe de enfermagem, o técnico

de enfermagem é o profissional que possivelmente é o mais diretamente envolvido na assistência aos pacientes, função que permite que ele execute, por diversas vezes, as mesmas tarefas e os mesmos procedimentos.

A melhor percepção das próprias competências pelos técnicos de enfermagem e o destaque na autoconfiança provavelmente está relacionada ao fazer. O fazer propicia confiança, a qual é uma atitude frequentemente relacionada com experiências repetidas e com a percepção realista das fraquezas e potencialidades individuais. É fundamental o profissional sentir-se confiante de que é capaz de atuar de forma adequada, pois baixa autoconfiança pode estar relacionada a problemas no cuidar, maior nível de ansiedade e maior número de erros na assistência¹³.

Outro resultado que se destaca e merece ser discutido é que, apesar das respostas ao item “manter relações cordiais com os colegas de trabalho” ter sido na maioria “sempre”, foi também o item com maior número de dados faltantes, o que pode estar relacionado a uma divergência entre o ideal

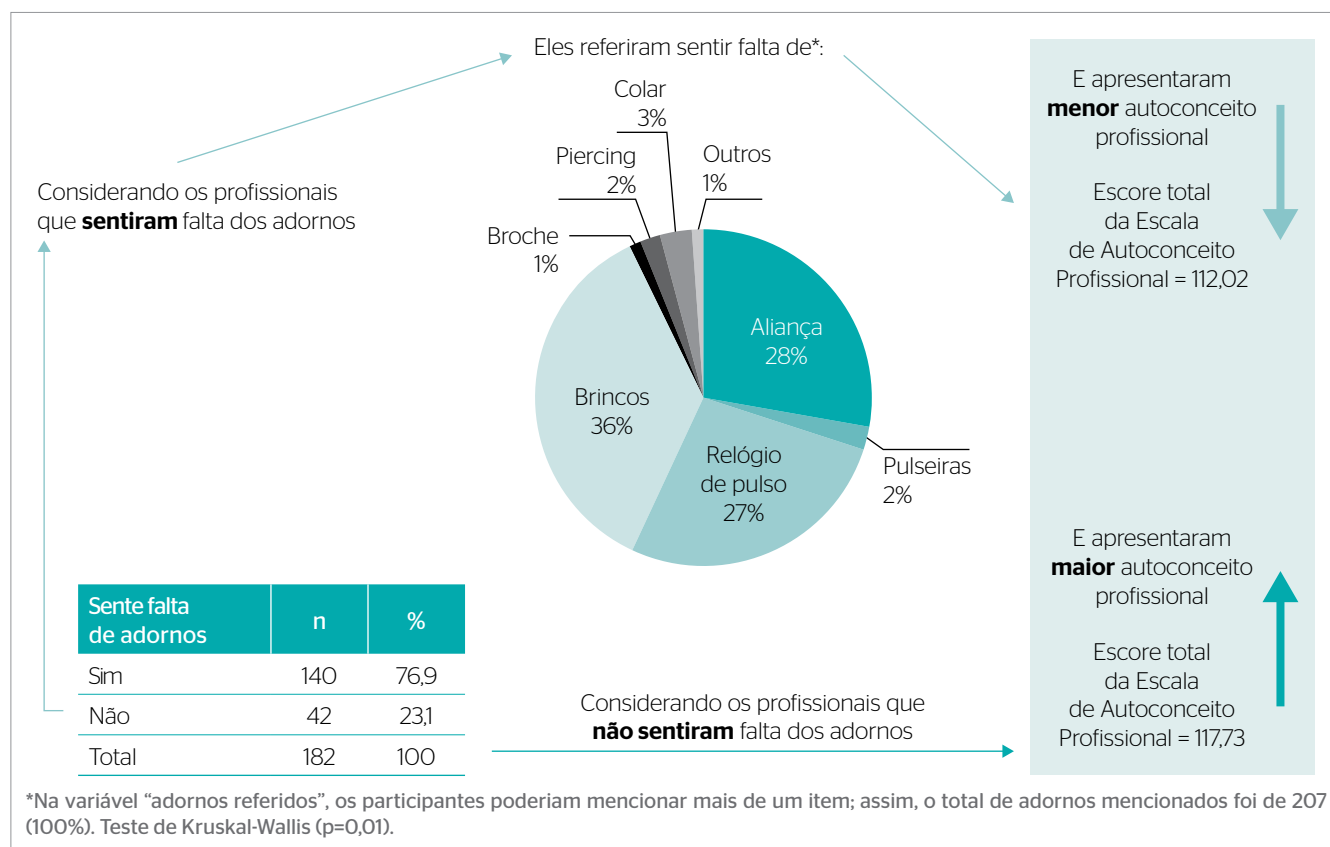


Figura 1. Ilustração da associação da sensação de falta de adornos com o autoconceito profissional. Jundiaí (SP), Brasil, 2014-2015 (n=182).

e a prática, pois apesar de os indivíduos reconhecerem a importância da manutenção de relações cordiais, as relações interpessoais representam um dos maiores desafios no ambiente de trabalho.

