UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

NEIDE TIEMI MUROFUSE

**O adoecimento dos trabalhadores de enfermagem da Fundação Hospitalar do Estado de
Minas Gerais: reflexo das mudanças no mundo do trabalho**

Ribeirão Preto

2004

NEIDE TIEMI MUROFUSE

**O adoecimento dos trabalhadores de enfermagem da Fundação Hospitalar do Estado de
Minas Gerais: reflexo das mudanças no mundo do trabalho**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor, pelo programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador

Orientadora: Prof^ª. Dra. Maria Helena P. Marziale

Ribeirão Preto

2004

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Murofuse, Neide Tiemi

O adoecimento dos trabalhadores de enfermagem da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais: reflexo das mudanças no mundo do trabalho. Ribeirão Preto, 2004.

298 p. : il. ; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientadora: Marziale, Maria Helena Palucci.

1. Trabalho 2. Saúde ocupacional 3. Enfermagem

FOLHA DE APROVAÇÃO

Neide Tiemi Murofuse

O adoecimento dos trabalhadores de enfermagem da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais: reflexo das mudanças no mundo do trabalho.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor.
Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador

Aprovado em: ____/____/2004

Banca Examinadora

Prof.: Dra. Maria Helena Palucci Marziale

Instituição: EERP-USP Assinatura: _____

Prof.: Dra. Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi

Instituição: EERP-USP Assinatura: _____

Prof.: Dr. Paulino José Orso

Instituição: UNIOESTE Assinatura: _____

Prof.: Dra. Vanda Elisa Andres Felli

Instituição: EE- USP Assinatura: _____

Prof.: Dr. Vera Lúcia Navarro

Instituição: FFCL - USP Assinatura: _____

Dedico este trabalho

Ao Paulo pelo amor, compreensão, ajuda e companheirismo que me fez prosseguir na caminhada.

Aos trabalhadores da enfermagem, em especial, aos adoecidos, muitas vezes submetidos à uma experiência amarga da incompreensão e a falta de solidariedade, em relação à limitação apresentada.

MEUS AGRADECIMENTOS

À Profª. Dra. Maria Helena Palucci Marziale, pela sabedoria e confiança com que orientou o percurso deste trabalho, principalmente, pela amizade, apoio e incentivo, presentes em todos os momentos, especialmente naqueles de dificuldades e dor.

À Profª. Dra. Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi, pela contribuição dada na qualificação e na pró-forma desta pesquisa, onde o seu olhar atento foi de suma importância, na parte final desse processo, especialmente, em relação aos dados quantitativos apresentados.

À Profª. Vanda Elisa Andres Felli, pela forma generosa, atenciosa e estimulante com que tratou desta pesquisa na pró-forma, suas contribuições foram de grande valia para a finalização deste estudo.

À Profª. Dra. Vera Lúcia Navarro, pela atenção, afeto e incentivo presentes em todos os momentos de convivência nesse processo (disciplina, qualificação e pró-forma), especialmente, pela contribuição dada que foi fundamental para “olhar” melhor a nossa sociedade e compreender seu funcionamento.

Ao Dr. Paulino José Orso, pelo apoio, incentivo e significativas contribuições que auxiliaram na realização e na concretização deste estudo.

Ao Dr. Vanderlei José Haas, pela atenção e disponibilidade na orientação e no tratamento estatístico dos dados desse estudo.

À Dra. Vanda B. R. Toth, pela sua atenção, generosidade e amizade com que sempre me acolheu, pelas “poções” homeopáticas e florais que me aliviaram as dores e assim tornou possível concluir essa jornada de estudo.

À Coordenação de aperfeiçoamento do pessoal de nível superior – CAPES, pela subvenção concedida através do convênio PICDT/CAPES e a Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE.

À Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador da FHEMIG, que possibilitaram a concretização desse estudo. Agradeço especialmente pelo apoio recebido ao Carlos, Jacó, Helen, Valdênia, Vanusa, Rosa, e Reginaldo.

Aos colegas do Colegiado do Curso de Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Campus de Cascavel, em especial aos professores da área da Enfermagem Fundamental, cujo apoio proporcionou condições para o término desse trabalho.

Ao Dr. Nelson Wanderley Periotto pela revisão ortográfica e gramatical do texto.

Ao Adriano, Leopoldo e Pedro, pelo apoio e disponibilidade na coleta dos dados da presente pesquisa. À Graziela e Josinete pelo auxílio dado na digitação.

Às professoras, colegas e parceiras de jornada, Aldenan, Annelita, Celmira, Ieda, Júlia, Lenice, Lílian, Mariza e Simone, pela amizade, afeto e alegrias compartilhadas, cujas presenças foram fundamentais para a superação dos momentos de dificuldade, angústias e dúvidas que permearam a trajetória percorrida nessa busca da qualificação profissional. Agradeço especialmente à Celmira Lange, pelo acolhimento em seu lar, sempre de maneira muito calorosa e afetiva.

Aos meus pais Eziro e Shizue, pelo amor, apoio e carinho recebido (sempre) mas que foram fundamentais para a execução da pesquisa.

À minha querida irmã Ieda Satiko, pela sua solidariedade e generosidade com que me ajudou na finalização do estudo. Aos sobrinhos Giulia e Gustavo e ao meu cunhado Broetto meu muito obrigada por terem ficado “sem” a mãe e esposa por vários dias.

Ao Paulo, pelo apoio e paciência sempre presentes em toda a trajetória de qualificação profissional.

RESUMO

MUROFUSE, N.T. O adoecimento dos trabalhadores de enfermagem da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais: reflexo das mudanças no mundo do trabalho. 2004. 298p. Tese (DOUTORADO) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2004.

O estudo teve como objetivo evidenciar os problemas de saúde apresentados pelos 4307 trabalhadores de enfermagem lotados nas 23 unidades de saúde da Fundação Hospitalar Estadual de Minas Gerais, comparar os problemas identificados às doenças relacionadas ao trabalho contidas na lista de doenças ocupacionais do Ministério da Saúde e analisar os problemas de saúde no contexto das mudanças processadas no mundo do trabalho na década de 1990. Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo cujos dados foram coletados por meio do levantamento dos atendimentos realizados pela Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador no ano de 2002 e pela análise dos diagnósticos médicos registrados nos prontuários dos trabalhadores e nos relatórios dos exames efetuados. Os diagnósticos obtidos dos 6070 atendimentos realizados foram categorizados com base na CID-10 em vinte grupos de diagnósticos. Os dados foram tratados por meio de estatística descritiva. Os resultados evidenciaram que os problemas de saúde dos trabalhadores se distribuíram nos seguintes grupos: fatores que influenciam o estado de saúde (20,15%), doenças do sistema osteomuscular (11,83%), transtornos mentais e comportamentais (11,40%), doenças respiratórias (10,69%), doenças do aparelho circulatório (8,62%) e lesões, envenenamento e causas externas (8,25%). Quando comparados os diagnósticos encontrados às doenças relacionadas ao trabalho da lista do Ministério da Saúde foi constatado que a força de trabalho da enfermagem estudada está sendo consumida por danos que afetam o corpo e a mente em decorrência de enfermidades causadas por violência oculta no trabalho, conhecidas também como doenças da modernidade tais como: LER/DORT, depressão, angústia, estresse, alcoolismo, hipertensão arterial e infarto agudo do miocárdio. Constatou-se que a instituição acompanha as mudanças processadas no mundo do trabalho adquirindo novas tecnologias e equipamentos, promovendo mudanças organizacionais com novas modalidades de assistência e modelos gerenciais. Destaca-se que 55,7% dos trabalhadores de enfermagem possuíam vínculo de trabalho temporário, ou seja relações precárias de trabalho, sem direitos e garantias trabalhistas e assistenciais. Os trabalhadores estavam expostos não apenas às “doenças da modernidade” mas também às mais antigas como a dengue e a tuberculose, ocasionando

licenças para tratamento de saúde e as outras formas de adoecimento pelo trabalho devido a exposição ocupacional a riscos: biológicos, químicos, físicos, ergonômicos e psicossociais.

Palavras-chave: trabalho, saúde ocupacional, enfermagem.

ABSTRACT

MUROFUSE, N.T. Is the falling ill of nursing workers in Minas Gerais State Hospital Foundation a reflection of the changes in the world of work. 2004. 298p. Thesis (DOCTORATE) - Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, 2004.

The aim of the study was to show the health problems presented by the 4307 nursing workers in the 23 health units of the Minas Gerais State Hospital Foundation, compare the problems identified to the illnesses related to work contained in the list of occupational illnesses of the Ministry of Health and analyze the health problems in the context of the changes operated in the world of work in the 1990's. It is about a descriptive and retrospective study whose data was gathered by means of the survey of the cases attended to carried out by the Worker's Health Assistance Division in the year 2002 and by the analysis of the medical diagnoses recorded in the workers' files and in the reports on tests carried out. The diagnoses obtained from the 6070 cases attended to were categorized based on CID-10 in twenty groups of diagnoses. The data was dealt with by means of descriptive statistics. The results showed that the workers' health problems were distributed among the following groups: factors that affect the state of health (20.15%), illnesses of the osteomuscular system (11.83%), mental and behavioral upsets (11.40%), illnesses of the respiratory system (10.69%), illnesses of the circulatory apparatus (8.62%) and lesions, poisoning and external causes (8.25%). When the diagnoses found were compared with the illnesses related to work from the list of the Ministry of Health, it was found that the nursing labor force under study is being consumed by damages that affect the body and mind as a result of illnesses caused by hidden violence in the workplace, also known as illnesses of modernity such as: LER/DORT, depression, anguish, stress, alcoholism, high arterial blood pressure and acute heart attack. It was found that the institution follows the changes undergone in the world of work by acquiring new technology and equipment, promoting organizational changes with new kinds of welfare and management models. It has to be pointed out that 55.7% of the nursing workers were temporary employees, meaning precarious working relations, with no labor and welfare rights and guarantees. The workers were exposed not just to the "illnesses of modernity" but also to the older ones such as dengue and tuberculosis which led to people taking leave for health treatment, and to the other forms of falling ill because of work due to occupational exposure to risks: biological, chemical, physical, ergonomic and psychosocial.

Key words: work, occupational health, nursing.

RESUMEN

MUROFUSE, N.T. **Las enfermedades de los trabajadores de enfermería de la Fundación Hospitalar Estadual de Minas Gerais: reflejo de los cambios en el mundo del trabajador.** 2004. 298p. Tesis (Doctorado)-Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2004.

El estudio tuvo como objetivo mostrar los problemas de salud presentados por los 4307 trabajadores de enfermería divididos en las 23 unidades de salud de la Fundación Hospitalar Estadual de Minas Gerais, comparar los problemas identificados a las enfermedades relacionadas al trabajo contenidas en la lista de enfermedades ocupacionales del Ministerio de Salud y analizar los problemas de salud en el contexto de las transformaciones procesadas en el mundo del trabajo de la década del noventa. Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo cuyos datos fueron reunidos por medio del levantamiento de los atendimientos realizados por la División de Asistencia a la salud del trabajador en el año de 2002 y por los análisis de los diagnósticos médicos registrados en los prontuarios de los trabajadores y en los relatorios de los exámenes efectuados. Los diagnósticos obtenidos de los 6070 atendimientos realizados fueron clasificados con base en la CID-10 en veinte grupos de diagnósticos. Los datos fueron tratados por medio de estadística descriptiva. Los resultados mostraron que los problemas de salud de los trabajadores se distribuían en los siguientes grupos: factores que influyen el estado de salud (11,83%), trastornos mentales y del comportamiento (11,40%), enfermedades respiratorias (10,69%), enfermedades del aparato circulatorio (8,62%) y lesiones, envenenamiento y causas externas (8,25%). Cuando fueron comparados los diagnósticos encontrados a las enfermedades relacionadas al trabajo de la lista del Ministerio de Salud fue constatado que la fuerza de trabajo de enfermería estudiada está siendo consumida por daños que afectan el cuerpo y la mente en consecuencia de enfermedades causadas por violencia oculta en el trabajo, conocidas también como enfermedades de la modernidad tales como: LER/DORT, depresión, angustia, estrés, alcoholismo, hipertensión arterial e infarto agudo del miocardio. Se constató que la institución acompaña los cambios en el mundo del trabajo adquiriendo nuevas tecnologías y equipamientos, promoviendo cambios organizacionales con nuevas modalidades de asistencia y modelos gerenciales. Se destaca que 55,7% de los trabajadores de enfermería poseían vínculo de trabajo temporal, o sea relaciones precarias de trabajo, sin derechos y garantías de trabajo y asistenciales. Los trabajadores estaban expuestos no apenas a las “enfermedades de la modernidad” mas también a las mas antiguas como la dengue y la tuberculosis ocasionando permisos para tratamiento de salud, y

las otras formas de enfermedades por el trabajo debido a la exposición ocupacional a riesgos: biológicos, químicos, ergonómicos y psicosociales.

Palabras-claves: trabajo, salud ocupacional, enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Distribuição dos diagnósticos médicos do grupo “Fatores que influenciam o estado de saúde...”, segundo subgrupo e a comparação com a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho.....	161
Figura 2	Distribuição dos diagnósticos médicos do grupo “Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo”, segundo o subgrupo e a comparação com a Lista de Doenças relacionadas ao trabalho.....	164
Figura 3	Distribuição das doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002, Belo Horizonte-MG.....	168
Figura 4	Distribuição dos diagnósticos do grupo “Transtornos mentais e comportamentais”, segundo subgrupo e a comparação com a Lista de Doenças relacionadas ao trabalho.....	179
Figura 5	Distribuição dos diagnósticos de transtornos mentais relacionados ao trabalho. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002, Belo Horizonte-MG.....	182
Figura 6	Distribuição dos diagnósticos de doenças do aparelho respiratório, segundo subgrupo e a comparação com a Lista de Doenças relacionadas ao trabalho.....	195
Figura 7	Distribuição dos diagnósticos de doenças do aparelho respiratório relacionadas ao trabalho. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte –MG.....	195
Figura 8	Distribuição dos subgrupos dos diagnósticos de doenças do aparelho circulatório. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte –MG.....	199
Figura 9	Distribuição das doenças do aparelho circulatório relacionadas ao trabalho. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte –MG.....	200
Figura 10	Distribuição das lesões e envenenamentos relacionadas ao trabalho. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte –MG.....	206

Figura 11	Distribuição das doenças infecciosas e parasitárias. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG.....	207
Figura 12	Distribuição das doenças infecciosas e parasitárias relacionadas ao trabalho. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte –MG.....	208
Figura 13	Distribuição das doenças do aparelho geniturinário. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte –MG.....	212
Figura 14	Distribuição do grupo de diagnóstico denominado sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte –MG.....	213
Figura 15	Distribuição dos diagnósticos de doenças do aparelho digestivo. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte –MG.....	214
Figura 16	Distribuição das doenças do aparelho digestivo relacionadas ao trabalho. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte –MG.....	215
Figura 17	Distribuição dos diagnósticos de doenças do olho e anexos. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte –MG.....	218
Figura 18	Distribuição das doenças do olho e anexos relacionadas ao trabalho. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte –MG.....	219
Figura 19	Distribuição dos diagnósticos de doenças da pele e do tecido subcutâneo. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte –MG.....	222
Figura 20	Distribuição das doenças da pele e do tecido subcutâneo relacionadas ao trabalho atendidas pela Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte –MG.....	223
Figura 21	Distribuição dos diagnósticos de doenças do sistema nervoso. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte –MG.....	225

Figura 22	Distribuição das doenças do sistema nervoso relacionadas ao trabalho. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte –MG.....	225
Figura 23	Diagnósticos de gravidez, parto e puerpério. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte–MG..	227
Figura 24	Distribuição dos diagnósticos de neoplasia. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte–MG..	228
Figura 25	Distribuição dos diagnósticos de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte –MG.....	230
Figura 26	Distribuição dos diagnósticos de doenças do ouvido. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte –MG.....	230
Figura 27	Distribuição das doenças do ouvido relacionadas ao trabalho. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte –MG.....	231
Figura 28	Distribuição dos diagnósticos de causas externas de morbidade e de mortalidade. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte –MG.....	234
Figura 29	Distribuição dos diagnósticos de doenças do sangue e órgãos hematopoéticos. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte –MG.....	235
Figura 30	Distribuição das doenças do sangue e órgãos hematopoéticos relacionados ao trabalho. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte –MG.....	236
Figura 31	Distribuição dos diagnósticos de malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte –MG.....	237

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos atendimentos a trabalhadores de enfermagem, segundo sexo e categoria profissional. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG.....	122
Tabela 2	Distribuição dos trabalhadores de enfermagem da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, segundo categoria profissional e relação de trabalho, em dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG.....	126
Tabela 3	Distribuição dos atendimentos realizados a trabalhadores de enfermagem, segundo faixa etária e categoria profissional, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte–MG.....	128
Tabela 4	Distribuição do número de trabalhadores da equipe de enfermagem da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, segundo categoria funcional, local de lotação e vínculo de trabalho, dezembro de 2002.....	131
Tabela 5	Distribuição do número de trabalhadores de enfermagem existentes na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais e número de atendimentos realizados pela Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, segundo categoria profissional, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte–MG.....	132
Tabela 6	Distribuição dos atendimentos aos trabalhadores de enfermagem, segundo unidade assistencial e categoria profissional. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte.....	133
Tabela 7	Distribuição dos trabalhadores de enfermagem da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais e dos atendimentos a trabalhadores de enfermagem realizados na Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, segundo a unidade assistencial. Belo Horizonte.....	134
Tabela 8	Distribuição dos atendimentos prestados aos trabalhadores de enfermagem, segundo tipo de atendimento médico e categoria profissional, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte - MG.....	135
Tabela 9	Distribuição dos atendimentos aos trabalhadores de enfermagem, segundo tipo de atendimento, agrupamento das unidades assistenciais e categoria profissional, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte - MG.....	138

Tabela 10	Número de trabalhadores existentes na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais e número de atendimentos prestados pela Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, segundo categoria profissional e agrupamento dos hospitais. Belo Horizonte – MG, 2002.....	141
Tabela 11	Distribuição dos atendimentos prestados aos trabalhadores de enfermagem do grupo A, segundo o grupo de diagnósticos e tipo de atendimento, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG.....	143
Tabela 12	Distribuição dos atendimentos prestados a trabalhadores de enfermagem do grupo B, segundo grupo de diagnósticos e tipo de atendimento, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG.....	147
Tabela 13	Distribuição dos atendimentos prestados aos trabalhadores de enfermagem do grupo C, segundo grupo de diagnósticos e tipo de atendimento, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte-MG.....	149
Tabela 14	Distribuição dos atendimentos prestados aos trabalhadores de enfermagem do grupo D, segundo grupo de diagnósticos e tipo de atendimento, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte-MG.....	151
Tabela 15	Distribuição dos atendimentos prestados aos trabalhadores de enfermagem do grupo E, segundo grupo de diagnósticos e tipo de atendimento, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte-MG.....	153
Tabela 16	Distribuição dos atendimentos prestados aos trabalhadores de enfermagem do grupo F, segundo grupo de diagnósticos e tipo de atendimento, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte-MG.....	155
Tabela 17	Distribuição dos atendimentos prestados aos trabalhadores de enfermagem do grupo G, segundo grupo de diagnósticos e tipo de atendimento, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte-MG.....	156
Tabela 18	Distribuição dos diagnósticos médicos atribuídos aos trabalhadores de enfermagem, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte - MG.....	160
Tabela 19	Distribuição das doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho atendidas pela Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, segundo categoria profissional e sexo, janeiro a dezembro de 2002, Belo Horizonte-MG.....	173
Tabela 20	Distribuição das doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho, segundo faixa etária e tempo de afastamento. Divisão de Assistência à	

	Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG.....	176
Tabela 21	Distribuição dos diagnósticos de transtornos mentais e comportamentais relacionadas ao trabalho, segundo sexo e categoria profissional. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG.....	186
Tabela 22	Distribuição dos diagnósticos de transtornos mentais e comportamentais relacionadas ao trabalho, segundo faixa etária e tempo de licença médica. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG.....	190
Tabela 23	Distribuição dos diagnósticos de doenças respiratórias relacionadas ao trabalho, segundo categoria profissional, faixa etária e tempo de afastamento. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG.....	196
Tabela 24	Distribuição dos diagnósticos de doenças circulatórias relacionadas ao trabalho, segundo sexo, categoria profissional, faixa etária e tempo de afastamento do trabalho. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG.....	204
Tabela 25	Distribuição das doenças infecciosas e parasitárias relacionadas ao trabalho, segundo sexo, categoria profissional, faixa etária e tempo de afastamento do trabalho. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG.....	210
Tabela 26	Distribuição das doenças do aparelho digestivo relacionadas ao trabalho, segundo sexo, categoria profissional, faixa etária e tempo de afastamento do trabalho. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG.....	216
Tabela 27	Distribuição das doenças do olho e anexos relacionados ao trabalho, segundo sexo, categoria profissional, faixa etária e tempo de afastamento. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG.....	221
Tabela 28	Distribuição das doenças da pele e do tecido subcutâneo relacionados ao trabalho, segundo sexo, categoria profissional, faixa etária e tempo de afastamento do trabalho. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador,	

	janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG.....	224
Tabela 29	Distribuição das doenças do sistema nervoso relacionadas ao trabalho, segundo sexo, categoria profissional, faixa etária e tempo de afastamento do trabalho. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG.....	226
Tabela 30	Distribuição da das doenças do ouvido relacionada ao trabalho, segundo sexo, categoria profissional, faixa etária e tempo de afastamento do trabalho. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG.....	233
Tabela 31	Distribuição das doenças do sangue e órgãos hematopoéticos relacionados ao trabalho, segundo sexo, categoria profissional, faixa etária e tempo de afastamento do trabalho. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG.....	236
Tabela 32	Distribuição do tempo de licença médica concedida a trabalhadores da enfermagem, segundo número de dias de afastamento e tipo de atendimento prestado, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG.....	239
Tabela 33	Período e número de afastamentos concedidos a trabalhadores de enfermagem, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG.....	239
Tabela 34	Distribuição das licenças médicas concedidas aos trabalhadores de enfermagem, segundo agrupamento dos hospitais, tipo de licença médica e o número de dias de afastamento concedido, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte, MG.....	240

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ADT	Assistência Domiciliar Terapêutica
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMS	Assistência Médico-Sanitária
ANS	Agência Nacional de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AP-LER	Associação dos Portadores de LER
AT	Acidente de Trabalho
CA	Contrato Administrativo
CAC	Centro de Acolhimento de Crise
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CCQ	Círculo de Controle de Qualidade
CEMM	Causas externas de morbidade e mortalidade
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CID	Código Internacional de Doenças
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª versão.
CLT	Consolidação das Leis de Trabalho
CM	Consulta médica
CNEN	Conselho Nacional de Energia Nuclear
COFEn	Conselho Federal de Enfermagem
CONAMA	Conselho Nacional do Meio Ambiente
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONFEN	Conselho Federal de Entorpecentes
CTI	Centro de Terapia Intensiva
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
DACIR	Doenças do aparelho circulatório
DADIG	Doenças do aparelho digestivo
DAGEN	Doenças do aparelho geniturinário
DARES	Doenças do aparelho respiratório
DAST	Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador
DENM	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas

DIREAD	Diretoria Administrativa
DIREHO	Diretoria Hospitalar
DIP	Doenças infecciosas e parasitárias
DIPLAN	Diretoria de Planejamento e Finanças
DIREP	Diretoria de Ensino e Pesquisa
DOA	Doenças do olho e anexos
DOAM	Doenças do ouvido e da apófise mastóide
DORT	Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho
DPTS	Doenças da pele e do tecido subcutâneo
DSN	Doenças do sistema nervoso
DSOH	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários
DSOM	Doença do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
EP	Exame periódico
EPI	Equipamento de Proteção Individual
FEAL	Fundação Estadual de Assistência Leprocomial
FEAMUR	Fundação Estadual de Assistência Médica de Urgência
FEAP	Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
FIES	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde
FMI	Fundo Monetário Internacional
GQT	Gerência da Qualidade Total
GM	General Motors
GPP	Gravidez, parto e puerpério
HAV	Vírus da hepatite A humana
HBV	Vírus da hepatite B humana
HCV	Vírus da hepatite C humana
HDV	Vírus da hepatite D humana
HEV	Vírus da hepatite E humana
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDEC	Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
ISO	International Organization for Standardization
LEC	Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas
LER	Lesões por Esforços Repetitivos
LM	Licença Médica
MASP	Método de Avaliação e Solução de Problemas
MCON	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
MTPS	Ministério do Trabalho e Previdência Social
NAPS	Núcleos de Assistência Psicossocial
NEO	Neoplasias (tumores)
NR	Norma Regulamentadora
NRR	Norma Regulamentadora Rural
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OS	Ordem de Serviço
PAIR	Perda auditiva induzida pelo ruído
PCMSO	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PEA	População Economicamente Ativa
PET	Tomografia por emissão de pósitrons
PET/CT	Tomografia por emissão de pósitrons/Tomógrafo computadorizado
PIB	Produto Interno Bruto
PM-AT	Perícia médica por acidente de trabalho
PM-PS	Perícia médica por problema de saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano
PQT	Programas de Qualidade Total
PROFAE	Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PS	Problema de saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
REFORSUS	Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde
SAT	Seguro de Acidente de Trabalho
SENAD	Serviço Nacional Antidrogas
SNC	Sistema Nervoso Central
SSA	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUPEGE	Superintendência Geral
SUS	Sistema Único de Saúde
TMC	Transtornos mentais e comportamentais
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNIMED-BH	Cooperativa Médica de Belo Horizonte
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

Resumo

Abstract

Resumen

Lista de Figuras

Lista de Tabelas

Lista de abreviaturas e siglas

1.	INTRODUÇÃO.....	27
2.	OBJETIVOS.....	33
2.1	GERAL.....	33
2.2	ESPECÍFICOS.....	33
3.	AS TRANSFORMAÇÕES DO MUNDO DO TRABALHO E O SETOR SAÚDE.....	34
3.1	AS MUDANÇAS NO MUNDO DO TRABALHO.....	34
3.2	CONTEXTUALIZANDO AS MUDANÇAS NA ÁREA DA SAÚDE OCORRIDAS NO BRASIL.....	45
4.	O CONTEXTO DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR E A ENFERMAGEM.....	57
4.1	A INSERÇÃO DOS TRABALHADORES DA ENFERMAGEM FRENTE AO CONTEXTO DAS MUDANÇAS NO MUNDO DO TRABALHO HOSPITALAR.....	69
4.2	A PROTEÇÃO LEGAL À SAÚDE DO TRABALHADOR E OS PROBLEMAS DE SAÚDE DOS TRABALHADORES DA ENFERMAGEM NO ÂMBITO HOSPITALAR.....	84
5.	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	113
5.1	LOCAL DE ESTUDO.....	114

5.1.1	Características do local de estudo.....	114
5.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	118
5.3	PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	118
5.4.	COLETA DE DADOS.....	119
5.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	121
6.	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	122
6.1	OS ATENDIMENTOS AOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM.....	122
6.2	TIPOS DE ATENDIMENTOS PRESTADOS NA DAST.....	135
6.3	OS DIAGNÓSTICOS MÉDICOS E OS GRUPOS DE HOSPITAIS DA FHEMIG.....	142
6.4	OS DIAGNÓSTICOS MÉDICOS E AS DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO.....	159
6.4.1	As doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (DSOM).....	163
6.4.2	Os transtornos mentais e comportamentais (TMC).....	179
6.4.3	As doenças do aparelho respiratório (DARES).....	194
6.4.4	As doenças do aparelho circulatório (DACIR).....	198
6.4.5	As lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (LEC).....	205
6.4.6	As doenças infecciosas e parasitárias (DIP).....	207
6.4.7	As doenças do aparelho geniturinário (DAGEN).....	211
6.4.8	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (SSA).....	212
6.4.9	Doenças do aparelho digestivo (DADIG).....	214
6.4.10	Doenças do olho e anexos (DOA).....	218
6.4.11	Doenças da pele e do tecido subcutâneo (DPTS).....	221
6.4.12	Doença do sistema nervoso (DSN).....	224
6.4.13	Gravidez, parto e puerpério (GPP).....	226
6.4.14	Neoplasias (NEO).....	227
6.4.15	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (DENM).....	229
6.4.16	Doenças do ouvido e da apófise mastóide (DOAM).....	230
6.4.17	Causa externas de morbidade e de mortalidade (CEMM).....	233
6.4.18	Doenças do sangue e órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	

	(DSOH).....	235
6.4.19	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (MCONG).....	237
6.5	AS LICENÇAS MÉDICAS, O NÚMERO DE DIAS DE AFASTAMENTOS AO TRABALHO E OS LOCAIS.....	238
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	242
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	249
	APÊNDICES.....	274
	APÊNDICE A - – Pedido de autorização.....	274
	APÊNDICE B – Ofício encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa.....	275
	APÊNDICE C - Formulário de coleta de dados documentais no mapa de atendimento da DAST.....	276
	APÊNDICE D - Formulário de coleta de dados no prontuário e mapa de atendimento médico da DAST.....	277
	APÊNDICE E – Caracterização das 23 unidades assistenciais da FHEMIG.....	279
	ANEXO.....	298
	ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FHEMIG.....	298

1. INTRODUÇÃO

A presente investigação, inscreve-se na área da saúde do trabalhador e tem por objeto de estudo as formas de adoecimento das equipes de enfermagem que trabalham na produção de cuidados de saúde, em instituições hospitalares de caráter público, frente ao contexto das mudanças ocorridas no mundo do trabalho na década de 1990.

A opção por essa temática é expressão da trajetória profissional da autora e incorpora suas atividades de enfermeira em instituição hospitalar e de docente de um curso de graduação em enfermagem.

O interesse da autora por essa área do conhecimento, a área da saúde do trabalhador, iniciou-se quando um grupo de bancários lançou aos participantes de um projeto de extensão da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) o desafio de ajudá-los na compreensão da gênese das Lesões por Esforços Repetitivos (LER)¹. E no enfrentamento e superação dos problemas decorrentes dessa doença relacionada ao trabalho. O desafio lançado pelos bancários foi aceito, a parceria estabelecida e, desta forma, a autora passou a participar dos eventos e atividades da Associação dos Portadores de LER (AP-LER) desde sua criação.

Nas reuniões promovidas por aquela associação muitas vezes os trabalhadores vitimados no trabalho relatavam seus sentimentos de indignação, tristeza, humilhação e impotência frente ao tratamento dispensado pelos profissionais da saúde, incluídos aí os enfermeiros. Eram comuns relatos de que pessoas de sua convivência, como familiares, amigos, colegas e chefes no ambiente de trabalho e, até mesmo, profissionais de saúde, negavam, desqualificavam e eram indiferentes em relação aos seus sintomas.

A participação da autora nas atividades da AP-LER possibilitou diversas reflexões, dentre elas, sobre o papel da formação de colegas enfermeiros e ampliou a visão sobre a responsabilidade e o compromisso envolvidos na atividade de docência, especialmente nas questões que tratam da relação existente entre trabalho, saúde e doença.

Possibilitou também questionamentos de como contribuir para que os acadêmicos estivessem melhor instrumentalizados para sua atuação profissional e conscientes de sua

¹ Terminologia utilizada para designar uma doença relacionada ao trabalho, que se manifesta através de diversas síndromes, pouco conhecida até os anos de 1970 quando teve um rápido crescimento entre os trabalhadores de todo o mundo, inclusive no Brasil. Em 1997, com a Norma de Avaliação de Incapacidade do Instituto Nacional de Seguridade Social a terminologia LER foi substituída por DORT (distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho), porém a polêmica do nexo entre a doença e o trabalho permanece (MUROFUSE, 2000).

condição de futuros trabalhadores de enfermagem ou seja, além de prestar profissionalmente os cuidados para proteger, promover ou recuperar a saúde de outrem, também serem conscientes da necessidade de posicionar-se na condição de trabalhador, capacitados para minimizar as conseqüências à sua saúde decorrentes da sua sujeição ao trabalho desenvolvido.

Da parceria estabelecida com a AP-LER resultou uma pesquisa realizada com bancários acometidos por LER, apresentada como dissertação de mestrado². Por meio dos resultados compreendeu-se que os acidentes e as doenças do trabalho são fenômenos antigos, e que mais do que um acontecimento individual, denunciam a existência do conflito social inerente a uma sociedade dividida em classes sociais em que uns compram a capacidade de trabalho e outros a vendem para quem detém os meios de produção. Embora as organizações do trabalho surjam com roupagens diferentes, o modo de produzir a existência humana continua sendo o capitalismo, o que não representa negar o processo de mudanças marcantes que estão transcorrendo na vida humana. Atualmente, presenciamos grandes realizações da humanidade conquistadas através dos avanços científicos e tecnológicos que permitem, por exemplo, que a comunicação entre as diversas populações do mundo seja realizada instantaneamente, quase que em tempo real. A velocidade do intercâmbio entre os povos encurtou a distância existente entre as nações.

Dizer que se vive num mundo mais globalizado tornou-se comum e corriqueiro. Entretanto, qual o significado disto? A resposta dependerá da posição que se ocupa na sociedade. Tomando como exemplo as mudanças implementadas no mundo do trabalho verifica-se que, para as empresas, a globalização significou a ampliação da concorrência e do mercado, resultando não mais na preocupação com o mercado local ou regional, mas na necessidade de considerar o mercado mundial. Como a livre concorrência determina a existência, a continuidade ou não das empresas, a competitividade entre elas aumenta ainda mais. Assim, constantemente buscam-se formas para aumentar a produtividade, porém com redução dos custos, visando o aumento do lucro. Hoje a indústria automobilística e o sistema financeiro, por exemplo, após as mudanças nos modelos de gestões e implementação de novas tecnologias e automação, conseguem produzir muito mais empregando cada vez menos pessoas (GOUNET, 1999; ANTUNES, 2000; JINKINGS, 2002).

² No decorrer do mestrado tive que aprender a conviver com a LER. No processo do doutorado as dores aumentaram e limitaram muito o uso das mãos para as atividades de escrita e digitação. Assim, para a concretização deste estudo foi necessária a ajuda de outras pessoas e também de um programa de voz. Pelo insuficiente domínio dessa tecnologia é possível que no texto ainda se verifique alguma supressão ou substituições de sílabas ou palavras, produzindo erros ortográficos, mesmo com as revisões realizadas.

Em decorrência disso, ao se analisar as mudanças no mundo do trabalho do ponto de vista dos trabalhadores, constata-se o aumento cada vez maior do desemprego, a redução dos postos de trabalho e a intensificação do seu ritmo para aqueles que permanecem empregados. A reestruturação produtiva³ trouxe em seu bojo a precarização das relações de trabalho, com a proliferação das atividades terceirizadas e do trabalho informal. As mudanças tecnológicas e organizacionais implementadas, nem sempre foram acompanhadas do devido cuidado com os impactos sobre a saúde do trabalhador.

O impacto dessas mudanças sobre a saúde do trabalhador tem preocupado profissionais, trabalhadores e pesquisadores do Brasil e de outros países. Exemplo disso foi a mobilização da Comissão das Comunidades Europeias que surgiu para estabelecer novas estratégias, especialmente nas áreas da saúde e seguridade social. Os membros daquela comissão alertam que

as enfermidades consideradas emergentes como o estresse, a depressão, a ansiedade, assim como a violência no trabalho, o assédio moral e a intimidação, são responsáveis por 18% dos problemas de saúde associados com o trabalho, uma quarta parte dos quais implica duas semanas ou mais de ausência laboral (COMISIÓN ..., 2002, p. 8).

Os dados estatísticos sobre a incidência de estresse mental no trabalho em países como os Estados Unidos e o Canadá, apresentados por Jacques e Codo (2002, p.18), não diferem muito dos apresentados na comunidade europeia, uma vez que o estresse mental sozinho responde por “[...] 11% das reclamações por doenças nos Estados Unidos; segundo dados do National Council on Compensation Insurance, de 1985, estas reclamações dobraram em número de 1980 a 1982”. O que chama a atenção é como os problemas denominados como psicossociais têm ganhado destaque na atualidade.

O sofrimento psíquico no trabalho tem-se constituído na segunda causa de afastamento no trabalho nos Estados Unidos, provocando controvérsias e discussões sobre a possibilidade de existir ou não uma relação com o trabalho. São fatos como esses que demonstram como ainda estão distantes a efetivação da saúde e o trabalho como direito de todos os trabalhadores (JACQUES; CODO, 2002, p.18).

Os estudos produzidos por Barreto e Alencar (2001) tornam visíveis os danos psíquicos decorrentes da exposição dos trabalhadores brasileiros a humilhações, constrangimentos e situações vexatórias vividas no trabalho. Outros estudos apontam que os

³ Processo que “compatibiliza mudanças institucionais e organizacionais nas relações de produção e de trabalho, bem como a redefinição de papéis dos estados nacionais e das instituições financeiras, visando a atender as necessidades de garantia de lucratividade” (CORRÊA, 2000, p.202).

profissionais que têm o afeto como parte obrigatória do investimento do trabalhador são sujeitos à Síndrome de *Burnout*⁴ que levam ao sofrimento psíquico (CODO, 1999). Os profissionais da educação e da saúde são mais afetados por este tipo de síndrome devido a natureza de seus trabalhos devido ao contato direto e constante com outras pessoas (CARLOTTO; GOBBI, 1999), uma vez que no processo de trabalho deles envolve uma “relação direta e imediata com o outro é necessariamente permeada por afeto⁵” (CODO; VASQUES-MENEZES, 2000, p.10) porém, dependendo da dinâmica de cada tipo de trabalho, as possibilidades de expressão da subjetividade, da afetividade humana variam em maior ou menor grau. A profissionalização de uma atividade como o cuidado que é vista como inerente à pessoa, sendo executada de forma mediada, pode gerar um conflito de difícil resolução para quem a realiza. “Isso, porque a lógica do mercado de trabalho não é, e não tem como ser, a lógica do cuidado (CODO; VASQUES-MENEZES, 2000, p.12). Assim o salário, a técnica e a hierarquia, como mediações impostas pela profissionalização do cuidado, criam uma tensão entre “vincular-se versus não vincular-se afetivamente” que atinge os profissionais, uma vez que a lógica capitalista “expulsa” o afeto das relações de trabalho e cria uma situação contraditória ao trabalhador. O ato de cuidar implica numa relação entre dois seres humanos cuja ação resulta no bem estar do outro. Assim, exigir que apenas uma das partes se doe afetivamente sem ter o retorno, esvazia e torna uma relação mercadológica, pois sem esse retorno do investimento afetivo o trabalhador não pode “se reapropriar do seu trabalho” (CODO; VASQUES-MENEZES, 2000, p.13).

A discussão de tais temas já ultrapassou as questões teóricas: há registros de decisões jurídicas favoráveis ao trabalhador⁶ que reconhecem que a síndrome de *Burnout*⁷ e o assédio moral⁸ são situações que comprometem a saúde do trabalhador em decorrência dos conflitos desencadeados no ambiente de trabalho e devem ter respaldo legal⁹.

⁴ Segundo Carlotto e Gobbi (1999), designa aquilo que deixou de funcionar por exaustão de energia e constitui-se pelas seguintes dimensões: exaustão emocional, despersonalização e diminuição do sentimento de realização profissional no trabalho.

⁵ Elemento básico da afetividade, constitui um “conjunto de fenômenos psíquicos que se manifestam sob a forma de emoções, sentimentos e paixões, acompanhados sempre da impressão de dor ou prazer, de satisfação ou insatisfação, de agrado ou desagrado, de alegria ou tristeza” (CODO; VASQUES-MENEZES, 2000, p. 10).

⁶ De acordo com notícia publicada em 24/04/2002, no Diário La Verdad, da Argentina, intitulada “El acoso moral es reconocido como accidente laboral por un juzgado de Vitótiá” (EL ACOSO..., 2002).

⁷ O INSS reconheceu a Síndrome de Burnout como uma doença adquirida no trabalho e concedeu afastamento ao trabalhador (SALVADOR; CALIA, 2003).

⁸ É a exposição dos trabalhadores a situações humilhantes e constrangedoras, repetitivas e prolongadas durante a jornada de trabalho e no exercício das funções profissionais. Os atos e comportamentos hostis e agressivos, têm a finalidade de isolar e fazê-los desistir do emprego. Pode causar danos à saúde, a dignidade e identidade (BARRETO; ALENCAR, 2001).

⁹ A legislação francesa prevê pena de prisão de um ano ou o pagamento de indenização no valor de 30 mil francos aos agressores, incluindo a empresa. No Brasil, tramita na Câmara Federal um projeto de lei de reforma

As dimensões afetiva e emocional sempre estiveram presentes no desenvolvimento do trabalho humano e, no entanto, apenas na atualidade sua importância tem sido mais enfatizada, especialmente, no setor de serviços, onde tem havido um aumento do controle sobre os sentimentos do trabalhador no ambiente de trabalho. Se antes o trabalhador ficava exposto apenas às exigências e cobranças feitas pelos seus superiores hierárquicos, hoje ele também fica sujeito às pressões de terceiros, como os usuários de serviços, cada vez mais exigentes e conscientes de seus direitos.

Os trabalhadores do setor de serviços trabalham, na atualidade, constantemente pressionados para que o atendimento seja cordial, rápido, eficiente e eficaz. Outras vezes, as pressões são mais difusas, como a ameaça do desemprego que paira sobre os trabalhadores que ainda se encontram incluídas no mundo do trabalho.

Ainda que existam especificidades que diferenciam o mundo do trabalho industrial e o do trabalho em saúde, tanto um quanto outro vem sofrendo e respondendo às pressões por mudanças para que, assim, se tornem mais eficientes e eficazes, como será tratado mais adiante.

Frente ao contexto de mudanças ocorridas no mundo do trabalho, a presente pesquisa tem como propósito estudar as formas de adoecimento dos trabalhadores de enfermagem expressos através dos diagnósticos médicos registrados nos atendimentos desse grupo de trabalhadores.

Porque estudar especificamente os trabalhadores da enfermagem? Em primeiro lugar para obter um panorama acerca das formas de adoecimento manifestadas por esse grupo profissional, bem como das doenças relacionadas ao trabalho apresentadas por eles para atender a uma inquietação surgida na convivência com os bancários portadores de LER. Além disso, este grupo foi escolhido por constituir um segmento significativo de trabalhadores na área da saúde que, devido às especificidades de sua prática assistencial, é freqüentemente exposto a diversos fatores de risco e a agravos à saúde presentes no ambiente de trabalho. A enfermagem tem por finalidade produzir cuidados que visam a recuperação do corpo doente e tem no hospital seu maior mercado de trabalho.

As condições de trabalho oferecidas pelos hospitais aos trabalhadores de enfermagem são consideradas inadequadas e responsáveis por desequilíbrios na saúde daquele grupo de trabalhadores, desde a década de 1950. Desde então, vem crescendo a produção do conhecimento acerca da saúde dos trabalhadores de enfermagem, mas permanece o desafio

para efetivar medidas preventivas capazes de evitar os acidentes e as doenças que os acometem.

O desafio de investigar a relação existente entre as mudanças ocorridas no mundo do trabalho contemporâneo, no modo de produção capitalista e os seus impactos sobre a saúde dos trabalhadores de enfermagem foi norteador pelas seguintes questões: do que adoecem os trabalhadores da enfermagem da rede hospitalar do Estado de Minas Gerais? Quais foram as mudanças ocorridas no mundo do trabalho em geral e mais especificamente no trabalho em saúde no período investigado? É possível estabelecer uma relação entre as mudanças ocorridas no mundo do trabalho e as doenças dos trabalhadores na população investigada?

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL:

- Analisar os problemas de saúde dos trabalhadores de enfermagem da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, através dos diagnósticos médicos registrados na Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador.

2.2 ESPECÍFICOS:

- Levantar o número e o tipo de atendimentos prestados a trabalhadores de enfermagem pelo Serviço de Medicina do Trabalho e Serviço de Assistência Médica da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais no ano de 2002;
- Identificar as características (sexo, idade, categoria profissional e local de trabalho) dos trabalhadores de enfermagem atendidos pelo serviço médico da Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais;
- Identificar os diagnósticos médicos mais freqüente entre os atendimentos prestados aos trabalhadores de enfermagem;
- Comparar os diagnósticos médicos encontrados às doenças relacionadas ao trabalho inseridas na “Lista das doenças relacionadas ao trabalho” do Ministério da Saúde;
- Levantar o número de dias de afastamentos ao trabalho devido aos problemas de saúde diagnosticados e os locais de trabalho com maior número de trabalhadores afastados devido a tais problemas.

3. AS TRANSFORMAÇÕES DO MUNDO DO TRABALHO E O SETOR SAÚDE

Será realizada uma retrospectiva das mudanças em curso no mundo do trabalho, com especial referência aquelas da década de 1990, com ênfase às tecnológicas e organizacionais implementadas e as consequências para o trabalhador.

3.1 AS MUDANÇAS NO MUNDO DO TRABALHO

De acordo com Marx e Engels (1991) a história da existência humana refere-se a uma sucessão de diferentes modos de produção¹⁰, que foram se transformando ao longo da história¹¹ até chegar ao capitalista. No modo de produção capitalista, os homens são “livres” para tornar-se “proprietários” ou “propriedade”. Alguns podem ser proprietários dos meios de produção e comprar a força de trabalho necessária para a produção. Outros, a maioria dos trabalhadores, também são vistos como "proprietários", porém o que eles detêm é apenas a posse de sua força de trabalho, que precisa ser vendida em troca de um salário para garantir a sua sobrevivência. Desta maneira, mesmo produzindo intencionalmente sua sobrevivência, o homem não proprietário dos meios de produção, não pode controlar as condições em que produz nem os produtos de seu trabalho.

Inicialmente, o trabalho tinha por finalidade a produção de bens para o consumo próprio. Com o advento da propriedade privada, os não-proprietários são obrigados a trabalhar para sobreviver, ou seja, são obrigados a vender sua força de trabalho a outrem. Assim o produto do trabalho não mais pertence ao produtor; o trabalho passa a ter caráter de troca uma vez que, ao trabalhador se paga um salário para produzir, manter-se vivo e voltar a produzir novamente. E, assim, nesta atividade o próprio homem, “o trabalhador se converte em mercadoria. Também ele passa a ter seu valor - por sua capacidade de produzir valor - no mercado de trabalho” (BASBAUM, 1981, p.23).

Se, para o trabalhador, não resta alternativa senão fazer o contrato de trabalho para ganhar a vida, por outro lado, o empregador, como possuidor de uma unidade de capital se

¹⁰Exemplos de modo de produção: asiático, o antigo, o feudal e o capitalismo (MARX; ENGELS, 1991).

¹¹ A história da humanidade demonstra que as mudanças no mundo não ocorrem abruptamente. Existem forças dentro de uma sociedade que a vai transformando, trazendo algo de novo. Uma nova sociedade sempre nasce da velha sociedade. No velho já existe o germe do novo (MARX; ENGELS, 1991).

esforça para ampliar seus ganhos e, para isso, converte parte deles em salários. Dessa maneira realiza-se o processo de trabalho, “o qual embora seja em geral um processo para criar valores úteis tornou-se agora especificamente um processo para expansão do capital, para a criação de lucro” (BRAVERMAN, 1987, p.55-6).

Para alcançar a expansão do capital, é fundamental que o capitalista detenha o controle sobre o processo de trabalho; este controle é algo fundamental em todos os sistemas gerenciais. A origem da gerência advém em decorrência das novas relações sociais que estruturam o processo produtivo e o

antagonismo entre aqueles que executam o processo e os que se beneficiam dele, os que administram e os que executam, os que trazem à fábrica a sua força de trabalho e os que empreendem extrair dessa força de trabalho a vantagem máxima para o capitalista (BRAVERMAN, 1987, p.69).

Os modos de produção não são invariáveis, estáticos; no curso da história estão em constante processo de transformação (MARX; ENGELS, 1991). Mesmo em um determinado modo de produção, no caso o modo de produção capitalista, pode-se observar constantes rearranjos como resposta às suas crises.

Com a organização capitalista do trabalho é introduzida uma característica inédita, até então, no modo de produzir e na divisão capitalista do trabalho entre os homens que é a divisão de uma especialidade produtiva em múltiplas operações. Na produção manufatureira o que revoluciona o processo de trabalho são as profundas modificações na utilização da força de trabalho e na indústria moderna, é o instrumental de trabalho. Mas, seja na manufatura ou na grande indústria, a divisão do trabalho, em última instância, visa garantir a acumulação. Várias alternativas tecnológicas e organizacionais têm sido empreendidas pelo capital, desde a emergência do seu modo de produzir, para controlar o trabalho, para aumentar o lucro e responder às crises (MARX, 1988).

Vivemos atualmente com mudanças que se processam de maneira muito rápidas e intensas. De acordo com Antunes (2000) as mudanças no mundo do trabalho vêm ocorrendo, principalmente a partir de 1970, nos países centrais, constituindo o chamado padrão de acumulação flexível, que tem como marca a introdução de novas tecnologias e novas formas de gestão na organização do trabalho no setor produtivo. As inovações tecnológicas e organizacionais¹² articulam um conjunto de elementos de “continuidade” e de

¹² Inovação refere-se a um processo que envolve o uso, a aplicação e a transformação do conhecimento técnico e científico em problemas relacionados com a produção e com a comercialização, tendo o lucro como perspectiva; as inovações tecnológicas assumem um papel central na teoria econômica à medida que ocorre uma aproximação

“descontinuidade” que acabam por conformar algo relativamente distinto do padrão *taylorista/fordista*¹³ de acumulação e causam importantes mudanças no mundo do trabalho, que afetam tanto a produção quanto a vida social.

Tais mudanças se processam concomitantemente com o avanço da globalização da economia capitalista, entendida como a mundialização do capital¹⁴ nas formas financeira e industrial, que geram mudanças substantivas na forma da produção e de circulação da riqueza; os espaços produtivos são transformados e novas estratégias são implantadas pelas empresas visando o aumento da produtividade e da qualidade dos produtos, na tentativa de manter-se em um mercado cada vez mais globalizado e competitivo.

A aceleração da reestruturação produtiva teve como efeito uma profunda reorganização do trabalho tanto no interior das fábricas como externamente, através da terceirização, tendo a automatização um peso significativo. Como resultado desse processo, ocorreram mudanças significativas nas formas de utilização da força de trabalho, com impactos importantes sobre a produtividade do trabalho e a redução do emprego. Aliada a uma nova estrutura de controle da força de trabalho desenvolveu-se um novo perfil de qualificação, através de uma estrutura que assegura subordinação do trabalho ao capital no contexto da chamada produção flexível, pretensamente diferente daquela associada aos regimes fabris *taylorista*¹⁵/*fordista*¹⁶.

A reestruturação produtiva surgiu como tentativa de dar resposta à crise estrutural do capital¹⁷ e teve por objetivo reorganizar a produção capitalista, conservando sua estruturação

sistemática entre a ciência, a técnica e a produção. A expressão inovação organizacional trata das alterações nas formas de gestão e de organização da produção (CASTILHOS, 1997).

¹³ Foi uma expressão dominante no sistema produtivo da grande indústria, com seu respectivo processo de trabalho, ao longo do século XX, baseado na produção em massa das mercadorias, estruturada em uma produção mais homogeneizada e verticalizada. A atividade de trabalho é reduzida a uma ação mecânica e repetitiva, cabendo aos gerentes e aos administradores a direção intelectual do trabalho (ANTUNES, 2000).

¹⁴ “Um dos maiores traços do capitalismo planetário é a contradição entre a racionalidade crescente no interior da empresa e a irracionalidade societária, que assume dimensões globais”. Entretanto, o acesso, pelos países, ao capital não é igualitário. Pelo contrário, a autonomia sem precedentes conquistada pelo capital permite a eleição, dentre as diversas partes do mundo, daquela que for mais conveniente aos interesses envolvidos e os “atrativos econômicos” apresentados (CHESNAI, 1996, p.161).

¹⁵ Estratégia patronal de gestão/organização do processo de trabalho e, juntamente com fordismo, integra a organização científica do trabalho, baseado na “separação das funções de concepção e planejamento das funções de execução, na fragmentação e na especialização das tarefas, no controle de tempos de movimentos e na remuneração por desempenho” (CATTANI, 2000, p. 247).

¹⁶ Sistema de produção dominante na indústria automobilística do início dos anos 70 que tinha como meta produzir o máximo e em grandes séries (GOUNET, 1999).

¹⁷ A crise do capital do início dos anos de 1970, denominada de crise estrutural do capital, por Antunes (2000, p.29-30), evidenciou-se pela queda da taxa de lucros; retração do consumo; “hipertrofia da esfera financeira, que ganhava relativa autonomia frente aos capitais produtivos”; maior concentração de capitais com a união de grandes empresas; crise do “Estado do bem-estar social” e de seus mecanismos de funcionamento, acarretando a crise fiscal do Estado capitalista e a necessidade de retração de gastos públicos e sua transferência para o capital

básica. As mudanças se direcionaram então para o padrão de acumulação do capital, através de mecanismos que possibilitassem maior dinamismo ao processo produtivo.

Embora não exista uma homogeneidade nas transformações impostas ao mundo do trabalho nos diferentes países, observam-se algumas tendências gerais como a mundialização do capital. De acordo com Lima (1994) a adoção do modelo japonês, conhecido como *toyotismo*¹⁸, foi considerado como solução mágica para os problemas de competitividade enfrentados pelas empresas, elas atualizam suas estratégias de gerenciamento adotando “modelos” como os Programas de Qualidade Total (PQT)¹⁹, os modelos ‘californiano’ e ‘saturniano’²⁰, a reengenharia e a ênfase na ‘inteligência emocional’. A questão da qualidade, aliada ao conceito de modernidade, torna-se, no mundo da produção, uma nova vantagem competitiva de empresas e de nações inteiras. E os novos jargões utilizados no mundo do trabalho indicam claramente a sua origem: *kanban*²¹, *just-in-time*²², Círculo de Controle de Qualidade (CCQ²³), *Kaizen*²⁴, entre outros.

As novas formas de gerenciamento, de organização da produção e do trabalho para o desenvolvimento de produtos são apontadas como solução para os problemas de produção e

privado”, aumento intenso das privatizações, com tendências à desregulamentações e a flexibilização do processo produtivo, dos mercados e da força de trabalho.

¹⁸ Modelo de organização do trabalho, surgido no sistema produtivo do Japão, implantado progressivamente nas décadas de 1950 a 1970, na Toyota (GOUNET, 1999).

¹⁹ Modelo de gestão baseado no comprometimento de todos e na vivência da melhoria contínua, elevando os patamares da qualidade e da produtividade, visando a “contínua superação das expectativas de clientes internos e externos” (ARAÚJO; REDI, 1997, p.27).

²⁰ Modelos formados pelos críticos à importação do modelo japonês. Projeto Saturno baseia-se numa experiência realizada pela General Motors, para enfrentar a concorrência japonesa. Diferentemente da corrente ‘californiana’ que pretendia realizar a síntese dos dois modelos, o que predominava era a necessidade de inaugurar uma nova prática gerencial, diferente de tudo o que havia sido feito até então. A novidade do projeto saturniano consistia na tentativa de se criar um novo pacto social, através da negociação com os sindicatos, ao invés da hostilidade aberta contra a ação sindical, manifestadas nas empresas ‘californianas’. Na empresa ‘saturniana’, as divergências e conflitos são considerados inevitáveis e, portanto devem ser abertamente tratadas e negociadas com vistas a atingir o consenso (LIMA, 1994).

²¹ *Kanban* se refere ao sistema visual de informação utilizado para administrar o *Just-in-time* adotado no sistema da Toyota (FRANZOI, 2000).

²² Forma de administração da produção industrial e de seus materiais, segundo a qual a matéria-prima e os estoques intermediários necessários ao processo produtivo são suprimidos no tempo certo e na quantidade exata. Através dela, “busca-se chegar a um estoque zero” (FRANZOI, 2000 p.137-8).

²³ “técnica de organização do processo de trabalho desenvolvida no Japão nos anos 60. São criados, no interior da empresa, grupos de 6 a 10 trabalhadores com o objetivo de elaborarem projetos para a melhoria dos métodos de produção, do ambiente de trabalho, da maquinaria, etc. [...] podem se reunir no interior ou fora do trabalho, mas as reuniões não implicam em qualquer remuneração extra. [...] elaboradas as sugestões, elas devem ser encaminhadas para a hierarquia formal da empresa, instância em que serão avaliadas e é decidida a conveniência de sua implantação. Mas como é a empresa quem define a formação dos grupos, sua estrutura e organização, não só os CCQ deixam de ser espaço dos trabalhadores, como até acabam, no mais das vezes, destruindo as relações informais entre eles e se configurando num mecanismo que, para além do seu potencial de cooptação dos próprios trabalhadores por parte da empresa, favorece o aumento da produtividade” (COHN; MARSIGLIA, In: ROCHA, et.al, 1993, p.70).

²⁴ Palavra que quer dizer mudança (*kai*) para melhor (*zen*). Na filosofia da qualidade total, ela é definida como a melhoria contínua não só de processos, sistemas, rotinas e ambiente mas também, em especial, de pessoas (ARAÚJO; REDI, 1997, p.28).

da concorrência intercapitalista e generalizou-se, a nível mundial, a adoção de programas de qualidade total, em sua maioria embasados em modelos propostos pelas empresas mais lucrativas do primeiro mundo e tendo como a fonte máxima de inspiração o Modelo Japonês, cuja origem remonta aos anos de 1960 quando surge no Japão um novo modelo de organização do trabalho, conhecido como *toyotismo*.

As bases desse modelo, apoiadas na reorganização do trabalho, na redução de níveis hierárquicos e no controle da qualidade dos produtos, dentre outras atividades, pressupõem a “polivalência²⁵” dos trabalhadores, produtos diferenciados, responsabilidade com o mercado e uma estrutura organizacional que permita constantes mudanças e inovações. Esse modelo deixa claro que inovar a organização do trabalho significa entender o trabalhador como um indivíduo polivalente²⁶, qualificado e com capacidade de participação; para tanto, foi necessária a adoção de formas flexibilizadas de produção, em oposição à rigidez do modelo *taylorista/fordista* até então vigente.

O discurso aparentemente coerente e humanizador da adoção dos modelos japoneses de gestão por empresas brasileira é desmantelado, dentre outros, por Lima (1995) que, ao estudar as “novas” políticas de recursos humanos implementadas em duas empresas brasileiras - uma cooperativa industrial e uma metalúrgica - concluiu que as freqüentes contradições dessas novas políticas revelam as verdadeiras razões de sua adoção pelo empresariado local:

a empresa puramente estratégica se diz interessada nos homens. De fato, ela os utiliza de uma maneira refinada, para obter deles desempenhos econômicos cada vez maiores, contribuindo assim para quebrar as solidariedades e impedir o

²⁵ Polivalência é diferente de politecnia, mas usada como estratégia de esvaziamento de conceitos ou categorias, com apropriação formal e anacrônica pelas instâncias burocráticas e uso das mesmas para forjar o consenso. **Polivalência** significa um trabalho mais variado com uma certa abertura em relação à possibilidade de administração do tempo pelo trabalhador e sem implicar, necessariamente, mudança qualitativa das tarefas. Representa nada mais do que uma racionalização formalista com fins instrumentais. Não significa, obrigatoriamente, intelectualização do trabalho, mesmo que se trabalhe com equipamentos mais complexos. **Politecnia** representa o domínio da técnica em nível intelectual e a possibilidade de um trabalho flexível com a recomposição de tarefas para nível criativo. Supõe a ultrapassagem de um conhecimento meramente empírico, ao requerer o recurso a formas de pensamento mais abstratas. Vai além de uma formação simplesmente técnica ao pressupor um perfil amplo de trabalhador, consciente, capaz de atuar criticamente em atividade de caráter criador e de buscar com autonomia os conhecimentos necessários ao seu progressivo aperfeiçoamento (MACHADO, 1992, grifo nosso).

²⁶ Rompe-se a relação um homem/uma máquina. "Na Toyota, desde 1955, um trabalhador opera em média cinco máquinas. Enquanto quatro delas funcionam automaticamente, ele carrega, descarrega, prepara a quinta. Se há duas máquinas para operar ao mesmo tempo, ele chama um colega. Isso tem duas conseqüências imediatas: o trabalho não é mais individualizado e racionalizado conforme o taylorismo; é um trabalho de equipe; a relação homem-máquina torna-se a de uma equipe de operários frente a um sistema automatizado; em segundo lugar, o trabalhador deve tornar-se polivalente para operar várias máquinas diferentes em seu trabalho cotidiano, mas também para poder ajudar o colega quando preciso" (GOUNET, 1999, p.27).

reconhecimento mútuo de sujeitos conscientes de seus direitos (LIMA, 1995, p.14).

O discurso utilizado, pela empresa, preconiza a participação e a democracia, em busca incansável do consenso para harmonizar os interesses individuais e organizacionais. Antecipando o surgimento dos conflitos e das reivindicações, cria-se os grupos internos das empresas, as comissões das fábricas, com a finalidade de evitar possíveis movimentos de greve. Entretanto, a participação, a democracia e a harmonização de interesses não passam de táticas para a mais pura extração de mais-valia²⁷.

Analisando a indústria automobilística, Gounet (1999) afirma que, no Brasil, seus trabalhadores são vítimas da crise econômica estrutural e da passagem de um modelo de organização da produção baseado no *taylorismo/fordismo* para o modelo fundado no *toyotismo*. Como exemplo, podemos citar o ano de 1998, quando produção automobilística no Brasil apresentou queda de 21% em sua produção, o que ocasionou a demissão maciça de trabalhadores como forma de reduzir os seus custos.

A substituição progressiva do sistema *taylorista/fordista* pelo *toyotismo* permite maior exploração dos trabalhadores, por três meios principais: a) pela intensificação do trabalho, sobrecarregando ao máximo cada trabalhador, que deve ser cada vez mais rápido, através da redução do 'tempos mortos' e da agregação de tarefas; b) pela redução dos salários e degradação da proteção social que ocorre, principalmente pela terceirização²⁸ e, finalmente, pela diminuição da capacidade de organização dos trabalhadores dado que estes, mesmo no interior de uma mesma planta fabril, podem ter diferentes contratos de trabalho, o que dificulta a atuação sindical.

Esses fenômenos que se iniciaram na indústria automobilística, na atualidade não dizem respeito somente aos trabalhadores desse setor pois o capitalismo, em seu conjunto,

se nutre fundamentalmente da exploração dos trabalhadores. Quanto mais a crise se agrava, mais os empresários tentam recuperar, às custas dos trabalhadores, os lucros que perdem com a queda das vendas. Quanto mais o capitalismo avança, mais os operários e seus servidores introduzem métodos sofisticados para, ao mesmo tempo, aumentar a contribuição de cada trabalhador para a criação de riqueza, no sentido geral, e reduzir a capacidade de resistência coletiva dos operários. A

²⁷ “A extração da mais-valia é a forma específica que assume a EXPLORAÇÃO sob o capitalismo, a *differentia específica* do modo de produção capitalista, em que o excedente toma forma de LUCRO e a exploração resulta do fato da classe trabalhadora produzir um produto líquido que pode ser vendido por mais do que ela recebe como salário. Lucro e salário são as formas específicas que o trabalho excedente e o trabalho necessário assumem quando empregados pelo capital” (BOTTOMORE, 1993, p.227, grifo do autor).

²⁸ “Em uma fábrica terceirizada, as condições sociais são sempre piores que em uma grande unidade de produção, na qual os trabalhadores podem formar uma força organizada, capaz de extrair certas vantagens através da luta” (GOUNET, 1999, p.9).

passagem do fordismo ao toyotismo se insere nesse esforço patronal (GOUNET, 1999, p.9).

O processo de industrialização no Brasil ocorreu de forma extremamente rápida e se intensificou a partir da década de 1970 quando gerou transformações importantes na organização do trabalho, o que afetou suas relações. A partir de 1980, a economia brasileira entrou numa fase de instabilidade, quando alternou momentos de recessão e expansão. O modelo econômico implantado permitiu que, juntamente com o crescimento econômico ocorresse significativo aumento do déficit público e das desigualdades sociais. Desta forma, o Estado foi forçado a se retirar da atuação no campo da educação, da saúde e dos serviços públicos. Ao desemprego crescente somou-se o achatamento salarial que era diuturnamente corrompido pela inflação resistente às mais diversas medidas concebidas pelos *experts* em economia. Segundo Lima (1995), neste contexto, o empresariado, movido pela pretensão da conquista de novos mercados no exterior se viu obrigado a adotar novas tecnologias e renovar os processos de trabalho.

Invernizzi (2000), ao estudar os impactos da reestruturação produtiva em seis ramos industriais no Brasil (automobilístico, eletrodoméstico de linha branca, o complexo químico-petroquímico, de equipamentos para telecomunicações, têxtil e de calçados) constatou que aquele processo se deu de forma desigual entre os setores estudados e que o aprofundamento da reestruturação ocorrido na década de 1990 teve impactos significativos sobre a produtividade do trabalho na redução do emprego.

Segnini (1998, p.19) afirma que a redução da atividade industrial no Brasil, a partir dos anos 1980, ocorreu ao mesmo tempo em que

[...] a ampliação do emprego significou a expansão do setor público (administração e segurança pública e atividades sociais - educação e saúde, sobretudo); nos anos 90, o mesmo processo adquire novo significado, representando o crescimento e a expansão de ocupações-formalizadas, das formas consideradas atípicas de relações de trabalho (terceirização, trabalho temporário etc.).

O sistema financeiro, no Brasil, tornou-se, a partir do século XX um dos mais importantes subsectores do setor terciário da economia, tanto pela sua participação no Produto Interno Bruto (PIB) e na População Economicamente Ativa (PEA), quanto na difusão das novas tecnologias e das novas formas de organização do trabalho (SEGNINI, 1998).

Embora o processo de reestruturação produtiva, com aceleração das transformações no setor financeiro nacional tenha-se intensificado nos anos de 1990, com as políticas de liberalização, desregulamentação e privatização, cabe assinalar que as condições institucionais

necessárias e indispensáveis para tanto foram oportunizadas a partir da política financeira e bancária adotada pelo governo militar do pós-64, com a finalidade de acelerar a taxa de desenvolvimento econômico e introduzir o país no processo de internacionalização do capital.

A década de 1990 traz como elemento novo, a política de informática adotada pelo governo que permitiu, aos bancos, incorporar as mais recentes inovações do mercado internacional. A necessidade de racionalização do sistema financeiro e a criação dos instrumentos legais para o desenvolvimento de uma estrutura financeira, capaz de dar suporte ao novo padrão de acumulação projetada fez com que intensificasse a implementação das inovações tecnológicas e organizacionais. Em decorrência, mudaram-se as formas de execução e organização do trabalho bancário, acarretando a intensificação do trabalho bancário (SEGNINI, 1998).

Com as inovações tecnológicas e a racionalização do trabalho houve a possibilidade do aumento da produtividade e dos lucros bancários até os dias atuais²⁹. No entanto, esse mesmo processo contribuiu para o desemprego de mais de 400 mil bancários entre as décadas de 1980 e 1990 (JINKINGS, 2002).

Juntamente com o aumento do desemprego, difunde-se a idéia de que o trabalhador, vítima do sistema, é o responsável por seu desemprego, por não estar preparado para a “nova era”. Para Frigotto (1998 p.14) a afirmação da “nova era do mercado” como a única via possível da sociabilidade humana,

serve de falso argumento para afirmar teses conservadoras que legitimam a exclusão. Justifica-se a exclusão e a desigualdade como elementos necessários. Busca-se firmar uma consciência alienada de que os vencedores ou os incluídos devem-no a seu esforço e competência. Os excluídos, os derrotados ou os miseráveis do mundo pagam o preço de sua incompetência ou de suas escolhas.

Desta maneira, o desemprego gera muito sofrimento devido ao mais triste dos sentimentos: a vergonha³⁰. Cada um se vê (ou é encorajado a isso) como dono falido de seu

²⁹ De acordo com notícias publicadas pelo Jornal Folha de São Paulo de 05/08/2003, os balanços divulgados pelos bancos Itaú, Bradesco e Banespa, referentes ao período de janeiro a junho de 2003, confirmam o crescimento do lucro desses bancos comparados ao mesmo período de 2002. O Bradesco obteve lucro líquido de R\$ 1,027 bilhão, o Banespa obteve lucro líquido de R\$ 1,067 bilhão e o maior lucro registrado no setor foi obtido pelo Banco Itaú com lucro líquido de R\$ 1,490 bilhão. O lucro do Itaú teve um crescimento de 42% no 1º semestre de 2003, comparado ao mesmo período de 2002 (RECEITA, 2003, p.5).

³⁰ Sentimento de ser indigno, que conduz a todas as submissões, sendo que “não há nada que enfraqueça nem que paralise mais que a vergonha. Ela altera na raiz, deixa sem meios, permite toda espécie de influência, transforma em vítimas aqueles que a sofrem, daí o interesse do poder em recorrer a ela e a impô-la; ela permite fazer a lei sem encontrar oposição, e transgredi-la sem temor de qualquer protesto. É ela que cria o impasse, impede qualquer resistência, qualquer desmistificação, qualquer enfrentamento da situação. [...]afasta a pessoa de tudo aquilo que permitiria recusar a desonra e exigir uma tomada de posição política do presente. [...] permite a exploração dessa resignação, além do pânico virulento que contribui para criar” (FORRESTER, 1997, p.12).

destino quando não passou de um número colocado pelo acaso numa estatística. São milhares de pessoas colocadas à margem,

por tempo indefinido, talvez sem outro limite a não ser a morte, têm direito apenas à miséria ou à sua ameaça mais ou menos próxima, à perda muitas vezes de um teto, à perda de toda consideração social e até mesmo de toda autoconsideração (FORRESTER, 1997, p.10).

O desemprego estrutural demarca não apenas o aumento do exército de excluídos³¹, mas especialmente o excedente de trabalhadores, ou seja, a não necessidade, para a produção, de milhões de trabalhadores que resulta no aumento da miséria, da fome e da barbárie social. Nos anos 90, "o espectro das novas formas de exclusão social" pairam sobre o capitalismo mundial e nascem

novas clivagens de desigualdades, uma nova pobreza no interior do centro capitalista [...] A expansão da insegurança no trabalho, passou a ocorrer em diversos níveis: insegurança no mercado de trabalho, no emprego, na renda, na contratação e na representação [...]. Na verdade, o que ocorre é a explicitação histórica da própria condição da classe do proletariado: a insegurança, a situação de estar à mercê do acaso, submetido ao 'poder das coisas', ao mercado (ALVES, 2000, p. 18-9).

Com o processo de globalização ou da mundialização do capital, houve a transferência de tecnologia através de diferentes formas como: a passagem de plantas completas das fábricas; *hardware* e *software*; financiamento da industrialização ou projetos de infraestrutura; especialistas e consultores para o treinamento de pessoal local e através de serviços técnicos. Mas essa transferência de tecnologias, dos países exportadores para os países em desenvolvimento, não foi acompanhada de uma devida preocupação com a segurança e a saúde dos trabalhadores.

Geralmente, nos países receptores, a legislação referente à área da saúde do trabalhador é escassa ou mesmo inexistente. Assim, os países exportadores deveriam ser a fonte inicial de normas, requerimentos legais, regulamentações e outras informações relevantes para a aplicação segura e saudável da tecnologia que está sendo exportada (MOURA, 1993). Como nem sempre ocorre essa integração entre os países, o resultado acaba recaindo sobre a segurança e a saúde dos trabalhadores. As novas tecnologias e as substâncias

³¹ São vidas encurraladas, torturadas, que se desfazem, tangentes a uma sociedade que se retrai. "Entre esses despossuídos e seus contemporâneos, ergue-se uma espécie de vidraça cada vez menos transparente. E como são cada vez menos vistos, como alguns os querem ainda mais apagados, riscados, escamoteadas dessa sociedade, eles são chamados de excluídos. Mas, ao contrário, eles estão lá, apartados, encarcerados, incluídos até a medula! Eles são absorvidos, devorados, relegados para sempre, deportados, repudiados, banidos, submissos e decaídos, mas tão incômodos: uns chatos!" (FORRESTER, 1997, p.15).

químicas podem ser mais ou menos agressivas que aquelas que estão substituindo. Novos tipos de produção podem levar a novos tipos de acidentes de trabalho ou novas doenças profissionais ou relacionadas ao trabalho.

As empresas geralmente utilizam-se dos momentos de crise para dispensar, demitir, prioritariamente, os trabalhadores vitimados por doenças e acidentes de trabalho, a exemplo disso têm-se as demissões de bancários com LER. Esses trabalhadores vão ser os excluídos com menos probabilidade de encontrar novas colocações, principalmente em meio à situação de “abundância” de oferta de mão-de-obra, mais saudável e mais íntegro, disponível no mercado.

Pode-se acompanhar através dos noticiários situações em que fica retratado o desequilíbrio existentes entre os setores econômicos brasileiros. Como exemplo pode-se citar um jornal de circulação nacional em que pode-se observar, no mesmo dia e encarte a notícia sobre o aumento do lucro líquido obtido pelos Bancos Itaú, Bradesco e Banespa, no primeiro semestre de 2003 e a notícia em que, metalúrgicos protestam³² contra o afastamento de 3.933 trabalhadores “excedentes” das fábricas da Volkswagen de São Bernardo do Campo, no ABC Paulista e de Taubaté (TRABALHO, 2003, p.4; RECEITA, 2003, p.11).

Isto revela uma relação em que, de um lado, ocorrem ganhos crescentes nas instituições financeiras e, de outro, a crise dos setores produtivos, geradores de renda e de emprego. Sobre essa relação Chomsky (2002, p.26) afirma que

Em 1971, 90 por cento das transações financeiras tinham alguma relação com a economia real – comércio e investimentos de longo prazo – e 10 por cento eram especulativas. Em 1990, essa proporção se inverteu e, por volta de 1995, cerca de 95 por cento de um valor total imensamente maior era de natureza especulativa, com fluxos diários que geralmente excediam as reservas em moeda estrangeira das sete maiores potências industriais somadas, ou seja, mais de um trilhão de dólares por dia, a curtíssimo prazo: cerca de 80 por cento com prazo de resgate de uma semana ou menos.

A financeirização da economia e a produção sob a lógica da mercadorização do mundo estampam a enorme destrutividade que sempre caracterizou o capitalismo, mas que em nossos dias é ampliada, resultando em “destruição, precarização, eliminação de postos de trabalho, desemprego estrutural, um mundo conduzido pela **razão instrumental** que não é outra coisa senão a vigência da completa **desrazão**”. São mudanças que, vem atingindo o chamado setor de serviços, tornado-o cada vez menos público e “[...] **cada vez mais mercadorizado**. [...] Se

³² O protesto foi contra o fato de a Volkswagen ter colocado os “excedentes” no Instituto Gente. “Esse instituto, conforme a empresa, qualificará os trabalhadores para encaminhá-los ao projeto Autovisão – empresa que incentivará negócios e oportunidades fora das fábricas” (TRABALHO, 2003, p.4).

no passado recente, ele empregou os excedentes do trabalho industrial, hoje também contribui para o monumental exército de trabalho sobrando que o mundo presencia” (ANTUNES, 2002, p.12, grifo do autor).

Verifica-se que as transformações por que passa economia na atualidade, se por um lado, são inquestionáveis sob o ponto de vista econômico das empresas, por outro, trazem como consequência pesado ônus para a sociedade e, em especial, aos trabalhadores, ônus esse que se manifesta através da precariedade dos postos de trabalho e na exclusão social³³, fatores geratrizes, em última análise, da violência social. A precarização³⁴ do trabalho ocorre não só nas populações consideradas vulneráveis. Ela atua em todo o conjunto da sociedade, muitas vezes disfarçada sob o manto das novas formas de trabalho³⁵. Assim, os novos arranjos laborais como a oferta de emprego de tempo parcial ou temporário³⁶, as limitações ao trabalho dos jovens, muitas das vezes qualificado³⁷; o subemprego, o desemprego³⁸ recorrente e prolongado³⁹ e sem esperança de reingresso no mercado formal, as dificuldades de emprego para pessoas não qualificadas formalmente e a diminuição gradativa dos salários⁴⁰ pagos ao trabalhador manifestam a realidade concreta da reestruturação produtiva no cotidiano social.

³³ “O mercado de trabalho encolheu e piorou de qualidade na última década no Brasil. Um levantamento feito pelo IBGE[...] mostra que a parcela inativa da força de trabalho [...] cresceu 11,8%, passando de 39% em 1991 para 43,6% em novembro de 2001” (SANTOS, 2002, p.1).

³⁴ É o surgimento do trabalho formal precário através do aumento das vagas de pior qualidade. “Em 1999, 12,5 milhões de trabalhadores com carteira assinada ganhavam mais de R\$ 540. Em 2001, esse número caiu para 11,8 milhões. [...] nesses dois anos, desapareceram quase 700.000 postos de trabalho com carteira assinada nessa faixa salarial” (FERNANDES; BILLI, 2002, p.1).

³⁵ Na indústria, o setor com maior índice de **trabalho formal**, reduziu de “79,49% das pessoas que nela trabalhavam em 1991 para 66,50% na média [...], uma queda de 16,3%”. **O trabalhador por conta própria** cresceu de 20,1% da população ocupada em 1991 para 23,1% em 2001. **O emprego sem carteira assinada** também cresceu passando de 11,58% do pessoal ocupado em 1991 para 18,52% em 2001, um crescimento de 60% na década. (SANTOS, 2002, p.3, grifo nosso).

³⁶ Baseado na pesquisa feita pelo Datafolha, Toledo (2002, p.2) afirma que, entre 1996 e 2001, “o percentual de brasileiros que vivem de bicos ou de trabalhos esporádicos (*free-lance*) cresceu de 13% para 16%, equiparando-se ao percentual de assalariados registrados, que caiu de 22% para 16% [...]. Os funcionários públicos, que eram 9% da População em Idade Ativa (PIA) em 1996, somam agora apenas 5%. Também os autônomos regulares, aqueles que pagam ISS (Imposto Sobre Serviços), estão em queda: passaram de 9% para 5% no período. O único segmento que se manteve estável foi o dos assalariados sem registro, cujo percentual passou de 11% para 10%”

³⁷ Santos (2002, p.1) afirma que de acordo com os dados do IBGE, “de 1991 a 2001 (período janeiro a outubro), o percentual de jovens entre 15 e 17 anos que estavam no mercado de trabalho no Rio caiu de 26,1% para 9,5%. Entre os de 18 a 24 anos, a participação teve queda de 64% para 56,8%”. O desalento pela dificuldade de conseguir emprego ou a busca de maior escolaridade pelos jovens foram apontadas como as possíveis causas na queda do índice.

³⁸ O Brasil ocupa o segundo lugar no ranking mundial do desemprego e em números absolutos, com 11, 454 milhões de pessoas sem emprego e perde apenas para a Índia, com 41,344 milhões de desempregados. Há 20 anos, o país estava em nona posição, com 964,2 mil desempregados. Em 1990, ocupava sexto lugar, com 2,368 milhões. Em 2000, havia 164,4 milhões de desempregados no mundo (ROLLI, 2002).

³⁹ Cresceu o tempo de procura por um emprego, segundo o IBGE. “Em 1991, o tempo médio de procura por um emprego era de 13,31 semanas [...]. Em novembro de 2001, o tempo médio era de 20,55 semanas [...]”. O tempo de procura aumentou em 54,4% na década. (SANTOS, 2002, p.1).

⁴⁰ “Em 2001, rendimento caiu nos 12 meses e fechou em baixa de 3,9%; trabalhadores com carteira assinada perderam 7,5%; e renda do brasileiro cai pelo terceiro ano seguido” (SOARES, 2002, p.1).

3.2 CONTEXTUALIZANDO AS MUDANÇAS NA ÁREA DA SAÚDE OCORRIDAS NO BRASIL

A indústria foi o setor da economia que mais cresceu desde a Revolução Industrial até a primeira metade do século XX. A industrialização afetou de maneira direta grande parte da produção material, contribuindo significativamente para a produção de “riquezas das nações”. Ao final do século XX, registrou-se um progressivo crescimento do setor de serviços, que engloba as atividades realizadas fora da esfera da produção material, embora exista “[...] diferenciação entre si, pelo prestígio, níveis salariais e atividades desenvolvidas, mas que unificam-se por executarem atividades diferentes da produção material do tipo industrial” (PIRES, 1998, p.61).

O crescimento do setor de serviços, em quantidade e importância, contribui de maneira significativa para a produção da riqueza e na absorção da força de trabalho. Ele tornou-se, durante os anos de 1980 e 1990, responsável por mais de 50% dos postos de trabalho nos países desenvolvidos, onde se observa que o setor industrial vem diminuindo em importância desde o pós-Segunda Guerra Mundial. Essa tendência é observada em vários outros países, incluído o Brasil (PIRES, 1998).

Braverman (1987), ao analisar o crescimento do setor de serviços na sociedade capitalista, assinala que atividades que antes não eram de interesse para o capitalista⁴¹ tornou-se de interesse capitalista quando o trabalho foi transformado em trabalho produtivo, isto é, trabalho que produz lucro para o capital.

No decorrer do século passado observou-se um crescimento significativo do setor de serviços que, em grande medida, são prestados diuturnamente por 24 horas, englobando as mais diversas áreas, o que fez com que alguns autores denominem as sociedades que contam com tais serviços de sociedades 24 horas (FISCHER, 2003).

Ainda que haja imensa diversidade nas atividades e formas de produzir, o setor de serviços é marcado pela lógica da acumulação⁴² do capital, pela tecnologia e pelas formas de

⁴¹ “Arrumavam-se camas, limpavam-se chão, preparavam-se e serviam-se refeições, crianças eram cuidadas, doentes eram atendidos muito antes que pessoas fossem contratadas para fazer todas essas coisas” (BRAVERMAN, 1987, p.305-6).

⁴² Acumular constitui-se no imperativo mais importante, a força motriz, da sociedade burguesa. Um dos aspectos essenciais do capital é o de que ele tem que ser acumulado. “O capital é o VALOR que se que se expande a si mesmo, seu valor deve, pelo menos, ser preservado. Por força da concorrência, a mera preservação do capital é impossível sem que ele ao mesmo tempo se expanda” (BOTTOMORE, 1983, p.1).

organização do trabalho utilizadas na indústria. O setor de serviços, da mesma forma como foi influenciado pelo taylorismo está, na atualidade sendo influenciado pela adoção de novas tecnologias como a informática e a automação microeletrônica (PIRES, 1998).

O trabalho em saúde, é um ramo da prestação de serviços que compreende atividades essenciais para a vida humana e; é uma produção não-material que se completa no mesmo ato da sua realização e seu produto é indissociável do processo que o produz, ou seja é a própria realização da atividade.

O mercado de trabalho do setor de atendimento à saúde apresenta particularidades que o diferenciam do mercado de trabalho em geral, com funções associadas diretamente a certas categorias ocupacionais. Apesar do desemprego vigente em nosso país, aquele setor é, ainda, um grande empregador, situando-se entre os dez setores que mais geraram empregos⁴³ no Brasil e tende a aumentar em decorrência da crescente precarização das condições de trabalho e vida. Cabe destacar que há uma crescente tendência da terceirização da força de trabalho no “setor de assistência médico-hospitalar no Brasil, reproduzindo uma tendência mais geral da economia contemporânea” (GIRARDI et al., 2000, p.1).

O neoliberalismo⁴⁴ comumente entendido como um paradigma econômico e político que define o nosso tempo, também é causa de impactos na área da saúde. Uma das metas do neoliberalismo é o afastamento e diminuição do poder do Estado na formulação e implantação de políticas públicas, dentre elas as de saúde.

No Brasil o ano de 1989, ficou marcado como sendo o ano da “liberalização da economia” e foi considerado pelos “grandes arquitetos do Consenso de Washington”⁴⁵, o ano de ouro aos olhos do mundo dos negócios,

com lucros triplicados em relação a 1988 e uma redução de cerca de 20 por cento nos salários industriais, que já figuravam entre os mais baixos do mundo; a classificação do Brasil no **Relatório das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Humano** estava próxima à da Albânia (CHOMSKY, 2002, p.30, grifo do autor).

⁴³ Segundo Santana et al. (1999, p.244) o setor dos serviços médicos (hospitais e sanatórios) gerou “160.523 empregos no período compreendido entre janeiro de 1991 a agosto de 1997, correspondendo a 15% do total de empregos no período”.

⁴⁴ Embora o termo neoliberalismo sugira um sistema doutrinário, baseado em ideais liberais de Adam Smith, não é uma doutrina nova e seus pressupostos básicos estão muito distante daqueles que animaram a tradição liberal desde o iluminismo e “consiste em um conjunto de políticas e processos que permitem a um número relativamente pequeno de interesses particulares controlar a maior parte possível da vida social com o objetivo de maximizar seus benefícios individuais” (CHOMSKY, 2002, p.7).

⁴⁵ Senhores da economia privada, em geral empresas gigantescas que controlam a maior parte da economia internacional e têm meios de ditar a formulação de políticas e a estruturação do pensamento e da opinião (CHOMSKY, 2002).

A saúde, sob a ótica do neoliberalismo é reuniversalizada através de uma vertente predominantemente economicista e inserida nas mudanças por uma nova ordem econômica mundial. O Informe do Banco Mundial, sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993, com o tema “Investir em Saúde” apresentou um panorama sobre a situação da saúde no mundo trazendo os principais aspectos envolvidos no problema da assistência à saúde. Chamou a atenção

enfocando-os da ótica do custo-benefício coletivo, da organização da assistência de modo a dividir as ações entre os setores público e privado, ressaltando sempre o papel fundamental a ser exercido pelo Poder Público, seja na prestação dos chamados serviços clínicos essenciais de saúde, seja no exercício competente da atividade de regulação do setor, privilegiando a atuação do setor privado nos serviços classificados como não essenciais (COHN; ELIAS, 1996, p.59).

Aquele documento salientou ainda problemas comuns que ocorrem em Sistemas de Saúde, a saber:

destinação equivocada de recursos, em termos de custo-benefício; desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços; ineficiência nos gastos, na utilização de leitos e na distribuição de pessoal; explosão dos custos, decorrentes da disponibilidade de novas tecnologias combinadas ao advento de certas modalidades de seguro saúde. [...] particularmente na situação brasileira, [...] acrescenta-se [...] a insuficiência de recursos financeiros para a saúde, as iniquidades das ações e serviços de saúde, e as repercussões sociais decorrentes da ausência dos direitos de cidadania no cotidiano de saúde (COHN; ELIAS, 1996, p.60-1).

No relatório elaborado pela OMS sobre a avaliação dos Sistemas de Saúde no mundo, divulgado em 21 de junho de 2001, o sistema de saúde brasileiro foi classificado em 125º lugar no ranking geral em que se comparou os sistemas de saúde de 191 países membros. Embora o relatório tenha sido alvo de críticas de várias partes do mundo em relação à metodologia adotada teve seu aspecto positivo ao colocar na agenda da OMS o compromisso de monitorar o desempenho dos sistemas de saúde dos países (NORONHA, 2001).

Os anos de 1980 foram ricos no que se refere à organização da sociedade civil no país. À época, o movimento sindical brasileiro reagiu, se organizou, lutou pelos direitos dos trabalhadores e ganhou adesão da sociedade⁴⁶.

O mesmo ocorreu no setor da saúde onde os trabalhadores também se organizaram, desenvolveram lutas trabalhistas, denunciaram as distorções do modelo de saúde e lutaram pela inclusão do direito à saúde como um dos direitos de todos os brasileiros. É resultado

⁴⁶ No artigo “Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios”, Lacaz (1997) contextualiza a emergência da proposta programática da saúde dos trabalhadores no Brasil e suas características como política social a partir dos anos 1980.

desses movimentos a conquista de uma proposta de organização da saúde que supere a multiplicidade de instituições responsáveis pelas ações de saúde e a melhora da qualidade da assistência prestada, entre outros. A reforma constitucional de 1988 representou uma conquista da organização civil e um avanço no sentido da universalização dos direitos (PIRES, 1998) apesar de parcela significativa da população ter ficado fora do sistema previdenciário.

A Carta Magna promulgada em 1988 estabelece que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, previu a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), universal no acesso, igualitário no atendimento assistencial e equânime na distribuição dos recursos. A responsabilidade pela saúde da população coube ao Ministério da Saúde (MS) e às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. As diretrizes da organização e as modalidades operatórias previstas para o SUS foram regulamentadas pelas Leis Federais nº 8.080 de 1990 e nº 8.142 de 1991, que estabeleceram os princípios legais para o funcionamento da rede assistencial que compõe o SUS.

Quando da reforma administrativa de 1991, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), responsável pela área da saúde, foi integrado ao Ministério da Saúde (MS) e o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), passou a integrar o Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS), que coordena os órgãos ligados às atividades previdenciárias (PIRES, 1998). Desta forma, dentre as áreas sociais, a área da saúde tornou-se uma das poucas a ter completa regulamentação após a promulgação da Constituição, com seu arcabouço legal praticamente concluído em 1990.

Em apresentação a especialistas da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) em 15 de abril de 2003, realizada em Washington, Humberto Costa, ministro brasileiro da saúde, ao tratar do sistema de saúde brasileiro afirmou que:

8ª Conferência Nacional de Saúde realizada no Brasil, em 1986, foi um marco para declarar a saúde um direito universal garantido pelo Estado. Agora, se necessita, entre outras coisas, integrar os sistemas de saúde municipais, dar-lhes mais funcionalidade a esses sistemas, orientar os recursos para as necessidades da sociedade e garantir o acesso pleno aos serviços.

E, ao traçar um panorama do sistema de saúde brasileiro destacou que as dimensões continentais do país representam, por si só, um desafio:

[...] em 8,5 milhões de quilômetros quadrados o governo deve garantir a cobertura a mais de 130 milhões de habitantes dos 170 milhões que tem no país. O Brasil tem um dos sistemas de saúde mais extenso do mundo, o sistema único de saúde (SUS),

que possui 63.650 unidades ambulatoriais nas quais realiza 153 bilhões de procedimentos por ano; além de cobrir 900.000 internações por mês e 251 milhões de exames de laboratório (OPS, 2003a).

A temática da reestruturação produtiva e o trabalho no setor da saúde no Brasil foram objetos de estudos nas áreas de sociologia, economia, história, filosofia e enfermagem, dentre outras. Na área da enfermagem destacaram-se os estudos de Cocco (1997) e Pires (1998).

Cocco elegeu como foco de seus estudos as transformações no trabalho da enfermagem em saúde coletiva enquanto Pires focou seus estudos na análise das diferenças existentes entre o serviço público de saúde e o privado. Os estudos dessas autoras têm em comum a preocupação em compreender como ocorriam as articulações entre o mundo do trabalho em geral e o trabalho na área da saúde em particular.

Sob a óptica dos trabalhadores de enfermagem entrevistados por Cocco (1997) ocorreram mudanças significativas no atendimento de saúde à população via ampliação do número de Centros de Saúde e de serviços oferecidos após a implantação do SUS nas unidades básicas de saúde, que ocorreu após reorganização do sistema de saúde entre o período de 1986 a 1996. A autora afirma também que a ampliação dos serviços de prestação de assistência domiciliar, implantados partir das necessidades locais, aparentemente agilizou o sistema de saúde.

Com a reorganização do sistema de saúde, após a implantação do SUS nas unidades básicas de saúde, na ótica dos os trabalhadores de enfermagem entrevistados por Cocco (1997), houve mudanças significativas no atendimento da população, pela ampliação do número de Centros de Saúde e também pelos serviços oferecidos. Os vários serviços de prestação da assistência domiciliar existentes, aparentemente podem ter agilizado o sistema de saúde montado a partir das necessidades locais, adequando-os aos novos tempos.

Pires (1998), entretanto considera que as mudanças ocorridas foram insuficientes para que ocasionassem uma melhoria significativa do serviço de atendimento à saúde da população. Sua argumentação fundamenta-se em fatos como o não avanço na universalização ao acesso a todos os níveis de complexidade da assistência de saúde e organização, à manutenção do consumo aos serviços de saúde continuar atrelada à lógica do mercado, que comercializa a doença e legitima a desigualdade de acesso e ao fato de as denúncias dos problemas existentes no SUS serem aproveitadas pelos defensores do modelo de mercado como forma de desvalorizar o serviço público e os trabalhadores do serviço público com o intuito de defender a ilusão da eficácia do setor privado.

Mesmo as mudanças que ocorreram nas últimas décadas não alteraram o modelo de Estado voltado aos interesses privados, o que resultou na forte presença do setor privado em certos níveis da assistência e do setor público em outros. Este fato gerou não um único Sistema de Saúde mas sim “sistemas que segmentam a assistência segundo vários critérios, sendo o principal deles a forma de seu financiamento e a inserção do usuário no sistema de produção econômica” (COHN; ELIAS, 1996, p. 63).

Tradicionalmente os serviços de saúde no Brasil são agrupados segundo sua vinculação aos setores públicos e privado. Em geral, o setor público é subdividido segundo a esfera governamental a que pertencem os serviços: Federal, Estadual e Municipal e, o setor privado, segundo as origens do capital investido, pode ser dividido em lucrativos e não-lucrativos.

Os estabelecimentos assistenciais que compõem a rede de serviços, tanto estatais quanto privados, são usualmente classificados em: a) posto de saúde⁴⁷; b) centro de saúde⁴⁸; c) unidade mista⁴⁹; d) policlínica ou posto de assistência médica⁵⁰; e) pronto-socorro⁵¹ e, f) hospital⁵² (COHN; ELIAS, 1996).

Os principais traços dos serviços públicos são: prestados pelos governos ou por compra de serviços de terceiros, para os grupos sociais de renda média para baixo, historicamente financiados por contribuições compulsórias à Previdência Social, constituindo um fundo administrado pelo Estado. A partir dos anos 1990, ocorreu certa diversificação no financiamento e a incorporação de fontes da renda tributária vinculada ao orçamento da Seguridade Social; as principais são Finsocial/Cofins (Contribuição ao Financiamento da Seguridade) e a contribuição sobre o lucro líquido das empresas, criadas a partir das diretrizes da Constituição Federal de 1988.

O setor privado de saúde se caracteriza por sua complexidade, tanto de setores que o compõe quanto pela diversidade das modalidades internas aos seus vários segmentos.

⁴⁷Presta assistência à saúde de determinada população através de “procedimentos mais simplificados, praticamente sem incorporação de equipamentos[...]. Atuam no nível da atenção primária” (COHN; ELIAS, 1996, p.74).

⁴⁸Mais complexo que o posto, dispõe de assistência médica com “pequena incorporação de tecnologia[...] atuando nos níveis de atenção primária e secundária, e na modalidade ambulatorial” (COHN; ELIAS, 1996, p.74-5).

⁴⁹Desenvolve ações características do centro de saúde, possui leitos de internações, grau maior de incorporação tecnológica [...] (COHN; ELIAS, 1996).

⁵⁰Presta atendimento ambulatorial especializado (COHN; ELIAS, 1996).

⁵¹Oferece atendimento contínuo a situações de urgência e emergência; podendo ter leitos de observação, com variados graus de complexidade tecnológica (COHN; ELIAS, 1996).

⁵²Estabelecimento voltado precipuamente para assistência médica em regime de internação, funcionando dia e noite, com graus variáveis de incorporação de tecnologia e com médico e pessoal de enfermagem em regime permanente de atendimento. São classificados segundo o porte apresentado (pequeno, médio e grande) e o grau de incorporação tecnológica que exibem (pequeno, moderado, e grande) (COHN; ELIAS, 1996).

O segmento não lucrativo é composto fundamentalmente pelas instituições filantrópicas, boa parte delas vinculadas ao SUS por meio de contrato de prestação de serviços. No segmento lucrativo, à exceção de parte da rede hospitalar, não há qualquer tipo de vínculo com SUS. A parcela mais expressiva é representada pelo Sistema Supletivo de Assistência Médica que congrega “a medicina de grupo⁵³, a as cooperativas médicas⁵⁴, os seguros saúde⁵⁵, a autogestão⁵⁶ e os planos de administração⁵⁷” (COHN; ELIAS, 1996, p.69). Esse Sistema Supletivo teve notável crescimento a partir de meados dos anos 80 do século XX, dada a ampliação do número de empresas que comercializam planos de saúde, de cooperativas médicas e de empresas de seguro saúde. Tais organizações comportam-se como qualquer outra empresa e buscam, essencialmente, o lucro. Entretanto, mesmo o pagamento de convênios de saúde não representa a garantia do atendimento das necessidades da clientela contratante das empresas.

As operadoras afirmam que vivem uma crise de características conjunturais e estruturais e alegam a diminuição do número de brasileiros usuários de planos de saúde. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e a Agência Nacional de Saúde (ANS), no período de 1998 a 2002, a cobertura da população brasileira por planos de saúde caiu de 24,5% para 19%. O mercado de planos de saúde estaria sendo afetado pela queda da renda do trabalhador e pela crescente terceirização da mão-de-obra por parte das empresas, em nome da economia de custos – movimento que também provoca demissões e acentua o problema do desemprego no país.

De acordo com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e da ANS "cerca de 4 milhões de pessoas perderam seus planos de saúde nos últimos quatro anos. A onda de reestruturações e enxugamento de funcionários das empresas expulsou os usuários desses planos, grande parte deles oriundo da classe média". No período entre 1997 e

⁵³Medicina de grupo trabalha com “sistema de pré-pagamento por serviços prestados, utilizando-se de serviços próprios e credenciados”; e/ou “opera com ressarcimento de despesas (sistemas de seguros)” (COHN; ELIAS, 1996, p.70).

⁵⁴Cooperativas médicas “operam segundo o sistema universal de cooperativas, em que os médicos cooperados participam através do sistema de cotas, via cooperativa oferece planos individuais e coletivos de saúde; não operam com ressarcimento de despesas; utilizam-se de serviços próprios e de credenciamento; e é considerada por várias entidades médicas como a única forma ética de atuação no mercado” (COHN; ELIAS, 1996, p.70).

⁵⁵ Seguros saúde “operam no sistema de reembolso de despesas[...]; abertos a todos os médicos e hospitais” (COHN; ELIAS, 1996, p.70).

⁵⁶Autogestão “operam basicamente com serviços de terceiros, realizando ressarcimento de despesas utilizando-se de tabelas de honorários profissionais e de procedimentos médicos; possuem serviços de administração próprios, utilizando-se de funcionários e recursos da empresa à qual se vinculam”(COHN; ELIAS, 1996, p.70).

⁵⁷Planos de administração “operam com recursos de terceiros e realizam o reembolso de despesas utilizando-se de tabelas para pagamento de honorários profissionais e de procedimentos médicos; e constitui modalidade de administração profissional dos planos privados de grandes empresas, cobrando por administração; contratam hospitais e médicos indicados pelas referidas empresas” (COHN; ELIAS, 1996, p.70).

2002 registrou-se um movimento de empobrecimento da classe média, com queda de 30% da renda familiar (POBRE, 2003, p.2).

Fausto Pereira dos Santos, Diretor de Regulação, Controle e Fiscalização do MS, afirmou que, existe a necessidade de mudanças nas regras dos planos de saúde para conter o afastamento cada vez maior dos brasileiros desses serviços. O diretor alegou que desde a implantação da nova legislação dos planos de saúde ocorrida em 1999, “apenas 35% dos segurados migraram para o sistema atual que garante o mínimo de cobertura. [...] continuamos com 65% dos usuários com planos anteriores à lei [...] se todos mudarem de plano os custos cairiam pela metade” (NUNES; GROSSMANN, 2003, p.9).

Para o diretor-presidente da Unimed-BH, Emerson F. Campos, os 35 milhões de brasileiros assistidos por planos de saúde, ligados a contratos antigos, com preços mais baixos, é que constituem os clientes que tem recorrido a entidades de defesa do consumidor e à justiça para assegurar a cobertura de procedimentos sem previsão em seus contratos. As liminares conseguidas seriam a causa da desestabilização das carteiras dos planos de saúde. “Entre janeiro de 2000 e abril deste ano, os atendimentos sem previsão contratual custaram R\$ 11,5 milhões à Unimed-BH. E a cifra considera apenas os 40 procedimentos mais concedidos em juízo”. Somado a isso tem-se a queda do poder aquisitivo das famílias e o cenário de estagnação econômica que aumenta o desemprego e “inibe as empresas de investir na saúde de seus colaboradores” (CAMPOS, 2003, p.9).

O presidente do Sindicato dos Médicos São Paulo afirmou, em 30 de julho de 2003, que as operadoras movimentavam, à época, cerca de R\$ 23 bilhões/ano. O incremento dos custos de serviços de saúde suplementar teria a influência dos seguintes fatores: “os níveis de desemprego, o despreparo para enfrentar uma economia estável, a competição autofágica entre as operadoras o alto custo com a incorporação e o uso de novos processos tecnológicos” (OLIVEIRA, 2003, p.3). Contrapondo ao argumento das operadoras que reclamam que o envelhecimento da população e as novas tecnologias agregariam um custo anual importante, Oliveira (2003) aponta a falta de racionalidade na incorporação dos novos processos tecnológicos⁵⁸. Para ele, a crise do sistema não se deve apenas a questões gerenciais e de mercado; suas raízes estariam no modelo assistencial adotado no país e propõe uma revisão dos conceitos vigentes no atual sistema, que tem como base a atenção hospitalar e médica, que passaria a integrar um modelo que daria ênfase à prevenção e à promoção da saúde. Para

⁵⁸ “a região da Avenida Paulista, na cidade de São Paulo, tem mais aparelhos de ressonância magnética que muitos países da Europa. É um absurdo, aliado à propaganda na mídia para que se adquira o plano 'x', por ter os aparelhos mais sofisticados, transporte aéreo etc. [...]. Em seguida, aos usuários é proibida a utilização desses equipamentos, sob a alegação de que tem custo elevado” (OLIVEIRA, 2003, p.3).

isso as agências de instituições deveriam ser “subordinadas às políticas de saúde do Ministério da Saúde, integradas ao SUS e, sobretudo, controladas pela sociedade” (OLIVEIRA, 2003, p.3).

Passados 25 anos da realização da Conferência de Alma-Ata⁵⁹, em que se difundiu o ideário da saúde como um bem universal e desejável e estabeleceu o ano 2000 como prazo para que essa meta fosse alcançada, David Tejada de Rivero, um dos principais organizadores da conferência afirma que houve interpretação incorreta do slogan “saúde para todos” confundindo-se a saúde e seu cuidado integral com uma medicina curativa e exclusivamente centrado na doença. Acredita-se que o cuidado integral da saúde para todos e por todos seja a melhor forma de expressar a verdadeira “atenção primária de saúde” daquela conferência, como uma necessidade não apenas no âmbito da saúde mas também para o futuro dos países que aspiram continuar sendo nações, estados soberanos num mundo cada dia mais injusto (NOTÍCIAS, 2003b).

Os desafios são enormes, pois as condições de saúde podem ser agravadas pelas condições econômicas da população, que delimitam a forma de acesso a bens, serviços e materiais necessários para a qualidade de vida. O ônus que incidia sistematicamente sobre as camadas mais pobres da sociedade brasileira começou a afetar outra parcela da população, a classe média que representa cerca de 17% do total de famílias brasileiras.

É preciso lembrar o que afirmou Carlos Lopes, representante da Organização das Nações Unidas (ONU) no Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano (PNUD), por ocasião do lançamento do Relatório de Desenvolvimento Humano de 2003, sobre o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)⁶⁰ que, “em termos aproximados há uma Moçambique dentro do Brasil, com os mesmos índices de IDH e de indigência”. Justificou essa afirmação pelo fato de 9,9% da população brasileira viver com menos de US\$ 1 por dia. (SUWWAN, 2003, p.9). Aquele relatório aponta que o Brasil tem a quinta renda mais desigual do mundo, o que é um dos obstáculos para o desenvolvimento e para a melhoria dos indicadores sociais.

⁵⁹ A Conferencia Internacional sobre Atenção Primária de Saúde foi realizada na cidade de Alma-Ata, atual Cazaquistão, convocada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A declaração de Alma-Ata foi um ato de consenso dos 134 países, 67 organismos internacionais e dezenas de organizações não governamentais que participaram da conferencia (NOTÍCIAS, 2003b).

⁶⁰ Indicador que mede a qualidade de vida com base em dados da educação, longevidade e renda. Têm o objetivo de “monitorar as Metas de Desenvolvimento do Milênio, os compromissos assumidos pelos países membros da ONU durante reunião de cúpula realizada no 2000. São, a saber: reduzir pela metade o número de pobres (os que vivem com US\$ 1 por dia) até 2015; fazer com que todas as crianças completem a educação básica; e reduzir a mortalidade infantil” (ROSSI, 2003, p.1).

No Brasil, os 10% mais pobres ficam apenas com 2% da renda nacional. Dos 120 países para os quais há dados, só quatro tem desigualdade maior (Colômbia, Lesoto, Namíbia e África do Sul). Outros quatro empatam com o Brasil (República Centro –Africana, Honduras, Paraguai e Serra Leoa) (ROSSI, 2003, p.1).

De acordo com os indicadores da ONU, no Brasil, a expectativa de vida ao nascer é de 68 anos, valor este inferior à média de 71 anos dos demais países da América Latina e do Caribe, enquanto que a desnutrição infantil é de 6%, taxa igual à da Argélia, país que se encontra numa feroz guerra civil (ROSSI, 2003).

Sader (2003, p.1) fez uma análise de como seria o desfecho do debate entre os adeptos da “globalização liberal e os da globalização solidária, entre Davos e Porto Alegre”, ou seja, daqueles que defendem que a década de 1990 representa um avanço e outros que seria retrocesso. Para os defensores dos cânones liberais (mercantilização, desregulamentação, privatização, abertura dos mercados) a pobreza teria diminuído justamente nos países e regiões que aderiram aos cânones liberais, enquanto os que acreditam ser “outro mundo possível”, afirmam o contrário, que a miséria e o abandono se estenderam, conforme o Estado restringiu sua atuação, em favor dos critérios de mercado. Para aquele autor, na contramão da euforia economicista que vendeu ilusões e falsidades acerca do que a “ditadura dos mercados e do capital financeiro produziam para a humanidade”, o relatório da ONU apresentado em 2003, caracteriza a década de 90 como “uma década de desespero” pois,

a ONU não deixa dúvidas em seu balanço: a década de 90 representou um retrocesso sem precedentes no desenvolvimento humano do mundo, como não se havia visto nas décadas anteriores. Os dados se acumulam: 21 países retrocederam em seu Índice de Desenvolvimento Humano, contra apenas 4 na década anterior. Em 54 países a renda per capita é mais baixa do que em 1990. Em 34 países a expectativa de vida ao nascer diminuiu, em 21 há mais gente passando fome e em 14 há mais crianças morrendo antes dos cinco anos (SADER, 2003, p.3).

Ainda aumentou o número de serviços assistenciais disponíveis, existem desigualdades no acesso aos serviços de saúde, tanto no modelo das ações preventivas quanto no modelo curativo, individual e hospitalar.

Os problemas relativos à estruturação e funcionamento do SUS são muitos e variados. A rede brasileira de estabelecimentos de saúde está voltada fundamentalmente para assistência básica à saúde, cabendo a responsabilidade pelos serviços de atenção primária, que geralmente incorpora tecnologia de baixo custo, ao setor público e o segmento hospitalar, aquele que tradicionalmente incorpora tecnologias de maior custo, ao setor privado. Os

hospitais com grande incorporação de tecnologia, que demanda grande investimento de capital pertencem, de forma geral, ao setor público.

A lógica da produção de serviços não é a mesma do financiamento, já que o Estado constitui-se no principal agente financiador, cobrindo boa parte do pagamento da produção dos serviços hospitalares, tanto públicos como privados, enquanto a prestação dos serviços hospitalares é preponderantemente privada, exceto nos serviços de alta complexidade, em que o setor público responde por uma fatia expressiva da oferta de serviços (COHN; ELIAS, 1996).

A atual organização de serviços de saúde no país é discriminatória e injusta; a população é atendida por serviços cuja lógica de acesso não responde a relação disponibilidade tecnológica/necessidade de atendimento e, dada a existência de um sistema de cotas de atendimento nos postos e centros de saúde, ocorrem filas para realização de exames tidos como simples, como as mamografias, cuja espera para a sua realização pela rede do SUS pode chegar a dois anos (FRANCO, 2003a), o que vai na contramão da mobilização de grande parte da sociedade para a prevenção do câncer de mama. A dificuldade de acesso a exames aumenta ainda mais quando envolvem tecnologias mais sofisticadas como os de tomografia por emissão de pósitrons (PET).

No Instituto do Coração, em São Paulo, existe um destes aparelhos adquirido a quase um ano, com recursos do SUS por 1,5 milhão de dólares. Segundo David Uip, diretor executivo daquele instituto, os pacientes do SUS não têm acesso àquela tecnologia que permite a detecção precoce de doenças como o câncer e suas metástases, pois o governo federal deixou de incluir o exame na lista de procedimentos pagos pelo SUS. Nem mesmo os planos de saúde estariam pagando tais exames, uma vez que aguardam a definição do SUS para estabelecer o valor a ser pago (COLLUCCI, 2003b).

Franco (2003a, p.19) denunciou a existência de tabelas de preços diferenciais para a realização de exames: “O preço da mamografia particular é de R\$ 60, mas caso a guia do SUS seja apresentada, o valor cai pela metade”. De acordo com Collucci (2003a) esta situação se repetiu com o exame PET/CT⁶¹: quando realizado pela rede pública de saúde a pacientes particulares o exame tem custo de R\$ 2.800, que passa a valores próximos a R\$ 3.300 quando realizado em instituição privada; ou seja, as medidas de caráter coletivo ou de caráter

⁶¹ PET/CT é o único aparelho existente na América Latina e o 17º existente no mundo, com custo de US\$ 2,5 milhões que possuem duas tecnologias associadas que permitem maior precisão devido a sobreposição de imagens. O PET detecta alterações metabólicas nas células enquanto o tomógrafo computadorizado (CT) permite a localização exata do tumor. O PET/CT aumenta em mais de 50% a probabilidade de detecção de tumores em relação aos equipamentos existentes (COLLUCCI, 2003a).

individual que envolvam atos médicos de maior complexidade e mais onerosos ficam com o setor público enquanto que os atendimentos mais rentáveis e lucrativos ficam para o setor privado.

São inegáveis os avanços conquistados pela humanidade ao longo da existência humana. Entretanto, tais conquistas beneficiaram apenas uma parcela da população e a saúde, que é considerada um direito do cidadão, um bem comum é, cada vez mais encarado como mercadoria. A lógica predominante privilegiou apenas quem pode “consumir” serviços de assistência à saúde: nada mais desumano do que isso, pois trata-se de questões relacionadas à vida humana e não a objetos ou instrumentos que podem ser simplesmente descartados ou facilmente substituídos.

Com a discussão realizada até aqui, apreendeu-se que vivemos na atualidade num contexto de grandes mudanças sociais que se articulam às transformações no mundo do trabalho com implicações fundamentais na vida dos homens, especialmente nas relações estabelecidas entre eles para a produção da vida material, com repercussões em diversas dimensões da vida social que compreendem os aspectos culturais, ambientais, econômicos, políticos, entre outros. O mundo dos que trabalham cada vez mais têm sido precarizado e está sendo pressionado pelo desemprego, causando insegurança quanto ao futuro do trabalhador. Portanto, considera-se relevante compreender como as mudanças implementadas no setor da saúde se manifestam no contexto de trabalho dos trabalhadores da instituição hospitalar, especialmente dos trabalhadores da enfermagem e assim será o foco de abordagem no próximo capítulo.

4. O CONTEXTO DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR E A ENFERMAGEM

Neste capítulo serão abordados as principais mudanças processadas nas instituições hospitalares brasileiras, com ênfase na década de 1990, os seus impactos na qualidade assistencial e no mercado de trabalho em saúde. Dentre os diversos tipos de estabelecimentos assistenciais de saúde existentes no Brasil, elegeu-se o hospital como foco de discussão do presente estudo, por ser ainda⁶² o ambiente de trabalho que mais comumente emprega os trabalhadores da enfermagem e em razão dos objetivos estabelecidos para a presente investigação.

O hospital contemporâneo apresenta-se como uma instituição social inserida no sistema de saúde para a produção de cuidados individuais, centrados especialmente na recuperação da saúde. Caracteriza-se por ser um local onde as atividades desenvolvidas envolvem diversos profissionais no diagnóstico, na terapêutica das doenças e no cuidado aos pacientes. São também locais de desenvolvimento do ensino e da pesquisa na área clínica de saúde principalmente nos hospitais que servem de suporte às atividades ligadas ao ensino.

As características das unidades hospitalares, no entanto, variaram conforme o contexto histórico onde tais estabelecimentos estavam inseridos. Exemplificando têm-se os templos, conventos e mosteiros que, durante toda a Idade Média, cumpriam também a finalidade de hospital recebendo doentes, pois era crença corrente que a assistência espiritual era o remédio mais indicado em casos de doenças. Em tempos mais recentes, o avanço do conhecimento em saúde, o aumento da população e a ampliação da complexidade dos problemas produziram alterações que levaram ao surgimento de instituições hospitalares de grande porte, com especialização em unidades e serviços.

Pires (1998, p.19) destaca que a organização da estrutura assistencial institucional em saúde é resultado de um processo histórico-social influenciado por múltiplas determinações, a saber:

- a) a cultura e o paradigma de ciência das diversas sociedades que, em cada momento histórico, influenciam o modo de entender o processo saúde-doença, a organização dos serviços e como as doenças são prevenidas e tratadas; b) a história da organização das profissões do campo da saúde; c) os conhecimentos científicos

⁶² Existem perspectivas de um crescimento do mercado de trabalho em saúde no Brasil. O Programa de Saúde da Família (PSF) tinha como meta para o ano 2002, ampliar para 20 mil o número de equipes básicas, o que representa uma demanda de “pelo menos 16 mil profissionais, em cada um dos três tipos que compõe a referida equipe (médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem), além de mais de uma centena de agentes comunitários de saúde” (SANTANA et al., 1999, p.238).

já acumulados e os recursos tecnológicos disponíveis; d) as teorias de organização do trabalho e as características do modo de produção hegemônico; e) o grau de organização político-sindical dos trabalhadores de saúde; f) o arcabouço legislativo relativo ao papel do Estado no setor e às relações de trabalho; g) as demandas das classes sociais e de grupos em relação à saúde, sua capacidade de influenciar nas decisões e de obter conquistas.

A partir do século XIX, com a concentração das atividades assistenciais no espaço hospitalar a assistência à saúde passou a ter caráter de trabalho coletivo, interdisciplinar, onde a interdependência e a complementaridade profissional é norma. Segundo Lima (1998), no trabalho em hospital todos os profissionais atuam de forma complementar, cada um com saberes específicos constituindo um trabalho coletivo para a produção dos cuidados ao doente. Porém, nem sempre, o trabalho se desenvolve de maneira harmoniosa.

Ainda que o hospital tenha perdido a característica de missão de penitência e misericórdia da Idade Média e se tornou, com a incorporação do cientificismo da medicina a partir do século XVIII, um local de tratamento e recuperação. Foi somente na metade do século XX, com a produção dos quimioterápicos e de equipamentos que aqueles locais adquiriram peculiaridades e missões próprias do hospital contemporâneo (RIBEIRO, 1993).

O hospital contemporâneo é uma organização social de natureza complexa e vem passando por mudanças que acompanham a complexidade dos esquemas de financiamento do setor e a expansão dos mercados de administradoras de planos de saúde. Principalmente desde a implementação de políticas neoliberais, os hospitais passaram a ser tratados como quaisquer outros empreendimentos empresariais, onde a extração do lucro é a garantia de sobrevivência.

A concepção do hospital como empresa de saúde não ficou isenta às novidades da busca da qualidade da produção implementadas no setor industrial e financeiro. Assim, procuram vivenciar essa novidade, vender seus planos, com o slogan da qualidade em saúde para todos. O Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde, do MS, foi criado em 1995 e, desde então investiu no desenvolvimento do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar que tem por finalidade coordenar o processo de avaliação e certificação da qualidade da assistência aos clientes de hospitais públicos e privados através de uma iniciativa denominada “Acreditação Hospitalar⁶³”. Este programa governamental é

⁶³ “O programa de acreditação de hospitais mais avançado é o dos EUA e do Canadá, em decorrência de pressões oriundas, principalmente, dos usuários dos serviços de saúde, altamente conscientes de seus direitos a uma assistência de qualidade” (ADAMI; MARANHÃO, 1995, p.49).

mais um, dentre outros⁶⁴ que visam melhorias na gestão das instituições hospitalares fundamentados na idéia de que o

incremento de eficiência e eficácia nos processos de gestão é necessário para assegurar uma assistência melhor e mais humanizada à saúde dos seres humanos que procuram os hospitais, necessitados de cuidado e apoio (BRASIL, 2002b, p.11).

O processo de certificação de hospitais teve início nos Estados Unidos da América, na década de 1950 e, ainda hoje, é o principal instrumento avaliatório utilizado pelo MS daquele país para a liberação recursos aos hospitais - são contratados somente aqueles que passam pelo processo de acreditação. Canadá, Austrália, Inglaterra e Espanha são exemplos de países que aplicam tal metodologia; na América Latina e no Caribe aquele processo passou a ser implementado, após a segunda Conferência de Acreditação realizado em 1992 (NOVAES; BUENO, 1998).

As iniciativas por parte de algumas instituições públicas e privadas na busca da melhoria da qualidade dos seus serviços ganharam impulso com o investimento direcionado, pelo governo federal brasileiro, ao financiamento de viagens e capacitação de dirigentes de hospitais e profissionais da saúde que foram responsáveis pela elaboração do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar⁶⁵ do MS, cuja primeira edição data de 1998 e desde então, é utilizado como “marco orientador para vários programas de incremento da eficiência, eficácia e efetividade dos nossos hospitais” (BRASIL, 2002b, p.11).

A acreditação hospitalar é um processo de avaliação externa, voluntário, educativo, reservado e periódico⁶⁶, que inspeciona a estrutura e o funcionamento do estabelecimento conforme um conjunto de padrões⁶⁷ previamente estabelecidos, que tende a garantir a qualidade da assistência prestada (PEREIRA, 1998b).

As vantagens dos hospitais ‘acreditados’ referem-se ao fato de seus serviços serem considerados em conformidade com padrões de qualidade reconhecidos e, desta forma, tornariam-se merecedores de crédito e confiança (NOVAES; BUENO, 1998; PEREIRA,

⁶⁴Outros programas: Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, Humanização da Assistência e Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos (BRASIL, 2002b).

⁶⁵ Instrumento de avaliação específico da qualidade assistencial da Organização Prestadora de Serviços Hospitalares que procura assegurar o enfoque sistêmico e a avaliação global da organização (BRASIL, 2002b).

⁶⁶Cada hospital prepara-se para ser avaliado, através das instruções contidas no Manual de Acreditação. Quando julgar oportuno, solicita-se a visita da equipe avaliadora externa; as conclusões da equipe são acompanhadas de sugestões decorrentes do diagnóstico da situação encontrada no local; os resultados são sigilosos e repassados apenas para o pessoal do hospital; o processo de acreditação tem prazo de validade, após o qual nova verificação deve ser providenciada (PEREIRA, 1998b).

⁶⁷Os padrões estabelecidos são de 3 níveis com complexidade crescente e correlacionados (BAPTISTA, 1998, p.100).

1998b). O processo de acreditação é também instrumento de educação continuada dos administradores hospitalares, estimulando mudanças para a melhoria da qualidade dos hospitais e também ferramenta de proteção dos usuários, dos profissionais e das instituições de saúde (PEREIRA, 1998a), além de “garantir a qualidade na assistência à saúde dos cidadãos de todo o país” (BAPTISTA, 1998, p.99).

A padronização dos serviços hospitalares segundo critérios de qualidade reconhecidos pode diminuir a vulnerabilidade dos hospitais e médicos às ações legais punitivas, já que a falta de mecanismos de avaliação favoreceria as “[...] intervenções jurídicas ou forças econômicas alheias ao atual sistema de saúde [...]” (NOVAES; BUENO, 1998, p. 93).

O processo de acreditação consolidou o modelo de administração gerencial em desenvolvimento desde a segunda metade da década de 1990 e fortaleceu o modelo médico-assistencial privatista⁶⁸, que visa o retorno do investimento financeiro, em contraposição ao modelo público que preconiza a universalidade do atendimento de saúde.

Muitas daquelas mudanças introduzidas no mundo do trabalho industrial e nos serviços são incorporadas pelo setor da saúde. Dentre as mudanças, mais especificamente utilizadas pelos hospitais têm-se, o uso intensivo de equipamentos de tecnologias de comunicação como, por exemplo, a *internet* e a videoconferência, ou ainda as denominadas tecnologias de ponta (*high tech*) como monitores, camas de terapia cinética, entre outras.

A crescente utilização de procedimentos e tecnologias de alta densidade como, a tomografia computadorizada, a ressonância magnética e as cirurgias laparoscópicas, abriu novas possibilidades de diagnósticos das doenças e maior eficácia das terapêuticas, aumentou as chances de sucesso para casos que, até pouco tempo atrás, eram pequenas as perspectivas de sobrevivência. Acrescentam-se à lista das conquistas na área da saúde os novos equipamentos que propiciaram o auto-serviço e permitiram ao próprio doente, por exemplo, controlar sua evolução clínica; na aplicação de medicamentos, como no caso das pessoas com *diabete mellitus*, ou ainda dos exames auto-explicativos. Some-se a estes fatos a utilização de tecnologias que tornaram os procedimentos menos invasivos, o que propicia uma recuperação mais rápida e a diminuição do tempo de internação. Surgiram também novas modalidades de assistência hospitalar como o hospital-dia onde o acompanhamento e cuidados aos doentes dispensa trabalho noturno. Estas tendências indicam a diminuição da necessidade de trabalho profissional ou, ao menos, um redirecionamento da assistência prestada (PIRES, 2000).

⁶⁸Modo de organização da prestação de serviços de saúde que privilegia o atendimento individual e curativo, prestado pelo médico e profissionais “paramédicos”. Este modelo se concretiza nos hospitais e clínicas privadas (conveniadas ou não com o SUS) e também nos hospitais e unidades de saúde do SUS nas quais se reproduz a lógica de atendimento à “demanda espontânea”.

As mudanças implementadas, principalmente aquelas determinadas pela abertura aos mercados de financiamento através dos convênios, implicaram em alterações na oferta de empregos no setor saúde para garantir a expansão de cobertura através da profissionalização do trabalho hospitalar, especialmente na obtenção de informações precisas sobre os custos e gastos do hospital. Diante dessas modificações implementadas na área da saúde cabe questionar se estaria ou não acontecendo um processo de diminuição acentuada no número de trabalhadores do setor, à semelhança do ocorrido nos setores industriais e financeiros. Ou seja, caberia analisar como está o atual mercado de trabalho em saúde.

O mercado de trabalho da área da saúde diferencia-se do mercado de trabalho em geral por ter funções determinadas por categorias ocupacionais, sendo que conforme Dedecca (2001) existem profissionais responsáveis pelas **atividades-fim** e outros que cumprem o papel de **apoio**. Como exemplo de atividades de apoio podemos citar o cozinheiro e o motorista, dentre outros, que desenvolvem **atividades de apoio** com qualificações, via de regra, obtidas no mercado geral de trabalho. As **atividades-fim** como a do médico, do enfermeiro e da equipe de enfermagem, requerem qualificação reconhecida por órgãos públicos que visa, no caso da saúde, a redução do risco inerente à exposição da pessoa à prestação do serviço de saúde.

A regulamentação das profissões e dos procedimentos básicos de organização da atividade busca conter o movimento maior ou menor de mercantilização do setor. Por isso, estas e outras profissões exercidas no mercado de trabalho da saúde não tem suas funções regulamentadas diretamente pelas partes que estabelecem o contrato de trabalho. Dedecca, (2001, p.1) afirma que características daquelas funções

não são definidas a partir das características do processo de trabalho de um determinado hospital. Ao contrário, parcela preponderante das características da função independe do local em que ela se realiza.

A demanda do mercado de trabalho das profissões de saúde não pode ficar regulado por mecanismos exclusivos de contratação que caracterizam o mercado de trabalho mais geral, pois, corre-se o risco da “perda de qualificação das profissões e de redução dos procedimentos básicos para a realização das atividade” (DEDECCA, 2001, p.1).

No Brasil, o setor da saúde absorve aproximadamente “2,15 milhões de empregos, o que representa cerca de 8,7% do total de empregos existentes na economia formal do país. Os empregados em profissões e ocupações de saúde (pessoal de saúde) somam 875.337 vínculos[...]” (SANTANA et al., 1999, p.238). Segundo dados do Conselho Federal de

Enfermagem⁶⁹, em dezembro de 2002, havia 708.158 trabalhadores em enfermagem e em maio de 2004 era de 754.231 o que resultou em um acréscimo de 46.073 trabalhadores ali registrados no período consultado.

São dois os setores da atividade econômica que empregam o maior volume de pessoal da saúde: os **serviços médicos, odontológicos e veterinários**, compostos por aproximadamente 91 mil hospitais, clínicas e demais estabelecimentos de prestação de assistência médica e odontológica majoritariamente privados⁷⁰ e responsáveis por um estoque de aproximadamente um milhão de empregos; neste grupo se inclui o atendimento hospitalar de urgência e emergência que, em julho de 1998, era composto por 10 mil estabelecimentos, com cerca de 650 mil empregos onde trabalhavam “cerca de 80% dos empregos de enfermeiros, 90% dos de auxiliares de enfermagem e 87% dos de atendentes de enfermagem” e a **administração pública**⁷¹ a quem estavam vinculados 711.240 empregos (BRASIL, 2001b, p. 47-8).

Numa análise da estrutura e da dinâmica dos mercados de trabalho do pessoal de enfermagem do setor de saúde no Brasil, publicada pelo MS no âmbito do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE⁷²), constatou-se que, à exceção da profissão de enfermeiro, houve estagnação do mercado de trabalho para os profissionais de saúde no período compreendido entre 1986 e 1997. Em 1986 ocorreram 76.856 admissões em vagas de pessoal de enfermagem e, em 1997, esse número caiu para 17.228 enquanto que, nos mesmos anos constatou-se que o número de enfermeiros admitidos passou de 9.608 para 11.933 (BRASIL, 2001b, p.59).

Ainda que o setor da saúde tenha obtido o maior índice (15%) entre os dez setores que mais geraram emprego no Brasil, entre janeiro de 1991 a agosto de 1997, a análise da composição do emprego por especialidade funcional evidencia que ocorreram mudanças significativas entre as décadas de 1970 e 1980 e as apresentadas na década de 1990, como apontado à seguir:

O censo de 1980 apontava para uma situação de paridade entre o emprego em funções administrativas e o emprego de pessoal de saúde. Nos anos 80, conforme os

⁶⁹ Informações obtidas no seguinte *site*: <http://www.portalcofen.gov.br>.

⁷⁰ “cerca de 98% do total de estabelecimentos, [...] responsáveis por 82,5% do estoque de 967.785 vínculos de empregos informados em junho de 1998 ao Caged” (BRASIL, 2001b, p. 49).

⁷¹ Órgãos centrais, departamentos e secretarias da administração federal, dos estados ou dos municípios.

⁷² É um projeto do MS, desenvolvido em todo território nacional no período de 2000 a 2003, cujos objetivos principais são a qualificação dos trabalhadores da enfermagem de graduação média e o aprimoramento da qualidade na área da saúde. Tem como meta que “em quatro anos, o **PROFAE** deverá capacitar um contingente de aproximadamente 225 mil trabalhadores, presentes no mercado de trabalho, que ainda não possuem qualificação específica para atuar como auxiliares de enfermagem” (BRASIL, 2001a, p.4, grifo do autor).

dados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) os empregos em administração e serviços gerais somavam, em média, cerca de 36%, e os empregos em atendimento direto e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, 64% dos postos de trabalho em estabelecimentos de saúde. Assim, o fato das denominações ocupacionais administrativas e de serviços representarem hoje cerca de 60% das ocupações do setor constitui uma verdadeira inversão de perfil e não deixa de surpreender (BRASIL, 2001b, p. 50-1).

O aumento na proporção de trabalhadores contratados em atividades de administração e serviços pelas instituições de saúde entre os anos de 1986 e 1996 em detrimento ao número de admissões de trabalhadores de saúde, acentuadamente no pessoal auxiliar de enfermagem, pode estar relacionada às exigências crescentes de “pessoal especializado em escrituração e contabilidade, bem como no faturamento e gerenciamento comercial e financeiro dos estabelecimentos” (BRASIL, 2001b, p.51).

Outra razão que pode explicar a inversão no perfil de contratação, seria o “incentivo”, pelas gerências dos estabelecimentos de saúde, ao sub-registro de atendentes de enfermagem, que estariam sendo contratados sob diversas denominações ocupacionais (administrativas, de serviços e outras vinculadas ao cuidado à saúde), em decorrência da entrada em vigor da Lei do Exercício de Enfermagem, em 1986, o que caracteriza sua burla (BRASIL, 2001b).

Para não ficar circunscrito a um problema aparente de contratação restrito aos limites da profissão ou da área da saúde, é necessário ampliar a análise para entender a real dimensão envolvida. Alves (2000, p.18-9) afirmou que a debilitação do mundo do trabalho se tornou mais evidente a partir dos anos de 1980, a década neoliberal, e que em decorrência da acumulação flexível sobre o mercado de trabalho "instaurou-se um novo patamar de desemprego estrutural e proliferação do trabalho precário nos principais países capitalistas".

Sob aquela ótica, a inversão na composição da força de trabalho anteriormente apontada indicaria a terceirização do trabalho de profissionais de saúde, como fonte externa de fornecimento do trabalho de médicos⁷³ e outros profissionais de saúde, através de cooperativas⁷⁴ de grupos médicos, agências de mão-de-obra, serviços temporários⁷⁵ dentre outros.

⁷³ “Os maiores índices de terceirização registrados são observados, respectivamente, para contratação de médicos de CTI (28,4%), anestesistas (22,7%) e ortopedistas (22,6%)” (GIRARDI et al., 2000, p.22).

⁷⁴ As cooperativas seriam uma nova forma de articulação do público e do privado na área de saúde, principalmente, na área de gerência dos serviços. Em 1998 existiam no Brasil 5.102 cooperativas com 4.428.925 cooperados, sendo que destes 1.919 eram cooperativas de saúde (TEIXEIRA, 2000, p.24-5).

⁷⁵ Enquanto as cooperativas de profissionais de saúde são constituídas por profissionais autônomos que se unem em um empreendimento que prestam serviços à coletividade e a terceiros, sem nenhuma intermediação, na terceirização via contratação de serviços temporários e agências de emprego persiste a clara distinção entre proprietários e empregados (GIRARDI et al, 2000).

A terceirização como modalidade de contratação de trabalho iniciou-se na década de 1990, principalmente com a instauração do debate nacional acerca da Reforma Administrativa do Estado Brasileiro⁷⁶ que trouxe importantes repercussões na condução e na gerência dos serviços públicos, em função da ênfase dada pelas diretrizes traçadas no Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado em 1995 às formas mais flexíveis de gerência e contratação nos equipamentos públicos, incluindo os de saúde (TEIXEIRA, 2000).

A terceirização que antes se localizava em funções de apoio operacional, serviços gerais e administrativos⁷⁷, serviços de hotelaria e outros considerados não essenciais, bem como algumas áreas de apoio diagnóstico⁷⁸ e terapêutico⁷⁹, a cada dia vem ganhando espaço e “atingindo de forma crescente áreas antes protegidas, como os serviços profissionais especializados e essenciais, a gerência dos serviços e inclusive a gestão financeira”. Ao longo dos anos de 1990, um número crescente de hospitais filantrópicos⁸⁰ constituiu seus planos próprios de saúde como forma de contornar seus problemas de financiamento e recorreram à contratação de agentes terceiros para gerenciar seus hospitais. Os contratos de gestão têm permitido aos “terceiros gestores contratados que, atendidas as cotas de usuários do SUS e dos planos de saúde próprios, que estes gestores atuem de forma pró-ativa no mercado de planos e seguros de saúde” (GIRARDI et al., 2000, p.3-4).

O movimento de **terceirização** das atividades de profissionais, tanto para as especialidades médicas quanto para as demais profissões, têm maiores índices nos hospitais privatizados da região sudeste do país e os maiores índices de contratação de profissionais como **autônomos** são observados nos hospitais filantrópicos e beneficentes. Nos estabelecimentos do setor público, o **assalariamento** é a forma característica de contratação dos serviços profissionais de especialistas médicos e demais profissionais de saúde (GIRARDI et al., 2000, grifo nosso).

⁷⁶Com a reforma, o Estado deixou de ser mais um responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social na produção de bens e serviços, deslocando o eixo de sua atuação para as funções de promotor e regulador (TEIXEIRA, 2000).

⁷⁷Ainda que predomine o assalariamento dos profissionais dos serviços administrativos, a terceirização foi “mais significativa nos serviços de contabilidade (34,8%) e informática (18,4%). [...] 10,5% [...] para execução de serviços de treinamento e desenvolvimento de recursos humanos” (GIRARDI et al., 2000, p.24).

⁷⁸Os serviços de apoio diagnóstico terceirizados contratados pelos hospitais da região sudeste do país foram da anatomia patológica (81,3%), ressonância magnética (70,2%), laboratório (63%), tomografia (61,4%), hemodinâmica (54%), ecocardiograma (52,1%) ultra-som (49,4%) endoscopia (45,8%), radiologia (38%), eletroencefalograma (37,1%) e eletrocardiograma (17,2%) (GIRARDI et al., 2000).

⁷⁹Os maiores índices de contratação de terceirizadas, nos hospitais da região sudeste do país, foram para os serviços de hemodiálise (49,5%), hemoterapia (39%), radioterapia (34%) e quimioterapia (31,2%) (GIRARDI et al., 2000).

⁸⁰Dos hospitais que operavam planos de saúde próprios, 63,2% eram filantrópicos ou beneficentes e 32,2% eram estabelecimentos privados lucrativos” (GIRARDI et al., 2000, p.17).

Em relação à contratação de profissionais de enfermagem, os resultados da pesquisa realizada em instituições hospitalares da região sudeste do país apontaram que, embora a forma predominante seja o emprego assalariado (95,6%), existem outras modalidades de contratação da enfermagem, como o trabalho terceirizado (1,2%), autônomo (1,6%) e outras formas (1,6%) (GIRARDI et al., 2000). Segundo o autor, nas empresas privadas 97% dos enfermeiros e 95,5% dos auxiliares de enfermagem eram empregados assalariados; nas instituições privadas sem fins lucrativos aqueles índices eram de 95,2% e 98%, respectivamente, enquanto que nas instituições públicas aqueles índices eram de 87,5% e 100%, respectivamente.

O maior índice de contratação terceirizada de enfermeiro e auxiliares de enfermagem, segundo Girardi et al. (2000) ocorreu entre as empresas privadas lucrativas, com 1,8% e 4%, respectivamente, seguida das instituições privadas não lucrativas com 0,8% em ambas categorias profissionais. Na forma autônoma as empresas privadas lucrativas tiveram 1,2% de enfermeiros e 0,6% de auxiliares de enfermagem contratados e nas instituições privadas não lucrativas o índice foi de 2% para os enfermeiros e 0,8% para os auxiliares de enfermagem. Nas instituições públicas não ocorreram contratos de contratação de serviços terceirizados ou de autônomos.

As cooperativas representam a forma institucional de terceirização predominante para os enfermeiros e auxiliares de enfermagem, com 60% e 66,7% respectivamente. As empresas de profissionais liberais respondem por 20% dos enfermeiros e 11,1% dos auxiliares de enfermagem terceirizados nas instituições investigadas. Essa situação da enfermagem terceirizada é bastante diferente da que ocorre com a contratação de profissionais, por exemplo, médicos e especialistas uma vez que, 60% dos hospitais contratam o trabalho autônomo de cirurgiões, anestesistas, pediatras e gineco-obstetras. As empresas de profissionais liberais terceirizam entre 51,8% a 73,7% das especialidades médicas. As cooperativas são a segunda modalidade mais freqüente de contratação terceirizado de médicos (30%) (GIRARDI et al., 2000).

As conseqüências da terceirização tanto em relação à qualidade do produto, quanto às condições e relações de trabalho na área da saúde ainda merecem maiores estudos, especialmente porque existem problemas de regulação dos contratos que precisam ser dimensionados e avaliados. Há a necessidade de definir regras mais gerais da terceirização, por exemplo, para garantir o bem público dentro dos princípios e normas operacionais básicas do SUS ou ainda sobre como operar para regular transações individuais. Num contexto de precária regulação o acirramento da concorrência por contrato entre grupos profissionais

poderia gerar problemas em relação à qualidade técnica e ética do trabalho. São mais desafios postos no horizonte daqueles que se preocupam com a saúde como um bem público e de direito para todas as pessoas e não apenas para alguns.

Observa-se que, na atualidade, mesmo com todos os avanços tecnológicos e organizacionais conquistados, os hospitais brasileiros passam por dificuldades que são constantemente externalizadas através dos veículos de comunicação, tanto escrita quanto televisada.

A crise financeira por que passam os hospitais no Brasil pode ser dimensionada pelo fato noticiado de que, em função do acúmulo de dívidas, no ano de 2002, 20 dos 45 hospitais universitários federais⁸¹ tiveram que fechar o serviço de urgência⁸², reduzir o atendimento e renegociar dívidas com seus fornecedores para não encerrar suas atividades. Mesmo naqueles hospitais onde as atividades não foram interrompidas, o atendimento da população e o desenvolvimento das atividades profissionais foram prejudicados pela falta de material⁸³ (ALBANO, 2002, p.1). Muitos hospitais desativaram leitos, o que afetou os atendimentos prestados⁸⁴ (FRANCO, 2003b). Houve também atrasos nos projetos e interrupções nas obras de ampliação da assistência⁸⁵. A dissociação entre a capacidade instalada e a capacidade de custeio resulta em prejuízos para toda a sociedade e causa maior sofrimento às pessoas que dependem mais diretamente deles como, os doentes e os estudantes e residentes da área da saúde.

Uma pesquisa realizada durante dois anos pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) nos 1001 hospitais, maternidades e pronto-socorros da capital e do interior constatou a precariedade⁸⁶ da rede hospitalar. Boa parcela dos hospitais avaliados (62%) eram unidades privadas dos quais 72,4% atendiam pelo SUS. Verificou-se a

⁸¹ Há oito anos não são realizados concursos públicos e portanto, sem renovação do quadro de pessoal as instituições foram terceirizando seu quadro. Assim, parte da verba do SUS foi usada para pagamento de funcionários terceirizados; contratados para substituir os servidores demitidos e aposentados. “Trabalham hoje nos 45 hospitais [...] cerca de 22.179 funcionários terceirizados (8.052 prestadores de serviço e 14.127 contratados por fundações de apoio) e cerca de 38 mil concursados” (ALBANO, 2002, p.1).

⁸² Fecharam os pronto-socorros dos hospitais da Universidade Federal de Goiás, da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, em Uberaba, da Universidade Federal de São Paulo (ALBANO, 2002, p.1).

⁸³ Os principais credores são as empresas prestadoras de serviços e fornecedores de equipamentos e remédios, entre outros (ALBANO, 2002, p.1).

⁸⁴ “Dos 154 hospitais reconhecidos como de ensino, entre eles os 45 ligados ao MEC, foram responsáveis em 2001 por cerca de 50% das cirurgias cardíacas, 70% dos transplantes e 50% das neurocirurgias realizadas no país, segundo a Abrahue” (ALBANO, 2002, p.1).

⁸⁵ Os planos do Hospital das Clínicas do Paraná para dobrar o número de transplantes de medula óssea, já está parado há dois anos. O Hospital Universitário de Santa Catarina não utiliza cinco máquinas de hemodiálise, porque não tem dinheiro para pagar o tratamento da água (ALBANO, 2002, p.1).

⁸⁶ “Falta o básico e sobram sinais de descaso [...] de prontuários mal preenchidos à ausência de equipamentos e materiais essenciais que deveriam estar nas salas de cirurgia, UTIs e enfermarias” (LEITE, 2003, p.1).

falta materiais e equipamentos nas Unidades de Terapia Intensiva⁸⁷ e nas salas de cirurgias⁸⁸. “Em 70% dos hospitais avaliados os carros de emergência das enfermarias estavam inadequados” (LEITE, 2003, p.1).

A manifestação de entidades organizadas também evidencia a crise do setor hospitalar brasileiro. Em 2 de julho de 2003, data comemorativa do dia do hospital, dirigentes de hospitais (privados, filantrópicos e conveniados com o SUS) e de planos de saúde fizeram um protesto nacional contra os valores pagos pelo governo aos serviços hospitalares. A Federação Brasileira de Hospitais divulgou a carta aberta “SOS presidente Lula” argumentando que a rede privada de saúde é responsável pelo atendimento de 70% da população brasileira, mas só recebe 60% dos recursos, solicitam a revisão da tabela de remuneração, novas linhas de crédito e financiamento e redução da carga tributária (HOSPITAIS, 2003).

A crise financeira que os hospitais brasileiros vêm enfrentando é de conhecimento tanto da população usuária dos serviços quanto dos profissionais que lá atuam. As denúncias de irregularidades existentes nos hospitais externalizam, para a sociedade, os problemas vividos internamente nessas instituições. Como exemplo, tem-se o pedido de intervenção federal da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) feito ao Ministério Público, em relação ao Hospital de Base de Brasília, “um dos maiores da região”, que atendia em média 3.000 pacientes por dia. A motivação foi a falta de correção de 65 tipos de problemas detectados na inspeção realizada pelos técnicos que encontraram desde problemas relacionados à estrutura até de pessoal (CONSTANTINO, 2003).

Através de uma parceria entre o MS e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) foi realizado um levantamento nacional⁸⁹, junto aos usuários do sistema de saúde, denominado "A saúde na opinião dos brasileiros", como forma de avaliação do serviço oferecido pela rede pública de saúde. Os resultados indicaram que embora 42% dos usuários considerem que o SUS não é um sistema confiável, a maioria dos que conseguiram ser atendidas, diz satisfeita⁹⁰, mesmo com a lembrança da "fila" enfrentada. Entre as pessoas que tem uma péssima imagem do SUS estão aquelas que nunca utilizaram os serviços e só tem as

⁸⁷ “Em 56,5% das UTIs [...] avaliadas faltavam equipamentos mínimos, como monitores cardíacos, oxímetros, aspirador de secreções, fontes de ar comprimidos” (LEITE, 2003, p.1).

⁸⁸ “Apenas 34,9% tinham mais de 91% dos equipamentos imprescindíveis nesses locais, como foco de luz, rede de gases medicinais, aspiradores de secreções. Em um hospital, o oxigênio e a energia eram provenientes de uma extensão de mangueiras e fios elétricos que atravessavam a sala de cirurgia -situação totalmente irregular” (LEITE, 2003, p.1).

⁸⁹ 3.200 pessoas, com idade mínima de 16 anos, responderam a 243 perguntas (BIANCARELLI, 2003a).

⁹⁰ “Entre aquelas que foram internadas ou tiveram alguém da família internado[...] o índice de satisfação 'alta' e 'muito alta' chega a 72%. [...] a melhor nota dada ao SUS (se funciona bem e muito bem) vem dos grupos de menor escolaridade, com 50,3% entre os analfabetos[...]com curso superior, o índice cai para 30,7%” (BIANCARELLI, 2003a, p.1).

informações veiculadas pela mídia e outras que enfrentam filas mas não foram atendidas (BIANCARELLI, 2003a, p.1).

A diferença apontada entre as pessoas atendidas ou não, no Sistema de Saúde Pública pode ser resultado do paradoxo existente no SUS⁹¹. Para a Andréia Salazar, representante do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), “o problema do SUS é menos de qualidade do que de acesso. Difícil é ser inserido no sistema público” (SANT’ANNA, 2003, p.14). Mesmo que as ações do SUS tenham alcançado um maior contingente da população, com a expansão da oferta de serviços para áreas até então desassistidas acaba persistindo as desigualdades no acesso à saúde. As distorções no modelo de atenção, com medicalização e uso inadequado de tecnologias, tem resultado em problemas no âmbito da qualidade e resolubilidade da atenção aos usuários, em diversos serviços do SUS em todo o país.

Uma das dificuldades enfrentadas pelos usuários do SUS, segundo as manchetes nos telejornais e na imprensa escrita seria a falta de leitos nas Unidades de Tratamento Intensivos (UTI). A este problema foram atribuídas as mortes de pessoas que aguardavam vagas como, por exemplo, em Fortaleza⁹² e Sobral⁹³ (CE), Ponta Grossa⁹⁴ (PR) e Cuiabá (MT)⁹⁵.

Em Ponta Grossa⁹⁶ e em Cuiabá⁹⁷ o internamento de pacientes foi realizado por força de atuação do Poder Judiciário. No entanto, isto não se estende a todos os que dela necessitam, obrigando muitas vezes os familiares a percorrer diversos hospitais a procura de vagas, sendo que para a maioria deles resulta em insucesso. A falta de leitos nas UTIs é apenas mais um problema a ser superado.

Para Jorge Solla, secretário de Atenção à Saúde do MS, no Brasil não existe falta de leitos de UTI, mas sim problemas de gestão na regulação dos mesmos, já que o país possui

⁹¹“Um dos maiores planos de saúde do mundo, o SUS, responde pela extensa e eficaz rede de vacinação e, pelo premiado programa de apoio aos aidéticos e pelo sofisticado serviço de transplantes do Brasil. Conta com médicos do primeiro time com equipamentos de ponta. Ao mesmo tempo, castiga a população com esperas extenuantes, demoras imensas entre consultas, exames e procedimentos, atenção impessoal e burocrática, frustração e desorientação” (SANT’ANNA, 2003, p.14).

⁹²Pacientes em coma aguardavam vaga na UTI deitado em maca da emergência do maior hospital público do Ceará. Em 37 dias morreram 36 pessoas. “Em todo o Estado, existem 522 vagas em UTIs – o déficit projetado pela Secretaria de Saúde seria de pelo menos 200 leitos” (FERNANDES, K., 2003, p.4).

⁹³A morte de 236 pacientes à espera de leitos de UTI, entre janeiro a abril de 2003 foi denunciada pelos médicos da Santa Casa de Misericórdia de Sobral (FERNANDES; NEVES, 2003, p.5).

⁹⁴“Levantamento da Secretaria da Saúde de Ponta Grossa (120 km de Curitiba) confirmou que 38 pessoas morreram neste ano enquanto aguardavam pela abertura de novas vagas” (VALLE, 2003, p.5).

⁹⁵“O Sindicato dos Médicos de Cuiabá divulgou um estudo em maio segundo o qual 150 pacientes morreram em Mato Grosso por falta de leitos nas UTIs, de outubro de 2002 a março de 2003” (CORRÊA, 2003, p.4).

⁹⁶Por força de liminar os pacientes que necessitarem de UTI para viver deverão ser transferidos para a cidade de Curitiba (LIMINAR, 2003).

⁹⁷“A justiça de Mato Grosso determinou a internação de 22 pacientes do SUS [...] em UTIs [...] nos últimos 38 dias em Cuiabá. Devido à falta de leitos em hospitais públicos, a rede privada foi obrigada a receber os doentes” (JUSTIÇA, 2003, p.5).

um número maior do que o Canadá. O Brasil possui 11.296 leitos de UTI conveniados ao SUS, equivalente a 6,7 leitos por 100 mil habitantes, portanto um índice superior ao preconizado pelo MS que é de 8 a 10% do total de leitos para UTIs. Para esse secretário o problema não provém do valor pago, uma vez que o "SUS paga de 2 a 3 mil reais no Ceará por paciente internado em UTI, não é um valor baixo, mas, muitas vezes, os hospitais privados têm outros interesses" (FERNANDES, 2003, p.4).

Afora a discussão sobre a suficiência ou não dos números de leitos de UTI disponíveis para as pessoas e familiares que deles necessitam resta momentos de angústia, tristeza e sofrimento. Para os que perderam seus entes queridos além de conviver com o vazio deixado pela vida que se foi, terão de conviver com o amargo sabor da dúvida em saber que se tivesse a vaga talvez a morte pudesse ser evitada. São marcas que o tempo jamais apagará.

Se a saúde fosse realmente um direito do cidadão e um dever do Estado como consignado na Constituição Federal de 1988, na perspectiva do SUS, isto é, de caráter universal, integral, equânime e com a participação (controle) da sociedade organizada, os problemas, se existissem, provavelmente poderiam ser de outra natureza e não devido a existência de conflito de interesses entre diversos agentes sociais na questão dos leitos de UTIs como deixou implícito o representante do governo federal.

As crises da saúde de um modo geral e dos hospitais em especial, são denúncias que acabam reforçando o fato de que a doença e a própria saúde se transformaram em mercadorias, em produtos a serem comercializados no mercado. A saúde é uma necessidade primária, já que o fato de estar doente “limita e condiciona a possibilidade de acesso e consumo de outros bens e serviços”, e constitui-se num acontecimento imprevisível para o indivíduo (ANSELM; NAKAO, 1999, p.225). Desta maneira, a saúde como um bem público deveria ser garantida pelo Estado, permitindo que todos usufríssem dos benefícios conquistados pela humanidade.

4.1 A INSERÇÃO DOS TRABALHADORES DA ENFERMAGEM FRENTE AO CONTEXTO DAS MUDANÇAS NO MUNDO DO TRABALHO HOSPITALAR

A assistência de enfermagem é prestada por uma equipe composta por enfermeiros, auxiliares, técnicos e os atendentes de enfermagem⁹⁸, que são trabalhadores com formação

⁹⁸ O atendente de enfermagem ainda continua presente em muitas instituições de saúde, por força da Lei nº 8697 de 28 de dezembro de 1994 que assegurou o direito ao trabalho àqueles atendentes admitidos antes da vigência

técnica heterogênea e atribuições específicas que desenvolvem atividades de diferentes graus de complexidade (BRASIL, 1987). As diferenças existentes entre aquelas categorias não se restringem às atividades por elas desenvolvidas, mas também uma valoração social desigual dos respectivos trabalhos parcelares.

A organização da profissionalização da enfermagem coincide com o modo de produção capitalista⁹⁹ e o desenvolvimento da enfermagem profissional no Brasil “esteve condicionado, desde a sua origem, aos interesses do desenvolvimento econômico capitalista, à visão liberal de sociedade e aos rumos tomados pela medicina” (RIZZOTTO, 1999, p.6).

Desde sua profissionalização, a partir de 1860, com *Florence Nightingale*¹⁰⁰, as atividades relativas ao cuidado e à administração do espaço assistencial constituem genericamente o trabalho da enfermagem, que é organizado através da divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho: geralmente cabe ao enfermeiro assumir a gerência do trabalho assistencial de enfermagem, controlando o processo de trabalho em sua globalidade e delegando parcelas de atividades aos demais trabalhadores da equipe de enfermagem (LIMA, 1998; PIRES, 1998).

Os trabalhadores da enfermagem, integrantes de uma determinada forma de organização do trabalho em saúde, desenvolvem suas práticas hospitalares, integrando o trabalho coletivo em saúde¹⁰¹. O trabalho da enfermagem é uma prática que se articula a outras práticas sociais e, portanto, trata-se de mais uma dentre diversas práticas sociais existentes que, embora tenha sua especificidade, sofre as consequências das mudanças que ocorrem na sociedade e, especificamente, no mundo do trabalho.

No desenvolvimento de suas práticas hospitalares a enfermagem integra o trabalho coletivo composto por diversos profissionais, que atuam com relativa autonomia devido a interdependência e a complementaridade de seus afazeres profissionais. Da mesma maneira como a enfermagem faz parte do trabalho em saúde, a assistência de enfermagem articula relações com as outras práticas de saúde que, no conjunto, complementam-se. Portanto, a

da Lei nº 7498 de 25 de junho de 1986 que tinha definido o ano de 1996 como prazo final para a regularização profissional do atendente de enfermagem (BRASIL, 1987).

⁹⁹ A Inglaterra do século XIX, país onde a enfermagem se institucionalizou, “passava então por um processo de desenvolvimento econômico capitalista, originando o que se convencionou chamar de Revolução Industrial, iniciada na metade do século XVIII,[...]” (MELO, 1986, p.43).

¹⁰⁰ Membro da aristocracia inglesa que, desde cedo, demonstrou interesse em cuidar de pessoas doentes; tal trabalho seria uma vontade divina. “Em 1854 recebe o convite do governo inglês[...], para trabalhar nos hospitais militares durante a guerra da Criméia, de cuja experiência ela desenvolveria mais tarde as concepções da nova profissão” (MELO, 1986, p.45).

¹⁰¹ Principalmente após o século XIX, o trabalho na saúde passa a ser um trabalho coletivo. Os trabalhos dos diferentes agentes se articulam na totalidade da produção de cuidados (LIMA, 1998).

enfermagem no que se refere ao cuidar e ao administrar, não desenvolve um trabalho autônomo,

pois essa autonomia fica submetida a instâncias hierarquicamente superiores - para o administrar - e ao médico - para o cuidado clínico, pois é ele quem possui os instrumentos para diagnosticar e estabelecer ações terapêuticas, as quais direcionam parte significativa do cuidado de enfermagem (SILVA et al., 1993, p.59).

O fato de o trabalho de enfermagem ser quase que exclusivamente centrado no trabalho médico é motivo de insatisfação, principalmente entre os enfermeiros (COCCO, 1997). Ainda que as ações médicas (diagnóstico e terapêutica) tenham centralidade no direcionamento do processo de trabalho em saúde, são os enfermeiros que “efetivamente gerenciam as unidades assistenciais, viabilizando, favorecendo e criando condições técnicas e políticas para que o trabalho cotidiano aconteça” (ANSEMI; NAKAO, 1999, p.229); aqueles espaços de atuação, não são delimitados apenas pelo conhecimento técnico-científico mas “ampliados ou reduzidos em decorrência de como os saberes, outros instrumentos e as práticas são explicitados” (LIMA, 1998, p.12).

A organização e a prática assistencial em saúde sofrem a ação de duas lógicas: a do trabalho profissional e a do trabalho coletivo, ambas influenciadas pela lógica do capital e pelas diversas formas de organização e de gestão do trabalho aplicadas em outros campos do trabalho humano. Na organização do trabalho assistencial em saúde, apesar da influência da gerência *taylorista*, a expropriação do saber e o controle do processo de trabalho se dão de forma parcial. Ainda que o médico interfira no trabalho dos demais profissionais da saúde, tornando-os dependentes de suas decisões e detenha o controle do processo de trabalho, existem regras de funcionamento das instituições, estruturas legislativas relativas à organização dos serviços de saúde, ao exercício de cada profissão e direitos trabalhistas que delimitam as regras para a prática assistencial em saúde; tais regras dependem da correlação de forças vigentes para fazer valer determinados princípios e direitos (PIRES, 1989).

Na organização hospitalar geralmente utiliza-se o termo Serviço de Enfermagem, para designar o órgão ou departamento que congrega o pessoal de enfermagem e representa a instância responsável pelo desenvolvimento das atividades de cuidados de enfermagem aos pacientes. A evolução da organização do serviço de enfermagem, segundo Moura et al. (2001), acompanha os avanços do conhecimento na área da administração assim como a evolução do cuidado de enfermagem acompanha os conhecimentos nas áreas de biologia, medicina e tecnologia.

Na atualidade, as organizações hospitalares buscam acompanhar às “novas” tendências de gestão que visam a melhoria da qualidade do serviço e a satisfação do “cliente” via a melhoria da qualidade da assistência prestada e da humanização do atendimento. Nesta perspectiva, Adami e Maranhão (1995) afirmam que a avaliação da assistência à saúde¹⁰² em instituições públicas e privadas seria um dos caminhos na busca da qualidade do atendimento prestado, aliada à substituição do estilo gerencial autoritário, dominante entre os profissionais da saúde, por um modelo democrático.

Qual seria a posição do enfermeiro gerente nesse contexto? Para Saupe (1996, p.12) são encontradas, no mínimo, duas posições em relação à área da administração em enfermagem. A primeira, mais frequente, defende e incorpora os princípios e métodos utilizados pelas empresas capitalistas, tidos como universais e adaptáveis às organizações de modo geral e a segunda, mais rara, crítica à primeira, argumenta sobre a necessidade de adequar os procedimentos às necessidades das instituições de saúde, considerando o fato de ser o ambiente de trabalho tanto assistencial quanto administrativo dos enfermeiros.

Visualizando a possibilidade de ampliação do espaço de atuação do enfermeiro, Marx, L. (2002) afirmou que esse profissional está sendo conclamado a atender os “novos padrões” e acompanhar as mudanças que vem ocorrendo no setor da saúde. Como os “clientes” estão cada vez mais exigentes e conscientes de seus direitos não seria possível falar em sobrevivência sem a capacidade empresarial em investir em qualidade.

O enfermeiro tem papel fundamental na resolução de situações de conflitos existentes no ambiente hospitalar e pela capacidade em “alinhar e harmonizar diferentes processos e responder a constantes desafios para atingir o produto final desejado, cuja razão fundamental se projeta na qualidade da assistência” (MARX, L., 2002, p.1) é que se coloca o desafio de superar as dificuldades na adoção de estratégias de gestão mais participativas e flexíveis que pressupõem processos decisórios mais ágeis, rápidos e menos centralizados (MOURA et al., 2001).

¹⁰² Entre os métodos propostos para avaliar a qualidade da assistência à saúde, encontram-se a **acreditação**, a **auditoria**, a **observação** e o **método dos processos traçadores**. **Ac creditação** é um processo de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência através de padrões previamente aceitos. **Auditoria** é a avaliação sistemática da qualidade da assistência de enfermagem, verificada através das anotações de enfermagem no prontuário do paciente e o das próprias condições destes. **Observação** é o método aplicado para avaliar o processo assistencial de enfermagem, em unidades hospitalares e serviços ambulatoriais, considerando as dimensões técnica e relacional. **Método dos processos traçadores** é utilizado para avaliar a qualidade da assistência médica e ambulatorial, enfocando resultado ou efeito, incorporando, também, elementos da estrutura e processo. Pressupõe-se que a forma de prestar a assistência pelo médico ou equipe de saúde, a um problema ou doença comum, pode ser indicador de como se prestam cuidados em outras situações, e assim pode ser utilizado para avaliar a qualidade geral e eficácia dos serviços prestados (ADAMI; MARANHÃO, 1995, p.50-2, grifo nosso).

Desta maneira, para adequar-se à necessidade de “modernização” das instituições, a enfermagem deveria apoiar-se nas “premissas básicas para a implantação da Gerência da Qualidade Total na área hospitalar” (YAMARCHI; MUNHOZ, 1994, p.50) e reestruturar-se para diferenciar-se no mercado pela oferta de um trabalho mais eficiente e com resultados mais eficazes (MARX, L., 2002).

Os autores que aderiram a essa “modernização” ressaltam que não se trata de adaptar à administração hospitalar às técnicas gerenciais japonesas de produção adotadas pela indústria e sim aproveitar os conceitos e experiências do setor industrial e, por analogia, aplicar os princípios para o desenvolvimento de um modelo gerencial eficaz, adaptando às necessidades do setor, com a finalidade de obter qualidade total na saúde (MENDES, 1993; YAMARCHI; MUNHOZ, 1994, MATSUDA et al., 1998).

Com a pesquisa realizada sobre gestão da qualidade em um hospital geral de alta tecnologia, Mendes (1993) concluiu que a discussão sobre qualidade atingiu os serviços de saúde da mesma forma que os demais setores da economia, ou seja, atrelada à competitividade e à produtividade em função do colapso das políticas públicas de financiamento no setor e ao crescimento da assistência médica supletiva.

Dado o crescente interesse dos hospitais em técnicas de gerenciamento da qualidade, enfermeiros desenvolveram estudos (YAMARCHI; MUNHOZ, 1994; LENTZ et al., 1996; RÊGO, 1997; MATSUDA et al., 1998, DEI SVALDI; LUNARDI FILHO, 2000; MATSUDA et al., 2000) com a finalidade de conhecer e utilizar tais técnicas em suas práticas administrativas com vistas a alcançar não só um padrão aceitável de assistência, mas também para atender as expectativas dos pacientes e dos trabalhadores. A enfermagem voltou sua atenção para o estudo das “ferramentas de qualidade e produtividade¹⁰³” (LENTZ et al., 1996) utilizadas no controle da qualidade industrial e procurou aprender a utilização correta da “estatística, custos e peculiaridade dos profissionais de saúde na adesão à filosofia” (YAMARCHI; MUNHOZ, 1994, p.50). Segundo YAMARCHI; MUNHOZ, (1994); LENTZ et al. (1996); RÊGO (1997); MATSUDA et al. (1998), aquelas ferramentas são transferíveis pela facilidade e pela utilidade na melhoria da qualidade da assistência enfermagem.

¹⁰³ Trata-se de métodos estatísticos que permitem aplicar e sistematizar as teorias e técnicas de controle da qualidade. Algumas ferramentas são utilizadas para agrupar informações sobre os processos e possíveis causas de problemas, outras para coletar informações, algumas para exibir informações e testar teorias e também aquelas que servem para monitorar e controlar o processo depois que uma solução foi aplicada. As ferramentas da qualidade são do tipo: Fluxograma, Histograma, Diagrama de Pareto, Diagrama de causa e efeito, Diagrama de dispersão, Gráficos de tendência e Gráfico de controle (LENTZ et al., 1996).

Dei Svaldi e Lunardi Filho (2000, p.243) utilizaram junto a um grupo de enfermeiros um “Método de Avaliação e Solução de Problemas (MASP¹⁰⁴) e algumas ferramentas (Folhas de verificação, gráfico de pareto e diagrama de Ishikawa) e técnicas (*brainstorming* e *GUT*)” visando conhecer a problemática do local e encontrar solução específica a cada caso e, após obter um novo padrão ao problema verificado; argumentam que o uso dos conceitos da Gerência da Qualidade Total (GQT) podem ser proveitoso para os profissionais da enfermagem, para as organizações e a comunidade. Para implantar a padronização de registros de enfermagem através do método SO-SOAR¹⁰⁵, Rêgo (1997) desenvolveu um treinamento, fundamentado na norma ISO¹⁰⁶ 9002. Para facilitar o trabalho do enfermeiro no atendimento de boa qualidade ao cliente Matsuda et al (1998, 2000) propuseram um modelo de planejamento com base no método “Desdobramento da Função Qualidade¹⁰⁷”, alicerçado na abordagem Gestão da Qualidade Total.

Em meio à apologia da qualidade total, onde instituições de saúde privadas ou públicas incorporaram a linguagem e os símbolos da inovação, que se diz democrática e emancipatória, Saupe (1996) alerta os enfermeiros sobre o “cuidado¹⁰⁸” que é preciso ter na aceitação e incorporação de modismos, de modelos ocultadores, manipuladores e opressores e considera que a gerência da qualidade total

é mais uma ideologia importada, que vem agradar os consultores técnicos e ideólogos neo-liberais que encontram uma ampliação seu campo de ação e atividade e que, por estar travestida de participativa e ter incorporado o discurso democrático emancipatório, torna mais difícil o processo de conscientização, desalienação, ação transformadora do trabalhador (SAUPE, 1996, p.16).

¹⁰⁴ **MASP** é um método investigativo do processo existente. **Folha de verificação**: um dispositivo para registrar dados. **Gráfico de pareto**: é um diagrama de barras. **Diagrama de Ishikawa**: permite a visualização e o agrupamento das causas, em categorias ou famílias de causas dos problemas. **Brainstorming**: ou tempestade de idéias, é a técnica utilizada para encontrar problemas, os mais diversos, com a participação de todos. **GUT**: estratificação dos problemas, com a finalidade de fornecer escore aos mesmos (DEI SVALDI; LUNARDI FILHO, 2000, p.243, grifo nosso).

¹⁰⁵ Formato simplificado de padronização de registros da informação do cliente que consiste na organização das anotações em categorias sequenciais no padrão SO-SOAR. SO: informações subjetivas seguidas das objetivas que não exigem intervenção da equipe de enfermagem. SOAR: informações subjetivas e objetivas que exigem intervenção de enfermagem. Descreve-se a atuação da enfermagem frente às necessidades e problemas identificados, seguido dos resultados das intervenções (RÊGO, 1997).

¹⁰⁶ *International Organization for Standardization* (ISO) é o órgão sediado em Genebra responsável pela edição das normas de Sistemas de Garantia da Qualidade, em que são estabelecidas condições mínimas para o gerenciamento da qualidade. No Brasil as normas editadas em 1990 têm sido adotadas, pelas empresas, como primeiro passo para a qualidade (VAZ; BARROS, 1997)

¹⁰⁷ Modelo prático que constitui-se numa ferramenta indispensável para viabilizar o planejamento da qualidade (MATSUDA et al., 1998).

¹⁰⁸ “Palavra que para muitos contém a essência da enfermagem” (SAUPE, 1996, p.17).

Embora venha crescendo a adesão ao movimento da qualidade, as formas de gerenciamento até então vigentes continuam presentes na maioria das instituições de saúde. De maneira geral, observa-se nas instituições hospitalares o desenvolvimento organizacional acompanhado de rigidez no estabelecimento de normas e rotinas institucionais, uma rede de regulamentação burocrática, cuja característica principal é uma forte impessoalidade nas relações, com pouquíssima flexibilidade (BELLATTO et al., 1997).

Assim, no trabalho da enfermagem predominam também as relações verticalizadas entre os membros da equipe. A composição heterogênea e a divisão técnica e social predominantes nas equipes de enfermagem colocam o enfermeiro como coordenador das atividades de cuidado ao paciente e dos demais trabalhadores da equipe de enfermagem. Frequentemente, esse profissional exerce o gerenciamento tradicional, baseado na detenção do poder e da autoridade, com poucos momentos de participação por parte da equipe, mesmo quando, no seu cotidiano como gerente, estabelece normas e rotinas de ações de enfermagem (ERDMANN; PINHEIRO, 1998; BECCARIA; FÁVERO, 2000).

A coordenação do enfermeiro geralmente fica restrita ao controle e talvez seja, dentre as ações de natureza gerencial, a mais empregada para garantir o andamento do trabalho na instituição. Na prática cotidiana assume um significado muito próximo à idéia de fiscalização que, se traduz na verificação permanentemente e contínua do desempenho correto dos procedimentos, em seguir rigorosamente as regras, rotinas e normas da organização visando garantir “comportamentos padronizados das pessoas que nela atuam e respondendo às exigências formais estabelecidas em conformidade ao modelo burocrático predominante nos serviços de saúde, em especial, nos hospitais” (ANSELMÍ; NAKAO, 1999, p.229).

A valorização da enfermagem pelo “como fazer” em detrimento do “porque fazer” evidencia-se pelos inúmeros manuais de normas, rotinas e procedimentos técnicos que especificam detalhadamente os passos a serem seguidos bem como por quem as atividades devem ser desenvolvidas.

A competência profissional do enfermeiro no exercício do controle é inegável. Embora seja uma função legal essa peculiaridade ao mesmo tempo implica no empobrecimento e na limitação devido a robotização ou mecanização das ações desenvolvidas. A centralização no controle impede ou limita o fortalecimento e o crescimento da enfermagem para ser

mais habilidoso tecnicamente, mais humanístico, criativo e crítico, interferindo em situações nas quais realmente sua opinião/ação é fundamental; mais compreensivo nas questões éticas e sociais, enxergando os indivíduos que compõe seu grupo de trabalho como seres históricos/sociais e os espaços existentes na organização; mais hábil nas decisões e busca de mudanças que aprimorem o processo de cuidado; e

mais flexível e aberto às situações emergentes no cotidiano organizacional (ERDMANN; PINHEIRO, 1998, p.92).

Da mesma maneira como o enfermeiro, como coordenador, não oportuniza momentos de participação à sua equipe de trabalho, raras são suas participações regulares, com assento garantido, nas instâncias decisórias das instituições. De forma geral, aquele profissional é convidado a opinar apenas sobre questões pontuais como, por exemplo, a aquisição ou implementação de determinada tecnologia, colaborando na sua definição a partir da relação custo x benefício. Raramente ele participa das discussões que envolvem as razões da mudança a ser implementada, o que impede ou limita a avaliação das demandas que surgirão em decorrência, incluindo não só os aspectos relativos ao processo de trabalho mas também as medidas e ações preventivas quanto aos possíveis danos à saúde dos trabalhadores.

Como grande parte do tempo do enfermeiro é utilizado em atividades relacionadas com a administração e/ou gerenciamento do pessoal e do seu setor de trabalho, freqüentemente, ele se torna alvo de críticas que originam sentimentos de limitação, de desprestígio, de angústia e, principalmente, de impotência que contribuem para o sofrimento no trabalho (LUNARDI FILHO, 1997).

De maneira geral, o fato de ter como objeto de trabalho o corpo do indivíduo doente, que sofre, que sente dor e morre, envolve os trabalhadores de enfermagem numa situação causadora de ansiedade, tensão e sofrimento, potencializando as cargas psíquicas decorrentes do ambiente hospitalar, da falta de autonomia, da divisão do trabalho por categoria e por tarefa, da supervisão constante, do ritmo intensivo de trabalho (SILVA, 1996).

A profissão de enfermagem é uma ciência e uma arte na qual envolve o trabalho de "gente que cuida de gente" (HORTA, 1976, p.3) tornando-se "porta-voz daqueles que estão muito fracos ou impedidos de falar" (HENDERSON, 1962, p.1). Ou ainda, como a provedora das necessidades do paciente "a quem chamamos cliente externo" ao mesmo tempo em que é um "cliente interno" da instituição em função das inter-relações existente entre os serviços de saúde operantes no hospital como é referido mais recentemente (ROCHA et al., 1997, p.153).

Por ser um profissional que presta serviços permanentemente ao lado do paciente, a enfermagem torna-se depositária de expectativas e de frustrações ligadas ou não ao ambiente hospitalar, uma vez que em parte significativa do trabalho desenvolvido há o envolvimento de emoções. Como os pacientes estabelecem relação entre a qualidade do serviço de saúde e a qualidade da assistência prestada, esses trabalhadores tornam-se mais expostos às críticas pois são utilizados como parâmetro de medida da qualidade da assistência recebida na instituição.

Desta forma, são realizados investimentos na sistematização da assistência de enfermagem e na educação continuada pois tais aspectos interferem na qualidade do serviço oferecido. A padronização de processos na assistência contribui para a diminuição de erros, para o aumento da eficiência e para a melhoria da comunicação entre grupos interdependentes, o que facilita o controle e as avaliações sobre produtividade.

Kurcgant (1993), ao enfatizar a necessidade do enfermeiro utilizar a estratégia da educação continuada como caminho para a qualidade na assistência prestada, destacou a importância de se assumir atitudes pró-ativas, que valorizam a busca ininterrupta de falhas, de maneira preventiva, em substituição à atitude meramente corretiva da enfermagem tradicional. O enfermeiro deve agir junto a sua equipe de trabalho capacitando-a para atuar como agente de mudança de sua realidade e não apenas para operar na realidade. Aquele autor alertou sobre a necessidade de que as alterações na assistência de enfermagem deixem de ser realizadas, como na maioria das vezes, a reboque de outras mudanças, sempre em função da tecnologia médica ou de “determinantes administrativos das organizações e, não em função de uma necessidade ou de uma consciência de uma realidade de competência para assistência de enfermagem” (KURCGANT, 1993, p.68).

Investigando as mudanças ocorridas no trabalho da enfermagem no período de 1986 a 1996, Cocco (1997) observou que elas se deram para incorporar modificações ocorridas no trabalho médico e nas terapêuticas adotadas. Nas instituições de saúde investigadas, as modificações implantadas aconteceram inicialmente para se adequar às novas tecnologias, a aparelhos e equipamentos e, posteriormente, em função da necessidade de controle gerencial mais preciso, foram informatizados os serviços de apoio como o agendamento de consultas, laboratório, almoxarifado, arquivo e farmácia, com a finalidade de reordenar as despesas nos ambulatórios.

Além do controle gerencial, a informatização reduziu os tempos mortos dos trabalhadores, os gastos com deslocamentos na instituição ou com o trabalho burocrático, que diminuíram os esforços físicos pela fixação dos funcionários ao posto de trabalho, dado que as informações necessárias podem ser acessadas na tela do computador à sua frente.

Os postos de trabalho se tornaram mais sedentários, mais exigentes com relação à concentração mental e atenção visual e ao esforço muscular estático devido à exigência da digitação para alimentar o sistema e ter os dados disponíveis *on-line*.

A informatização poupa tempo, aumenta a produtividade e permite maior controle e supervisão das atividades executadas, crescendo a pressão sobre o trabalhador; tornando possível o controle individualizado e a identificação dos operadores que cometam erros como,

por exemplo, na dispensação da medicação feita pela farmácia ou no agendamento dos exames complementares e das cirurgias.

A incorporação e utilização de novos equipamentos modificam o processo de trabalho da enfermagem, aumentou a pressão sobre o trabalhador no desempenho de algumas atividades e exigiu mais capacidade mental e psíquica do que a força muscular.

De acordo com Pires (2000), a utilização de equipamentos de tecnologias de ponta, como os respiradores utilizados em UTIs, permitiu um acompanhamento mais preciso da evolução clínica; no entanto exige dos trabalhadores conhecimentos sobre o funcionamento da máquina além do domínio do conhecimento clínico. A introdução de equipamentos capazes de se programar, regular e controlar suas atividades fez com que o trabalhador passasse a ser “vigia” da máquina e, somente quando da ocorrência de algum incidente, é permitido ao trabalhador recuperar a iniciativa, quando então, utiliza toda a sua experiência e qualificação.

A tecnologia constitui-se em um dos instrumentos de trabalho que pode melhorar a qualidade da assistência; no entanto, também pode provocar o afastamento entre o doente e o enfermeiro. Como por exemplo a utilização de monitores que, ao repassar à enfermagem informações em tempo real, como a pressão arterial, eliminou a necessidade de seu controle e aferição manual, diminuindo o contato entre o paciente e o pessoal da enfermagem. A disponibilidade de informações atualizadas a cada minuto obriga, muitas vezes, o replanejamento das ações com intervenções imediatas. Isto implica que o profissional menos atento pode ficar grande parte do tempo “cuidando da máquina” e dispensando, desta forma, menor atenção aos pacientes.

No cotidiano hospitalar, quando soa o alarme de um respirador, de uma bomba de infusão ou de um oxímetro entre outros, pode-se observar a angústia do trabalhador de enfermagem, principalmente quando não se consegue solucionar o problema detectado na máquina ou no doente que a utiliza.

Muitas vezes, a utilização de equipamentos sofisticados cria, nos trabalhadores da enfermagem, uma relação de dependência. Quando da não disponibilidade daqueles equipamentos já que, de maneira geral, os hospitais os adquirem em quantidade insuficientes para atendimento da demanda, o trabalhador fica aparentemente sem saber como agir.