Os relacionamentos interpessoais no trabalho são necessários ao ser humano para o desenvolvimento de um trabalho em equipe¹⁴, a formação de relações harmoniosas propicia o envolvimento emocional entre as pessoas, bem como a coparticipação nas atividades cotidianas.

As competências socioemocionais funcionam como via pela qual as demais competências são expressas e desenvolvidas. Em outras palavras, o domínio de aspectos relacionais, motivacionais e afetivos, em si e nos outros, assegura o desenvolvimento e a transferência dessas habilidades nos contextos laborais. Essas parecem ajudar a adquirir mais autoconfiança e a criar ambientes de trabalho com mais interação e mais favoráveis à aprendizagem colaborativa¹⁵.

Contrário a isso, relações tensas e desfavoráveis dificultam o desenvolvimento e a realização das atividades em equipe. Nesse contexto, os profissionais se isolam e não se comunicam adequadamente, não cooperam com a equipe, tornam-se individualistas e essa situação, inevitavelmente, reflete em sua atuação como profissional. Esses fatores influenciam o relacionamento interpessoal da equipe de enfermagem, da equipe multiprofissional e na satisfação do profissional, refletindo diretamente na qualidade do trabalho¹⁴.

Outro dado importante encontrado neste estudo foi a associação estatisticamente significativa entre a sensação de falta dos adornos e o autoconceito profissional, em que os profissionais que referiram não sentir falta deles foram os que apresentaram autoconceito profissional mais elevado.

Os adornos podem transmitir sinais não verbais positivos e negativos, tendo diferentes funções para as pessoas: decoração, proteção, instrumento de atração sexual, autoafirmação, autonegação, ocultamento, identificação grupal e exibição de *status*³. Entretanto, na análise da comunicação não verbal é necessário mais de um sinal convergente para uma inferência.

Independentemente dessa questão social dos adornos, o seu uso no ambiente de trabalho é proibido pela NR32. Autores afirmam que a implantação da NR32 foi importante no cenário brasileiro, pois antes dela inexistia uma legislação específica que tratasse das questões de segurança e saúde no trabalho no setor da saúde. Entretanto, trabalhadores da área da saúde ainda muitas vezes enfrentam situações

laborais inapropriadas e perigosas, mesmo que as evidências científicas mostrem a presença de agentes de riscos ocupacionais nos ambientes de trabalho¹⁶.

A resistência à mudança e o comportamento inadequado podem estar relacionados com a maneira como o sujeito se sente no seu contexto. Os resultados do atual estudo mostraram que a mudança de comportamento é um processo complexo e que demanda tempo. Indivíduos mais realizados não se incomodaram em despir-se dos adornos. Entretanto, o inverso também é verdadeiro: indivíduos mais insatisfeitos com a realização precisam dos adornos para proteção, autoafirmação e exibição de *status*.

Pesquisadores realizaram um estudo cinco anos (junho de 2010) após a publicação da NR32 e identificaram que o hospital estudado enfrentava dificuldades em relação à implantação dessa norma e que, apesar da NR32 vetar o uso de adornos e de calçados abertos, a instituição não veta efetivamente o uso de adornos por parte daqueles que prestam assistência à saúde. Os pesquisadores recomendaram a criação de uma cartilha com itens obrigatórios para uma adequada postura profissional nos locais de serviços de saúde, contemplando a proibição do uso de adornos¹⁷.

Uma pesquisa publicada em 2012 também identificou que, dentre as dificuldades na implantação da NR32, destaca-se o comportamento dos trabalhadores, a falta de uma colaboração integrada entre gestores e trabalhadores, e de conscientização dos trabalhadores em relação à importância da proibição do uso de adornos¹⁸.

O uso de uniformes pela equipe de saúde tem um papel parecido com o dos adornos e também desempenha um papel de identificação do indivíduo na sociedade. A falta de um padrão de vestimenta que identifique os profissionais de enfermagem pode gerar incertezas em membros da equipe de saúde, pacientes e familiares. O uso de adornos por esses profissionais pode trazer diferentes interpretações, gerar dúvidas sobre suas habilidades profissionais e de adequação ao ambiente de trabalho¹⁹.

Por outro lado, os adornos podem representar algo individual, diferencial, significativo e de autoafirmação para indivíduos, elementos que apareceram como necessários para os participantes neste estudo com autoconceito mais baixo. Inevitavelmente, as pessoas desenvolvem um autoconceito para manter o ajuste do indivíduo com o mundo exterior. Por meio da interação social e do relacionamento interpessoal, o indivíduo tenta repelir conceitos de si mesmo, que

lhes causam dúvidas e sofrimento, bem como aceita mais facilmente conceitos positivos e de valorização⁵.

A padronização de uniformes para cada categoria profissional é recomendada, facilita a identificação profissional e pode influenciar diretamente na imagem de uma profissão. Pacientes, famílias, médicos e outros membros da equipe de saúde precisam ser capazes de identificar quem está prestando cuidados ao paciente²⁰.

O dado encontrado nesta pesquisa, de que os profissionais com maior tempo de formação foram mais conscientes da influência do trabalho na própria saúde, é coerente, pois com o passar dos anos o indivíduo tem a oportunidade de melhorar o autoconhecimento, transformar-se e lidar melhor com as pressões do trabalho, bem como identificar com maior clareza os efeitos do trabalho sobre eles.

Autores também encontraram maior autoconsciência em profissionais com mais idade. O estudo realizado sobre a síndrome de *burnout* e os aspectos sociodemográficos em profissionais de enfermagem encontrou associação estatisticamente significativa entre a idade e o reconhecimento de *burnout*, havendo maior predominância da síndrome entre os profissionais mais velhos. Esses profissionais, com certa maturidade profissional e maior domínio em situações de estresse, reconheceram melhor os riscos ocupacionais da profissão que envolve cuidados com saúde, educação e serviços humanos²¹.

Propiciar o reconhecimento dos riscos ocupacionais é uma responsabilidade institucional. Pesquisadores recomendam a criação de educação continuada e uma cartilha institucional com itens obrigatórios para uma adequada postura profissional segundo a NR32 nos serviços de saúde, contemplando a proibição do uso de adornos, entre outras disposições legais, enfatizando a responsabilidade do profissional na prevenção de riscos ocupacionais¹⁷. É fundamental

que os profissionais de saúde se conscientizem e entendam a importância da NR32. O conhecimento e o entendimento dessa norma são necessários para que ela não passe a ser mero cumprimento de leis²².

Apesar de todo o papel social imbuído no uso dos adornos, o cumprimento da NR32 deve prevalecer como uma responsabilidade profissional. A implicação deste estudo na prática da enfermagem constitui oportunidade de o enfermeiro conhecer fatores que possam estar associados ao autoconceito profissional, bem como no impacto das exigências imposta pela NR32 nas relações e nos indivíduos, intervindo e propondo mudanças para a melhoria da satisfação profissional no ambiente de trabalho e da qualidade na assistência de enfermagem.

As limitações deste estudo consistem na seleção não aleatória dos participantes, o fato de ter sido realizado em dois hospitais de apenas um município brasileiro e a natureza transversal do estudo, por meio da qual são possíveis apenas associações.

CONCLUSÃO

No autoconceito profissional da equipe de enfermagem estudada, destacou-se a autoconfiança, influenciada pela falta de adornos, imposta pela NR32, bem como pelo tempo de formação e pelo cargo de atuação dos profissionais na instituição.

Indivíduos mais realizados e conscientes da influência do trabalho na própria saúde não sentiram falta de adornos no ambiente de trabalho. Já participantes com maior tempo de formação foram mais conscientes da influência do trabalho na própria saúde, e os técnicos de enfermagem sentiram-se mais competentes.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde) [Internet]. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2005 [acessado em 2016 abr 19]. Disponível em: <<http://sbbq.iq.usp.br/arquivos/seguranca/portaria485.pdf>>.
2. Alves D, Pinto M, Alves S, Mota A, Leirós V. Cultura e imagem corporal. Motricidade [Internet]. 2009 [acessado em 2016 abr 19];5(1):1-20. Disponível em: <http://www.revistamotricidade.com/arquivo/2009_vol5_n1/v5n1a02.pdf>.
3. Silva MJ. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 8ª ed. São Paulo: Loyola; 2011.
4. Souza MG, Puente-Palacios KE. Validação e testagem de uma escala de autoconceito profissional. Rev Psicol Organ [Internet]. 2007 [acessado em 2016 abr 19];7(2):95-114. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v7n2/v7n2a06.pdf>>.