Pires (2000) considerou a existência de alguns aspectos positivos resultantes das mudanças tecnológicas organizacionais como a possibilidade de desenvolvimento de um trabalho cooperativo interdisciplinar entre os profissionais da saúde, o que melhora a qualidade da assistência prestada através da superação do trabalho parcelar, fragmentado e compartimentalizado existente até hoje na maioria das instituições de saúde no país, onde não

há espaço para o planejamento coletivo e para a discussão das diversas avaliações profissionais. Aquele autor acreditava que, ao romper com o modelo tradicional em algumas atividades, há a possibilidade do desenvolvimento de trabalhos cooperativos e interdisciplinares como a implantação dos “cuidados integrais”, que pode pôr fim à fragmentação existente no trabalho da enfermagem.

Carvalho (1993) afirmou que a mudança na divisão técnica do trabalho do método funcional¹⁰⁹ para experiência de um “novo modelo” de gerenciamento da unidade de internação hospitalar onde se adotou o método de cuidados integrais¹¹⁰ foi avaliado pela equipe de enfermagem como gratificante e vantajoso por utilizar ao “máximo o potencial” dos diversos membros da equipe e proporcionar supervisão mais direta dos cuidados de enfermagem aos pacientes e do pessoal que os executa.

Aquele método de assistência da enfermagem foi analisado de outra perspectiva por Erdmann e Pinheiro (1998) que afirmaram ser ele favorecedor e facilitador do controle pelo enfermeiro gerente, além de permitir o controle pelo próprio paciente que sabe quem foi o funcionário responsável por seus cuidados naquele dia.

O referido método também sofreu críticas por sua forma de estruturação da assistência de enfermagem: embora seja previsto o atendimento individual durante um mesmo dia e período de trabalho, o método não garante que o mesmo trabalhador dê seqüência e o acompanhe o mesmo doente nos dias subseqüentes. Além disso, a assistência que deveria ser contínua nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana, geralmente é oferecida apenas no período diurno, excluídos os finais de semana.

Em resposta àquela crítica, surge no Brasil a proposta de adoção do modelo americano denominado *Primary Nursing*¹¹¹, que se caracteriza por prestar assistência integral e seqüencial, com personalização do atendimento, tendo em vista a garantir a “fidelização do cliente, pelo resultado qualitativo que oferece” (MARX, L., 2002, p.3).

Embora houvesse a expectativa de que, com a implantação de modelos de gestão da qualidade, os trabalhadores da enfermagem seriam beneficiados com o estabelecimento de novas relações no ambiente de trabalho, com hierarquias menos rígidas e com maior participação, a pesquisa realizada por Antunes e Trevizan (2000) trouxe elementos que

¹⁰⁹ Baseado no princípio de especialização, atribui-se a cada trabalhador a execução de determinados trabalhos, para que com a habilidade adquirida, ganhe “mais rapidez na execução e [...], maior produtividade” (CARVALHO, 1993, p.6).

¹¹⁰ Cada membro da equipe de enfermagem se responsabiliza pelos cuidados integrais de um ou de vários paciente (CARVALHO, 1993).

¹¹¹ “A cada enfermeira é designado um grupo de pacientes, de preferência não superior a cinco, que fica responsável pelo “atendimento total de cada pessoa, desde a baixa do paciente até a sua alta” (HOOD; DINCHER, 1995, p.29).

permitem dizer que tais expectativas foram frustradas. Aqueles autores tomaram como objeto de estudo a experiência de um hospital privado que implantou rotinas de gerenciamento da qualidade desde 1990 e elegeram o serviço de enfermagem como foco de seu estudo, onde entrevistaram 57 enfermeiros (o que corresponde a 81% dos profissionais que ali trabalhavam) para avaliar a forma de implantação, o envolvimento dos enfermeiros e as aplicações dos Princípios Deming¹¹² naquela instituição.

Quando da implantação do novo modelo de gerência da qualidade, alguns enfermeiros passaram a integrar o Grupo Superior de Gerenciamento da Qualidade criado para conduzir os trabalhos do Gerenciamento da Qualidade. Foram eles que instituíram e coordenaram a condução dos CCQs que contavam com a participação de monitores e representantes dos diversos setores e cuja principal finalidade foi a discussão e o encaminhamento das propostas de soluções dos problemas da instituição. Foram apenas alguns enfermeiros que participaram do processo de implantação do gerenciamento da qualidade. Ainda que os enfermeiros tenham apontado melhorias na satisfação do pessoal (79%) e dos pacientes (89,5%), Antunes e Trevizan (2000) ao avaliar a aplicação dos 14 princípios de Deming¹¹³, constataram que alguns¹¹⁴ deles estavam sendo empregados de maneira inadequada. Ficou evidente a persistência da valorização da supervisão do trabalho subordinado, a pouca participação dos trabalhadores, o uso de punições, o não reconhecimento do trabalho executado, a inexistência de clima de trabalho em conjunto entre setores e o estabelecimento de metas quantitativas sem a participação dos trabalhadores.

¹¹² Parte da Teoria da Qualidade proposta por Deming. Foram utilizados os 14 princípios propostos para elaborar parte do instrumento de coleta de dados (ANTUNES; TREVIZAN, 2000).

¹¹³ Os princípios são os seguintes: "1. crie constância de propósitos para melhoria do produto e do serviço; 2. adote a nova filosofia; 3. cesse a dependência da inspeção em massa; 4. acabe com a prática de aprovar orçamentos apenas com base no preço; 5. melhore constantemente o sistema de produção e de serviços; 6. institua treinamento; 7. adote e institua a liderança; 8. afaste o medo; 9. rompa as barreiras entre os diversos setores de pessoal; 10. elimine slogans, exortações e metas para mão-de-obra; 11. suprima as cotas numéricas para a mão-de-obra; 12. remova as barreiras que privam as pessoas de justo orgulho pelo trabalho bem executado; 13. estimule a formação e o auto-aprimoramento de todo e, 14. tome a iniciativa para realizar a transformação" (ANTUNES; TREVIZAN, 2000, p. 36).

¹¹⁴ "**Princípio 7** [...] a supervisão ainda é muito importante pois não há grande confiança no trabalho do subordinado[...]; **Princípio 8** [...] não é freqüente o pessoal dar sugestões, que as punições são mais usuais que as recompensas[...] o pessoal normalmente têm medo das mudanças e de pedir orientações; **Princípio 9** [...] freqüentemente não há um clima de trabalho conjunto entre os setores, que algumas vezes não está claro como um setor se relaciona com os demais e não há uma interação adequada entre eles, mas cada setor procura realizar bem o seu trabalho; **Princípio 11** [...] as metas numéricas ainda são utilizadas, a preocupação com a 'quantidade' ainda é significativa, poucas vezes o pessoal participa da elaboração das metas e por isto, nem sempre existe o compromisso de alcançá-las; **Princípio 12** [...] freqüentemente o pessoal sente orgulho trabalhar no hospital e tem condições de aproveitar seu potencial, porém, com menor freqüência sente que seu trabalho está sendo bem feito e reconhecido e que poucas vezes consideram boas as condições em que ele ocorre; **Princípio 13** [...] as pessoas nem sempre são consideradas o maior patrimônio da instituição, apesar de serem constantes os investimentos em capacitação, de haver incentivo à participação em eventos e do pessoal demonstrar interesse pelo aprimoramento" (ANTUNES; TREVIZAN, 2000, p.40, grifo do autor).

Tais achados indicam que, mesmo entre os enfermeiros, as condições de trabalho não são as mesmas ou, no mínimo, apontam a diferença de pontos de vista existente entre os enfermeiros da instituição investigada sobre as mesmas mudanças implementadas e que afetaram o serviço de enfermagem, dentre as quais se destacam a

organização e documentação dos diversos setores, sistematização da assistência de enfermagem e registro das atividades, informatização do plano de cuidados, criação de um Centro de Educação Continuada e de um Grupo de Estudos de Enfermagem, melhoria na qualidade dos recursos humanos, introdução de auditorias periódicas, utilização de indicadores de qualidade nas decisões administrativas, melhoria nos aspectos filosóficos da assistência (cuidado integral) e a realização de diversas publicações sobre as atividades desenvolvidas no Serviço de Enfermagem (ANTUNES; TREVIZAN, 2000, p.39).

Ainda que as novas ferramentas do gerenciamento da qualidade, como por exemplo a informatização do plano de cuidados, tenham ajudado a melhorar gerencialmente as organizações hospitalares, continua atual a afirmação de Erdmann e Pinheiro (1998, p.89) para os quais, de forma geral, os procedimentos de enfermagem são realizados “rotineiramente, sem que se discuta as maneiras de realizá-los ou se busque inovações que facilitem sua execução e tragam, ao mesmo tempo, maior motivação e participação efetiva dos cuidadores”.

Contrariando as perspectivas de que a adoção de novas tecnologias traria alívio da carga de trabalho, Tumolo (2001) afirmou que uma das características mais presentes no trabalho contemporâneo é a intensificação do trabalho¹¹⁵ pois, mesmo com a redução do número de trabalhadores a produção e a produtividade aumentaram, como ocorreu, por exemplo, na indústria automobilística¹¹⁶.

Como as modificações introduzidas no mundo do trabalho em saúde têm afetado o mercado de trabalho do pessoal da enfermagem? Como já foi relatado, houve inversão na composição do emprego em funções administrativas e do pessoal de saúde quando se comparam os dados das décadas de 70, 80 e 90 do século XX. A admissão de trabalhadores, entre os anos de 1986 e 1996, registrou maior dinamismo nas áreas administrativas e de

¹¹⁵ Diante da imposição legal que impede o prolongamento desmedido da jornada de trabalho, torna-se impossível aumentar a mais-valia absoluta. Como alternativa “o capital lançou-se com força total e plena consciência à produção de mais-valia relativa por meio do desenvolvimento do sistema de máquinas” (MARX, 1988, p.31).

¹¹⁶ “A GM dos Estados Unidos, em 1975, tinha 450 mil trabalhadores e uma produção de 4,3 milhões de veículos leves e carros de passeio por ano. Em 1990, a produção foi de 4 milhões de veículos, e o número de trabalhadores caiu para 265 mil (No mesmo ano, no Brasil, se produziu um total de 915.000 veículos com 117.400 trabalhadores nas montadoras). No Japão, a Toyota produziu 4 milhões de veículos em 1990, empregando apenas 58 mil trabalhadores. Este é um dos mitos do sistema de produção no Japão” (WATANABE, 1993, p.6).

serviços em detrimento do número de trabalhadores admitidos na área de atendimento à saúde, sobretudo no de auxiliares de enfermagem (BRASIL, 2001b).

A tendência da diminuição relativa da contratação de pessoal de enfermagem estaria relacionada à redução dos hospitais em seu quadro de funcionários como alternativa para contornar a crise em que se encontram e, assim, operam com um "quadro mínimo de pessoal de enfermagem, muito aquém do necessário, sendo que esse quadro de enfermagem, diferentemente do que ocorria no passado recente, dedica-se quase que integralmente as atividades assistenciais" (BRASIL, 2001a, p.39).

Com a ampliação da oferta de mão-de-obra mais qualificada no mercado houve a possibilidade de trabalhar com maior número de leitos sem aumentar o efetivo do pessoal de enfermagem dado que

havendo um aumento de trabalho, mas, especialmente, havendo uma divisão maior e especialização das funções, isto é, o quadro de enfermagem se especializou nas atividades assistenciais, delegando as funções administrativas e de serviços gerais para pessoal específico dessas áreas (BRASIL, 2001a, p.40-1).

A semelhança dos demais setores produtivos, na enfermagem também ocorreu a redução da carga horária e a intensificação do trabalho, como detectou Cocco (1997) entre os enfermeiros de ambulatorios; o autor verificou ainda que a flexibilidade nos horários de entrada e saída, mais comumente utilizada por enfermeiros, estava condicionada e subordinada aos interesses institucionais, “pertinentes à cobertura da unidade em todo o período em que se mantenha aberta ou, ainda, para realização de atividades, horário de trabalho, de interesse da instituição" (COCCO, 1997, p.207).

Assim sendo, pode se concluir que as novas tecnologias modificam o conteúdo do trabalho, uma vez que os equipamentos podem simplificar diversas tarefas e gerar uma tendência à homogeneidade das qualificações profissionais de quem executa, quer pela polivalência, quer pela flexibilidade que o trabalho passa a exigir.

Ainda que a forma predominante de contratação na enfermagem hospitalar seja a assalariada, ela já não é a única forma de contrato de trabalho existente. A debilitação do mercado de trabalho a partir da neoliberal (ALVES, 2000), atingiu também a saúde e precarizou as relações de trabalho na enfermagem, sem contudo desempregar nos mesmos níveis verificado nos demais setores da economia. Verificou-se também no setor da saúde a

crescente terceirização¹¹⁷ tanto nas instituições públicas quanto nas privadas (COCCO, 1997; GIRARDI et al., 2000; PIRES, 2000; TEIXEIRA, 2000). Para Varella et al. (1999), embora não se possa dimensionar a força de trabalho terceirizada, com as estatísticas disponíveis¹¹⁸, pode-se verificar que a “cooperativização” é outra tendência já percebida no setor.

Geralmente são externalizadas as atividades realizadas por trabalhadores assalariados pela empresa-mãe que repassam aquelas atividades para os prestadores de serviço que podem ser autônomos, firmas de enfermagem domiciliar e de diversas modalidades do *home care* ou cooperativas de trabalhadores, da mesma forma que a empresa-mãe externaliza os serviços de segurança, limpeza, lavanderia, empresas médicas, laboratórios de análises clínicas etc. (PIRES, 2000, p.91).

Ao investigar as transformações ocorridas na enfermagem no período de 1986 a 1996 Cocco (1997, p.103) identificou o atendimento domiciliar como uma tendência no Brasil, dado que nesta modalidade ocorre uma redução de custos de 50% quando comparado ao atendimento hospitalar e, além disso, aliar “tecnologia de ponta com um atendimento diferenciado ao cliente”.

Algumas outras modalidades de atendimento domiciliar vêm se tornando comum na atualidade, tais como a instrumentalização de familiares com treinamento para atender em casa a pessoa necessitada, a contratação informal de trabalhador da saúde que tem emprego para cuidar de pessoas no domicílio ou ainda, a absorção no processo de trabalho de enfermagem de trabalhadores leigos – os agentes comunitários de saúde e de trabalhadores informais.

Esses são alguns dos elementos que conformam a atmosfera que envolve as condições de trabalhos da maioria dos trabalhadores da equipe de enfermagem. Para Erdmann e Pinheiro (1998) o ritmo acelerado com que se procura adequar e implementar as mudanças tecnológicas acaba colocando em segundo plano a esfera humana. Muitas vezes ocorre a mecanização dos processos de produção sem que as relações humanas estabelecidas nas organizações recebam a atenção necessária.

¹¹⁷ Segundo o levantamento realizado, durante 2 anos, pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), entre os 1001 hospitais, maternidades e pronto-socorros da capital e do interior, a terceirização é adotada por “64,6% dos serviços privados e 29,8% dos públicos” (MAYRINK, 2003, p.15).

¹¹⁸ As estatísticas disponíveis englobam além dos “serviços de limpeza, vigilância, manutenção e alimentação, se estende às áreas gerenciais, administrativas e aos serviços profissionais” (VARELLA et al., 1999, p.156).

4.2 A PROTEÇÃO LEGAL À SAÚDE DO TRABALHADOR E OS PROBLEMAS DE SAÚDE DOS TRABALHADORES DA ENFERMAGEM NO ÂMBITO HOSPITALAR

A questão envolvendo a segurança, a higiene e a medicina do trabalho foi definida no Brasil como matéria de direito constitucional: é direito do trabalhador exercer sua função em ambiente de trabalho seguro e sadio, conforme o inciso XXII do artigo 7º da Constituição Federal vigente que prevê ainda a proteção ao trabalhador em face da automação, através do inciso XXVII daquele artigo. Desta forma busca-se garantir a redução dos riscos inerentes ao trabalho, cabendo ao empregador tomar as medidas para reduzir os riscos por meio de normas de saúde, higiene e segurança (BRASIL, 2002c). Os empregadores têm as seguintes obrigações legais, a saber:

a) orientar o trabalhador sobre seus direitos e riscos ambientais; b) prevenir riscos e danos; c) fornecer ao trabalhador EPI¹¹⁹ de qualidade e suficiente para neutralizar os riscos e danos; d) responsabilidade por indenizar o lesionado em caso de culpa/dolo, independente do Seguro de Acidente do Trabalho a cargo do INSS (SAT¹²⁰) (SALVADOR; CALIA, 2003).

A Constituição Federal prevê, em seu artigo 1º inciso III, que é dever do Estado cuidar da saúde e da assistência pública, bem como proteger o meio ambiente e combater a poluição em quaisquer de suas formas. O direito à saúde, inalienável e irrenunciável, é instituído e deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos (BRASIL, 2002c).

Outros direitos e garantias estabelecidos em tratados internacionais firmados pelo Brasil também devem ser observados, conforme parágrafo 2º do artigo 5º da Carta Magna que ordena que eles “têm aplicação imediata, tão logo incorporado ao nosso ordenamento jurídico interno” (TEIXEIRA, 2003, p.1). As normas internacionais de trabalho (**convenções e recomendações**) são criadas pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) através de seu parlamento, a Conferencia Internacional do Trabalho, constituído por quatro delegados para

¹¹⁹ Equipamento de Proteção Individual.

¹²⁰ O SAT foi de caráter privado no período de 1923 a 1967, passou a ser público entre 1967 até dezembro de 1998 quando houve a reforma da previdência que introduziu o parágrafo 10 no artigo 201 e transformou o SAT em concorrente entre o Estado e a iniciativa privada. “Esse dispositivo, que ainda está pendente de regulamentação, atende ao interesse das companhias seguradoras nacionais e internacionais que pretendem transformar a segurança e a saúde do trabalhador, direitos fundamentais previstos na Carta Magna, em um promissor mercado, uma vez que os recursos destinados a ele, parte integrante do Regime Geral da Previdência, representam hoje algo em torno de R\$ 4,2 bilhões, segundo dados do Anuário da Previdência Social de 2002”. O SAT apresentou superávit em 2002, gastou R\$ 2,98 bilhões em benefícios acidentários, gerando um excedente de R\$ 1,66 bilhão (INSTCUT, 2003).

cada Estado Membro, dos quais um é representante dos trabalhadores, dois do governo e um dos empregadores.

A convenção internacional equipara-se hierarquicamente à lei federal e entra em vigor após um ano da data da ratificação. As **convenções** uma vez ratificadas, “constituem fonte formal de direito, gerando direito subjetivos individuais, principalmente nos países onde vigora a teoria do monismo jurídico¹²¹[...]” (TEIXEIRA, 2003, p.3). Já as **recomendações** e as convenções não ratificadas constituem fonte material de direito e servem de modelo e inspiração para a atividade legislativa nacional, os atos administrativos, “os instrumentos de negociação coletiva, de laudo de arbitragem ou de decisões normativas dos tribunais do trabalho,[...] quando apreciam conflitos coletivos de interesse” (TEIXEIRA, 2003, p.3).

O Brasil ratificou as Convenções 148, 152, 155 e 161, que se referem ao ambiente de trabalho, que passaram a integrar o ordenamento jurídico pátrio com força de lei federal, vindo a complementar, alterar ou revogar o direito interno, conforme seja o caso. A Convenção 148 trata da contaminação do ar, ruído e vibrações; ratificada em 14/01/1982 e promulgada através do Decreto nº 93.413, de 15/10/1986. A Convenção 152 trata da segurança e higiene dos trabalhos portuários; ratificada em 17/05/1990 e promulgada através do Decreto nº 99.534, de 19/09/1990. A Convenção 155 trata da segurança e saúde dos trabalhadores; ratificada em 18/05/1992 e promulgada através do Decreto nº 1.254/1994. A Convenção 161 trata do serviço de saúde do trabalho; ratificada em 18/05/1990 e promulgada através do Decreto nº 127, de 22/05/1991 (TEIXEIRA, 2003, p.3).

As relações entre saúde e trabalho previstas constitucionalmente são disciplinadas em três esferas: a) do trabalho, b) da saúde e, c) da previdência social. Da esfera do trabalho surgiu a primeira legislação específica da área da saúde do trabalhador, tratando dos acidentes de trabalho. São também legislações dessa esfera a Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) com as Normas Regulamentadoras (NRs), relativas à Segurança e Medicina do Trabalho (MENDES; COSTA DIAS, 1999).

As NRs relativas à Segurança e Medicina do Trabalho são de observância obrigatória pelas empresas privadas e públicas e pelos órgãos públicos da administração direta e indireta, bem como pelos órgãos dos poderes legislativo e judiciário que possuam empregados regidos pela CLT (BRASIL, 2002a).

¹²¹ “A Constituição brasileira de 1988 adotou a teoria do monismo jurídico, em virtude da qual o tratado ratificado complementa, altera ou revoga o direito interno, desde que se trate de norma de aplicação imediata, ou seja, que a matéria nela versada trate de direitos e garantias fundamentais” (TEIXEIRA, 2003, p.3).

A plena aplicabilidade dessas normas aos trabalhadores regidos pela relação jurídica de emprego estabelecida na CLT é ponto pacífico. Entretanto, Teixeira (2003) analisou a legislação de saúde do trabalhador em vigor, enfocando especialmente as Convenções 155 e 161 por terem sido ratificadas após a promulgação da vigente carta constitucional, e demonstrou que essas normas podem ser “aplicáveis e exigíveis a outras relações jurídicas de trabalho” (p.1), ou seja, conclui que essas convenções internacionais determinam que sejam contemplados e protegidos além dos trabalhadores sujeitos ao regime da CLT os demais trabalhadores: “autônomos, avulsos, servidores públicos civis e trabalhadores organizados em cooperativas” (p.6) e “trabalhadores rurais não sujeitos à relação de emprego (parceiros rurais)”(p.2).

Na atualidade existem 30 NRs¹²² que abordam temas distintos e 5 normas específicas para o trabalho rural (NRRs¹²³). As NRs e NRRs têm a finalidade de garantir o direito fundamental e social à redução dos riscos inerentes ao trabalho, como prevê o inciso XXII do artigo 7º da Carta Magna.

A NR6 regulamenta o uso dos EPIs, destinados a proteger a saúde e a integridade física do trabalhador no local de trabalho. A NR7 dispõe sobre a obrigatoriedade e a implementação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), com o objetivo de promover e preservar a saúde do conjunto dos seus trabalhadores. A NR9 estabelece a obrigatoriedade da elaboração de um programa de prevenção de riscos ambientais do trabalho, considerando a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais. Indica adoção de equipamentos de proteção coletiva (EPC) bem como, quando necessário, em caráter complementar, a utilização de EPI (BRASIL, 2002a).

O Ministério do Trabalho e Emprego, em 06 de dezembro de 2002, através da Portaria nº 37, lançou consulta pública sobre a proposta de uma norma específica para Segurança e

¹²² NR1- Disposições gerais; NR2- Inspeção prévia; NR3- Embargo ou interdição; NR4 - Serviços especializados em engenharia de segurança e medicina do trabalho (SESMT); NR5- Comissão interna de prevenção de acidentes (CIPA); NR6- Equipamento de proteção individual (EPI); NR7- Programa de controle médico de saúde ocupacional (PCMSO); NR8 - Edificações; NR9- Programa de prevenção de riscos ambientais (PPRA); NR10- Instalações e serviços sem eletricidade; NR11- Transporte, movimentação, armazenagem e manuseio de materiais; NR12- Máquinas e equipamentos; NR13- Caldeiras e vasos de pressão; NR14- Fornos; NR15- Atividades e operações insalubres; NR16- Atividades e operações perigosas; NR17- Ergonomia; NR18- Condições e meio ambiente de trabalho na indústria da construção; NR19- Explosivos; NR20- Líquidos combustíveis e inflamáveis; NR21- Trabalho a céu aberto; NR22 - Trabalhos subterrâneos; NR23- Proteção contra incêndios; NR24 - Condições sanitárias e de conforto nos locais de trabalho; NR25 - Resíduos industriais; NR26 - Sinalização de segurança; NR27- Registro profissional do técnico de segurança do trabalho no Ministério do Trabalho e da Previdência Social; NR28- Fiscalização e penalidades; NR29 - Segurança e saúde no trabalho portuário; NR30- Regulamenta as condições de segurança e saúde dos trabalhadores aquaviários (MTE, 2003b).

¹²³ NRR1- Disposições gerais; NRR2- Serviço especializado em prevenção de acidentes do trabalho rural (SEPATR); NRR3- Comissão interna de prevenção de acidente rural (CIPATR); NRR4- Equipamento de proteção individual; NRR5- Produtos químicos (MTE, 2003b).

Saúde no trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde (NR32), visando regulamentar o trabalho do pessoal em instituições de saúde no Brasil (MTE, 2003a). Enquanto ela não é aprovada, os hospitais, suprem a lacuna e asseguram a segurança no trabalho, adaptando as recomendações estabelecidas nas NR existente em vigor.

Da esfera da saúde destaca-se a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080 de 19/09/1990) que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde (CARVALHO; SANTOS, 1995). As competências do SUS na área da saúde do trabalhador estão estabelecidas em seu artigo 6º, que contempla diversas medidas que visam a promoção, coordenação e execução das ações, para garantir a assistência adequada ao trabalhador

vítima de acidente do trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho; a realização de estudos, pesquisas, avaliação e controle de riscos e agravos potenciais à saúde, existentes no processo de trabalho; a normalização, no âmbito de competência do SUS, da fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e equipamentos que apresentem riscos à saúde do trabalhador; a avaliação do impacto da introdução de novas tecnologias sobre a saúde; a informação a trabalhadores e empregadores sobre os riscos para a saúde presentes nos processos de trabalho, incluindo a divulgação dos resultados de estudos, avaliações e fiscalização, realizados em locais de trabalho (COSTA DIAS, 1994, p.151).

Na esfera da Previdência Social estão as legislações que permitiram a efetivação inicial dos direitos previdenciários dos trabalhadores previstos na Constituição Federal, como ocorreu através da Lei Orgânica da Segurança Social (Lei nº 8212, de 24/07/1991). Contempla também legislação sobre os planos de benefícios da previdência social que teve sua regulamentação e aplicação regulada através da Lei nº 82123, de 24/07/1991 e o Decreto nº 3.048, de 6/05/1999 (BRASIL, 1998a; 1998b; 1999).

Ainda que exista legislação prevendo a proteção à saúde do trabalhador através de um ambiente de trabalho seguro, ainda há uma distância muito grande a ser percorrida até que elas se concretizem em medidas efetivas e tornem o trabalho mais saudável e seguro. Embora toda a população tenha direito à assistência médica pelo SUS, os benefícios acidentários são restritos aos segurados e dependentes do INSS. Portanto, ficam excluídos de qualquer benefício dessa natureza as pessoas com trabalhos precários, informais¹²⁴ e os desempregados¹²⁵.

¹²⁴ O trabalho no setor informal ocupa mais de 50% da PEA nos grandes centros urbanos brasileiros (MENDES; COSTA DIAS, 1999).

¹²⁵ Na região metropolitana de Belo Horizonte em agosto de 2003, segundo dados do Dieese, estima-se que 21% da população apta a trabalhar, isto é, 482 mil pessoas estão sem ocupação “91 mil a mais em relação ao mesmo

As morbi-mortalidade da classe trabalhadora têm uma evolução que acompanha o desenvolvimento capitalista, bem como dos instrumentos de enfrentamento de suas mazelas, como nos ensinou Ribeiro (1999). Para o referido autor, nos primórdios do capitalismo, na fase de acumulação primitiva, havia um predomínio das doenças originárias diretamente do baixo consumo de bens e serviços, das condições de vida e classe, embora estivessem presentes e em ascensão os acidentes e doenças do trabalho, entre essas, as respiratórias, provocadas por poeiras orgânicas e minerais. Nas fases seguintes, da acumulação

mais acelerada e pré monopolista, e na seguinte, de franca monopolização, os acidentes e doenças de trabalho ganham a primazia e aquelas outras passaram a uma posição secundária. Esse ciclo é marcado pela violência explícita do trabalho. Essa violência atinge diretamente o corpo do trabalhador, obrigado condições miseráveis de vida e trabalho. Ele e seus familiares adoecem e morrem de enfermidades determinadas pelo baixo consumo que seu salário impõe ou de doenças e acidentes típicos do trabalho. Não há sutileza nessa patogenia onipresente do trabalho, que determina os modos de viver e invade e impacta o corpo, por meio de poeiras, gases, vapores, ruídos, calor, atritos, queda, esforços, tensões e pressões, provocando lesões do ouvido, olhos, pele, músculos, tendões, articulações, nervos, vasos, cérebro e psiquismo (RIBEIRO, 1999, p.31).

Vivemos, na atualidade, em um novo ciclo do capitalismo marcado pela rápida incorporação de tecnologias de automação e informatização eletrônica e pelas novas formas de organização do trabalho, com reflexos profundos no trabalho e na vida das pessoas sem que se percebam mudanças marcantes nos indicadores vitais, sociais e econômicos da maioria da população trabalhadora. A persistência de algumas doenças como a dengue, a lepra e a tuberculose, paralela ao grande número de acidentes e de doenças incapacitantes ou mortais, evidencia uma transição lenta, amarga e difícil da morbimortalidade brasileira (RIBEIRO, 1999).

Os trabalhadores que conseguem manter-se empregados são muito mais sujeitados pelo trabalho devido a um tipo de organização mais flexível, que tem suas raízes no toyotismo, como já foi visto anteriormente. Nunca o trabalhador perdeu tanta autonomia, pois as relações de trabalho e sociais o obrigam a isso. O medo de perder o emprego, a tensão, a cobrança por produtividade são maiores. Ele encontra-se mais amarrado, apesar dessas amarras serem praticamente invisíveis, configurando o que Ribeiro (1999) denominou de violência oculta do trabalho.

período do ano passado que dá um crescimento de 16%” (MENDES, 2003, p.12). Trata-se do maior índice registrado pelo Dieese desde dezembro de 1995, ano em que o boletim começou a ser divulgado.

A partir dos anos de 1990, com a expansão dos processos de reestruturação produtiva ocorreram mudanças significativas na vida e nas relações das pessoas e das nações e, como decorrência, no viver e adoecer das pessoas. Dentre as consequências da mundialização do capital e das desigualdades crescentes estão a deterioração da qualidade de vida, expressa pela poluição e pela degradação ambiental, o desemprego estrutural e o crescimento de formas diversas de violência. Observou-se também no período o aumento da expectativa de vida (MENDES; COSTA DIAS, 1999).

O processo de mudança registrado no mundo do trabalho modificou o perfil dos trabalhadores, assim como a combinação das inovações tecnológicas com novos métodos gerenciais contribuiu para a intensificação do trabalho, o que, conseqüentemente, altera o quadro da morbi-mortalidade relacionada ao trabalho, que se traduz em manifestações de envelhecimento prematuro, no adoecimento e morte por doenças crônico-degenerativas e de um conjunto de sintomas na esfera psíquica, como a fadiga crônica, a síndrome de *Burnout*, estresse, depressão, neuroses e outros distúrbios inespecíficos e ainda pouco conhecidos como, por exemplo, a morte súbita por excesso de trabalho (MENDES; COSTA DIAS, 1999).

Estudiosos consideram que as LER, uma das doenças relacionada ao trabalho são uma expressão da super exploração existente no trabalho, resultado da violência oculta no mundo do trabalho atual (ARAÚJO et al., 1998; RIBEIRO, 1999; ORSO et al., 2002).

As modificações processadas na área da saúde, juntamente com transformações significativas no mundo do trabalho nessa área, tornou-se possível a utilização, em larga escala, de máquinas e equipamentos automatizados capazes de reproduzir alguns dos movimentos humanos. São conquistas humanas que tem possibilitado a utilização de robôs na área médica como, por exemplo, em procedimentos cirúrgicos devido a grande precisão e segurança nos procedimentos realizados.

Convivendo com esses e outros avanços científicos, o pessoal da área da saúde, em seu cotidiano, trabalha em condições nem sempre condizentes com o estágio de desenvolvimento atual e a precariedade das condições de trabalho nos hospitais brasileiros é, com frequência, alvo de denúncias públicas. Exemplo disto foi o fato envolvendo o Hospital de Base de Brasília, cuja intervenção solicitada pelo Ministério Público ocorreu devido a várias irregularidades detectadas, dentre as quais a morte de pacientes por falta de remédios e por interrupção de tratamento, desvio de verbas, falta de estrutura física, quadro de pessoal insuficiente e inadequado desempenho das funções, inadequada esterilização de materiais,

acondicionamento inadequado de resíduos hospitalares¹²⁶ e risco de incêndio na unidade de internação para cirurgia cardíaca (CONSTANTINO, 2003). Além disso, medidas de segurança preconizadas não são adotadas em todas as unidades das instituições de saúde como apontou Leite (2003, p.1) que numa investigação realizada pelo CREMESP, constatou-se que “mais da metade dos prontos-socorros não segue regras de biossegurança - como o descarte de agulhas e outros materiais perfurocortantes em caixas especiais”.

A denúncia de irregularidades na disposição, coleta e tratamento dos resíduos sólidos de saúde, extrapolou os limites internos da instituição e colocou em risco a saúde de toda a sociedade. A disposição do denominado lixo hospitalar causou preocupação por se tratar de materiais contaminados, fonte de doenças e outros males, através da contaminação do ar, da água e dos alimentos. Causa indignação à sociedade o fato de materiais como “seringas, agulhas, bolsas de sangue contaminado, tecidos e partes de corpos humanos, bem como remédios e drogas vencidos, entre outros, são depositados livremente em lixões, a céu aberto” (BARBOSA, 2003, p.1).

Os procedimentos previstos para os resíduos sólidos de saúde, exarados através de resoluções do Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA), decorrem de dois princípios básicos em direito ambiental previstos na Constituição Federal, descritos no artigo 225, que se refere ao princípio da precaução e do poluidor pagador. O primeiro refere-se à cautela que todos devemos ter diante da livre disposição desse tipo de resíduo e o segundo assegura que o responsável pela geração do resíduo deve arcar com o ônus dele decorrente, já que lucros são auferidos dessa atividade e não se pode querer "socializar os custos correspondentes. É o que os economistas chamam de externalidades negativas, em razão do qual os produtores hedonistas procuram maximizar seus lucros, repassando os custos para terceiros e para o meio ambiente" (BARBOSA, 2003, p.1).

Entretanto, vários obstáculos são colocados para que a lei não seja cumprida. A Resolução nº 33/03 de 5/03/2003, da ANVISA, estabeleceu padrões¹²⁷ inferiores àqueles

¹²⁶ A Resolução nº 5/93 do CONAMA estabelece padrões de qualidade ambiental em relação aos resíduos sólidos de saúde, classificando-os em quatro grupos: “A) risco biológico (sangue e hemoderivados, dentre outros); B) risco químico (drogas e resíduos farmacêuticos); C) risco radioativo e, D) comum (os resíduos não enquadrados nos demais grupos)”. Recomenda-se a destruição dos materiais enquadrados nos grupos A e B, através de incineração ou esterilização a vapor, de forma a anular suas características físicas, químicas e biológicas; cumprimento das normas do Conselho Nacional de Energia Nuclear (CNEN) quanto aos resíduos do grupo C; e a disposição dos demais materiais do grupo D em aterro sanitário (BARBOSA, 2003).

¹²⁷ “A norma prevê, por exemplo, que **bolsas contendo sangue ou hemocomponentes** com volume residual superior a 50 ml, **peças anatômicas** (tecidos, membros e órgãos) do ser humano, que não tenham mais valor científico ou legal, e/ou quando não houver requisição prévia pelo paciente ou seus familiares; **fetos com peso menor que 500 gramas** ou estatura menor que 25 cm ou idade gestacional menor que vinte semanas[...]; resíduos provenientes de paciente que contenham ou sejam suspeitos de conter agentes que apresentem

estabelecidos nas normas ambientais e desobrigou os estabelecimentos de saúde da necessidade de destruição das características físicas, químicas e biológicas dos resíduos de saúde classificados no grupo A e B, através da incineração ou esterilização daquele tipo de lixo. Essa inusitada resolução é, sem dúvida, um retrocesso normativo.

Segundo Barbosa (2003, p.4), alguns empresários da área da saúde da cidade de Natal (RN), após a publicação daquela resolução, imediatamente determinaram que seus hospitais passassem a cumprí-la “possivelmente esquecendo sua formação e sua responsabilidade como médicos, para pensar exclusivamente em seus lucros, nada obstante todo o processo de transporte e incineração lhes custa pouco mais de R\$1,00 por quilo de lixo hospitalar”.

Mesmo reconhecendo que o processo saúde-doença não é determinado apenas no âmbito da produção, é indiscutível o papel e a importância dos riscos para a saúde gerados nos processos de trabalho particulares (MENDES; COSTA DIAS, 1999). Embora o hospital tenha como uma de suas principais finalidades a recuperação da saúde, não são poucos, como também são graves os problemas que de lá emergem, principalmente aqueles relacionados às infecções hospitalares.

Diante dessa realidade é possível se questionar se existem riscos para a clientela que, de maneira geral, ali permanece poucos dias, “quais serão as consequências da exposição diária a esse ambiente nocivo, por anos e anos, para os trabalhadores - mais de um milhão - aí engajados?”. A existência de risco de transmissão de patógenos é real para os trabalhadores da saúde. Dentre os profissionais dessa área, os trabalhadores da enfermagem estão mais vulneráveis em função das características próprias da profissão quanto pela composição heterogênea da sua equipe (BULHÕES, 1994, p.39).

Além da insalubridade existente no ambiente de trabalho hospitalar, a enfermagem trabalha em condições adversas¹²⁸ enfrentando a falta de recursos humanos e materiais. É comum a falta de espaço físico adequado, o número insuficiente de camas, macas, cadeiras de

relevância epidemiológica e risco de disseminação; dentre outros, **não precisam mais ser tratados, basta que sejam jogados em aterro sanitário!!!**” (BARBOSA, 2003, p.4, grifo do autor).

¹²⁸ Em meio a crise da falta de leitos nas UTIs, além do sofrimento do doente, o relato a seguir dá uma dimensão das condições de trabalho da enfermagem. “O primeiro passo é esperar surgir uma vaga na sala de ressuscitação, uma salinha estreita em frente à emergência com quatro leitos equipados com aparelhos de UTI. A diferença entre essa sala e uma UTI de verdade é que os doentes ficam em macas estreitas iguais às da emergência, de metal, com um colchão improvisado em cima, para ser movimentados. A proximidade entre as macas é imprópria porque aumenta o risco de infecções. Também não há um médico em tempo integral, só uma enfermeira. São os que estão na sala de ressuscitação que tem prioridade na transferência para UTI. Os que esperam na emergência têm poucas esperanças. 'Ou melhora com a ajuda de algum santo forte ou fica esperando', disse um enfermeiro que não quis se identificar. Todas as condições da emergência são impróprias para manter durante vários dias um doente que necessita de tratamento em UTI. O ar é quente, o que propicia ainda mais a possibilidade de infecções; a maca é pequena - não há como mover o doente - que acaba tendo ferimentos no corpo” (FERNANDES, K. 2003, p.4).

rodas e de banho. Essa carência ocorre freqüentemente, em meio a um ambiente onde são disponíveis medicações caras e aparelhos sofisticados.

Embora se utilize tecnologia sofisticada no ambiente hospitalar, Robazzi e Marziale (1999, p.333), referindo-se aos pacientes, afirmam que a assistência é precária já que “às vezes não se encontram roupas para cobri-los, medicamentos para lhes serem ministrados; instrumentos para ausculta e aferição de dados vitais, entre outros problemas”.

A enfermagem é a categoria profissional que mais tempo permanece junto ao paciente e maior contato estabelece com ele. Para prestar assistência ininterrupta nas 24 horas do dia, ela desenvolve o trabalho em turnos, muitas vezes, com rodízio de horários entre os membros da equipe. Por ser um trabalho ininterrupto, exigem-se plantões aos domingos, e feriados como Natal e Ano Novo, dentre outras ocasiões festivas.

É justamente a característica do trabalho ininterrupto, realizado em turnos, que possibilita ao trabalhador da enfermagem ter mais de um vínculo de trabalho, uma vez que geralmente os salários não são considerados satisfatórios (BULHÕES, 1994; COCCO, 1997). O segundo emprego ocorre tanto entre os enfermeiros quanto os auxiliares de enfermagem e teria como principais motivações as necessidades econômicas familiares ou para ampliar o patrimônio familiar como, por exemplo, a aquisição da casa própria, de um terreno, de um carro ou mesmo de eletrodomésticos (COCCO, 1997).

O fato de muitos trabalhadores da enfermagem terem mais de um emprego faz com que passem grande parte do tempo de suas vidas produtivas expostos aos riscos existentes no ambiente hospitalar (BULHÕES, 1994).

Os enfermeiros gerentes e responsáveis pelo serviço de enfermagem, em geral, demonstram certa tolerância e compreensão nessa questão do duplo vínculo empregatício. No entanto, os conflitos devido a tal atividade aparecem nas relações de trabalho. Na opinião dos enfermeiros gerentes entrevistados por Erdmann e Pinheiro (1998, p.95), os funcionários que tem dois ou mais empregos, quando estão cansados acabam, geralmente, “priorizando o paciente e não prioriza a outra parte, a parte escrita. Só que isso reflete a nossa relação com o médico. E o noturno questiona”. Além disso, as duplas jornadas de trabalho podem fazer com que muitos fiquem estressados, doentes e acabem faltando ao serviço. Mesmo que a falta seja justificada por atestado médico, ela acaba se tornando incômoda para os enfermeiros gerentes em função do número limitado de funcionários existentes nas instituições hospitalares, assim como para os colegas de serviço que são, ainda mais, sobrecarregados em suas atividades.

As pessoas que trabalham no período noturno ou que têm mudanças em seus turnos em função da necessidade de garantir a continuidade da assistência sofrem interferências na

sua vida familiar e social que produzem desgastes importantes na vida do trabalhador, dado que são afetados os horários de contato familiar e sua participação em outras atividades no âmbito social. Além disso, o trabalho em turnos provoca alterações fisiológicas que podem se tornar prejudiciais à saúde, tais como os distúrbios de sono, de apetite e da alimentação, que podem provocar dores de estômago e nos intestinos (RUTENFRANZ et al., 1989). As alterações das funções fisiológicas e psicológicas podem ocasionar fadiga, alteração de humor e distúrbios gastrointestinais (SOUZA, 1999).

Não somente o trabalho noturno pode trazer prejuízos à saúde do trabalhador: o incremento da produtividade no trabalho, as novas tecnologias podem, em maior ou menor grau, modificar o conteúdo organizacional do trabalho, o que permite a redução da jornada de trabalho, do número de turnos e de horas para desenvolver uma tarefa. Mas, ao mesmo tempo, o trabalho se torna mais intenso e compacto, aumentando a fadiga, o que pode resultar em novos riscos físicos, mentais e sociais para a saúde dos trabalhadores (OLIVEIRA, S., 1997).

Souza (1999) entrevistou trabalhadores da enfermagem que relataram que a sobrecarga de atividades devido à falta de pessoal acarreta fadiga; eles também referiam que o cansaço ou acúmulo de serviço é motivo de preocupação pois existe a interferência daqueles fatores na prestação da assistência ao paciente. Esta preocupação não é restrita aos enfermeiros brasileiros. Marziale (2001) relatou que os enfermeiros de hospitais dos Estados Unidos, Canadá, Alemanha, Inglaterra e Escócia também manifestaram a preocupação com a deterioração da qualidade da assistência prestada em função da falta de pessoal, o que gera desgaste emocional e insatisfação para com o trabalho.

A OMS admitiu que há um déficit de enfermeiros em nível mundial. O aumento da demanda por esse profissional ocorre devido ao pequeno número de pessoas que optam pela profissão, assim como do envelhecimento dos enfermeiros que se encontram na ativa. Aquela organização alertou os governos, empresas de plano de saúde, administradores e líderes dos sistemas para que reconheçam a importância do enfermeiro para o sistema de saúde e modifiquem as condições insatisfatórias presentes no ambiente de trabalho com vistas a estabelecer e manter a sua integridade e viabilidade profissional (BOTTH, 2002).

A expressão da intensificação do trabalho da enfermagem pode ser verificada através dos dados da composição da sua força de trabalho. Silva (1996) ao analisar um hospital universitário, buscou dados referentes aos anos de 1990 a 1994 e verificou a defasagem em todos os anos estudados, na composição da força de trabalho, com índices que oscilam entre 11 a 18%. Constatou ainda a diminuição na proporção de trabalhadores de enfermagem em relação ao total de trabalhadores da instituição ainda que, nesse mesmo período, houvesse

incremento das atividades, o crescimento do número de leitos e a abertura de novas unidades. O aumento da produtividade no período investigado, segundo o autor, ocorreu através da intensificação do ritmo de trabalho e pelo aumento do “mais-trabalho” sem ampliar a jornada de trabalho e o número de trabalhadores, resultando desta maneira em maior extração de mais-valia relativa.

O trabalho da equipe de enfermagem, de modo geral, é desenvolvido em ambiente com situações geradoras de tensão, ao que se soma a convivência com o sofrimento do outro, com a angústia dos doentes e de seus familiares, com a morte, que muitas vezes, origina sentimentos de frustração e de fracasso da assistência. Para Bulhões (1994) a permanência contínua neste tipo de ambiente pode tornar-se fonte de risco profissional, em especial, do estresse, que pode levar a sérios acidentes e/ou doenças ocupacionais.

Entre os fatores estressores vinculados ao trabalho estão aqueles relacionados às exigências para a realização das tarefas (sobrecarga quantitativa e qualitativa, trabalho repetitivo, fragmentado), os problemas referentes à carreira como a falta de perspectiva, os critérios de promoção obscuros, os horários inconvenientes de trabalho, a limitação dos contatos interpessoais, os riscos físicos e químicos e os problemas na interface trabalho/lar (SELIGMANN-SILVA, 1994).

Os trabalhadores da enfermagem estão expostos a riscos ocupacionais no ambiente de trabalho, a grosso modo, classificados como físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais. Os riscos físicos referem-se a ruídos, vibrações, radiações, temperatura ambiental, iluminação e eletricidade; os químicos a substâncias ou produtos que possam penetrar no organismo através das vias respiratórias na forma de poeira, fumo, névoa, neblina, gases ou vapores ou ainda aqueles que, em função da natureza da atividade de exposição, possam ter contato e serem absorvidos pelo organismo através da pele ou por ingestão; os biológicos referem-se a agentes patogênicos como fungos, bacilos, parasitas, protozoários e vírus dentre outros; os ergonômicos referem-se à forma como é executada a atividade pelo trabalhador em seu ambiente de trabalho, na interação dele com os equipamentos e mobiliários durante as atividades desempenhadas e, finalmente, os psicossociais que resultam da sobrecarga derivada do constante contato com o sofrimento do paciente, com a dor e a morte, do trabalho em turno, do rodízio de trabalho e da realização de tarefas repetitivas e fragmentadas, dentre outras (BULHÕES, 1994; MARZIALE, 1995).

A exposição àqueles agentes pode ocasionar doenças e acidentes do trabalho (AT): os riscos físicos expõem os trabalhadores a incêndios (FERNANDES, W., 1987; MARZIALE; CARVALHO, 1998) e a choques elétricos (MARZIALE; CARVALHO, 1998); os químicos

dependendo do tempo de contato, do tipo e da concentração do produto, produziriam a sensibilização alérgica, ao aumento da atividade mutagênica e até mesmo a esterilidade (JANSEN, 1997); os biológicos seriam causadores de doenças como tuberculose, rubéola, herpes, escabiose e AIDS (JANSEN, 1997); os ergonômicos favoreceriam o desenvolvimento de posturas inadequadas e penosas quando da movimentação e transporte de pacientes e equipamentos assim como as freqüentes flexões da coluna vertebral que poderia causar problemas como as fraturas, lombalgias e varizes (MARZIALE; CARVALHO, 1998). Os agentes psicossociais seriam responsáveis pelo desencadeamento de desgastes emocionais (SIQUEIRA et al., 1995), estresse (SILVA; BIANCHI, 1992; BIANCHI, 2000; MARTINS et al., 2000; STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2000; STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001) e síndrome de *Burnout* (LAUTERT, 1995).

No Brasil, o indicador mais utilizado para medir os efeitos do trabalho sobre a saúde são os dados de AT¹²⁹ uma vez que, eles refletem as incapacidades, as doenças e as mortes por eles provocados (LACAZ, 1995). A comunicação de doenças ocupacionais e AT são medidas compulsórias, conforme prevê os artigos 22 e 23 da Lei nº 8.213/91¹³⁰ (BRASIL, 1991). Portanto, embora os dados sejam indicadores do quadro sanitário é preciso ressaltar que as estatísticas englobam apenas parcela da população, aquela contribuinte da Previdência Social e coberta pelo SAT¹³¹; delas são exclusas os trabalhadores sem carteira assinada e os desempregados¹³².

Ainda que seja um grave problema de saúde pública e uma questão socioeconômica da maior importância no Brasil, a inexistência de um sistema nacional unificado de registro dificulta o conhecimento da situação real dos acidentes ocorridos em todo o território (OLIVEIRA, F., 1997).

Os AT são acontecimentos que se impõem de modo violento aos trabalhadores, são frutos de uma dupla construção; por um lado, têm relação com as formas concretas assumidas pelos processos de trabalho no interior dos quais foram gerados e, por outro, os processos de trabalho, ou seja, os procedimentos e técnicas pelos quais os bens são produzidos são, por sua

¹²⁹ “É o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa [...], provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho” (OLIVEIRA, S., 1998, p.187).

¹³⁰ [Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências](#) (BRASIL, 1991).

¹³¹ A população coberta pelo SAT gira em torno de 22 milhões de trabalhadores, segundo o INSS (MENDES; COSTA DIAS, 1999).

¹³² O Brasil em 1990, ocupava o 6º lugar no ranking mundial do desemprego, com 2,368 milhões de desempregados, segundo dados do IBGE, da OIT, do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Mundial. Estima-se que 11,454 milhões de pessoas (15% PEA) estavam sem trabalho no Brasil, no ano 2000, o que fez o país ocupar o 2º lugar naquele ranking, perdendo apenas para a Índia (ROLI, 2002).

vez, determinados pelo processo de produção, isto é, a forma como são organizados os modos pelos quais as pessoas, em sociedade, produzem suas condições de existência (OLIVEIRA, F., 1997).

Estudos realizados sobre os acidentes de trabalho no Brasil verificaram que no período de 1997 a 1999 houve decréscimo na quantidade de AT registrados, segundo o setor de atividades. No setor de serviços, em 1997 foram registrados 162.975, 67.001 acidentes em 1998 e 158.739 acidentes em 1999 (LOUZADA, 2001). No ano de 2000 foram registrados 145.900 acidentes, no ano seguinte 142.177 (BRASIL, 2002e).

Entretanto, a queda nos índices de acidentes de trabalho registrados entre 1997 a 2001, não se verificou no ano de 2002. Segundo o Ministério da Previdência e Assistência Social ocorreu um acréscimo de 14% quando comparado aos dados de 2001, com um total de 387.905 acidentes, dos quais 320.398 foram típicos, 46.621 de trajeto e 20.886 referentes às doenças do trabalho. Os maiores índices de acidentes naquele ano foram 152.142 acidentes ocorridos em São Paulo, 39.271 acidentes no Rio Grande do Sul e 38.507 acidentes em Minas Gerais (BRASIL, 2002e).

Louzada (2001) constatou que entre os anos 1997 a 1999, no setor de atividade denominado “saúde e serviços sociais”, embora tenha aumentado o número dos acidentes típicos¹³³ e dos acidentes de trajeto¹³⁴ houve redução no número de doenças do trabalho¹³⁵. Entretanto, aquela tendência se modificou a partir do ano 2000 quando foi registrado crescimento significativo no número de acidentes típicos¹³⁶, de trajeto¹³⁷ e de doenças do trabalho¹³⁸ nos anos de 2001 e 2002, que passaram de 20.545 acidentes em 2000, para 21.058 acidentes em 2001 e 25.758 em 2002 (BRASIL, 2002e).

Os dados sobre os AT expressam a violência existente no mundo do trabalho. Ainda que o número de acidentes e de doenças do trabalho registrados sejam preocupantes, pelos custos econômicos, sociais e individuais envolvidos, é importante considerar o alerta feito por Ribeiro (1999) a respeito de sua subnotificação, que é presumivelmente grande e facilitada

¹³³ Aquele que ocorre em decorrência das características da atividade profissional desempenhada. Em 1997 foram registrados 11.857; 14.753 em 1998 e 15.221 em 1999 (LOUZADA, 2001).

¹³⁴ Aquele ocorrido no trajeto entre a residência e o local de trabalho. Em 1997 foram registrados 2.183; 2.526 em 1998 e 2.689 em 1999 (LOUZADA, 2001).

¹³⁵ Doença profissional: “produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho, peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e Previdência Social”. Doença do trabalho: “adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente [...]” (OLIVEIRA, S., 1998, p.187). Os números de doenças do trabalho registrados foram: 1.042 em 1999; 951 em 1998 e 741 em 1999 (LOUZADA, 2001).

¹³⁶ Do total de acidentes no período entre 2000 a 2002, em relação aos **acidentes típicos** foram 16.865; 17.263 e 21.225, respectivamente (BRASIL, 2002e).

¹³⁷ Os **acidentes de trajeto** correspondem a 2.953 em 2000; 3.061 em 2001 e 3.770 em 2002 (BRASIL, 2002e).

¹³⁸ As **doenças do trabalho** foram 727 registros em 2000, 734 em 2001 e de 763 em 2002 (BRASIL, 2002e).

pelo medo da perda do emprego, o que faz diminuir a cobrança, por parte do trabalhador acidentado, para que a empresa emita a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) nos casos de “acidentes leves”, que não implicam afastamento prolongado. O autor afirmou ainda que em 96% dos acidentes notificados numa média histórica de 20 anos, 82% implicam em incapacidade temporária e 14% em simples assistência médica.

Na última década ocorreu incremento na produção científica que enfoca os problemas de saúde dos trabalhadores da enfermagem como os desgastes, as doenças, os acidentes de trabalho (LOUZADA, 2001; MARZIALE; RODRIGUES, 2002). Em levantamento bibliográfico sobre acidente de trabalho (AT) realizado por Louzada (2001) verificou-se que, no período de 1981 a 2000 foram produzidos 69 trabalhos no Brasil, o que representa um aumento de mais de 100% quando comparado ao período referente ao início da década de 1980 até o ano 2000. Quando a análise é restrita ao período de 1997 a 2000 constata-se que o aumento de acidentes na área traduziu-se em maior concentração de estudos relacionando os AT e a enfermagem (17 estudos), o que revela sintonia entre os dados oficiais de AT e o número de pesquisas realizadas.

Marziale e Rodrigues (2002), encontraram 55 artigos indexados a respeito da ocorrência de AT com instrumentos perfurocortantes na equipe de enfermagem em levantamento bibliográfico referente ao período de 1985 a 2000. Aquelas autoras verificaram o aumento no número de publicações no período entre 1989 a 1992 (com 31,20% das publicações nacionais e 28,2% nas internacionais) e presumiram que este fato poderia estar relacionado com as descobertas da transmissão dos vírus HIV¹³⁹ e HBV¹⁴⁰, no contato com sangue, via acidente perfurocortante. Os maiores índices de publicações foi entre 1997 e 2000 (31,30% em publicações nacionais e 30,80% em publicações internacionais), indicando o crescente interesse de estudiosos por esse tipo de acidente.

Observou-se que os estudos a respeito de AT que envolvem trabalhadores da enfermagem, ainda que desenvolvidos em localidades e em instituições hospitalares distintas, apresentam resultados semelhantes no que se refere à frequência do tipo de acidente.

Índices obtidos por Benatti (1997) e por Marziale (2003) foram próximos no que se refere aos acidentes típicos (89% e 90,6%, respectivamente) e para os acidentes de trajeto (11% e 9,4%, respectivamente). Tais dados confirmam que a maioria dos acidentes com aquele grupo de trabalhadores ocorreu no interior do hospital e na própria unidade em que trabalhavam, como apontam as pesquisas de Alexandre e Benatti (1998). A quantidade de

¹³⁹ Vírus que causa a AIDS.

¹⁴⁰ Vírus que causa hepatite B humana.

acidentes de trajeto (25%) registrada (BENATTI, 1997; ALEXANDRE; BENATTI, 1998) alerta para a necessidade de realização de pesquisas futuras, voltadas para este tipo de acidente.

Canini et al. (2002) relata que, na instituição estudada, foram os trabalhadores da saúde que comunicaram o maior número de acidentes de trabalho junto ao SESMT. Do total de acidentes onde estavam envolvidos profissionais da saúde, 71,2% de suas vítimas eram da enfermagem. Vários estudos apontam que os acidentes com instrumentos perfurocortantes estão entre as primeiras causas de AT entre trabalhadores da saúde em nosso país (SILVA, 1996; BENATTI, 1997; BRANDI et al., 1998; PORTO et al., 1999).

Dentre as doenças que podem ser transmitidas através do contato com o sangue estão as hepatites B e C e a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), dentre outras (BRANDI et al., 1998; CANINI et al., 2002; MARZIALE, 2003).

Nos EUA, até o ano de 1997, havia 52 casos documentados de soro conversão por vírus da imunodeficiência humana (HIV) em trabalhadores da saúde, por AT; outros 114 possíveis casos estavam documentados, porém sem confirmação. No restante do mundo existem 26 casos documentados e 43 possíveis (CDC¹⁴¹ *apud* SOUZA, 1999).

Dentre os 54 casos de exposição ocupacional em trabalhadores da saúde que tiveram como consequência a infecção por HIV, 41% destes eram enfermeiros e os acidentes foram os responsáveis por 89% dos casos (DO et al.¹⁴² *apud* SOUZA, 1999). Com relação à hepatite B, é registrada nos EUA a morte de 150 a 200 trabalhadores da saúde/ano (BEEKMANN et al.¹⁴³ *apud* SOUZA, 1999).

No Brasil, foram relatados apenas quatro casos de contaminação de profissional de saúde por HIV após acidente com material biológico. No entanto o número real de vítimas deste tipo de acidente é desconhecido, uma vez que os registros e os programas de acompanhamento do acidentado são falhos em grande parte nas instituições hospitalares (BREVIDELLI; CIANCIARULLO, 2002).

Marziale (2003), após o levantamento das CATs, investigou quatro hospitais da região nordeste do Estado de São Paulo e identificou 117 ocorrências de AT entre trabalhadores da

¹⁴¹ Centers for disease control and prevention. Public health service guidelines for the management of health-care worker exposures to HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. **MMWR morb. mortal. wkly. Rep.**, 47 (nº RR-7): 1-5, 1998.

¹⁴² DO, A.; METLER, R.; LI, J.; JONES, J.; FLEMING, P. Occupational exposures resulting in HIV infection in health care workers – United States. In: WORD AIDS, 12, Geneva, 1998. **Abstracts**. Conference Geneva, 1998. p. 407. (Abstract, 23329).

¹⁴³ BEEKMANN, S.E.; FAHEY, B.J.; GERBERDING, J.L.; HENDERSON, D.K. Risk business: using necessary imprecise casualty counts to estimative occupational risks for HIV – 1 infection. **Infect. Control. Hosp. Epidemiol.**, 11 (7): 371-9, 1990.

enfermagem durante o ano de 1999 e verificou a prevalência das lesões perfurocortantes (50%) e das lesões traumáticas como contusões e luxações na pele e mucosas (30,2%). Dentre os acidentes com instrumento perfurocortante, aquela autora encontrou que foram os dedos (77,3%), as mãos (7%), antebraços (3,8%) e pernas (1,9%) as regiões mais afetadas; o instrumento perfurocortante causador da maioria dos acidentes foi a agulha hipodérmica (SOUZA; VIANNA, 1993; SILVA, 1996; BENATTI, 1997; BRANDI et al., 1998; SOUZA, 1999; SARQUIS; FELLI, 2000; MARZIALE, 2003).

Brandi et al. (1998) relataram que 50% dos acidentes com instrumento perfurocortante ocorreram ao lado do leito hospitalar e, segundo Canini et al. (2002), aqueles acidentes aconteceram quando os trabalhadores da enfermagem administravam medicamentos (23,82%) ou soroterapia (23,62%), por materiais descartados em local impróprio (7,88%), quando do descarte de materiais perfurocortantes (7,88%), atingido por outro trabalhador (6,30%) e ao reencapar agulhas (5,51%).

O descarte de materiais perfurocortantes em locais inapropriados como “no leito do paciente, na mesa de cabeceira, na bandeja de medicação, no chão e no lixo comum” (CANINI, et al., 2002, p.175), expõe e traz conseqüências não só para os trabalhadores da enfermagem como aos demais presentes no ambiente hospitalar. Souza (1999) revela que descarte em local inapropriado foi a primeira causa de AT em cinco hospitais investigados e identificou que isto ocorria em função da falta de condições adequadas para o descarte.

De forma geral, as caixas para descarte de materiais perfurocortantes são colocadas apenas nos postos de enfermagem, o que facilita a ocorrência de AT pela necessidade de transporte delas até o local de descarte, sendo comum que elas sejam reencapadas o que, na maioria das vezes é realizado sem proteção adequada para as mãos. Muitas vezes, a montagem e o volume da caixa de descarte podem contribuir para a ocorrência de AT; devido a sua montagem incorreta que as torna frágeis ou pela falta de caixas para substituição, quando do seu enchimento (LOPES et al., 1999).

É consenso que a adoção de medidas de precaução padrão¹⁴⁴ são eficazes para a prevenção dos AT. No entanto, um estudo de Sarquis e Felli (2000) mostrou que aproximadamente 46% dos trabalhadores que tinham EPIs disponíveis e não o utilizavam no momento do acidente. Lopes et al (1999) observaram 232 procedimentos realizados por trabalhadores da enfermagem relacionados à adoção de medidas de precaução padrão e

¹⁴⁴ Conjunto de práticas para garantir a segurança do profissional de saúde. Baseada na barreira de transmissão, visa interromper a transmissão de patógenos em hospitais. Incluem o uso de EPIs: avental, luvas, óculos, máscaras, gorros e botas (SARQUIS; FELLI, 2000).

constatarem que em 29% deles as medidas de precaução não foram tomadas; o maior número de falhas foi relativo à não lavagem das mãos antes e após os procedimentos (44 e 46% respectivamente) e a reencapagem de agulhas com as mãos desprotegidas (45%).

A responsabilidade pelo acidente não pode ser atribuída exclusivamente ao trabalhador em razão de que a incorporação de instrumentos tecnologicamente avançados que permitiriam a prevenção de AT nem sempre são adquiridos pelas instituições (SARQUIS; FELLI, 2000). Já são disponíveis no mercado dispositivos considerados mais seguros como os sistemas sem agulhas, os de agulha retrátil e os sistemas protetores de agulhas (MARZIALE; RODRIGUES, 2002).

A utilização de dispositivos promove a segurança e evita acidentes como foi verificado por Souza (1999) que, ao investigar cinco hospitais, constatou que em um deles não houve ocorrência de AT por reencape de agulha devido ao uso de um dispositivo automático que evita o contato com a agulha.

À alta frequência dos AT e à falta de utilização de medidas de precaução deve-se somar a subnotificação. Benatti (1997), Brandi et al. (1998) e Napoleão (1999) relataram índices de subnotificação que alcançaram valores de 49,5%, 69,5% e 91,9%; respectivamente. Dentre os motivos alegados para a subnotificação encontram-se considerar a lesão pequena, sem importância (SILVA, 1996; NAPOLEÃO, 1999), falta de tempo e desconhecimento do dever de comunicar (NAPOLEÃO, 1999), o que indica necessidade de modificação, pelos trabalhadores da enfermagem, da postura diante dos acidentes para que seus direitos sejam preservados.

Marziale (2003), ao investigar AT com lesões perfurocortantes verificou que eles foram responsáveis por 24 dias de afastamento de trabalhadores da equipe de enfermagem pertencentes a quatro hospitais da região nordeste do estado de São Paulo durante o ano de 1999 e, portanto, esse tipo de acidente não implica, na maioria dos casos, em afastamento do trabalhador de suas atividades laborais o que contribui para que a sua importância seja minimizada e estimule sua subnotificação.

De acordo com a legislação previdenciária em vigor, o empregador deve emitir a CAT, havendo ou não afastamento do trabalho. A Lei 8213/1991, em seu artigo 22 impõe a obrigatoriedade da empresa emitir a CAT e comunicar o AT do trabalho à Previdência Social (BRASIL, 1991). Esse procedimento precisa ser feito até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência, sob pena de multa em caso de omissão, como estabelece a Ordem de Serviço nº 621, de 5 de maio de 1999 (SALVADOR, 2003).

Em geral, as empresas resistem na emissão da CAT, já que tal procedimento implica em custo para o empregador, que é obrigado a reembolsar o SAT de acordo com valores definidos na Lei nº 8212/91, a saber: alíquota de 1% sobre a folha de pagamento para risco leve, 2% para risco médio e 3% para risco grave (SALVADOR; CALIA, 2003).

Ainda que o preenchimento da CAT possa ser realizado pelo sindicato profissional e ou mesmo pelo trabalhador e assinado por um médico do trabalho, sindicatos e associações profissionais (CEREST et al., 2003; SINDICATO, 2003) existem denúncias de que quando tal documento não é emitido pela empresa-empregadora, o INSS não reconhece o acidente como AT e concede ao segurado apenas o benefício do auxílio-doença, que é prejudicial ao trabalhador, tendo em vista que não assegura ao trabalhador a integralidade de seus vencimentos e "deixa aberta a possibilidade para que ele tenha seu contrato rompido quando voltar à empresa, ainda doente, com seqüelas, e seja substituído por outro, mais jovem, sadio e de salário mais baixo" (SALVADOR; CALIA, 2003, p.1).

Vencer a subnotificação é mais um dos desafios a serem superados para ajudar a dar visibilidade aos AT e doenças do trabalho que acometem os trabalhadores da enfermagem. A prática da enfermagem, não se constitui em apenas mais uma forma de atividade (emprego), mas um trabalho que deveria ser realizado com segurança, em melhores condições, para que pudesse reverter em saúde, satisfação pessoal e qualidade da assistência.

Além dos acidentes com objetos perfurocortantes, outros tipos de acidentes atingem essa categoria profissional, dentre eles as quedas (12%), acidentes de trânsito (12%), carregamento de peso excessivo (6%), esforço físico, postura não ergonômica (4 %), contato com solução química (3%), impacto contra objetos (3%), agressão de paciente (2%), contato com quimioterápicos (2%), impacto por queda de objeto (2%), queda com diferença de nível (buraco) (2%), contato com látex luva (1%) e contato com objeto quente (1%) (BENATTI, 1997).

O segundo maior grupo de AT após os acidentes com instrumentos perfurocortantes afeta o sistema osteomuscular (SILVA, 1996; COUTINHO NETO, 1998; SILVA, 1999; GODOY, 2001). A preocupação com as lesões no sistema osteomuscular, especialmente aquelas relacionados com as cervicodorsolombalgias em trabalhadores da enfermagem, motivou a realização de diversos estudos, por ser tais patologias consideradas uma das mais importantes causas de morbidade e incapacidade em adultos (ALEXANDRE et al., 1992; ALEXANDRE et al., 1996; ALEXANDRE, 1998; ALEXANDRE; BENATTI, 1998; PARADA et al., 2002).

Alexandre e Benatti (1998) afirmaram que as regiões lombar e cervical foram as mais atingidas nos acidentes típicos que comprometeram a coluna vertebral dos trabalhadores de enfermagem. Em um estudo caso-controle realizado com trabalhadores da enfermagem de um hospital universitário, a presença de cervicodorsolombalgia foi detectada em 56% dos casos e em 36% dos controles (BENATTI, 1997). Os acidentes ocorreram quando os trabalhadores estavam movimentando ou transportando pacientes (25%), equipamentos (20%) e por quedas devido ao piso escorregadio (25%) (BENATTI, 1997; ALEXANDRE; BENATTI, 1998).

Parada et al. (2002, p.67), ao analisar casos notificados pela CAT em um período de oito anos, em um hospital universitário detectaram que a maior frequência dos acidentes ocorreu quando da movimentação de “macas, monitor cardíaco, carrinho de anestesia, bolsa de diálise, entre outros”. A deambulação em “piso escorregadio e, em alguns casos, também o uso de propés”; a transferência e a tentativa de evitar a queda de paciente durante o banho de leito e a manipulação de doentes obesos e dependentes, foram as outras causas que contribuíram para os AT.

Os estudos sobre as condições de trabalho hospitalar apontam sobrecargas físicas importantes no trabalho da enfermagem que podem culminar em problemas osteoarticulares. Constituem-se em aspectos adversos que interferem na saúde dos trabalhadores de enfermagem: as posturas penosas adotadas pela enfermagem, onde predominam a postura em pé com os braços fletidos ou as flexões de coluna quando do preparo de medicação e na movimentação e transporte de pacientes; a falta de equipamentos especiais para a movimentação de pacientes; pessoal em número insuficiente para realizar transferências e a falta de treinamentos. Em uma jornada de trabalhos longas distâncias são percorridas e os ruídos e a iluminação insuficiente causam desconforto. Geralmente, os mobiliários e os equipamentos disponíveis são inadequados e não atendem a normas e padrões ergonômicos. Estes, dentre outros fatores, contribuem para a ocorrência de AT, causando impactos econômicos e psicossociais principalmente pelo absenteísmo e as seqüelas das lesões (SILVA, 1996; BERNARDINA et al., 1995; MARZIALE; CARVALHO, 1998; PARADA et al., 2002).

Os diagnósticos médicos das lesões apresentadas pelos acidentados é uma outra forma de visualização dos AT. Benatti (1997), em seu estudo, relatou que os diagnósticos apresentados pelos trabalhadores da enfermagem acidentados foram: cervicodorsolombalgia (16,5%); abrasão, contusão ou escoriação (11,8%); contaminação biológica (10,2%); trauma ocular (8,7%), ferimento cortante sem sutura (7,9%); ferimento cortante com sutura (4,7%); efeito tóxico por agente químico (3,9%); politraumatismo com lesão craniana (3,9%);

distensão, entorse ou luxação com fratura (3,1%), distensão, entorse ou luxação sem fratura (2,4%), lesão por esforço repetitivo (LER) (2,4%); queimadura de 1º grau (2,4%), politraumatismo sem lesão craniana (1,6%) e dermatite de contato (0,8%).

Souza e Vianna (1993) e Benatti (1997) afirmam que mais da metade dos trabalhadores de enfermagem acidentados apresentaram conseqüências advindas do acidente sofrido (57% e 55%, respectivamente). Alguns deles desenvolveram hepatite B e conjuntivites causadas por respingos de secreções nos olhos (SOUZA; VIANNA, 1993). Outros passaram a sofrer de um ou mais sintomas físicos ou psíquicos em decorrência do acidente, tais como edema e dor, preocupação com infecção por HIV e hepatite, controle de sangue (HIV), licença médica devido à problemas na coluna e LER, crises emocionais, opacidade da córnea, parestesia e quelóide, dermatite de contato, desmaio, cefaléia e processo infeccioso (BENATTI, 1997).

Gonçalves (2001) relata que a hepatite B foi a doença que mais acometeu o pessoal de enfermagem. A vacinação contra essa doença é segura e eficaz mas, inexplicavelmente, não é prática rotineira. Souza (1999) constatou a ausência de imunização prévia dentre os trabalhadores acidentados, participantes de sua pesquisa.

Os acidentes, de maneira geral, penalizam não apenas o trabalhador acidentado: o sofrimento estende-se também à esfera familiar. No entanto, o sofrimento é amplificado quando, aliado às suas causas, há a existência de um estigma envolvido com a doença, como o que ocorre com a AIDS. Souza (1999) relatou que os familiares de pessoal da enfermagem, ao serem notificados da ocorrência de acidente com instrumentos perfurocortantes apresentaram reações de medo, preocupação, repulsa, apoio e solidariedade; em alguns casos o acidente interferiu na relação conjugal, familiar e do trabalho.

Outros problemas de saúde atingem a enfermagem e foram evidenciados pelos diversos estudos como os de Barboza e Soler (2003) a respeito das doenças infecciosas e parasitárias; os de Coutinho Neto (1998), Silva (1999), Barboza (2001), Godoy (2001) e Barboza e Soler (2003) a respeito dos problemas respiratórios; os de Silva (1999), Barboza (2001) e Barboza e Soler, 2003 sobre os problemas do aparelho geniturinário; os de Silva (1999) e Barboza e Soler (2003) acerca dos órgãos do sentido; o de Silva (1999) a respeito do aparelho digestivo e do aparelho reprodutor feminino; o de Godoy (2001) sobre os problemas do tecido conjuntivo; os de Barboza (2001) e Barboza e Soler (2003) que estudaram as doenças mal definidas e o de Coutinho Neto (1998) a respeito de problemas alérgicos, hipertensão arterial e varizes.

Outros estudos buscaram apreender o processo saúde-doença dos trabalhadores de enfermagem a partir de riscos e morbidades específicos e/ou de uma unidade de trabalho em particular como os estudos sobre a síndrome do túnel do carpo (DIAZ, 2001), tuberculose (TAKEDA et al., 2001), riscos químicos (SILVA et al., 1997; XELEGATI; ROBAZZI, 2003), dores nas costas (ROCHA; OLIVEIRA, 1998) e absenteísmos (BARBOZA; SOLER, 2003).

Os danos à saúde detectados configuram um perfil de morbidade dos trabalhadores da enfermagem e evidenciam que eles estão sujeitos e partilham doenças que têm inter-relação com o meio ambiente, assim como aquelas que se costuma chamar de “doenças comuns”¹⁴⁵, não associadas à ocupação, profissão ou emprego (MENDES; COSTA DIAS, 1999). No entanto, além de partilhar de perfis de adoecimento e morte da população geral, em razão da sua idade, gênero, grupo social ou inserção em grupo de risco mais específico, os trabalhadores podem adoecer ou morrer por causas específicas do trabalho¹⁴⁶, seja pela profissão que exercem, pelo emprego que têm, ou pelas condições adversas em que o trabalho é realizado. Desta maneira, o perfil de adoecimento resulta da fusão de todas essas características, que em última instância, são frutos de uma determinação social mais complexa e ampla (MENDES; COSTA DIAS, 1999).

Os sistemas de reparação financeira às vítimas de acidente e doenças do trabalho começaram a ser implantados em meados do século XIX, quando o número de acidentes e de doenças do trabalho cresceu nas indústrias de mineração, metalurgia e têxtil. Os processos de produção ou substituição de materiais e agentes de nocividade reconhecida, através de legislação específica como, por exemplo, o estabelecimento de níveis máximos de tolerância permitidos ou redução de tempo de sujeição do trabalhador (jornada de trabalho) são sempre conquistados a duras penas, com permanente resistência patronal (RIBEIRO, 1999).

Ainda que existam dispositivos legais que busquem prevenir e preservar a saúde do trabalhador, através da garantia de seus direitos, na prática, os trabalhadores esbarram em

¹⁴⁵ Aparentemente sem qualquer relação com o trabalho (MENDES; COSTA DIAS, 1999).

¹⁴⁶ As doenças relacionadas com o trabalho compreendem três grupos: as “doenças `comuns` - crônico-degenerativas, infecciosas, neoplásicas, traumáticas etc. - eventualmente modificadas pelo aumento da frequência de sua ocorrência, ou pela precocidade de seu surgimento”; “doenças `comuns` - com o espectro de sua etiologia eventualmente ampliado ou tornado mais complexo pelo trabalho; **agravos à saúde específicos**, tipificados pelos acidentes *do trabalho* e pelas doenças profissionais. Ambos os agravos são objeto de conceituação legal, no âmbito do Seguro de Acidente de Trabalho (SAT), e geralmente sua ocorrência é declarada a sistemas de notificação regulamentados não apenas por normas da saúde, mas também, e principalmente, por normas da previdência social e normas do trabalho” (MENDES; COSTA DIAS, 1999, p.438, grifo do autor).

dificuldades relacionadas ao estabelecimento de nexo de causalidade entre a lesão, a doença, o problema de saúde e o trabalho executado.

Exemplificando, estão as doenças osteomusculares, que podem resultar de um acidente específico ou se desenvolver lentamente com o decorrer do tempo, o que dificulta o reconhecimento de sua relação com trabalho. A predominância desses efeitos tardios impede ou dificulta a relação causa-efeito e muitos são atribuídos à idade e a fatores individuais ou hereditários (ARAÚJO et al., 1998). Para Ribeiro (1999, p. 24) as teorias sobre exposição e risco sistematizadas e desenvolvidas ao longo do século XX esbarram nos limites estabelecidos pelo capital,

mediados pela medicina, sobre o que deve ou não ser considerado como doença e acidente do trabalho, para efeito de tributação e compensação e como devem ser entendidas as demais, tidas como doenças infecto-contagiosas, crônico-degenerativas, do meio ambiente, tropicais e, mais modernamente, do estresse, do estilo de vida etc.

À medida em que avançou o desenvolvimento capitalista e os mares foram transpostos, em seu rastro ficou um número cada vez maior e mais freqüente de acidentes e doenças do trabalho a ser catalogado. Entretanto, de tragédia e problema social, os acidentes e as doenças do trabalho tornaram-se uma questão burocrática de contagem e contabilidade; ao invés de se priorizar o que fazer diante da realidade dramática revelada pelos números, tomam-se os dados com o intuito de buscar formas sobre como proceder para reduzir seu registro e o pagamento de benefícios, invertendo-se a lógica (RIBEIRO, 1999).

Os trabalhadores têm no arcabouço legal garantias que visam, através de normas de saúde, higiene e segurança, a preservação da manutenção de sua saúde física e mental e a redução dos riscos inerentes ao trabalho. Uma das formas de prevenção dos riscos é realizada, como prevê a legislação, através do fornecimento de EPI's, que têm como função elevar o nível de proteção à saúde e segurança dos trabalhadores. De acordo com Salvador e Calia (2003) cabe à empresa fornecer os EPI's¹⁴⁷, mediante recibo de entrega assinado, junto com o comprovante de treinamento do trabalhador para sua utilização, além de monitorar o seu uso. Ao Ministério do Trabalho e à Delegacia Regional do Trabalho compete a fiscalização do cumprimento da legislação protetiva do trabalho e, em especial, a pertinente à prevenção e aos riscos de AT.

¹⁴⁷ Na aquisição dos produtos a empresa deve se certificar de que eles tenham o Certificado de Aprovação (CA) emitido pelo Ministério do Trabalho. Caso esses produtos não sejam eficientes, responderá solidariamente com o fabricante por ter deixado de observar a norma legal no ato da compra (SALVADOR; CALIA, 2003).

A proteção legal da prevenção dos riscos acidentários inclui desde a alteração nas redações dos artigos 154 a 201 da CLT à regulamentação das NRs. Em caso de acidente ou doença decorrentes do trabalho, a empresa deve realizar sua notificação, por imposição expressas na CLT e NRs.

É um equívoco pensar que somente as normas inscritas na legislação constitucional e ordinária relativas à saúde e segurança do trabalhador devam ser cumpridas e respeitadas. Existe todo um arcabouço de normas (mesmo as administrativas), portarias, resoluções que integram o arsenal jurídico de proteção à vida humana, e todas elas são "coagentes ou de ordem pública, não dispondo as partes de liberdade alguma para ignorar ou disciplinar de forma diversa os preceitos estabelecidos" (OLIVEIRA, 1998, p.38), de forma que seu descumprimento é uma violação à lei.

Os benefícios e serviços a que tem direito o trabalhador segurado do INSS são regulamentados pela Lei nº 8213/1991. As Ordens de Serviço (OS's) emitidas pelo INSS, prestam-se a definir ou a estabelecer critérios e condutas de execução na prestação de serviços e concessão de benefícios previamente estabelecidos na lei previdenciária (SINDICATO, 2003).

Diversas entidades comprometidas com a causa dos trabalhadores, dentre as quais o Sindicato dos Bancários de São Paulo, Osasco e Região denunciaram os atos administrativos do INSS que, nos últimos anos, visando a redução do déficit previdenciário, expediu OS's que prejudicaram o reconhecimento das doenças profissionais dos trabalhadores. Foram alvo das denúncias a OS nº 606, referente a LER/DORT¹⁴⁸; a OS nº 607, referente a intoxicação por benzeno; a OS nº 608, referente a perda auditiva induzida por ruído e a OS nº 609, que aborda questões referentes a pneumoconiose, todas publicadas em 1998. As medidas nela previstas tornaram-se um castigo adicional aos segurados pacientes, contribuindo para seus direitos fossem negados.

Devido às críticas em relação àquelas normas, em 14/4/2003, ocorreu uma reunião pública nas dependências do INSS em São Paulo, presidida pelo superintendente do INSS, que contou com a presença de representantes do poder público e da sociedade civil organizada, onde causou impacto a intervenção do Dr. Jorge Luiz Ussier, promotor público, que relatou as dificuldades enfrentadas pelos portadores de LER/DORT em obter êxito nas

¹⁴⁸ O INSS "rebatiza" as doenças conhecidas pelos trabalhadores como LER para DORT num esforço de relegar a um segundo plano a investigação das causas dessa doença do trabalho, sabidamente de proporções epidêmicas. Entretanto, os movimentos sociais e entidades da sociedade civil organizada e governamental ligadas à saúde do trabalhador, propõe a utilização do termo LER/DORT, "[...]num sentido contrário àquele proposto pelo INSS, serve como alerta aos trabalhadores de que se trata da mesma moléstia ocupacional a qual, de longa data, afeta milhares de trabalhadores em diferentes ramos de atividade econômica" (SINDICATO, 2003, p.4).

ações acidentárias, pois, segundo suas palavras, de “11 Câmaras que se dedicam a apreciar a questão, apenas três reconhecem esse grupo de doenças profissionais, como Acidentes do Trabalho. E isso precisa ser mudado!” (SALVADOR; CALIA, 2003, p.4). Daquela reunião resultou a aprovação do envio de Carta Pública ao Ministro da Previdência e Assistência Social, onde se pleiteou a alteração daqueles procedimentos, de forma a atender os anseios dos trabalhadores e não apenas adotar estratégias “legais” de forma a equacionar desajustes financeiros do INSS.

O Sindicato dos Bancários de São Paulo, Osasco e Região detalhou numa carta pública elaborada em abril de 2003, os aspectos irregulares e ilegais da OS 606, 607, 608 e 609. Segundo aquele sindicato, as OS's infringem a legislação e criam obstáculos ao trabalhador segurado no exercício de seu direito à concessão de benefícios e/ou serviços previdenciários. A normalização promovida, através dos critérios definidos nas OS's, criou distorções e possibilitou sua transformação em “importante instrumento validante da subnotificação ou não notificação dos casos de acidente e doença de trabalho” (SINDICATO, 2003, p.1). A norma técnica revogada observava rigorosamente a CLT, que determinava a emissão da CAT mesmo nos casos de suspeita de acidente e de doença ocupacional. Entretanto com a edição daquelas OS's, em 1998, passou a vigorar a exigência de “diagnóstico firmado, dando à empresa o poder da triagem dos casos que terão CAT emitida” (CEREST et al., 2003, p.1-2) e desta forma, não tem ocorrido a emissão de CAT mesmo quando a incapacidade laboral seja por agravamento ou recidiva de doença ocupacional já reconhecida.

Salvador (2003) afirma que muitos empregadores que não asseguraram um ambiente de trabalho sadio a seus empregados, conforme exigido pela legislação, deixam de emitir a CAT para não correr o risco de assumir a responsabilidade pelas lesões de seus funcionários; o empregador teme também não poder substituir o trabalhador doente, lesionado, por outro mais novo, sadio, mais produtivo e de menor custo operacional.

Os obstáculos enfrentados pelos trabalhadores, que impedem a fruição de seus direitos previdenciários, com base OS's se estendem desde o encaminhamento inadequado “de benefício por parte do empregador (auxílio doença previdenciário - B31 ao invés de auxílio doença acidentário - B91¹⁴⁹), passando por negativa do nexo de causalidade e altas precoces por parte do INSS” (SINDICATO, 2003, p.2-3).

¹⁴⁹ Enquanto o auxílio-doença garante 92% do salário da ativa, até o teto máximo do INSS, sem direito ao recolhimento do FGTS, férias e demais direitos (estabilidade acidentária e readaptação profissional), o auxílio-acidentário garante a integralidade dos salários, como se o trabalhador estivesse em pleno exercício das atividades (SALVADOR; CALIA, 2003).

A OS nº 606 substituiu a norma técnica da LER de 1993, modificando os critérios de avaliação de incapacidades, o que inviabiliza a concessão de benefícios por incapacidade ao trabalhador adoecido pelo trabalho. Antes da edição daquela OS, o reconhecimento da relação existente entre a doença, o acidente e o trabalho executado, se dava através do estabelecimento do nexo causal, ou seja, era estabelecida uma relação de causa-efeito entre a atividade desenvolvida em pelo trabalhador e a lesão ou patologia apresentada. Para o estabelecimento daquela relação, também eram consideradas as condições onde eram desenvolvidas as atividades laborais. Além disso, o nexo causal poderia também ser estabelecido dada a natureza epidemiológica¹⁵⁰ das lesões ou incapacidades apresentadas, seja pela observação do excesso de frequência em determinados grupos ocupacionais ou profissões, seja pela ampliação quantitativa ou qualitativa do espectro de determinantes causais (SINDICATO, 2003; CEREST et al., 2003).

Com a edição da OS 606¹⁵¹ estabeleceu-se o critério do nexo técnico para a aferição da incapacidade para o trabalho, sendo descartados o nexo causal e o critério epidemiológico. A diferença entre esses nexos não é claramente tipificada naquela OS, que afirma que o **nexo técnico** seria a "relação entre o 'diagnóstico e o trabalho'; e, **nexo causal** como a relação entre a 'clínica com a etiologia'. Para a caracterização do nexo técnico, o perito médico, deverá estabelecer a 'correlação entre a afecção e a execução do trabalho'" (CEREST et al., 2003, p.2, grifo nosso). Tal modificação aumentou a dificuldade para se estabelecer a relação de causa-efeito entre a atividade desenvolvida e a patologia ou lesão apresentada e, desta forma, o trabalhador, ao invés de obter a concessão do auxílio doença acidentário passou a ter direito apenas ao auxílio doença previdenciário.

O INSS comete ainda outra ilegalidade ao exigir a apresentação do laudo com o perfil profissiográfico¹⁵² para estabelecer o nexo causal entre o trabalho e as doenças ocupacionais, para fins de concessão de benefício acidentário. Ocorre que o registro e o processamento da

¹⁵⁰ Neste caso o trabalho não seria um fator causal, mas seria o verdadeiro fator de risco, um atributo ou uma exposição que está associada com uma probabilidade aumentada de ocorrência de uma doença e a eliminação desse fator de risco reduziria a incidência ou modificaria o curso evolutivo da doença ou agravo à saúde (MENDES; COSTA DIAS, 1999).

¹⁵¹ Norma técnica de avaliação de incapacidade para fins de benefícios previdenciários, criada em 5 de agosto de 1998 (SINDICATO, 2003).

¹⁵² O Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP), criado pela Medida Provisória nº 1.523 de 11/10/1996, com o objetivo de acompanhar todos os riscos aos quais estão sujeitos os trabalhadores no exercício de suas atividades. O PPP teve seu prazo de vigência definido para data de 1º de janeiro de 2004. Numa primeira fase, será exigido apenas para os trabalhadores expostos aos agentes nocivos considerados para fins de aposentadoria especial, de acordo com o Decreto 3.048/1999. Deverá conter informações administrativas, ambientais e biológicas sobre as condições de trabalho dos empregados (AGÊNCIA, 2003a; 2003b).

CAT só se efetiva mediante apresentação daquele laudo, que é fornecido pelo empregador (CEREST et al., 2003).

É responsabilidade do INSS, enquanto órgão prestador de serviço público, isento e imparcial, realizar vistoria e análise do posto de trabalho. Tal análise, fundamental para o estabelecimento do nexo causal não pode ser delegada ao empregador que, em última instância é parte interessada. Na maioria das vezes a descrição das atividades desempenhadas pelo trabalhador e de seu posto de trabalho, quando elaboradas pelo empregador, “não condiz com a realidade. O testemunho e histórico clínico ocupacional do empregado é desprezado” (SINDICATO, 2003, p.6). O trabalhador não tem mecanismos para contestar as informações deturpadas ou incorretas o que, muitas vezes, resulta no não estabelecimento do nexo causal entre a doença e o trabalho sendo o benefício negado, o que impede o trabalhador de usufruir seus direitos. Este artifício tem também um efeito colateral: a não notificação da doença ocupacional (CEREST et al., 2003).

Obstáculos impostos pelos empregadores para emissão da CAT's e o registro dessas pelo INSS dificultou o reconhecimento da LER como doença do trabalho. Salvador (2003, p.1) denuncia a ocorrência de uma “verdadeira tragédia nacional” em que trabalhadores têm sido descartados e substituído por outros mais novos, mais produtivos e de 'menor custo operacional' atingindo “milhares de trabalhadores que sofrem lesões no mundo trabalho”.

Os obstáculos, após a edição das OS's, tornaram-se ainda mais intransponíveis para os trabalhadores doentes ou acidentados que foram demitidos. Ao trabalhador desempregado com agravamento da doença o nexo técnico é negado de imediato, não sendo concedido o benefício acidentário. O trabalhador só é submetido à perícia médica do INSS se apresentar os antecedentes médicos e exames ocupacionais, já que o nexo técnico "para a concessão de benefício auxílio doença acidentários só será firmado mediante informações de seu último empregador e vistoria técnica do posto de trabalho” (CEREST et al., 2003, p.2).

Além das dificuldades enumeradas, o trabalhador encontra empecilhos na conduta de médicos que deixam de exigir a emissão da CAT. Salvador (2003) comentou tais atitudes e fez uma análise da condição destes profissionais da saúde:

Até podemos entender a dificuldade que muitos desses médicos estão encontrando para reagir a essas imposições patronais de mercado. Atualmente, até mesmo os médicos estão encontrando dificuldade de obtenção de um emprego que lhe assegure uma vida digna, tendo que se submeter a vários empregos ao mesmo tempo, mas em sua maioria vinculados a planos privados de saúde, convênios diversos e até mesmo tendo que trabalhar nos próprios departamentos médicos das empresas (SALVADOR, 2003, p.1).

Embora a questão do vínculo empregatício possa ser considerada um elemento para análise do comportamento profissional ele não serve para justificar a atitude que ajuda a subtrair, através da negativa de um direito constitucional e legal do trabalhador acidentado ou doente pelo trabalho. Ocorre que, sem emissão da CAT, não há reconhecimento do benefício acidentário pelo INSS; os trabalhadores são prejudicados quando tentam fazer valer seus direitos junto ao Poder Judiciário, dado que, na maioria das vezes são incapazes de produzir prova técnica do nexo causal (SALVADOR, 2003).

A difícil comprovação da relação causal do trabalho e à recusa habitual por parte da previdência social em aceitá-la como explicação para o aparecimento e recrudescimento de doenças não tipificadas como ocupacionais, com base na legislação acidentária, cada vez menos diferenciada, tem dificultado a notificação das doenças do trabalho e o reconhecimento da incapacidade, obtida agora quase unicamente em juízo. Mas, nunca nem mesmo as doenças tipificadas como do trabalho, tiveram trânsito fácil na previdência social, como foi demonstrado por Ribeiro (1999, p.35) ao relatar que no ano de 1975, "quando a taxa de doenças incapacitantes em relação número de segurados era da ordem de 74:1000, as neuroses, doenças hipertensivas, osteoartroses, epilepsia e tuberculose foram tidas como responsáveis por 33% dos casos de incapacidade".

Recentemente o INSS reconheceu como doença adquirida no trabalho a Síndrome de *Burnout* que acometeu um trabalhador de uma multinacional francesa que, para fazer valer seus direitos teve que fazer denúncias, exames e laudos complementares para conseguir demonstrar o nexo causal (SALVADOR; CALIA, 2003).

Através do Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade (SABI) o INSS instituiu um controle administrativo de benefícios e estabeleceu um tempo “médio” de incapacidade por diagnóstico médico. Este tempo é aquele presumido como suficiente para o restabelecimento do trabalhador incapacitado, ignorando os laudos e relatórios do médico assistente. Ainda que isto não seja um fato novo, “atualmente há evidências de que o SABI estabelece o período de afastamento do trabalho mediante o CID digitado pela perícia, independentemente da avaliação médico pericial” (CEREST et al., 2003, p.5). Assim, a alta independe do quadro clínico, ocorre sem nova avaliação pericial e é definida em função da “alta por limite médico” conhecida por “alta pré-datada” ou “alta precoce” (SINDICATO, 2003).

Geralmente, altas precoces determinam que o paciente retorne ao trabalho sem estar plenamente recuperado, o que torna as recidivas altamente prováveis. Além disso, ao ter que respeitar um tempo limite predeterminado, os dados produzidos a partir daí sofrem

interferências e impedem que se obtenha um panorama real da situação vivida pelos acidentados e doentes vítimas do trabalho.

Mesmo que os dados estatísticos sobre acidentes e doenças do trabalho não mostrem a dor e o sofrimento que cada um desses eventos provoca nas vítimas e em seus familiares, eles expressam o custo humano envolvido pelos gastos financeiros que impõem aos indivíduos, aos empregadores e à sociedade como um todo. O AT torna-se ainda mais perverso ao considerar que normalmente existe uma propensão por parte do acidentado de colocar a culpa em seu próprio comportamento, assumindo a responsabilidade pelo “ato inseguro” cometido, “incorporando, provavelmente, afirmações já ouvidas de superiores hierárquicos ou colega de trabalho” (BRANDI et al., 1998, p.131).

Ainda que os trabalhadores atribuam a culpa do acidente às condições de trabalho, muitas vezes este se apresenta como algo natural, fatal e inevitável, como indicam os resultados obtidos por Benatti (1997), onde 34% dos trabalhadores de enfermagem acidentados atribuíram a causa do acidente a uma fatalidade, ao azar ou ao "tinha que acontecer"; 14% deles assumiram a culpa pelo acontecimento. Embora interprete o acidente como fatalidade, o trabalhador "busca um responsável direto por ele, que pode ser o próprio acidentado. Esse mecanismo de personalizar a responsabilidade ou de culpabilizar a vítima não questiona o processo e a organização do trabalho" (BENATTI, 1997, p.114).

Jacques Wagner, na condição de Ministro do Trabalho, manifestou compromisso de promover ampla discussão em todo o país, com o objetivo de eliminar os preconceitos que culpabilizam e estigmatizam os trabalhadores vitimados por AT. Justificou seu compromisso afirmando que, na década de 1970, o Brasil foi campeão mundial de AT e que, a partir de medidas administrativas diversas,

em que a manipulação das estatísticas esteve no centro dos esforços dos governos, esses números vem diminuindo ao longo dos anos. A realidade em que vivemos, no entanto, é maior do que esses números, que nem de longe representam a tragédia das famílias atingidas. Esse processo se agravou ainda mais na década de 90, com o processo de reestruturação produtiva. As atividades de maior risco para acidentes e doenças do trabalho foram objetos de terceirização, com o conseqüente agravamento da precarização das condições de trabalho. O acidente de trabalho é, sempre, resultado de múltiplas causas relacionadas diretamente às condições e organização do trabalho, às condições de vida e cultura do povo, e refletem as contradições de nossa sociedade e do modelo produtivo existente (WAGNER, 2003, p.1).

Tratou-se da manifestação de um membro representante de um governo eleito, pelo voto democrático do povo brasileiro que acreditou, nas promessas de campanha em que a

esperança de um mundo melhor seria possível com um governo nacional comprometido com a prevalência do social, com o respeito integral à dignidade da pessoa humana. Em razão disso, espera-se que os atos administrativos sejam revogados e substituídos por OS's que não contrariem as garantias legais dos trabalhadores ao benefício do AT, “tornando costumeiro e habitual o procedimento da conversão do auxílio-doença (B31) em auxílio-acidentário (B91), mesmo que o empregador deixe de emitir a CAT” (SALVADOR; CALIA, 2003, p.5).

Independente das pessoas que ocupem cargo no governo é importante refletir sobre o papel do Estado. Proteger, promover e recuperar os bens públicos, quando perdidos, é responsabilidade do Estado, e é para isto que todo cidadão paga os impostos. Os bens públicos, dentre outros são a educação, a saúde, a capacidade de trabalho, a segurança, a justiça, o meio ambiente e o lazer; são bens de fruição coletiva e igual uma vez que são resultantes das necessidades sociais fundamentais. Entretanto, a busca pela realização de um trabalho sem sofrimento, dor, doença e morte ainda continua sendo um desafio e uma bandeira de luta atual, que necessita ser abraçada pela união de esforços de trabalhadores, pesquisadores e de outros segmentos sociais para que o sonho de um trabalho humanizado se transforme em realidade.

5. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Esta é uma pesquisa de natureza descritiva, de caráter retrospectivo, dos problemas de saúde apresentados pelos trabalhadores de enfermagem lotados nas 23 unidades assistenciais da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) atendidos pelo Serviço de Medicina do Trabalho, da Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador (DAST), no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2002.

Gil (1996), afirmou que a pesquisa descritiva visa a descrição das características de determinada população ou fenômeno, enquanto que Polit e Hungler (1995) descreveram o estudo retrospectivo como a investigação *ex post facto*, em que a manifestação de algum fenômeno no presente está ligada a outros que ocorreram no passado.

O presente estudo, no entanto, tem a pretensão de não se limitar apenas à discussão dos componentes meramente biológicos, circunscritos aos aspectos internos dos corpos dos indivíduos, uma vez que, toma como ponto de partida, o entendimento de que o problema de saúde pode e deve ser visualizado como reflexo¹⁵³ das condições concretas de vida e pressupõe que o processo saúde-doença não é apenas uma manifestação biopsíquica mas também um processo social, expressão concreta na corporeidade humana do desenvolvimento histórico de um momento determinado.

Ainda que os problemas de saúde-doença manifestam-se nos indivíduos, as condições que os produzem são sociais, uma vez que elas emergem do modo específico de como o homem se apropria da natureza por meio de uma determinada organização social. Na luta pela sobrevivência, os seres humanos construíram coletivamente seu meio ambiente que é, portanto, produto social, constituído por distintas modalidades entre um e outro grupamento humano. Laurell e Noriega (1989) afirmaram que os ‘modos de andar a vida’ são característicos das coletividades e não dos indivíduos.

Com base nesta perspectiva, buscou-se evidências nas bibliografias específica para a compreensão da historicidade das transformações que vêm ocorrendo no mundo do trabalho em geral e no mundo do trabalho em saúde em especial. A finalidade foi tentar estabelecer uma vinculação entre os problemas de saúde apresentados pelos trabalhadores de enfermagem daquela fundação de saúde, através da análise dos diagnósticos médicos firmados pelos peritos da DAST e o contexto das mudanças ocorridas no mundo do trabalho.

¹⁵³ “Aquilo que evoca a realidade de maneira pouco precisa” (HOUAISS; VILLAR, 2001, p.2412).

5.1 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no Serviço de Medicina do Trabalho, parte integrante da DAST da FHEMIG. A divisão atende aos trabalhadores das vinte e três instituições de saúde pertencentes à rede hospitalar estadual de Minas Gerais. Foi relevante na escolha do local de estudo o fato da fundação congregar diversos hospitais, que oferecem diferentes tipos de atendimentos e possuir um serviço próprio de atendimento à saúde de seus trabalhadores.

5.1.1 Características do local de estudo

Para a caracterização do local de estudo foram utilizadas informações obtidas na *home page* da FHEMIG (FHEMIG, 2002a; 2003a), no banco de notícias do *site* da Assembléia Legislativa do Estado de Minas Gerais (ASSEMBLÉIA, 2003), em relatórios daquela fundação referentes ao ano 1999 (MAGRO FILHO, 2000) e um fascículo da Revista comemorativa ao 25º aniversário daquela instituição (FHEMIG, 2002b).

A FHEMIG é um órgão estadual criado pela Lei Estadual nº 7.988 de 3/10/1977, resultante do agrupamento da Fundação Estadual de Assistência Leprocomial (FEAL), da Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica (FEAP) e da Fundação Estadual de Assistência Médica de Urgência (FEAMUR) (MAGRO FILHO, 2000) e administra a maior rede de hospitais públicos da América do Sul. Mantém 23 unidades assistenciais¹⁵⁴ que prestam atendimento médico-hospitalar à população de todo o Estado de Minas Gerais, através da oferta de serviços especializados e de referência: são quinze unidades na capital mineira, Belo Horizonte, e oito no interior. A rede FHEMIG possui 2.798 leitos operacionais, dos quais 110 em centros de terapia intensiva (CTI's) (FHEMIG, 2002b).

De acordo com informações prestadas pelo secretário de Estado da Saúde em 3/4/2003 à Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa do Estado de Minas Gerais, a FHEMIG empregava 13.979 profissionais, dos quais 5.395 eram nomeados ou de função pública¹⁵⁵;

¹⁵⁴ A caracterização das 23 unidades assistenciais vinculadas à FHEMIG encontra-se ao final do trabalho (Apêndice E).

¹⁵⁵ Para adequar-se ao Regime Jurídico Único determinado pela Constituição Federal, o Estado de Minas Gerais regularizou os problemas dos servidores celetistas admitidos sem concurso público, que atuavam no serviço público, enquadrando-os como “função pública” (BRASIL, 1990). A atividade administrativa permanente é exercida em qualquer dos Poderes do Estado, nas autarquias e nas fundações públicas, por servidor público,

6.161 foram admitidos por contrato administrativo¹⁵⁶ e 1.000 terceirizados (SECRETÁRIO, 2003). O presidente da FHEMIG, em audiência pública da Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa do Estado de Minas Gerais, realizada em 15/5/2003, informou que a rede hospitalar, que congrega aproximadamente 14 mil funcionários, gasta 33% da verba do seu orçamento com servidores efetivos e 25% do orçamento com funcionários temporários com contrato administrativo (CONCURSADOS, 2003).

Em dezembro de 2002 a força de trabalho da enfermagem era composta por 4.307 trabalhadores distribuídos pelas 23 unidades da FHEMIG¹⁵⁷. O universo dos trabalhadores concursados e efetivos era de 1.910 e 2.397 profissionais era constituída por trabalhadores com vínculo de trabalho temporário (FHEMIG, 2002c).

O Contrato Administrativo (CA) como forma de vínculo empregatício na FHEMIG foi originalmente adotado para atender demandas emergenciais e suprir eventuais lacunas existentes nas categorias profissionais. A Lei Estadual nº 10.254, de 20/7/1999, estabeleceu que os CA's tivessem duração de seis meses, prorrogáveis por mais seis; no entanto, “foram encontradas distorções no cumprimento do objeto da lei, sugerindo que pessoas com Contrato Administrativo tornem **‘membros permanentes do quadro de pessoal da FHEMIG’**” (MAGRO FILHO, 2000, p.9, grifo do autor).

A irregularidade na contratação de cerca de seis mil trabalhadores motivou, há cinco anos, a instauração de procedimentos administrativos por parte da promotoria pública. Sansões judiciais não foram adotadas dada a possibilidade de paralisação de atividades hospitalares relevantes, tendo a administração da FHEMIG assinado um termo de ajustamento de conduta, que não foi cumprido. A administração posterior, em cumprimento ao novo acordo, realizou concurso público para a admissão de profissionais em 2002 (CONCURSADOS, 2003), quando foram aprovadas 2.336 pessoas para diversas categorias. Entretanto, quase um ano depois, elas não haviam sido nomeadas, pois, segundo o Secretário da Saúde, sua contratação esbarraria no descumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal.

A finalidade institucional da FHEMIG é servir ao usuário do SUS nas áreas-chave da assistência médico-hospitalar como hospitais gerais e de urgência para adultos e crianças,

ocupante de cargo público, em caráter efetivo ou em comissão, ou de função pública (BRASIL, 1989). Para a admissão em cargo efetivo exige-se a “seleção competitiva interna ou concurso público” (BRASIL, 1973).

¹⁵⁶ A Lei nº 10.254, de 20/7/1990, artigo 11, permite atender uma necessidade temporária, de excepcional interesse público, através de contratação por prazo determinado, sob a forma de contrato de direito administrativo, sem que o contratado seja considerado servidor público (BRASIL, 1990). O Decreto nº 41.240, de 28/8/2000, Artigo 1, autoriza a FHEMIG a contratar por prazo determinado, não superior a seis meses, por contrato administrativo, categorias profissionais exclusivamente da área médico-hospitalar, indispensáveis ao funcionamento de suas unidades hospitalares (BRASIL, 2000).

¹⁵⁷ A distribuição dos trabalhadores da enfermagem, por unidade assistencial, pode ser visto no Apêndice E.

hospitais psiquiátricos, maternidade, centros de reabilitação física e de toxicomania e no atendimento a portadores de AIDS e outras doenças infecto-contagiosas (FHEMIG, 2002a).

A rede FHEMIG é composta por nove hospitais gerais, dois deles em Belo Horizonte, e os demais em Sabará, Patos de Minas, Juiz de Fora, Bambuí, Betim, Três Corações e Ubá; cinco unidades assistenciais de urgência e emergência em Belo Horizonte; cinco unidades assistenciais de saúde mental, das quais quatro na capital e uma em Barbacena; duas unidades assistenciais de doenças infecto-contagiosas, uma unidade de atendimento à mulher e ao recém-nascido e uma unidade de reabilitação física, localizadas em Belo Horizonte.

A fundação hospitalar completou, em 2002, 25 anos de prestação de serviços em saúde pública. Referência hospitalar pública no Estado de Minas Gerais, é considerada o maior centro estadual de formação para médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem e é a maior mantenedora isolada da Residência Médica do Estado. Suas unidades mantêm convênios com escolas para a realização de estágios curriculares e extracurriculares nos cursos de medicina, enfermagem, psicologia e nutrição, dentre outros, em um total de 10 a 12 mil estágios oferecidos/ano (FHEMIG, 2002a).

Nesse quarto de século de existência da rede hospitalar, as consultas médicas passaram de 194 mil/ano para, aproximadamente 1,2 milhão/ano; os exames, de 125 mil/ano para mais de 2,5 milhões/ano e as cirurgias, de 2,6 mil/ano para 25 mil/ano. Nestes 25 anos, foram realizados em torno de 308 mil cirurgias e mais de um milhão de internações (FHEMIG, 2002b).

Em 1999 a rede domiciliar da fundação foi implantada com o objetivo de reduzir o tempo de internação hospitalar e também de manter o paciente próximo de seus familiares; este programa é indicado para pacientes

impossibilitados de realizar tarefas vitais, como andar, se alimentar, tomar banho e trocar de roupa, mas cuja internação não se faz mais necessária. São pessoas que estão clinicamente estáveis, mais ainda necessita de alguns cuidados de higiene, alimentação, medicação e curativos, que podem ser oferecidos em casa (FHEMIG, 2002b, p.44).

Atualmente participam do programa cinco unidades da rede hospitalar da FHEMIG que atendem, em média, de 25 pessoas por unidade; 120 a 150 pessoas foram beneficiadas por este programa até meados de 2002.

Cada unidade participante possui equipe composta por dois médicos, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e um assistente social para o atendimento aos pacientes através

da assistência humanizada e integral. O controle de doenças é realizado através de parcerias com os postos de saúde dos bairros onde residem os pacientes (FHEMIG, 2002b).

Desde o ano 2000 vem sendo implantado um novo modelo gerencial, a partir da incorporação de “modernas práticas gerenciais da iniciativa privada” (FHEMIG, 2002b, p.49), do treinamento de pessoal e qualificação de recursos humanos e do desenvolvimento organizacional de processos de trabalho. A rede hospitalar está estruturada no atendimento e prestação de serviços, com “modernos equipamentos e avançados métodos de gerenciamento” (FHEMIG, 2002b, p.49).

O sistema de parcerias está entre as principais ações implantadas pela rede: o convênio com a Companhia Belgo Mineira estabelecido, em 2001, visava melhorar a utilização dos recursos físicos e humanos e o projeto de implantação de um modelo de gestão para resultados “permitiu melhorar a qualidade de gestão dos serviços, processos e insumos em onze unidades da rede FHEMIG.[...] Trouxe otimização de resultados e aprimoramento da assistência aos pacientes” (FHEMIG, 2002b, p.46). No âmbito daquela parceria foram treinadas mais de 1.200 pessoas, de todas as unidades da FHEMIG. Após um ano da implantação do programa 5S¹⁵⁸ foram alcançadas as seguintes metas: diminuição do tempo de espera nos ambulatórios, aumento do percentual de atendimento, redução de desperdícios e de custos e melhoria significativa para os clientes (FHEMIG, 2002a; 2002b).

Em 2001, dez hospitais da instituição participaram da pesquisa do MS e foram aprovados pelos pacientes, que os avaliaram com critérios entre excelente e bom (FHEMIG, 2002a; 2002b). No entanto, a fundação enfrenta, a exemplo de outros hospitais no país, problemas financeiros em função da baixa remuneração da tabela do SUS e pela forma de distribuição da sua verba. Estima-se que os recursos financeiros necessários para seu funcionamento sejam da ordem de R\$ 340 milhões/ano, dos quais R\$ 52 milhões referem-se ao pagamento realizado pelo SUS e o restante, proveniente do Tesouro do Estado de Minas Gerais. Essa verba corresponde a 10% do orçamento do SUS para todo o Estado e é suficiente para atender a apenas 5% da população mineira (CONCURSADOS, 2003).

A DAST é subordinada à Superintendência Administrativa da FHEMIG; foi criada em agosto de 1989, após a reestruturação do serviço de medicina do trabalho com a finalidade de melhorar a segurança no trabalho e a saúde e bem-estar dos servidores e dependentes. Os

¹⁵⁸ Os 5S são conhecidos como sendo a porta de entrada para o Programa de Qualidade Total. É um programa baseado em 5 palavras japonesas: *SEIRI* (seleção), *SEITON* (ordenação), *SEISHO* (limpeza), *SEIKETSU* (padronização) e *SHITSUKE* (disciplina). O programa pressupõe que se essas atividades forem praticadas por todos, com determinação e método, resultarão em um ambiente (casa, local de trabalho, clube ou mesmo cidade) agradável e seguro (ARAÚJO; REDI, 1997).

serviços de Segurança do Trabalho, de Medicina do Trabalho e o de Assistência à Saúde compõem esta divisão. Tais serviços, embora portadores de especificidades, têm a finalidade de “desenvolver atividades que visem a redução e/ou eliminação dos riscos à saúde dos servidores” (FHEMIG, 1989, p.22).

O Serviço de Segurança do Trabalho além de atender a obrigatoriedade da manutenção de um serviço especializado em Segurança do Trabalho, em conformidade com as normas do Ministério do Trabalho, estabelece diretrizes para preservar a integridade física e mental dos servidores e a integridade dos equipamentos e instalações, através do desenvolvimento de programas e estudos em conjunto com o Serviço de Medicina do Trabalho (FHEMIG, 1989); no Serviço de Medicina do Trabalho, que funciona das 7 às 19 horas, de segunda a sexta-feira, atuam os médicos do trabalho, enfermeiros e auxiliares de enfermagem (FHEMIG, 1989) responsáveis por exames ocupacionais, laudos de insalubridade, perícias médicas para licença médica e aposentadoria por invalidez, entre outras. O Serviço de Assistência à Saúde, que funciona das 7 às 19 horas, presta assistência aos servidores e seus dependentes disponibilizando os serviços de recursos humanos como dentistas, psiquiatras, assistente social, pediatras, psicólogos, cardiologistas, clínicos gerais e ginecologistas, dentre outros (FHEMIG, 2002a; 2002b).

5.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

De acordo com Polit e Hungler (1995) a população alvo é definida como toda a população em que o pesquisador está interessado. Deste modo, a população alvo deste estudo foi constituída por todos os trabalhadores da equipe de enfermagem (enfermeiro, técnicos, auxiliar e atendente de enfermagem), de ambos os sexos, que trabalhavam nas 23 instituições assistenciais da rede FHEMIG atendidos pelo Serviço de Medicina do Trabalho e pelos médicos do Serviço de Assistência à Saúde na DAST no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2002.

5.3 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Inicialmente foi solicitada a autorização para a realização da pesquisa à Direção da DAST (Apêndice A) e, concomitantemente, manteve-se contato com a enfermeira da divisão

para solicitar a colaboração, apresentar os propósitos do estudo e discutir sobre a viabilidade de sua realização no local escolhido, verificando onde e como ficavam registrados os atendimentos prestados aos trabalhadores de enfermagem que apresentassem algum problema de saúde.

As normatizações contidas na Resolução 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, referentes aos aspectos éticos recomendados quando da realização de pesquisas em seres humanos (BRASIL, 1997) foram observadas no desenvolvimento do presente estudo, sendo o projeto de pesquisa encaminhado à direção da DAST (Apêndice B), avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FHEMIG/DIREP (Anexo A).

5.4 COLETA DE DADOS

Foi realizada com a utilização de dois formulários (Apêndice C e D), elaborados pelo autor com base nos dados contidos no impresso próprio da DAST utilizado para o registro diário dos atendimentos realizados pelos médicos e psicólogos, denominado mapa de atendimento. Os registros dos atendimentos realizados na divisão não são informatizados e assim o preenchimento dos mapas diários era realizado, manualmente, por cada profissional que atendia o trabalhador na divisão. Da mesma forma ocorria com os formulários e documentos incluídos nos prontuários dos trabalhadores, os quais eram preenchidos manualmente. Os dados incompletos dos mapas de atendimentos da divisão foram complementados através da consulta aos documentos integrantes dos prontuários dos trabalhadores atendidos e arquivados na DAST. Os prontuários arquivados eram acessados com a ajuda de um auxiliar de enfermagem e de um enfermeiro da divisão. Após a consulta aos prontuários dos trabalhadores, os dados faltantes foram completados com as informações disponibilizadas por outros setores da FHEMIG. Os dados ilegíveis quando não eram esclarecidas com as consultas documentais, solicitava-se a ajuda dos profissionais presentes no momento do levantamento. E, persistindo a dúvida recorreu-se ao próprio médico que o tinha redigido.

Um dos formulários (Apêndice C) foi utilizado para fazer o levantamento do número total de atendimentos diários efetuado pelos 18 médicos e 02 psicólogos da FHEMIG aos trabalhadores em geral e da enfermagem em especial. O segundo formulário (Apêndice D) foi estruturado em duas partes: na primeira foram registrados os dados referentes ao perfil do trabalhador como idade, sexo, categoria profissional e local de trabalho; na segunda foram

anotados os dados sobre o diagnóstico médico e o tipo de atendimento prestado (consulta médica, exame periódico e perícia médica). Em relação às perícias médicas buscou-se identificar se elas tinham ocorrido em função de AT ou por problema de saúde. Quando da ocorrência de licenças médicas, foram anotados o número de dias concedidos e seu motivo.

Os dados foram levantados pela própria pesquisadora, auxiliada por estudantes universitários que registravam as informações nos respectivos formulários. A coleta de dados foi realizada entre os meses de fevereiro e maio de 2003 na sala de enfermagem da DAST. Nessa sala eram realizados procedimentos de enfermagem como a verificação de sinais vitais, peso e medida, orientação a trabalhadores acidentados, dentre outros; desta forma, o entra e sai de trabalhadores era freqüente e, naquele local, testemunhamos diversas situações em que os trabalhadores ali atendidos manifestavam medo, angústia, insegurança e revolta em relação ao acidente ou doença que os tinham vitimado. Algumas pessoas, movidas pela curiosidade, entravam e perguntavam quem éramos e o que fazíamos ali. Algumas destas pessoas, de forma espontânea, relatavam suas dificuldades, como pressões e cobranças vividas no trabalho e principalmente o medo da demissão em função da sua condição de saúde.

Quando do início da coleta de dados, em fevereiro de 2003, a fundação vivia um clima de mudanças intensas, com substituições no seu quadro de dirigentes em função das novas indicações feitas pelo governo, então recém-eleito. As incertezas e dúvidas sobre as possíveis modificações geravam um clima de tensão e apreensão em muitos trabalhadores da Superintendência Geral (SUPEGE) da fundação hospitalar. Nesse período, observamos o aumento na freqüência de trabalhadores que buscavam a sala de enfermagem, muitos deles solicitando a verificação de pressão arterial, apresentando queixas de mal-estar e angústias.

Apesar das autorizações, houve dificuldades na obtenção de dados para este estudo, em razão de substituição de pessoas nas diferentes instâncias administrativas da FHEMIG, o acesso a algumas informações como, por exemplo, a distribuição quantitativa da força de trabalho de enfermagem, mês a mês durante o ano de 2002 nas 23 unidades assistenciais da fundação, foi prejudicado, pela falta de acesso aos dados referentes aos trabalhadores temporários. Inicialmente, havia a pretensão de levantar, através dos exames demissionais realizados na DAST, a rotatividade dos trabalhadores de enfermagem, o que foi impossível já que os trabalhadores contratados temporariamente não fazem tal exame e nenhuma ocorrência foi registrada entre os efetivos no ano de 2002.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram digitados utilizando-se do programa Microsoft Excel Office XP, para a constituição de um banco de dados construído segundo codificação previamente determinada, visando facilitar o processamento e a tabulação dos dados.

Os diagnósticos médicos coletados foram agrupados e categorizados conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10 (OMS, 2000) e foram comparados com a Lista de doenças relacionadas ao trabalho elaborada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000a), que se encontra mais atualizada que a relação utilizada pelo Ministério da Previdência Social.

Para a apresentação dos resultados foi utilizado o método estatístico da análise percentual, com distribuição de frequência simples em tabelas ou em representação gráfica buscando, sempre que possível comparação com a literatura. A análise estatística foi realizada com a utilização do programa computacional *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 11.5, sendo o tratamento estatístico assessorado por um profissional dessa área do conhecimento vinculado ao Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

Diante da impossibilidade de acesso às informações sobre o número de trabalhadores efetivos e contratados que trabalhavam mês a mês em cada uma das 23 instituições estudadas, não foi possível efetuar outro tratamento estatístico além do realizado.

Uma das formas de agrupamento das 23 unidades assistenciais utilizada pela FHEMIG adota como critério o tipo de atendimento prestado pelos hospitais. Assim, as unidades foram distribuídas em sete grupos: hospitais de urgência e emergência (n= 5); hospitais gerais (n= 9), hospitais de saúde mental (n= 5), hospital de atendimento à mulher e ao recém-nascido (n= 1), reabilitação (n= 1) e administração central (n= 1). Este agrupamento será utilizado para analisar e discutir os dados obtidos, à partir do item denominado tipos de atendimentos, com a intenção de verificar a existência de similaridade e divergência entre os diferentes grupos de hospitais.

6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados é iniciada pelo número de atendimentos prestados a trabalhadores de enfermagem na DAST seguida das características biográficas (idade, sexo, categoria profissional e local de trabalho). São também apresentados os resultados relacionados aos tipos de atendimentos médicos a que se submeteram os trabalhadores, os diagnósticos médicos firmados, agrupados de acordo com a “Lista de categorias de três caracteres da Classificação Estatística Internacional de doenças e problemas relacionados à saúde - CID-10” (OMS, 2000) e a respectiva distribuição pelas unidades de saúde da FHEMIG. Foram comparados também os diagnósticos registrados com a lista de doença relacionada ao trabalho, elaborada pelo MS¹⁵⁹ (BRASIL, 2000a). Finalmente, foi discutida a distribuição dessas doenças encontradas entre as categorias profissionais, idade, sexo e o tempo de licença obtidos para seu tratamento.

6.1 OS ATENDIMENTOS AOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

Foram realizados 6.070 atendimentos médicos aos 4.307 trabalhadores de enfermagem existentes nas 23 unidades assistenciais de saúde da FHEMIG pelo Serviço de Assistência Médica e pelo Serviço de Medicina do Trabalho, no período janeiro a dezembro de 2002. Daquele total, 85,3% (5.180) foram a trabalhadores do sexo feminino e 14,7 % atendimentos (890) a trabalhadores do sexo masculino. Tal resultado reflete o fato de que, historicamente, a força de trabalho de enfermagem tem se configurado eminentemente feminina.

Na Tabela 1 estão apresentados os resultados segundo o sexo e sua categoria profissional.

Tabela 1 - Distribuição dos atendimentos a trabalhadores de enfermagem, segundo sexo e categoria profissional. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG

CATEGORIA	SEXO				TOTAL	
	Feminino		Masculino			
	n	%	n	%	n	%
Enfermeiro	502	8,3	40	0,7	542	8,9
Técnico de enfermagem	88	1,4	10	0,2	98	1,6
Auxiliar de enfermagem	4371	72,0	764	12,6	5135	85
Atendente de enfermagem	219	3,6	76	1,3	295	4,9
Total	5180	85,3	890	14,7	6070	100

Fonte: Mapa de atendimento da DAST/FHEMIG. n:número de atendimento; %:percentagem sobre o número de atendimento.

¹⁵⁹ Portaria nº 1339/GM de 18/11/1999 (BRASIL, 2000a).

A literatura confirma que a profissão de enfermagem é predominantemente exercida por mulheres e, no Brasil, no ano de 1996 a participação feminina entre os trabalhadores alcançou o índice de 86,6% (BRASIL, 2001c). Tal predominância é histórica dado que o cuidado ao doente é social e culturalmente associado ao trabalho atribuído às mulheres, como o cuidado de doentes, velhos, crianças e parturientes (MELO, 1986; SILVA, 1986; PIRES, 1989; JANSEN, 1997; LIMA, 1998; RIZZOTTO, 1999).

Antes da profissionalização da enfermagem no molde “nightingaleno”¹⁶⁰ o trabalho de enfermagem desenvolvido nos hospitais ingleses tinha má reputação. Na estruturação da enfermagem “nightingalena”, um dos critérios de ingresso na nova profissão era ser do sexo feminino (PIRES, 1989) e a frequência em um curso com a duração de um ano, em regime de internato, sob disciplina rigorosa, para desenvolver nas alunas os traços de caráter considerados de melhor qualidade, para aquela sociedade tais como “sobriedade, honestidade, lealdade, pontualidade, serenidade, espírito de organização, correção e elegância” (SILVA, 1986).

A enfermagem “nightingalena” se difundiu por todo mundo ocidental influenciando decisivamente na estruturação da nova profissão e, deste modo, nos primórdios da estruturação da profissão no Brasil, também se exigia que a candidata fosse mulher e possuisse valores morais, físicos, intelectuais e aptidão profissional. Tais exigências, segundo Rizzotto (1999), vieram a atender, aos interesses do desenvolvimento do capitalismo, liberal e aos rumos tomados pela medicina. Assim, a prática da enfermagem com características ideológicas de submissão e servilidade ao Estado e aos médicos não representavam ameaça à ordem vigente. Pires (1989, p.151-2) afirma que a profissionalização da enfermagem no Brasil não “veio para romper a hegemonia médica no setor, nem a hegemonia masculina na sociedade, pelo contrário, todos seus princípios reafirmam sua organização para a submissão aos homens, aos médicos e ao Estado”.

Ainda que a presença masculina entre os trabalhadores de enfermagem na instituição estudada seja pequena e predomine a presença feminina, dados referentes ao aumento no número de candidatos do sexo masculino¹⁶¹ para o curso de Enfermagem, inscritos no

¹⁶⁰ *Florence Nightingale* criou na Inglaterra a escola de formação de enfermeiras no Hospital São Thomas, em 1860 instituindo o “ensino de enfermagem e estabelecendo as bases para a estruturação do trabalho desenvolvido neste campo específico do saber e da prática de saúde como uma nova profissão” (PIRES, 1989, p.121).

¹⁶¹ Número de candidatos do sexo masculino inscritos para o Concurso vestibular da UFMG: para o ingresso no ano de 2004 foram 447 candidatos; em 2003 foram 365 candidatos; em 2002 foram 353 candidatos; em 2001 foram 280 candidatos; em 2000 foram 263 candidatos; em 1999 foram 180 candidatos; 1998 foram 132 candidatos e em 1997 foram 87 candidatos (COPEVE, 2003).

vestibular da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), que registrou, em 1997, 87 candidatos do sexo masculino e 447 candidatos em 2004 (COPEVE, 2003), indicam que tal tendência possa estar mudando.

Evidências na literatura mostram algumas mudanças relativas a questões de gênero no trabalho da enfermagem. Leite (2001), ao investigar a morbidade referida pelos trabalhadores de enfermagem em um hospital especializado em ortopedia, constatou que 57,89% dos trabalhadores eram do sexo feminino e 42,11% do sexo masculino. Para a autora, a maior absorção dos profissionais do sexo masculino no mercado de trabalho da enfermagem pode estar relacionada à evolução tecnológica ocorrida nesse tipo de especialidade e aos “inúmeros procedimentos e atividade realizados que exigem dos profissionais força e um preparo diferenciado” (LEITE, 2001, p.33).

Entretanto, ainda persiste o predomínio feminino no mercado de trabalho da enfermagem. Esta característica da profissão carrega um significado social que implica em diferenças para além da esfera biológica. Segundo Oliveira, E. M. (1997) a constituição de um trabalho eminentemente feminino trata-se de uma construção social em que a cultura impõe ao masculino e feminino os atributos específicos, a partir do lugar social e cultural construído hierarquicamente com uma relação de poder entre os sexos.

Especialmente a partir dos anos de 1980, em função das conjunturas econômica e social no Brasil, houve não só um aumento quantitativo da carga de trabalho feminino mas também uma “mudança no modelo de participação laboral feminina, apontando para uma maior homogeneização no comportamento da atividade de homens e mulheres” (ABRAMO, 2000, p.114).

Embora o número de famílias chefiadas por mulheres¹⁶² tenha aumentado, é persistente ainda na sociedade a idéia de que a força de trabalho feminina é secundária no mercado de trabalho. A maior parte dos empregos femininos continua concentrada em alguns setores de atividade e agrupadas num número pequeno de profissões e “essa segmentação continua estando na base das desigualdades existentes entre homens e mulheres no mercado de trabalho, incluindo salariais”¹⁶³ (ABRAMO, 2000, p.113). Ainda que tenha aumentado a

¹⁶² O aumento da presença feminina no mercado de trabalho foi para compensar a ausência ou diminuição dos rendimentos familiares e enfrentar o aumento dos preços dos gêneros alimentícios e dos artigos de primeira necessidade, além da redução do gasto social, traduzida pela deterioração do serviço de saúde, educação e moradia (ABRAMO, 2000).

¹⁶³ Abramo (2000) afirmou que mesmo com maiores níveis educacionais, os salários das mulheres continuam sendo significativamente inferiores aos dos homens e em nenhum país Latino-americano os rendimentos de homens e mulheres com o mesmo nível de instrução são equivalentes.

presença das mulheres na força de trabalho na América Latina¹⁶⁴, nas últimas décadas, continua a persistir a dimensão social da desigualdade sexual com base na naturalização e biologização dos sexos que resultam em estereótipos o que leva, ainda na atualidade, a mulher a ser codificada, inclusive no mercado de trabalho, como menos produtiva, responsável pelos filhos e duplas jornadas de trabalho.

A evolução tecnológica e os avanços conquistados pela humanidade não diminuíram as diferenças entre os sexos, ao contrário. Para Abramo (2000) a crise econômica vivida entre os anos de 1970 e 1990 na América Latina, trouxe diversos impactos para a participação feminina no mercado de trabalho, tais como a taxa de desemprego feminino ser superior a masculina, ainda que tenha elevado as taxas de desemprego de um modo geral; o aumento do número de horas diárias e de anos de vida que as mulheres dedicam ao trabalho remunerado¹⁶⁵ e a proporção de mulheres nas formas precarizadas de trabalho¹⁶⁶, “tanto as ‘velhas’ ocupações precárias (trabalho doméstico, por conta própria) como as ‘novas’ modalidades de trabalho em domicílio, eventual, em tempo parcial, ou subcontratado” (ABRAMO, 2000, p.116).

A existência do trabalho precário não é uma exclusividade de um gênero ou de uma profissão, mas trata-se de fenômeno global em razão das restrições e baixo crescimento econômico, das dificuldades das empresas e o elevado nível de desemprego que contribuem para o recrudescimento das relações de trabalho informais e precárias.

De acordo com Salim (2003), particularmente nas regiões metropolitanas de nosso país, a heterogeneidade do mercado de trabalho comporta o processo de mudança social em curso, caracterizado pela queda do emprego no setor formal e expressiva elevação da ocupação no setor informal que, por sua vez, inclui os “sem carteira assinada” e os trabalhadores “por conta-própria”. Esses, somados aos desempregados, indicariam não apenas a precariedade do mercado de trabalho como também constituiriam as bases do processo de precarização das condições de trabalho como, por exemplo, a reprodução de baixos níveis salariais, a não cobertura da seguridade social e a falta de assistência médica. É preciso ressaltar que esse processo, na atualidade, não é exclusivo ao setor informal do mercado de trabalho; ele avança também sobre o contingente de trabalhadores registrados. As fortes pressões internacionais para a redução do custo do emprego têm colocado na agenda dos

¹⁶⁴ "Entre 1960 e 1990 o número de mulheres economicamente ativas mais que triplicou, aumentando de 18 para 57 milhões, enquanto o número de homens nessa condição não chegou a duplicar, aumentando de 80 para 147 milhões. Nesse período a taxa de participação feminina na População Economicamente Ativa (PEA) aumentou de 18,1% para 27,2%, enquanto a masculina diminuiu de 77,5% para 70,3%" (ABRAMO, 2000).

¹⁶⁵ Em média, em torno de nove anos no período estudado por Abramo (2000).

¹⁶⁶ Com baixos salários, baixa produtividade, ausência de contratos e ausência de proteção social.

mercados e governos, propostas de reformas trabalhistas para diminuir o ônus das admissões e demissões e, antes mesmo da ocorrência de mudanças na legislação trabalhista brasileira, esta “reforma” ocorre na prática, com a sonegação de direitos, o que leva os trabalhadores sem a proteção previdenciária a contribuir para a formação de um exército de dezenas de milhões de pessoas que vivem de atividades variadas à margem da legislação, conta esta que o futuro próximo irá cobrar de todos.

Atualmente existe um aumento na procura de pessoas querendo ingressar no mercado de trabalho de enfermagem. O interesse pela carreira profissional de enfermeiro tem aumentado a cada ano¹⁶⁷, como demonstra a crescente procura pelo curso de graduação em enfermagem da UFMG¹⁶⁸. Entretanto, mesmo nesse mercado de trabalho, a precarização nas relações de trabalho está presente e evidencia-se também entre os trabalhadores de enfermagem da FHEMIG, como demonstra a Tabela 2 que apresenta a composição da força de trabalho e a relação de trabalho desses trabalhadores.

Tabela 2- Distribuição dos trabalhadores de enfermagem da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, segundo categoria profissional e relação de trabalho, em dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG

CATEGORIA	TIPO DE VINCULO DE TRABALHO				TOTAL	
	Efetivo		Contrato Administrativo		n	%
	n	%	n	%		
Enfermeiro	127	2,9	342	7,9	469	10,9
Técnico enf.	38	0,9	59	1,4	97	2,3
Auxiliar enf.	1423	33,0	1982	46,0	3405	79,1
Atendente enf.	322	7,5	14	0,3	336	7,8
Total	1910	44,3	2397	55,7	4307	100

Fonte: Folha de pagamento de dezembro de 2002/FHEMIG. n:número de trabalhadores; %:percentagem sobre número total de atendimento.

Menos da metade dos trabalhadores (44,3%) tinha vínculo de trabalho efetivo, com estabilidade no emprego. Mais da metade (55,7%), em dezembro de 2002, tinha como vínculo de trabalho o CA, o que os deixa na condição de trabalhadores temporários, sem garantias e direitos trabalhistas, precarizados, portanto.

Em caso de doença ou AT, tanto o servidor efetivo quanto o contratado, precisam se

¹⁶⁷ O número de candidato por vaga, para o curso de enfermagem, no vestibular da UFMG, foram: em 2003 foi de 29,91, com 2.872 inscritos; em 2002 foi de 34,48 com 3.310 inscritos, em 2001 foi de 26,43 com 2.537 inscritos; em 2000 foi de 26,48 com 2.542 inscritos; em 1999 foi de 18,84 com 1809 inscritos; em 1998 foi de 14,53 com 1.395 inscritos; em 1997 foi de 9,22, com 886 inscritos (COPEVE, 2003).

¹⁶⁸ Para o vestibular com ingresso em 2004 na UFMG, inscreveram-se 3014 candidatos para 96 vagas, representando 31,40 candidatos por vaga. O que colocou o curso de enfermagem em primeiro lugar, como o mais concorrido da universidade, superando os cursos de medicina e fisioterapia ocupavam sistematicamente o primeiro lugar nos vestibulares anteriores (COPEVE, 2003).

submeter à avaliação Serviço de Medicina do Trabalho. No entanto, existem diferenças entre os vínculos de trabalho no que se refere à assistência à saúde. Quando há necessidade de licença médica, os trabalhadores com vínculo temporário e precário têm, como tempo limite de afastamento o período de vigência do respectivo contrato (BRASIL, 1996), que independe do tempo necessário para a recuperação da saúde. Mesmo em se tratando da licença-gestação o tempo também é limitado ao período de vigência do contrato e a remuneração é integral até os quinze dias de licença médica e a partir do décimo sexto dia, a remuneração cai para 70% do valor mensal (BRASIL, 1996). Esta forma de procedimento médico para concessão de afastamento do trabalho aos trabalhadores contratados vigorou de janeiro de 1996 a 30 de setembro de 2002 quando houve alteração nos procedimentos periciais. A partir de então, os contratados passaram a integrar o Regime Geral da Previdência Social e sofreram mudanças nos trâmites dos procedimentos periciais: a FHEMIG tornou-se responsável pelos 15 primeiros dias de licença médica, sendo os contratados avaliados pela perícia médica da DAST e, após o 16º dia da licença, a responsabilidade passou a ser do INSS. A licença maternidade passou a ser concedida pelo INSS (BRASIL, 1996; FHEMIG, 2002d).

Além do caráter temporário dos vínculos de trabalho, os contratados recebem salários mais baixos e tem maior carga semanal de trabalho quando comparado aos trabalhadores efetivos (CONCURSADOS, 2003). Tal vinculação interfere também nas questões gerenciais da instituição, pois, o CA é um instrumento que não cria vínculo entre os contratados e a instituição, o que gera grande rotatividade e dificulta a formação de equipes (MAGRO FILHO, 2000).

O Ministério Público, a Secretaria de Estado de Recursos Humanos do Estado de Minas Gerais e a FHEMIG firmaram compromisso em 22 de dezembro de 1998, determinando que, a partir de 1º de janeiro de 1999, haveria uma redução mínima de 20% de pessoal contratado, por semestre, “de modo que, até julho do ano 2002, não exista qualquer tipo de contrato temporário[...]” (MAGRO FILHO, 2000, p.25-6). Entretanto o acordo não teve êxito, uma vez que a maioria (55,7%) dos trabalhadores de enfermagem da FHEMIG, em dezembro de 2002, possuía CA (cf. Tabela 2); dentre aqueles trabalhadores temporários, 7,9% eram enfermeiros; 1,4% técnico de enfermagem; 46% auxiliares de enfermagem e 0,3% atendentes de enfermagem¹⁶⁹.

¹⁶⁹ Conforme dados do COFEn, de 12/05/2004, os atendentes de enfermagem continuam presentes na maioria dos estados, sendo que de 27 estados da federação apenas 4 deles (Acre, Bahia, Rio Grande do Norte e Rio Grande do Sul) não registravam a presença desse grupo. Eles representam 3,46%, em nível nacional. 3 estados possuem os maiores índices: Paraná (27,85%), Minas Gerais (15,01%) e Pernambuco (4,7%), juntos respondem

A precariedade das relações de trabalho tem gerado insatisfação entre os trabalhadores e a Associação dos Trabalhadores da FHEMIG tem denunciado, através de diversas manifestações públicas, que as renovações dos contratos vencidos mantém a precariedade do vínculo de trabalho. Denunciou também que tais práticas vêm ocorrendo há mais de uma década e que, mesmo tendo a aprovação de 2.336 pessoas para as diversas categorias (CONCURSADOS, 2003) em concurso público no ano de 2002, nenhum dos aprovados tinha sido nomeado até 24 de novembro de 2003 (FHEMIG, 2003b; SERVIDORES, 2003) o que manteve sem regularização os trabalhadores com CA na FHEMIG. Desta maneira, a legislação criada para atender uma situação emergencial, tornou-se regra e os contratados são mantidos indefinidamente na fundação, sem que ocorra a nomeação e efetivação dos aprovados no concurso.

Além das questões envolvidas com a precariedade dos contratos de trabalho, paira sobre os trabalhadores da fundação a ameaça sobre a continuidade dos empregos existentes, com o fechamento de hospitais da FHEMIG, o que tende a agravar a sua situação. Como forma de reação, no dia 24 de novembro de 2003, os trabalhadores da Fundação, tanto da capital quanto das cidades do interior, participaram da paralisação das atividades e do protesto contra o atraso no pagamento dos salários promovido pelos servidores da Santa Casa de Belo Horizonte. Naquele ato reivindicaram melhorias nas condições de trabalho, o não fechamento de hospitais e a nomeação dos aprovados, no último concurso público (SERVIDORES, 2003, p.19).

Na Tabela 3 está discriminada a distribuição do número de atendimentos na DAST segundo a idade e a categoria profissional dos trabalhadores de enfermagem.

Tabela 3 - Distribuição dos atendimentos realizados a trabalhadores de enfermagem, segundo faixa etária e categoria profissional, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte –MG

CATEGORIA	FAIXA ETÁRIA (anos)										TOTAL	
	19 29		30 39		40 49		50 59		> 60			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Enfermeiro	147	2,4	158	2,6	148	2,4	80	1,3	9	0,1	542	8,9
Técnico enf	16	0,3	18	0,3	57	0,9	7	0,1	-	-	98	1,6
Auxiliar enf	581	9,6	1415	23,3	1973	32,5	996	16,4	168	2,8	5133	85,0
Atendente enf	1	-	15	0,2	101	1,7	134	2,2	44	0,7	295	4,9
Total	745	12,3	1606	26,5	2279	37,6	1217	20,1	221	3,6	6068*	100

Fonte: DAST/FHEMIG; *2 atendimentos estavam sem a informação de idade.

por 3,31% do total nacional. Excluindo Sergipe (2,21%), Santa Catarina (2,13%), Roraima (1,5%) e Paraíba (1,3%) os demais estados registraram índices que variaram entre 0,002% (SP) e 0,890% (MT) (COFEn, 2004).

A maioria dos atendimentos realizados (37,6%) foi aos trabalhadores de enfermagem na faixa entre 40 e 49 anos, seguido pelas faixas etárias 30 a 39 anos (26,5% atendimentos), 50 a 59 anos (20,1% atendimentos), 19 a 29 anos (12,3% atendimentos) e maiores de 60 anos (3,6% atendimentos). Observou-se o predomínio de atendimentos aos enfermeiros com faixa etária entre 30 a 39 anos (2,6% atendimentos), aos auxiliares de enfermagem entre 40 a 49 anos (32,5%), aos técnicos de enfermagem entre 40 a 49 anos (0,9%) e aos atendentes de enfermagem entre 50 a 59 anos (2,2% atendimentos). Desta forma, 61,3% dos atendimentos médicos realizados foi aos trabalhadores com idade acima dos 40 anos, o que difere dos resultados encontrados por Souza e Vianna (1993), Marziale e Carvalho (1998), Silva (1999), Barboza e Soler (2003) e Marziale (2003).

O Conselho Federal de Enfermagem e Associação Brasileira de Enfermagem traçaram o perfil da força de trabalho em enfermagem brasileira nos anos de 1980 (BRASIL, 1985) e encontraram que a maioria daqueles trabalhadores situava-se na faixa etária entre os 20 a 40 anos. Os resultados obtidos no presente estudo diferem das pesquisas anteriormente citadas e corrobora os achados por Jansen (1997) e Leite (2001), que apontaram para o envelhecimento da força de trabalho de enfermagem. Cabe destacar ainda que os atendentes de enfermagem apresentam-se como os trabalhadores com idade mais avançada, dado que a legislação profissional de enfermagem de nosso país, excluiu desde 1996 aquela categoria de trabalhadores (BRASIL, 1987).

A presença de pessoas com mais idade na enfermagem é coerente com o aumento na expectativa de vida e da proporção de idosos na composição populacional humana nestes últimos anos. Segundo Barreto e Carmo (1998) a expectativa de vida é de 80 anos em média para a população dos países desenvolvidos e recentemente começou a ultrapassar a barreira dos 60 anos nos países subdesenvolvidos. No Brasil, a expectativa de vida ao nascer praticamente dobrou, “passando dos 34 anos em 1900 para 66 anos em tempos atuais e a previsão é de que estará em torno dos 72 anos em 2020” (BARRETO; CARMO, 1998, p.15).

Destaca-se ainda o atendimento médico prestado aos jovens trabalhadores na faixa etária entre 19 e 29 anos (12,3%) (cf. Tabela 3) o que pode significar um tempo maior de suas vidas convivendo com problemas de saúde. Para evitar tanto o ônus individual como o social, medidas de promoção e proteção à saúde seriam necessários com o intuito de diminuir o tempo de vida vivido com limitações.

De acordo com Gois e Petry (2003, p.1) os dados do Censo 2000 divulgado pelo IBGE mostram que mais de um quinto do tempo de vida do brasileiro será vivido com menos

qualidade, por causa de limitações físicas, funcionais ou doenças crônicas. Mesmo que a expectativa média ao nascer, no Brasil, seja de “68,6 anos de idade, a esperança de vida com qualidade do brasileiro é de 54 anos. Isso significa que, em 21,3% de sua vida, irá conviver com alguma incapacidade”. Assim, embora o brasileiro esteja atualmente vivendo mais tempo, a qualidade fica comprometida, próximo dos 60 anos.

A proporção do tempo vivido com alguma incapacidade difere entre os países, sendo que nos países desenvolvidos ele menor em relação ao Brasil. No Japão, por exemplo, a expectativa de vida é de 79 anos, sendo que apenas 2,8% desse tempo deverá ser vivida com alguma incapacidade. Na Polônia, essa proporção é de 12,3%, numa população com expectativa de vida de 71,4 anos. A única exceção entre os países mais ricos são os Estados Unidos, sendo que as mulheres quem 78,2 anos como expectativa de vida porém, tem a esperança de viver sem capacidade até os 57,9 anos, ou seja, 26% do tempo de vida em deve ser vivido com alguma limitação. Entre os homens americanos e essa proporção é de 27% (GOIS; PETRY, 2003).

O detalhamento do número de trabalhadores da enfermagem existentes na fundação, os respectivos locais de trabalho da categoria profissional e o vínculo de trabalho são apresentados a seguir na Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição do número de trabalhadores da equipe de enfermagem da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, segundo categoria funcional, local de lotação e vínculo de trabalho, dezembro de 2002.

Unidade	CATEGORIA PROFISSIONAL								TOTAL	
	Atendente de enfermagem		Auxiliar de enfermagem		Técnico de enfermagem		Enfermeiro			
	Efetivo	Contrato	Efetivo	Contrato	Efetivo	Contrato	Efetivo	Contrato	n	%
	n	n	n	n	n	n	n	n		
1	61	4	454	436	-	1	42	49	1047	24,3
2	14	2	58	68	-	-	5	15	162	3,8
3	20	-	97	193	2	5	11	32	360	8,4
4	-	-	4	127	1	3	-	15	150	3,5
5	-	-	20	11	2	1	1	3	38	0,9
6	1	1	25	100	-	3	3	17	150	3,5
7	1	-	38	320	-	8	-	52	419	9,7
8	9	-	15	27	-	-	-	9	60	1,4
9	7	-	100	27	2	-	5	5	146	3,4
10	5	-	73	42	15	15	9	13	172	4,0
11	14	-	17	27	-	-	-	4	62	1,4
12	57	1	28	28	2	12	-	2	130	3,0
13	17	-	12	31	-	1	-	2	63	1,5
14	23	-	23	29	-	1	3	1	80	1,9
15	20	1	56	126	-	2	9	21	235	5,5
16	6	-	24	7	-	-	4	3	44	1,0
17	1	-	5	-	1	-	1	1	9	0,2
18	30	-	204	18	11	-	12	8	283	6,6
19	18	5	51	59	1	-	7	9	150	3,5
20	10	-	40	118	1	-	1	27	197	4,6
21	-	-	54	171	-	7	6	52	290	6,7
22	1	-	3	-	-	-	-	1	5	0,1
23	7	-	22	17	-	-	8	1	55	1,3
Total	322	14	1423	1982	38	59	127	342	4307	100

Fonte: Divisão de Informática da FHEMIG, folha de pagamento de dezembro de 2002. n: número de trabalhadores; efetivo: servidor público do estado; contrato: trabalhador com vínculo temporário.

Na Tabela 4 estão retratadas as diferenças existentes entre as 23 unidades assistenciais da FHEMIG, no que se refere à quantidade de trabalhadores lotados em cada um dos hospitais ou unidades de saúde. Ao se analisar a distribuição das categorias profissionais existentes naquela fundação pode-se constatar a presença das categorias dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem no quadro funcional das 23 unidades assistenciais; seis delas (2, 8, 11, 16, 22 e 23) não contavam com técnicos de enfermagem no quadro funcional e, em outras três (4, 5 e 21) não havia atendentes de enfermagem.

Em todas as unidades assistenciais destaca-se a existência de trabalhadores em caráter temporário entre os enfermeiros; apenas duas unidades (17 e 22) não possuíam auxiliares de enfermagem em caráter temporário. No que se refere aos técnicos de enfermagem, dentre as 17 unidades que contavam com essa categoria profissional, em sete (unidades 1, 6, 7, 13, 14, 15, 21) existiam apenas trabalhadores temporários, em outras 5 (unidades 9, 17, 18, 19, 20)

apenas trabalhadores efetivos e, nas demais cinco (unidades 3, 4, 5, 10, 12), contavam tanto com trabalhadores contratados quanto com servidores efetivos. Desta forma, a maioria (59) dos técnicos de enfermagem era constituída por trabalhadores contratados e a minoria (38) por servidores efetivos. Das 20 unidades que contavam com atendentes de enfermagem, em seis (1, 2, 6, 12, 15, 19) registrou-se a presença de trabalhadores temporários.

Na Tabela 5 são apresentados os dados referentes aos números de trabalhadores existentes na fundação, por categoria profissional e o número de atendimentos realizados pelo serviço médico da DAST.

Tabela 5 - Distribuição do número de trabalhadores de enfermagem existentes na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais e número de atendimentos realizados pela Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, segundo categoria profissional, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG

Categoria profissional	Trabalhadores existentes na FHEMIG		Atendimentos na DAST	
	n	%	n	%
Enfermeiro	469	10,9	542	8,9
Técnico de enfermagem	97	2,3	98	1,6
Auxiliar de enfermagem	3405	79,1	5135	84,6
Atendente de enfermagem	336	7,8	295	4,9
Total	4307	100	6070	100

Fonte: folha de pagamento de dezembro de 2002 e mapa de atendimento da DAST, 2002.

O total de atendimentos (6070) realizado por aquela divisão superou o número de trabalhadores de enfermagem existentes (4307) na FHEMIG, o que pressupõe que um mesmo trabalhador tenha sido atendido mais de uma vez na DAST. Ainda que, no presente estudo, tenham sido coletado dados referentes aos atendimentos e não por trabalhador atendido, ao efetuar o cálculo de proporcionalidade (número de atendimentos na DAST dividido pelo número trabalhadores existentes na FHEMIG), o resultado indicou a seguinte sequência: auxiliares de enfermagem, (79,1% dos trabalhadores existentes) foram responsáveis por 84,6% dos atendimentos, seguidos pelos enfermeiros (10,9% e 8,9%), os técnicos de enfermagem (2,3% e 1,6%) e os atendentes de enfermagem (7,8% e 4,9%). Com o resultado do cálculo efetuado, evidenciou-se que a categoria dos auxiliares de enfermagem foi aquela que demandou por mais atendimento na divisão. Além disso, a diferença encontrada pode ser devido às distintas funções e atribuições desempenhadas por cada um dos membros dessa equipe profissional.

Na Tabela 6 é apresentada a distribuição dos trabalhadores atendidos segundo a categoria profissional e local de trabalho.

Tabela 6 - Distribuição dos atendimentos aos trabalhadores de enfermagem, segundo unidade assistencial e categoria profissional. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte

Unidade	CATEGORIA PROFISSIONAL				TOTAL	
	Enfermeiro	Técnico Enf.	Auxiliar Enf.	Atendente Enf.	n	%
	n	n	n	n		
1	87	1	1322	45	1455	24,0
2	28	-	363	32	423	7,0
3	55	5	385	35	480	7,9
4	15	5	173	-	193	3,2
5	8	2	42	-	52	0,9
6	20	3	126	-	149	2,5
7	92	-	551	4	647	10,7
8	12	-	59	14	85	1,4
9	10	-	242	5	257	4,2
10	9	42	203	3	257	4,2
11	5	-	93	21	119	2,0
12	1	8	95	22	126	2,1
13	5	4	55	31	95	1,6
14	16	-	109	19	144	2,4
15	26	-	204	27	257	4,2
16	17	-	67	8	92	1,5
17	2	7	14	-	23	0,4
18	30	12	345	9	396	6,5
19	7	-	160	12	179	2,9
20	14	2	135	8	159	2,6
21	66	7	300	-	373	6,1
22	1	-	14	-	15	0,2
23	16	-	78	-	94	1,5
Total	542 (8,9%)	98 (1,6%)	5135 (84,6%)	295 (4,9%)	6070	100

Fonte: Mapa de Atendimento da DAST/FHEMIG.

Os resultados mostram que a DAST prestou atendimentos médicos aos trabalhadores das 23 unidades assistenciais da FHEMIG e que a maioria deles (1455) foi aos trabalhadores de enfermagem lotados na unidade 1. Do total de atendimentos daquela unidade, 1322 foram prestados aos auxiliares de enfermagem, 87 aos enfermeiros, 45 aos atendentes de enfermagem e 1 ao técnico de enfermagem; o número total de atendimentos naquela unidade foi superior ao número de trabalhadores ali alocados (1047) o que indica o fato de um mesmo

trabalhador ter tido vários atendimentos ou não ter sido atendido nenhuma vez no ano de 2002 pela DAST.

Cabe destacar que o objetivo deste estudo foi identificar os problemas de saúde que acometem os trabalhadores de enfermagem por meio dos atendimentos prestados. Tendo em vista isto, desperta a atenção o fato da ocorrência de vários atendimentos a um mesmo trabalhador o que pode retratar as consequências não apenas pontuais de uma consulta médica, mas da temporariedade envolvida em um tratamento que, além do sofrimento do trabalhador, representa diminuição de sua produtividade.

Na Tabela 7 são apresentados os dados relativos ao número de trabalhadores existentes nas 23 unidades assistenciais e os respectivos números de atendimentos efetuados na DAST com intuito de subsidiar uma visão geral das proporcionalidades.

Tabela 7 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais e dos atendimentos a trabalhadores de enfermagem realizados na Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, segundo a unidade assistencial. Belo Horizonte

Unidade	Trabalhadores existentes na FHEMIG		Atendimentos na DAST	
	n	%	n	%
1	1047	24,3	1455	24,0
2	162	3,8	423	7,0
3	360	8,4	480	7,9
4	150	3,5	193	3,2
5	38	0,9	52	0,9
6	150	3,5	149	2,5
7	419	9,7	647	10,7
8	60	1,4	85	1,4
9	146	3,4	257	4,2
10	172	4,0	257	4,2
11	62	1,4	119	2,0
12	130	3,0	126	2,1
13	63	1,5	95	1,6
14	80	1,9	144	2,4
15	235	5,5	257	4,2
16	44	1,0	92	1,5
17	9	0,2	23	0,4
18	283	6,6	396	6,5
19	150	3,5	179	2,9
20	197	4,6	159	2,6
21	290	6,7	373	6,1
22	5	0,1	15	0,2
23	55	1,3	94	1,5
Total	4307	100	6070	100

Fonte: folha de pagamento da FHEMIG, dezembro 2002 e mapa de atendimento da DAST, 2002.

Os dados demonstram um certo equilíbrio entre o número de trabalhadores lotados nas diversas unidades e o número de atendimento realizados. Na maioria das unidades observou-

se que o número de atendimentos realizados foi superior ao de trabalhadores nelas lotados; somente em três unidades (6, 12, 20) o número de atendimentos realizados foi menor que o número de trabalhadores. Estas unidades referem-se a dois hospitais gerais, um referência em oncologia e o outro no tratamento da hanseníase; a terceira é um hospital referência em infectologia e dermatologia sanitária, com atendimento aos casos de AIDS, tuberculose, hanseníase, dentre outros.

6.2 TIPOS DE ATENDIMENTOS PRESTADOS NA DAST

Dos 14.124 atendimentos médicos realizados na DAST, durante o período estudado, 6.070 atendimentos (43%) foram feitos aos trabalhadores de enfermagem. Constatou-se ainda que, dos 862 atendimentos psicológicos realizados, 473 (54,9%) foram destinados aos trabalhadores de enfermagem. Os elevados índices de atendimentos médico (43%) e psicológico (54,9%) prestado aos trabalhadores de enfermagem no ano de 2002 chamam a atenção, dado que estes (4307 pessoas) correspondiam a 30,8% do total de trabalhadores existentes na FHEMIG (13.979). O resultado indica a necessidade para realização de futuras investigações centradas no estudo dos atendimentos psicológicos.

Na Tabela 8 são apresentados os tipos de atendimentos médicos realizados na DAST e que foram objetos de análise do presente estudo.

Tabela 8 - Distribuição dos atendimentos prestados aos trabalhadores de enfermagem, segundo tipo de atendimento médico e categoria profissional, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte - MG

Tipo de atendimento	CATEGORIA PROFISSIONAL								TOTAL	
	Enfermeiro		Técnico Enf		Auxiliar Enf		Atendente Enf			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
CM	73	1,2	25	0,4	1206	19,9	67	1,1	1371	22,6
EP	18	0,3	16	0,3	405	6,7	14	0,2	453	7,5
PM-PS	434	7,1	51	0,8	3347	55,1	214	3,5	4046	66,7
PM-AT	17	0,3	6	0,1	176	2,9	-	-	199	3,3
Total	542	8,9	98	1,6	5134	84,6	295	4,9	6069*	100

Fonte: Mapa de atendimento da DAST. CM:Consulta médica; EP: Exame periódico; PM-PS: Perícia Médica por problema de saúde; PM-AT:Perícia Médica por acidente de trabalho; *= 1 atendimento sem informação.

Pode-se observar que os trabalhadores de enfermagem foram atendidos majoritariamente (66,7%) pelo serviço pericial no ano de 2002. De acordo com a legislação

do Estado de Minas Gerais, é competência da DAST a realização das perícias médicas¹⁷⁰ a todos os trabalhadores da fundação hospitalar que necessitarem de licenças médicas e ou licença maternidade (FHEMIG, 1991). O trabalhador poderá ser licenciado quando acidentado no exercício de suas atribuições ou quando portador de doença profissional; para tanto deve se submeter à perícia médica no prazo máximo estabelecido pela legislação (BRASIL, 1952).

O trabalhador, em caso de doença tem a obrigatoriedade de comunicar-se com o Serviço Médico, no máximo cinco dias úteis a contar do dia de seu afastamento (BRASIL, 1984); em caso de acidente o prazo é de oito dias para providenciar a documentação necessária¹⁷¹ e submeter-se à perícia médica para caracterização ou não de agravos como AT (BRASIL, 1952).

A perícia médica avalia os pedidos de concessão de licença para tratamento de saúde (BRASIL, 1978), concedendo-a em prazo não excedente a vinte e quatro meses. Também é função da perícia médica a análise dos casos de aposentadoria por invalidez. Quando constatado indício de invalidez, independente do período de afastamento por motivo de licença para tratamento de saúde, o médico perito solicitará a realização de inspeção médica para avaliação da capacidade laborativa do segurado (BRASIL, 1980), ou no caso da licença ultrapassar prazo limite, o trabalhador deverá ser submetido a avaliação da junta médica do órgão pericial competente e, constatando-se não estar em condições de reassumir o cargo ou ser readaptado, será aposentado por invalidez (BRASIL, 2002).

Conforme resultados demonstrados na Tabela 8 observou-se que além da perícia médica prevista na legislação (BRASIL, 1980, 1984), os trabalhadores de enfermagem tiveram acesso a outros atendimentos médicos como a consulta médica (22,6%) e o exame periódico (7,5%). Ressalta-se que as consultas médicas (CM) não são serviços que exigem

¹⁷⁰ Decreto Estadual nº 23.617/84, art.1, determina que compete ao serviço médico da Secretaria de Estado de Administração a concessão ou de negação de licença para tratamento de saúde, por acidente de trabalho e ou acometimento de doença profissional (BRASIL, 1984).

¹⁷¹ Dois tipos de documentação: “A) declaração da chefia do servidor, assinado em conjunto com duas testemunhas do acidente e devidamente identificado, contendo o nome e matrícula do servidor; endereço residencial; cargo/função; repartição; horário de trabalho; a descrição detalhada do acidente (com especificação do local, hora e data; após quantas horas de trabalho; como ocorreu o acidente; lesões provocadas; partes do corpo atingidas; objeto causador; serviço médico para o qual foi encaminhado; e se houve registro policial enviar xerocópia legível autenticada da ocorrência policial e informar se é o percurso habitual do servidor. B) laudo de exame médico referente ao primeiro atendimento e constando local e apresentação do acidentado; data e hora; descrição das lesões; diagnóstico provável; se há incompatibilidade entre estágio evolutivo da lesão e a data do acidente declarada; se há correlação entre a natureza, grau e localização da lesão e o histórico do acidente que a teria provocado; regime de tratamento a que deverá submeter-se acidentado, se ambulatorial ou hospitalar; duração provável do tratamento; caso seja hospitalizado, anotar a data e local; se durante o tratamento acidentado deverá ou não afastar-se no trabalho; condições patológicas pré-existentes ao acidente; observações, data e local, assinatura e carimbo do médico de atendimento” (SERHA, 2001, p.23).

comparecimento compulsório do trabalhador, mas atendem tanto a uma demanda espontânea quanto a encaminhamentos. Embora a legislação brasileira também exija a realização de exames demissionais não foram encontrados registros desses exames no ano de 2002 na instituição estudada, representando que, naquele ano, não ocorreu desligamento de servidor efetivo, já que somente este grupo de trabalhadores é submetido a exames admissionais e demissionais.

Os resultados da Tabela 8 demonstram que há problemas em relação à vigilância da saúde dos trabalhadores, haja vista a inexistência de registros de exames demissionais e o reduzido número de exames periódicos (EP). Apenas 7,5% dos trabalhadores de enfermagem da FHEMIG foram submetidos ao EP, no ano de 2002. A falta de comparecimento do trabalhador para a realização do EP, pode ter contribuído para esse resultado, já que os 453 atendimentos realizados no ano, ficam muito aquém dos 4.307 trabalhadores da enfermagem que existiam nas 23 unidades da FHEMIG. Entretanto, independente das razões explicativas que possam envolver a questão, o fato é que os trabalhadores, ficaram a descoberto de uma das ações de prevenção e detecção precoce dos possíveis danos causados pelo trabalho à sua saúde, conforme prevê a legislação trabalhista¹⁷². Chama a atenção também o pequeno número de atendimentos de PM-AT – 199 registros (3,3%) para uma população de 4.307 trabalhadores de enfermagem – o que indica a provável subnotificação de registros de AT, fato que merece ser investigado.

Os atendimentos prestados pela DAST aos trabalhadores de enfermagem, conforme seu local de trabalho, foram sistematizados e apresentados na Tabela 9, com o agrupamento das 23 unidades assistenciais da fundação em sete grupos: **grupo A** - hospitais de urgência e emergência (unidades 1, 2, 3, 4, 5); **grupo B** - hospitais gerais (unidades 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14); **grupo C** - hospitais de saúde mental (unidades 15, 16, 17, 18, 19); **grupo D** - hospitais de doenças infecto-contagiosas (unidade 20); **grupo E** - hospital de atendimento à mulher e ao recém-nascido; **grupo F** – hospital de reabilitação (unidade 22) e, **grupo G** - administração central.

¹⁷² Cabe ao empregador o dever de viabilizar a realização de EP e zelar pela saúde e segurança do trabalhador, além de que ao adotar essa medida, a empresa estará se resguardando de questionamentos futuros, uma vez que caso não submeta seus empregados aos EP de acordo com o previsto no artigo 168 da CLT, a empresa comete uma omissão (SALVADOR, 2003).

Tabela 9 - Distribuição dos atendimentos aos trabalhadores de enfermagem, segundo tipo de atendimento, agrupamento das unidades assistenciais e categoria profissional, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte - MG

Tipo atendimento	Grupo Hospitais	Categoria Profissional								TOTAL	
		Enfermeiro		Técnico Enf		Auxiliar Enf		Atendente Enf		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%		
CM	A	36	2,6	1	0,1	631	46,0	31	2,3	699	51,0
	B	13	0,9	16	1,2	235	17,1	10	0,7	274	20,0
	C	7	0,5	8	0,6	192	14,0	20	1,5	227	16,6
	D	2	0,1	-	-	46	3,4	6	0,4	54	3,9
	E	4	0,3	-	-	72	5,3	-	-	76	5,5
	F	1	0,1	-	-	6	0,4	-	-	7	0,5
	G	10	0,7	-	-	24	1,8	-	-	34	2,5
	Sub-total	73	5,3	25	1,8	1206	88,0	67	4,9	1371	100
EP	A	10	2,2	-	-	98	21,6	3	0,7	111	24,5
	B	3	0,7	13	2,9	121	26,7	5	1,1	142	31,3
	C	5	1,1	3	0,7	183	40,4	6	1,3	197	43,5
	D	-	-	-	-	1	0,2	-	-	1	0,2
	E	-	-	-	-	2	0,4	-	-	2	0,4
	F	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	G	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Sub-total	18	4,0	16	3,5	405	89,4	14	3,1	453	100
PM - PS	A	138	3,4	10	0,2	1490	36,8	78	1,9	1716	42,4
	B	150	3,7	25	0,6	1123	27,8	104	2,6	1402	34,7
	C	68	1,7	7	0,2	376	9,3	30	0,7	481	11,9
	D	12	0,3	2	0,0	81	2,0	2	0,0	97	2,4
	E	60	1,5	7	0,2	216	5,3	-	-	283	7,0
	F	-	-	-	-	8	0,2	-	-	8	0,2
	G	6	0,1	-	-	53	1,3	-	-	59	1,5
	Sub total	434	10,7	51	1,3	3347	82,7	214	5,3	4046	100
PM - AT	A	9	4,5	2	1,0	66	33,2	-	-	77	38,7
	B	4	2,0	3	1,5	54	27,1	-	-	61	30,7
	C	2	1,0	1	0,5	39	19,6	-	-	42	21,1
	D	-	-	-	-	7	3,5	-	-	7	3,5
	E	2	1,0	-	-	9	4,5	-	-	11	5,5
	F	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	G	-	-	-	-	1	0,5	-	-	1	0,5
	Sub-total	17	8,5	6	3,0	176	88,4	-	-	199	100

Enf.: enfermagem; CM: consulta médica; EP: exame periódico; PM-PS: perícia médica por problema de saúde; PM-AT: perícia médica por acidente de trabalho; A: hospitais de urgência e emergência (n=5); B: hospitais gerais (n=9); C: hospitais de saúde mental (n=5); D: hospitais de doenças infecto-contagiosas (n=1); E: hospital de atendimento à mulher e ao recém-nascido (n=1); F: reabilitação (n=1); G: administração central (n=1). n: número de trabalhadores atendidos na DAST; %: percentagem sobre o tipo de atendimento.

O dados apresentados na Tabela 9 indicam que a categoria dos auxiliares de enfermagem foi aquela que, majoritariamente, utilizou os serviços médicos da DAST, sendo responsável por 80% das CM, 89,4% dos EP, 82,7% das PM-PS e 88,4% das PM-AT.

Aparentemente existe correspondência entre aqueles índices e a representação dessa categoria profissional (79,1%) no índice quantitativo da força de trabalho de enfermagem da FHEMIG.

Entre os enfermeiros, verifica-se a existência de certa correspondência entre os índices de perícias médicas (10,7%) e o número existente (10,9%); para aquele grupo, as PM-AT representaram 8,5%, as CM 5,3% e o EP (4%). Em relação aos técnicos de enfermagem observa-se que o índice encontrado para os EP (3,5%) e PM-AT (3,0%) foi superior ao índice de trabalhadores existentes (2,3%) na categoria; observou-se também que as CM (1,8%) e as PM-PS (1,3%) foram inferiores ao número de trabalhadores existentes.

Na categoria dos atendentes de enfermagem constata-se que todos os índices encontrados foram inferiores ao índice de trabalhadores existentes na fundação (7,8%): 4,9% para as CM, 3,1% para os EP e 5,3% para as PM-PS; no ano de 2002 não se registrou ocorrência de PM-AT nessa categoria.

As ocorrências de PM-AT entre os técnicos e auxiliares de enfermagem e a ausência dos atendentes de enfermagem neste tipo de atendimento chama a atenção. Tal fato merece novos estudos visando a identificação de suas causas.

Destaca-se ainda nos dados demonstrados na Tabela 9, a ausência de demanda de atendimento de alguns grupos de hospitais no decorrer do ano de 2002: não ocorreram CM dentre os técnicos de enfermagem das unidades dos grupos D, E, F e G e dentre os atendentes de enfermagem das unidades dos grupos E, F, G; não ocorreram EP dentre enfermeiros, técnicos e atendentes de enfermagem das unidades dos grupos D, E, F e G e dentre os auxiliares de enfermagem das unidades dos grupos F e G; não foram realizadas PM-PS pelos enfermeiros das unidades dos grupos F, pelos técnicos de enfermagem das unidades dos grupos F e G e pelos atendentes de enfermagem das unidades dos grupos E, F e G. Como assinalado anteriormente, nenhum atendente de enfermagem compareceu a PM-AT no ano de 2002, fato esse que pode ter relação com as suas atividades; não houve também registros para aquele tipo de perícia dentre os técnicos de enfermagem das unidades dos grupos D, E, F, G, dentre os enfermeiros das unidades dos grupos D, F, G e dentre os auxiliares de enfermagem das unidades do grupo F.

Chamam a atenção a ausência de demanda por atendimentos de CM dentre os técnicos de enfermagem, EP dentre os enfermeiros, técnicos e atendentes e de PM-AT dentre enfermeiros e técnicos de enfermagem que trabalham na unidade do grupo D, dado que tal unidade é especializada no atendimento de adultos portadores de doenças infecto-contagiosas em regime de internação, hospital-dia e assistência domiciliar aos pacientes com AIDS e tuberculose.

Bejgel e Barroso (2001) afirmam que a maioria dos trabalhadores de instituições de saúde que lidam com pacientes com doenças infecto-contagiosas e com manuseio do material contaminado são servidores públicos que não têm direito a aposentadoria aos 25 anos de serviço como os da iniciativa privada. Assim, pela ausência de regulamentação no âmbito do serviço público para concessão da aposentadoria especial, o servidor se aposenta após cumprir as exigências de tempo de serviço e de idade, mesmo que trabalhe em condições especiais¹⁷³, diferentemente dos trabalhadores regidos pela CLT.

No caso dos trabalhadores de enfermagem da FHEMIG, o desamparo torna-se ainda mais grave dado que, em sua maioria (55,7%), não são servidores efetivos e não estão sob o amparo da CLT, pois são contratados com prazo pré-determinado e em caráter temporário. Assim fica evidente a necessidade de se fomentar a discussão em torno dos direitos sociais dos trabalhadores do setor saúde, públicos ou privados, objetivando igualar os direitos, melhorar a qualidade de vida e valorizar o profissional do setor saúde, de forma indistinta, como propõem Bejgel e Barroso (2001).

No ano de 2002, a maioria dos atendimentos para perícias médicas deu-se por problemas de saúde (66,6%) e a minoria (3,3%) por AT (Tab.8), o que indica que dentre os trabalhadores de enfermagem do serviço público estadual de Minas Gerais predominaram as doenças em relação aos acidentes. Ainda que nos problemas de saúde estejam presentes as doenças incluídas no grupo denominado por Mendes e Costa Dias (1999) como os das “doenças comuns”, sem relação com o trabalho, a provável existência de subnotificação dos AT, bem como, a dificuldade existente no estabelecimento do nexo causal justifica a análise dos diagnósticos médicos atribuídos para visualizar possíveis relações entre os danos à saúde apresentados e a profissão exercida. A doença profissional é aquela que decorre das condições do serviço ou de fatos nele ocorrido e, por AT, entende-se o dano que tiver como causa imediata o exercício das atribuições inerentes ao cargo ou ainda equipara-se a acidente a agressão sofrida e não provocada pelo funcionário no exercício de suas atribuições, conforme prevê a Lei nº 869/1952, do Estatuto do Servidor Público do Estado de Minas Gerais (BRASIL, 1952).

É preciso recordar que na questão dos acidentes de trabalho no Brasil existem problemas envolvendo sua subnotificação (LACAZ, 1997; RIBEIRO, 1999) que se estende ao setor da saúde, incluído aí a enfermagem. As causas da subnotificação dos acidentes de

¹⁷³ Trabalhar de forma permanente, em estabelecimentos de saúde em contato com pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas; com manuseio de materiais contaminados; ou com a exposição aos raios Alfa, Beta, Gama e X, aos nêutrons, as substâncias radioativas para fins industriais, terapêuticos e de diagnósticos (BEJGEL; BARROSO, 2001).

trabalho dentre os trabalhadores de enfermagem seriam a falta de tempo, o desconhecimento do dever de comunicar, a minimização das consequências em função do tamanho da lesão e da necessidade ou não do afastamento (SILVA, 1996; BENATTI, 1997; BRANDI et al., 1998; NAPOLEÃO, 1999). Portanto, é provável a existência de subnotificação entre os atendimentos realizados na DAST, o que se torna uma preocupação ainda maior, especialmente pelas consequências que podem acarretar para a saúde dos trabalhadores acidentados e das pessoas por eles atendidos.

Na Tabela 10 é apresentada a comparação entre os dados referentes ao atendimento prestado pela DAST e o contingente de trabalhadores existente naquela fundação.

Tabela 10 - Número de trabalhadores de enfermagem existentes na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais e número de atendimentos prestados pela Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, segundo categoria profissional e agrupamento dos hospitais. Belo Horizonte – MG, 2002

CATEGORIA PROFISSIONAL		GRUPO DE HOSPITAIS							TOTAL
		A	B	C	D	E	F	G	
Enfermeiro	Existente	173	125	75	28	58	1	9	469
	Atendido	193	170	82	14	66	1	16	542
Técnico Enf	Existente	15	59	15	1	7	-	-	97
	Atendido	13	57	19	2	7	-	-	98
Auxiliar Enf	Existente	1468	962	550	158	225	3	39	3405
	Atendido	2285	1533	790	135	300	14	78	5135
Atendente Enf	Existente	101	136	81	10	-	1	7	336
	Atendido	112	119	56	8	-	-	-	295
Total	Existente	1757	1282	721	197	290	5	55	4307
	Atendido	2603	1879	947	159	373	15	94	6070

A= hospitais de urgência e emergência (n=5); B= hospitais gerais (n=9); C= hospitais de saúde mental (n=5); D= hospitais de doenças infecto-contagiosas (n=1); E= hospital de atendimento à mulher e ao recém-nascido (n=1); F= reabilitação (n=1); G= administração central (n=1). existente= número de trabalhadores existentes na FHEMIG; atendido= número de trabalhadores atendidos na DAST; Fonte: Folha de pagamento de pagamento da FHEMIG - dez./2002 e mapa de atendimento da DAST, 2002.

Os dados contidos na Tabela 10 demonstram que duas categorias profissionais estão ausentes em três grupos de hospitais: os técnicos de enfermagem dos grupos F e G e os atendentes de enfermagem do grupo E. O grupo E refere-se ao hospital de assistência à mulher e ao recém-nascido; o grupo F a um serviço de reabilitação e o grupo G à administração central da fundação; as ausências de demanda são devido a inexistência desses

profissionais naqueles locais de trabalho. Nos grupos F e G havia a presença dos atendentes de enfermagem, mas, eles não tiveram atendimentos registrados.

Chama atenção também o fato de haver ocorrido um registro maior de atendimentos do que do número de trabalhadores alocados nos grupos de hospitais, à exceção dos técnicos de enfermagem dos grupos A e B e dos enfermeiros e atendentes de enfermagem do grupo D, que tiveram registro menor. Em relação aos 7 grupos de hospitais, apenas o grupo D teve um número de atendimento inferior ao número de trabalhadores ali existentes, indicando que, a saúde da enfermagem da fundação hospitalar, pode estar com problemas. E, é isto que será analisado no próximo item.

6.3 OS DIAGNÓSTICOS MÉDICOS E OS GRUPOS DE HOSPITAIS DA FHEMIG

Neste tópico são apresentados diagnósticos médicos registrados nos diversos atendimentos prestados na DAST aos trabalhadores de enfermagem; tais diagnósticos foram categorizados de acordo com os grandes grupos da CID-10 (OMS, 2000).

As Tabelas de números 11 a 17, apresentam um panorama da distribuição dos diagnósticos nos diversos atendimentos médicos prestados aos trabalhadores da enfermagem lotados nos sete grupos de hospitais¹⁷⁴.

Na Tabela 11 são discriminados os diagnósticos médicos atribuídos aos 2585 atendimentos realizados a trabalhadores de enfermagem lotados nos cinco hospitais de urgência e emergência da FHEMIG.

¹⁷⁴Resultado do agrupamento das 23 unidades assistenciais da FHEMIG.

Tabela 11 - Distribuição dos atendimentos prestados aos trabalhadores de enfermagem do grupo A, segundo grupo de diagnósticos e tipo de atendimento, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG

Grupo A - Hospitais de Urgência e Emergência (n=5)										
Grupo CID-10	Tipo de Atendimento								TOTAL	
	CM		EP		PM – PS		PM - AT			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
FIES	98	14,3	110	99,1	260	15,2	10	13,3	478	18,5
CEMM	-	-	-	-	7	0,4	4	5,3	11	0,4
LEC	29	4,2	-	-	147	8,6	43	57,3	219	8,5
SSA	30	4,4	1	0,9	80	4,7	1	1,3	112	4,3
MCONG	2	0,3	-	-	1	0,1	-	-	3	0,1
GPP	4	0,6	-	-	47	2,7	-	-	51	2,0
DAGEN	7	1,0	-	-	78	4,6	2	2,7	87	3,4
DSOM	56	8,2	-	-	243	14,2	7	9,3	306	11,8
DPTS	6	0,9	-	-	46	2,7	-	-	52	2,0
DADIG	6	0,9	-	-	55	3,2	-	-	61	2,4
DARES	25	3,6	-	-	232	13,5	4	5,3	261	10,1
DACIR	115	16,8	-	-	127	7,4	-	-	242	9,4
DOAM	2	0,3	-	-	18	1,1	-	-	20	0,8
DOA	7	1,0	-	-	59	3,4	1	1,3	67	2,6
DSN	13	1,9	-	-	54	3,2	-	-	67	2,6
TMC	237	34,5	-	-	105	6,1	1	1,3	343	13,3
DENM	15	2,2	-	-	9	0,5	-	-	24	0,9
DSOH	3	0,4	-	-	8	0,5	-	-	11	0,4
NEO	10	1,5	-	-	25	1,5	1	1,3	36	1,4
DIP	21	3,1	-	-	112	6,5	1	1,3	134	5,2
Total	686	100	111	100	1713	100	75	100	2585	100

CM: consulta médica; EP: exame periódico; PM-PS: perícia médica por problema de saúde; PM-AT: perícia médica por acidente de trabalho; FIES: fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde; CEMM: causas externas de morbidade e mortalidade; LEC: lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas; SSA: sintomas, sinais e achados anormais se de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte; MCON: malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas; GPP: gravidez, parto e puerpério; DAGEN: doenças do aparelho geniturinário; DSOM: doença do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; DPTS: doenças da pele e do tecido subcutâneo; DADIG: doenças do aparelho digestivo; DARES: doenças do aparelho respiratório; DACIR: doenças do aparelho circulatório DOAM: doenças do ouvido e da apófise mastóide; DOA: doenças do olho e anexos; DSN: doenças do sistema nervoso; TMC: transtornos mentais e comportamentais; DENM: doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; DSOH: doenças do sangue e dos órgãos e hematopoéticos e alguns transtornos imunitários; NEO: neoplasias (tumores) e DIP: doenças infecciosas e parasitárias.