5. Mendes AR, Dohms KP, Lettrnin C, Zacharias J, Mosquera JJ, Stobäus CD. Autoimagem, autoestima e autoconceito: contribuições pessoais e profissionais na docência. In: IXANPED Sul. Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul. Anais... Caxias do Sul: Universidade de Caxias do Sul; 2012. p.1-13.
6. Gonçalves VF, Veiga FH. Autoconceito profissional dos professores. In: Investigações em Psicologia. VI Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Actas... Évora: Universidade de Évora; 2006. p. 1131-44.
7. Tamayo N, Abbad GS. Autoconceito profissional e suporte à transferência e impacto do treinamento no trabalho. Rev Adm Contemp [Internet]. 2006 [acessado em 2016 abr 19]; 10(3):9-28. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rac/v10n3/a02v10n3.pdf>>.
8. Souza MG, Puente-Palacios KE. A influência do autoconceito profissional na satisfação com a equipe de trabalho. Estud Psicol (Campinas) [Internet]. 2011 [acessado em 2016 abr 19]; 28(3):315-25. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v28n3/a03v28n3.pdf>>.
9. Formiga NS, Fleury LF, Souza MA, Souza MA. Escala de profissional: verificação da estrutura fatorial em funcionários de diferentes empresas brasileiras. In: V Congresso Nacional de Administração e Ciências Contábeis – AdCont 2014. 16 e 17 de outubro de 2014. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2014. p.1-13.
10. Puggina AC, Cavalheiro AC, Trentino JP, Castro P, Silva MJ. Relação entre necessidade de adornos com satisfação com imagem corporal e autoconceito profissional da equipe de enfermagem. Rev Anna Nery [Internet]. 2015 [acessado em 2016 abr 19]; 19(4):563-70. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/1414-8145-ean-19-04-0563.pdf>>.
11. Souza ME, Amaro B, Silva RR. Relação entre autoconceito profissional e desempenho da equipe de enfermagem. In: Centro Universitário de Volta Redonda. I Jornada Científica de Enfermagem do UniFOA. Volta Redonda: Centro Universitário de Volta Redonda; 2013. p. 25.
12. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Lei 7.498, de 25 de julho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 1986 [acessado em 2016 abr 19]. Seção 1:10. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>.
13. Martins JC, Baptista RC, Coutinho VR, Mazzo A, Rodrigues MA, Mendes IA. Autoconfiança para intervenção em emergências: adaptação e validação cultural da Self Confidence Scale em estudantes de Enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2014 [acessado em 2016 abr 19]; 22(4):554-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/2014nahead/pt_0104-1169-rlae-0104-1169-3128-2451.pdf>.
14. Fernandes HN, Thofehrn MB, Porto AR, Amestoy SC, Jacondino MB, Soares MR. Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família. Rev Pesqui Cuid Fundam [Internet]. 2015 [acessado em 2016 abr 19]; 7(1):1915-26. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3361/pdf_1429>.
15. Gondim SMG, Morais FA, Brantes CAA. Competências Socioemocionais: fator chave no desenvolvimento de competências para o trabalho. Rev Psicol Organ Trab [Internet]. 2014 [acessado em 2016 abr 19]; 14(4): 394-405. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v14n4/v14n4a06.pdf>
16. Robazzi MLCC, Marziale MHP. A Norma Regulamentadora 32 e suas implicações sobre os trabalhadores de enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem. 2004;12(5):834-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000500019>
17. Santos MR, Ribeiro RP, Martins MB, Nascimento LA, Martins JT, BoBroff MCC. Avaliação da implantação da Norma Regulamentadora 32 em um hospital universitário. Cogitare Enferm. 2012;17(3):524-30.
18. Marziale MHP, Galon T, Cassiolato FL, Girão FB. Implantação da Norma Regulamentadora 32 e o controle dos acidentes de trabalho. Acta Paul Enferm. 2012;25(6):859-66. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000600006>
19. West MM, Wantz D, Campbell P, Rosler G, Troutman, Muthler C. Contributing to a quality patient experience: applying evidence based practice to support changes in nursing dress code policies. Online J Issues Nurs. 2016;21(1):Manuscript 4. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol21No01Man04>
20. Sulanke J, Kevin S. What works: Implementing an evidence-based nursing dress code to enhance professional image. American Nurse Today. 2015;10(10).
21. França FM, Ferrari R. Síndrome de Burnout e os aspectos sócio-demográficos em profissionais de enfermagem. Acta Paul Enferm [Internet]. 2012 [acessado em 2016 abr 19]; 25(5):743-8. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/15.pdf>>.
22. Cunha AC, Mauro MYC. Educação Continuada e a Norma Regulamentadora 32: utopia ou realidade na enfermagem? Rev Bras Saúde Ocup [Internet]. 2010 [acessado em 2016 abr 19]; 35(122):305-13. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v35n122/a13v35n122.pdf>>.

Endereço para correspondência: Ana Claudia Puggina – Faculdade de Medicina de Jundiaí – Rua Francisco Teles, 250 – Vila Arens II – CEP: 13202-550 – Jundiaí (SP), Brasil – E-mail: claudiapuggina@gmail.com