A seguir são destacados os cinco grupos diagnósticos mais frequentes nos quatro tipos de atendimentos investigados. Entre as 686 CM realizadas, a maioria concentrou-se na categoria diagnóstica dos “Transtornos mentais e comportamentais”-TMC (34,5%), concretizadas por alcoolismo, esquizofrenia, depressão e diversos transtornos (delirantes, psicóticos, afetivos, do humor e ansiosos) que se traduzem em sofrimento psíquico que torna o indivíduo incapacitado para o trabalho. Estes dados apresentam coerência com o número de atendimentos psicológicos realizados e apontam para a existência de um sofrimento mental na categoria profissional.

Em segundo lugar apareceram as “Doenças do aparelho circulatório”-DACIR (16,8%), dentre as quais foram registradas febres reumáticas, hipertensão arterial, doença cardíaca hipertensiva, angina pectoris, embolia pulmonar, pericardites, miocardites, taquicardias, hemorragia subaracnóide, acidente vascular cerebral, embolia e trombose arteriais, flebite e tromboflebite, varizes de membros inferiores e hemorróidas.

Esse conjunto de doenças e transtornos registrados corroboram os estudos de Stacciarini e Tróccili (2000; 2001) que apontaram para a existência de sofrimento no trabalho com sintomas físicos dentre os trabalhadores da enfermagem. Para Fischer e Lieber (2003) são múltiplas as causas dos problemas psíquicos e as alterações cardiovasculares, tais como as características individuais, estilo de vida, estressores ambientais e de trabalho.

O grupo dos “Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde”- FIES (14,3%) ocupou o terceiro lugar com a realização de exames gerais e investigação de pessoas sem queixas e diagnósticos, exames com finalidade administrativa, exames de rotina, exames de seguimento após tratamento de neoplasia maligna, exame de rastreamento de outros transtornos e doenças, exame ou teste de gravidez, outros seguimentos cirúrgicos e cuidados médicos e convalescença.

As “Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo”- DSOM (8,2%) ocuparam o quarto lugar em frequência sendo encontrados relatos de: artrite piogênica, outras artrites reumatóides, gota, artroses, transtornos (joelho, rótula), dor articular, lúpus eritematoso, dorsopatias deformantes, espondilopatias inflamatórias, transtornos de discos cervicais e intervertebrais, dorsalgias, sinovite e tenossinovite, outros transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, uso excessivo e pressão, bursopatias, fibromatose da fáscia plantar, tendinite, entesopatias (epicondilite, esporão), dor em membro, reumatismo não especificado, mialgia, osteoporose com fratura patológica, fratura óssea em doenças neoplásicas e osteocondrose juvenil da mão.

Em quinto lugar apareceram os “Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte” – SSA (4,4%) com relatos de tosse, dispnéia, dor de garganta e no peito, dor torácica não especificada, dor abdominal e pélvica, náusea e vômito, eritema e outras erupções cutâneas não especificadas, outras alterações cutâneas, tontura e instabilidade, sintomas e sinais relativos ao estado emocional, tristeza, dislexia, distúrbios da voz, febre de origem desconhecida, cefaléia, mal-estar e fadiga, síncope e colapso, choque não classificado em outra parte, anormalidades dos leucócitos, não classificados em outras partes, outros achados anormais de exames químicos do sangue, outros achados anormais na urina, resultados anormais de estudos da função tireoideana. De

acordo com a CID-10 (OMS, 2000) nesta categoria incluem-se os sintomas e afecções: a) dos casos em que não se chegou a um diagnóstico mais preciso; b) sintomas e sinais existentes no momento da primeira consulta, com caráter transitório e cujas causas não possam ser determinadas; c) diagnóstico provisório e d) sintomas que representam por si sós importantes problemas na assistência médica.

Tomando-se como referência os 1757 trabalhadores existentes nesse grupo de hospitais (Tabela 10), chama a atenção o registro de apenas 111 EP realizados dada a desproporção entre o número de exames e de trabalhadores. Os EP realizados receberam diagnósticos enquadrados em dois grupos, com predomínio do grupo dos FIES (99,1%) sobre o grupo diagnóstico SSA (0,9%), o que apresenta coerência tendo em vista a finalidade de desenvolver ações antecipatórias a danos.

Ainda na Tabela 11 é possível observar que foram realizados 1713 atendimentos em função de exames periciais devido a problemas de saúde e 75 atendimentos por AT. Assim, o conjunto do serviço pericial (1788) foi responsável pela maioria dos atendimentos realizados na divisão ao pessoal de enfermagem lotado nesse grupo de hospitais.

Dentre os cinco grupos de diagnósticos mais freqüentes nas PM-PS obteve-se os FIES com 15,2% dos atendimentos; as DSOM (14,2%); as DARES 13,5%; as LEC 8,6% e as DACIR (7,4%). Ao se comparar tais resultados com os cinco grupos de diagnósticos mais freqüentes entre as PM-AT observou-se a coincidência entre quatro deles, entretanto com variações nos índices obtidos, sendo eles: LEC (57,3%), FIES (13,3%), DSOM (9,3%); “Causas Externas de morbidade e mortalidade”- CEMM (5,3%) e DARES (5,3%). Ao somar-se os índices registrados para as LEC e as CEMM tem-se um total de 62,6%, indicando que as principais motivações das perícias por acidente de trabalho seriam as causas externas.

Na comparação dos grupos de diagnósticos mais freqüentes encontrados nas perícias e nas consultas médicas constatou-se que três deles coincidiram (FIES, DSOM e DACIR) e outras três apenas nas atividades periciais (DARES, LEC, CEMM). Entre as DARES foram registradas: nasofaringite aguda, sinusite, faringite, amigdalite, laringite, infecções agudas das vias aéreas superiores de localizações múltiplas e não especificadas, gripe, pneumonia, bronquite aguda entre outras. As LEC envolveram traumatismos (cabeça, olho e órbita ocular, intracranianos, abdome, dorso, pelve, ombro, braço, quadril, coxa, perna), luxações, entorse, distensão dos ligamentos (cabeça e pescoço, cintura escapular), fraturas (costela, acetábulo, ombro, braço, perna) e ferimentos (punho, mão, perna) , pedestre vítima de acidente de transporte, exposição a forças mecânicas inanimadas (contato com faca, punhal e ferramentas manuais) e as tentativas de suicídio caracterizam o grupo das CEMM.

Considerando o conjunto de atendimentos demandados pelo pessoal de enfermagem do grupo de hospitais de urgência e emergência da FHEMIG, verificou-se, na Tabela 10, que os FIES (18,5%) foram registrados nos quatro tipos de atendimentos investigados. Observou-se também que os trabalhadores de enfermagem além de padecerem de sofrimento psíquico (TMC 13,3%) sofrem de males físicos tais como os causados pelas DSOM (11,8%), DARES (10,1%); DACIR (9,4%) e LEC (8,5%). Nos hospitais de urgência e emergência normalmente trabalha-se na assistência de alta complexidade às vítimas de violências e de acidentes com traumas de diferentes naturezas e, muitas vezes, é realizado sob constante tensão emocional advinda da própria situação do acidentado bem como agravada pela precariedade das condições de trabalho, sobrecarga de trabalho e falta de leitos, como foi noticiado por Fernandes, K. (2003) e Leite (2003). Com o crescente aumento da violência, observou-se também um incremento da demanda por atendimentos na área da saúde. Por outro lado, dada a crise financeira por que passa boa parte das instituições hospitalares no país, a suspensão do atendimento por parte de um hospital acaba sobrecarregando os demais e gerando pressão sobre os profissionais da saúde, como foi evidenciado em capítulos anteriores.

Os hospitais de urgência e emergência da FHEMIG contavam com novos e modernos equipamentos para a prestação de assistência através da hospitalização e do atendimento domiciliar e eles integravam um programa de humanização do atendimento hospitalar, com objetivo de reduzir o tempo de internação, aumentar a eficácia do serviço e melhorar a qualidade da assistência prestada (CGP, 2003; FHEMIG, 2002b; 2002c; FRANCO, 2003a; HOSPITAL, 2003; NOTÍCIAS, 2003a; PRESIDENTE, 2003). Entretanto, a qualidade da saúde das pessoas que labutam ficou a desejar, conforme denunciam os problemas de saúde encontrados nos trabalhadores de enfermagem desse grupo de hospitais.

Na Tabela 12 encontram-se os resultados dos diagnósticos médicos dos atendimentos efetuados aos trabalhadores de nove Hospitais Gerais da FHEMIG (grupo B).

Tabela 12 - Distribuição dos atendimentos prestados a trabalhadores de enfermagem do grupo B, segundo grupo de diagnósticos e tipo de atendimento, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG

Grupo CID-10	Grupo B - Hospitais Gerais (n=9)									
	Tipo de Atendimento								TOTAL	
	CM		EP		PM - PS		PM - AT		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
FIES	35	15,8	140	98,6	136	9,7	26	44,8	337	18,5
CEMM	1	0,5	-	-	4	0,3	6	10,3	11	0,6
LEC	10	4,5	-	-	104	7,4	17	29,3	131	7,2
SSA	4	1,8	-	-	73	5,2	1	1,7	78	4,3
GPP	-	-	-	-	21	1,5	-	-	21	1,2
DAGEN	7	-	-	-	97	6,9	-	-	104	5,7
DSOM	25	11,3	-	-	202	14,5	3	5,2	230	12,7
DPTS	2	0,9	-	-	49	3,5	-	-	51	2,8
DADIG	6	2,7	-	-	99	7,1	1	1,7	106	5,8
DARES	13	5,9	-	-	228	16,3	1	1,7	242	13,3
DACIR	28	12,7	-	-	114	8,2	-	-	142	7,8
DOAM	-	-	-	-	14	1,0	-	-	14	0,8
DOA	1	-	-	-	30	2,1	1	1,7	32	1,8
DSN	2	0,9	-	-	27	1,9	1	1,7	30	1,7
TMC	77	34,8	-	-	81	5,8	-	-	158	8,7
DENM	3	1,4	-	-	12	0,9	-	-	15	0,8
DSOH	-	-	-	-	2	0,1	-	-	2	0,1
NEO	-	-	-	-	4	0,3	1	1,7	5	0,3
DIP	7	3,2	2	1,4	99	7,1	-	-	108	5,9
Total	221	100	142	100	1396	100	58	100	1817	100

CM:consulta médica; EP:exame periódico; PM-PS:Perícia médica por problema de saúde; PM-AT:Perícia médica por acidente de trabalho.

Das 221 CM realizadas a trabalhadores de enfermagem daqueles nove hospitais gerais, a maioria dos diagnósticos médicos enquadrou-se no grupo dos TMC (34,8%), seguido pela categoria dos FIES (15,8%); DACIR (12,7%); DSOM (11,3%) e DARES (5,9%). Quando comparamos estes cinco grupos, mais frequentes, com os resultados do grupo A verificamos que quatro deles são coincidentes (TMC, DACIR, FIES, DSOM).

A maioria das doenças respiratórias encontradas nos atendimentos realizados a trabalhadores do grupo A ocorreram também no grupo B, acrescido pelas doenças crônicas das amígdalas e das adenóides, abscesso periamigdaliano e pneumotórax.

Os resultados apontam para o fato de que ao menos nas 14 unidades assistenciais que compõem os grupos A e B existe uma forma de desgaste da saúde do trabalhador da enfermagem, de dimensão biológica e psíquica, expressa através dos quatro grupos diagnósticos obtidos. São expressão dos desgastes as doenças cardíacas hipertensivas, as complicações subseqüentes ao infarto agudo do miocárdio, as cardiomiopatias, as poliartroses, as deformidades adquiridas dos dedos das mãos e pés, as dorsopatias, a ruptura espontânea de sinóvias e de tendões, a osteomielite e as lesões biomecânicas, entre outras.

Os problemas da dimensão psíquica foram evidenciados por diversos transtornos (esquizoafetivos, afetivo bipolar, do humor, ansiosos, obsessivo-compulsivo, dissociativo, somatoformes) além daqueles decorrentes do uso de álcool e de opiáceos. A depressão, reação ao estresse grave e transtornos de adaptação, fatores psicológicos ou comportamentais associados a doença, transtornos da personalidade e personalidade histriônica¹⁷⁵ também compuseram este grupo diagnóstico.

A ação de prevenção de danos à saúde dos trabalhadores de enfermagem da FHEMIG foi tímida. Tal fato pode ser comprovado pela realização de apenas 142 EP no ano de 2002 em uma população de 1282 trabalhadores responsáveis pela assistência de enfermagem no grupo B de hospitais. Ainda que o grupo dos FIES (98,6%) tenha sido majoritário entre os EP, houve registro de 1,4% desses exames devido a “Doenças Infecciosas e Parasitárias”, o que o poderia relacionar-se com algumas das características do grupo B que, além de hospitais gerais, eram referência no atendimento e tratamento de pacientes com câncer, hanseníase e tuberculose. Dentre os nove hospitais que compunham o grupo, cinco contavam com lares que abrigavam pacientes idosos portadores de hanseníase (FHEMIG, 2002b).

Da mesma forma como ocorreu com o grupo A dos hospitais, em que o atendimento pericial foi o maior responsável pelas demandas dos trabalhadores do grupo B, foram 1396 atendimentos por PM-PS e 58 por PM-AT, que conjuntamente somaram 1454 atendimentos, de um total 1817 (Tabela 12), direcionados ao atendimento de norma legal e obrigatória.

Nos atendimentos devidos a PM-PS, observou-se que os mesmos grupos diagnósticos encontrados no grupo A foram encontrados no grupo B, diferenciando-se nas frequências obtidas, as doenças respiratórias (16,3%) foram as mais frequentes, seguidas pelas DSOM (14,5%), os FIES (9,7%), as DACIR (8,2%) e as LEC (7,4%).

As categorias diagnósticas dos FIES (44,8%) seguido pelas LEC (29,3%), CEMM (10,3%) e DSOM (5,2%) foram os mais frequentes nas PM-AT (58) e coincidem com os dados encontrados no grupo A. O quinto lugar foi ocupado por 6 grupos diagnósticos (SSA, DADIG, DARES, DOA, DSN e NEO) com a mesma frequência (1,7%). O conjunto dos problemas de saúde que acometeu os trabalhadores da enfermagem mineira indicam presumível relação de algumas patologias com o trabalho desenvolvido. Diversos pesquisadores (SILVA, 1996; ROBAZZI; MARZIALE, 1999; FONSECA, 2000;

¹⁷⁵ Critérios para o diagnóstico do Transtorno Histriônico da Personalidade são a ocorrência de um padrão generalizado de excessiva emotividade e busca de atenção. Geralmente são pessoas que vivem isoladas, caladas, com comportamentos sociais atípicos e que tem uma vida de relação com seus pares muito distante, ou seja, são aquelas pessoas consideradas “esquisitas” e que, num determinado momento da vida, têm esses aspectos da sua personalidade amplificados e adoecem (OMS, 2000).

GONÇALVES, 2001) relataram que, entre outros fatores, a precariedade dos instrumentais existentes nos hospitais brasileiros torna penoso o desenvolvimento do trabalho da enfermagem e contribui para o surgimento de diversas patologias.

Na Tabela 13 é apresentado o agrupamento dos diagnósticos médicos referentes ao atendimento prestado pela DAST aos trabalhadores de enfermagem do grupo C de hospitais de saúde mental, FHEMIG.

Tabela 13 - Distribuição dos atendimentos prestados aos trabalhadores de enfermagem do grupo C, segundo grupo de diagnósticos e tipo de atendimento, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG

Grupo C - Hospitais de Saúde Mental (n=5)										
Grupo CID-10	Tipo de Atendimento								TOTAL	
	CM		EP		PM - PS		PM - AT			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
FIES	39	17,4	197	100,0	67	14,1	4	9,8	307	32,8
CEMM	-	-	-	-	1	0,2	-	-	1	0,1
LEC	13	5,8	-	-	52	11,0	35	85,4	100	10,7
SSA	3	1,3	-	-	21	4,4	-	-	24	2,6
GPP	-	-	-	-	7	1,5	-	-	7	0,7
DAGEN	4	1,8	-	-	29	6,1	-	-	33	3,5
DSOM	22	9,8	-	-	78	16,5	1	2,4	101	10,8
DPTS	-	-	-	-	9	1,9	-	-	9	1,0
DADIG	4	1,8	-	-	19	4,0	-	-	23	2,5
DARES	5	2,2	-	-	72	15,2	-	-	77	8,2
DACIR	37	16,5	-	-	37	7,8	-	-	74	7,9
DOAM	2	0,9	-	-	4	0,8	-	-	6	0,6
DOA	-	-	-	-	10	2,1	-	-	10	1,1
DSN	8	3,6	-	-	8	1,7	-	-	16	1,7
TMC	80	35,7	-	-	30	6,3	1	2,4	111	11,9
DENM	3	1,3	-	-	4	0,8	-	-	7	0,7
DSOH	3	1,3	-	-	3	0,6	-	-	6	0,6
NEO	-	-	-	-	1	0,2	-	-	1	0,1
DIP	1	0,4	-	-	22	4,6	-	-	23	2,5
Total	224	100	197	100	474	100	41	100	936	100

CM:consulta médica; EP:exame periódico; PM-PS:perícia médica por problema de saúde; PM-AT:perícia médica por acidente de trabalho.

Dos 936 atendimentos realizados a trabalhadores de enfermagem dos hospitais do grupo C, os cinco grupos de diagnósticos mais frequentes foram as FIES (32,8%), os TMC (11,9%), as DSOM (10,8%), as LEC (10,7%) e as DARES (8,2%). Entre as 224 CM realizadas destacaram-se como as mais frequentes os TMC (35,7%), os FIES (17,4%), as DACIR (16,5%) e as DSOM (9,8%). Estes são os mesmos grupos diagnósticos encontrados para os grupos A e B; as LEC (5,8%) completam a lista dos cinco grupos diagnósticos mais frequentes nas consultas médicas.

As DSOM (16,5 %) seguidas pelas DARES (15,2%), os FIES (14,1%), as LEC (11%) e as DACIR (7,8%) foram os cinco grupos de diagnósticos mais frequentes dentre os 474 atendimentos devido as PM-PS. Tais dados, quando comparados com os resultados dos grupos A e B de hospitais demonstraram que há recorrência das categorias diagnósticas entre as 19 unidades de saúde que compõem os três grupos de hospitais da FHEMIG.

Ainda de acordo com os dados da Tabela 13, constata-se que as PM-AT registraram 41 atendimentos com os diagnósticos enquadrados em 4 grupos: LEC (85,4%), FIES (9,8%), DSOM (2,4%) e TMC (2,4%). O número de grupos obtidos diferiu quantitativamente dos registrados no grupo A (11 grupos) e no grupo B (10), porém sem que os problemas de saúde destoassem dos já obtidos.

No grupo C de hospitais existiam 721 trabalhadores de enfermagem, responsáveis pela assistência a pacientes psiquiátricos e pelo atendimento aos dependentes de substâncias tóxicas e entorpecentes (FHEMIG, 2002a; 2002b; 2002c; PUFF et al., 1995). Cabe destacar que as mudanças econômicas, sociais e científicas que marcaram as últimas décadas do século XX, impulsionaram as modificações nos modelos de assistência implantados nos hospitais da FHEMIG. A exemplo dos grupos A e B, os hospitais do grupo C também desenvolviam projetos de humanização do atendimento hospitalar, inclusive com reformas físicas e projetos terapêuticos que visavam a redução do número e do tempo de internação, através da implantação de centro de acolhimento de crise, com leitos crise e leitos de permanência, hospital-dia e centro de convivência. No entanto, alguns preservam os leitos asilares, que abrigam os “remanescentes dos porões da loucura” (FHEMIG, 2002b).

Dentre as mudanças implementadas no setor de saúde nas últimas décadas, destaca-se especialmente a adoção de modelos gerenciais mais flexíveis. A enfermagem tem acompanhado a onda da qualidade e diversos estudos vêm focalizando a questão do gerenciamento de qualidade (ROCHA et al., 1997; ANTUNES; TREVIZAN, 2000; DEI SVALDI; LUNARDI FILHO, 2000; MATSUDA et al., 2000). Como a saúde tem sido cada vez mais tratada como uma mercadoria e, “esquece-se” que ela é um bem e um direito comum a todos, os usuários dos serviços de saúde passam a ser disputados, como clientes, pelas empresas. Nessa perspectiva convocou-se o profissional enfermeiro a se preocupar com a qualidade da assistência prestada, para conseguir a “fidelização do cliente”, como afirmou Marx, L (2002). Os resultados do estudo desenvolvido por Antunes e Trevizan (2000) evidenciam que, a implantação de novos modelos de gestão não tem conseguido superar os antigos problemas vividos pelos trabalhadores de enfermagem como, por exemplo, da supervisão. Assim, se antes o controle era apenas do supervisor, agora passou a ser exercido

também pelo “cliente”, o que aumenta a pressão sobre os trabalhadores. Com o aumento da demanda de atendimento de saúde, decorrente do agravamento dos problemas sociais e econômicos da população, aliado à crise financeira dos hospitais, a “clientela” tem cobrado e responsabilizado os trabalhadores da enfermagem, pelas mazelas apresentadas pela instituição, aumentando assim a pressão sobre esse grupo profissional.

Mesmo que os problemas de saúde manifestem-se nos indivíduos, é preciso ter em mente que esses mesmo indivíduos são seres sociais que estabelecem relação com outros homens para produzir a sua existência. Da mesma forma como ocorre com os demais trabalhadores que sobrevivem sob o modo de produção capitalista, o pessoal da enfermagem submete-se ao trabalho desgastante, precário e insalubre. Os problemas de saúde dos trabalhadores de enfermagem dos hospitais estaduais mineiros os atingiram tanto na sua dimensão física quanto na psíquica.

Na sequência apresenta-se a Tabela 14, com os diagnósticos médicos registrados nos atendimentos prestados pela DAST aos trabalhadores de enfermagem do grupo D, referente a um hospital de doenças infecto-contagiosas da fundação.

Tabela 14 - Distribuição dos atendimentos prestados aos trabalhadores de enfermagem do grupo D, segundo grupo de diagnósticos e tipo de atendimento, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG

Grupo D- Hospital de Doenças Infecto-contagiosas (n=1)										
Grupo CID-10	Tipo de Atendimento								TOTAL	
	CM		EP		PM – PS		PM - AT			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
FIES	5	9,8	1	100,0	23	24,0	-	-	29	18,7
LEC	1	2,0	-	-	7	7,3	7	100,0	15	9,7
SSA	2	3,9	-	-	4	4,2	-	-	6	3,9
GPP	1	2,0	-	-	8	8,3	-	-	9	5,8
DAGEN	2	3,9	-	-	3	3,1	-	-	5	3,2
DSOM	5	9,8	-	-	10	10,4	-	-	15	9,7
DPTS	1	2,0	-	-	2	2,1	-	-	3	1,9
DADIG	-	-	-	-	3	3,1	-	-	3	1,9
DARES	2	3,9	-	-	8	8,3	-	-	10	6,5
DACIR	15	29,4	-	-	8	8,3	-	-	23	14,8
DOA	-	-	-	-	6	6,3	-	-	6	3,9
DSN	-	-	-	-	2	2,1	-	-	2	1,3
TMC	16	31,4	-	-	7	7,3	-	-	23	14,8
NEO	-	-	-	-	1	1,0	-	-	1	0,6
DIP	1	2,0	-	-	4	4,2	-	-	5	3,2
Total	51	100	1	100	96	100	7	100	155	100

CM: consulta médica; EP: exame periódico; PM-PS: perícia médica por problema de saúde; PM-AT: perícia médica por acidente de Trabalho.

Foram 155 atendimentos prestados pela DAST ao pessoal de enfermagem de um hospital voltado ao atendimento de pacientes adultos com doenças infecto-contagiosas que além das internações previa atendimento ambulatorial, hospital-dia e assistência domiciliar terapêutica (FHEMIG, 2002b). Os quatro grupos de diagnósticos mais freqüentes entre as 51 consultas médicas foram os TMC (31,4%), as DACIR (29,4%), as FIES e as DSOM que apresentaram mesmo índice de freqüência (9,8%). O quinto lugar foi ocupado por três grupos de diagnósticos (SSA, DAGEN e DARES), cada um com 3,9%. Neste hospital foi realizado um exame periódico, com diagnóstico de FIES e sete perícias médicas por acidentes de trabalho, com diagnósticos de LEC. Considerando-se o conjunto dos atendimentos realizados, os cinco primeiros grupos de diagnósticos foram os FIES (18,7%), TMC e DACIR (ambos com 14,8%) e; DSOM e LEC (ambos com 9,7%).

Diversos problemas à saúde dos trabalhadores de enfermagem deste hospital foram detectados envolvendo os aspectos físicos e psíquicos. No grupo FIES foram registradas as convalescenças pós-cirúrgicas, gravidez confirmada, exame de seguimento de tratamento após doença que não neoplasia maligna, exames médicos gerais, exames de olhos e da visão e outros exames especiais. Na categoria dos TMC apareceram diversos tipos de transtornos (delirante, do humor, ansioso e dissociativos), além de depressão e reação ao estresse grave e transtorno de adaptação. Entre as DACIR registrou-se a febre reumática, coréia reumática, hipertensão, angina, arritmias cardíacas e flebite e tromboflebite.

Os diagnósticos do grupo D (Tabela 14) distribuíram-se entre 15 grupos, em 20 no grupo A (Tabela 11) e 19 nos grupos B e C (Tabelas 12 e 13, respectivamente). A forma de agrupar as unidades assistenciais da FHEMIG pode ter influenciado nesse resultado, uma vez que os grupos não eram compostos de diferentes números de hospitais: no A foram 5 hospitais; 9 hospitais no B; 5 no C e 1 unidade de saúde em cada um dos demais grupos (D, E, F, G). Assim, no grupo D (Tabela 14) os 197 trabalhadores de enfermagem formaram um contingente menor em relação ao apresentado pelos grupos A (1757); grupo B (1282) e grupo C (721) (Tabela 10). Mesmo com as diferenças existentes entre os grupos de hospitais, os resultados em relação aos diagnósticos foram semelhantes, com variações na ordem de classificação e nas freqüências obtidas.

Na Tabela 15 são apresentados os diagnósticos referentes aos atendimentos aos trabalhadores de enfermagem do grupo E (instituição hospitalar de atendimento à mulher e ao recém-nascido) da FHEMIG.

Tabela 15 - Distribuição dos atendimentos prestados a trabalhadores de enfermagem do grupo E, segundo grupo de diagnósticos e tipo de atendimento, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG

Grupo E - Hospital de atendimento à mulher e ao recém-nascido (n=1)										
Grupo CID-10	Tipo de Atendimento								TOTAL	
	CM		EP		PM - PS		PM - AT		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
FIES	9	12,5	2	100,0	50	17,7	2	22,2	63	17,2
LEC	7	9,7	-	-	19	6,7	5	55,6	31	8,5
SSA	1	1,4	-	-	11	3,9	-	-	12	3,3
GPP	-	-	-	-	6	2,1	-	-	6	1,6
DAGEN	-	-	-	-	7	2,5	-	-	7	1,9
DSOM	7	9,7	-	-	49	17,3	2	22,2	58	15,8
DPTS	1	1,4	-	-	10	3,5	-	-	11	3,0
DADIG	-	-	-	-	7	2,5	-	-	7	1,9
DARES	4	5,6	-	-	43	15,2	-	-	47	12,8
DACIR	20	27,8	-	-	19	6,7	-	-	39	10,7
DOAM	-	-	-	-	5	1,8	-	-	5	1,4
DOA	1	1,4	-	-	11	3,9	-	-	12	3,3
DSN	2	2,8	-	-	5	1,8	-	-	7	1,9
TMC	17	23,6	-	-	16	5,7	-	-	33	9,0
DENM	-	-	-	-	1	0,4	-	-	1	0,3
NEO	1	1,4	-	-	2	0,7	-	-	3	0,8
DIP	2	2,8	-	-	22	7,8	-	-	24	6,6
Total	72	100	2	100	283	100	9	100	366	100

CM:consulta médica; EP:exame periódico; PM-PS:perícia médica por problema de saúde; PM-AT: perícia médica por acidente de trabalho.

Foram 366 atendimentos prestados aos 290 trabalhadores da equipe de enfermagem lotados no hospital do grupo E, em sua maioria perícias médicas (283 por problemas de saúde e nove por acidente de trabalho) além de 72 CM e 02 EP. No total dos atendimentos, os cinco grupos de diagnósticos mais frequentes foram os FIES (17,2%) tendo contemplado a realização de diversos tipos de exames (rotina administrativa, gravidez, especializado para rastreamento de doença infecciosa e parasitária), cuidados médicos e convalescenças (pós-cirurgia e outros tratamentos). Na sequência apareceram as DSOM (15,8%), representadas

pelas artrites (reumatóides e outras), artroses, transtornos articulares, radiculopatias, dorsalgias, cervicalgias, ciática, lumbago, miosite, sinovite e tenossinovite, entesopatias, reumatismos e dores (articulares e em membros). O terceiro lugar na frequência foi ocupado pelas DARES (12,8%) que se manifestavam através das sinusites, amigdalites, infecções vias aéreas superiores, gripe, pneumonia, bronquite, asma, pneumoconiose devida a amianto¹⁷⁶ e outras fibras minerais. As DACIR (10,7%) ocuparam o quarto lugar e referiram-se a febre reumática, doença cardíaca reumática, hipertensão, doença cardíaca hipertensiva, angina pectoris, doença isquêmica crônica do coração, endocardite, arritmias cardíacas, flebite e tromboflebite, varizes dos membros inferiores. Em quinto lugar evidenciaram os TMC (9 %) através das depressões, transtornos (do humor, ansiosos, de adaptação, fatores psicológicos ou comportamentais associados a doença ou transtornos e transtorno mental. Trata-se de um conjunto de doenças que comprometem seriamente a saúde resultando em limitações que podem afetar diversos aspectos da vida do trabalhador interferindo na atividade profissional, familiar e social.

Observou-se que esses cinco grupos diagnósticos obtidos para o conjunto dos atendimentos do grupo E, foram também aqueles que se destacaram, com variações nos índices, nos grupos A, B, C e D. Ao analisar as cinco categorias diagnósticas mais frequentes, por tipo de atendimento médico (Tabela 14), percebeu-se que o grupo dos FIES esteve presente nos quatros atendimentos investigados (CM com 12,5%, EP com 100%, PM-PS com 17,7% e PM-AT com 22,2%). As LEC e as DSOM foram registradas nas consultas médicas (9,7% em cada), nas PM-PS (6,7% e 17,3% respectivamente) e nas PM-AT (6% e 22,2%). As duas categorias diagnósticas restantes foram distintas, entre as CM foram as DACIR (27,8%) e TMC (23,6%) e entre as PM-PS foram as DARES (15,2%) e DIP (7,8%).

Desta maneira, constatou-se a recorrência de alguns grupos diagnósticos entre os atendimentos e a semelhança dos resultados obtidos não se restringe ao grupo E, pois, tais semelhanças foram também observadas entre os demais grupos de hospitais (Tabelas 11 a 14). A similaridade dos problemas de saúde encontrados entre os trabalhadores de enfermagem, mesmo com as variações nos índices percentuais obtidos, possivelmente indica a precariedade das condições de saúde a que estão submetidos. A literatura aponta que o desenvolvimento do trabalho em condições inadequadas, com sobrecarga, tensões e pressões constantes

¹⁷⁶ O amianto e o asbesto são fibras cancerígenas banidas em 37 países e em alguns estados e municípios brasileiros. A aprovação da lei do banimento do amianto, a nível federal, tem sido frustrada pelo forte lobby empresarial que envolve empresas multinacionais e empresas associadas. O Brasil é um “grande produtor, exportador e utilizador da fibra cancerígena amianto”(GIANNASI, 2004).

repercutem diretamente na fisiologia do corpo e na vida mental daqueles trabalhadores conforme apontado por Silva (1996); Cocco (1997) e Pires (2000).

Na Tabela 16 são apresentados os dados dos atendimentos prestados aos trabalhadores de enfermagem lotados no Serviço de Reabilitação do Estado de Minas Gerais.

Tabela 16 - Distribuição dos atendimentos prestados aos trabalhadores de enfermagem do grupo F, segundo grupo de diagnósticos e tipo de atendimento, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG

Grupo F- Reabilitação (n=1)										
Grupo CID-10	Tipo de Atendimento								TOTAL	
	CM		EP		PM - PS		PM - AT			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
DSOM	1	14,3	-	-	-	-	-	-	1	6,7
TMC	1	14,3	-	-	-	-	-	-	1	6,7
NEO	3	42,9	-	-	7	87,5	-	-	10	66,7
DIP	2	28,6	-	-	1	12,5	-	-	3	20,0
Total	7	100	-	-	8	100	-	-	15	100

CM: consulta médica; EP: exame periódico; PM-PS: perícia médica por problema de saúde; PM-AT: perícia médica por acidente de trabalho.

O grupo é representado por uma única unidade de saúde da FHEMIG que presta serviço de reabilitação, onde estavam lotados cinco trabalhadores de enfermagem, o menor contingente dentre as 23 unidades da fundação. Não foram registrados atendimentos de exames periódicos e perícias médicas por acidente de trabalho no ano de 2002 e, naquele ano foram realizados 15 atendimentos com diagnósticos enquadrados em 4 grupos. A maioria dos atendimentos (66,7%) foi devido as leucemias mielóides (grupo das “Neoplasias”- NEO), seguido pelo atendimento de doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) dentro do grupo das “Doenças infecciosas e parasitárias” (DIP) com 20%. As mialgias (grupo das DSOM) e a depressão (grupo dos TMC), com 6,7% cada, foram as doenças apresentados pelos trabalhadores de enfermagem, que motivaram o comparecimento à DAST em busca de consultas médicas (NEO com 28,6%; DIP, DSOM e TMC com 14,3% cada) e PM-PS (NEO com 87,5% e DIP com 12,5%).

Na Tabela 17 estão registrados os dados diagnósticos dos atendimentos efetuados a trabalhadores lotados na administração central da FHEMIG (grupo G dos hospitais).

Tabela 17 - Distribuição dos atendimentos prestados aos trabalhadores de enfermagem do grupo G, segundo grupo de diagnósticos e tipo de atendimento, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG

Grupo G - Administração Central (n=1)										
Grupo CID-10	Tipo de Atendimento								TOTAL	
	CM		EP		PM - PS		PM - AT		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
FIES	4	11,8	-	-	5	8,8	-	-	9	9,8
CEMM	-	-	-	-	-	-	1	100,0	1	1,1
LEC	-	-	-	-	5	8,8	-	-	5	5,4
SSA	3	8,8	-	-	2	3,5	-	-	5	5,4
DAGEN	1	2,9	-	-	3	5,3	-	-	4	4,3
DSOM	3	8,8	-	-	4	7,0	-	-	7	7,6
DPTS	-	-	-	-	1	1,8	-	-	1	1,1
DADIG	1	2,9	-	-	1	1,8	-	-	2	2,2
DARES	2	5,9	-	-	10	17,5	-	-	12	13,0
DACIR	2	5,9	-	-	1	1,8	-	-	3	3,3
DOA	-	-	-	-	6	10,5	-	-	6	6,5
DSN	-	-	-	-	1	1,8	-	-	1	1,1
TMC	12	35,3	-	-	11	19,3	-	-	23	25,0
DENM	-	-	-	-	1	1,8	-	-	1	1,1
DSOH	1	2,9	-	-	-	-	-	-	1	1,1
DIP	5	14,7	-	-	6	10,5	-	-	11	12,0
Total	34	100	-	-	57	100	1	100	92	100

CM: consulta médica; EP: exame periódico; PM-PS: perícia médica por problema de saúde; PM-AT: perícia médica por acidente de trabalho.

Por se tratar da unidade responsável pela administração central da FHEMIG e sede da DAST este grupo diferencia-se dos demais. O local contava com uma equipe de enfermagem composta por 55 trabalhadores, responsáveis por 92 atendimentos na DAST (Tabela 17). Nenhum exame periódico foi registrado e a PM-AT registrou apenas um atendimento devido a acidente ocorrido durante a aspiração, punção ou outro tipo de cateterização (grupo das CEMM).

A obrigatoriedade da realização de exames clínicos admissionais, periódicos e demissionais, como parte do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) está prevista na NR7 (ARAÚJO, G., 2003) e tem como objetivo a prevenção de doenças ocupacionais e a promoção da saúde do trabalhador. Entretanto, como as NRs são de observação obrigatórias nos casos em que as empresas ou órgãos públicos disponham de empregados regidos pela CLT, os trabalhadores com contrato temporário, que representam a maioria do pessoal de enfermagem da FHEMIG, ficam excluídos dessa proteção legal. No caso dos servidores do estado são as Leis Orgânicas que regulam as questões relativas a sua saúde e segurança.

Nas 34 CM realizadas foram mais frequentes os TMC (35,3%), representados pelos diversos tipos de transtornos (afetivo bipolar, de humor, ansioso, de adaptação) e depressão, seguido pelo grupo das DIP (14,7%) com os casos de intoxicação alimentar bacteriana, diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível, tuberculose, outras formas da sífilis e infecção viral não especificada. Dentre os FIES (11,8%) o exame médico geral e as convalescenças pós-cirúrgicas foram os motivos dos atendimentos. A tosse e a dor abdominal foram os motivos enquadrados no grupo dos SSA (8,8%) e no grupo das DSOM (8,8%) foram atendidos os casos de artrite reumatóide, poliartrite, dor articular, dorsalgia e outros transtornos do tecido mole.

Dentre os atendimentos devido as PM-PS foram mais frequentes o grupo dos TMC (19,3%) seguido das DARES (17,5%), que contemplaram os casos de sinusite, infecção de vias aéreas superiores, gripe, bronquite aguda e transtorno respiratório. Na sequência o grupo das DIP e das DOA (ambas com 10,5%) onde no último grupo foram atendidos casos de conjuntivites, ceratite e outros transtornos da córnea. Embora o grupo das DOA tenha figurado pela primeira vez entre os cinco mais frequentes, ele esteve presente entre outras unidades assistenciais, com exceção do grupo F. O quinto lugar foi ocupado pelas FIES e LEC, com 8,8% de frequência cada, representados pelos traumatismos da cabeça, fratura do ombro e do braço, entorse e distensão do quadril, luxação entorse e distensão das articulações e do ligamento do joelho.

Tomando o conjunto dos atendimentos realizados aos trabalhadores do grupo G, verifica-se que os TMC (25,0%), DARES (13%), DIP (12%), FIES (9,8%) e DSOM (7,6%) foram os grupos diagnósticos mais frequentes. Apesar de se tratar de uma unidade administrativa, com realidade diferenciada da maioria das demais unidades da FHEMIG, os resultados obtidos não destoaram daqueles encontrados nos demais grupos de hospitais da fundação.

Finalizado a apresentação dos diagnósticos mais frequentes nos atendimentos prestados aos trabalhadores das 23 unidades de saúde da FHEMIG, cabe destacar que, embora os trabalhadores de enfermagem estivessem lotados em diferentes locais de trabalho, cada qual com suas particularidades e expostos a diferentes intensidades de carga, os cinco grupos de diagnósticos médicos mais frequentes foram, na grande maioria, semelhantes entre si, o que sinaliza para a existência de um perfil de dano à saúde que é expressão de uma forma particular de produzir.

Ainda que as instituições de saúde sejam distintas em seus objetivos, estruturas organizacionais, ambientes de trabalho, processos e usuários dentre outros, o que as unifica é

o fato de elas estarem inseridas em modo específico de produzir e portanto, coerente com a lógica capitalista. Constatou-se, especialmente nas últimas décadas, a mobilização em torno da aplicação de programas de qualidade nas organizações hospitalares, com a finalidade de melhorar sua eficiência e reduzir os custos da assistência à saúde (GURGEL JUNIOR; VIEIRA, 2002).

No conjunto da reforma do setor saúde uma das ações, adotadas pelo governo brasileiro, foi o encorajamento da melhoria do gerenciamento das organizações de saúde através de programas de qualidade. É nesse contexto que o MS desenvolve uma pesquisa com usuários do SUS para avaliar a qualidade da assistência prestada. A FHEMIG foi a pioneira no Estado de Minas Gerais, com a implantação, em 2002, do Programa de Humanização do Atendimento Hospitalar e participou daquela pesquisa onde dez hospitais foram avaliados como excelentes ou bons (FHEMIG, 2002a; 2002b).

Com o objetivo de melhorar a produção e a produtividade foi implantando na FHEMIG, no início de 1993, um sistema de recompensas, complementar à remuneração salarial, pelo desempenho e a produtividade dos funcionários. O sistema implantado na fundação foi objeto de análise dos estudos desenvolvidos por Cherchiglia et al. (1998) e Cherchiglia e Girardi (2000), sendo que os resultados encontrados, confirmaram o fato de que a remuneração por resultados ou os incentivos condicionais aumenta a produção de serviços e a produtividade, porém, não se sustenta a longo prazo.

Desde 1999, a FHEMIG implantou, em diversas unidades assistenciais, formas aparentemente mais avançadas e democratizantes de organização do trabalho. Em 2001 estabeleceu parceria com uma indústria de aço para introduzir nova forma de gerenciamento, o Programa de 5S, já comentado anteriormente, justificado pela necessidade da instalação de um novo humanismo¹⁷⁷ na empresa baseado na humanização das relações de trabalho. A implantação daquele modelo possibilitaria a melhoria nas relações de trabalho que se tornariam mais justas e humanas, como forma de solucionar os conflitos sempre presentes na relação capital/trabalho (FHEMIG, 2002a; 2002b). No entanto, os resultados obtidos não deixam dúvidas sobre quais eram os principais objetivos envolvidos: a melhoria na produtividade através do aumento da porcentagem de atendimento realizado, a redução do tempo de internação, a diminuição dos desperdícios de materiais, dos custos e o tempo de espera nos ambulatorios.

¹⁷⁷ Humanidade é o “conjunto de características específicas do ser humano que o torna diferente dos outros animais. Assim, quando pedimos a alguém para 'agir com humanidade', pedimos-lhe que aja com bondade natural, com indulgência, com 'humanismo', sem crueldade, com justiça etc” (JAPIASSU; MARCONDES, 1996, p.132).

A qualidade tornou-se objeto de interesse tanto no setor fabril quanto no setor de serviços e, na atualidade é encarada como um conjunto de atributos essenciais à sobrevivência das organizações em um mercado altamente competitivo. Entretanto, as organizações hospitalares têm “um funcionamento inadequado diante da lógica da acumulação lucrativa dos mercados” em função de sua subordinação a princípios éticos e legais que normatizam o setor da saúde e das políticas governamentais, que colocam os hospitais diante de uma diversidade de interesses divergentes a contemplar tais como os dos usuários, dos trabalhadores da saúde, dos acionistas, dos fabricantes de insumos, das empresas seguradoras e de planos de saúde e dos gerentes e dos governantes (GURGEL JUNIOR; VIEIRA, 2002, p.330).

Os problemas de saúde encontrados entre os trabalhadores de enfermagem indicam a falta de qualidade em suas vidas e observa-se a aplicação de programas de qualidade sob a ótica da eficiência de mercado, não evitou ou minorou os impactos na saúde daqueles trabalhadores, dado que aqueles programas parecem priorizar apenas os aspectos instrumentais, através de uma análise reduzida do ambiente institucional das organizações.

Ribeiro (1999) afirmou que as definições sobre o que é acidente e/ou doença do trabalho é uma questão controvertida e atual, dado que envolve o conflito entre capital e trabalho. O trabalho no capitalismo, segundo Laurell e Noriega (1989, p.116) é um trabalho alienado e implica no “uso deformado e deformante tanto do corpo como das potencialidades psíquicas, cujo componente desgastante é muito maior do que a reposição e desenvolvimento das capacidades”. Ainda que o processo de desgaste¹⁷⁸, moldado pela ação da coletividade humana, seja um problema tanto para o capital como para o trabalho, ele é distinto para cada um deles. Para o primeiro é um dos problemas da produção. Assim, as características requeridas das forças de trabalho é questão central, enquanto que para o trabalho a questão é em que condições se desenvolvem seus processos vitais, ou seja, é um problema da vida.

6.4 OS DIAGNÓSTICOS MÉDICOS E AS DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO

Os diagnósticos médicos registrados nos atendimentos realizados pela DAST aos trabalhadores de enfermagem da FHEMIG foram comparados com os da “Lista de doenças

¹⁷⁸ O desgaste foi definido como “ a perda da capacidade efetiva e/ou potencial, biológica e psíquica. [...] não se refere a algum processo particular isolado, mas sim ao conjunto dos processos biopsíquicos” (LAURELL; NORIEGA, 1989, p.115).

relacionadas ao trabalho” publicada pelo MS, através da Portaria nº 1.339/GM de 18 de novembro de 1999 (BRASIL, 2000a) para averiguar quais diagnósticos registrados poderiam indicar doenças que poderiam estar associadas ao trabalho desenvolvido.

A Tabela 18 que permite uma visão geral dos diagnósticos registrados nos atendimentos médicos realizados a trabalhadores de enfermagem da FHEMIG.

Tabela 18 - Distribuição dos diagnósticos médicos atribuídos aos trabalhadores de enfermagem, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG.

Ordem Classificação	Grupos diagnósticos CID-10	n	%
1º	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (FIES)	1223	20,15
2º	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo(DSOM)	718	11,83
3º	Transtornos mentais e comportamentais (TMC)	692	11,40
4º	Doenças do aparelho respiratório (DARES)	649	10,69
5º	Doenças do aparelho circulatório (DACIR)	523	8,62
6º	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (LEC)	501	8,25
7º	Doenças infecciosas e parasitárias (DIP)	308	5,07
8º	Doenças do aparelho geniturinário (DAGEN)	240	3,95
9º	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (SSA)	238	3,92
10º	Doenças do aparelho digestivo (DADIG)	202	3,33
11º	Doenças do olho e anexos (DOA)	133	2,19
12º	Doenças da pele e do tecido subcutâneo (DPTS)	127	2,09
13º	Doenças do sistema nervoso (DSN)	123	2,03
14º	Gravidez, parto e puerpério (GPP)	94	1,55
15º	Neoplasias (NEO)	56	0,92
16º	Doenças endócrinas, nutricionais, e metabólicas (DENM)	48	0,79
17º	Doenças do ouvido e da apófise mastóide (DOAM)	45	0,74
18º	Causas externas de morbidade e de mortalidade (CEMM)	24	0,40
19º	Doenças do sangue e órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários (DSOH)	20	0,33
20º	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (MCONG)	3	0,05
	Sem informação	103	1,70
	TOTAL	6070	100

Na Tabela 18, os diagnósticos médicos foram categorizados em 20 grupos dentre os 21 existentes na CID-10, classificados em ordem decrescente conforme a frequência dos atendimentos prestados aos trabalhadores de enfermagem pela DAST. Os resultados expressam o conjunto dos diagnósticos médicos atribuídos aos quatro tipos de atendimentos investigados (CM, EP, PM-PS e PM-AT), exceto para 103 atendimentos (1,7%) em que o dado foi ausente.

A ordem de classificação dos grupos diagnósticos apresentada na Tabela 18 foi seguida da discussão das doenças relacionadas ao trabalho; cada um daqueles 20 grupos foi desmembrado em seus subgrupos e comparado com a Lista de doenças do trabalho do MS. Os diagnósticos dos subgrupos que apresentavam relação com a lista de enfermidades, foram submetidos a uma segunda comparação, para focalizar a discussão apenas naquelas doenças que poderiam estar relacionada com o trabalho. Os resultados das comparações estão apresentados sob forma de figuras e tabelas.

O grupo FIES, foi responsável por 20,15% dos atendimentos realizados na DAST e foi registrado na maioria dos atendimentos dispensados aos trabalhadores de 22 unidades assistenciais da FHEMIG, à exceção da unidade de reabilitação (Tabelas 11 a 17). De acordo com a CID-10 (OMS, 2000), na categoria FIES são registrados os “diagnósticos” ou “problemas” não classificáveis em outras partes do CID-10, sem indicar necessariamente a existência de uma doença ou um traumatismo atual.

Na Figura 1 estão detalhados os subgrupos encontrados entre os atendimentos prestados aos trabalhadores de enfermagem da FHEMIG e sua comparação com a Lista de Doença Relacionadas ao Trabalho (BRASIL, 2000a).

Diagnósticos médicos registrados na DAST						Doença relacionada ao trabalho - Portaria nº 1339/MS	
Grupo	Subgrupos CID-10		n	%G	% A	Sim	Não
XXI - fatores que influenciam o estado de saúde... (Z00-Z99)	Z00-Z13	Pessoas em contato com os serviços de saúde para exame e investigação	688	56,3	11,33		X
	Z20-Z29	Pessoas com riscos potenciais à saúde relacionados com doenças transmissíveis	25	2,0	0,41		X
	Z30-Z39	Pessoas em contato com serviços de saúde em circunstâncias relacionadas com a reprodução	79	6,5	1,30		X
	Z40-Z54	Pessoas em contato com os serviços de saúde para procedimentos e cuidados específicos	416	34,0	6,85		X
	Z55-Z65	Pessoas com riscos potenciais à saúde relacionados com circunstâncias sócio-econômicas e psicossociais	6	0,5	0,10		X
	Z70-Z76	Pessoas em contato com os serviços de saúde em outras circunstâncias	7	0,6	0,12		X
	Z80-Z99	Pessoas com riscos potenciais à saúde relacionados com história familiar e pessoal e algumas afecções que influenciam o estado de saúde	2	0,2	0,03		X
	Total		1223	100	20,15		X

n: número de atendimentos; %G: percentagem em relação ao grupo de diagnósticos; %A: percentagem em relação ao total geral de atendimentos.

Figura 1 - Distribuição dos diagnósticos médicos do grupo “Fatores que influenciam o estado de saúde...”, segundo subgrupo e a comparação com a Lista de doenças relacionadas ao trabalho

Nenhum dos sete subgrupos do FIES contemplou diagnóstico referente às doenças relacionadas ao trabalho. Ainda assim, o grupo fornece elementos para refletir como o trabalho pode estar construindo e desconstruindo a saúde dos trabalhadores, principalmente com o detalhamento das situações envolvidas nos subgrupos desse agrupamento de diagnóstico. A maioria dos atendimentos (56,3%), foi enquadrada como “Pessoas em contato com os serviços de saúde para exame e investigação”. Neste subgrupo, que representou 11,33% do total de atendimentos da DAST no ano de 2002, foram investigadas suspeitas de doenças como, tuberculose, com a realização de exames especiais para rastreamento de doenças infecciosas e parasitárias, transtornos mentais e do comportamento devido ao alcoolismo, depressão ou retardo mental e doenças cardiovasculares. Além disso, houve acompanhamento e observação de pessoas após a ocorrência de acidente de trabalho bem como incluiu a realização de exames de seguimento após tratamentos clínicos e cirúrgicos.

No subgrupo “Pessoas em contato com os serviços de saúde para procedimentos e cuidados específicos” (34% de frequência entre o grupo FIES e 6,85% do atendimento total) foram incluídos os motivos que levaram os trabalhadores de enfermagem aos serviços de saúde: seguimentos cirúrgicos, sessões de radioterapia, convalescença (pós-cirurgia, pós-tratamento de fratura e outros tratamentos não especificado) e doação de sangue.

O subgrupo “Pessoas em contato com serviços de saúde em circunstâncias relacionadas com a reprodução” (6,5%) contemplou situações em que houve supervisão de dispositivo intra-uterino; confirmação de gravidez ou supervisão de gravidez normal e de alto risco. Em “Pessoas com riscos potenciais à saúde relacionados com história familiar e pessoal e algumas afecções que influenciam o estado de saúde” (0,2%) incluiu-se a presença de dispositivo anticoncepcional intra-uterino e outros em estados pós-cirúrgicos.

Ainda em relação ao grupo do FIES, outros três subgrupos fornecem elementos que permitem visualizar as circunstâncias que envolvem a vida do pessoal de enfermagem. Os trabalhadores atendidos em função do contato e exposição às doenças transmissíveis incluíram-se entre as “Pessoas com riscos potenciais à saúde relacionados com doenças transmissíveis” (2%). Já outras que tiveram exposição ocupacional a outros fatores de risco foram registradas entre as “Pessoas com riscos potenciais à saúde relacionados com circunstâncias sócio-econômicas e psicossociais” (0,5%) e, no subgrupo “Pessoas em contato com os serviços de saúde em outras circunstâncias” (0,6%), foram incluídos problemas relacionado com estilo de vida, mais especificamente devido a uso de álcool, emissão de prescrição de repetição e supervisão e cuidados de crianças e acompanhamento de pessoa doente.

Desta maneira, constata-se que a categoria FIES englobou um amplo e diversificado leque de situações vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem da FHEMIG, desde o alcoolismo, que é um sério problema devido às consequências que gera e envolve não só o indivíduo mas os demais contextos em que ele se insere, até problemas de saúde em familiares. Além disso, a existência de riscos potenciais à saúde relacionados às doenças transmissíveis confirma que no trabalho da enfermagem existem circunstâncias que ameaçam a sua integridade física e mental. Quando a ameaça passa a ser suspeita de alguma doença isto repercute na vida dessas pessoas, que vivenciam momentos de angústia, incerteza e medo, como descritos por Souza (1999) que investigou os acidentes ocupacionais com materiais perfurocortantes em trabalhadores de enfermagem, de cinco hospitais do Estado de São Paulo.

6.4.1 As doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (DSOM)

Em continuidade à análise da Tabela 18, as DSOM (11,83%) ficaram em segundo lugar dentre os diagnósticos médicos registrados nos atendimentos realizados pela DAST aos trabalhadores de enfermagem da FHEMIG no ano de 2002. Como no grupo anterior nem todos os atendimentos foram motivados pela existência de uma doença ou um traumatismo recente; as DSOM então, ocuparam, em realidade, o primeiro lugar em frequência entre os trabalhadores de enfermagem da FHEMIG. Tal resultado corrobora os achados de Silva (1996) que o situou como dano característico do perfil de morbidade dos trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do Estado de São Paulo. Entretanto, tal posição não é privilégio destes grupos de trabalhadores, pois as afecções músculo-esqueléticas ocupam os primeiros lugares nas estatísticas de morbidade em todos os países, “quer sob forma de acidente ou de doença” (KNOPLICH, 1995, p.215).

Na Figura 2 estão discriminadas as patologias do grupo das DSOM que vitimaram os trabalhadores de enfermagem da FHEMIG conforme os diagnósticos registrados nos atendimentos prestados pela DAST no ano de 2002.

Doença encontrada na DAST						Doença relacionada ao trabalho - Portaria nº 1339/MS	
Grupo CID 10	Subgrupos CID-10		n	%G	% A	Sim	Não
XIII - doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99)	M00-M25	Artropatias	119	16,6	1,96	X	
		Artropatias infecciosas (M00-M03)	3	0,4	0,05		X
		Poliartropatias inflamatórias (M05-M14)	25	3,5	0,41		X
		Artroses (M15-M19)	43	6,0	0,71	X	
		Outros transtornos articulares (M20-M25)	48	6,7	0,79	X	
	M30-M36	Doenças sistêmicas do tecido conjuntivo	15	2,1	0,25		X
	M40-M54	Dorsopatias	364	50,7	6,00	X	
	M60-M79	Transtornos dos tecidos moles	126	27,5	3,3	X	
		Transtornos musculares (M60-M63)	9	1,3	0,15		X
		Transtornos das sinóvias e dos tendões (M65-M68)	65	9,1	1,07	X	
		Outros transtornos dos tecidos moles (M70-M79)	126	17,5	2,08	X	
	M80-M94	Osteopatias e condroplastias	20	2,8	0,33		X
		Transtornos da densidade e da estrutura óssea (M80-M85)	4	0,6	0,07		X
		Outras osteopatias (M86-M90)	11	1,5	0,18		X
		Condopatias (M91-M94)	5	0,7	0,08		X
	Total			718	100	11,83	

Figura 2 - Distribuição dos diagnósticos médicos do grupo “Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo”, segundo o subgrupo e a comparação com a Lista de doenças relacionadas ao trabalho

Com a visualização da Figura 2 constata-se que foram obtidos cinco subgrupos no grupo das DSOM, sendo eles: artropatias¹⁷⁹, doenças sistêmicas do tecido conjuntivo¹⁸⁰, dorsopatias¹⁸¹, transtornos dos tecidos moles¹⁸² e osteopatias e condroplastias¹⁸³. Observa-se que dentre eles, os subgrupos “osteopatias e condroplastias” (2,8%) e “doenças sistêmicas do tecido conjuntivo” (2,1%), obtiveram as menores frequências de acordo com os parâmetros

¹⁷⁹ “Doenças que atingem predominantemente as articulações periféricas (membros)” (OMS, 2000, p.607).

¹⁸⁰ “O osso origina-se da camada embrionária do mesoderma, sendo um tecido conjuntivo, da mesma forma que o tecido fibroso e a cartilagem. Os tecidos conjuntivos diferem uns dos outros[...] a substância fundamental é um material semelhante a um gel, no qual as células e as fibras dos tecidos conjuntivos ficam embebidas. Comum a todos os tecidos conjuntivos é o colágeno, que é uma proteína constituída por cadeias de moléculas orgânicas dispostas longitudinalmente e formando fibras” (BEYERS; DUDAS, 1989). Além disso, incluem-se “as doenças auto-imune, sistêmica e do colágeno (vascular)” (OMS, 2000, p.621).

¹⁸¹ Podem ter diversas localizações: “(0) múltiplas localizações da coluna vertebral; 1) região occípito-atlanto-axial; 3) região cervical; 3) região cervicotorácia; 4) região torácica; 5) região toracolombar; 6) região lombar; 7) região lombosacra; 8) região sacra e sacrococígea e 9) localização não especificada” (OMS, 2000, p.625).

¹⁸² Inclui os transtornos musculares, das sinóvias e dos tendões e outros dos tecidos moles (OMS, 2000).

¹⁸³ Contemplam os transtornos da densidade e da estrutura óssea e outras osteopatias (OMS, 2000).

oficiais, as doenças contidas nesses subgrupos não são reconhecidas como doenças relacionadas ao trabalho e, desta forma, foram excluídas as seguintes doenças: osteoporoses com fraturas patológicas, outros transtornos de densidade óssea, osteomielites agudas e crônicas; osteonecroses, transtornos ósseos, fraturas ósseas em doença neoplásica, osteocondrose juvenil de mão e da rótula, poliarterite nodosa, lupus eritematoso e síndrome seca. Entretanto, é preciso lembrar que tais doenças acometeram trabalhadores que, certamente não queriam adoecer pois, trabalhar “é uma virtude, não trabalhar, uma ignomía. Mas antes do envoltório moral ou religioso, trabalhar é uma necessidade concreta. Todos precisam trabalhar para sustentar a si e aos seus” (RIBEIRO, 1999, p.149).

Três subgrupos contemplaram doenças relacionadas ao trabalho: as artropatias (16,6%), as dorsopatias (50,7%) e os transtornos dos tecidos moles (27,5%), que, conjuntamente, representaram quase que a totalidade (94,8%) das DSOM. Neste grupo estão incluídas a “patologia ocupacional [...] do grupo DORT¹⁸⁴, também conhecidas por LER”. Trata-se de uma síndrome clínica caracterizada por dor crônica, acompanhada ou não de alterações objetivas, que se manifesta principalmente no pescoço, cintura escapular e/ou membros superiores em decorrência do trabalho, podendo afetar tendões, músculos e nervos periféricos, conforme expresso no manual de procedimentos para os serviços de saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001d, p.425).

De acordo com a proposta de sistematização adotada, utilizando a taxonomia contida na CID-10, algumas doenças consideradas como do grupo LER/DORT¹⁸⁵ tais como a síndrome do túnel do carpo e mononeuropatias dos membros superiores estão incluídas no grupo das doenças do sistema nervoso (DSN) que, por ter sido classificado em décimo terceiro lugar serão descritas posteriormente.

Na década de 1990, as DORT tornaram-se as afecções musculoesqueléticas ocupacionais mais importantes em nosso meio, devido à sua frequência crescente evidenciada pelas estatísticas de serviços de saúde do trabalhador e em dados da Previdência Social. No ano de 1997, em Minas Gerais, 80% dos casos de auxílio-doença acidentário concedidos pelo INSS foram por LER. Naquele período aumentaram também os debates envolvendo questões médicas, previdenciárias, sociais e políticas associada à ocorrência daquelas afecções e de suas conseqüências (ASSUNÇÃO; ALMEIDA, 2003).

¹⁸⁴ Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho.

¹⁸⁵ Em 1997 o INSS, a título de uniformizar e adequar o trabalho pericial acerca dessa nosologia (BRASIL, 1997), alterou a terminologia LER para DORT. Como a LER expressa a história de luta dos trabalhadores pelo reconhecimento daquela síndrome como doença relacionada ao trabalho, optou-se por utilizar a mesma junto com a terminologia oficial.

Entretanto, tais debates não foram suficientes para superar as polêmicas e controvérsias envolvidas na questão da LER/DORT. São mencionadas denúncias¹⁸⁶ de que os médicos peritos têm, sistematicamente, negado o nexo da LER com o trabalho¹⁸⁷, de forma a deslocar para o sujeito a gênese do adoecimento, devido a susceptibilidade, personalidade, constituição ou predisposição (ARAÚJO et al., 1998; RIBEIRO, 1999; MUROFUSE, 2000; VERTHEIN, 2001). Em levantamento estatístico dos prontuários da perícia médica do INSS do Estado do Rio de Janeiro, realizado no período de março de 1997 a dezembro de 1998, Verthein (2001, p.142) constatou que "o nexo era sempre negado pela perícia; [...] a possibilidade dessa negação das L.E.R. como doença do trabalho, era efetivada pelo argumento da predisposição do paciente adoecer". A mesma pesquisadora relata que encontrou, na análise dos documentos do INSS, a seguinte definição do trabalhador e da doença osteomuscular, sendo a doença

vista como subjetiva, os trabalhadores eram considerados astutos ou simuladores, pois, segundo os médicos peritos, fingiam estar doente para não trabalhar, ou quando doentes e reconhecidos, representavam um ônus para o sistema previdenciário (VERTHEIN, 2001, p.142).

De acordo com Assunção e Almeida (2003) os estudos que exploram a hipótese de simulação do trabalhador para obter ganhos secundários, mostraram que esta consegue explicar um percentual ínfimo dos casos estudados. Os autores argumentaram que o que falta quando a relação entre nexo causal e o agravamento ao trabalho não é caracterizada, é a realização de uma análise detalhada do trabalho.

Ainda que o próprio trabalhador seja o “dono” da sua força de trabalho, a patogênese do trabalho não pode ser esquecida quando da ocorrência de doenças e de acidentes do trabalho, uma vez que o que determina a ocupação ou profissão é a necessidade de o trabalhador colocar-se no mercado de trabalho para prover a subsistência, subordinando-se às condições e possibilidades existentes. “Não há escolha, e se não há, a auto-responsabilização por ‘expor-se’ no exercício de determinado trabalho é um mito” (RIBEIRO, 1999, p.45).

Entretanto, esta situação seria apenas mais uma das expressões do conflito existente entre capital e trabalho. Segundo Ribeiro (1999), em decorrência da forma como a pessoa do trabalhador é vista no capitalismo, o conceito hegemônico classifica de modo restritivo o que

¹⁸⁶ Sobre o aumento das dificuldades provocadas pela mudança no critério de aferição da incapacidade (nexo causal para nexo técnico consultar Cerest et al. (2003); Salvador e Calia (2003) e Sindicato (2003).

¹⁸⁷ Acerca da relação LER/DORT e a organização do trabalho, consultar Orso et al. (2002).

seja acidente e doença do trabalho, fruto de uma prática decorrente do desdobramento nas seguintes metateorias:

há um risco de adoecer e morrer próprio à natureza de qualquer trabalho; o risco é sempre de natureza material, ambiental, físico ou químico e faz parte do processo de produção, do nível tecnológico em que se encontra a indústria e da necessidade concorrencial dela incorporar inovações tecnológicas; o risco tem um caráter ocupacional, implicando a auto-responsabilidade da escolha profissional; há uma predisposição ou susceptibilidade individual dos que adoecem ou se acidentam no trabalho; a obediência às normas de segurança e o uso de equipamentos de proteção disponíveis são suficientes para evitar ou manter a frequência de doenças e acidentes dentro dos limites social, moral e tecnicamente admissíveis. Essas metateorias conduziram aos postulados e práticas hegemônicas da medicina e engenharia ocupacionais e do direito positivo aplicados contemporaneamente (RIBEIRO, 1999, p.43).

Ainda que os médicos sejam os profissionais autorizados pela sociedade para definir quem está ou não doente e definir as causas do adoecer, não se pode desconsiderar que a análise do diagnóstico é também influenciada pela formação técnica e pelas convicções pessoais do profissional. Tais dimensões, no entanto, não são captadas em estudos retrospectivos, como no caso do presente estudo.

Abrigam-se sob a denominação LER várias afecções dos tecidos musculoesqueléticos tais como as tenossinovites, síndrome do túnel do carpo e tendinite, entre outras, que são objetos de várias especialidades médicas como, a ortopedia, a reumatologia e a neurologia. Entretanto, a denominação LER indica somente que os diagnósticos dessas afecções ou síndrome está “relacionada com as condições do trabalho do indivíduo” (ASSUNÇÃO; ALMEIDA, 2003, p.1503).

Na Figura 3 estão relacionados os diagnósticos obtidos nos atendimentos efetuados pela DAST aos trabalhadores de enfermagem considerados como doenças relacionadas ao trabalho, de acordo com a Portaria nº 1339/1999-MS (BRASIL, 2000a).

Grupo CID-10	Doença relacionada ao trabalho	n	%B	%C
Doenças osteomusculares e... (n=718; %A=11,8%)	Outras Artroses (M19)	5	2,0	0,08
	Síndrome cervicobraquial (M53.1)	7	2,7	0,12
	Dorsalgia (M54.-)	51	20,0	0,84
	Cervicalgia (M54.2)	31	12,2	0,51
	Ciática (M54.3)	17	6,7	0,28
	Lumbago com ciática (M.54.4)	43	16,9	0,71
	Sinovite e Tenossinovite (M65.-)	14	5,5	0,23
	Dedo em gatilho (M65.3)	4	1,6	0,07
	Tenossinovite estilóide radial (de Quervain) (M65.4)	4	1,6	0,07
	Outras sinovites e tenossinovites (M65.8)	4	1,6	0,07
	Sinovite e tenossinovite não especificadas (M65.9)	35	13,7	0,58
	Outras bursites do joelho (M.70.5)	1	0,4	0,02
	Outros transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, uso excessivo e pressão (M.70.8)	1	0,4	0,02
	Lesões do ombro (M75)	3	1,2	0,05
	Tendinite calcificante do ombro (M75.3)	3	1,2	0,05
	Bursite do ombro (M75.5)	2	0,8	0,03
	Outras lesões do ombro (M75.8)	1	0,4	0,02
	Lesão não especificada do ombro (M75.9)	2	0,8	0,03
	Outras entesopatias (M77.-)	2	0,8	0,03
	Mialgia (M79.1)	25	9,8	0,41
	TOTAL	255	100	4,20

n: número de atendimentos; %A: percentagem em relação aos grupos de diagnóstico do CID-10; %B: percentagem em relação ao total de doença relacionada ao trabalho encontrada no grupo; %C: percentagem em relação ao total de atendimentos.

Figura 3 - Distribuição das doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002, Belo Horizonte - MG

Percebe-se que das 581 doenças contidas nos subgrupos das DSOM da CID-10, demonstradas na Figura 2, que poderiam estar relacionadas ao trabalho, 255 foram consideradas como possuindo tal relação.

Os trabalhadores de enfermagem da FHEMIG tiveram diversas estruturas corporais afetadas no desenvolvimento de suas atividades profissionais, tais como a coluna vertebral e os membros superiores e inferiores, o que corrobora os achados de Gurgueira et al. (2003), que encontraram sintomas músculo-esqueléticos em múltiplas regiões do corpo dos trabalhadores de enfermagem lotados em unidades de internação de um hospital com atendimento aos pacientes de alto grau de dependência física.

A coluna vertebral foi uma das estruturas mais atingidas por diversos distúrbios tais como dorsalgia (20%), lumbago com ciática (16,9%), cervicalgia (12,2%), ciática (6,4%) e

síndrome cervicobraquial (2,7%). A coluna vertebral é a única estrutura óssea de sustentação do corpo humano e tem quatro principais funções: eixo de sustentação do corpo, estrutura de mobilidade entre as partes superior e inferior do corpo, amortecimento de cargas e proteção à medula espinhal. O fato da coluna vertebral humana ser ao mesmo tempo uma estrutura rígida e móvel, torna-a uma estrutura de organização funciona especial, onde o segmento cervical é o que possui maior mobilidade; o segmento torácico é relativamente imóvel e a coluna lombar possui um grau de mobilidade intermediário, mais adaptado à flexão-extensão (COUTO, 2003).

As dorsalgias estão entre as queixas mais frequentes da população em geral e ocupa lugar de destaque entre as causas de concessão de auxílio doença previdenciário e de aposentadoria por invalidez (COUTO, 2003). Dentre as dorsalgias destacam-se a lombalgia, ou dor lombar, que tem sua cronicidade associada ao trabalho pesado, ao levantamento de pesos, ao trabalho sentado, à falta de exercício e a problemas psicológicos. Os casos descritos como ocupacionais são associados a atividades que envolvem contratura estática ou imobilização, por tempo prolongado, de segmentos corporais como cabeça, pescoço ou ombros, tensão crônica, esforços excessivos, elevação e abdução dos braços acima da altura dos ombros com o emprego de força e de vibrações do corpo inteiro (BRASIL, 2001d).

As doenças denominadas lumbago e ciática caracterizam-se por dor na região lombar, que pode se irradiar para os membros inferiores e evoluir para um quadro persistente de dor isolada de membros inferiores (BRASIL, 2001d). A cervicalgia acomete os músculos da cintura escapular e cervicais e caracteriza-se pela presença de dor espontânea ou à palpação e/ou edema na região cervical, sem história de comprometimento de discos cervicais (BRASIL, 2001d). A Síndrome cervicobraquial é um distúrbio funcional ou orgânico resultante da fadiga neuromuscular, que pode ser consequência de uma posição fixa e ou devida a movimentos repetitivos dos membros superiores. O quadro clínico é variável mas geralmente as manifestações incluem dor na nuca ou na inserção superior do trapézio com irradiação para ombro, braço, antebraço e mão. Concomitantemente pode haver parestesias, como dormências, formigamento, sensação de peso, de choque elétrico, de picada, de aquecimento e resfriamento do membro superior. Esta doença pode evoluir para o desaparecimento da lordose cervical (fase aguda), contraturas musculares, dor ou formigamento, choques e limitação à movimentação da coluna cervical, em extensão e lateralidade. O trabalho pode ser considerado como fator de risco, no conjunto de fatores de risco associados com a etiologia multicausal dessa síndrome. Os casos descritos como ocupacionais são associados às atividades que envolvem contratura estática ou imobilização

por tempo prolongado de segmentos corporais como cabeça, pescoço ou ombros, tensão crônica, esforços excessivos, elevação e abdução de braços acima da altura dos ombros com o, emprego da força, e de vibrações e do corpo inteiro (BRASIL, 2001d).

A elevada taxa de lesões dorsais entre o trabalhador da enfermagem tem sido relatada pela comunidade científica internacional, mobilizada pelo problema das cervicodorsolombalgias (ALEXANDRE et al., 1996).

Estudos desenvolvidos em nosso país também confirmam a importância clínico-epidemiológica das dores na coluna vertebral nesse grupo ocupacional. Dentre os acidentes de trabalho que acometem trabalhadores de enfermagem, os resultados de pesquisas sobre acidentes típicos relacionados com a coluna vertebral indicam índices entre 7% (PARADA et al., 2002) e 20% (ALEXANDRE; BENATTI, 1998). A presença da subnotificação foi constatada por Parada et al. (2002) que, ao compararem os dados coletados no mesmo campo verificaram através do levantamento das CAT, que em um período de 8 anos houve registro de 37 acidentes típicos comprometendo a coluna e 21 acidentes de coluna em apenas 6 meses de observação.

Além da coluna vertebral, os trabalhadores de enfermagem da FHEMIG tiveram comprometimentos em diversas estruturas do membro superior, tais como sinovites¹⁸⁸ e tenossinovites¹⁸⁹ não especificadas (13,7%), sinovites e tenossinovites (5,5%), outras sinovites e tenossinovites (1,6%), tenossinovite estilóide radial (de Quervain) (1,6%), dedo em gatilho (1,6%) e outras entesopatias (0,8%).

As sinovites e tenossinovites são doenças inflamatórias que comprometem as bainhas tendíneas e os tendões em decorrência das exigências do trabalho. Podem ser de origem traumática, aguda, decorrentes de acidentes típicos ou de trajeto, se forem relacionadas ao trabalho. Geralmente os casos crônicos associam-se aos trabalhos com movimentos repetitivos aliados a exigência de força. A dor é a manifestação mais importante no quadro clínico, sendo que há dificuldade na definição do tipo e na localização da dor, que pode ser generalizada (BRASIL, 2001d).

A tenossinovite estilóide radial (de Quervain) resulta da constrição da bainha com um dos tendões do abdutor longo e do extensor curto do polegar, sendo associada à exposição

¹⁸⁸ Sinovite é a inflamação dos tecidos sinoviais. É um termo aplicável a qualquer processo inflamatório que acometa tecidos sinoviais articulares, intermusculares ou peritendinosos, em qualquer local do corpo, com ou sem degeneração tecidual (BRASIL, 2001d).

¹⁸⁹ Tenossinovite é a inflamação dos tecidos sinoviais que envolvem os tendões em sua passagem por túneis osteofibrosos, polias e locais em que a direção da aplicação da força é mudada. Esse termo pode ser aplicado aos processos inflamatórios de qualquer etiologia, que acometam esses tecidos, com ou sem degeneração tecidual (BRASIL, 2001d).

ocupacional que exige movimento repetitivo de polegar, de pinça de polegar associadas à flexão e extensão, rotação ou desvio ulnar repetido do carpo, principalmente se associado com força, polegar mantido elevado e/ou a deduzido durante atividades e uso prolongado de tesouras.

Dedo em gatilho é o resultado do comprometimento dos tendões flexores profundos dos dedos e do tendão flexor longo do polegar. A bainha tendinosa apresenta-se espessada em decorrência do processo inflamatório provocado por traumatismos repetidos e evolui para constrição do próprio tendão. O quadro é agravado pelo derrame do líquido sinovial, que torna difícil o deslizamento do tendão. A extensão forçada poderá provocar queda do dedão, manifestação que dá nome ao quadro e é desencadeada por situações em que existe uma combinação de movimentos repetitivos e com esforço, como o de preensão forte, flexão de dedos e/ou de falanges distais, compressão palmar, na atividade de segurar com firmeza objetos cilíndricos e, especialmente, se há compressão em cima da bainha sinovial de tendões. A pressão localizada, mesmo isoladamente, pode ser causa de tendinite, como, por exemplo, na apreensão de alicate ou tesoura contra o tendão flexor longo do polegar (BRASIL, 2001d).

As entesopatias referem-se a inflamações agudas ou crônicas que acometem a inserção de tendões (entese) em epicôndilo medial (cotovelo do jogador de golfe) ou epicôndilo lateral (cotovelo de tenista). São desencadeadas por movimentos repetitivos de punho e dedos, com flexão brusca ou freqüente, esforço estático e preensão prolongada de objetos, principalmente com punho estabilizado em flexão e pronação (BRASIL, 2001d).

Ainda que essas lesões em membros superiores não representem riscos de morte para o trabalhador, o comprometimento da mão inviabiliza o desenvolvimento de atividades profissionais e pessoais. Assim, aquelas lesões representam grande risco funcional, com consequências sócio-econômicas para o trabalhador, sua família e toda a sociedade. As seqüelas funcionais podem ser diretas e indiretas, representadas por distúrbios de sensibilidade, dos movimentos articulares, dos desvios segmentares e a associação de lesões.

Estudos envolvendo trabalhadores que não os da enfermagem, portadores de LER/DORT, evidenciaram que as estruturas do corpo constituem uma unidade e portanto, a lesão em uma de suas estruturas pode provocar lesões em outras, uma vez que na presença de inflamação ou degeneração das estruturas musculoesqueléticas, para poupá-las, o trabalhador mobiliza outros e assim as regiões hipersolicitadas ou sobrecarregadas acabam por sofrer também processo inflamatório e/ou degenerativo (ARAÚJO et al., 1998; RIBEIRO, 1999; ASSUNÇÃO; ALMEIDA, 2003).

Através da Figura 3 verifica-se que os trabalhadores de enfermagem tiveram o ombro afetado e receberam os seguintes diagnósticos: lesões do ombro (1,2%), tendinite calcificante do ombro¹⁹⁰ (1,2%), bursite do ombro¹⁹¹ (0,8%), lesão não especificada do ombro (0,8%) e outras lesões do ombro (0,4%). Conforme o Manual de Procedimentos do MS (BRASIL, 2001d), as lesões no ombro podem ser classificadas como doenças relacionadas ao trabalho caso ocorram condições laborais com posições forçadas e gestos repetitivos e ou ritmo de trabalho penoso e ou condições difíceis de trabalho. As lesões no ombro, assim como outros distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho, são multicausais e podem ser decorrentes do agravamento de um quadro clínico anterior.

Além das estruturas anatômicas já mencionadas, os trabalhadores de enfermagem foram acometidos por problemas que envolveram músculos e articulações concretizados através dos seguintes diagnósticos: mialgia (9,8%), outras artroses (2,0%), outras bursites do joelho (0,4%) e outros transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso excessivo e pressão (0,4%), conforme demonstrado na Figura 3.

A mialgia é uma síndrome dolorosa que ocorre de modo isolado ou associado aos quadros de tendinite e tenossinovites em geral. As estruturas mais acometidas, em portadores de LER/DORT, incluem os músculos elevadores da escápula, supra-espinhoso, as fibras superiores do trapézio, os rombóides maior e menor, o grupo supinador-extensor, o pronador-flexor, o oponente de polegar e os interósseos. A contração estática, associada aos fatores estressantes decorrentes da organização do trabalho, parecem exercer papel importante na gênese de dores que atingem a musculatura cervical, para-vertebral e da cintura escapular (BRASIL, 2001d).

Outras artroses incluem as osteoartrites e osteoatrozes. A osteoartrite ou artropatia degenerativa caracteriza-se por alterações bioquímicas e anatômicas progressivas nas articulações, com comprometimento de sua estrutura e função. As articulações mais comumente afetadas são as interfalângicas distais e proximais das mãos e as que suportam peso (como as do quadril e dos joelhos) e as da coluna cervical e lombar. O trabalho pode ser considerado como causa e assim as artroses podem ser classificadas como doenças relacionadas ao trabalho, em determinados grupos ocupacionais que realizam movimentos ou impactos repetitivos sobre determinadas articulações (BRASIL, 2001d).

¹⁹⁰ Trata-se de uma doença caracterizada pelo aparecimento de depósitos calcáreos nos tendões do manguito rotatório e relaciona-se as tendinite do supra-espinhoso e às bursites de ombro. Tais patologias podem relacionadas ao trabalho e podem evoluir com agravamento e complicações (BRASIL, 2001d).

¹⁹¹ Processo inflamatório devido a compressão da bursa e que, geralmente, também comprime o tendão do supra-espinhoso e pode representar um agravamento do quadro (BRASIL, 2001d).

Os diagnósticos de outras bursites do joelho e outros transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, uso excessivo e pressão enquadram-se no subgrupos diagnóstico, da CID-10, denominado “Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão, de origem ocupacional”. As bursites são inflamações agudas ou crônicas de uma bolsa serosa, constituídas de fibras colágenas e revestidas de membranas sinovial, encontradas em regiões em que os tecidos são submetidos a fricção, geralmente próximas às inserções tendinosas e articulações e manifestam-se por dor tipo miofascial com pontos de gatilhos ou bandas dolorosas, associadas ou não a queixas de dor nos movimentos em trajetos de tendões, e geralmente acometem difusamente os membros superiores e a região cervical (BRASIL, 2001d).

Na Tabela 19 encontram-se apresentadas as doenças relacionadas ao trabalho e sua distribuição entre as categorias de enfermagem.

Tabela 19 - Distribuição das doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho atendidas pela Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, segundo a categoria profissional e sexo, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte - MG

Doença relacionada ao trabalho	Total		Sexo		Categoria profissional			
	n	%	M	F	Enf.	Aux.	Téc	Aten
Outras Artroses (M19)	5	2,0	-	5	-	5	-	-
Síndrome cervicobraquial (M53.1)	7	2,7	-	7	1	6	-	-
Dorsalgia (M54.-)	51	20,0	4	47	4	44	-	3
Cervicalgia (M54.2)	31	12,2	5	26	4	27	-	-
Ciática (M54.3)	17	6,7	4	13	2	11	-	4
Lumbago com ciática (M.54.4)	43	16,9	12	31	1	41	-	1
Sinovite e Tenossinovite (M65.-)	14	5,5	3	11	-	14	-	-
Dedo em gatilho (M65.3)	4	1,6	2	2	-	3	1	-
Tenossinovite estilóide radial (de Quervain) (M65.4)	4	1,6	3	1	-	3	-	1
Outras sinovites e tenossinovites (M65.8)	4	1,6	-	4	-	3	-	1
Sinovite e tenossinovite não especificadas (M65.9)	35	13,7	7	28	5	24	1	5
Outras bursites do joelho (M.70.5)	1	0,4	1	0	-	1	-	-
Outros transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, uso excessivo e pressão (M.70.8)	1	0,4	-	1	-	1	-	-
Lesões do ombro (M75)	3	1,2	-	3	-	3	-	-
Tendinite calcificante do ombro (M75.3)	3	1,2	-	3	-	3	-	-
Bursite do ombro (M75.5)	2	0,8	-	2	-	2	-	-
Outras lesões do ombro (M75.8)	1	0,4	-	1	-	1	-	-
Lesão não especificada do ombro (M75.9)	2	0,8	-	2	1	1	-	-
Outras entesopatias (M77.-)	2	0,8	-	2	-	2	-	-
Mialgia (M79.1)	25	9,8	3	22	1	23	-	1
Total	255	100	44	211	19	218	2	16

n: número de atendimento; %: percentual de atendimento; M: masculino; F: feminino; Enf.: enfermeiro; Aux.: auxiliar de enfermagem; Téc: técnico de enfermagem; Aten.: atendente de enfermagem.

Nos atendimentos da DAST as doenças osteomusculares distribuíram-se de maneira desigual entre os sexos e as categorias profissionais. Os atendimentos aos trabalhadores do sexo feminino (211) foram quantitativamente superiores aos do sexo masculino (44), conforme já era esperado. A sinovite e a tenossinovite não especificada foram as inflamações que atingiram o braço de 35 trabalhadores pertencentes às quatro categorias de enfermagem (5 enfermeiros, 24 auxiliares, 1 técnico e 5 atendentes de enfermagem). Como se tratam de afecções que tem a dor como a sua principal manifestação, presume-se que esses trabalhadores tiveram que aprender a conviver com ela, tendo em vista as dificuldades envolvidas na cura, como atestam as diversas literaturas¹⁹².

Foram realizados 218 atendimentos a auxiliares de enfermagem relativos a comprometimentos na coluna vertebral, membros superiores e inferiores, envolvendo articulações, tendões e músculos. A dorsalgia (44), lumbago com ciática (41), cervicalgia (27), sinovite e tenossinovite (14) e mialgia (23) constituíram a maior demanda das auxiliares de enfermagem por atendimento na DAST. Dentre os enfermeiros, os comprometimentos na coluna vertebral (dorsalgia e cervicalgia) constituíram-se na principal causa de busca de atendimento, seguidas pelas afecções em membros superiores (sinovite e tenossinovite não especificada, mialgia e lesão não especificada do ombro). Dentre os técnicos de enfermagem, as afecções relatadas envolveram os membros superiores, mais especificamente a mão (dedo em gatilho) e o braço (sinovite e tenossinovite não especificada).

Assim, os enfermeiros, auxiliares e atendentes de enfermagem tiveram as mesmas estruturas anatômicas atingidas (membros superiores e coluna vertebral); dentre os auxiliares de enfermagem houve comprometimento do joelho e, dentre os técnicos de enfermagem a única estrutura anatômica afetada foi o membro superior (mão e o braço).

Com referência aos problemas osteomusculares, são mais comuns os estudos sobre as dores nas costas dos trabalhadores de enfermagem. No entanto a comparação dos resultados obtidos com outros estudos foi comprometida em função dos diferentes instrumentos utilizados, períodos diversos e categorias distintas, entre os países.

O mesmo ocorre com os estudos nacionais que, ainda são escassos. Os resultados obtidos por Gurgueira et al. (2003) confirmam a importância dos problemas osteomusculares entre auxiliares e técnicos de enfermagem, uma vez que 93% das participantes referiram

¹⁹² Sobre o assunto conferir Araújo et al. (1998); Ribeiro (1999); Murofuse (2000); Brasil (2002d); Assunção e Almeida (2003).

algum tipo de sintoma osteomuscular nos últimos 12 meses da pesquisa e 62% nos últimos sete dias da realização da coleta de dados.

Os resultados obtidos no presente estudo confirmam que as dores lombares são os danos mais frequentes na equipe de enfermagem e a dorsalgia foi responsável por 51 atendimentos (19,3%), sendo 44 a auxiliares de enfermagem, 4 a enfermeiras e 3 a atendentes de enfermagem. Tais dores atingiram principalmente as mulheres (47). As categorias profissionais encontradas foram as mesmas apontadas por Alexandre et al. (1996) que relatou que 79,2% dos enfermeiros, 96,2% das auxiliares e 96% das atendentes apresentaram algum tipo de algia na coluna vertebral em avaliações clínicas específicas. Entretanto, tais resultados diferem daqueles obtidos por Alexandre e Benatti (1998), que investigaram trabalhadores acidentados com lesão na coluna em um hospital universitário e verificaram que todas as categorias de enfermagem foram vítimas, na seguinte proporção: 15% enfermeiros, 20% técnicos, 50% auxiliares e 15% atendentes de enfermagem.

As lesões em mãos, braços, pescoço, costas e joelhos que motivaram os atendimentos realizados pela DAST aos trabalhadores de enfermagem denunciam que a utilização do corpo e da força muscular não foi reduzida na enfermagem, mesmo com a introdução de novos equipamentos, com alta tecnologia e com as novas formas de organização, mais flexíveis voltadas para a melhoria da qualidade. Portanto, essas mudanças não sugerem a economia de força de trabalho da enfermagem e sim a diminuição do tempo de recuperação da saúde através da melhoria das tecnologias diagnósticas e terapêuticas que permitiram aumentar a produtividade no trabalho da saúde, sem representar aumento do número de trabalhadores.

Na Tabela 20 estão relacionados os dados referentes à idade e o tempo de afastamento em virtude de doenças osteomusculares.

Tabela 20 - Distribuição das doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho, segundo faixa etária e tempo de afastamento. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG

Doença relacionada ao trabalho	Total	Faixa etária (anos)					Dias de afastamento						
	n	19-29	30-39	40-49	50-59	> 60	0	1	2 a 15	16-30	31-60	61-90	91-120
Outras Artroses (<i>M19</i>)	5	-	4	-	1	-	-	1	1	3	-	-	-
Síndrome cervicobraquial (<i>M53.1</i>)	7	-	1	5	1	-	-	-	2	5	-	-	-
Dorsalgia (<i>M54.-</i>)	51	3	7	20	18	3	15	9	21	5	1	-	-
Cervicalgia (<i>M54.2</i>)	31	5	8	14	7	-	5	8	17	1	-	-	-
Ciática (<i>M54.3</i>)	17	-	6	5	5	1	2	2	10	3	-	-	-
Lumbago com ciática (<i>M.54.4</i>)	43	3	15	13	12	-	1	5	30	5	1	-	1
Sinovite e Tenossinovite (<i>M65.-</i>)	14	-	7	2	4	1	2	2	8	2	-	-	-
Dedo em gatilho (<i>M65.3</i>)	4	2	-	1	1	-	1	-	-	3	-	-	-
Tenossinovite estilóide radial (de Quervain) (<i>M65.4</i>)	4	-	2	1	1	-	-	-	4	-	-	-	-
Outras sinovites e tenossinovites (<i>M65.8</i>)	4	-	-	1	2	1	1	-	2	1	-	-	-
Sinovite e tenossinovite não especificadas (<i>M65.9</i>)	35	5	6	13	11	-	3	5	23	2	1	1	-
Outras bursites do joelho (<i>M.70.5</i>)	1	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Outros transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, uso excessivo e pressão (<i>M.70.8</i>)	1	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Lesões do ombro (<i>M75</i>)	3	-	-	3	-	-	3	-	-	-	-	-	-
Tendinite calcificante do ombro (<i>M75.3</i>)	3	-	1	1	1	-	-	1	2	-	-	-	-
Bursite do ombro (<i>M75.5</i>)	2	1	-	-	1	-	-	1	1	-	-	-	-
Outras lesões do ombro (<i>M75.8</i>)	1	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Lesão não especificada do ombro (<i>M75.9</i>)	2	-	-	1	1	-	-	-	1	1	-	-	-
Outras entesopatias (<i>M77.-</i>)	2	-	-	1	-	1	1	-	1	-	-	-	-
Mialgia (<i>M79.1</i>)	25	3	7	8	5	2	9	5	11	-	-	-	-
Total	255	22	66	90	71	9	43	39	137	31	3	1	1

Os problemas osteomusculares atingiram os trabalhadores ainda jovens, com idade entre 19 a 29 anos (22 atendimentos) e também os mais velhos, com idade acima de 60 anos (9 atendimentos). Constatou-se também que grande parte dos atendimentos (227) foi a trabalhadores adultos, entre 30 e 59 anos. Daqueles 227 atendimentos, 156 foram realizados aos trabalhadores de enfermagem com idade entre 30 e 49 anos, confirmando outros indicativos que as vítimas da LER/DORT, em sua maioria, encontravam-se em plena fase produtiva (ARAÚJO et al., 1998; RIBEIRO, 1999; MUROFUSE, 2000).

Dos 255 atendimentos realizados, 43 deles não resultaram em afastamento, o que significa que os trabalhadores continuaram em suas atividades ainda que apresentassem patologias que tinham como característica a dor, que pode ser intensificada com a execução de atividades da rotina da enfermagem como, por exemplo, movimentação e transporte de pacientes e equipamentos, verificação de sinais vitais, administração de medicamentos, higiene do corpo e limpeza de materiais e equipamentos, anotações e registro de enfermagem, entre outras.

Os 39 atendimentos devido a problemas osteomusculares que resultaram em um dia de afastamento somados aos 137 atendimentos (53,72%) que resultaram em afastamentos por períodos de 2 a 15 dias indicam que a maioria dos trabalhadores de enfermagem atendidos na DAST no ano de 2002, por problemas osteomusculares, foi afastada de suas atividades num período que variou entre 1 e 15 dias.

É preciso ressaltar que o tempo de licença concedido pode não corresponder ao período necessário para recuperação das lesões, pois até o dia 30 de setembro de 2002, os trabalhadores com CA eram a maioria, dentre os trabalhadores da enfermagem da FHEMIG (Tabela 2) e só podiam ser afastados pelo mesmo período de vigência de seus contratos (BRASIL, 1996). A partir do mês de outubro daquele ano, os trabalhadores que necessitassem de afastamento por período superior a quinze dias eram encaminhados à Perícia Médica do INSS e, portanto, sujeitos às regras e aos critérios vigentes na Previdência Social, que tem dificultado, sobremaneira, o reconhecimento da relação existente entre a doença e o trabalho, por motivos, que inclui o pagamento do benefício pelo governo, conforme foi evidenciado por Verthein (2001) e Salvador (2003).

O tempo de licença para tratamento de saúde concedido pelo serviço pericial da DAST era diferenciado de acordo com o vínculo de trabalho da pessoa atendida. Os servidores efetivos não tinham restrição quanto ao período de licença para tratamento de saúde até dois de outubro de 2002 quando os períodos de licenças foram alterados e passaram a não mais serem “concedidas por ato unitário pericial, por período superior a 30 (trinta) dias” (BRASIL,

2001). Portanto, entende-se que os 5 atendimentos que resultaram em mais de 30 dias de afastamento (Tabela 20) foram concedidos antes da vigência daquela determinação legal, além de indicar que os problemas osteomusculares resultam em longos períodos de afastamentos e que, embora não sejam fatais, respondem por grande parte da incapacidade, da dor e do sofrimento.

De acordo com o Protocolo de Investigação, Diagnóstico, Tratamento e Prevenção de LER/DORT, elaborado pelo MS, nas diversas afecções responsáveis pelos quadros clínicos do sistema músculo-esquelético que são “resultado da superutilização das estruturas anatômicas do sistema músculoesquelético e da falta de tempo de recuperação” (BRASIL, 2002d, p.3), freqüentemente são causa de incapacidade laboral temporária ou permanente. Desta maneira, Piché (2000) considerou que dever ser priorizada a implantação de programas de prevenção da ocorrência da lesão osteomuscular relacionada ao trabalho e que, uma vez detectada a lesão, é imprescindível a existência de programas voltados para a redução da incapacidade, com o desenvolvimento de estratégias que permitam a permanência do trabalhador acidentado no trabalho sem risco de lesão posterior.

Embora haja reconhecimento formal da natureza ocupacional dessas afecções desde a metade de 1980, a prevenção da LER ainda hoje se constitui num desafio. Apesar do indicativo de mudanças de padrão de ocorrência dessa doença a partir do final da década de 1990, é preciso considerar alguns aspectos que estariam associados a ela como: o processo de precarização do trabalho, a desinformação de profissionais de saúde, as restrições por parte de empresas, as recusas por parte dos trabalhadores com medo de represálias na empresa e o temor do estigma causado. Além disso, entidades ligadas à saúde do trabalhador têm se mobilizado para denunciar a homogeneidade na conduta dos médicos peritos da Previdência Social e a adoção de critérios mais restritivos, com revisões de normas e ordens de serviços, que resultam na negação da doença como acidente de trabalho.

Dentro de um contexto bastante adverso ao trabalhador de modo geral, considera-se positivo a publicação pelo MS brasileiro, de um manual de procedimentos para o serviço de saúde envolvendo as doenças relacionadas ao trabalho. Assim, a LER/DORT ganha visibilidade no capítulo das Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo relacionado ao trabalho e é situada no contexto das transformações em curso no mundo do trabalho, decorrentes da introdução de novos modelos organizacionais e de gestão (BRASIL, 2001d).

6.4.2 Os transtornos mentais e comportamentais (TMC)

Com 692 atendimentos (11,4% do total) prestados pela DAST aos trabalhadores de enfermagem da FHEMIG no período estudado, os transtornos mentais e comportamentais foram a terceira causa de busca por atendimentos.

Na Figura 4 estão relacionados os diagnósticos obtidos e a comparação com a lista do MS.

Doença encontrada na DAST						Doença relacionada ao trabalho - Portaria nº 1339/MS	
Grupo CID-10	Subgrupos CID-10		n	%G	% A	Sim	Não
V - transtornos mentais e comportamentais(F00-F99)	F00-F09	Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos	24	3,5	0,40		X
	F10-F19	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativa	38	5,5	0,63	X	
	F20-F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	23	3,3	0,38		X
	F30-F39	Transtornos do humor (afetivos)	376	54,3	6,19	X	
	F40-F48	Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes	199	28,8	3,28	X	
	F50-F59	Síndrome comportamentais associadas à disfunções fisiológicas e a fatores físicos	14	2,0	0,23		X
	F60-F69	Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto	16	2,3	0,26		X
	F99	Transtorno mental não especificado	2	0,3	0,03		X
	Total		692	100	11,40		

n: número de atendimentos; %G: percentagem em relação ao grupo de diagnósticos; %A: percentagem em relação ao total geral de atendimentos.

Figura 4 - Distribuição dos diagnósticos do grupo “Transtornos mentais e comportamentais”, segundo subgrupo e a comparação com a Lista de doenças relacionadas ao trabalho

Os diagnósticos registrados foram enquadrados em oito subgrupos e em três deles - “Transtornos do humor (afetivos)” (376 atendimentos), “Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o ‘stress’ e transtornos somatoformes” (199) e os “Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativa” (38) -, que concentraram a maioria das motivações dos atendimentos realizados na DAST no período estudado (Figura 4)

ocorreram doenças que poderiam ser relacionadas ao trabalho, conforme a lista elaborada pelo MS (BRASIL, 2000a).

Os transtornos do humor representaram 54,3% dos atendimentos do pessoal de enfermagem da FHEMIG (Figura 4). Engloba doenças em que a perturbação fundamental é a alteração do humor ou do afeto, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade associada) e, geralmente, é acompanhada de modificação do nível global de atividade. A maioria desses transtornos tende a ser recorrente e a ocorrência dos episódios individuais pode freqüentemente estar relacionada com situações ou fatos estressantes (OMS, 2000).

Os diagnósticos agrupados no subgrupo dos transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes foram responsáveis por 28,8% dos atendimentos, com os seguintes transtornos: a) fóbico-ansiosos e fobias sociais b) outros transtornos ansiosos, transtorno de pânico, ansiedade generalizada, transtorno misto ansioso e depressivo e transtorno ansioso não especificado; c) transtorno obsessivo-compulsivo; com predominância de idéias ou de ruminações obsessivas, d) reações ao "stress" grave e transtornos de adaptação, reação aguda ao "stress", estado de "stress" pós-traumático, transtornos de adaptação e reação não especificada a um "stress" grave, e) transtornos dissociativos (de conversão), fuga dissociativa, transtorno dissociativo misto, outros transtornos dissociativos, f) transtornos somatoformes; transtornos somatoformes indiferenciado e transtorno doloroso somatoformes persistente.

Os transtornos fóbico-ansiosos referem-se a uma ansiedade desencadeada, exclusiva ou essencialmente, por situações nitidamente determinadas, que não apresentam perigo real; tais situações são, por esse motivo, evitadas ou suportadas com temor. O sujeito preocupa-se com sintomas como palpitações ou impressões de desmaio, freqüentemente associadas ao medo da morte, da perda do autocontrole ou de ficar louco. A simples evocação de uma situação fóbica pode desencadear ansiedade antecipatória que é, freqüentemente, associada à uma depressão. Nas fobias sociais, ocorre o medo de ficar exposto à observação atenta de outrem, o que leva o sujeito a evitar situações sociais. As fobias sociais graves são, habitualmente, acompanhadas de perda da auto-estima e do medo de ser criticado e podem se manifestar por rubor, tremor das mãos, náuseas e o desejo urgente de urinar; os sintomas podem evoluir para um ataque de pânico (OMS, 2000).

Outros transtornos ansiosos caracterizam-se essencialmente pela presença de manifestações ansiosas não desencadeadas exclusivamente pela exposição a uma situação determinada. Podem ser acompanhados por sintomas depressivos ou obsessivos, assim como de certas manifestações que traduzem uma ansiedade fóbica. Nos transtornos de pânico os

ataques de ansiedade grave são recorrentes, imprevisíveis e não ocorrem exclusivamente numa situação ou circunstâncias determinadas. Os sintomas essenciais comportam a ocorrência brutal de palpitação e dores torácicas, sensação de asfixia, tonturas e sensação de despersonalização. Frequentemente são associadas ao medo da morte, de perder o autocontrole ou de ficar louco (OMS, 2000).

O transtorno obsessivo-compulsivo caracteriza-se por idéias obsessivas ou por comportamentos compulsivos recorrentes e quase sempre acompanhados por ansiedade que se agravam quando o sujeito tenta resistir à sua atividade compulsiva. As idéias obsessivas são pensamentos, representações ou impulsos que se intrometem na consciência do sujeito de modo repetitivo e estereotipado. Em geral, perturbam muito o sujeito, que tenta frequentemente resistir-lhes, mas sem sucesso (OMS, 2000).

Na categoria “reações aos ‘stress’ grave e transtornos de adaptação” são incluídas as ocorrências que sejam conseqüências direta de “stress” agudo importante ou de alteração particularmente marcante na vida do sujeito, com efeitos desagradáveis e duradouros e que levam aos transtornos de adaptação. O acontecimento estressante ou as circunstâncias penosas persistentes constituem o fator causal primário e essencial, na ausência do qual o transtorno não ocorreria. Os transtornos reunidos nesse grupo seriam considerados como respostas inadaptadas a um ‘stress’ grave ou persistente, na medida em que interferem com mecanismos adaptativos e eficazes e entram, assim, o funcionamento social (OMS, 2000).

Os transtornos dissociativos (de conversão) caracterizam-se por perda parcial ou completa das funções normais de integração das lembranças, da consciência, da identidade, das sensações imediatas e do controle dos movimentos corporais. Os diferentes tipos desses transtornos tendem a desaparecer após algumas semanas ou meses, em particular quando associado a um acontecimento traumático. Os sintomas ocorreriam em relação temporal estreita com um ‘stress’ psicológico e, frequentemente, de modo brusco. Quando implicam em manifestações dolorosas ou outras sensações físicas complexas que fazem intervir o sistema nervoso autônomo, são classificados entre os transtornos somatoformes que têm como característica principal a presença repetidas de sintomas físicos associados à busca persistente de assistência médica, apesar de os médicos nada encontrarem de anormal e afirmarem que os sintomas não tem nenhuma base orgânica. Se quaisquer transtornos físicos estiverem presentes, não explicam a natureza e a extensão dos sintomas, o sofrimento e as preocupações do sujeito (OMS, 2000).

Na Figura 5 encontram-se os diagnósticos obtidos e que foram enquadrados nos três subgrupos de diagnósticos da CID-10 que reuniam doenças relacionadas ao trabalho

registrados nos atendimentos realizados aos trabalhadores de enfermagem da FHEMIG, conforme a lista do MS (BRASIL, 2000a). Percebe-se que das 613 doenças dos subgrupos da CID-10 que poderiam ter relação com a ocupação, 282 apresentaram tal relação.

Grupo CID-10	Doença relacionada ao trabalho	n	%B	%C
Transtornos mentais e comportamentais (n=692; %A= 11)	Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física (F06.)	2	0,3	0,03
	Transtornos de personalidade e do comportamento devidos à doença, a lesão e a disfunção cerebral (F07.-)	1	0,1	0,02
	Transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de álcool (F10)	31	4,5	0,51
	Episódios depressivos (F32.-)	204	29,5	3,36
	Reações ao estresse grave e transtornos de adaptação (F43.-)	43	6,2	0,71
	Estado de "stress" pós-traumático(F43.1)	1	0,1	0,02
	TOTAL	282	40,8	4,65

n: número de atendimentos; %A: percentagem em relação aos grupos de diagnóstico do CID-10; %B: percentagem em relação ao grupo TMC; %C: percentagem em relação ao total de atendimentos.

Figura 5 - Distribuição dos subgrupos de diagnósticos de transtornos mentais relacionadas ao trabalho. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte - MG

Foram encontrados 282 atendimentos com diagnóstico de doenças que poderiam ter relação com o trabalho, que correspondeu a 40,8% dos atendimentos enquadrados no grupo dos TMC e 4,65% do total de atendimentos realizados aos trabalhadores de enfermagem em 2002. A estimativa da OMS é que 30% dos trabalhadores empregados apresentem transtornos mentais menores e, que 5 a 10% apresentem transtornos mentais graves (BRASIL, 2001d). Ainda que não haja possibilidade de comparar os resultados obtidos com a estimativa da OMS, já que um refere-se aos números de atendimentos e o outro aos números de trabalhadores, é preciso reconhecer que os trabalhadores de enfermagem dos hospitais estaduais mineiros apresentaram repercussões negativas que podem ser decorrentes do seu trabalho.

A partir do entendimento de que o trabalho é uma atividade de transformação em que o homem transforma a natureza e ao mesmo tempo também se transforma, ao incorporar nessa relação a noção de saúde, tem-se que a relação trabalho/saúde pode ser positiva (estruturante) por seu valor econômico (subsistência), na constituição da subjetividade, no modo de vida e na saúde física e mental das pessoas, ou negativa (desestrutante) por repercutir em doenças, acidentes e sofrimento.

A contribuição do trabalho para as alterações da saúde mental das pessoas ocorre devido a uma ampla gama de aspectos, desde fatores pontuais, como a exposição a determinado agente tóxico, até a complexa articulação de fatores relativos à organização do trabalho, como a divisão de parcelamento das tarefas, as políticas de gerenciamento e a estrutura hierárquica organizacional. Desta maneira os TMC resultariam de um contexto de trabalho interagindo com o corpo e o aparato psíquico das pessoas, ou seja, no ato de trabalhar desenvolvem-se ações que podem afetar o corpo dos trabalhadores, produzindo disfunções e lesões biológicas, assim como desencadear processos psicopatológicos especificamente relacionados às condições laborais (BRASIL, 2001d).

Para Seligman-Silva (2003) as condições físicas, químicas e biológicas vinculadas à execução do trabalho interferem nos processos mentais e na dinâmica relacionada à saúde mental. O mercúrio, por exemplo, pode intoxicar a estrutura do sistema nervoso e produzir um conjunto de sintomas neuropsiquiátricos, tais como a perda da memória e do autocontrole emocional que causariam sofrimento psíquico. Essa perda seria percebida tanto pela auto-observação do próprio trabalhador quanto pela crítica de terceiros, devido ao esquecimento e as falhas no desempenho que, freqüentemente, resulta em sentimentos de culpa, de fracasso e de auto-depreciação, que irá conferir um caráter depressivo. O ruído e as conseqüentes perdas auditivas relacionadas ao trabalho constituem-se em outro exemplo. Afetam a comunicação e prejudicam as relações interpessoais, o desempenho e a própria possibilidade de proteção aos riscos de acidente, como no caso em que as orientações e avisos não são escutados e assim podem resultar na perda da auto-estima, na insegurança e na frustração que convergem para que se estabeleça o isolamento social, o qual pode ser acompanhado de quadro depressivo, que nem sempre é nítido por estar, muitas vezes mascarado por comportamentos reativos, como o uso de bebidas alcoólicas.

Num mundo do trabalho em rápida transformação, o trabalhador insere-se num contexto em que as condições de insegurança no emprego, subemprego e a segmentação do mercado de trabalho são crescentes. O quadro econômico atual reflete-se, nas empresas, em processos internos de reestruturação da produção, enxugamento de quadros de funcionários e incorporação tecnológica, que repercutem na saúde mental dos trabalhadores. Da mesma forma, os hospitais brasileiros, que são organizações sociais de natureza complexa, não ficaram imunes às transformações e, como qualquer outro empreendimento capitalista, têm procurado adaptar-se ao contexto sócio-político-econômico vigente através da busca de modelos de gestão para otimizar os recursos aplicados e maximizar os resultados. De acordo com Cherchiglia e Girardi (2000), tornou-se prática disseminada, especialmente nos hospitais,

a partir dos anos de 1990, a utilização de sistemas de incentivo nos serviços públicos de saúde, com vistas ao aumento da produtividade e ao estabelecimento de novos padrões de relações de trabalho.

A FHEMIG vem acompanhando as transformações em curso e tem incorporado o conceito de flexibilidade na organização do trabalho de suas unidades. A implantação de um sistema de recompensas, complementar a remuneração salarial por bom desempenho e produtividade dos trabalhadores foi uma das estratégias gerenciais adotadas desde 1993. Tal implantação ocorreu após uma greve que durou mais de dois meses, num ambiente de crise e insatisfação, que praticamente paralisou a instituição (CHERCHIGLIA et al., 1998). Outros “modernos” dispositivos de gestão foram adotados pela fundação na década de 1990, como a flexibilização dos vínculos contratuais (BRASIL, 2000; MAGRO FILHO, 2000) que resultaram em presença significativa de trabalhadores com contrato temporário de trabalho na enfermagem e a implantação de diversos programas, objetivando diminuir custos e otimizar recursos (FHEMIG, 2002b).

De acordo com os resultados apresentados por Cherchiglia e Girardi (2000), no período entre 1992 a 1995, a FHEMIG registrou um crescimento de 20% na produção hospitalar, com quadruplicação da produção ambulatorial. A receita operacional (hospitalar e ambulatorial) dobrou e passou de 15 para 32 milhões de dólares. A receita hospitalar cresceu 72%, nesse período e a receita ambulatorial cerca de “duas vezes e meia (276%)”, indicando a tendência de ambulatorização dos serviços de saúde. Entretanto, o aumento da produtividade dos recursos humanos ocorreu sem alteração no número de trabalhadores.

Embora flexibilidade e flexibilização tenham se tornado as palavras de ordem num mundo em processo intenso de transformação, Seligmann-Silva (2003, p.1145, grifo do autor) alerta que as visões sobre a flexibilização, podem ser diferentes; “o que por uns é designado como **flexibilização modernizadora**, é experienciado por outros como superexploração, incerteza quanto ao futuro e mesmo como ameaça de exclusão”, as tensões e conflitos gerados repercutem nos processos psíquicos e podem ou não constituir-se na gênese de doenças, de transtornos psíquicos ou psicossomáticos.

A proposta de flexibilidade salarial fundamenta-se no argumento de que oferece oportunidade de aumento de renda ao trabalhador, incentivando-o e promovendo sua adesão às metas de produção e competitividade da empresa. Ainda que no início seja estimulante, em algum tempo, geralmente, torna-se fatigante e tensiogênico, pois, o “ganho por produção” há muito já é reconhecido como estressante devido a exigência de maximização continuada de esforços (SELIGMANN-SILVA, 2003).

Os estudos que focalizaram a reestruturação produtiva no setor da saúde aumentaram, especialmente, a partir da década de 1990. A investigação de Pires (1998) foi um deles e constatou que a utilização de equipamentos de tecnologia de ponta não eliminou postos de trabalho da enfermagem e nem expulsou esses trabalhadores mas incrementou o rendimento do trabalho já que, foi possível atender com o mesmo número de trabalhadores passou-se a atender um maior número de pessoas.

A tecnologia liberou o tempo da enfermagem gasto com atividades agora executados com a utilização de equipamentos automatizados e dispensou os trabalhadores de enfermagem da verificação constante de sinais vitais; as bombas de infusão, após programação, controlam automaticamente a infusão da medicação no paciente e alarmam quando ocorre alteração na programação e os respiradores fazem a ventilação do paciente e o alarme é disparado na presença de muita secreção. Ainda que facilite o trabalho e, algumas vezes poupem esforços e energias, o barulho produzido pelos equipamentos que, quando alarmam produzem distintos ruídos, exige atenção mental para diferenciá-los, o que se torna um trabalho exaustivo e estressante. Muitas vezes, a tecnologia representa um desafio para o trabalhador, pois, lidar com o equipamento pode exigir um maior conhecimento além daquele de um idioma que pode ser novo para o trabalhador (PIRES, 1998) e assim tornar-se uma sobrecarga mental (SELIGMANN-SILVA, 2003).

Fonseca (2000) ao estudar o processo de mudanças organizacionais implementadas em um hospital universitário do Estado de Minas Gerais verificou que embora a equipe de enfermagem constitua o grupo majoritário na força de trabalho da instituição, tem ficado à margem das discussões. Detectou ainda a insatisfação e insegurança entre os enfermeiros que não tinham participação ativa na implementação das mudanças no ambiente laboral.

Como o trabalho proporciona as condições para garantir a existência do ser humano (como garantia de subsistência material e de posição social) a falta ou a ameaça de perda de emprego gera sofrimento psíquico no trabalhador que fica com a auto-estima abalada, o que pode resultar em sentimentos de “menos-valia”, angústia, insegurança, desânimo e desespero, caracterizando quadros ansiosos ou depressivos. Para Antunes (2000) as transformações econômicas, políticas e sociais vêm se articulando às transformações organizacionais e estão alterando o “sentido do trabalho”. E o sentido é um aspecto relevante da saúde mental do trabalhador afirma Seligmann-Silva (2003), pois, considera que quando alguém é impedido ou prejudicado em relação à valorização do que faz, acaba desvalorizando a si próprio. Muitas vezes a imposição organizacional é feita de maneira humilhante, agredindo a dignidade do ser

humano, representadas pelas situações reconhecidas como danos morais resultantes do “assédio moral”, no Brasil e “*mobbing*”¹⁹³ na Europa.

Na Tabela 21 encontra-se a distribuição dos diagnósticos de transtornos mentais e comportamentais relacionadas ao trabalho, verificados nos atendimentos realizados aos trabalhadores de enfermagem da FHEMIG.

Tabela 21 - Distribuição dos diagnósticos de transtornos mentais e comportamentais relacionadas ao trabalho, segundo sexo e categoria profissional. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG

Doença relacionada ao trabalho	Total		Sexo		Categoria profissional			
	n	%	M	F	Enf	Aux	Téc	Aten
Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física (F06.)	2	0,7	-	2	-	2	-	-
Transtornos de personalidade e do comportamento devidos a doença, a lesão e a disfunção cerebral (F07.-)	1	0,4	-	1	-	1	-	-
Transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de álcool (F10)	31	11,0	2	29	-	20	-	11
Episódios depressivos (F32.-)	204	72,3	17	187	13	176	-	15
Reações ao estresse grave e transtornos de adaptação (F43.-)	43	15,2	1	42	8	34	-	1
Estado de "stress" pós traumático (F43.1)	1	0,4	-	1	-	1	-	-
Total	282	100	20	262	21	234	-	27

n: número de atendimentos; Enf: enfermeiro; Aux: auxiliar de enfermagem; Téc: técnico de enfermagem; Aten: atendente de enfermagem.

Os 282 atendimentos por problemas psíquicos foram assim distribuídos: 21 para enfermeiros, 234 para auxiliares de enfermagem e 27 para atendentes de enfermagem, sendo a maioria do sexo feminino (92,8%). Houve ausência de atendimento aos técnicos de enfermagem. Sabe-se que o estigma associado aos problemas emocionais impede que muitos procurem ajuda profissional ou ainda por desqualificar os problemas dessa natureza. Do rol de doenças que teriam relação com o trabalho, observa-se que entre as três categorias da enfermagem, os episódios depressivos (204) foram os principais motivos da procura pelo serviço médico da DAST, seguido pelos transtornos de adaptação devido a estresse grave

¹⁹³ *Mobbing* é utilizado em casos de vítimas de um certo tipo de violência psicológica caracterizada por exclusão do fluxo de informações, sabotagem de suas atividades e isolamento que provocam mal-estar, depressão e inclusive casos de suicídios (SELIGMANN-SILVA, 2003).

(43). O alcoolismo (31) foi outro motivo que levou os auxiliares e atendentes de enfermagem a procurarem a DAST no ano de 2002.

Os episódios depressivos caracterizam-se por humor triste, perda do interesse e prazer nas atividades cotidianas, sendo comum uma sensação de fadiga aumentada. Muitas vezes existe a queixa de dificuldade de concentração, acompanhada pela baixa auto-estima e a autoconfiança, desesperança, idéias de culpa e inutilidade; visões isoladas e pessimistas do futuro, idéias ou atos suicidas. Geralmente é acompanhada por insônia terminal, diminuição do apetite e perda de peso. A ansiedade é muito freqüente e a angústia tende ser mais intensa pela manhã. As alterações da psicomotricidade podem variar da lentificação à agitação. Pode haver a lentificação do pensamento (BRASIL, 2001d).

De acordo com o Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde do MS, ainda que a relação dos episódios depressivos com o trabalho possa ser sutil, várias situações podem determinar as depressões mais ou menos graves, tais como:

as decepções sucessivas em situações de trabalho frustrantes, as perdas acumuladas ao longo dos anos de trabalho, as exigências excessivas de desempenho cada vez maior, no trabalho, geradas pelo excesso de competição, implicando ameaça permanente de perda do lugar que o trabalhador ocupa na hierarquia da empresa, perda efetiva, perda do posto de trabalho (BRASIL, 2001d, p.178).

Além disso, a ocorrência dos episódios depressivos podem estar associados a exposição ocupacional às substâncias químicas tóxicas, tais como o brometo de metila; os metais, chumbo, manganês e o mercúrio e seus compostos tóxicos, o sulfeto de carbono; tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos; o tricloroetileno, o tetracloroetileno, o tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos; assim como outros solventes orgânicos neurotóxicos. Essas substâncias químicas também seriam as responsáveis por quadros de transtornos orgânicos da personalidade (BRASIL, 2001d).

A preocupação dos trabalhadores da área da saúde com a própria saúde no trabalho tem resultado, especialmente nas últimas décadas, em diversas investigações realizadas em nosso país, incluindo aí os trabalhadores de enfermagem. Embora os estudos sobre a saúde dos trabalhadores de enfermagem ainda não sejam freqüentes (ROBAZZI; MARZIALE, 1999) o trabalho da enfermagem em ambiente hospitalar tem sido privilegiado, sendo caracterizado como penoso, marcado por intenso sofrimento (BULHÕES, 1994; SIQUEIRA et al., 1995; ALVES; BRITO, 1999; ELIAS, 2002) devido ao contato direto com situações-limite de saúde e doença (ELIAS, 2002); os trabalhadores de enfermagem são expostos a diversas situações geradoras de ansiedade (BARROS, 2003) e aos riscos ocupacionais de

distintas naturezas que podem comprometer a vida e a saúde dos trabalhadores (BULHÕES, 1994) e constituem-se em fontes geradoras de processos de desgastes biopsíquicos (SILVA, 1996; SILVA; MASSAROLO, 1998).

Os fatores relacionados ao tempo e ao ritmo laboral são muito importantes na determinação do sofrimento psíquico relacionado ao trabalho. O trabalhador de enfermagem desenvolve seu trabalho em turnos trabalho noturno, turnos alternados ou iniciando muito cedo pela manhã (LAUTERT et al., 1995), com longas jornadas de trabalho (SILVA, 1996), com poucas pausas destinadas ao descanso e às refeições de curta duração, em lugares desconfortáveis (LAUTERT et al., 1995), com intensificação do ritmo laboral (SILVA; MASSAROLO, 1998) e excessiva carga de trabalho (ELIAS, 2002).

Ainda que o trabalho seja uma fonte de prazer, de bem-estar e de saúde quando existem condições favoráveis à livre utilização das habilidades e o seu controle pelos trabalhadores, por outro lado, ele pode ser fonte de sofrimento psíquico quando desprovido de sentido, sem suporte social, não reconhecido ou em situações que se constitui em fonte de ameaça à integridade física e ou psíquica (LUNARDI FILHO, 1997). Desta maneira, os processos potencializadores da saúde e os destrutivos ocorrem, simultaneamente, no trabalho (SILVA; MASSAROLO, 1998).

Os resultados de pesquisas com os trabalhadores de enfermagem indicam que eles avaliam que as suas condições de trabalho são difíceis (ELIAS, 2002), precárias (ALVES; BRITO, 1999), estressantes (LAUTERT, 1995; COUTINHO NETO, 1998; ALVES; BRITO, 1999; STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2000; STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001) e causam muita insatisfação (LAUTERT et al., 1995; FONSECA, 2000) devido aos conflitos existentes entre os diferentes grupos profissionais (SANTOS, 1996; LIMA, 1998).

No caso específico da FHEMIG o pagamento por produtividade acrescentou elementos geradores de conflito intra e inter equipes de saúde, devido aos critérios adotados. A diferença no valor da produtividade entre as equipes do hospital-dia, das unidades de internação e das unidades de urgência, por exemplo, propiciou a ocorrência de um clima de tensão entre as equipes, inclusive com a negativa de prestação de ajuda, o que impediu maior cooperação entre trabalhadores (CHERCHIGLIA; GIRARDI, 2000).

Elias (2002) constatou que as trabalhadoras de enfermagem de um hospital universitário estavam sujeitas aos diversos tipos de pressões¹⁹⁴ existentes no ambiente de

¹⁹⁴ Elias (2002) identificou cinco grupos de pressões: a) pressões administrativas: o conflito de papéis e a falta de definições de responsabilidades, a sobrecarga de trabalho, a mudança constante de unidades, o rodízio de horários de serviços, os plantões, a falta de treinamento ou de orientação profissional, a subutilização do

trabalho e verificou que todas as suas entrevistadas já tinham recorrido ao tratamento psicológico ou à psicoterapia, com queixas de depressão e nervosismo.

Nos últimos anos, tem havido uma progressiva mudança nas relações de poder dentro das instituições hospitalares e na atualidade o setor administrativo adquiriu uma dimensão de poder que antes cabia ao médico e a alguns profissionais da saúde. Isto tem repercutido em sentimentos de vulnerabilidade entre esses profissionais (CARVALHO, 2003).

A ocorrência da síndrome de estresse profissional, também denominada de *Burnout*¹⁹⁵, tem sido investigada em trabalhadores da enfermagem através de estudos comparativos segundo o modelo de instituições em que trabalham e os resultados indicam que o menor índice desse problema ocorre naquelas em que as equipes têm sólidas relações e suas opiniões são ouvidas, existindo a possibilidade de discussão dos pontos de vistas (CARVALHO, 2003).

De acordo com Salvador e Calia (2003), o estresse como doença que pode ter origem ocupacional reduz a capacidade produtiva de uma grande parcela da mão-de-obra nacional, que encontra na dificuldade de diagnóstico um dos principais obstáculos para o seu combate, em função de apresentar um componente clínico muito difuso e variado, que vai da sonolência permanente à hiperatividade. Normalmente, a doença só é identificada quando aparecem perturbações orgânicas e psicológicas graves, como gastrite, depressão, psicoses e síndrome do desamparo, que levam o funcionário a trabalhar além de suas condições físicas e mentais, por medo de perder o emprego.

Os problemas sociais acentuados em época de crises de produção, com desemprego em alta, repercutem no ambiente de trabalho e, desta maneira, a insatisfação profissional, a sobrecarga de trabalho e a falta de integração podem ser porta de entrada para o vício como,

treinamento educacional do título obtido, a falta de participação nas decisões que afetam a prática de enfermagem, os salários não condizentes com a responsabilidade assumida e a falta de pessoal; b) pressões devido ao relacionamento com a equipe médica e de enfermagem: a falta de apoio e de suporte social, a inexistência de liderança, os relacionamentos conflituosos entre médicos e enfermeiros, a falta de reconhecimento do trabalho executado e a alta competitividade por empregos; c) pressões do ambiente de trabalho: a exposição constante aos riscos, a falta de equipamentos e de estrutura, os odores desagradáveis e o próprio ambiente físico das unidades; e) pressões relativas à assistência de enfermagem prestada ao paciente: a interação próxima aos pacientes com dor, a responsabilidade e cuidados com a vida do paciente e o confronto permanente com a dor e d) pressões relativas à vida pessoal dos profissionais: os horários incomuns de trabalho, a falta de oportunidade de crescimento pessoal e os valores conflitantes entre profissional e a organização em que atua.

¹⁹⁵ Trata-se de uma síndrome que surge “em profissionais comprometidos com seu trabalho e apresentam sintomas somáticos, psíquicos e comportamentais. Os sintomas somáticos são: exaustão, fadiga, cefaléias, distúrbios gastrointestinais, insônia, dispnéia. Os sintomas psíquicos são: humor depressivo, irritabilidade, ansiedade, rigidez, negativismo, ceticismo, desinteresse e os sintomas comportamentais são caracterizados basicamente por comportamentos evitativos como consultas rápidas, falta de contato visual, rótulos depreciativos atribuídos geralmente ao cliente, comportamento crítico e ataque às pessoas e instituições” (CARVALHO, 2003, p.140).

por exemplo, o do álcool. Estima-se que 10 a 15% da população mundial é dependente do álcool e sofrem de doenças por ele causadas (SENAD, 2000).

O alcoolismo, também conhecido como síndrome da dependência do álcool, é uma doença caracterizada pela presença de compulsão, perda de controle, dependência física e tolerância. A compulsão ao álcool é uma necessidade tão forte quanto a sede ou a fome, que faz com que a maioria dos dependentes precise de ajuda para se recuperar dessa doença. Embora o alcoolismo seja uma doença tratável, ainda não há cura e ele pode trazer sérios problemas à saúde, à família, aos amigos e aos colegas de trabalho, além de ser um risco à vida. O uso do álcool aumenta o risco a certos tipos de câncer, especialmente do fígado, esôfago, garganta e laringe. Pode causar cirrose hepática, problemas no sistema imunológico, danos cerebrais e prejudicar o feto durante a gravidez. Além disso, aumenta o risco de mortes por acidentes automobilísticos, recreacionais e de trabalho, assim como aumenta a probabilidade de homicídios e suicídios (SENAD, 2000).

Na Tabela 22 são apresentados os dados referentes à idade e ao número de dias de licença para tratamento de saúde registrados nos atendimentos devido a transtornos mentais e comportamentais.

Tabela 22 - Distribuição dos diagnósticos de transtornos mentais e comportamentais relacionadas ao trabalho, segundo faixa etária e tempo de licença médica. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG

Doença relacionada ao trabalho	Total	Faixa etária (anos)					Número dias de licença médica					
	n	19-29	30-39	40-49	50-59	>60	0	1	2 a 15	16-30	31-60	61-90
Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física	2	-	-	-	2	-	-	-	-	2	-	-
Transtornos de personalidade e do comportamento devidos a doença, a lesão e a disfunção cerebral	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-
Transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de álcool	31	-	1	3	25	2	22	1	3	4	1	-
Episódios depressivos	204	10	36	103	47	8	125	11	40	24	3	1
Reações ao estresse grave e transtornos de adaptação	43	5	8	14	14	2	23	1	17	2	-	-
Estado de "stress" pós traumático	1	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-
Total	282	15	45	122	88	12	171	14	60	32	4	1

Dos 282 atendimentos realizados, 204 (72,3%) foram referentes aos episódios depressivos que acometeram os trabalhadores com idades variadas, com maior concentração na faixa etária entre 40 e 49 anos. A maioria dos atendimentos (125) não resultou em licença para tratamento de saúde e 79 foram responsáveis por afastamentos que variaram de 1 a 90 dias. De acordo com Cherchiglia e Girardi (2000), a implantação do incentivo condicionado na FHEMIG transformou-se num mecanismo do controle do absenteísmo pois a frequência tornou-se o único critério utilizado para a distribuição igualitária do incentivo, além de ser uma mera complementação salarial. Isto representa segundo Seligmann-Silva (2003) uma forma de exercício do controle aliado à pressão direcionada para aumentar a produtividade, que ameaça o trabalhador pela vigilância exercida, o que pode resultar em idéias de perseguição.

A depressão é doença tratável mas, no entanto, é sub-diagnosticada e sub-tratada; cerca de 50% a 60% dos casos não são detectados pelo médico clínico e assim os deprimidos não recebem tratamento adequado e específico, uma vez que é um transtorno crônico, recorrente e incapacitante. Os motivos para o sub-diagnóstico advêm de fatores relacionados aos pacientes e aos médicos. Os primeiros podem ter preconceito em relação ao diagnóstico e descrença em relação ao tratamento, pois embora sofram muito, sentem-se culpados pelo desânimo e pela falta de interesse pela vida que costuma ser vista como preguiça ou falta de caráter pelas pessoas com quem convivem. Os fatores relacionados aos médicos incluem a falta de “treinamento, falta de tempo, descrença em relação à efetividade do tratamento, reconhecimento apenas dos sintomas físicos da depressão e identificação dos sintomas de depressão como uma reação ‘compreensível’” (FLECK et al., 2003, p.116).

Os transtornos causados por uma resposta inadaptada a um acontecimento estressante ou por circunstâncias penosas persistentes (OMS, 2000) acometeram trabalhadores da enfermagem de diversas faixas etárias; o maior número de atendimentos (32,5%) ocorreu em trabalhadores com idade entre os 40 e os 59 anos (Tabela 22). Os 43 atendimentos aos trabalhadores que apresentavam “episódios de repetidas revivescências do trauma, que se impõem à consciência clara ou em sonhos (pesadelos)” (BRASIL, 2001d, p.182), resultaram em 21 atendimentos (48,8%) com afastamento do trabalho para tratamento de saúde, por um período que variou entre 1 a 30 dias. O trabalhador com esse quadro pode viver episódios dramáticos de medo, pânico e agressividade desencadeados por estímulos que despertam recordação do trauma. Apresenta ainda uma sensação persistente de entorpecimento ou embotamento emocional, diminuição do envolvimento ou da reação ao mundo que o cerca, a rejeição às atividades e situações que lembram um episódio traumático. É comum observar

estados de excitação com hipervigilância, reações exacerbadas aos estímulos e insônia. Podem apresentar sintomas ansiosos, depressivos e ideação suicida. O abuso de álcool e outras drogas é um fator complicador (BRASIL, 2001d).

Dentro do grupo de diagnóstico denominado transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativa foi detectado que o álcool, os opiáceos e o fumo (Tabelas 11 e 12) são as substâncias utilizadas pelos trabalhadores de enfermagem, sendo que alguns apresentavam síndrome de dependência e de abstinência¹⁹⁶. Apenas as doenças relacionadas ao trabalho, decorrentes do uso do álcool, foram responsáveis por 31 atendimentos aos trabalhadores de enfermagem com idade acima de 30 anos resultando em 9 atendimentos com licença para tratamento de saúde. Isto indica que há necessidade acompanhar, epidemiologicamente, o grupo de trabalhadores de enfermagem para verificar a prevalência de alcoolismo crônico entre eles, uma vez que no grupo dos diagnósticos denominado FIES também se registrou a presença do alcoolismo.

De acordo com o relatório da OIT, no Brasil, em 2001, o álcool foi responsável por 50% das faltas no trabalho, provocou 339 mil acidentes e 17 mil casos de doenças de trabalho, apenas no mercado formal. Ainda que a síndrome de dependência alcoólica seja uma doença reconhecida oficialmente¹⁹⁷, o empregador não pode compelir o empregado a submeter-se ao tratamento médico e nem encaminhá-lo para licenciamento ou aposentadoria. Desta maneira, se o trabalhador, por iniciativa própria ou dos familiares não requerer afastamento, o empregador poderá dispensá-lo por justa causa, uma vez que o alcoolismo está tipificado na CLT como de falta grave (SALDO, 2003).

Para a OMS a síndrome de dependência alcoólica é um dos problemas relacionados ao trabalho, sendo considerado o próprio trabalho como um dos fatores psicossociais de risco para o alcoolismo crônico, já que o consumo coletivo de bebidas alcoólicas associado a situações laborais pode ser decorrente de prática defensiva, como meio de garantir a inclusão no grupo, bem como uma forma de viabilizar o próprio trabalho, em função de seus efeitos

¹⁹⁶ A Síndrome de dependência envolve um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após o repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associada ao forte desejo de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas conseqüências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância a droga e por vezes a um estado de abstinência física. Compreende o conjunto de sintomas que se agrupam de diversas maneiras e cuja gravidade é variável e ocorre quando há uma abstinência absoluta ou relativa de uma substância psicoativa, consumida de modo prolongado. O início e a evolução da síndrome de abstinência são limitados no tempo e dependem da categoria e da dose da substância consumida imediatamente antes da parada ou da redução do consumo. Pode complicar-se pela ocorrência de convulsões (OMS, 2000).

¹⁹⁷ Alcoolismo é considerado doença pela OMS desde 1967, porém foi a partir da década de 1970 que as empresas brasileiras despertaram para esse grave problema em seus quadros de funcionários.

como: calmante, euforizante, estimulante, relaxante, indutor do sono, anestésico e anti-séptico (BRASIL, 2001d).

O tratamento do alcoolismo implica, muitas vezes, em mudanças nas situações de trabalho, sendo o melhor prognóstico associado à busca voluntária de profissional de saúde mental, em virtude de a pessoa ter concluído que é alcoólatra e necessita de ajuda (BRASIL, 2001d). A atenção deve ser voltada também aos seus familiares que estão diretamente envolvidos e considerados como co-dependentes, pois são eles que justificam as faltas no trabalho, que tentam reconduzir o parente à sociedade, sofrem com o problema e, em alguns casos, até ajudam a alimentar o vício. Por isso, é importante que eles participem ativamente do processo de recuperação.

A ocorrência de dois diagnósticos referentes a “Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física” e de um diagnóstico de “Transtornos de personalidade e do comportamento devidos a doença, a lesão e a disfunção cerebral”¹⁹⁸ entre trabalhadores de enfermagem da FHEMIG, remete a necessidade de futuras investigações que venham confirmar ou não a ocorrência desses transtornos como efeito da exposição ocupacional às seguintes substâncias químicas tóxicas: brometo de metila, metais como o chumbo, manganês e mercúrio e seus compostos tóxicos, sulfeto de carbono, tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos, tricloroetileno, tetracloroetileno, tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos e a outros solventes orgânicos neurotóxicos (BRASIL, 2001d).

A análise dos diagnósticos registrados indica a necessidade de monitorar os ambientes laborais para investigar possíveis causas que poderiam estar contribuindo com a ocorrência dos problemas mentais e comportamentais apresentados pelos trabalhadores de enfermagem da FHEMIG. Para Selligmann-Silva (2003) as características assumidas pelas organizações do trabalho têm importante repercussão na vida afetiva dos trabalhadores. Nesse sentido alerta que as mudanças organizacionais velozes podem ter conotações negativas para a identidade, os relacionamentos humanos e para o próprio caráter dos indivíduos.

Entretanto para as ações de vigilância em saúde é preciso saber reconhecer os sinais de risco mental existentes nos ambientes de trabalho, uma vez que as “disfunções” mentais

¹⁹⁸ Transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física incluem diversas afecções superpostas a um transtorno cerebral devido a uma doença cerebral primária, a uma doença sistêmica que acomete secundariamente o cérebro, a substâncias tóxicas ou hormônios exógenos, a transtornos endócrinos, ou a outras doenças somáticas. Transtornos de personalidade e do comportamento devidos à doença, a lesão e a disfunção cerebral são conceituados como a alteração da personalidade e do comportamento que constituiriam um transtorno residual ou concomitante de uma doença uma lesão ou uma disfunção cerebral (OMS, 2000). Caracteriza-se por alterações significativas dos padrões habituais comportamento pré-mórbido, particularmente no que se refere à expressão das emoções, necessidades e impulsos (BRASIL, 2001d).

expressam-se de forma peculiar e diversificada, além dos sintomas e síndromes classicamente conhecidos pela psiquiatria, o que muitas vezes tornam algumas doenças “silenciosas” e “invisíveis” afirmou Selligmann-Silva (2003). As situações que poderiam constituir-se em outras formas de expressão do sofrimento ou do distúrbio psíquico e que manteria essa invisibilidade no contexto de trabalho seriam os incidentes ou acidentes de trabalho; as falhas de desempenho, as faltas ao trabalho/absenteísmo, a quebra de coesão entre colegas de trabalho, com formação de subgrupos fechados, os conflitos interpessoais no trabalho, os acidentes de trajeto e conflitos familiares/envolvimento em outros conflitos extra-trabalho.

Desta maneira os distúrbios psíquicos precisam ganhar mais visibilidade para que ações e medidas de saúde sejam tomadas em relação àqueles trabalhadores que enfrentam riscos mentais em seu cotidiano.

6.4.3 As doenças do aparelho respiratório (DARES)

O grupo de diagnóstico dessas doenças ocupou o quarto lugar no número de atendimentos aos trabalhadores da enfermagem da FHEMIG no ano de 2002. Estudos sobre os agravos apresentados pelos trabalhadores de enfermagem de distintos hospitais do país realizados por Silva (1996), Leite (2001) e Barbosa e Soler (2003) indicam que este grupo classificou-se em terceiro lugar. Tais resultados diferem daqueles realizados por Godoy (2001) e Reis et al. (2003), que investigaram os motivos do absenteísmo entre os trabalhadores da enfermagem em ambiente hospitalar, evidenciando que as doenças respiratórias foram classificadas em primeiro lugar.

Na Figura 6 são apresentados os dados referentes aos diagnósticos de doenças do aparelho respiratório registrados nos atendimentos realizados pela DAST aos trabalhadores da FHEMIG no ano de 2002 e sua comparação com a lista de enfermidades relacionadas ao trabalho do MS.

Doença encontrada na DAST						Doença relacionada ao trabalho - Portaria nº 1339/MS	
Grupo CID	Sub-grupo CID-10		n	%G	% A	Sim	Não
X - doenças do aparelho respiratório (J00-J99)	J00-J06	Infecções agudas das vias aéreas superiores	389	59,9	6,41	X	
	J10-J18	Influenza (gripe) e pneumonia	165	25,4	2,72		X
	J20-J22	Outras infecções das vias aéreas inferiores	24	3,7	0,40		X
	J30-J39	Outras doenças das vias aéreas superiores	26	4,0	0,43	X	
	J40-J47	Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	36	5,5	0,59	X	
	J60-J70	Doenças pulmonares devidas a agentes externos	2	0,3	0,03		X
	J80-J84	Outras doenças respiratórias que afetam principalmente o interstício	1	0,2	0,02		X
	J90-J94	Outras doenças da pleura	2	0,3	0,03		X
	J95-J99	Outras doenças do aparelho respiratório	4	0,6	0,07		X
	Total		649	100	10,69		X

n: número de atendimentos; %G: percentagem em relação ao grupo de diagnósticos; %A: percentagem em relação ao total geral de atendimentos.

Figura 6 - Distribuição dos diagnósticos de doenças do aparelho respiratório, segundo subgrupo e a comparação com a Lista de doenças relacionadas ao trabalho

Foram realizados 649 atendimentos devido a problemas respiratórios entre os trabalhadores da enfermagem, que representaram 10,69% do total de atendimentos prestados no ano pela DAST. Dentre esses problemas, as infecções agudas (59,9%) foram as principais causas de comparecimento à divisão de saúde, seguido pela influenza e pneumonia (25,4%).

Três subgrupos (infecções agudas e outras doenças das vias aéreas superiores e doenças crônicas das vias aéreas inferiores), contabilizando 451 enfermidades da CID-10, reuniram 58 doenças que poderiam estar relacionadas ao trabalho. Os diagnósticos são apresentados na figura que se segue.

Grupo CID-10	Doença relacionada ao trabalho	n	%B	%C
Doenças do aparelho respiratório (n= 649; %A= 11)	Faringite aguda, não especificada (J02.9)	14	2,2	0,23
	Laringotraqueíte aguda (J04.2)	1	0,2	0,02
	Rinite crônica (J31.0)	1	0,2	0,02
	Sinusite crônica (J32)	17	2,6	0,28
	Asma (J45)	25	3,9	0,41
	TOTAL	58	8,9	0,96

n: número de atendimentos; %A: percentagem em relação aos grupos de diagnóstico do CID-10; %B: percentagem em relação ao grupo DARES; %C: percentagem em relação ao total de atendimentos da DAST/FHEMIG.

Figura 7 - Distribuição dos diagnósticos de doenças do aparelho respiratório relacionadas ao trabalho. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte - MG

Dos 649 atendimentos (11% do total) devido aos problemas respiratórios, 58 deles (8,9%) poderiam ser de doenças relacionadas ao trabalho. A interação orgânica do ser humano com o meio ambiente é realizada através do sistema respiratório, por meio do ar e seus constituintes, gases e aerossóis. Além da poluição do ar nos ambientes de trabalho, as propriedades químicas e físicas dos gases e aerossóis, aliados às características próprias do indivíduo e seus hábitos de vida podem influenciar nos efeitos dessa exposição.

Na Tabela 23 estão relacionados os diagnósticos de doenças respiratórias relacionadas ao trabalho, segundo a categoria profissional, a faixa etária e o tempo de afastamento.

Tabela 23 - Distribuição dos diagnósticos de doenças respiratórias relacionadas ao trabalho, segundo categoria profissional, faixa etária e tempo de afastamento. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG

Doença relacionada ao trabalho	Sexo		Categoria					Faixa etária				Afastamento (dias)			
	M	F	E	Ax	T	At	19-29	30-39	40-49	50-59	>60	0	1	2-15	16-30
Faringite aguda, não especificada (n=14)	2	12	3	10	1	-	2	8	3	1	-	-	7	7	-
Laringotraqueíte aguda (n=1)	-	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-	1	-	-	-
Rinite crônica (n=1)	-	1	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-
Sinusite crônica (n=17)	5	12	2	15	-	-	4	5	6	1	1	-	5	12	-
Asma (n=25)	4	21	1	24	-	-	-	7	16	2	-	3	5	13	4
Total (n=58)	11	47	6	50	1	1	6	22	25	4	1	4	18	32	4

n: número de atendimentos; E: enfermeiro; Ax: auxiliar de enfermagem; T: técnico de enfermagem; At: atendente de enfermagem.

Observa-se que as doenças respiratórias atingiram representantes das quatro categorias profissionais que compõe a equipe de enfermagem, de ambos os sexos, porém com uma distribuição desigual entre eles. Tal desigualdade pode relacionar-se ao tipo de atividade diversificada, desenvolvida por esses trabalhadores, que definiria a exposição aos medicamentos e outras substâncias químicas sensibilizantes das vias respiratórias bem como a natureza de atendimento prestado pelo hospital. A asma (25 atendimentos) foi a doença mais freqüente nesse grupo de diagnóstico. Foram 24 atendimentos aos auxiliares de enfermagem e um atendimento ao enfermeiro, cujas idades variaram de 30 a 59 anos; tal doença foi

responsável por afastamentos do trabalho por períodos que variaram de 1 a 30 dias, com grande parte dos afastamentos variando entre 2 a 15 dias.

A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas caracterizada pela obstrução do fluxo aéreo, inflamação, aumento da reatividade das vias aéreas a vários estímulos e com episódios recorrentes de sibilância, dispnéia, aperto no peito e tosse, particularmente à noite e pela manhã ao acordar. É reversível espontaneamente ou com tratamento e pode ser classificada em duas categorias: asma ocupacional, caracterizada por limitação variável do fluxo de ar e/ou hiper-responsividade brônquica, desencadeadas no local de trabalho e não por estímulos externos e asma agravada pelo trabalho, que ocorre em indivíduos previamente asmáticos, e agravada por irritantes e/ou sensibilizantes presentes no local de trabalho (BRASIL, 2001d).

A ocorrência de asma ocupacional poderia estar relacionada com o aumento de novos produtos químicos utilizados na indústria, simultaneamente ao avanço nos métodos diagnósticos. “O número de substâncias causadoras da asma ultrapassava 200 no início dos anos 80 e agora em estima-se em mais de 300” (BRASIL, 2001d, p.331).

A sinusite crônica (17) foi outra doença que acometeu auxiliares de enfermagem (15) e enfermeiros (2), de ambos os sexos, com idades que variaram dos 19 aos 60 anos (Tabela 23), ocasionando afastamentos de um dia (5 atendimentos) até de 2 a 15 dias (13 atendimentos), o que indica a necessidade de medidas de controle da exposição aos gases, vapores, névoas e poeiras irritantes para que se reduza a ocorrência dessa doença dentre o pessoal de enfermagem.

Para se compreender a natureza ocupacional da sinusite crônica é preciso conhecer os fatores de risco envolvidos no desenvolvimento da sinusite em geral, que é a inflamação dos seios paranasais devido às infecções causadas por vírus, bactérias ou fungos, ou ainda por reações alérgicas, de curso agudo ou crônico. Os fatores de risco mais comumente associados ao desencadeamento da sinusite em geral são as alterações da respiração nasal e a obstrução dos óstios, as infecções frequentes e repetidas das vias aéreas superiores, os defeitos do transporte mucociliar; as doenças consumptivas gerais, como diabetes, colagenoses, septicemia, AIDS, entre outros, o uso e abuso de drogas, como maconha, cocaína, cola de sapateiro, os irritantes caseiros, como inseticidas, detergentes e tintas e outros irritantes, como a fumaça de cigarros e aqueles presentes no ambiente de trabalho. A causa da sinusite crônica é a exposição a agentes irritantes, na forma de gases e vapores, de névoas e poeiras; a sinusite crônica relacionada ao trabalho pode ser então causadas ou agravadas por substâncias químicas irritantes (BRASIL, 2001d).

A faringite aguda foi responsável por 14 atendimentos: 10 a auxiliares de enfermagem, três a enfermeiros e um a técnicos de enfermagem, de ambos sexos, cujas idades variaram entre os 19 e 59 anos. Todos os atendimentos resultaram em afastamento ao trabalho: sete deles originaram um dia de licença para tratamento de saúde e os demais afastamentos por períodos que variaram entre dois a 15 dias (Tabela 23).

A faringite aguda é a inflamação aguda da faringe que pode ser causada por vírus, bactérias ou fungos. Os quadros de dor de garganta muito intensa, angina aguda ou faringite aguda, devem ser considerados, em sua relação com o trabalho, quando os trabalhadores estiverem expostos aos gases e vapores cáusticos ou irritantes, entre eles os halogenados, como o flúor, o cloro, o bromo e o iodo, a ácidos em altas concentrações de gases, como os óxidos de enxofre utilizadas em caldeiras hospitalares (BRASIL, 2001d).

A prevenção das doenças do sistema respiratório relacionadas ao trabalho baseia-se em procedimentos de vigilância em saúde do trabalhador, que inclui a vigilância epidemiológica dos agravos e a vigilância sanitária dos ambientes e condições laborais. Os principais procedimentos implicam no reconhecimento prévio das atividades e locais de trabalho onde existam substâncias químicas, agentes físicos e biológicos e fatores de risco decorrentes da organização do trabalho potencialmente causadores de doença; na identificação dos problemas ou danos potenciais para saúde decorrentes da exposição aos fatores de risco identificados; na identificação e proposição de medidas de controle que devem ser adotadas para o controle da exposição aos fatores de risco e para a proteção dos trabalhadores e na educação e informação dos trabalhadores.

Ações de controle médico voltadas para identificação da doença em seu estado latente inicial, podem reverter ou diminuir a velocidade de instalação ou de progressão dos processos patológicos. Nesse sentido a realização de exames adicionais e periódicos dos trabalhadores expostos, com aplicação de questionários padronizados a respeito dos sintomas respiratórios pode auxiliar muito.

6.4.4 As doenças do aparelho circulatório (DACIR)

As doenças do aparelho circulatório ocuparam o quinto lugar em frequência, representando 523 atendimentos (8,62% do total). Lessa (1998) afirmou que as doenças cardiovasculares representaram, no Brasil, em 1994, 39,5% dos óbitos por causas conhecidas,

em pessoas a partir dos 20 anos e, portanto, é urgente a adoção de medidas de prevenção e controle.

Na Figura 8 são apresentadas as doenças desse grupo encontradas nos atendimentos realizados aos trabalhadores de enfermagem agrupadas conforme os subgrupos da CID-10 e a correspondente comparação com a listagem do MS.

Doença encontrada na DAST						Doença relacionada ao trabalho - Portaria nº 1339/MS	
Grupo CID - 10	Subgrupos CID-10		n	% G	% A	Sim	Não
IX - doenças do aparelho circulatório (100-199)	I00-I02	Febre reumática aguda	36	6,9	0,59		X
	I05-I09	Doenças reumáticas crônicas do coração	8	1,5	0,13		X
	I10-I15	Doenças hipertensivas	282	53,9	4,65	X	
	I20-I25	Doenças isquêmicas do coração	37	7,1	0,61	X	
	I26-I28	Doença cardíaca pulmonar e doenças da circulação pulmonar	2	0,4	0,03		X
	I30-I52	Outras formas de doença do coração	45	8,6	0,74	X	
	I60-I69	Doenças cerebrovasculares	13	2,5	0,21		X
	I70-I79	Doenças das artérias,das arteríolas e dos capilares	11	2,1	0,18		X
	I80-I89	Doenças das veias, dos vasos linfáticos e dos gânglios linfáticos, não classificadas em outra parte	78	14,9	1,29		X
	I95-I99	Outros transtornos e os não especificados...	11	2,1	0,18		X
	Total		523	100	8,62		X

n: número de atendimentos; %G: percentagem em relação ao grupo de diagnósticos; %A: percentagem em relação ao total geral de atendimentos.

Figura 8 - Distribuição dos subgrupos de diagnósticos de doenças do aparelho circulatório. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte –MG

Estima-se que no Brasil, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 32,7% dos óbitos por causas determinadas, entre 1994 a 1997 e constituem a principal causa de mortalidade. Tais padrões se repetem também nos países desenvolvidos e na maioria dos que estão em desenvolvimento (DANTAS, 2003). A participação das doenças cardiovasculares na mortalidade do país vem crescendo desde meados do século XX e constituem-se nas moléstias mais freqüentes de morbidade “implicando 10,74 milhões de dias de internação pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e representando a principal causa de gastos em assistência médica, 16,2% do total” (BRASIL, 2001d, p.277).

No agrupamento das doenças do aparelho circulatório proposto pela CID-10 estão incluídas as doenças reumáticas, as doenças do pericárdio e endocárdio, as cerebrovasculares, as isquêmicas do coração, a insuficiência cardíaca, a hipertensão arterial e as vasculopatias periféricas (OMS, 2000).

Foram realizados 523 atendimentos motivados pelas doenças cardiovasculares (8,62% do total) pela DAST aos trabalhadores de enfermagem da FHEMI, no ano de 2002. As doenças hipertensivas, com 282 atendimentos (53,9% do grupo diagnóstico das doenças cardiovasculares) foram majoritárias nesse grupo de diagnósticos seguidas das flebites e tromboflebites, varizes de membros inferiores, hemorróidas e linfangites, com 78 atendimentos (14,9%); tais enfermidades estão enquadradas no subgrupo das doenças das veias e dos vasos e gânglios linfáticos, não classificadas em outra parte.

Embora seja crescente a valorização dos fatores pessoais como o sedentarismo, o tabagismo e a dieta na gênese das doenças cardiovasculares, não é dada a devida atenção aos fatores de risco presentes na atual ou anterior atividade ocupacional dos pacientes (BRASIL, 2001d); no entanto, tal fato não se restringe apenas a essas doenças.

As doenças cardiovasculares relacionadas ao trabalho apresentadas pelos membros da equipe de enfermagem da FHEMIG no ano de 2002, pertencem a três dos dez subgrupos discriminados na Figura 8, que no seu total contabilizaram 364 enfermidades, conforme a CID-10. Na Figura 9 pode-se visualizar os atendimentos realizados pela DAST referentes aquelas doenças do aparelho circulatório relacionadas ao trabalho.

Grupo CID-10	Doença relacionada ao trabalho	n	% B	% C
Doenças do aparelho circulatório (n=523; %A= 8,6)	Hipertensão arterial (I10)	256	48,9	4,22
	Angina pectoris (I20.)	9	1,7	0,15
	Infarto agudo do miocárdio (I21)	8	1,5	0,13
	Arritmias cardíacas (I49)	9	1,7	0,15
	TOTAL	282	53,9	4,65

n: número de atendimentos; % A: percentagem em relação aos grupos de diagnóstico do CID-10; % B: percentagem em relação ao grupo DACIR; % C: percentagem em relação ao total de atendimentos da DAST/FHEMIG.

Figura 9 - Distribuição das doenças do aparelho circulatório relacionadas ao trabalho. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG

A hipertensão arterial foi a principal doença cardiovascular, relacionada ao trabalho, que acometeu os trabalhadores de enfermagem da FHEMIG (256 atendimentos, que representam 48,9 % do total realizado em função de doenças cardiovasculares). Foram também registradas ocorrências de angina pectoris (9 atendimentos), arritmias cardíacas (9) e

infartos agudos do miocárdio (8). Tais doenças têm tido destaque na literatura médica por suas relações com situações de estresse e condições de desemprego.

A hipertensão arterial é a elevação persistente da pressão arterial (sistólica e/ou diastólica) observada em duas ou mais aferições em, pelo menos, duas ocasiões distintas. Os valores máximos admitidos para adultos com idade acima de 18 anos são: 140 mm/Hg para a pressão sistólica e 90 mm/Hg para a diastólica. Ainda que sua etiologia não esteja bem definida, sabe-se que fatores genéticos e ambientais, dentre eles o estilo de vida, o estresse decorrente do trabalho ou das atividades da vida diária e a ingestão elevada de sódio podem estar relacionados com a gênese da hipertensão arterial primária, que acomete 95% da população de hipertensos (BRASIL, 2001d).

As principais causas da hipertensão arterial secundária são as doenças renais¹⁹⁹; as doenças endócrinas²⁰⁰, a coarctação de aorta, o uso de drogas²⁰¹ e medicamentos²⁰², a exposição a substâncias tóxicas²⁰³, o estresse e a exposição a ruídos (DANTAS, 2003).

A hipertensão arterial é um importante fator de risco para as doenças cardiovasculares (LESSA, 1998) e, portanto, o principal objetivo do seu tratamento é a prevenção das complicações cardiovasculares como os acidentes vasculares encefálicos, as insuficiências cardíacas e renal e as doenças isquêmicas do coração, assim como a redução da morbidade e da mortalidade do hipertenso. O controle da hipertensão é fator importante no prolongamento e melhoria da qualidade de vida e reduz a incidência das complicações mais frequentes (DANTAS, 2003).

Dantas (2003) afirma que para considerarmos a hipertensão arterial como doença relacionada ao trabalho, é necessária a comprovação da exposição aos fatores de risco de natureza ocupacional, associada às evidências bibliográficas e epidemiológicas de aumento da prevalência da doença em determinados grupos de trabalhadores e excluídas as causas mais comuns, de natureza não-ocupacional, de hipertensão arterial secundária. O aumento da reatividade cardiovascular e a elevação da pressão arterial podem ser causados por vários agentes de natureza química, física e psíquica presentes nos ambientes de trabalho, dentre eles estão a

¹⁹⁹ Doença parenquimatosa renal e doença renovascular (DANTAS, 2003).

²⁰⁰ Hiperaldosteronismo primário; Síndrome de Cushing; feocromocitoma; hipertireoidismo e hipotireoidismo (DANTAS, 2003).

²⁰¹ Ingestão excessiva de álcool, anfetaminas, cocaína (*crack*), *ecstasy* (MDMA) e esteróides anabolizantes (DANTAS, 2003).

²⁰² Contraceptivos orais e terapia de reposição hormonal, simpaticomiméticos, corticosteróides, antidepressivos (tríclicos, inibidores da monoamino-oxidase) e imunossupressores (DANTAS, 2003).

²⁰³ Dissulfeto de carbono, solventes, inseticidas organofosforados e carbamatos, cádmio, chumbo e mercúrio (DANTAS, 2003).

carga psíquica de trabalho; pouca autonomia e flexibilidade da organização do trabalho; o horário irregular, trabalho em turnos e noturno; insatisfação, alienação, monotonia e frustração com o trabalho; conflitos interpessoais e competição no trabalho; insegurança no emprego e desemprego; grau de responsabilidade no emprego; clima organizacional; exposição ao ruído e exposição a substâncias tóxicas (DANTAS, 2003, p.1310).

A angina pectoris é a dor ou desconforto precordial, com duração de cinco a quinze minutos, causados pela isquemia miocárdica; a dor pode irradiar para o braço esquerdo, ombro, pescoço e mandíbula ou para a região epigástrica. Pode ser desencadeada pelo exercício ou por emoções e está associada à disfunção miocárdica, sem evidências de necroses (DANTAS, 2003). São considerados como agentes patogênicos e/ou fatores de risco a intoxicação por monóxido de carbono, que ocasiona a hipóxia, a exposição crônica ao sulfeto de carbono, a exposição ou a sua cessação aos nitratos, aos trinitrotolueno e os problemas relacionados com o emprego e o desemprego (BRASIL, 2001d).

O infarto agudo do miocárdio (IAM) é provocado por uma trombose coronariana aguda e oclusiva que tem como consequência a isquemia miocárdica grave, prolongada que determina a necrose do músculo cardíaco. Caracteriza-se por dor torácica retroesternal intensa, constritiva, com duração superior a 30 minutos, acompanhada de sudorese, náusea e dispnéia. (DANTAS, 2003). Os fatores de risco são a dislipidemias (colesterol LDL alto, colesterol HDL baixo e hipertrigliceridemia), a diabetes mellitus, a hipertensão arterial, obesidade, o tabagismo, a predisposição genética e familiar, o sedentarismo, alcoolismo e o uso de contraceptivos orais (BRASIL, 2001d). Como o IAM é uma situação de emergência, o diagnóstico e tratamentos precoces são fundamentais. Para a prevenção é necessário existir a identificação dos fatores de risco aos quais o indivíduo está submetido, sua reversão e, se possível, a detenção de sua evolução e agravamento, com a finalidade de reduzir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida. Os fatores de risco devem ser modificados ou controlados avaliando-se a contribuição de cada um deles isoladamente ou combinados (BRASIL, 2001d).

A relação entre a doença isquêmica do coração e o trabalho foi amplamente avaliada por estudos epidemiológicos, revisões bibliográficas e dissertações de mestrado (DANTAS, 2003). Sua maior incidência ocorre em trabalhadores expostos às intoxicações ocupacionais pelo monóxido de carbono e pelo sulfeto de carbono, pela cessação súbita da exposição aos nitratos, em trabalhadores cronicamente expostos (BRASIL, 2001d; DANTAS, 2003), pelos problemas decorrentes da organização do trabalho que ocasionam sobrecarga psíquica, pelo

prolongamento da jornada e ameaça de desemprego e pela sobrecarga física e exposição a temperaturas extremas (calor e frio) (DANTAS, 2003).

A arritmia cardíaca é um distúrbio fisiológico ou psicológico que altera o automatismo, a formação ou a condução do estímulo elétrico do coração (BRASIL, 2001d) e pode representar um risco real de morte quando produz ou agrava os distúrbios hemodinâmicos (BRASIL, 2001d) que resultam em hipotensão arterial, tonturas, síncope e insuficiência cardíaca congestiva (DANTAS, 2003). Pode ser encontrada em indivíduos normais ou cardiopatas e as possíveis causas são diversas²⁰⁴ (BRASIL, 2001d; DANTAS, 2003). As arritmias podem ser desencadeadas por exposição a substâncias tóxicas como o monóxido de carbono, gás arsina²⁰⁵, nitratos, solventes²⁰⁶, agrotóxicos organofosforados e carbamatos, antinômio, arsênio, cobalto e mercúrio²⁰⁷. Além disso, há a contribuição dos fatores de risco psicossociais relacionados à organização do trabalho e ou ao desemprego, geradores de situações estressantes (BRASIL, 2001d).

Na Tabela 24 são detalhados os dados referentes aos atendimentos relacionados às doenças cardiovasculares, em relação ao sexo, categoria profissional e faixa etária dos trabalhadores investigados.

²⁰⁴ Principais causas: doenças isquêmicas do coração, cardiopatia hipertensiva, miocardiopatias, doença de Chagas, doença reumática, lesões valvulares, síndromes de pré-excitação ventricular, cardiopatias congênitas, doenças do sistema nervoso central, pneumopatias com insuficiência respiratória e hipóxia tissular, doenças sistêmicas, infecciosas e parasitárias com alterações metabólicas, distúrbios hidroeletrolíticos, medicamentos, fumo, ingestão excessiva de álcool e cafeína, cocaína e outras drogas estimulantes do SNC (DANTAS, 2003).

²⁰⁵ Possui efeito hemolítico e toxicidade cardíaca direta (BRASIL, 2001d).

²⁰⁶ Como os fluorcarbonos e os organoclorados como clorofórmio, tetracloretileno, tricloroetileno, diclorometano, cloreto de metileno (BRASIL, 2001d).

²⁰⁷ No local de um antigo veio de ouro explorado por garimpeiros a partir do final da década de 10 do século XIX foi encontrado o mercúrio, um metal pesado e tóxico, “brotando” próximo de um córrego que deságua no ribeirão do Gramma, cuja água abastece a população de Descoberto e São João Nepomuceno, municípios localizado a 370 Km de Belo Horizonte. O caso é considerado inédito no Brasil e possivelmente no mundo, já que os dois episódios de afloramento em fábricas desativadas dos EUA e Alemanha, não ocorreram depois de 150 anos. De acordo com a Fundação Estadual, de Meio Ambiente de Minas Gerais, o solo aonde aflorou o mercúrio está contaminado e as análises de amostras da terra demonstraram a ocorrência de concentrações que variaram de 269 mg/Kg a 936 mg/Kg, muito superiores a 25mg/kg, valor indicativo de contaminação. Moradores locais contaminados relataram a ocorrência de pruridos, vermelhidão e bolhas nos troncos e membros. Foi proibido o consumo dos peixes retirados dos rios da região (TORRES, 2003).

Tabela 24 - Distribuição dos diagnósticos de doenças circulatórias relacionadas ao trabalho, segundo sexo, categoria profissional, faixa etária e tempo de afastamento do trabalho. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG

Doença relacionada ao trabalho	Sexo		Categoria profissional				Faixa etária					Dias de afastamento				
	M	F	E	Ax	T	At	19-29	30-39	40-49	50-59	>60	0	1	2 a 15	16 a 30	31 a 60
Hipertensão arterial (n=256)	25	231	13	232	-	11	4	29	134	71	18	145	49	57	4	1
Angina pectoris (n=9)	3	6	-	9	-	-	-	3	2	3	1	3	-	6	-	-
Infarto Agudo do Miocárdio (n=8)	-	8	-	8	-	-	-	1	2	5	-	3	1	1	3	-
Arritmias cardíacas (n=9)	3	6	-	6	-	3	-	1	6	1	1	6	1	1	-	1
Total (n=282)	31	251	13	255	-	14	4	34	144	80	20	157	51	65	7	2

n: número de atendimentos; E: enfermeiro; Ax: auxiliar de enfermagem; T: técnico de enfermagem; At: atendente de enfermagem.

Observou-se que a hipertensão arterial foi a patologia de destaque tanto para os homens como para as mulheres; no entanto os atendimentos devido à essa doença foram predominantemente femininos (251 atendimentos, 92,03% do total). Enquanto os atendimentos por IAM foram registradas apenas em mulheres (8), na angina e arritmias predominou o atendimento entre as mulheres (dois terços), porém foi registrado também nos atendimentos aos trabalhadores do sexo masculino (um terço), conforme a Tabela 24. Não foi constatada, naquele ano, a ocorrência de doenças cardíacas dentre os técnicos de enfermagem.

A ocorrência deste grupo de doenças foi desigual entre as categorias de enfermagem, que sugere a existência de diferentes formas de exposição dos trabalhadores aos fatores de risco determinantes de tais enfermidades. A categoria dos auxiliares de enfermagem foi a única onde se verificou a ocorrência das quatro doenças cardiovasculares diagnosticadas (255 atendimentos), com predominância da hipertensão arterial (232 atendimentos). Dentre os atendentes de enfermagem, o desgaste provocado no trabalho manifestou-se através da hipertensão arterial (11 atendimentos) e das arritmias cardíacas (3 atendimentos), enquanto que os enfermeiros foram atendidos, predominantemente, em função da hipertensão arterial (13 atendimentos).

A hipertensão arterial, que é um importante fator de risco para as doenças cardiovasculares, teve ocorrência registrada entre enfermeiros, auxiliares e atendentes de enfermagem. Chama a atenção sua manifestação em uma ampla faixa etária faixa etária,

ocorrendo em trabalhadores jovens, adultos e idosos (dos 19 anos até acima de 60 anos). Boa parte dos atendimentos (145) devido a hipertensão arterial não resultou em afastamento do trabalho; no entanto, esta doença é preocupante pelas consequências que pode gerar.

O maior desafio do seu tratamento, assim como de outras doenças crônicas, é fazer com que os pacientes se engajem no tratamento e sigam as orientações por um longo período de tempo de suas vidas, que pode ser dez, vinte ou trinta anos. Tal desafio foi externado pelo Dr. Décio Mion Júnior, chefe da unidade de hipertensão do Hospital das Clínicas da USP que, em entrevista concedida a um grande jornal de circulação nacional afirma que “os médicos não sabem como convencer as pessoas a se tratarem seja com remédios, seja com hábitos de vida saudáveis”. Acrescentou ainda que, os resultados obtidos em seu estudo indicaram que a maioria dos médicos hipertensos (60%) não trata de forma adequada de sua doença, o que revela que o conhecimento acerca da doença e de suas complicações não aumenta a adesão dos hipertensos ao tratamento (BIANCARELLI, 2003b, p.4).

6.4.5 As lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (LEC)

Este grupo de diagnóstico ocupou o sexto lugar na classificação adotada no presente estudo, tendo registrado 501 atendimentos, correspondentes a 8,25% do total de atendimentos realizados pela DAST aos trabalhadores de enfermagem da fundação hospitalar. O grupo do capítulo XIX da CID-10 é muito amplo e engloba diversas naturezas de traumatismos, ferimentos e intoxicações.

Na Figura 10 estão discriminados os atendimentos referentes a traumatismos, lesões e intoxicações ocorridos com o pessoal da enfermagem da FHEMIG no período estudado e sua comparação com a lista de enfermidades do MS.

Doença encontrada na DAST						Doença relacionada ao trabalho - Portaria nº 1339/MS	
Grupo CID	Subgrupos CID-10		n	%G	% A	Sim	Não
XIX - Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S,T)	S00-S09	Traumatismos da cabeça	35	7,0	0,58		X
	S10-S19	Traumatismos do pescoço	13	2,6	0,21		X
	S20-S29	Traumatismos do tórax	4	0,8	0,07		X
	S30-S39	Traumatismos do abdome, do dorso, da coluna lombar e da pelve	18	3,6	0,30		X
	S40-S49	Traumatismos do ombro e do braço	27	5,4	0,44		X
	S50-S59	Traumatismos do cotovelo e do antebraço	28	5,6	0,46		X
	S60-S69	Traumatismos do punho e da mão	125	25,0	2,06		X
	S70-S79	Traumatismos do quadril e da coxa	11	2,2	0,18		X
	S80-S89	Traumatismos dos joelhos e da perna	62	12,4	1,02		X
	S90-S99	Traumatismos do tornozelo e do pé	132	26,3	2,17		X
	T00-T07	Traumatismos envolvendo múltiplas regiões do corpo	4	0,8	0,07		X
	T08-T14	Traumatismos de localização não especificada do tronco, membro ou outra região do corpo	8	1,6	0,13		X
	T15-T19	Efeito da penetração de corpo estranho através de orifício natural	6	1,2	0,10		X
	T20-T32	Queimaduras e corrosões	15	3,0	0,25		X
	T36-T50	Intoxicação por drogas, medicamentos e substâncias biológicas	2	0,4	0,03		X
	T51-T65	Efeitos tóxicos de substâncias de origem predominantemente não-medicinal	2	0,4	0,03	X	
	T66-T78	Outros efeitos de causas externas e os não especificados	4	0,8	0,07		X
	T80-T88	Complicações de cuidados médicos e cirúrgicos não classificados em outra parte	2	0,4	0,03		X
	T90-T98	Seqüelas de traumatismos, de intoxicações e de outras consequências das causas externas	3	0,6	0,05		X
	Total		501	100	8,25		X

n: número de atendimentos; %G: percentagem em relação ao grupo de diagnósticos; %A: percentagem em relação ao total geral de atendimentos.

Figura 10 - Distribuição das lesões e envenenamentos relacionados ao trabalho. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG

Percebe-se que somente o subgrupo denominado “efeitos tóxicos de substâncias de origem predominantemente não-medicinal”, totalizando dois atendimentos, contempla doença relacionada ao trabalho. Com o detalhamento desses atendimentos verificou-se que apenas um dos diagnósticos estava coerente com a lista do MS. Assim, constatou-se que esse atendimento foi realizado a um auxiliar de enfermagem, do sexo feminino, na faixa etária entre 50 a 54 anos, sofreu efeito da intoxicação por praguicida e obteve um dia de licença para tratamento de saúde. É necessária a realização de investigação mais pormenorizada para determinar a forma de exposição ocorrida com este trabalhador.

6.4.6 As doenças infecciosas e parasitárias (DIP)

Tais doenças ocuparam o sétimo lugar em frequência. Os seus agentes causadores são, os vírus, rickettsias, micoplasmas, clamídias, bactérias, fungos e parasitas (protozoários e helmintos). Para Couto e Pedroso (2003) tais agentes desequilibram o organismo e produzem desde sintomas discretos até quadros fulminantes que levam à morte. O risco de contrair doenças provocadas por esses agentes é maior para os trabalhadores da área da saúde do que para a população em geral, devido ao contato direto que tais trabalhadores mantêm com pacientes e/ou com vetores transmissores de moléstias infecciosas.

Na Figura 11 são apresentadas as doenças desse grupo encontradas nos atendimentos realizados aos trabalhadores de enfermagem agrupadas conforme os subgrupos da CID-10 e comparadas com a listagem de enfermidades do MS (BRASIL, 2000a).

Diagnóstico de doença encontrada na DAST						Doença relacionada ao trabalho - Portaria nº 1339/MS	
Grupo CID	Subgrupos CID-10		n	%G	% A	Sim	Não
I - doenças infecciosas e parasitárias(A00-B99)	A00-A09	Doenças infecciosas intestinais	144	46,8	2,37		X
	A15-A19	Tuberculose	17	5,5	0,28	X	
	A20-A28	Algumas doenças bacterianas zoonóticas	3	1,0	0,05		X
	A30-A49	Outras doenças bacterianas	6	1,9	0,10		X
	A50-A64	Infecções de transmissão predominantemente sexual	3	1,0	0,05		X
	A65-A69	Outras doenças por espiroquetas	1	0,3	0,02		X
	A90-A99	Febre por arbovírus e febres hemorrágicas virais	43	14,0	0,71	X	
	B00-B09	Infecções virais caracterizadas por lesões de pele e mucosas	28	9,1	0,46		X
	B15-B19	Hepatite viral	3	1,0	0,05	X	
	B20-B24	Doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)	7	2,3	0,12	X	
	B25-B34	Outras doenças por vírus	16	5,2	0,26		X
	B35-B49	Micoses	8	2,6	0,13		X
	B50-B64	Doenças devidas a protozoários	4	1,3	0,07		X
	B85-B89	Pediculose, acariase e outras infestações	1	0,3	0,02		X
	B90-B94	Seqüelas de doenças infecciosas e parasitárias	24	7,8	0,40		X
	Total			308	100	5,07	

n: número de atendimentos; %G: percentagem em relação ao grupo de diagnósticos; %A: percentagem em relação ao total geral de atendimentos.

Figura 11 - Distribuição das doenças infecciosas e parasitárias. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte –MG

Foram 308 atendimentos registrados (5,07% do total) na DAST/FHEMIG, referentes às doenças infecciosas e parasitárias. Na comparação daqueles diagnósticos com a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, foram obtidos os seguintes subgrupos: febre por arbovírus e febres hemorrágicas virais, representados pela dengue (43 atendimentos), tuberculose (17), doença pelo vírus da imunodeficiência humana (7) e hepatite viral (3), listados na figura que se segue.

Grupo CID-10	Doença relacionada ao trabalho	n	%B	%C
Doenças infecciosas e parasitárias (n= 308; %A= 5,1)	Tuberculose (A15-A19)	17	5,5	0,28
	Dengue (A90.-)	43	14,0	0,71
	Hepatites virais (B15-B19)	3	1,0	0,05
	Doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) (B20-B24.-)	7	2,3	0,12
	TOTAL	70	22,7	1,15

n: número de atendimentos; %A: percentagem em relação aos grupos de diagnóstico do CID-10; %B: percentagem em relação ao grupo DIP; %C: percentagem em relação ao total de atendimentos da DAST/FHEMIG.

Figura 12 - Distribuição das doenças infecciosas e parasitárias relacionadas ao trabalho. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte –MG.

O grupo das doenças infecciosas e parasitárias, relacionadas ao trabalho, possui características que os distingue dos demais, uma vez que seus agentes etiológicos não são de natureza ocupacional e a ocorrência da doença depende das condições ou circunstâncias em que o trabalho é executado e da exposição ocupacional, que favorece o contato, o contágio ou a transmissão (BRASIL, 2001d). Os diagnósticos registrados foram dengue (43 atendimentos), tuberculose (17), doença pelo vírus da imunodeficiência humana (7) e hepatites virais (3); tais doenças têm seus agentes etiológicos disseminados no meio ambiente e são dependentes de condições ambientais, de saneamento e da prevalência dos agravos na população geral, vulneráveis às políticas gerais de vigilância e da qualidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2001d).

De acordo com a Fundação Nacional de Saúde o mosquito transmissor da dengue, *Aedes aegypti*, encontrou no mundo moderno condições muito favoráveis para sua rápida expansão (BRASIL, 2001d). A urbanização acelerada tornou as cidades carentes de abastecimento de água e de limpeza urbana; a intensa utilização de materiais não degradáveis, como recipientes descartáveis de plástico e vidro e as mudanças climáticas, dentre outros fatores, tornou o ambiente urbano favorável à manutenção e reprodução deste vetor. O estabelecimento da relação entre a dengue e o trabalho pode ocorrer, caso houver exposição

aos mosquitos vetores em circunstâncias ocupacionais, como os trabalhos de saúde pública, especialmente em regiões endêmicas.

A tuberculose é um problema de saúde pública que também pode ser decorrente de exposição ocupacional aos produtos contaminados ou a doentes bacilíferos²⁰⁸. Pode ter evolução aguda, subaguda ou crônica e comprometer vários órgãos e sistemas, em especial as vias aéreas superiores. Estima-se um bilhão de pessoas tem tuberculose ativa no mundo e, anualmente, são registrados três milhões de mortes anuais (BRASIL, 2001d). De acordo com Hajar et al. (2001, p.10) a situação mundial da tuberculose é grave, estima-se que são cerca de 8,7 milhões de novos casos/ano concentrados em 22 países, entre eles o Brasil. Segundo aqueles autores, caso não haja reversão desse quadro, “teme-se que, até 2020, um bilhão de pessoas sejam infectadas, 200 milhões adoeçam e 35 milhões possam morrer”.

Estudos enfocando os trabalhadores de enfermagem realizado por Barboza e Soler (2003) evidenciou a ocorrência de doenças infecciosas e parasitárias entre eles, assim como Takeda et al. (2001) mostrou a presença de membros da equipe de enfermagem com tuberculose adquirida no trabalho.

Entre as doenças pelo vírus da imunodeficiência humana²⁰⁹ a mais grave manifestação é a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS ou SIDA). A exposição ocupacional ao vírus, é acidental ou ocorre em condições específicas do trabalho. A literatura científica registra vários casos confirmados em trabalhadores de saúde em decorrência de acidentes com instrumentos perfurocortantes ou material cirúrgico contaminado, através da manipulação, acondicionamento ou emprego de sangue ou de seus derivados e de contatos com materiais provenientes de pacientes infectados (BRASIL, 2001d).

Os acidentes de trabalho com exposição ocupacional ao material biológico são também considerados fatores associados à transmissão ocupacional do vírus HBV, responsável pela hepatite B. O termo genérico hepatite refere-se à inflamação aguda ou crônica do fígado que pode ter como causa uma variedade de agentes infecciosos ou de outra natureza²¹⁰. O risco de transmissão de infecção, através de agulha contaminada é de um em

²⁰⁸ “No Brasil, [a tuberculose] resulta da infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis*, transmitida geralmente por inalação e pelo *Mycobacterium bovis*, veiculada por ingestão de material infectante” (BRASIL, 2001d, p.61).

²⁰⁹ Trata-se de um distúrbio da imunidade causado por um vírus da subfamília *Lentivirinae* caracterizada por infecções oportunistas, doenças malignas, disfunções neurológicas e uma variedade de outras síndromes. O risco de que pessoas infectadas, não tratadas, desenvolvam a AIDS é de 1 a 2% por ano nos primeiros anos após a infecção e cerca de 5% nos anos seguintes. O risco acumulado de desenvolvimento da síndrome e infectados não tratados é de cerca de 50% (BRASIL, 2001d, p 80-1).

²¹⁰ As causas principais são as viroses causadas pelo vírus da hepatite A (HAV), pelo vírus da hepatite B (HBV), vírus da hepatite C (HCV), vírus da hepatite D (HDV) e vírus da hepatite E (HEV) (BRASIL, 2001d).

três para hepatite B, um em trinta para hepatite C e um em trezentos para HIV (GODFR, 2001).

Os estudos abordando os riscos biológicos relacionados aos trabalhadores de enfermagem foram desenvolvidos com diversos enfoques, tais como: a incidência de acidentes de trabalho devido a não utilização de precauções universais (SOUZA; VIANNA, 1993); a ocorrência de acidentes de trabalho por material perfurocortantes (BRANDI et al., 1998; SARQUIS; FELLI, 2000; CANINI et al., 2002; MARZIALE, 2003); a experiência de implantação de um *kit* para comunicação de acidente do trabalho (PORTO, et al., 1999) e a adesão às medidas de precauções-padrão (LOPES et al., 1999) e riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho (MARZIALE; NISHIMURA; FERREIRA, 2004).

Na Tabela 25 estão discriminadas a distribuição daquelas doenças entre os trabalhadores de enfermagem da FHEMIG e sua implicação no que se refere ao tempo das licenças médicas.

Tabela 25 - Distribuição das doenças infecciosas e parasitárias relacionadas ao trabalho, segundo sexo, categoria profissional, faixa etária e tempo de afastamento do trabalho. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG

Doença relacionada ao trabalho	Sexo		Categoria profissional					Faixa etária (anos)					Dias de afastamento					
								19 a	30 a	40 a	50 a	>60	0	1	2 a	16 a	31 a	61 a
	M	F	E	Ax	Tc	At	29	39	49	59			15	30	60	90	120	
Tuberculose (n=17)	2	15	-	17	-	-	-	8	8	-	1	4	-	4	8	-	1	-
Dengue (n=43)	5	38	10	31	1	1	3	18	11	11	-	2	6	35	-	-	-	-
Hepatites virais (n = 3)	3	-	-	3	-	-	1	-	2	-	-	1	-	1	1	-	-	-
Doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) (n=7)	4	3	3	4	-	-	-	1	5	1	-	3	-	-	2	1	-	1
Total (n=70)	14	56	13	55	1	1	4	27	26	12	1	10	6	40	11	1	1	1

n: número de atendimentos; E: enfermeiro; Ax: auxiliar de enfermagem; T: técnico de enfermagem; At: atendente de enfermagem.

Ainda que de forma desproporcional, as quatro categorias de enfermagem foram atingidas e observou-se a predominância do sexo feminino nos atendimentos realizados (56 em 70), embora no sexo masculino tenha havido atendimentos médicos em decorrência de todas elas. As doenças atingiram pessoas que se encontravam em plena fase da vida

produtiva, com idades entre 30 e 49 de idades (53 atendimentos); somente em dez atendimentos não ocorreu afastamento do trabalho.

A dengue atingiu os auxiliares de enfermagem (31), enfermeiros (10), técnicos e atendentes de enfermagem (1 atendimento cada); a doença pelo vírus da imunodeficiência humana acometeu auxiliares de enfermagem (4) e enfermeiros (3) e a tuberculose e a hepatite atingiram apenas a categoria dos auxiliares de enfermagem. Esses resultados indicam que, embora tenha aumentado a consciência da necessidade de prevenção, os fatores de risco biológico continuam presentes nos ambientes de trabalho e as doenças têm acometido os trabalhadores de enfermagem. Ainda que haja consenso sobre a eficácia da adoção de medidas de precaução padrão, Sarquis e Felli (2000) constataram que (46%) dos acidentados, não utilizava EPIs no momento, embora estivessem disponíveis na instituição. No entanto, não bastam medidas preventivas internas às instituições, uma vez que os riscos ocupacionais aumentam quando ocorre a piora, decorrente do aumento da pobreza e da má distribuição de renda, nas condições de vida da população em geral, que contribui para a permanência de doenças epidêmicas em nosso meio. De acordo com Hajar et al. (2001) num país com alta prevalência de doenças como a tuberculose, é necessário priorizar ações para o diagnóstico precoce dos casos e seu efetivo tratamento para que se diminua o risco de exposição ocupacional dos profissionais da saúde pois o aumento da demanda pelos grandes hospitais ou pelos serviços de emergência funcionam como porta de entrada para pacientes com tuberculose que circulam por suas dependências antes de serem diagnosticados.

6.4.7 As doenças do aparelho geniturinário (DAGEN)

Estas doenças ocuparam o oitavo lugar em frequência. Foram realizados 240 atendimentos devido aos problemas ligados ao aparelho geniturinário masculino e feminino. Entretanto, não se constatou, neste grupo de diagnósticos, alguma doença que pudesse estar relacionada ao trabalho. Os diagnósticos registrados nos atendimentos realizados pela DAST/FHEMIG são apresentados na Figura 13.

Doença encontrada na DAST						Doença relacionada ao trabalho - Portaria nº 1339/MS	
Grupo CID	Subgrupos CID-10		n	%G	% A	Sim	Não
XIV - doenças do aparelho geniturinário (N00-N99)	N00-N08	Doenças glomerulares	6	2,5	0,10		X
	N10-N16	Doenças renais túbulo-intersticiais	7	2,9	0,12		X
	N17-N19	Insuficiência renal	14	5,8	0,23		X
	N20-N23	Cálculose renal	67	27,9	1,10		X
	N25-N29	Outros transtornos do rim e do ureter	1	0,4	0,02		X
	N30-N39	Outras doenças do aparelho urinário	54	22,5	0,89		X
	N40-N51	Doenças dos órgãos genitais masculinos	8	3,3	0,13		X
	N60-N64	Doenças da mama	7	2,9	0,12		X
	N70-N77	Doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos femininos	8	3,3	0,13		X
	N80-N99	Transtornos não-inflamatórios do trato genital feminino	68	28,3	1,12		X
	Total		240	100	3,95		X

n: número de atendimentos; %G: percentagem em relação ao grupo de diagnósticos; %A: percentagem em relação ao total geral de atendimentos.

Figura 13 - Distribuição das doenças do aparelho geniturinário. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte –MG

6.4.8 Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (SSA)

Neste grupo de diagnóstico, que ocupou o nono lugar em frequência (238 atendimentos, representando 3,92% do total), são incluídos os sintomas e afecções mal definidas, com ausência de um diagnóstico final, “sem que tenha havido o necessário estudo do caso [...], podem conduzir com igual possibilidade a duas ou mais doenças diferentes ou a dois ou mais aparelhos do corpo” (OMS, 2000, p.817).

Os diagnósticos médicos registrados nos atendimentos realizados pela DAST aos trabalhadores de enfermagem da FHEMIG, no ano de 2002, foram apresentados na Figura 17, em conjunto com a comparação feita com a lista de doenças relacionadas ao trabalho do MS (Brasil, 2000a).

Diagnósticos médicos encontrada na DAST						Doença relacionada ao trabalho - Portaria nº 1339/MS	
Grupo CID	Subgrupos CID-10		n	%G	% A	Sim	Não
XVIII- sintomas, sinais e achados anormais de ex.clinicos e de laboratório não classificados em outra parte(R00-R99)	R00-R09	Sintomas e sinais relativos ao aparelho circulatório e respiratório	16	6,7	0,26		X
	R10-R19	Sintomas e sinais relativos ao aparelho digestivo e ao abdome	83	34,9	1,37		X
	R20-R23	Sintomas e sinais relativos à pele e ao tecido subcutâneo	3	1,3	0,05		X
	R25-R29	Sintomas e sinais relativos aos sistemas nervoso e osteomuscular	4	1,7	0,07		X
	R30-R39	Sintomas e sinais relativos ao aparelho urinário	1	0,4	0,02		X
	R40-R46	Sintomas e sinais relativos à cognição, à percepção, ao estado emocional e ao comportamento	18	7,6	0,30		X
	R47-R49	Sintomas e sinais relativos a fala e à voz	3	1,3	0,05		X
	R50-R69	Sintomas e sinais gerais	94	39,5	1,55		X
	R70-R79	Achados anormais de exames de sangue, sem diagnóstico	13	5,5	0,21		X
	R80-R82	Achados anormais de exames de urina, sem diagnóstico	2	0,8	0,03		X
	R90-R94	Achados anormais de exames para diagnostico por imagem e em estudos de função, sem diagnóstico	1	0,4	0,02		X
	Total		238	100	3,92		X

n: número de atendimentos; %G: percentagem em relação ao grupo de diagnósticos; %A: percentagem em relação ao total geral de atendimentos.

Figura 14 - Distribuição do grupo de diagnóstico denominado sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG

Entre os diagnósticos registrados nos atendimentos realizados pela DAST/FHEMIG, nenhum dos subgrupos de diagnósticos apresentados na Figura 14 reuniu doenças relacionadas ao trabalho. Destaca-se que os diagnósticos apresentados nessa figura referem-se às afecções, sinais ou sintomas que se enquadravam em uma das seguintes situações previstas na CID-10: a) indefinição de um diagnóstico mais preciso, mesmo após investigação de todos os fatos envolvidos, b) sintomas e sinais existentes, de caráter transitório sem que a causa possa ser determinada, c) diagnóstico provisório, sem que o paciente retorne para aprofundar diagnóstico ou assistência, d) encaminhamentos a outros locais para investigação ou tratamento sem que o diagnóstico fosse feito, e) casos em que foi impossível estabelecer

diagnóstico mais preciso e f) sintomas que representem por si sós importantes problemas na assistência médica.

6.4.9 Doenças do aparelho digestivo (DADIG)

Tais doenças ocuparam o décimo lugar em frequência, com 202 atendimentos (3,33% do total). Os diagnósticos registrados nos atendimentos realizados e a sua comparação com a lista de enfermidades da Portaria nº 1.339/GM (BRASIL, 2000a) são apresentados na Figura 15.

Doença encontrada na DAST						Doença relacionada ao trabalho - Portaria nº 1339/MS	
Grupo CID	Subgrupos CID-10		n	%G	% A	Sim	Não
XI - doenças do aparelho digestivo (K00-K93)	K00-K14	Doenças da cavidade oral, das glândulas salivares e dos maxilares	45	22,3	0,74		X
	K20-K31	Doenças do esôfago, do estômago e do duodeno	71	35,1	1,17		X
	K35-K38	Doenças do apêndice	2	1,0	0,03		X
	K42-K46	Hérnia	3	1,5	0,05		X
	K50-K52	Enterites e colites não-infecciosas	25	12,4	0,41	X	
	K55-K63	Outras doenças dos intestinos	29	14,4	0,48		X
	K70-K77	Doenças do fígado	7	3,5	0,12		X
	K80-K87	Transtornos das vesícula biliar, das vias biliares e do pâncreas	20	9,9	0,33		X
	Total		202	100	3,33		X

n: número de atendimentos; %G: percentagem em relação ao grupo de diagnósticos; %A: percentagem em relação ao total geral de atendimentos.

Figura 15 - Distribuição dos diagnósticos de doenças do aparelho digestivo. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG

Os trabalhadores de enfermagem da FHEMIG apresentaram patologias que envolveram diversas estruturas do aparelho digestivo, que resultaram em 202 atendimentos (correspondentes a 3,33% do total). Dentre os oito subgrupos encontrados apenas um (enterites e colites não-infecciosas) contemplava relação com o trabalho e da nova comparação deste subgrupo com a lista do MS, constatou-se 24 doenças. Os diagnósticos das

doenças relacionadas ao trabalho, conforme a lista do MS (BRASIL, 2000a) foram apresentados à seguir na Figura 16.

Grupo CID-10	Doença relacionada ao trabalho	n	%B	%C
Doenças do aparelho digestivo (n=202; %A= 3,3)	Gengivite crônica (K05.1)	1	0,5	0,02
	Gastroenterite e colite tóxicas (K52)	20	9,9	0,33
	Outros transtornos funcionais especificados do intestino (K59.8)	3	1,5	0,05
	TOTAL	24	11,9	0,40

n: número de atendimentos; %A: percentagem em relação aos grupos de diagnóstico do CID-10; %B: percentagem em relação ao grupo DADIG; %C: percentagem em relação ao total de atendimentos da DAST/FHEMIG.

Figura 16 - Distribuição das doenças do aparelho digestivo relacionadas ao trabalho. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG

Foram registrados 24 atendimentos realizados aos trabalhadores de enfermagem que poderiam corresponder a doenças relacionadas ao trabalho. Ainda que esse grupo de doenças correspondeu a apenas 0,40% do total de atendimentos realizados no ano pela DAST, ele é relevante pois tais doenças representaram 11,9% dos atendimentos devidos a problemas do aparelho digestivo.

Os principais fatores para a ocorrência das doenças digestivas relacionadas ao trabalho são os agentes físicos²¹¹, substâncias tóxicas²¹² e fatores de organização do trabalho²¹³, como estresse, situações de conflito, tensão, trabalho em turnos, fadiga, posturas forçadas, horários e condições inadequadas para alimentação (BRASIL, 2001d).

Na Tabela 26, são apresentados os diagnósticos dos trabalhadores atendidos devido a doenças do aparelho digestivo relacionadas ao trabalho e as implicações decorrentes em termos de licença de saúde concedidas.

²¹¹ Entre os fatores de risco físicos presentes no trabalho que podem lesar o sistema digestivo, estão radiações ionizantes, vibração, ruído, temperaturas extremas (calor e frio) e exposição a mudanças rápidas e radicais de temperatura ambiente. Queimaduras, se extensas, podem causar úlcera gástrica e lesão hepática. Posições forçadas no trabalho podem causar alterações digestivas, particularmente na presença de condições predisponentes, como hérnia paraesofageana e visceroptose (BRASIL, 2001d).

²¹² O sistema digestivo é uma das portas de entrada dos agentes tóxico no organismo, ainda que seja menos vulnerável do que o trato respiratório, com papel essencial no metabolismo e excreção da substância tóxica, independente da via de penetração. Dependendo do local da penetração pode causar lesão na boca, dentes e ou regiões contínuas, como faringe, estômago, intestino e fígado (BRASIL, 2001d).

²¹³ Os fatores relacionados à organização do trabalho são responsáveis pela crescente ocorrência de problemas e queixas gastrointestinais entre os trabalhadores. Condições de fadiga física patológica, trabalho muito pesado, trabalho em turnos, situações de conflito e de estresse, exigências de produtividade, controle excessivo e relações de trabalho despóticas podem desencadear quadros de dor epigástrica, regurgitação e aerofagia, diarreias e, mesmo, úlcera péptica (BRASIL, 2001d).

Tabela 26 - Distribuição das doenças do aparelho digestivo relacionados ao trabalho, segundo sexo, categoria profissional, faixa etária e tempo de afastamento do trabalho. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG

Doença relacionada ao trabalho	Sexo		Categoria profissional				Faixa etária (anos)				Afastamento (dias)		
	M	F	E	Ax	Tc	At	19 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	0	1	2 a 15
Gengivite crônica (n=1)	1	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	1	-
Gastroenterite e colite tóxicas (n=20)	2	18	4	16	-	-	5	10	5	-	-	12	8
Outros transtornos funcionais especificados do intestino (n=3)	-	3	-	3	-	-	-	-	1	2	1	2	-
Total (n=24)	3	21	4	20	-	-	5	10	7	2	1	15	8

n: número de atendimentos; E: enfermeiro; Ax: auxiliar de enfermagem; T: técnico de enfermagem; At: atendente de enfermagem.

Apenas os auxiliares de enfermagem (20) e enfermeiros (4) apresentaram diagnósticos reunidos na lista das doenças do aparelho digestivos relacionados com o trabalho. A ausência de atendimentos às demais categorias da enfermagem pode indicar inexistência do transtorno ao longo do ano estudado ou estes profissionais, mesmo que apresentassem problemas dessa ordem, não buscaram auxílio médico devido a pouca valorização dos sintomas apresentados, dificuldades de acesso ao serviço de saúde e a pequena limitação no desenvolvimento das atividades, dentre outros.

Os episódios de gastroenterite²¹⁴ e colite tóxicas²¹⁵ (20 atendimentos) levaram as auxiliares de enfermagem (16) e enfermeiros (4), a maioria do sexo feminino (18), a procurarem o serviço médico. A maior parte dos atendimentos (12) resultou em 1 dia de afastamento do trabalho e outros necessitaram de um período maior que foi de 2 a 15 dias (8).

A gastroenterite decorre de processos inflamatórios, agudos ou crônicos do estômago e dos intestinos delgado e grosso, como consequência de agressões tóxicas associadas aos fatores como o álcool, substâncias cáusticas, medicamentos e agentes químicos como o mercúrio²¹⁶, o cádmio²¹⁷, o arsênio²¹⁸, o antimônio²¹⁹, o cobre²²⁰, os sais de ouro²²¹, o

²¹⁴ Síndrome caracterizada pela irritação do trato gastrointestinal que se manifesta por náuseas, vômitos, diarreia líquida e de dor abdominal (BRASIL, 2001d).

²¹⁵ Pode ser definida como gastroenterite causada por agentes tóxicos, como cádmio e arsênio (BRASIL, 2001d).

²¹⁶ Produz manifestações cáusticas nas mucosas da boca, faringe, esôfago, estômago e intestino, provocando vômitos muco-sanguinolentos, diarreia com tenesmo, fezes enegrecidas (no princípio e após sanguinolentas), oligúria, albuminúria e, após, anúria. Pode provocar rapidamente a morte. Nos casos subagudos, a principal sintomatologia é a estomatite, síndrome colítica com disenteria e, insuficiência cardio-circulatória. Nos casos crônicos, são mais importantes a sintomatologia nervosa, como tremores, contrações musculares, ataxia, com albuminúria e caquexia crescentes (BRASIL, 2001d).

chumbo²²², o ferro²²³, pela muscarina²²⁴ e por radiação ionizante²²⁵ (BRASIL, 2001d). A causa mais freqüente de gastroenterite é infecciosa, também chamada de intoxicação alimentar²²⁶, causada por estimulação secretora pelos próprios agentes (vírus ou bactérias), ou por toxinas formadas previamente ou na própria luz intestinal. A gastroenterite tóxica pode ser consequência da ingestão acidental ou voluntária de veneno puro ou misturado com alimentos, de produtos orgânicos como conservas inadequadas para alimentação por estarem alteradas ou por conter em sua composição substâncias tóxicas. Causas menos comuns relacionam-se com parasitoses intestinais, doenças inflamatórias intestinais (doença de Crohn, colite ulcerativa), com o uso de medicamentos (antibióticos e antilácticos) e com as complicações gastrintestinais da síndrome de imunodeficiência adquirida.

Outro problema de saúde encontrado entre os atendimentos realizados aos trabalhadores de enfermagem pela DAST foi a gengivite crônica, que pode ser causada por exposição ocupacional a névoas de fluoretos ou de seus compostos tóxico e ao mercúrio. Os

²¹⁷ Pode ser absorvido pelas vias gastrointestinal e respiratória e produzir efeitos tóxicos sobre os rins. A inalação pode causar pneumonite química e edema pulmonar. Na intoxicação crônica as manifestações podem ser locais (trato respiratório) e sistêmicas (renal). A doença pulmonar resulta de uma bronquite crônica com fibrose progressiva de vias aéreas inferiores e lesão de alvéolos, levando ao enfisema e manifesta-se por dispnéia, redução da capacidade vital e aumento do volume residual (SANTOS JÚNIOR, 2003).

²¹⁸ Na forma aguda determina diarreia coleriforme, com inúmeras dejeções aquosas, dores abdominais intensas, precedidas por vômitos incoercíveis que levam a desidratação, insuficiências circulatórias e convulsões, seguindo-se paralisia respiratória. No quadro crônico, predominam as manifestações cutâneo-mucosa, como dermatites, hiperkeratose, rinite, conjuntivite e bronquite (nervosas), como hiperestesias, paresia e paralisia por neurite, atrofia do nervo óptico, paralisia dos músculos extensores do pé e das panturrilhas (neurite arsênica), com marcha equina (BRASIL, 2001d).

²¹⁹ Produz vômitos copiosos, de sabor metálico e, náuseas, sensação de embriaguez, diarreias abundantes e freqüentes, pulso débil, extremidades frias, anúria, podendo apresentar erupção vesicopustulosa e morte (BRASIL, 2001d).

²²⁰ Provoca vômitos de sabor metálico, com grande freqüência esverdeados, dores abdominais, diarreia intensa, às vezes sanguinolenta, insuficiência circulatória, coma e, ocasionalmente, a morte (BRASIL, 2001d).

²²¹ Esses sais são empregados para tratamento de artrite reumatóide e podem provocar alterações agudas semelhantes às da intoxicação por mercúrio. Em sua forma crônica produzem enterocolites, às vezes de prognóstico grave (BRASIL, 2001d).

²²² Geralmente causa gastroenterite diarreica com cefaléia, insônia, tremores e delírio. No quadro crônico destacam-se as manifestações digestivas, anorexia, dispepsia, diarreias ou constipação que se associam a anemia, palidez cutânea acinzentada da pele, linha de Burton nas gengivas, alterações vasculares e paralisia radial periférica. A alteração mais grave e tardia é a encefalopatia saturnina, que se caracteriza pelas cólicas saturninas, dores abdominais intensas, devidas a espasmos segmentares do intestino delgado, com ou sem diarreia (BRASIL, 2001d).

²²³ Pode se associar com irritação gastrointestinal, vômitos e diarreia sanguinolenta, seguidos de colapso vascular, choque e morte (BRASIL, 2001d).

²²⁴ É uma substância presente em cogumelos venenos, associada aos quadros abdominais muito graves, com sintomas que iniciam-se entre 3 a 5 h após sua ingestão com vômitos, diarreia coleriforme, sialorréia, anúria, acompanhada de sintomatologia nervosa, de excitação parasimpaticomimética, midríase, excitação, delírio, convulsões e câibras e, finalmente, paralisia respiratória (BRASIL, 2001d).

²²⁵ Geralmente ocorre nas primeiras semanas após a exposição e caracteriza-se por náuseas, vômitos, diarreia e cólicas abdominais. Os sintomas cedem espontaneamente com o passar do tempo e sobreveem um período quiescente. Cerca de um ano após a exposição podem aparecer distúrbios de motilidade, má absorção, obstrução intestinal, ulcerações mucosas e o aparecimento de fistulas (BRASIL, 2001d).

²²⁶ A intoxicação alimentar sempre se relaciona com a contaminação por salmonelas e estafilococos.

agentes biológicos são considerados também como possíveis causas. Ainda que esse problema possa ser numericamente pouco representativo, pois acometeu apenas um auxiliar de enfermagem que obteve um dia de afastamento, merece a atenção dos profissionais da saúde para sua identificação e estabelecimento de condutas adequadas para assistência e prevenção devido à possibilidade de comprometimento de ossos, dos seios da face e da função de mastigatória correta; existe também a possibilidade das gengivites crônicas comportarem-se como focos sépticos.

6.4.10 Doenças do olho e anexos (DOA)

Esse grupo foi classificado em décimo primeiro lugar, conforme o critério utilizado no presente estudo. O resultado da comparação feita entre os diagnósticos registrados nos atendimentos realizados pela DAST aos trabalhadores de enfermagem e a Lista de doenças relacionadas pelo trabalho, elaborada pelo MS (BRASIL, 2000a) é apresentado na Figura 17.

Doença encontrada na DAST						Doença relacionada ao trabalho - Portaria nº 1339/MS	
Grupo CID	Subgrupos CID-10		n	%G	% A	Sim	Não
VII - doença do olho e anexos (H00-H59)	H00-H06	Transtornos da pálpebra, do aparelho lacrimal e da órbita	14	10,5	0,23	X	
	H10-H13	Transtornos da conjuntiva	78	58,6	1,29	X	
	H15-H22	Transtornos da esclerótica, da córnea, da íris e do corpo ciliar	12	9,0	0,20	X	
	H25-H28	Transtornos do cristalino	7	5,3	0,12		X
	H30-H36	Transtornos da coróide e da retina	6	4,5	0,10		X
	H40-H42	Glaucoma	5	3,8	0,08		X
	H43-H45	Transtornos do humor vítreo e do globo ocular	2	1,5	0,03		X
	H46-H48	Transtornos do nervo óptico e das vias ópticas	1	0,8	0,02		X
	H49-H52	Transtornos dos músculos oculares, do movimento binocular, da acomodação e da refração	6	4,5	0,10		X
	H55-H59	Outros transtornos do olho e anexos	2	1,5	0,03		X
	Total		133	100	2,19		X

n: número de atendimentos; %G: percentagem em relação ao grupo de diagnósticos; %A: percentagem em relação ao total geral de atendimentos.

Figura 17 - Distribuição dos diagnósticos de doenças do olho e anexos. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte –MG

Foram realizados 133 atendimentos devido a doenças do aparelho visual, responsáveis por 2,19% do total de diagnósticos registrados. Os três subgrupos que responderam pela maioria dos atendimentos desse grupo, contabilizaram 104 alterações conforme a CID-10; no entanto os transtornos da pálpebra, do aparelho lacrimal e da órbita (14 atendimentos), os transtornos da conjuntiva (78) e os transtornos da esclerótica, da córnea, da íris e do corpo ciliar (12) contemplaram doenças relacionadas ao trabalho e são discriminados na Figura 18.

Grupo CID-10	Doença relacionada ao trabalho	n	%B	%C
Doenças do olho e anexos (n=133; %A=2,2)	Blefarite (H01)	3	2,3	0,05
	Conjuntivite (H10)	75	56,4	1,24
	Queratite e queratoconjuntivite (H16)	8	6	0,13
	TOTAL	86	64,7	1,42

n: número de atendimentos; %A: percentagem em relação aos grupos de diagnóstico do CID-10; %B: percentagem em relação ao grupo DOA; %C: percentagem em relação ao total de atendimentos da DAST/FHEMIG.

Figura 18 - Distribuição das doenças do olho e anexos relacionadas ao trabalho. Divisão de Assistência a Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG

As doenças dos olhos e anexos relacionadas ao trabalho foram responsáveis por 86 atendimentos. No conjunto dos atendimentos realizados, representaram 1,42%, porém alcançam um índice relevante (64,7%) em relação ao grupo diagnóstico. O aparelho visual é vulnerável à ação de múltiplos fatores de risco para a saúde presentes no trabalho, como os agentes mecânicos²²⁷, físicos²²⁸, químicos²²⁹, biológicos²³⁰ e ao sobreesforço que leva à astenopia²³¹ induzida por algumas atividades de monitoramento visual.

As doenças desse grupo encontradas entre os trabalhadores de enfermagem foram a conjuntivite (75 atendimentos) a queratite e queratoconjuntivite (8 atendimentos) e a blefarite (3 atendimentos).

A conjuntivite é uma inflamação da conjuntiva que, devido a sua localização está exposta aos microorganismos e à ação de substâncias nocivas. Esta inflamação foi descrita em

²²⁷ Corpos estranhos, ferimentos contusos e cortantes (BRASIL, 2001d).

²²⁸ Temperaturas extremas, eletricidade, radiações ionizantes e não-ionizantes (BRASIL, 2001d).

²²⁹ Substâncias que agem como cáusticas, irritantes ou alérgenos (BOTEON; COSTA DIAS, 2003).

²³⁰ Picadas de marimbondo e pelo de lagarta, entre outros (BRASIL, 2001d).

²³¹ Refere-se à fraqueza ou cansaço fácil dos olhos, ocorrendo desconforto, dor no olho e arredores, vermelhidão, sensação de ressecamento, cefaléia frontal e occipital, escurecimento visual e aversão para ler e estudar. A astenopia compromete a eficiência no trabalho e pode decorrer de vários fatores, tais como: a) ambientais ou ergonômicos; b) refracionais e binoculares e c) doenças comuns não diagnosticadas (conjuntivite alérgica; reações alérgicas das membranas mucosas dos seios etmoidais, entre outros) (BOTEON; COSTA DIAS, 2003).

mais de 50 quadros dependendo da natureza do processo, do mecanismo de ação, do agente causal²³², da sintomatologia, do tipo de granulação e do grupo acometido. De acordo com o mecanismo de produção da lesão, pode ser classificada como microbiana (virótica, por clamídia, bacteriana, fúngica e parasitária), irritativa (decorre da presença direta do agente causal que determina inflamação local e impregnação do tecido conjuntival), alérgica²³³, tóxica e traumática (BRASIL, 2001d).

Entre os fatores de risco de natureza ocupacional, as conjuntivites bacterianas agudas e crônicas são os tipos mais comuns. Além dos vírus, riquetsias e fungos, as conjuntivites podem ser causadas por inúmeros agentes irritantes como ácidos e álcalis, aerossóis, névoas, vapores de solventes e poeiras em suspensão no ar. A exposição ocupacional à radiação infravermelha pode provocar conjuntivites, associadas ou não, a catarata.

A queratite e queratoconjuntivite referem-se à inflamações da córnea que podem ser provocadas por bactérias, fungos, vírus, clamídias, protozoários, drogas, avitaminose A, processos imunológicos, lesão do nervo trigêmeo, situações nas quais a córnea não esteja adequadamente umedecida e coberta pelas pálpebras (exoftalmo, ectrópio, trauma de pálpebra) e a exposição aos agentes químicos e físicos presentes nos ambientes de trabalho.

A blefarite é a inflamação crônica das bordas livres das pálpebras, geralmente de ocorrência bilateral que apresenta como principais sintomas: irritação, ardor e pruridos nas bordas das pálpebras, que se apresentam congestas. Na blefarite por estafilococo, as escamas são secas, as pálpebras apresentam-se avermelhadas, com pequenas ulcerações ao longo da borda e queda dos cílios. Na blefarite alérgica pode ser observado o edema palpebral, pruriginoso, indolor, de aparecimento agudo e regressão rápida. Além disso, a exposição ocupacional à radiação infravermelha, radiações ionizantes, (como raios-X e gama), arsênio e seus compostos podem provocar quadros dessa doença (BRASIL, 2001d).

Na Tabela 27 são apresentados os diagnósticos dos membros da equipe de enfermagem atendidos devido a doenças visuais relacionadas ao trabalho, as características desses trabalhadores e as implicações decorrentes em termos de licença de saúde concedidas.

²³² Entre os agentes causadores da conjuntivite estão os seguintes; ácido sulfúrico; acrilatos; arsênio e seus compostos arsenicais; berílio e seus compostos tóxicos, cimento; cloreto de etila; enzimas de origem animal, vegetal ou bacteriana; flúor e seus compostos tóxicos; furfural e álcool furfurílico; iodo; isocianatos orgânicos; outros solventes halogenados tóxicos; radiações ionizantes; radiações ultravioleta; selênio e seus derivados; tetracloreto de carbono (BRASIL, 2001d).

²³³ Pessoas portadores de atopia podem apresentar quadros desencadeados por um ou mais alérgenos, geralmente suspensos no ar, entre eles o pólen, o mais comum, produtos animais, fungos não patológicos, proteínas vegetais e animais, pêlo, lã, produtos químicos e agrotóxicos (BRASIL, 2001d).

Tabela 27- Distribuição das doenças do olho e anexos relacionados ao trabalho, segundo sexo, categoria profissional, faixa etária e tempo de afastamento do trabalho. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG

Doença relacionada ao trabalho	Sexo		Categoria profissional				Faixa etária					Dias de afastamento		
	M	F	E	Ax	Tc	At	19 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	>60	0	1	2 a 15
Blefarite (n=3)	-	3	1	2	-	-	-	1	2	-	-	-	-	3
Conjuntivite (n=75)	12	63	11	62	1	1	18	28	20	8	1	8	6	61
Queratite e queratoconjuntivite (n=8)	2	6	1	7	-	-	-	6	1	1	-	-	3	5
Total (n=86)	14	72	13	71	1	1	18	35	23	9	1	8	9	69

n: número de atendimentos; E: enfermeiro; Ax: auxiliar de enfermagem; T: técnico de enfermagem; At: atendente de enfermagem.

As doenças visuais relacionadas ao trabalho acometeram trabalhadores de enfermagem de ambos os sexos, com predomínio do sexo feminino (72). Prevaleram os atendimentos voltados aos auxiliares de enfermagem (71) seguidos pelos enfermeiros (13), técnicos (1) e atendentes de enfermagem (1). A conjuntivite acometeu trabalhadores das quatro categorias profissionais enquanto que a blefarite e queratite atingiram apenas os auxiliares de enfermagem e os enfermeiros. Merece destaque o fato de que a grande maioria dos atendimentos (78) resultou em licença médica para tratamento de saúde com tempo que variou entre 2 a 15 dias na maioria dos casos (69). Estes resultados indicam que os problemas do aparelho visual merecem a adoção de medidas de vigilância em saúde do trabalhador, para que sejam prevenidos e as complicações evitadas.

6.4.11 Doenças da pele e do tecido subcutâneo (DPTS)

As doenças da pele e do tecido subcutâneo ocuparam o décimo segundo lugar em frequência. Os diagnósticos registrados nos atendimentos realizados pela DAST/FHEMIG são apresentados na Figura 19.

Doença encontrada na DAST						Doença relacionada ao trabalho - Portaria nº 1339/MS	
Grupo CID	Subgrupos CID-10		n	%G	% A	Sim	Não
XII - doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00-L99)	L00-L08	Infecções da pele e do tecido subcutâneo	56	44,1	0,92	X	
	L10-L14	Afecções bolhosas	2	1,6	0,03		X
	L20-L30	Dermatite e eczema	23	18,1	0,38	X	
	L40-L45	Afecções pápulo-descamativas	1	0,8	0,02		X
	L50-L54	Urticária e eritema	19	15,0	0,31	X	
	L60-L75	Afecções dos anexos da pele	19	15,0	0,31		X
	L80-L99	Outras afecções da pele e do tecido subcutâneo	7	5,5	0,12		X
	Total		127	100	2,09		X

n: número de atendimentos; %G: percentagem em relação ao grupo de diagnósticos; %A: percentagem em relação ao total geral de atendimentos.

Figura 19 - Distribuição dos diagnósticos de doenças da pele e do tecido subcutâneo. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG

Foram realizados 127 atendimentos nesse grupo diagnóstico, que representaram 2,09% do total de atendimentos realizados na DAST no ano de 2002. Três subgrupos reuniam diagnósticos de doenças relacionadas ao trabalho: as infecções da pele e do tecido subcutâneo (56); as dermatites e eczemas (23) e as urticárias e eritemas (19).

As dermatoses ocupacionais compreendem alterações da pele, mucosas e anexos causadas, mantidas ou agravadas, direta ou indiretamente, pelo trabalho. Elas são determinadas pela interação de dois grupos de fatores: a predisposição ou causas indiretas, como idade, sexo, etnia, antecedentes mórbidos e doenças concomitantes, fatores ambientais como o clima (temperatura, umidade), hábitos e facilidades de higiene e por causas diretas constituídas pelos agentes biológicos, físicos e químicos ou mecânicos presentes no trabalho que atuam diretamente sobre o tegumento produzindo ou agravando dermatoses preexistentes. Estima-se que a maioria das dermatoses ocupacionais seja produzida por agentes químicos, substâncias orgânicas e inorgânicas, irritantes e sensibilizantes, com predomínio das do tipo irritativo (BRASIL, 2001d).

Apesar de ter sido contabilizado 98 atendimentos relacionados a enfermidades da CID-10, com possível relação com a ocupação, na Figura 20 estão especificadas apenas 8 doenças, relacionadas ao trabalho, encontradas entre os atendimentos realizados a trabalhadores de enfermagem.

Grupo CID-10	Doença relacionada ao trabalho	n	%B	%C
Doenças da pele e subcutâneo (n=127; %A= 2,1)	Infecções localizada da pele e do tecido subcutâneo, não especificada (L08.9)	3	2,4	0,05
	Dermatites alérgicas de contato devido a metais (L23.0)	1	0,8	0,02
	Dermatites de contato por irritantes (L24)	2	1,6	0,03
	Urticária alérgica (L50.0)	2	1,6	0,03
	TOTAL	8	6,4	0,13

n: número de atendimentos; %A: percentagem em relação aos grupos de diagnóstico do CID-10; %B: percentagem em relação ao grupo DPTS; %C: percentagem em relação ao total de atendimentos da DAST/FHEMIG.

Figura 20 - Distribuição das doenças da pele e do tecido subcutâneo relacionadas ao trabalho. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte - MG.

Foram realizados oito atendimentos devido a doenças da pele e do tecido subcutâneo, consideradas como relacionadas ao trabalho (BRASIL, 2000a). As infecções localizadas da pele e do tecido subcutâneo²³⁴ são complicações que ocorrem a partir de pequenas lacerações ou abrasões da pele, do uso de solventes ou sabonetes redutores da barreira cutânea, de queimaduras, de dermatite de contato ou fototóxicas, ou de cloracne ou acne por óleos e gorduras minerais. Geralmente, a doença primária e/ou as condições desencadeadoras é que são relacionadas ao trabalho (BRASIL, 2001d).

As dermatites de contato, também conhecidas como eczemas, são inflamações agudas ou crônicas da pele, caracterizadas clinicamente por eritema, edema e vesiculação. Na fase aguda são acompanhadas, freqüentemente por pruridos intenso e, nas formas crônicas, por espessamento da epiderme (liquenificação), com descamação e fissuras. São produzidas por substâncias químicas que, em contato com a pele, causam irritação ou reações alérgicas. Estima-se que juntas, as dermatites alérgicas de contato e as de contato por substâncias irritantes²³⁵ respondem por cerca de 90% dos casos de dermatoses ocupacionais (BRASIL, 2001d).

A urticária é a erupção caracterizada pelo aparecimento de urticas, que são pápulas edematosas de contorno irregular, de duração efêmera e extremamente pruriginosas. A lesão é uma reação alérgica em consequência da liberação de histamina dos mastócitos localizados

²³⁴ As infecções secundárias mais comuns são causadas principalmente por bactérias, como *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus pyogenes*, e por fungos, como *Candida albicans* (BRASIL, 2001d).

²³⁵ As dermatites de contato por irritantes são mais freqüentes que as dermatites alérgicas e elas são assim rotuladas quando o contato com a pele, único ou repetido, produzir efeitos tóxicos imediatos ou tardios de irritação local. Ao contrário das dermatites de contato alérgicas não é necessário sensibilização prévia e, por isso, não requer a intervenção de mecanismos imunológicos (BRASIL, 2001d).

em torno dos vasos da pele, em resposta à presença de um agente químico ou físico, como inalante ou por contato (BRASIL, 2001d).

Na tabela seguinte é apresentada a distribuição dessas doenças segundo, o sexo, a categoria profissional, e a faixa de idade dos trabalhadores e o tempo de licença gerado.

Tabela 28 - Distribuição das doenças da pele e do tecido subcutâneo relacionados ao trabalho, segundo sexo, categoria profissional, faixa etária e tempo de afastamento do trabalho. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG

Doença relacionada ao trabalho	Sexo		Categoria profissional				Faixa etária (anos)					Licença (dias)		
	M	F	E	Ax	Tc	At	19	30	40	50	>60	0	1	2 a 15
							a	a	a	a				
							29	39	49	59				
Infecções localizada da pele e do tecido subcutâneo, não especificada (n=3)	-	3	-	3	-	-	2	-	1	-	-	-	-	3
Dermatites alérgicas de contato devido a metais (n=1)	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-
Dermatites de contato por irritantes (n=2)	-	2	-	2	-	-	1	-	1	-	-	-	2	-
Urticária alérgica (n=2)	-	2	-	2	-	-	1	-	1	-	-	-	2	-
Total (n=8)	-	8	-	8	-	-	4	-	3	-	1	1	4	3

n: número de atendimentos; E: enfermeiro; Ax: auxiliar de enfermagem; T: técnico de enfermagem; At: atendente de enfermagem.

Apenas as auxiliares de enfermagem, em duas faixas etárias predominantes (dos 19 aos 29 anos (4 atendimentos) e dos 40 aos 49 anos (3)) necessitaram ser atendidas em função de dermatoses. A maioria dos atendimentos (7) resultou em licença para tratamento da saúde. Este dado revela a necessidade de priorizar a atenção à essa categoria profissional para proteção da saúde no ambiente de trabalho.

6.4.12 Doença do sistema nervoso (DSN)

Esse grupo foi classificado em décimo terceiro lugar, em frequência. Os diagnósticos registrados nos atendimentos realizados pela DAST/FHEMIG são apresentados na Figura 21.

Doença encontrada na DAST						Doença relacionada ao trabalho - Portaria nº 1339/MS	
Grupo CID	Subgrupos CID-10		n	%G	% A	Sim	Não
VI - doenças sistema nervoso (G00-G99)	G20-G26	Doenças extrapiramidais e transtorno dos movimentos	3	2,4	0,05		X
	G40-G47	Transtornos episódicos e paroxísticos	94	76,4	1,55		X
	G50-G59	Transtornos dos nervos, das raízes e dos plexos nervosos	11	8,9	0,18	X	
	G60-G64	Polineuropatias e outros transtornos do sistema nervoso periférico	8	6,5	0,13		X
	G90-G99	Outros transtornos do sistema nervoso	7	5,7	0,12		X
	Total		123	100	2,03		X

n: número de atendimentos; %G: percentagem em relação ao grupo de diagnósticos; %A: percentagem em relação ao total geral de atendimentos.

Figura 21 - Distribuição dos diagnósticos de doenças do sistema nervoso. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG

O grupo das doenças do sistema nervoso foi responsável por 123 atendimentos realizados pela DAST aos trabalhadores da FHEMIG. Apenas um dos subgrupos de diagnósticos (transtornos dos nervos, das raízes e dos plexos nervosos) abriga doenças que poderiam ter relação com o trabalho desempenhado (Figura 22). De 11 atendimentos, a relação com o trabalho aconteceu em nove situações, conforme a Lista do MS.

Grupo CID-10	Doença relacionada ao trabalho	n	%B	%C
Doenças do sistema nervoso (n=123; %A=2)	Mononeuropatias dos membros superiores (G56.-)	2	1,6	0,03
	Síndrome do túnel do carpo (G56.0)	7	5,7	0,12
	TOTAL	9	7,3	0,15

n: número de atendimentos; %A: percentagem em relação aos grupos de diagnóstico do CID-10; %B: percentagem em relação ao grupo DSN; %C: percentagem em relação ao total de atendimentos da DAST/FHEMIG.

Figura 22 - Distribuição das doenças do sistema nervoso relacionadas ao trabalho. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG

As manifestações decorrentes de compressão nervosa foram as principais doenças deste grupo apresentadas pelos trabalhadores de enfermagem da FHEMIG, com predomínio da síndrome do túnel do carpo (7), seguida pelas mononeuropatias (2). Como aquelas do grupo de diagnósticos denominado “doenças do sistema osteomuscular”, tais patologias estão incluídas no grupo LER/DORT.

A síndrome do túnel do carpo é caracterizada pela compressão do nervo mediano em sua passagem pelo canal ou túnel do carpo e está associada a tarefas que exigem muita força e/ou grande repetitividade, especialmente quando a atividade exige flexão e extensão do punho repetidamente aliada ao uso de força, de compressão mecânica da palma das mãos, de uso de força na base das mãos, de vibrações.

As mononeuropatias dos membros superiores referem-se a um conjunto de alterações decorrentes da compressão de apenas um dos nervos dos membros superiores. As lesões podem decorrer de pressão interna como, por exemplo, de contração muscular ou edema da bainha dos tendões ou de forças externas como a quina de uma mesa, na superfície rígida de uma cadeira ou decorrente de compressão provocada por ferramenta manual.

Na Tabela 29 são apresentados dados referentes a ocorrência destas doenças entre os trabalhadores de enfermagem e o tempo de afastamentos gerado.

Tabela 29 - Distribuição das doenças do sistema nervoso relacionadas ao trabalho, segundo sexo, categoria profissional, faixa etária e tempo de afastamento do trabalho. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG

Doença relacionada ao trabalho	Sexo		Categoria profissional				Faixa etária (anos)				Afastamento (dias)				
	M	F	E	Ax	Tc	At	19	30	40	50	0	1	2 a	16 a	31 a
							a	a	a	a			15	30	60
Mononeuropatias dos membros superiores (n=2)	-	2	-	2	-	-	-	-	2	-	-	-	1	1	-
Síndrome do túnel do carpo (n=7)	-	7	-	7	-	-	-	-	5	2	3	-	2	1	1
Total (n=9)	-	9	-	9	-	-	-	-	7	2	3	-	3	2	1

n: número de atendimentos; E: enfermeiro; Ax: auxiliar de enfermagem; T: técnico de enfermagem; At: atendente de enfermagem.

Apenas as auxiliares de enfermagem com idade entre 40 a 59 anos manifestaram patologias do grupo das LER/DORT. Ainda que não exista tratamento específico, semelhante ao que ocorre em outras doenças ocupacionais, preconiza-se o afastamento da exposição para que se evite o agravamento do quadro. A maioria dos atendimentos (6) resultou em licença para tratamento de saúde, por um período que variou de 2 a 60 dias.

6.4.13 Gravidez, parto e puerpério (GPP)

Esse agrupamento foi classificado em décimo quarto lugar em frequência. Foram prestados 94 atendimentos devido a esse grupo diagnóstico e nenhum dos subgrupos registrou

doença que poderia estar relacionada ao trabalho. Os diagnósticos registrados nos atendimentos realizados pela DAST/FHEMIG encontram-se apresentados a seguir.

Diagnóstico encontrada na DAST						Doença relacionada ao trabalho - Portaria nº 1339/MS	
Grupo CID	Subgrupos CID-10		n	%G	% A	Sim	Não
XV - gravidez, parto e puerpério (O00-O99)	O00-008	Gravidez que termina em aborto	17	18,1	0,28		X
	O10-016	Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério	17	18,1	0,28		X
	O20-029	Outros transtornos relacionados predominantemente com a gravidez	27	28,7	0,44		X
	O30-048	Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto	21	22,3	0,35		X
	O60-075	Complicações do trabalho de parto e do parto	12	12,8	0,20		X
	Total		94	100	1,55		X

n: número de atendimentos; %G: percentagem em relação ao grupo de diagnósticos; %A: percentagem em relação ao total geral de atendimentos.

Figura 23 - Diagnósticos de gravidez, parto e puerpério. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte - MG

O resultado obtido com a comparação feita entre os diagnósticos registrados nos atendimentos realizados e a lista de doenças do MS não indicou nenhuma enfermidade que estivesse relacionada ao trabalho. Porém, é preciso assegurar que as medidas de segurança e vigilância à saúde sejam constantes, tendo em vista a constituição da categoria profissional ser majoritariamente de mulheres e no ambiente hospitalar não são poucas as exposições profissionais nocivas à reprodução e os fatores de riscos de doenças na gravidez estarem presentes no trabalho da enfermagem (BULHÕES, 1994).

6.4.14 Neoplasias (NEO)

Esse grupo foi classificado em décimo quinto lugar em frequência. Os diagnósticos registrados nos atendimentos realizados pela DAST/FHEMIG são apresentados na Figura 24. O termo neoplasia designa um grupo de doenças caracterizadas pela perda de controle do processo de divisão celular, que resulta na multiplicação celular desordenada.

Doença encontrada na DAST					Doença relacionada ao trabalho - Portaria nº 1339/MS		
Grupo CID	Subgrupos CID-10		n	%G	% A	Sim	Não
II - Neoplasias (C00-D48)	C00-C97	Neoplasias (tumores) malignas (os)					
	C15-C26	dos órgãos digestivos	2	3,6	0,03		X
	C40-C41	dos ossos e das cartilagens articulares	1	1,8	0,02	X	
	C50	da mama	16	28,6	0,26		X
	C51-C58	dos órgãos genitais femininos	5	8,9	0,08		X
	C60-C63	dos órgãos genitais masculinos	2	3,6	0,03		X
	C73-C75	da tireóide e de outras glândulas endócrinas	1	1,8	0,02		X
	C76-C80	de localizações mal definidas, ...	4	7,1	0,07		X
	C81-C96	do tecido linfático, hematopoético e...	12	21,4	0,20		X
	D00-D09	Neoplasias (tumores) in situ	1	1,8	0,02		X
	D10-D36	Neoplasias (tumores) benignas (os)	11	19,6	0,18		X
	D37-D48	Neoplasias (tumores) de comportamento incerto ou desconhecido	1	1,8	0,02		X
	Total		56	100	0,92		X

n: número de atendimentos; %G: percentagem em relação ao grupo de diagnósticos; %A: percentagem em relação ao total geral de atendimentos.

Figura 24- Distribuição dos diagnósticos de neoplasia. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG

No grupo das neoplasias, os diagnósticos referentes aos 56 atendimentos realizados pela DAST no decorrer do ano de 2002 foram reunidos em quatro subgrupos e o denominado neoplasias malignas abrigou uma doença que poderia ter relação com o trabalho.

A neoplasia maligna é sinônimo de tumor maligno ou câncer; este grupo de doenças, de distribuição cosmopolita, é importante causa de óbito entre trabalhadores na idade produtiva (WÜNSCH FILHO; KOIFMAN, 2003). Muitas destas doenças apresentam longos períodos de latência²³⁶; como exemplos cita-se que o período de latência para os tumores sólidos geralmente varia entre vinte a cinquenta anos e, para as neoplasias do sangue, de quatro a cinco anos (BRASIL, 2001d). Em função desta característica, Wunsch Filho e Koifman (2003, p.990) afirmaram que

muitos tumores malignos diagnosticados em pessoas com idades mais avançadas e já aposentadas têm sua origem no período de vida produtiva e o processo patológico, pelo menos em parte dos casos, deve ter sido ativado pela exposição às substâncias

²³⁶ “Tempo decorrido entre o início da exposição ao carcinógeno, que desencadeia a alteração celular e a detecção clínica do tumor” (BRASIL, 2001d, p.95).

cancerígenas no trabalho ou pela interação dessas substâncias com outros fatores de risco.

O aparecimento do câncer pode estar relacionado à exposição aos agentes carcinogênicos presentes no ambiente onde se vive e trabalha, decorrentes do estilo de vida e de fatores ambientais produzidos ou alterados pela atividade humana. Os fatores ocupacionais no desencadeamento dos cânceres variam entre 4 e 25% (BRASIL, 2001d). A informação apresentada, a seguir, permite dimensionar a quantidade de substâncias químicas existentes atualmente:

Estima-se que existam cerca de 600.000 substâncias químicas conhecidas, das quais 50.000 a 70.000 tem uso industrial, e que cerca de 3000 novos produtos químicos sejam colocados no mercado por laboratórios e centros de pesquisa, a cada ano, sem que se conheça perfeitamente seus efeitos tóxico sobre a saúde e seu potencial cancerígeno (BRASIL, 2001d, p.96).

Apenas um auxiliar de enfermagem, do sexo feminino, com idade entre 40 e 44 anos foi atendido com o diagnóstico de neoplasia maligna dos ossos e das cartilagens articulares, que lhe ocasionou um afastamento por um período de 2 a 15 dias. Este achado confirma dados da literatura que indicam ser o adulto nessa faixa etária, a população mais freqüentemente acometida pelo osteossarcoma clássico²³⁷, que é um tumor pobremente diferenciado, altamente agressivo e que afeta principalmente os ossos longos (fêmur, tíbia e o úmero). A ocorrência de osteossarcoma em trabalhadores adultos, com história de exposição ocupacional às radiações ionizantes tem como causa necessária o trabalho, ainda que outros fatores de risco possam atuar como coadjuvantes (BRASIL, 2001d).

6.4.15 Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (DENM)

Ocuparam tais enfermidades o décimo sexto lugar em freqüência, no presente estudo. Foram realizados 48 atendimentos em função de problemas endócrinos, nutricionais e metabólicos e nenhum deles contemplou doença relacionada ao trabalho. Os diagnósticos registrados nos atendimentos realizados pela DAST/FHEMIG são apresentados a seguir.

²³⁷ A neoplasia maligna primária do osso pode ser um osteossarcoma ou sarcoma osteogênico (BRASIL, 2001d).

Doença encontrada na DAST						Doença relacionada ao trabalho - Portaria nº 1339/MS	
Grupo CID	Subgrupos CID-10		n	%G	% A	Sim	Não
IV - doenças endócrinas, nutri.e metabólicas (E00-E90)	E00-E07	Transtornos da glândula tireóide	10	20,8	0,16		X
	E10-E14	Diabetes mellitus	25	52,1	0,41		X
	E15-E16	Outros transtornos da regulação da glicose e da secreção pancreática interna	3	6,3	0,05		X
	E40-E46	Desnutrição	3	6,3	0,05		X
	E70-E90	Distúrbios metabólicos	7	14,6	0,12		X
	Total		48	100	0,79		X

n: número de atendimentos; %G: percentagem em relação ao grupo de diagnósticos; %A: percentagem em relação ao total geral de atendimentos.

Figura 25 - Distribuição dos diagnósticos de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG

6.4.16 Doenças do ouvido e da apófise mastóide (DOAM)

Essas doenças ocuparam o décimo sétimo lugar em frequência no presente estudo e os diagnósticos registrados nos atendimentos realizados pela DAST/FHEMIG são apresentados a seguir.

Doença encontrada na DAST						Doença relacionada ao trabalho - Portaria nº 1339/MS	
Grupo CID	Subgrupos CID-10		n	%G	% A	Sim	Não
VIII - doença do ouvido... (H60-H95)	H60-H62	Doenças do ouvido externo	2	4,4	0,03		X
	H65-H75	Doenças do ouvido médio e da mastóide	9	20,0	0,15		X
	H80-H83	Doenças do ouvido interno	30	66,7	0,49	X	
	H90-H95	Outros transtornos do ouvido	4	8,9	0,07	X	
	Total		45	100	0,74		X

n: número de atendimentos; %G: percentagem em relação ao grupo de diagnósticos; %A: percentagem em relação ao total geral de atendimentos.

Figura 26 - Distribuição dos diagnósticos de doenças do ouvido. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG

Dentre os 45 atendimentos realizados, dois subgrupos de diagnósticos (doenças do ouvido interno e outros transtornos do ouvido) reuniam enfermidades que teriam relação com trabalho, conforme a lista elaborada pelo MS (BRASIL, 2000a).

As causas dessas doenças podem ser os agentes ou mecanismos irritativos, alérgicos e/ou tóxicos. De forma geral, os danos no ouvido interno decorrem da exposição às substâncias neurotóxicas e aos fatores de risco de natureza física como ruído, pressão atmosférica, vibrações e radiações ionizantes. Em função da frequência e das múltiplas consequência geradas sobre o organismo, a exposição ao ruído é considerada um dos principais problemas de saúde ocupacional e ambiental na atualidade e a perda auditiva induzida pelo ruído (PAIR²³⁸) constitui-se num dos problemas de saúde relacionado ao trabalho mais frequentes em todo o mundo (BRASIL, 2001d). De acordo com Costa et al. (2003, p.1255) a perda auditiva ocupacional, assim como outras doenças relacionadas ao trabalho, “[...] pode ser também classificada entre as doenças de ocorrência desnecessária, isto é, perfeitamente evitáveis”.

De 34 doenças dos subgrupos da CID-10 que poderiam ter relação com o trabalho, na Figura 27 são apresentados os dados relativos às 24 doenças do ouvido, consideradas relacionadas ao trabalho, encontrados nos atendimentos realizados aos trabalhadores de enfermagem da FHEMIG.

Grupo CID-10	Doença relacionada ao trabalho	n	%B	%C
Doenças do ouvido... (n=45; %A=0,7)	Outras vertigens periféricas (H81.3)	1	2,2	0,02
	Labirintite (H.83.0)	21	46,7	0,35
	Otalgias e secreção auditiva (H92-).	1	2,2	0,02
	Otalgia (H.92.0)	1	2,2	0,02
	TOTAL	24	53,3	0,40

n: número de atendimentos; %G: percentagem em relação ao grupo de diagnósticos; %A: percentagem em relação ao total geral de atendimentos.

Figura 27 - Distribuição das doenças do ouvido relacionadas ao trabalho. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG

As doenças do ouvido relacionadas com o trabalho constituíram a maioria dos atendimentos (53,3%) dentro do grupo diagnóstico. As doenças encontradas foram labirintite (21), seguido pelas otalgias (2) e vertigens (1).

²³⁸ Existem longas discussões acerca da distinção entre ter o diagnóstico de PAIR, apresentar PAIR com algum grau de incapacidade e que, supostamente, não interfere no trabalho e ter PAIR que acarreta incapacidade laborativa (BRASIL, 2002b). A OS 608/1998 refere-se a norma técnica do INSS que trata da perda auditiva neurossensorial por exposição continuada aos níveis elevados de pressão de sonora de origem ocupacional. Essa normatização tem prejudicado o trabalhador vítima de acidente de trabalho, da mesma forma como vem ocorrendo com os portadores de LER/DORT com a implementação, nesse caso da OS 606/98 (SINDICATO, 2003).

A labirintite é uma disfunção vestibular secundária aos fatores irritantes, tóxicos, endócrinos, exócrinos, metabólicos, infecciosos ou traumáticos. A labirintite relacionada ao trabalho está associada ao desenvolvimento de atividades em ambientes hiperbáricos²³⁹ e decorre da ruptura da membrana oval ou redonda; associa-se também à exposição ocupacional às substâncias químicas ototóxicas como, por exemplo, o brometo de metila²⁴⁰ (BRASIL, 2001d).

As otalgias e secreção auditiva não constituem doenças propriamente ditas, mas são sintomas ou sinais que podem estar presentes no barotrauma²⁴¹ do ouvido médio, na perfuração da membrana do tímpano e no barotrauma do ouvido externo (BRASIL, 2001d). As otalgias podem ser provocadas por som excessivamente intensos, acima do limiar de desconforto, às vezes acompanhadas de distúrbios neurovegetativos (COSTA et al., 2003).

A vertigem é definida como alteração do sentido de equilíbrio, caracterizada por uma sensação de instabilidade e de aparente movimento rotatório do corpo (vertigem subjetiva ou rotatória) ou dos objetos que o rodeiam (vertigem objetiva). As exposições ocupacionais a substâncias químicas como, por exemplo, brometo de metila, cloreto de metileno e outros solventes halogenados pode produzir quadros neurotóxicos multiformes. Devem também ser pesquisados casos com antecedentes de traumatismo craniano uma vez que elas podem ser seqüelas de acidente de trabalho (BRASIL, 2001d).

Ressalta-se que a ocorrência da perda auditiva depende de fatores ligadas ao indivíduo, às características do ruído e do ambiente e ao tipo da exposição. Além disso, é preciso estar atento a interação desses fatores com outros agentes nocivos, sempre que se avaliam os critérios de insalubridade. O estado físico ou psíquico do indivíduo pode torná-lo mais suscetível ao ruído, tendo determinados “[...] estados mórbidos (como diabetes, hipertensão, infecções), cansaço, estresse e até mesmo problemas familiares, sociais e financeiros”, como agentes capazes de interagir com o ruído e implicar na perda auditiva (COSTA et al., 2003, p.1266).

Na Tabela 30 são apresentados dados referentes a ocorrência destas doenças entre os trabalhadores de enfermagem e o tempo de afastamento gerado.

²³⁹ A variação da pressão atmosférica produz uma assimetria de pressões no ouvido interno devida à dificuldade de nivelar as pressões do ouvido médio, frente as avaliações barométricas brutas (BRASIL, 2001d).

²⁴⁰ E um gás incolor com odor semelhante ao do clorofórmio. Sua principal aplicação é como fumigante de solo, para controle de insetos, fungos e ratos em alimentos estocados. Também é utilizado em câmaras de ionização (SANTOS JÚNIOR et al., 2003).

²⁴¹ Refere-se a uma condição de desconforto no ouvido causado pela existência de diferença de pressão entre o interior e a parte externa no tímpano (COSTA et al., 2003).

Tabela 30 - Distribuição das doenças do ouvido relacionada ao trabalho, segundo sexo, categoria profissional, faixa etária e tempo de afastamento do trabalho. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG.

Doença relacionada ao trabalho	Sexo		Categoria profissional				Faixa etária (anos)					Afastamento (dias)		
	M	F	E	Ax	Tc	At	19 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	>60	0	1	2 a 15
Outras vertigens periféricas (n=1)	-	1	-	1	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-
Labirintite* (n=21)	2	19	2	18	1	-	1	4	11	2	2	1	11	9
Otalgias e secreção auditiva (n=1)	-	1	-	1	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-
Otalgia (n=1)	-	1	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-
Total (n=24)	2	22	2	21	1	-	1	6	12	2	2	3	12	9

n: número de atendimentos; E: enfermeiro; Ax: auxiliar de enfermagem; T: técnico de enfermagem; At: atendente de enfermagem. *= 1 atendimento sem informação de idade.

As doenças do ouvido que poderiam estar relacionadas ao trabalho atingiram majoritariamente as auxiliares de enfermagem (21 atendimentos), seguidos pelos enfermeiros (2) e um técnico de enfermagem. Aquelas doenças atingiram pessoas com idade em plena fase produtiva, entre 30 a 49 anos (18 atendimentos); a maioria dos atendimentos (21) gerou afastamentos do trabalho que variaram um dia (12 atendimentos) e de 2 a 15 dias (9). Em função das possíveis complicações futuras, os casos deveriam ter suas evoluções monitoradas e atenção especial deveria ser dada para os casos de agravamento clínico com o retorno ao trabalho.

6.4.17 Causas externas de morbidade e de mortalidade (CEEM)

As causas externas de morbidade e de mortalidade ocuparam o décimo oitavo lugar em frequência no presente estudo e os diagnósticos registrados nos atendimentos realizados pela DAST/FHEMIG são apresentados na Figura 28.

Os capítulos da CID-10 que tratam das causas externas de morbidade e de mortalidade e das lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas vêm sendo utilizados em estudos a respeito da violência no trabalho. No entanto, dada sua heterogeneidade e amplitude, têm sido motivo de questionamentos. A violência é uma das principais causas de morte em nossa sociedade nas últimas décadas; o interesse dos estudiosos

da área da saúde por esta temática surge nas décadas de 1960 e 70, na tentativa de superar o entendimento da saúde calcado no modelo biologicista e compreendê-la como fenômeno complexo e biopsicossocial (CAMPOS, A., 2003).

Doença encontrada na DAST						Doença relacionada ao trabalho - Portaria nº 1339/MS	
Grupo CID	Subgrupos CID-10		n	%G	% A	Sim	Não
XX - causas externas de morbidade e de mortalidade(V,W,X,Y)	V01-V99	Acidentes de transporte	4	10,0	0,07		X
	W00-X59	Outras causas externas de traumatismos acidentais	13	32,5	0,21		X
	W20-W49	Exposição a forças mecânicas inanimadas	2	5,0	0,03		X
	X10-X19	Contato com uma fonte de calor ou com substâncias quentes	1	2,5	0,02		X
	X40-X49	Envenenamento (intoxicação) acidental por exposição a substâncias nocivas	5	12,5	0,08		X
	X50-X57	Excesso de esforços, viagens e privações	2	5,0	0,03		X
	X58-X59	Exposição acidental a outros fatores ...	3	7,5	0,05		X
	X60-X84	Lesões auto provocadas intencionalmente	2	5,0	0,03		X
	X85-Y09	Agressões	1	2,5	0,02		X
	Y40-Y84	Complicações de assistência médica e cirúrgica	3	7,5	0,05		X
	Y40-Y59	Efeitos adversos de drogas, medicamentos e substâncias biológicas usadas com finalidade terapêutica	1	2,5	0,02		X
	Y60-Y69	Acidentes ocorridos em pacientes durante a prestação de cuidados médicos e cirúrgicos	2	5,0	0,03		X
	Y90-Y98	Fatores suplementares relacionados com as causas de morbidade e de mortalidade classificados em outra parte	1	2,5	0,02		X
	Total		40	100	0,66		X

n: número de atendimentos; %G: percentagem em relação ao grupo de diagnósticos; %A: percentagem em relação ao total geral de atendimentos.

Figura 28 - Distribuição dos diagnósticos de causas externas de morbidade e de mortalidade. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG

Nenhum dos subgrupos de diagnósticos enquadrados nesse grupo contemplou doenças relacionadas ao trabalho. É necessário o desenvolvimento de novos estudos para aprofundar a investigação sobre as violências sofridas pelos trabalhadores de enfermagem uma vez que é sabido que a sub-notificação envolve tanto os acidentes típicos e de trajetos quanto as doenças relacionadas ao trabalho e não se pode desconsiderar as dificuldades existentes para o estabelecimento do nexos causal desses eventos.

6.4.18 Doenças do sangue e órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários (DSOH)

Tais doenças ocuparam o décimo nono lugar em frequência no presente estudo e os diagnósticos registrados nos atendimentos realizados pela DAST/FHEMIG são apresentados na Figura 29.

Doença encontrada na DAST						Doença relacionada ao trabalho - Portaria nº 1339/MS	
Grupo CID	Subgrupos CID-10		n	%G	% A	Sim	Não
III - Doenças do sangue e órg.hematopoéticos..(D50-D89)	D50-D53	Anemias nutricionais	6	30,0	0,10		X
	D55-D59	Anemias hemolíticas	1	5,0	0,02		X
	D60-D64	Anemias aplásticas e outras anemias	7	35,0	0,12		X
	D65-D69	Defeitos da coagulação, púrpura e outras afecções hemorrágicas	1	5,0	0,02		X
	D70-D77	Outras doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos	4	20,0	0,07	X	X
	D80-D89	Alguns transtornos que comprometem o mecanismo imunitário	1	5,0	0,02		X
	Total		20	100	0,33		X

n: número de atendimentos; %G: percentagem em relação ao grupo de diagnósticos; %A: percentagem em relação ao total geral de atendimentos.

Figura 29 - Distribuição dos diagnósticos de doenças do sangue e órgãos hematopoéticos. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG

As agressões ao sistema hematopoético²⁴² podem ocorrer na medula óssea e na corrente sanguínea. O benzeno²⁴³ e as radiações ionizantes²⁴⁴ são considerados os principais agentes hematotóxicos de interesse para a saúde do trabalhador.

Foram 20 os atendimentos realizados devido a doenças do sistema hematopoético. Apenas no subgrupo que abriga as doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos, com quatro atendimentos, ocorreu diagnósticos de doenças que poderiam ser relacionada com o trabalho em duas situações (Fig. 30).

²⁴² Esse sistema “constitui um complexo formado pela medula óssea e outros órgãos hemoformadores e pelo sangue. Na medula óssea são produzidas, continuamente as células sanguíneas: eritrócitos, neutrófilos e plaquetas, sob rígido controle dos fatores de crescimento” (BRASIL, 2001d, p.129).

²⁴³ O benzeno tem uma ação mielotóxica e a avaliação das suas concentrações em ambientes de trabalho devem seguir as diretrizes da Portaria MTb nº 14/1995 e Instrução Normativa/MTb nº 1/1995 (BRASIL, 2001d).

²⁴⁴ A exposição às radiações ionizantes deve ser limitada com controle das fontes de radiação, conforme o disposto nas Diretrizes Básicas de Proteção Radiológica em Radiodiagnóstico médico e odontológico, definidas pela Portaria/MS nº 453/1998. “Os equipamentos devem ter dispositivos de segurança, anteparo de proteção e sofrer manutenção preventiva rigorosa; as salas de setores deve ser dotados de sinalização, proteção e blindagem; os procedimentos operacionais e de segurança devem ser bem definidos, incluindo situações de acidente e emergências; o pessoal deve receber treinamento adequado e ser supervisionado; os equipamentos e fontes devem ser posicionados o mais distante possível dos trabalhadores; deve-se diminuir o número de trabalhadores nos setores de tempo de exposição” (BRASIL, 2001d, p.132).

Grupo CID-10	Doença relacionada ao trabalho	N	%B	%C
Doenças do sangue e órgãos hematopoéticos...(n=20; %A=0,3)	Agranulocitose (Neutropenia tóxica) (D70)	2	10	0,03

n: número de atendimentos; %G: percentagem em relação ao grupo de diagnósticos; %A: percentagem em relação ao total geral de atendimentos.

Figura 30 - Distribuição das doenças do sangue e órgãos hematopoéticos relacionados ao trabalho. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG

Foram realizados dois atendimentos (10%) devido a agranulocitose, que é a diminuição do número de granulócitos (neutrófilos, eosinófilos e basófilos) no sangue periférico, em consequência de um distúrbio na medula óssea, geralmente por efeito mielodepressor de substâncias químicas tóxicas. Na Tabela 31 são apresentados dados referentes a ocorrência daquela doença entre os trabalhadores de enfermagem e o tempo de afastamento gerado.

Tabela 31 - Distribuição das doenças do sangue e órgãos hematopoéticos relacionados ao trabalho, segundo sexo, categoria profissional, faixa etária e tempo de afastamento do trabalho. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG

Doença relacionada ao trabalho	Sexo		Categoria profissional				Faixa etária		Afastamento (dias)
	M	F	E	Ax	Tc	At	19 a 29	30 a 39	0
Agranulocitose (Neutropenia tóxica) (n=2)	1	1	-	2	-	-	1	1	2
Total (n=2)	1	1	-	2	-	-	1	1	2

n: número de atendimentos; E: enfermeiro; Ax: auxiliar de enfermagem; Tc: técnico de enfermagem; At: atendente de enfermagem.

A agranulocitose ocorreu em dois auxiliares de enfermagem ainda jovens, de ambos os sexos. Geralmente esse problema tem o curso insidioso e as manifestações clínicas são de processos infecciosos como consequência do aumento da suscetibilidade às infecções. Preconiza-se que para o tratamento, a medida mais importante seria a identificação do possível agente agressor²⁴⁵ e a cessação da exposição (BRASIL, 2001d). Desta maneira supõe-se que essas medidas tenham sido adotadas, pois nenhum desses atendimentos resultou em afastamento do trabalhador atendido.

²⁴⁵ As principais causas de neutropenia podem ser devido a lesão da medula óssea causada por: agentes químicos (benzeno, dinitrofenol, pentaclorofenol, óxido nítrico; 2-eoxietanol, arsênio, lindano); radiações ionizantes; fármacos (agentes citotóxicos e não-citotóxicos); certas neutropenias congênitas e hereditárias; situações de mediação imunológica; infecções como hepatites, parvovírus, HIV, *M. tuberculosis*, *M. kansasii*; substituição da medula óssea (leucemias, linfomas e outras neoplasias) (BRASIL, 2001d).

6.4.19 Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (MCONG)

Essas alterações ocuparam o vigésimo lugar em frequência no presente estudo e os diagnósticos registrados nos atendimentos realizados pela DAST/FHEMIG são apresentados na Figura 31.

Doença encontrada na DAST						Doença relacionada ao trabalho - Portaria nº 1339/MS	
Grupo CID	Subgrupos CID-10		n	%G	% A	Sim	Não
XVII - malformações congênitas..(Q00-Q99)	Q21-Q28	Malformações congênitas do aparelho circulatório	2	66,7	0,03		X
	Q65-Q79	Malformações congênitas do sistema osteomuscular	1	33,3	0,02		X
	Total		3	100	0,05		X

n: número de atendimentos; %G: percentagem em relação ao grupo de diagnósticos; %A: percentagem em relação ao total geral de atendimentos.

Figura 31 - Distribuição dos diagnósticos de malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG.

Foram realizados três atendimentos e nenhuma das malformações, como era de se esperar, foi relacionada ao trabalho.

Este grupo diagnóstico finaliza este tópico que teve por propósito comparar os grupos e subgrupos de diagnósticos encontrados nos atendimentos realizados aos trabalhadores de enfermagem da FHEMIG, com as doenças relacionadas ao trabalho listadas pelo MS. Foram obtidas sete categorias diagnósticas sem relação com o trabalho, de acordo com o estabelecido na listagem do Ministério da Saúde. Mesmo que algumas ausências já fossem esperadas nessas categorias, optou-se pela comparação de todos os diagnósticos registrados nos atendimentos realizados na DAST, aos trabalhadores de enfermagem da Fundação tendo em vista as dificuldades, denunciadas por estudiosos da área da saúde do trabalhador e entidades representativas dos trabalhadores, já abordadas anteriormente, para o estabelecimento do nexo entre o trabalho e a doença.

Treze dos 20 grupos de diagnósticos encontrados nos atendimentos realizados pela DAST aos trabalhadores de enfermagem da FHEMIG, apresentaram diagnósticos de doenças que podem ter relação com o trabalho desenvolvido e que, portanto, deveriam ser investigados. Confirmado o diagnóstico da doença e de sua relação com o trabalho compete aos serviços de saúde responsáveis pela atenção aos trabalhadores implementar ações no sentido de acompanhar e registrar a evolução do caso, com particular atenção ao registro de

agravamento da situação clínica quando do retorno ao trabalho. É competência também dos serviços de saúde responsáveis pela atenção a trabalhadores desenvolver ações de vigilância epidemiológica para identificar outros casos, através de inspeções e de busca ativa na empresa ou ambiente de trabalho de origem do paciente, assim como em outras empresas do mesmo ramo de atividade na área geográfica, sem descuidar da averiguação do atendimento às normas de proteção coletiva e individual dos trabalhadores. Estas medidas devem estar associadas a outras que visem a proteção da saúde e a prevenção²⁴⁶ da exposição aos fatores de risco, envolvem medidas de engenharia e higiene industrial, mudanças na organização e na gestão do trabalho e o controle médico dos trabalhadores.

6.5 AS LICENÇAS MÉDICAS, O NÚMERO DE DIAS DE AFASTAMENTOS AO TRABALHO E OS LOCAIS

Neste tópico foram abordados os aspectos referentes às consequências geradas devidos aos atendimentos realizados pela DAST aos trabalhadores de enfermagem. De acordo com o Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Estado de Minas, o trabalhador pode solicitar licença de suas atividades, para tratamento de saúde quando acidentado no exercício de sua atribuição, quando acometido por doença profissional ou por motivo de doença de parentes próximos, dentre outras justificativas (BRASIL, 1952).

Na Tabela 32 estão discriminadas as licenças médicas concedidas aos trabalhadores de enfermagem, segundo número de dias de afastamento e tipo de atendimento prestado na DAST/FHEMIG no ano de 2002.

²⁴⁶ Principalmente a substituição do agente, substância, ferramenta ou tecnologia de trabalho por outros mais seguros, menos tóxicos ou lesivos; isolamento da máquina, agentes ou substâncias potencialmente lesivos por meio de enclausuramento dos processos, suprimindo ou reduzindo a exposição; medidas de higiene e segurança ocupacional, com a implementação e manutenção de sistemas de ventilação local, exaustores adequados e eficientes, capelas de exaustão, controle de vazamentos e incidentes através de manutenção preventiva e corretiva de máquinas e equipamentos. No caso dos agentes químicos, controle da emissão e propagação, monitoramento sistemático dos agentes agressores; adoção de sistemas de trabalho e operacionais seguros, com a classificação e rotulagem das substâncias químicas, segundo propriedades toxicológicas e toxicidade; diminuição do tempo e número de trabalhadores expostos; facilitar a higiene pessoal com as instalações sanitárias adequadas, banheiros, chuveiros, pias com água limpa corrente em abundância; vestuário adequado e limpo diariamente; informação e comunicação dos riscos aos trabalhadores; utilização de EPI, especialmente óculos e máscaras adequadas a cada tipo, de modo complementar as medidas de proteção coletiva e medidas de controle médico e monitoramento biológico dos trabalhadores expostos (BRASIL, 2001d).

Tabela 32 - Distribuição do tempo de licença médica concedida a trabalhadores da enfermagem, segundo número de dias de afastamento e tipo de atendimento, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte - MG

Afastamento (dias)	Tipo de Atendimento Médico				Total	
	CM	EP	PM-PS	PM-AT	n	%
0	1371	453	2	102	1928	31,8
1	-	-	1250	16	1267	20,9
2 15	-	-	2127	68	2195	36,2
16 30	-	-	429	8	437	7,2
31 60	-	-	92	2	94	1,5
61 90	-	-	45	1	46	0,8
91 120	-	-	79	-	79	1,3
151 180	-	-	21	2	23	0,4
211 240	-	-	1	-	1	0,0
Total	1371	453	4046	199	6070	100

CM: consulta médica; EP: exame periódico; PM-PS: perícia médica por problema de Saúde; PM-AT: perícia média por acidente de trabalho.

Na Tabela 32 constata-se que as licenças médicas somente foram concedidas através das perícias médicas, sendo que as 1371 consultas médicas e os 453 exames periódicos, realizados no ano de 2002, não resultaram em afastamento de trabalhadores do trabalho. Apenas duas das 4.046 PM-PS realizadas no período estudado não resultou afastamento do trabalho, enquanto que a maioria das PM-AT (102) não resultou em licença médica. Tais resultados corroboram os achados por Marziale (2003), que investigou sobre acidentes com perfurocortantes entre trabalhadores de enfermagem e constatou que esse tipo de acidente não implica, na maioria dos casos, em afastamento do trabalho, o que contribui para sua subnotificação.

Na Tabela 33 são discriminados os afastamentos concedidos e sua percentagem em relação ao total.

Tabela 33 – Período e número de afastamentos concedidos a trabalhadores de enfermagem, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte - MG.

Afastamento (dias)	Nº de afastamentos concedidos	%
1	1267	30,6
2 15	2195	53,0
16 30	437	10,6
31 60	94	2,3
61 90	46	1,1
91 120	79	1,9
151 180	23	0,6
211 240	1	0,0
Total	4142	100,0

Foram concedidos no período estudado 4142 afastamentos dos quais, 83,6% deles por período que variou de um a 15 dias, com predominância daqueles com período entre dois e 15 dias (53,0%); apenas 0,6% dos afastamentos concedidos superaram os 151 dias. A legislação estadual mineira prevê que o tempo máximo de licença saúde é de 24 meses e antes do término daquele prazo o trabalhador deveria se submeter a nova avaliação que determinaria a volta ao serviço, a prorrogação da licença ou sua aposentadoria (BRASIL, 1952).

A concessão de licenças médicas com longos períodos de afastamento foi modificada a partir de outubro de 2002 (FHEMIG, 2002e), com o impedimento da concessão ao trabalhadores efetivos, em um único ato unitário pericial, de licenças para tratamento de saúde por período superior a 30 dias. Para os trabalhadores com CA o tempo de licença, que era limitado ao período de vigência do contrato, foi alterada em setembro de 2002, de forma a FHEMIG ser responsável pelos primeiros 15 dias da licença, após o que o funcionário é encaminhado ao INSS (FHEMIG, 2002d). Provavelmente os afastamentos por maior prazo foram concedidos antes das mudanças implementada, acima descritas.

Na Tabela 34 apresenta-se a distribuição das licenças médicas concedidas por problemas de saúde ou por AT de acordo com o agrupamento das unidades da FHEMIG.

Tabela 34 - Distribuição das licenças médicas concedidas aos trabalhadores de enfermagem, segundo agrupamento dos hospitais, tipo de licença médica e o número de dias de afastamento concedido, janeiro a dezembro de 2002. Belo Horizonte – MG.

Local	LM	Afastamento (dias)										Sub-total	Total
		0	1	2 15	16 30	31 60	61 90	91 120	151 180	211 240			
		n	n	n	n	n	n	n	n	n			
A	PS	-	503	903	221	45	11	32	1	-	1716	1793	
	AT	25	8	35	7	1	-	-	1	-	77		
B	PS	1	534	672	106	26	22	21	19	1	1402	1463	
	AT	48	4	7	-	-	1	-	1	-	61		
C	PS	1	123	270	53	14	8	11	1	-	481	523	
	AT	19	2	21	-	-	-	-	-	-	42		
D	PS	-	13	64	13	2	5	-	-	-	97	104	
	AT	5	2	-	-	-	-	-	-	-	7		
E	PS	-	60	185	26	1	1	10	-	-	283	294	
	AT	5	-	4	1	1	-	-	-	-	11		
F	PS	-	5	-	-	1	2	-	-	-	8	8	
	AT	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
G	PS	-	17	33	5	3	1	-	-	-	59	60	
	AT	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1		
Subtotal		104	1271	2195	432	94	51	74	23	1	4245	4245	

LM= licença médica; PS= problema de saúde; AT= acidente de trabalho; A= hospitais de urgência e emergência (n=5); B= hospitais Gerais (n=9); C= hospitais de saúde mental (n=5); D= hospitais de doenças infecto-contagiosas (n=1); E= hospital de atendimento à mulher e ao recém-nascido (n=1); F= reabilitação (n=1); G= administração central (n=1).

Ao tomar como referencia os grupos de hospitais da fundação hospitalar percebe-se que, à exceção do grupo F, todos registraram afastamentos por período entre 2 a 15 dias (2195 atendimentos). Não ocorreram afastamentos por PM-AT na maioria dos grupos de hospitais à exceção dos grupos B (48), D (5) e E (5).

A minoria dos atendimentos periciais (104) não resultou em licença médica, sendo que a maioria (4141) resultou em afastamento do trabalho em período que variou entre um e 240 dias. Dentre os 24 atendimentos com afastamentos entre 151 a 180 dias (23 atendimentos) e 211 a 240 dias (1 afastamento) estavam incluídos os trabalhadores da FHEMIG, portadores de hanseníase que eram considerados como bolsistas²⁴⁷ e não funcionários públicos até março de 2003. Com a aprovação do projeto de Lei nº 2.439/2000, em março de 2003, esses trabalhadores tiveram assegurado o seu direito à aposentadoria.

De maneira geral as licenças médicas para tratamento de saúde, temporárias ou definitivas, impedem o trabalhador de usufruir de vida social e economicamente ativa, traz diminuição ou perda da capacidade para desempenho profissional, subtrai recursos do orçamento familiar e interfere no atendimento de suas necessidades básicas. O ônus destas licenças não recai apenas sobre o trabalhador e implica também em sobrecarga de trabalho aos colegas de trabalho e em pagamento de salários de substituição do trabalhador.

²⁴⁷ Decorreu de uma situação criada a partir de meados do século passado, quando o Estado adotou medidas de segregação compulsória dos pacientes portadores de hanseníase em sanatórios públicos, na tentativa de conter a expansão da doença. Como não havia servidores dispostos a trabalhar nos sanatórios por medo de contaminação, os próprios doentes em melhores condições físicas foram levados a cuidar daqueles em condições mais precárias, tendo, ainda, a incumbência de realizar todos os outros serviços necessários. Com o passar dos anos, a doença foi controlada, mas essas pessoas continuaram a prestar serviços, até mesmo se especializando por meio de cursos promovidos pela Fhemig. Tornaram-se, então, bolsistas da instituição. Prestam serviço diretamente à Fundação de maneira não eventual, submetem-se às suas determinações e à sua hierarquia e recebem remuneração pelo serviço prestado. Além disso, contribuem para a previdência e para a assistência à saúde, assim como os demais servidores públicos do Estado (ASSEMBLÉIA, 2003).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo objetivou evidenciar os problemas de saúde apresentados pelos trabalhadores de enfermagem que atuam nas unidades de saúde da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Para tanto, tomou-se como ponto de partida o entendimento de que as condições de vida e de trabalho determinam o processo de desgaste dos trabalhadores e buscou-se, na literatura científica, identificar as mudanças processadas no mundo do trabalho em geral e da saúde em particular. Cabe esclarecer que nessa opção teórica, não se desconsiderou a exposição dos trabalhadores aos diferentes riscos existentes no momento produtivo, que são preponderantes no processo saúde-doença.

Os dados coletados na Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador (DAST) indicaram a realização de 6070 atendimentos médicos aos trabalhadores de enfermagem lotados nas 23 unidades de saúde da FHEMIG no ano de 2002. A distribuição dos atendimentos pelos componentes da equipe de enfermagem foi a seguinte: auxiliares de enfermagem (84,6%), seguido por enfermeiros (8,9%), atendentes de enfermagem (4,9%) e técnicos de enfermagem (1,6%). A maioria dos atendimentos foi a trabalhadoras do sexo feminino (85,3%), o que reflete a tendência histórica da constituição da força de trabalho na enfermagem. A equipe de trabalho correspondia a 30,8% do total de pessoal existente na FHEMIG e foi responsável por 43% do total de atendimentos na DAST, no período estudado.

Na maior parte (17) das unidades assistenciais da Fundação Hospitalar a equipe de enfermagem estava completa e, em seis unidades, observou-se a ausência de técnicos de enfermagem. A presença de atendentes de enfermagem foi encontrada na maioria (20) das unidades, apesar do prazo legal para sua profissionalização como auxiliares de enfermagem ter expirado em 1996. No entanto, tal situação não é uma exclusividade do Estado de Minas Gerais já que a categoria profissional continua presente na maioria dos estados brasileiros (27), mesmo com a proibição legal de sua contratação (COFEn, 2004).

A categoria dos auxiliares de enfermagem registrou maior demanda nos quatro tipos de atendimentos: consultas médicas (80%), exames periódicos (89,4%), perícias médicas por problemas de saúde (82,7%) e perícias por acidente de trabalho (88,4%). Evidenciou-se a diferença existente entre o número de atendimentos realizados (84,6%) na DAST/FHEMIG e o número de auxiliares de enfermagem existentes (79,1%) naquela Fundação, o que pode indicar que um mesmo trabalhador recebeu mais de um atendimento no ano. Tal fato foi

também observado para as demais categorias de enfermagem, onde o número de atendimentos foi proporcional ao de trabalhadores.

O serviço médico pericial foi responsável pelo maior número de atendimentos (70%) e os exames periódicos pelo menor (7,5%), de onde se conclui que embora a DAST, no ano de 2002, tenha atendido as exigências legais de avaliar a necessidade ou não de concessão de licenças para tratamento de saúde, deixou a desejar em relação aos exames periódicos, o que pode ter comprometido as ações preventivas aos possíveis danos à saúde dos trabalhadores. Embora a Norma Regulamentadora -7 (NR7) prescreva a obrigatoriedade da realização de exames clínicos admissionais, periódicos e demissionais como forma de acompanhar a saúde dos trabalhadores, tal prática está ainda a ser implementada para todos os trabalhadores da FHEMIG. Dado que o número de atendimentos registrados para a perícia médica devido a acidente de trabalho (199 atendimentos) foi baixo, considerando-se a população estudada, é possível a existência de subnotificação de ocorrências e o fato sugere a necessidade de futuras investigações.

No presente estudo optou-se pela utilização de um instrumento internacional de classificação das doenças, denominado Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10, publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o que permitiu uniformizar a terminologia utilizada neste estudo e possibilitou a comparação dos diagnósticos encontrados com a “Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho”, elaborada pelo Ministério da Saúde, em atendimento à Lei nº 8080/1990.

Através da análise dos diagnósticos médicos prestados aos trabalhadores de enfermagem pela DAST/FHEMIG evidenciou-se uma variedade de danos psicofísicos que os atingiram, que foram ordenados por sua frequência, em vinte categorias diagnósticas; observou-se que 70,94% dos diagnósticos distribuíram-se da seguinte forma: Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde - FIES (20,15%), Doença do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo - DSOM (11,83%), Transtornos mentais e comportamentais - TMC (11,40%), Doenças do aparelho respiratório - DARES (10,69%), Doenças do aparelho circulatório - DACIR (8,62%) e Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas - LEC (8,25%). À exceção do primeiro grupo que abrigava categorias diversas, inclusive investigativas para diagnóstico de doença, os demais agrupavam doenças como dorsalgias, diversos transtornos emocionais e de personalidade, esquizofrenia, gripe, sinusite, acidente vascular cerebral, varizes e traumatismos e lesões envolvendo diversos segmentos corporais, o que corresponde a um conjunto de agravos que marca a vida dos trabalhadores de formas distintas, provocando dor e sofrimento.

Das vinte categorias diagnósticas encontradas entre os atendimentos prestados pela DAST aos trabalhadores de enfermagem, treze delas apresentaram doenças que poderiam ter relação com o trabalho. A relação entre a doença e o trabalho ocorreu em 1.102 atendimentos (18,15%) prestados pela DAST, no ano de 2002, aos trabalhadores de enfermagem da FHEMIG. Este resultado indica que, aproximadamente, um de cada cinco atendimentos deveu-se a doença relacionada ao trabalho. As doenças diagnosticadas nos atendimentos realizados distribuíram-se da seguinte forma: Transtornos mentais e comportamentais - TMC (282), Doenças do aparelho circulatório - DACIR (282), Doença do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo - DSOM (255); Doenças do olho e anexos - DOA (86), Doenças infecciosas e parasitárias - DIP (70), Doenças do aparelho respiratório - DARES (58), Doenças do ouvido e da apófise mastóide - DOAM (24), Doenças do aparelho digestivo - DADIG (24), Doenças do sistema nervoso - DSN (9), Doenças da pele e do tecido subcutâneo - DPTS (8), Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários - DSOH (2), Neoplasias - NEO (1) e Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas - LEC (1).

Observou-se que a força de trabalho da enfermagem desta instituição fundacional mineira está sendo consumida por problemas de saúde que afetam seus corpos e mentes, decorrentes de enfermidades causadas pela violência oculta no trabalho, também conhecida por doenças da modernidade, tais como a LER/DORT, a depressão, a angústia, o estresse, o alcoolismo, a hipertensão arterial e o infarto do miocárdio, dentre outras. Constatou-se também que os trabalhadores de enfermagem foram responsáveis por 54,9% dos atendimentos psicológicos realizados na DAST, o que indica a presença de sofrimento psíquico dentre aquele grupo de trabalhadores no ano de 2002. Tal fato sinaliza a necessidade de novos estudos, pois, é sabido que tais doenças são envoltas em uma aura de preconceito ainda persistente na sociedade.

Os resultados obtidos confirmaram aqueles presentes na literatura, que indicam o aumento das exigências sobre o trabalhador. A adoção de “novos” modelos gerenciais baseados no *toyotismo* fez com que fosse intensificada a pressão por produtividade – o que conseqüentemente intensificou o trabalho, e fez aumentar o leque de personagens que exercem cobranças sobre o trabalhador. Com isso aumenta a produção de patologias diversas, muitas decorrentes do estresse, que dificilmente são identificadas como doenças ocupacionais, o que torna o trabalhador mais exposto e mais distante de seus direitos.

A lista de doenças relacionadas ao trabalho e o respectivo Manual de procedimentos elaborada pelo Ministério da Saúde constituam em avanço no campo da saúde do trabalhador.

No entanto ainda é um desafio reconhecer, diagnosticar e estabelecer o nexo causal existente entre grande parte das doenças e o trabalho.

O acesso às informações referentes à FHEMIG foi restrito devido, principalmente, à dificuldade de obtenção de dados referentes à saúde dos trabalhadores dada a inexistência de bancos de dados informatizados. O fato de as informações serem ainda registradas manualmente na DAST permitiu que algumas delas ficassem ilegíveis e outras incompletas. Outra dificuldade encontrada foi a mudança que transcorria, por ocasião da coleta de dados, na administração da Fundação. Com a substituição dos seus dirigentes houve também alteração das pessoas lotadas nos setores da unidade administrativa, interferindo na obtenção das informações pretendidas.

Mesmo com as dificuldades encontradas, o estudo realizado confirmou o pressuposto de que, da mesma forma como correu com a indústria e o sistema financeiro, a implementação das mudanças no setor da saúde, especialmente nas instituições hospitalares, foi desencadeada por motivos econômicos e tiveram como principal repercussão a deterioração da saúde do trabalhador. Constatou-se que a FHEMIG vem acompanhando as mudanças processadas no mundo do trabalho, derivadas da globalização da economia e da reestruturação produtiva: foram adquiridas novas tecnologias e novos equipamentos, promoveu-se mudanças organizacionais, com a introdução de novas modalidades de assistência como o hospital-dia e o atendimento domiciliar e adotou-se novos modelos gerenciais, o que implicou no pagamento por produtividade e na contratação temporária de trabalhadores, dentre outras mudanças.

Constatou-se que a maioria dos trabalhadores de enfermagem (55,7%) da FHEMIG possuía vínculos temporários de trabalho e os demais (44,3%) eram servidores efetivos, o que confirma que a enfermagem é também um grupo profissional submetido à precarização das relações de trabalho. Os trabalhadores com vínculo temporário de trabalho possuíam maior carga horária de trabalho e menor remuneração salarial, quando comparados aos efetivos e, além de não ter garantias e direitos trabalhistas, estavam sujeitos as regras distintas no que se refere à assistência à saúde. A ameaça de desemprego pairava também sobre aqueles trabalhadores sob a forma de fechamento de unidades em função de medidas de reestruturação administrativa propostas pelo governo estadual. Tais fatos motivaram a ocorrência manifestações e reivindicações públicas.

Observou-se que os trabalhadores de enfermagem da FHEMIG estavam expostos não apenas às chamadas “doenças da modernidade”; eram também vítimas de “doenças da antiguidade” como a dengue e a tuberculose. Constatou-se, ainda, que os trabalhadores da

enfermagem estavam expostos aos agentes ou fatores de risco de natureza ocupacional como agentes biológicos, substâncias químicas, radiações ionizantes, vibração, posições desconfortáveis ou incorretas no trabalho, gestos repetitivos, ritmos de trabalho penosos, condições difíceis de trabalho e problemas relacionados ao emprego. Pesquisas desenvolvidas por outros enfermeiros, têm dado ênfase a alguns destes agentes cujos efeitos à sua exposição, de modo geral, ainda são pouco estudados e necessitam de atenção de pesquisadores para que os trabalhadores tenham maiores informações que possibilitem proteger e promover sua saúde.

Embora as unidades de saúde da FHEMIG sejam diferentes entre si, constatou-se que há semelhança entre os grupos diagnósticos. O conjunto da categoria diagnóstica obtida já se constitui em indícios e a ocorrência dos TMC, DACIR e as DSOM entre as principais doenças relacionadas ao trabalho nos permite considerar que os trabalhadores de enfermagem apresentaram problemas de saúde identificados que constituem-se na expressão da intensificação do trabalho, da internalização do controle, das exigências, do medo e da insegurança da perda do emprego causada pelas novas formas de organização e gestão do trabalho.

A intensidade dos trabalhos e o estresse associado às mudanças organizacionais nas mais diferentes esferas da produção humana e em distintos locais desse planeta têm sido apontados por trabalhadores, entidades e pesquisadores. Beynon (1997, p.27) afirma que, regularmente as enfermeiras do Reino Unido dizem “amar o trabalho mas detestar o emprego”, tal fato seria decorrência da intensificação da carga de trabalho e de irracionalidades presentes no trabalho da enfermagem.

As transformações na FHEMIG serão mais intensas com a efetiva implantação dos 15 projetos encaminhados em 20 de maio de 2003, à Assembléia Legislativa, pelo governador Aécio Neves. Esses projetos tratam da reforma administrativa no Estado de Minas Gerais, com vistas a implementar um modelo de gestão baseado na produtividade e desempenho do serviço público. Dentre as propostas estão a instituição do banco de horas que visa compensar as horas extraordinárias trabalhadas, sem aumentar as despesas com pagamento de horas extras (Projeto de Lei Complementar - PLC nº 716/2003); a introdução da avaliação de desempenho que permitirá a demissão do servidor pela insuficiência de desempenho (PLC nº 26/2003); mudança na concessão de adicional de benefício em razão do tempo de serviço (Proposta de Emenda à Constituição – PEC nº 48/2003); alteração das normas previdenciárias (PEC 50/2003 e PLC 25/2003); mudança no regime de emprego público na administração pública do Estado, abrindo a contratação por meio das regras da Consolidação das Leis

Trabalhistas –CLT (PLC 28/2003); instituição de avaliação de desempenho institucional e o acordo de resultados, com estabelecimento de metas de desempenho, prazos de cumprimento e padrões de controle (Projeto de Lei – PL nº 717/2003); instituição de adicional de desempenho (PL 718/2003). Portanto, entende-se que a aprovação desse conjunto de medidas propostas, implicará para o trabalhador, em maior precarização das relações de trabalho, diminuição de direitos e aumento da desproteção social.

As investigações realizadas, por diversos pesquisadores de distintas formações, acerca das mudanças introduzidas no mundo do trabalho, nos diversos ramos da produção, apontaram que as novas formas gerenciais, mais flexíveis, embora enfatizem a importância e a necessidade gerencial do envolvimento do pessoal na tomada de decisão, ainda tratam as pessoas como mais um dos recursos da corporação para aumentar a produtividade, além de servir como estratégia de desmobilização coletiva dos trabalhadores (LIMA, 1995; RIBEIRO, 1999; ANTUNES, 2000; INVERNIZZI, 2000; JINKINGS, 2002).

As exigências sobre o trabalhador não se restringem às questões internas aos processos de trabalho; o trabalhador se sujeita também aos impactos advindos das condições sociais e econômicas vigentes. A taxa de desemprego e a crescente sensação de insegurança no emprego, produzem temores e ansiedades relativas ao seu futuro e conforma o estresse relacionado com a própria intensificação do trabalho. Os problemas econômicos e a violência urbana contribuem para o aumento da demanda por saúde e, dada a crise por que passam os hospitais públicos brasileiros, faz crescer na população a insatisfação que, de uma forma ou de outra, acaba trazendo sobrecarga aos serviços de enfermagem. É preciso lembrar ainda que os trabalhadores da enfermagem, como as demais pessoas, também enfrentam dificuldades no acesso à saúde.

Com a realização do presente estudo observou-se que muitas coisas mudaram no mundo do trabalho em geral e da saúde em particular. Apesar dos avanços tecnológicos e organizacionais cresceu a pobreza, o desemprego, a precarização do trabalho e a violência urbana, que fez deteriorar as condições de vida e saúde da população. Desta forma, os trabalhadores de enfermagem, como os demais, ficam expostos às consequências das mudanças implementadas na sociedade.

A necessidade de implementação de medidas efetivas, capazes de prevenir ou restringir os danos à saúde dos trabalhadores da enfermagem fica evidente com o resultado que indicou que a maioria dos atendimentos (37,6%) foi realizado a trabalhadores em plena fase produtiva de suas vidas, com idades entre os 40 e os 49 anos; os resultados apontaram

também que trabalhadores ainda jovens, com idade entre os 19 e 29 anos, têm sido vítimas de doenças diversas.

É preciso destacar que quando predomina a doença no indivíduo ele fica impedido de exercer plenamente a sua capacidade de decidir e agir, o que interfere em sua liberdade e sua qualidade de vida. Portanto, para as empresas que erguem a bandeira da qualidade, esta deveria ser global, abrangendo as questões que envolvem a saúde de seus trabalhadores, não podendo esta ser descuidada e relegada a um segundo plano.

Os resultados obtidos neste estudo podem fornecer subsídios a administradores e a gerência de enfermagem para que estes possam promover a avaliação da organização e dos serviços existentes, de forma a definir ações de gestão da atenção à saúde dirigidas a promoção, proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores.

Ainda que a realização da presente investigação tenha alcançado a finalidade que era contribuir para tornar mais visíveis os problemas de saúde que atingem os trabalhadores da equipe de enfermagem da FHEMIG e assim auxiliar na instrumentalização dos futuros membros dessa categoria profissional para a prevenção de seus desgastes, para a construção de uma vida mais saudável, livre das doenças e acidentes do trabalho, muito ainda está por se fazer como vencer as dificuldades no estabelecimento do nexo entre o acidente/adoecimento e a situação de trabalho, reestruturar os sistemas de informação em saúde, envolvendo um sistema de vigilância epidemiológica, desenvolver ações inter-institucionais e multidisciplinar em saúde e trabalho, superar a concepção biologicista que ainda predomina na análise do processo saúde e doença e estabelecer relação entre o trabalho e o processo saúde e doença para que os acidentes e doenças decorrentes do trabalho deixem de ser tratados como algo normal ou natural.

Para ter uma vida cheia de sentido fora do trabalho como Antunes (2000) alertou, é necessário uma vida dotada de sentido dentro do trabalho. Para aquele autor não é possível compatibilizar trabalho assalariado, fetichizado e estranhado com tempo verdadeiramente livre. Uma vida desprovida de sentido no trabalho é incompatível com uma vida cheia de sentido fora do trabalho. A luta pela saúde se situa no confronto entre capital e trabalho alertou Ribeiro (1999). Em meio a tantas modificações, houve a degradação das condições de trabalho, mas também deteriorou-se as relações afetivas, com predomínio do individualismo, da indiferença diante do sofrimento alheio e da quebra da camaradagem entre os trabalhadores. Portanto, os desafios colocados para a classe trabalhadora são imensos. Assim, torna-se vital que essa classe se organize e articule para preservar a sua saúde e a sua capacidade de trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS²⁴⁸

ABRAMO, L. A situação da mulher latino-americana: o mercado de trabalho no contexto da reestruturação. In: DELGADO, D. G.; CAPPELLIN, P.; SOARES, V. (org.). **Mulher e trabalho**: experiências de ação afirmativa. São Paulo: Boitempo, 2000. p.111-34.

ADAMI, N. P.; MARANHÃO, A. M. S. A. Qualidade dos serviços de saúde: conceitos e métodos avaliativos. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 47-55, mai./dez. 1995.

AGÊNCIA de notícias da Previdência Social. Grupo estudará aperfeiçoamento do PPP: novo documento entrará em vigor a partir de novembro. Disponível em: <<http://www.previdenciasocial.gov.br/agprev/MostraNoticia.asp?>>. Acesso em: 31 ago. 2003a.

AGÊNCIA de notícias da Previdência Social. Benefícios: prazo para elaboração do PPP foi prorrogado para janeiro. Disponível em: <<http://www.previdenciasocial.gov.br/agprev/MostraNoticia.asp?>>. Acesso em: 11 out. 2003b.

ALBANO, M. Dívida 'estrangula' hospitais universitários. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 8 dez. 2002. Cotidiano, Caderno C, p. 1.

ALEXANDRE, N. M. C.; MORAES, M. A. A.; MAHAYRI, N.; CUNHA, S. H. F. Aspectos ergonômicos e posturais em centro de material. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 87-94, mar. 1992.

ALEXANDRE, N. M. C.; ANGERAMI, E. L. S.; MOREIRA FILHO, D. C. Dores nas costas e enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 267-85, ago. 1996.

ALEXANDRE, N. M. C. Ergonomia e as atividades ocupacionais da equipe de enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 84-90, abr. 1998.

ALEXANDRE, N. M. C.; BENATTI, M. C. C. Acidente de trabalho afetando coluna vertebral: um estudo realizado com trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 65-72, abr. 1998.

ALVES, G. **O novo (e precário) mundo do trabalho**: reestruturação produtiva e crise do sindicalismo. São Paulo: Boitempo, 2000. 365p.

ALVES, M.; BRITO, M. J. M. O trabalho da enfermagem na ótica do enfermeiro. **Enferm. rev.**, Belo Horizonte, v. 5, n. 9 e 10, p. 51-61, jul./dez. 1999.

²⁴⁸ Trabalho apresentado e organizado segundo **Universidades São Paulo**. Diretrizes para a apresentação de teses e dissertações da USP: documento eletrônico ou impresso. São Paulo:2003.

ANSELMÍ, M. L.; NAKAO, J. R. S. A enfermagem no processo de gestão econômica dos serviços de saúde: limites e possibilidades. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 52, n. 2, p. 223-232, abr./jun. 1999.

ANTUNES, A. V.; TREVIZAN, M. A. Gerenciamento da qualidade: utilização no serviço de enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 35-44, jan. 2000.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 3. ed. São Paulo: Boitempo, 2000. 258p.

ANTUNES, R. Prefácio. In: JINKINGS, N. **Trabalho e resistência na “fonte misteriosa”**: os bancários no mundo da eletrônica e do dinheiro. Campinas: Editora da Unicamp; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 2002. p. 11-14.

ARAÚJO, P. H.; REDI, R. **Qualidade ao alcance de todos**: acesso rápido e fácil às técnicas da Qualidade Total. São Paulo: Gente, 1997. 153p.

ARAÚJO, J. N. G.; LIMA, M. E. A.; LIMA, F. P. A. **L.E.R.**- lesões por esforços repetitivos: dimensões ergonômicas e psicossociais. 2. ed. Belo Horizonte: Health, 1998. 362p.

ARAÚJO, A. J. Assédio Moral: a máscara cai, da pressão (não mais) oculta no trabalho. In: Seminário de relacionamento humano e qualidade de vida no trabalho, 1., 2002, Rio de Janeiro. **Anais eletrônicos...** Rio de Janeiro: UERJ, 2002 Disponível em: <<http://www.uerj.br/eventos/seminário/alberto.doc>>. Acesso em: 05 de jan. 2003.

ARAÚJO, G. M. **Normas regulamentadoras comentadas**: legislação de segurança e saúde no trabalho. 4. ed., Rio de Janeiro: Gerenciamento verde, 2003. 1540p.

ASSEMBLÉIA Legislativa do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2003. Banco de notícias. Disponível em: <<http://www.alemgo.gov.br/not/bancodenoticias/not384306asp>>. Acesso em: 22 abr. 2003.

ASSUNÇÃO, A.; ALMEIDA, I. M. Doenças osteomusculares relacionadas com o trabalho: membro superior e pescoço. In: MENDES, R. (org.). **Patologia do trabalho**: atualizada e ampliada. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2003. Cap. 37, p.1500-39.

BAPTISTA, B. S. F. O desenvolvimento do processo de acreditação de hospitais no Brasil. **Brasília Médica**, Brasília, v. 35, n. 3/4, p. 99-102, 1998.

BARBOSA, J. B. M. Lixo hospitalar: é preciso fiscalizar seriamente os resíduos sólidos. **Revista Consultor Jurídico**, São Paulo, 30 abr. 2003. Disponível em: <<http://www.conjur.uol.com.br/textos/18547>>. Acesso em: 03/10/2003.

BARBOZA, D. B. **Afastamentos do trabalho na enfermagem de um hospital geral no período de 1995 a 1999**. 2001. 134f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2001.

BARBOZA, D. B.; SOLER, Z. A. S. G. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 177-83, mar./abr. 2003.

BARRETO, M.; ALENCAR, M. B. A. Assédio moral no trabalho: chega de humilhação! Disponível em: <<http://www.assediomoral.org.br>> Acesso em: 2001.

BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. Tendências recentes das doenças crônicas no Brasil. In: LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1998. p.15-27.

BARROS, A. L. B. L. et al. Situações geradoras de ansiedade e estratégias para seu controle entre enfermeiras: estudo preliminar. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 585-92, set./out. 2003.

BASBAUM, L. **Alienação e humanismo**. São Paulo:Global, 1981. 157p.

BECCARIA, L. M.; FÁVERO, N. Expectativas de gerentes e assessores de enfermagem quanto ao estilo gerencial do diretor executivo de um hospital de ensino. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 83-90, abr. 2000.

BEJGEL, I.; BARROSO, W. J. O trabalhador do setor saúde, a legislação e seus direitos sociais. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p.69-77, 2001.

BELLATTO, R.; PASTI, M. J.; TAKEDA, E. Algumas reflexões sobre o método funcional no trabalho da enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 75-81, jan. 1997.

BENATTI, M. C. C. **Acidente do trabalho em um hospital universitário**: um estudo sobre a ocorrência e os fatores de risco entre trabalhadores de enfermagem. 1997. 239f. Tese Doutorado - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

BERNARDINA, L. D.; MARZIALE, M. H. P.; CARVALHO, E. C. Postura corporal adotada pelos membros da equipe de enfermagem durante procedimentos de colheita de sangue, administração de medicação endovenosa e soro terapia. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 317-30, dez. 1995.

BEYERS, M.; DUDAS, S. **Enfermagem médico-cirúrgica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. 1147p.

BEYNON, H. As práticas do trabalho em mutação. In: ANTUNES, R. (org.). **Neoliberalismo, trabalho e sindicatos**: reestruturação produtiva na Inglaterra e no Brasil. São Paulo: Boitempo, 1997. p.9-28.

BIANCARELLI, A. Para 42%, sigla SUS não inspira confiança. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 28 abr. 2003a. Cotidiano, Caderno C, p. 1.

_____. Médico critica proposta de mudança dos padrões de pressão arterial ideal. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 10 ago. 2003b. Cotidiano, Caderno C, p.4.

BIANCHI, E. R. F. Enfermeiro hospitalar e o stress. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 390-4, dez. 2000.

BOTEON, J.; COSTA DIAS, E. Patologias do olho relacionadas com o trabalho: coluna e membros inferiores. In: MENDES, R. (org.). **Patologia do trabalho**: atualizada e ampliada. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2003. Cap. 28, p.1232-52.

BOTTH, R. The nursing shortage: a worldwide problem. **Rev. Latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p.392-400, mai./jun. 2002.

BOTTOMORE, T. **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Zahar, 1993. 454p.

BRANDI, S.; BENATTI, M. C. C.; ALEXANDRE, N. M. C. Ocorrência de acidente do trabalho por material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário da cidade de Campinas, Estado de São Paulo. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 124-33, ago. 1998.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **O exercício de enfermagem nas instituições de saúde no Brasil**: 1982/1983. Rio de Janeiro: COFEn/ABEn, 1985, v. 1. 36p.

BRASIL. Lei nº 869 de 05 de julho de 1952. **Diário Oficial do Estado de Minas Gerais**. Dispõe sobre o Estatuto dos Funcionários Públicos Cíveis do Estado de Minas. Belo Horizonte, 05 jul. 1952. Disponível em: <<http://www.planejamento.mg.gov.br/legislação>>. Acesso em: 27 out. 2003.

BRASIL. Decreto Estadual nº 15.360 de 29 de março de 1973. **Diário Oficial do Estado de Minas Gerais**. Dispõe sobre o Quadro Permanente a que se refere a Lei nº 5.945, de 11/07/72, a elaboração de Plano de Classificação de Cargos e Funções, o estabelecimento da Política Salarial e dá outras providências. Belo Horizonte, 30 mar. 1989. Disponível em: <<http://www.planejamento.mg.gov.br/legislação>>. Acesso em: 27 out. 2003.

BRASIL. Decreto Estadual nº 19.210 de 28 de junho de 1978. **Diário Oficial do Estado de Minas Gerais**. Dispõe sobre concessão de licença para tratamento de saúde e dá outras providências. Belo Horizonte, 29 jun. 1978. Disponível em: <<http://www.planejamento.mg.gov.br/legislação>>. Acesso em: 11 nov. 2003.

BRASIL. Decreto Estadual nº 20.563 de 14 de maio de 1980. **Diário Oficial do Estado de Minas Gerais**. Dispõe sobre exames e testes de capacidade física e mental para fins de provimento, concessão de licença e de aposentadoria por invalidez, e dá outras providências. Belo Horizonte, 14 mai. 1980. Disponível em: <<http://www.planejamento.mg.gov.br/legislação>>. Acesso em: 27 out. 2003.

BRASIL. Decreto Estadual nº 23.617 de 11 de junho de 1984. **Diário Oficial do Estado de Minas Gerais**. Dispõe sobre a concessão de licença para tratamento de saúde, por acidente de trabalho ou por acometimento de doença profissional e dá outras providências. Belo Horizonte, 11 jun. 1984. Disponível em: <<http://www.planejamento.mg.gov.br/legislação>>. Acesso em: 27 out. 2003.

BRASIL. Decreto nº 94.406 de 8 de junho de 1987. **Diário Oficial da União**. Regulamenta a Lei nº 7498 de 25 de junho de 1986 que dispõe sobre o Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, 9 jun. 1987, p.8853-5.

BRASIL. Constituição Estadual, de 21 de setembro de 1989. **Constituição do Estado de Minas Gerais**, Belo Horizonte, 22 set. 1989. Disponível em: <<http://www.planejamento.mg.gov.br/legislação>>. Acesso em: 27 out. 2003.

BRASIL. Lei nº 10.254 de 20 de julho de 1990. **Diário Oficial do Estado de Minas Gerais**. Institui o Regime Jurídico Único do Servidor Público Civil do Estado de Minas Gerais e dá outras providências. Belo Horizonte, 21 jul. 1990. Disponível em: <<http://www.planejamento.mg.gov.br/legislação>>. Acesso em: 27 out. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissível/AIDS. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui plano de custeio, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 ago. 1998a. Disponível em <<http://www.dataprev.gov.br/islex/>>. Acesso em: 30 set. 2003.

BRASIL. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 ago. 1998b. Disponível em: <<http://www.dataprev.gov.br/islex/>>. Acesso em: 30 set. 2003.

BRASIL. Decreto nº 35.330 de 04 de janeiro de 1994. **Diário Oficial do Estado de Minas Gerais**. Dispõe sobre a contratação de pessoal para os serviços estaduais de saúde e penitenciário. Belo Horizonte, 05 jan. 1994. Disponível em: <<http://www.planejamento.mg.gov.br/legislação>>. Acesso em: 27 out. 2003.

BRASIL. Portaria Supege nº 1070 de 31 de janeiro de 1996. **Diário Oficial do Estado de Minas Gerais**. Dispõe sobre a uniformização de procedimentos para o pessoal que presta serviços mediante “Contrato Administrativo por prazo determinado”. Belo Horizonte, 02 jan. 1996.

BRASIL. Leis etc. Edital n.º 1 de 9 de julho de 1997. Atualização da Norma Técnica sobre Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 11 jul. 1997. Seção 3, p. 14231-14239.

BRASIL. Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 07 mai. 1999. Disponível em: <<http://www.dataprev.gov.br/islex/>>. Acesso em: 30 set. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lista de doenças relacionadas ao trabalho**: Portaria nº 1339/GM, de 18 de novembro de 1999. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a. 138p.

BRASIL. Decreto Estadual nº 41.240 de 28 de agosto de 2000. **Diário Oficial do Estado de Minas Gerais**. Autoriza a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG, a contratar categorias profissionais indispensáveis ao funcionamento dos serviços públicos essenciais da rede hospitalar do Estado. Belo Horizonte, 28 ago. 2000b. Disponível em: <<http://www.planejamento.mg.gov.br/legislacao/>>. Acesso em: 27 out. 2003.

BRASIL. Decreto Estadual nº 41.286 de 27 de setembro de 2000. **Diário Oficial do Estado de Minas Gerais**. Dá nova redação a dispositivos do Decreto nº 23617 de 11 de junho de 1984, alterado novamente pelo Decreto 28080, de 12 de maio de 1988, alterado novamente pelo Decreto nº 28442, de 27 de julho de 1988 e dá outras providências. Belo Horizonte, 28 set. 2000. coluna 1, p. 8. e 19 set. 2001. coluna 1, p.28.

BRASIL. Ministério da Saúde. Qualificação profissional e saúde com qualidade. **Formação**. Brasília, v. 1, n. 1, jan. 2001a. 93p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área da enfermagem. Sinais do mercado de trabalho do pessoal de enfermagem no Brasil. **Formação**. Brasília, v. 1, n. 1, p. 47-72, jan. 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área da enfermagem. Oferta de qualificação é necessária para melhorar a atenção à saúde. **Formação**. Brasília, v.1, n. 1, p. 10-26, jan. 2001c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001d. 580p.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Segurança e saúde no trabalho**: legislação. Disponível em: <<http://www.mtb.gov.br/Temas/SegSau/Legislacao/Normas/Default.asp>>. Acesso em: 22 out. 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual brasileiro de acreditação hospitalar**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. 108p.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1 /92 a 35/2001 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de edições técnicas, 2002c. 415p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de investigação, diagnóstico, tratamento e prevenção de LER/DORT**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002d. 18p.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Anuário estatístico da Previdência Social 2002. 2002e. Seção IV-Acidente de Trabalho. Tabelas. Capítulo 29–Acidentes de Trabalho. Disponível em: <<http://www.mpas.gov.br/12-01-03asp>>. Acesso em: 06 out. 2003.

BRASIL. Decreto Estadual nº 42.758 de 18 de julho de 2002. **Diário Oficial do Estado de Minas Gerais**. Regulamenta disposições da Lei Complementar nº 64, de 25 de março de 2002, que institui o Regime Próprio de Previdência e Assistência Social dos servidores públicos do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 18 jul. 2002. Disponível em: <<http://www.planejamento.mg.gov.br/legislação>>. Acesso em: 15 nov. 2003.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987. 379p.

BREVIDELLI, M. M.; CIANCIARULLO, T. I. Análise dos acidentes com agulhas em um hospital universitário: situações de ocorrência e tendências. **Rev. Latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, p. 780-6, nov./dez. 2002.

BULHÕES, I. **Riscos do trabalho de enfermagem**. Rio de Janeiro: Folha Carioca, 1994. 221p.

CAMPOS, E. F. Um pacto pela saúde no Brasil. **Estado de Minas**, Belo Horizonte, 18 jul. 2003, p. 9.

CAMPOS, A. Violência e trabalho. In: MENDES, R. (org.). **Patologia do trabalho**: atualizada e ampliada. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2003. Cap. 40, p.1641-55.

CANINI, S. R. M. S. **Situação de risco para transmissão de patógenos veiculados pelo sangue entre a equipe de enfermagem de um hospital universitário do interior paulista**. 2000. 122f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2000.

CANINI, S. R. M. S.; GIR, E.; HAYASHIDA, M.; MACHADO, A. A. Acidentes perfurocortantes entre trabalhadores de enfermagem de hospital universitário do interior paulista. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 172-8, mar./abr. 2002.

CARLOTTO, M. S.; GOBBI, M. D. Síndrome de Burnout: um problema do indivíduo ou do seu contexto de trabalho? **Aletheia**, Canoas, n. 10, p.103-114, 1999.

CARVALHO, H. Reorganização do serviço de enfermagem em unidade hospitalar. **Enferm. rev.**, Belo Horizonte, v. 1, n. 2, p. 5-13, out. 1993.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde**: comentários à Lei Orgânica da Saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1995.

CARVALHO, V. A. Cuidados com o cuidador. **O mundo da saúde**, São Paulo, ano 27, v. 27, n. 1, p.138-146, jan./mar. 2003.

CASTILHO, C. C. Inovação. In: CATTANI, A. D. **Trabalho e Tecnologia**: dicionário crítico. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1997. p.132-35.

CATTANI, A. D. Toyotismo. In: CATTANI A. D. **Trabalho e tecnologia**: dicionário crítico. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000. p.247-249.

CENTRO Mineiro de Toxicomania (CMT). **Tratamento, prevenção, ensino e pesquisa**. Belo Horizonte: Prefeitura municipal de Belo Horizonte, s/d.

CENTRO de Referência em Saúde do Trabalhador da Secretaria de Estado de São Paulo (CEREST/SP); Central Única dos Trabalhadores (CUT); Sindicato dos Bancários e Financeiros de São Paulo, Osasco e Região. **Carta pública ao senhor Ministro da Previdência e Assistência Social**, 2003. /Mimeografado/

CGP – Indicadores de qualidade em ascensão: CGP fecha 2002 com indicadores. Belo Horizonte, Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Notícias, 03 fev. 2003. Disponível em: <http://www.noticias.fhemig.brdetalhenoticias.asp?Cod_Assunto=1&Seq_Noticia...>. Acesso em: 25 mar. 2003.

CHERCHIGLIA, M. L. et al. Remuneración y productividad: el caso de la Fundación Hospitalaria del Estado de Minas Gerais, Brasil, 1992-1995. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 4, n. 2, p.112-20, 1998.

CHERCHIGLIA, M. L.; GIRARDI, S. N. Utilização de incentivo condicionado a resultados nos serviços de saúde: alguns aspectos teóricos e pragmáticos. In: **III Congresso da Associação Latino Americana de Sociologia Del Trabajo** – ALAST, 17 a 20 de maio de 2000. Buenos Aires, 2000. Disponível em <<http://alast.org/PDF/OPS/OPS-cherchiglia.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2004.

CHESNAIS, F. **A mundialização do capital**. Rio de Janeiro: Xamã, 1996. 335p.

CHOMSKY, N. **O lucro ou as pessoas?: neoliberalismo e ordem global**. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002. 192p.

COCCO, M. I. M. **Reestruturação produtiva e o setor saúde**: trabalhadores de enfermagem em saúde coletiva. 1997. 258f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

CODO, W. (coord.). **Educação**: carinho e trabalho. Petrópolis, RJ: Vozes; Brasília: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação: Universidade de Brasília. Laboratório de psicologia do Trabalho, 1999. 432p.

CODO, W.; VASQUES-MENEZES, I. **Burnout**: sofrimento psíquico dos trabalhadores em educação. São Paulo: Kingraf, 2000. 55p.

COFEn. Desenvolvido pelo Conselho Federal de Enfermagem. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br>>. Acesso em: 15 mai. 2004.

COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil**: políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez, 1996. 117p.

COHN, A.; MARSIGLIA, R. G. Processo e organização do trabalho. In: ROCHA, L. E. et al. (org.). **Isto é trabalho de gente?: vida, doença e trabalho no Brasil**. São Paulo: Vozes, 1993. Cap. 4, p.56-75.

COLLUCCI, C. Novo aparelho mapeia tumores. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 1 jul. 2003a. Cotidiano, Caderno C, p. 3.

_____. SUS compra aparelho, mas não paga exame. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 4 jul. 2003b. Cotidiano, Caderno C, p. 4.

COMISSÃO Permanente de Vestibular (COPEVE). Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais, 2003. Apresenta estatística dos vestibulares. Disponível em: <<http://www.ufmg.br/copeve/estats/2004cv.htm>>. Acesso em: 06 nov. 2003.

COMISIÓN de Las Comunidades Europeas. **Como adaptarse a los cambios en la sociedad y en el mundo del trabajo**: una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad (2002-2006). Bruselas, 2002.

CONCURSADOS da FHEMIG querem nomeação: direção anuncia reestruturação. Belo Horizonte, Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais. Notícias, 15 mai. 2003. Disponível em: <<http://www.alemig.gov.br/not/bancodenoticias/not392280.asp>>. Acesso em: 30 mai. 2003.

CONSTANTINO, L. Vigilância pede intervenção em hospital. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 9 jul. 2003. Cotidiano, Caderno C, p. 4.

CORRÊA, H. Justiça determina internações em UTIs. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 17 jul. 2003. Cotidiano, Caderno C, p.4.

CORRÊA, M. B. Reestruturação produtiva e industrial. In: CATTANI, A. D.(org.). **Trabalho e tecnologia**: dicionário crítico. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000. p.202-205.

COSTA DIAS, E. Aspectos atuais da saúde do trabalhador no Brasil. In: BUSCHINELLI, J. T.; ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M. **Isto é trabalho de gente?**: vida, doença e trabalho no Brasil. 2. ed., Petrópolis: Vozes, 1994, Cap. 9, p.138-156.

COSTA, E. A.; MORATA, T. C.; KITAMURA, S. Patologia do ouvido relacionada com o trabalho. In: MENDES, R. (org.). **Patologia do trabalho**: atualizada e ampliada. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2003. Cap. 29, p.1252-82.

COUTINHO NETO, O. B. **O estudo sobre carga de trabalho e processos de desgaste das auxiliares de enfermagem em um hospital universitário de Pernambuco**. 1998. 60f. Dissertação (Mestrado) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 1998.

COUTO, H. As doenças osteomusculares relacionadas com o trabalho: coluna e membros inferiores. In: MENDES, R. (org.). **Patologia do trabalho**: atualizada e ampliada. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2003. Cap. 37, p.1541-71.

COUTO, O. F. M.; PEDROSO, E. R. P. Doenças infecciosas e parasitárias relacionadas com o trabalho. In: MENDES, R. (org.). **Patologia do trabalho**: atualizada e ampliada. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2003. Cap. 19, p. 871-947.

DANTAS, J. Patologia cardiovascular relacionada ao trabalho. In: MENDES, R. (org.). **Patologia do trabalho**: atualizada e ampliada. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2003. Cap. 31, p.1295-1328.

DEDECCA, C. S. O que é o mercado de trabalho do setor saúde?. Elos da Ret-Sus, Rio de Janeiro, ano 1, n. 1, set. 2001. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/epsjv/index.htm>>. Acesso em: 28 ago. 2003.

DEI SVALDI, J. S.; LUNARDI FILHO, W. D. Gestão da qualidade total na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p.238-250, mai./ago. 2000.

DIAZ, J. H. Carpal tunnel syndrome in female nurse anesthetists versus operating room nurses: prevalence, laterality, and impact of handedness. **Anesth Analg.**, New Orleans Louisiana, v. 93, p.975-80, 2001.

El acoso moral es reconocido como accidente laboral por un juzgado de Vitória. **La verdad**, Miércoles, 24 abr. 2002. Disponível em: <<http://www.laverdadonline.com/otraportada.asp>>. Acesso em: 24 abr. 2002.

ELIAS, M. A. **O impacto do trabalho sobre a saúde das trabalhadoras em área hospitalar**: um estudo sobre o trabalho e sua relação com a saúde das profissionais de enfermagem. 2002. 113f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2002.

ERDMANN, A. L.; PINHEIRO, P. I. G. Gerenciamento do cuidado em enfermagem: questionando estratégias. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 89-96, jan./jun. 1998.

FERNANDES, W. Incêndio em hospital de grande porte: atuação do supervisor de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 40, n. 4, p. 210-13, out./dez. 1987.

FERNANDES, F.; BILLI, M. Carteira de trabalho agora rebaixa salário. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 28 abr. 2002. Dinheiro, Caderno B, p.1.

FERNANDES, K. Pacientes em coma espera pela UTI em maca. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 8 mai. 2003. Cotidiano, Caderno C, p.4.

FERNANDES, K.; NEVES, R. Sobral investiga denúncia de falta de UTI. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 17 mai. 2003. Cotidiano, Caderno C, p.5.

FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. **Boletim de Normas e ocorrências nº 16** de 24 de agosto de 1989. Belo Horizonte, 1989. /mimeografado/

FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. **Boletim de Normas e ocorrências nº 02** de 25 de janeiro de 1991. Belo Horizonte, 1991. /mimeografado/

FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, Instituição, 2002. Disponível em : <<http://www.fhemig.mg.gov.br>>. Acesso em: 04 nov. 2002a.

_____. **Fhemig 25 anos de história**. Edição comemorativa. Belo Horizonte, MG, dez. 2002b. 50p.

_____. **Relatório quantitativo dos funcionários do setor de enfermagem da rede Fhemig e convênios**. Belo Horizonte, 2002c. 1p. (relatório técnico dezembro 2002).

_____. **Comunicação interna nº 238/2002**. Belo Horizonte, 30 set. 2002d. /mimeografado/

_____. Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador. **Comunicação interna nº 245/2002**. Belo Horizonte, 30 set. 2002e. /mimeografado/

_____. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, A instituição, 2003. Disponível em: <<http://www.fhemig.mg.gov.br>>. Acesso em: 18 out. 2003a.

FHEMIG: manifestantes cobram nomeação dos aprovados e fim dos contratos. **Estado de Minas**, Belo Horizonte, p. 21, 15 jul. 2003b.

FISCHER, F. M. As demandas da sociedade atual: aspectos históricos do desenvolvimento do trabalho em turnos no mundo. In: FISCHER, F. M.; MORENO, C. R. C.; ROTENBERG, L. **Trabalho em turnos e noturnos na sociedade 24 horas**. São Paulo: Atheneu, 2003. Cap. 1, p.3-17.

FISCHER, F. M.; LIEBER, R. R. Trabalho em turnos. In: MENDES, R. (org.). **Patologia do trabalho**: atualizada e ampliada. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2003. Cap. 18, p.825-68.

FLECK, M. P. A. et al. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 25, n. 2, p.114-22, 2003.

FONSECA, M. G. **O trabalho do enfermeiro em um contexto de mudanças organizacionais**. 2000. 127f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.

FORRESTER, V. **O horror econômico**. 3. ed. São Paulo: Editora Unesp, 1997. 154p.

FRANCO, A. P. Fila da mamografia pode durar dois anos. **Estado de Minas**, Belo Horizonte, 26 jul. 2003a. p. 19.

_____. Capital perde 500 leitos. **Estado de Minas**, Belo Horizonte, 22 out. 2003b. p.18.

FRANZOI, N. L. Just-in-time. In: CATTANI, A. D.(org.). **Trabalho e tecnologia**: dicionário crítico. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000. p.137-140.

FRIGOTTO, G. (org.). **Educação e crise do trabalho**: perspectivas de final de século. Rio de Janeiro: Vozes, 1998. 230p.

GIANNASI, F. **Apelo de uma auditora-fiscal**: a indústria do amianto se associa ao Juiz Rocha Matos para nos calar! [Publicação eletrônica]. Mensagem recebida por <sesmt@yahoo.com.br> em 18 fev. 2004.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996. 159p.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L.; GIRARDI JUNIOR, J. B. Formas institucionais da terceirização de serviços em hospitais da região sudeste do Brasil: um estudo exploratório. **Espaço para Saúde**, Londrina, v. 2, n. 1. dez. 2000. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n1/FITSHRSP.htm>>. Acesso em: 25 ago. 2003.

GODFR, K. Sharp practice. **Nurs. Times**, v. 97, n. 2, p. 22-4. 2001.

GODOY, S. C. B. **Absenteísmo-doença entre funcionários de hospital universitário**. 2001. 141f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

GOIS, A.; PETRY, S. Brasileiro vive 1/5 de sua vida sem qualidade. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 28 jun. 2003. Cotidiano, Caderno C, p.1.

GONÇALVES, A. S. R. **Danos à saúde do trabalhador de enfermagem**: reflexos da prática hospitalar. 2001. 124f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

GOUNET, T. **Fordismo e toyotismo**: na civilização do automóvel. São Paulo: Boitempo, 1999. 117p.

GURGEL JUNIOR, G. D.; VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 325-334, 2002.

GURGUEIRA, G. P.; ALEXANDRE, N. M. C.; CORRÊA FILHO, H. R. Prevalência de sintomas músculo-esqueléticos em trabalhadoras de enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 608-13, set./out. 2003.

HENDERSON, V. **Princípios básicos sobre cuidados de enfermagem**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Enfermagem, 1962. 62p.

HIJAR, M. A.; OLIVEIRA, M. J. P. R.; TEIXEIRA, G. M. A tuberculose no Brasil e no mundo. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Brasília, v. 9, n. 2, p. 9-16, jul./dez. 2001.

HOOD, G. H.; DINCHER, J. R. **Fundamentos e prática da enfermagem**: atendimento completo ao paciente. 8. ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 769p.

HORTA, W. A. Gente que cuida de gente. **Enfermagem Novas Dimensões**, São Paulo, v. 2, n. 4, p.3, 1976. Editorial.

HOSPITAIS da rede FHEMIG são aprovados em pesquisa do Ministério da Saúde. Belo Horizonte, Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Notícias, 23 jul. 2001.

Disponível em: <http://www.noticias.fhemig.br/detalhenoticias.asp?Cod_Assunto=1&Seq_Noticia...>. Acesso em: 25 mar. 2003.

HOSPITAL João XXIII: 30 anos de assistência ao trauma. Belo Horizonte, Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Notícias, 04 abr. 2003. Disponível em: <http://www.noticias.fhemig.br/detalhenoticias.asp?Cod_Assunto=1&Seq_Noticia1&>. Acesso em: 22 abr. 2003.

HOSPITAIS privados pedem reajuste em carta aberta ao presidente Lula. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 3 jul. 2003. Cotidiano, Caderno C, p. 4.

HPS de venda nova recebe presidente da FHEMIG. Belo Horizonte, Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Notícias, 04 fev. 2003. Disponível em: <http://www.noticias.fhemig.br/detalhenoticias.asp?Cod_Assunto=1&Seq_Noticia...>. Acesso em: 25 mar. 2003.

HOUAISS, A; VILLAR, M. S. **Dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. 2925p.

INSTITUTO - INSTITUTO Nacional de Saúde no Trabalho. São Paulo, 2003. Seguro Acidente de Trabalho. Disponível em: < <http://www.instituto.org.br/SAT.htm>>. Acesso em: 18 out. 2003.

INVERNIZZI, N. Qualificação e novas formas de controle da força de trabalho no processo de reestruturação da indústria brasileira: tendências dos últimos vinte anos. **Trabalho & Crítica**, Belo Horizonte, n. 2, p. 44-61, set. 2000.

JACQUES, M. G.; CODO, W.(orgs.). Saúde mental e trabalho. Petrópolis:Vozes, 2002. 420p.

JANSEN, A. C. **Um novo olhar para os acidentes de trabalho na enfermagem**: a questão do ensino. 1997. 170f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

JAPIASSU, H.; MARCONDES, D. **Dicionário básico de filosofia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996. 296p.

JINKINGS, N. **Trabalho e resistência na “fonte misteriosa”**: os bancários no mundo da eletrônica e do dinheiro. Campinas: Editora da Unicamp; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 2002. 402p.

JUSTIÇA de Mato Grosso determina mais sete internações em UTIs. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 30 jul. 2003. Cotidiano, Caderno C, p.5.

KNOPLICH, J. Sistema músculo-esquelético: coluna vertebral. In: MENDES, R. (org.). **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995. Cap. 8, p.213-227.

KURCGANT, P. Educação continuada: caminho para a qualidade. **Rev. Paul. Enf.**, v. 12, n. 2, p. 66-71, mai./ago. 1993.

LACAZ, F. A. C. **Saúde-doença e trabalho no Brasil**: algumas questões para reflexão. São Paulo, 1995. /Mimeografado/

_____. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafio. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p.7-19, 1997.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde**: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989. 333p.

LAUTERT, L. **O desgaste profissional do enfermeiro**. 1995. 276f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Psicologia, Universidad Pontificia Salamanca, Salamanca, 1995.

LAUTERT, L.; RAMOS, M. Z.; BIANCHESSI, D. L. C. Análise retrospectiva dos motivos de demissionários da área da enfermagem de um hospital geral. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 48, n. 4, p. 349-66, out./dez. 1995.

LEITE, P. C. **Morbidade referida pelos trabalhadores de enfermagem do centro de material e esterilização de um hospital especializado em ortopedia**. 2001. 108f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

LEITE, F. Hospitais de SP agonizam, revela pesquisa. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 22 jun. 2003. Cotidiano, Caderno C, p.1.

LENTZ, R. A.; SILVA, R. F.; ERDMANN, A. L. Ferramentas da qualidade e produtividade; utilização nos serviços de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis v. 5, n. 2, p. 102-116, jul./dez., 1996.

LESSA, I. Introdução à epidemiologia das doenças cardiovasculares no Brasil. In: LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. Rio de Janeiro: Abrasco, 1998. Cap. 4, p.73-6.

LIMA, M. A. D. S. **O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico**. 1998. 216f. (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

LIMA, M. E. A. Novas políticas de recursos humanos: seus impactos na subjetividade e nas relações de trabalho. In: **Revista de Administração de Empresas**, v. 34, n. 3, São Paulo, mai./jun. 1994, p.115-124.

_____. **Os equívocos da excelência**: as novas formas de sedução na empresa. Petrópolis:Vozes, 1995. 357p.

LIMINAR determina que pacientes de Ponta Grossa sigam para UTIs em Curitiba. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 31 jul.2003. Cotidiano, Caderno C, p.3.

LOPES, M. H. B. M.; MOROMIZATO, S. S.; VEIGA, J. F. F. S. Adesão às medidas de precaução-padrão: relato de experiência. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 4, p. 83-88, out. 1999.

LOUZADA, R. C. R. Reflexões em torno dos acidentes de trabalho no Brasil e a produção acadêmica. **Rev. Acadêmica Multidisciplinar Urutágua**, Maringá, v. 1, n. 2, jul. 2001. Disponível em: <<http://www.uem.br/~urutagua/02cassia.htm>>. Acesso em: 13 mai. 2003.

LUNARDI FILHO, W. D. Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 50, n. 1, p. 77-92, jan./mar. 1997.

MACHADO, L. R. S. Mudanças tecnológicas e a educação da classe trabalhadora. In: **Conferência Brasileira de Educação**. Trabalho e educação. Campinas, Papirus, 1992. (Coletâneas CBE).

MAGRO FILHO, J. B. **Rede Fhemig**: saúde e cidadania. Belo Horizonte, 2000. 57p. (Relatório Anual 1999).

MARTINS, L. M. M. et al. Agentes estressores no trabalho e sugestões para amenizá-los: opiniões de enfermeiros de pós-graduação. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 52-8, mar. 2000.

MARZIALE, M. H. P. **Condições ergonômicas da situação do pessoal de enfermagem em uma unidade de internação hospitalar**. 1995. 149f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

_____. Enfermeiros apontam as inadequadas condições de trabalho como responsáveis pela deterioração da qualidade da assistência de enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 3, p. 1, mai. 2001.

_____. Ocurrencia de accidentes de trabajo causados por material corto-puzante entre trabajadores de enfermería em hospitales de la región nordeste de São Paulo, Brasil. **Cienc. Enferm**. Concepción, v. 9, n. 1, p. 21-30, jun. 2003.

MARZIALE, M. H. P.; CARVALHO, E. C. Condições ergonômicas do trabalho da equipe de enfermagem em unidade de internação de cardiologia. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 99-117, jan. 1998.

MARZIALE, M. H. P.; RODRIGUES, C. M. A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 571-7, jul./ago.2002.

MARZIALE, M. H. P.; NISHIMURA, K. Y. N.; FERREIRA, M. Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material pérforo-cortante entre trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 36-42. 2004.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. 3. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1988. Vol.1, livro primeiro, tomo 2. 294 p.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 1991. 138p.

MARX, L. Resposta aos administradores para solução da problemática assistencial. **Notícias Hospitalares**. São Paulo, v. 4, n. 39, out/nov 2002. Disponível em: <<http://www.prosaude.org.br/noticias/out2002/pgs/servicoass.htm>>. Acesso em: 21 ago. 2003.

MATSUDA, L. M.; ÉVORA, Y. D. M.; BOAN, F. S. Inserção do método desdobramento da função qualidade (QFD) no planejamento do serviço de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 51, n. 1, p.93-104, jan./mar. 1998.

_____. O método desdobramento da função qualidade -QFD- no planejamento do serviço de enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.5, p. 97-105, out. 2000.

MAYRINK, J. M. CREMESP está preocupado com a terceirização. **O Estado de São Paulo**, São Paulo, 29 jun. 2003. Geral, Caderno A, p.15.

MELO, C. **Divisão social do trabalho e enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986. 94p.

MENDES, K. Desemprego é o maior da história. **Estado de Minas**, Belo Horizonte, 25 set. 2003. Economia, p.12.

MENDES, V. L. P. S. Gerenciando qualidade em serviços de saúde. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 46, n. 3/4, p. 211-225, jul./dez. 1993.

MENDES, R.; COSTA DIAS, E. Saúde dos trabalhadores. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. Cap. 18, p. 431-456.

MTE - MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. Brasília. Divulgar para consulta pública o texto anexo de proposta da Norma Regulamentadora Nº 32- Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde. Disponível em: <<http://www.trabalho.gov.br>>. Acesso em: 08 jan. 2003a.

_____. Normas regulamentadoras de segurança e saúde no trabalho. Disponível em: <<http://www.trabalho.gov.br/Temas/SegSau/Legislacao/Normas/Default.asp>>. Acesso em: 17 out. 2003b.

MIRANDA, C. A. S. **Hanseníase**: o impacto da representação social e a crise identitária. João Pessoa: editora UFPB, 1999. 121 p.

MOURA, M. A. Novas tecnologias. **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**, v. 21, n. 79, p. 63-75, 1993.

MOURA, G. M. S. S.; MAGALHÃES, A. M. M.; CHAVES, E. H. B. O serviço de enfermagem hospitalar: apresentando este gigante silencioso. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 54, n. 3, p. 482-493, jul./set. 2001.

MUROFUSE, N. T. **Mudanças no trabalho e na vida de bancários ocasionadas por Lesões por Esforços Repetitivos –LER**. São Paulo, 2000. 204f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2000.

NAPOLEÃO, A. A. **Causas de subnotificação de acidentes de trabalho**: visão dos trabalhadores de enfermagem de um hospital do interior paulista. 1999. 115f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

NORONHA, A. B. Relatório sobre a saúde do mundo 2000: o estopim da bomba. **Tema**, Rio de Janeiro, n. 22, p. 6-7, set. 2001.

NOTÍCIAS da FHEMIG. Presidente e diretores da Fhemig visitam Hospital João XXIII, 11 fev. 2003a. Belo Horizonte. Disponível em: <<http://www.noticias.fhemig.mg.gov.br/detalhenoticia.asp>>. Acesso em: 25 mar. 2003.

NOTÍCIAS E INFORMAÇÃO PÚBLICA. Organização Panamericana de Saúde, 2003b. A 25 años de la conferencia de Alma-Ata: ¿qué fue del lema "salud para todos"? Disponível em: <<http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps030828.htm>>. Acesso em: 28 out. 2003.

NOVAES, H. M.; BUENO, H. Acreditação de hospitais no Brasil. **Brasília Médica**, Brasília, v. 35, n. 3/4, p.93-8, 1998.

NUNES, V.; GROSSMANN, L. O. Governo muda planos de saúde. **Estado de Minas**, Belo Horizonte, 7 jul. 2003. p.9.

OLIVEIRA, E. M. Gênero, saúde e trabalho: um olhar transversal. In: OLIVEIRA, E. M.; SCAVONE, L.(orgs.). **Trabalho, saúde e gênero na era da globalização**. Goiânia: AB, 1997. Cap. 1, p.1-14.

OLIVEIRA, F. **Acidente de trabalho e práticas discursivas**: culpabilização e resistência nas relações de trabalho. 1997. 83f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

OLIVEIRA, J. E. G. A CPI dos planos de saúde. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 30 jul. 2003. Brasil, Caderno A, p.3.

OLIVEIRA, S. A qualidade da qualidade: uma perspectiva em saúde do trabalhador. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 625-634, 1997.

OLIVEIRA, S. G. **Proteção jurídica à saúde do trabalhador**. 2. ed. São Paulo: Ltr, 1998. 421p.

OPS - Organização Panamericana de Saúde. Brasil: el desafio de administrar um sistema de salud com 130 millones de usuários. Washington, 2003. Disponível em: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps030415.htm>>. Acesso em: 15 abr. 2003a.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde** - CID-10. 8. ed. São Paulo: EDUSP, 2000, 1191p.

ORSO, P. J.; MUROFUSE, N. T; MATIAS, L. V.; MARZIALE, M. H. P. Reflexões acerca das Lesões por Esforços Repetitivos e a organização do trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 27, n. 101/102, p. 45-53, set., 2002.

PARADA, E. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; BENATTI, M. C. C. Lesões ocupacionais afetando coluna vertebral e trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 64-9, jan./fev., 2002.

PEREIRA, M. G. Acreditação de hospitais. **Brasília Médica**, Brasília, v. 35, n. 3/4, p. 67-8, 1998a.

_____. Acreditação de hospitais: aspectos conceituais e históricos. **Brasília Médica**, Brasília, v. 35, n.3/4, p.103-6, 1998b.

PICHÉ, A. Tratamento do trabalhador lesado no local de trabalho. In: RANNEY, D. **Distúrbios osteomusculares crônicos relacionados ao trabalho**. São Paulo: Roca, 2000. Cap. 14, p.233-49.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989. 156p.

_____. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998. 253p.

_____. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Rev. Baiana de Enfermagem**, v. 13, n. 1/2, p. 83-92, 2000.

POBRE classe média. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 17 jun. 2003. p. 2.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391p.

PORTO, C. M. F. et al. Implantação de um kit para comunicação de acidentes do trabalho (KIT-CAT) como facilitador das ações que envolvem os acidentes com perfurocortantes. **Rev. Lat-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p. 121-26 dez. 1999.

PRESIDENTE da fundação hospitalar visita Centro Geral de Pediatria. Belo Horizonte, Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Notícias, 07 mar. 2003. Disponível em: <http://www.noticias.fhemig.brdetalhenoticias.asp?Cod_Assunto=1&Seq_Noticia...>. Acesso em: 25 mar. 2003.

PUFF, H. M. A. A.; SANTOS, M. F. R. T.; MELO, V. C. **CMT a caminho da qualidade**. 1995. 168f. Monografia (Especialização). Escola de Saúde de Minas Gerais, Fundação Ezequiel Dias, Escola Nacional de Saúde Pública, Belo Horizonte, Minas Gerais; 1995.

RECEITA ORTODOXA. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 6 ago.2003. Dinheiro, Caderno B, p.11.

REFORSUS. Brasília, Ministério da Saúde, 2003. **O que é reforsus**. Disponível em: <<http://www.reforsus.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 out. 2003.

RÊGO, M. M. S. Documentação na gestão da qualidade: o método SO-SOAR como instrução de enfermagem. **Rev. Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, ano 1, n. 1, p. 117-129, set. 1997.

REIS, R. J. et al. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 616-23, out. 2003.

RIBEIRO, H. P. **O hospital: história e crise**. São Paulo: Cortez, 1993. 135p.

_____. **A violência oculta do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 240p.

RIZZOTTO, M. L. F. **História da enfermagem e sua relação com a saúde pública**. Goiânia: AB, 1999. 112p.

ROBAZZI, M. L. C. C; MARZIALE, M. H. P. Alguns problemas ocupacionais decorrentes do trabalho de enfermagem no Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 52, n. 3, p.331-338, 1999.

ROCHA, J. P. S. et. al. Enfermagem, um serviço de qualidade? O paciente responde. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 50, n. 2, p. 153-162, abr./jun., 1997.

ROCHA, A. M.; OLIVEIRA, A. G. C. Estudo da dor nas costas em trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Rev. Min Enf**, v. 2, n. 2, p. 79-84, jul./dez., 1998.

ROLLI, C. Brasil é o 2º do mundo em desemprego. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 29 mai. 2002. Dinheiro, Caderno B, p. 5.

ROSSI, C. Apesar dos elogios, Brasil ainda exhibe desastre social. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 14 abr. 2003. Dinheiro, Caderno B, p. 1.

RUTEMFRANZ, J.; KNAUTH, P.; FISCHER, F. M. **Trabalho em turnos e noturno**. São Paulo: Hucitec, 1989. 135p.

SADER, E. **Anos 90: a década do desespero**. Correio cidadania, São Paulo, ed. 357, semana 02 a 09 ago. 2003. Disponível em: <<http://www.correiocidadania.com.br/ed357/internacional.htm>>. Acesso em: 08 ago. 2003.

SALDO Negativo: álcool é responsável por 50% das faltas ao trabalho. **Revista Consultor Jurídico**, São Paulo, 15 jul. 2003. Disponível em: <<http://www.conjur.uol.com.br/textos/20220>>. Acesso em: 15 jul. 2003.

SALIM, C. A. Doenças do trabalho: exclusão, segregação e relações de gênero. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 11-24, abr./jun., 2003.

SALVADOR, L. Tragédia nacional: trabalhadores e lesionados têm sido substituídos. **Revista Consultor Jurídico**, São Paulo, 5 mar. 2003. Disponível em: <<http://www.conjur.uol.com.br/textos/17240>>. Acesso em: 03 out. 2003.

SALVADOR, L.; CALIA, L. C. INSS reconhece doença profissional de trabalhador. **Revista Consultor Jurídico**, São Paulo, 3 out. 2003. Disponível em: <<http://www.conjur.uol.com.br/textos/17240>>. Acesso em: 03 out. 2003.

SANT'ANNA, L. Sofisticação e precariedade convivem no SUS. **O Estado de São Paulo**, São Paulo, 29 jun. 2003. Geral, Caderno A, p. 14.

SANTANA, J. P.; CAMPOS, F. E.; SENA, R. R. Formação profissional em saúde: desafios para a universidade. In: SANTANA, J. P.; CASTRO, J. L. (orgs.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde (CADRHU)**. Natal: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 1999. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicações/textos_apoio/pub04U1T7.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2003.

SANTOS, C. Mercado de trabalho encolhe e piora no país. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 13 jan. 2002. Dinheiro, Caderno B, p. 1.

SANTOS, M. L. O trabalho dos anjos de branco: um estudo no hospital geral público. **Saúde em debate**, Londrina, v.51, p.69-74, jun. 1996.

SANTOS JÚNIOR, E. A. S. Condições de risco de natureza química In: MENDES, R.(org.). **Patologia do trabalho**: atualizada e ampliada. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2003. Capítulo 7, p. 327-514.

SANTOS JÚNIOR, E. A.; BUSCHINELLI, J. T. P.; DELLA ROSA, H. V.; SALGADO, P. E. T.; COLACIOPPO, S.; MENDES, R. Condições de risco de natureza química. In: MENDES, R. (org.). **Patologia do trabalho**: atualizada e ampliada. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2003. Capítulo 7, p. 327-514.

SARQUIS, L. M. M; FELLI, V. E. A. O uso dos equipamentos de proteção individual entre os trabalhadores de enfermagem acidentados com instrumentos perfuro-cortantes. **Rev. Bras. Enfermagem**. Brasília, v. 53, n. 4, p. 564-73, out./dez. 2000.

SAUPE, R. Incompetência e qualidade total. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 10-19, jul./dez., 1996.

SECRETARIA DE ESTADO DE RECURSOS HUMANOS E ADMINISTRAÇÃO (SERHA). **Cartilha para utilização dos serviços da superintendência central de saúde do servidor**. Belo Horizonte, dez. 2001. /mimeografado/

SECRETÁRIO anuncia planos para saúde; concurso da FHEMIG é abordado. Belo Horizonte, Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais. Notícias, 15 mai. 2003. Disponível em <<http://www.alemgo.gov.br/not/bancodenoticias/not384306.asp>>. Acesso em: 30 mai. 2003.

SEGNINI, L. **Mulheres no trabalho bancário**. São Paulo: Edusp, 1998. 209p.

SELIGMANN-SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro: Cortez, 1994. 324p.

_____. Psicopatologia e saúde mental no trabalho. In: MENDES, R. (org.). **Patologia do trabalho**: atualizada e ampliada. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2003. Capítulo 25, p.1141-82.

SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS (SENAD). **Álcool**: o que você precisa saber. Brasília: SENAD, 2000. 26 p. (Série diálogo nº 6).

SERVIDORES cruzam os braços novamente e denunciam atraso em salários e benefícios. **O Estado de Minas**, Belo Horizonte, 25 nov. 2003. Gerais, Caderno A, p. 19.

SILVA, G. B. **Enfermagem profissional**: análise crítica. São Paulo: Cortez, 1986. p.143.

SILVA, A.; BIANCHI, E. R. F. Estresse ocupacional da enfermeira de centro de material. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 65-74, mar. 1992.

SILVA, E. M.; GOMES, E. L. R.; ASELMÍ, M. L. Enfermagem: realidade e perspectiva na assistência e no gerenciamento. **Rev. Lat-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 1, p. 59-63, jan. 1993.

SILVA, V. E. F. **O desgaste do trabalhador de enfermagem**: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. 1996. 289f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

SILVA, M. A.; GIUNTINI, P. B.; MENEGUIN, S. H. A percepção dos profissionais da saúde frente à exposição a riscos químicos. **Rev. Bras. Enfermagem**. Brasília, v. 50, n. 4, p. 591-98, out./dez. 1997.

SILVA, V. E. F.; MASSAROLO, M. C. K. B. A qualidade de vida e a saúde do trabalhador de enfermagem. **O mundo da saúde**, São Paulo, ano 22, v. 22, n. 5, p. 283-6, set./out. 1998.

SILVA, D. M. P. P. **O adoecer dos trabalhadores de enfermagem**: estudo dos problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo-doença em um hospital universitário. 1999. 139f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

SINDICATO DOS BANCÁRIOS E FINANCIÁRIOS DE SÃO PAULO. **Ordens de serviço**: principais problemas na concessão de benefícios acidentários, 2003. /Mimeografado/

SIQUEIRA, M. M.; WATANABE, F. S.; VENTOLA, A. Desgaste físico e mental de auxiliares de enfermagem: uma análise sob o enfoque gerencial. **Rev. Lat-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 1, p. 45-57. jan. 1995.

SOARES, P. Renda do brasileiro cai pelo 3º ano seguido. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 27 fev. 2002. Dinheiro, Caderno B, p. 1.

SOUZA, M. **Acidentes ocupacionais e situações de risco para a equipe de enfermagem: um estudo em cinco hospitais do município de São Paulo**. 1999. 163f. Tese (Doutorado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999.

SOUZA, M.; VIANNA, L. A. C. Incidência de acidentes de trabalho relacionada com a não utilização das precauções universais. **Rev. Bras. Enfermagem**. Brasília, v.46, n.3/4, p.234-44, jul./dez. 1993.

STACCIARINI, J. M. R.; TRÓCCOLI, B. T. Instrumento para mensurar o estresse ocupacional: inventário de estresse em enfermeiros (IEE). **Rev. Lat-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 40-9, dez. 2000.

_____. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Rev. Lat-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 17-25, mar. 2001.

SUWWAN, L. Há ‘um Moçambique’ no Brasil, diz ONU. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 9 jul.2003. Brasil, Caderno A, p. 9.

TAKEDA, E.; ROBAZZI, M. L. C. C.; LAVRADOR, M. A. S. Risco ocupacional de adquirir tuberculose entre trabalhadores de enfermagem hospitalar. **Rev. Bras. Enfermagem**. Brasília, v. 54, n. 3, p. 456-65, jul./set. 2001.

TEIXEIRA, C. P. **Cooperativas de profissionais de saúde dos serviços municipais e estaduais do município do Rio de Janeiro e a cooperativa do hospital geral de Nova Iguaçu: abordando as prestadoras**. 2000. 88f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

TEIXEIRA, J. C. **A legislação de saúde do trabalhador aplicável e vigente no Brasil**. Disponível em: <www.pgt.mpt.gov.br/publicacoes/pub48.htm>. Acesso em: 17 out.2003.

TOLEDO, J. R. Desemprego triplica; emprego bom cai 35%. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 24 mar. 2002. Trabalho, Especial, p. 2.

TORRES, S. Mercúrio brota da terra em antiga área de mineração. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 18 ago. 2003. Cotidiano, Caderno C, p.1.

TRABALHO: metalúrgicos iniciam protestos contra afastamento de excedentes no ABC. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 5 ago.2003. Dinheiro, Caderno B, p.4.

TUMOLO, P. S. Reestruturação produtiva no Brasil: um balanço crítico introdutório da produção bibliográfica. **Educação e Sociedade**, v. 22, n. 77,p. 71-99, 2001.

VALLE, D. Falta de UTI no Paraná levou à morte 38 pessoas em Ponta Grossa. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 24 jul. 2003. Cotidiano, Caderno C, p. 5.

VARELLA, T. C.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. Informação como recurso estratégico para a gerência de recursos humanos. In: SANTANA, J. P.; CASTRO, J. L.(orgs.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde (CADDRHU)**. Natal: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 1999. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U1T7.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2003.

VAZ, M. J. R.; BARROS, S. M. O. Enfermeiros e qualidade: alguns conceitos. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 7-13, 1997.

VERTHEIN, M. A. R. **Jogos de poder instituindo saber sobre as lesões por esforços repetitivos**: as redes discursivas da recusa donexo. 2001. 227f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvado Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

XELEGATI, R.; ROBAZZI, M. L. C. C. Riscos químicos a que estão submetidos os trabalhadores de enfermagem: uma revisão de literatura. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 350-56, mai./jun.2003.

YAMARCHI, N. I.; MUNHOZ, C. H. F. Conceitos básicos para um gerenciamento de enfermagem baseado na filosofia da qualidade total. **Rev. Bras. Enfermagem**. Brasília, v. 47, n. 1, p. 50-56, jan./mar. 1994.

WAGNER, J. **Em memória dos trabalhadores mortos**. 2003 /mimeografado/

WATANABE, B. Toyotismo: um novo padrão mundial de produção?. **Revista dos Metalúrgicos**, São Paulo, n. 1, p. 4-15, dez. 1993.

WÜNSCH FILHO, V.; KOIFMAN, S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: MENDES, R. (org.). **Patologia do trabalho**: atualizada e ampliada. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2003. Capítulo 21, p.989-1040.

APÊNDICE A

Pedido de Autorização

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Av. Itália Bandeira, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 016 - 633-3271 / 55 - 016 - 630-2561 / TELEFONES: 55 - 016 - 633-0379 / 602-3382

Ribeirão Preto, 30 de agosto de 2002.

Ilmo Sr.
Dr. Jacó Lampert
Chefe da Divisão de Assistência a Saúde do Trabalhador-DAST.
Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.
Belo Horizonte-MG.

Prezado Senhor,

Vimos por meio deste, solicitar Vossa colaboração no sentido de possibilitar e autorizar a coleta de dados junto a esta instituição, para fins da pesquisa intitulada *"Impactos das mudanças tecnológicas no processo saúde-doença dos trabalhadores de enfermagem"* de autoria da Prof^a Neide Tiemi Murofuse, docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná- Campus de Cascavel, nossa orientada do curso de Pós-graduação em nível de Doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Centro Colaborador para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem/OPAS-OMS.

Informamos que os dados serão sigilosamente tratados, que os hospitais não serão identificados e que não haverá prejuízos e nem custos para a instituição.

Certos que Vossa contribuição será de grande valia para o avanço do conhecimento científico para a Enfermagem Brasileira, despedimos.

Atenciosamente,

Prof^a Dr^a Maria Helena Palucci Marziale
Prof. Associado do Departamento de Enfermagem
Geral e Especializada EERP/USP.
Coordenadora do Núcleo de Estudo em Saúde e Trabalho-NUESAT

APÊNDICE B
Ofício encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa

Belo Horizonte, 04 de dezembro de 2002

Prezado senhor:

Venho através deste, encaminhar a Vossa Senhoria o projeto de pesquisa intitulado *"IMPACTOS DAS MUDANÇAS TECNOLÓGICAS NO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM"*, para ser submetido à revisão ética pelo Comitê de Ética da FHEMIG.

A referida pesquisa tem por objetivo analisar a co-relação existente entre o perfil de desgaste e adoecimento de trabalhadores de enfermagem com as mudanças tecnológicas ocorridas nos hospitais brasileiros nas últimas décadas. Assim, os dados coletados destinar-se-ão à elaboração de nossa tese de doutorado a ser apresentada ao Programa de Pós-Graduação na área de Enfermagem Fundamental do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP.

Assumimos a inteira responsabilidade em manter o sigilo e o anonimato das informações disponibilizadas pelo Departamento de Assistência a Saúde do Trabalhador da FHEMIG, para o processo de coleta dos dados. Garantimos o sigilo e anonimato quanto à identificação dos trabalhadores e dos hospitais em que atuam, no sentido de preservar eticamente, tanto durante o processo de desenvolvimento da pesquisa quando do processo de tornar público os resultados obtidos. Após a conclusão da pesquisa os resultados serão divulgados em eventos científicos da área da saúde e publicados em periódicos de circulação nacional e internacional.

Agradecemos a sua colaboração e atenção no encaminhamento desta

Neide Tiemi Murofise

Doutoranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo

Ilmo Sr.

Dr. Jacó Lampert

Chefe da Divisão de Assistência a Saúde do Trabalhador – DAST

Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais -FHEMIG

Belo Horizonte - MG

APÊNDICE C**Formulário de coleta de dados documentais no mapa de atendimento da DAST**

DATA: ____/____/____

Total diário de atendimento geral:

atendimento médico: _____ atendimento psicológico: _____

Total diário de atendimento a trabalhadores de enfermagem:

atendimento médico: _____ atendimento psicológico: _____

APÊNDICE D**Formulário de coleta de dados no prontuário e mapa de atendimento médico da DAST**

Número de controle.....

A) PERFIL DO TRABALHADOR

Iniciais do nome: _____ DATA: __/__/2002

Sexo: () feminino () masculino

Idade: _____ anos.

CATEGORIA PROFISSIONAL:

- () Enfermeiro
- () Técnico de enfermagem
- () Auxiliar de enfermagem
- () Atendente de enfermagem

LOCAL DE TRABALHO:

- () Unidade 1 () Unidade 2 () Unidade 3 () Unidade 4
- () Unidade 5 () Unidade 6 () Unidade 7 () Unidade 8
- () Unidade 9 () Unidade 10 () Unidade 11 () Unidade 12
- () Unidade 13 () Unidade 14 () Unidade 15 () Unidade 16
- () Unidade 17 () Unidade 18 () Unidade 19 () Unidade 20
- () Unidade 21 () Unidade 22 () Unidade 23 () _____

APÊNDICE E

CARACTERIZAÇÃO DAS 23 UNIDADES ASSISTENCIAIS DA FHEMIG

Unidade 1

Presta assistência integral em urgências e emergências, ambulatorial e hospitalar, prioritariamente aos pacientes politraumatizados, com grandes queimaduras, intoxicações graves e situações clínicas e/ou cirúrgicas de risco iminente de vida. Destina-se ao atendimento de urgências clínicas e cirúrgicas de média e alta complexidade e é considerada como o mais importante centro de atendimento de urgências e emergência do Estado de MG. Por funcionar exclusivamente como pronto-socorro, a unidade é um dos maiores hospitais de urgência da América Latina (FHEMIG, 2002b).

Inaugurado em 1973, é o único serviço de Minas Gerais (MG) credenciado em alta complexidade e atende a uma média de 500 pacientes/dia; esta unidade é cadastrada pelo MS como o maior centro de queimados e toxicologia do Estado de MG (NOTÍCIAS, 2003a). A unidade abriga 388 leitos e realizou 157.521 atendimentos no ano de 2002 (HOSPITAL, 2003). Os profissionais que trabalham no setor de politraumatizados têm treinamento especial e recebem permanente reciclagem, através de cursos e de reuniões científicas (FHEMIG, 2002b). A unidade emprega 2.700 funcionários (HOSPITAL, 2003), dos quais, em dezembro de 2002, 1.047 compunham a equipe de enfermagem (557 efetivos e 490 CA) formada por 65 atendentes de enfermagem (61 efetivos e 4 CA); 890 auxiliares de enfermagem (454 efetivos e 436 CA); um técnico de enfermagem (CA) e 91 enfermeiros (42 efetivos e 49 CA) (FHEMIG, 2002c).

A unidade possui equipamentos de última geração adquiridos, em boa parte, através do projeto Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (REFORSUS¹). Nos últimos dois anos foram adquiridos um tomógrafo computadorizado, aparelhos de ultra-sonografia com *eco-dopler*, duas processadoras de raios X, um equipamento de raios X móvel, respiradores de volume e monitores (FHEMIG, 2002b).

O setor de queimados abriga 43 leitos, dos quais oito em unidade de tratamento intermediário. É classificado pelo MS como a melhor clínica de queimados do país e conta com um banco de peles e de tecidos atendendo cerca de 100 pacientes/dia (HOSPITAL, 2003).

¹ É o maior projeto de investimento do governo federal na área da saúde, que destinou US\$ 650 milhões para a recuperação física, tecnológica, gerencial e operacional da rede de saúde do país e, também à melhoria da gestão do sistema. O REFORSUS está investindo R\$ 720,4 milhões na execução de obras, compra de equipamentos, de unidades móveis e modernização gerencial de 1.175 estabelecimentos de saúde em todo o país (REFORSUS, 2003).

O setor de toxicologia funciona durante 24 horas e presta atendimentos aos casos de intoxicações por medicamentos e por acidentes com animais e plantas (HOSPITAL, 2003). Através do Centro de Informações Toxicológicas, são disponibilizadas informações sobre primeiros socorros em casos de envenenamentos e intoxicações, aos profissionais de saúde e demais interessados através de serviço telefônico. A unidade dispõe ainda de um serviço de atendimento anti-rábico que atende pessoas com mais de 12 anos de idade, vítimas de mordeduras por animais transmissores da raiva humana (FHEMIG, 2002a).

Foi o primeiro hospital, em MG, a implantar o programa de humanização do atendimento hospitalar, do MS, do qual participou desde o desenvolvimento do projeto piloto, que ocorreu entre agosto de 2000 a fevereiro de 2002 (FHEMIG, 2002b).

Apesar da reforma por que passou no início da década de 1990, esta unidade apresenta inadequações em sua área física (HOSPITAL, 2003). De acordo com Franco (2003), a crise financeira por que passam os hospitais públicos, têm sobrecarregado ainda mais o atendimento nesta unidade, com aumento de 30% na demanda por seus serviços e um *déficit* de cerca de R\$ 200 mil no orçamento mensal do hospital. A desativação de leitos e dos atendimentos por parte de alguns hospitais, tem resultando na superlotação das demais instituições.

Unidade 2

Esse hospital é referência estadual em ortopedia de alta complexidade e em cirurgia buco-maxilo-facial. Abriga 68 leitos e tem capacidade para realizar cerca de 3.000 consultas e 300 cirurgias/mês. Quando do início de suas atividades, em setembro de 1947, esta unidade tinha por missão atuar como Pronto Socorro e Instituto Médico Legal de Belo Horizonte e, após a construção do Hospital de Pronto Socorro, em 1973, passou a atuar como policlínica. Em 1989 foram para lá transferidos os serviços eletivos e cirurgia buco-maxilo-facial e de fisioterapia de traumas dos membros superiores e, cinco anos depois, passou também a abrigar o serviço de ortopedia e traumatologia programada (FHEMIG, 2002b).

Dispõe de um bloco cirúrgico de cinco salas, com modernos equipamentos e presta atendimento pós-cirúrgico nas especialidades de trauma de mão e buco-maxilo-facial; nesta unidade o período de alta médica foi reduzido de vários meses para 45 dias (FHEMIG, 2002b). Recebeu nota oito, numa escala de zero a dez, em pesquisa realizada no ano 2000 pelo Ministério da Saúde para avaliar os serviços prestados aos pacientes internados que

analisaram as instalações físicas das unidades, a equipe médica e de enfermagem e o atendimento recebido (HOSPITAIS, 2001).

No local estão empregados 162 (3,8%) trabalhadores da enfermagem, dos quais 77 efetivos e 85 com contrato administrativo (CA). Sua equipe de enfermagem era composta por 16 atendentes de enfermagem (14 efetivos e dois CA); 126 auxiliares de enfermagem (58 efetivos e 68 CA) e 20 enfermeiros (cinco efetivos e 15 CA) (FHEMIG, 2002c).

Unidade 3

É especializada em urgência e emergência em pediatria, cujo público são crianças na faixa etária de zero a doze anos. A unidade é referência estadual no tratamento de doenças infecto-contagiosas e parasitárias, como a meningite, varicela, hepatite, leishmaniose e AIDS. Dentre os atendimentos em pediatria geral, destacam-se as cardiopatias, as doenças pulmonares como bronquites e asma, as anemias graves, os problemas intestinais, diabetes, crises convulsivas, insuficiências renais e doenças de pele (FHEMIG, 2002b). Em 2002 foram registrados mais de 120 mil atendimentos de pacientes com doenças infecto-contagiosas e parasitárias (PRESIDENTE, 2003).

No local estão lotados 360 trabalhadores da enfermagem, dos quais 130 são efetivos e 230 temporários (CA). A equipe de enfermagem é composta por 20 atendentes de enfermagem (todos efetivos); 290 auxiliares de enfermagem (97 efetivos e 193 CA); sete técnicos de enfermagem (2 efetivos e 5 CA) e 43 enfermeiros (11 efetivos e 32 CA) (FHEMIG, 2002c).

O número de leitos, que era 220 em 1982, na atualidade soma 161, dos quais 12 no Centro de Terapia Intensiva (CTI) e 26 no ambulatório (FHEMIG, 2002b). O baixo índice das internações (9,3% do total dos atendimentos da unidade) deve-se à implantação de medidas técnicas e médicas mais eficazes (FHEMIG, 2002c), como a padronização de exames complementares do tipo ressonância magnética e endoscopia (CGP, 2003), o treinamento das equipes assistenciais, a implantação de comissão de óbitos (CGP, 2003) e ambulatório de especialidades (FHEMIG, 2002c).

Dentre os fatores que contribuíram para a redução na taxa de mortalidade naquela instituição (de 0,93% em 2001 para 0,83% em 2002) e na taxa de permanência (de 3,86 dias em 2001 para 3,62 dias em 2002), segundo a direção do hospital estão o Programa de Humanização da Assistência Hospitalar, que implantou as oficinas terapêuticas em 2000, o trabalho integrado da equipe multidisciplinar e a queda no índice de infecção hospitalar (CGP, 2003).

Nos anos de 1980 as crianças permaneciam internadas, em média, por mais de 11 dias, período este diminuído para cinco a seis dias na década de 1990 e, na atualidade, inferior a quatro dias (FHEMIG, 2002c). Mesmo com menor número de leitos, o hospital tornou-se mais eficaz no atendimento aos pacientes. A viabilização das internações de curto prazo (24h), os investimentos em métodos de diagnóstico mais efetivos, a implantação do hospital-dia para crianças com AIDS e o Programa de Atendimento Domiciliar “agilizam as altas e, ao mesmo tempo, garantem um tratamento de qualidade” (FHEMIG, 2002c, p.18).

O Programa de Atendimento Domiciliar, implantado em 1999 (FHEMIG, 2002c), atendeu 4.388 pacientes dia/ano em relação a 3.512 no ano anterior (CGP, 2003) e conta com uma equipe formada por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, psicólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais. Já atendeu mais de 180 crianças com doenças neurológicas, crônicas e agudas, que recebem tratamento em casa, diariamente; a equipe conta, ainda, com um telefone celular exclusivo para contato com as famílias. A adoção do programa promoveu uma redução de 70% a 80% nos custos, quando comparados com os de uma internação. As famílias são orientadas a cuidar dos pacientes como se eles estivessem internados e, em 90% dos casos, o 'cuidador' é a mãe do paciente, que é o elo forte entre ele, o domicílio e a equipe (FHEMIG, 2002c).

Unidade 4

Concebida para atuar como hospital de atendimento de traumas, foi inaugurada em 21 de setembro de 1998, com apenas 25% de sua área física concluída (FHEMIG, 2002b); devido ao atraso nas obras, ainda não funciona com sua plena capacidade, mas possui equipamentos sofisticados (HPS, 2003). Encontram-se operantes o pronto-atendimento, o CTI, parte do bloco cirúrgico e algumas áreas administrativas. Atualmente presta assistência ambulatorial às vítimas de traumas e urgências e emergências clínica e atende, em média, 210 pacientes/dia; localizada numa região carente de atenção médica, atende casos de urgências e emergências cirúrgicas, clínicas de adultos e crianças, em graus de complexidade variados, incluindo traumas por acidente de trânsito, quedas de altura, agressões, urgências ortopédicas (fraturas), situações clínicas de risco iminente de morte (cardíaca, neurológica, metabólica) e toxicologia de baixa complexidade (FHEMIG, 2002b). Conta ainda com um heliporto, importante nos casos graves que requerem urgência no atendimento.

Abriga 150 trabalhadores da enfermagem, dos quais 131 são auxiliares de enfermagem (4 efetivos e 127 CA); 4 técnicos de enfermagem (1 efetivo e 3 CA) e 15 enfermeiros (todos CA) (FHEMIG, 2002c).

Unidade 5

Presta atendimento médico às urgências clínicas e cirúrgicas de pequena e média complexidade, em período de 24 horas. Em média são atendidos 260 pacientes/dia. Possui 18 leitos de observação e atende, em média, 50 pessoas por dia em casos de pequenas urgências nas áreas de clínica médica, pediatria, cirurgias, intervenções, suturas, drenagem de abscesso, queimaduras e ortopedia. Atende ainda pacientes encaminhados pela Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor (Febem), pelo sistema penitenciário, por postos de saúde do município de Belo Horizonte, da Rede FHEMIG e da região metropolitana de Belo Horizonte, além do retorno de pacientes ortopédicos da Unidade 1 (FHEMIG, 2002b; 2003a).

O trabalho da enfermagem é desenvolvido por 38 profissionais, dos quais 31 são auxiliares de enfermagem (20 efetivos e 11 CA); 3 técnicos de enfermagem (2 efetivos e 1 CA) e 4 enfermeiros (1 efetivo e 3 CA) (FHEMIG, 2002c).

Unidade 6

Atende às urgências clínicas e cirúrgicas de pequena e média complexidade. O serviço de pequenas urgências recebe cerca de 6.500 pacientes/mês e o atendimento ambulatorial entre 3,8 a 4 mil consultas/mês. As clínicas de apoio atuam nas áreas de ginecologia, otorrinolaringologia, cirurgia de cabeça e pescoço, entre outras. Atualmente o hospital conta com 80 leitos, dos quais seis na CTI; existe previsão de ampliação de mais 10 leitos, dos quais cinco de cuidados intermediários (FHEMIG, 2002b). Esta unidade é referência estadual em oncologia; é a primeira da rede pública de saúde de MG a prestar atendimento na área de mastologia, cujo serviço registra o atendimento de mais de 20 mil mulheres vítimas de câncer de mama desde 1971. No local são oferecidas consultas clínicas, exames de mamografia, cirurgias de reconstrução mamária, quimioterapia, radioterapia entre outros procedimentos (FHEMIG, 2002b). Ali são realizadas aproximadamente 240 cirurgias/mês nas áreas de cirurgia geral e oncológica (FHEMIG, 2002b).

Há no local um contingente de 150 trabalhadores da enfermagem, dos quais 29 são efetivos e 121 CA; sua equipe de enfermagem é composta por 2 atendentes de enfermagem (1 efetivo e 1 CA); 125 auxiliares de enfermagem (25 efetivos e 100 CA); 3 técnicos de enfermagem (todos CA) e 20 enfermeiros (3 efetivos e 17 CA) (FHEMIG, 2002c).

Unidade 7

É um hospital de referência em doenças pulmonares e em cirurgia torácica e atua também como o hospital geral. Fundado há 42 anos, é pioneiro no tratamento de portadores de doenças pulmonares e atende uma população estimada em 800 mil habitantes. Abriga 295 leitos e realiza cerca de 500 consultas/dia em seus ambulatorios (FHEMIG, 2002b). Diariamente são atendidas 120 crianças na pediatria e 150 pessoas na clínica médica (FHEMIG, 2002b).

Localizado em uma área de 250 mil m², dos quais 35 mil m² são construídos, presta assistência nas especialidades de cardiologia, reumatologia, hebeatria, ginecologia, mastologia, cirurgia plástica, urologista e fisioterapia. Atende também urgências nas áreas de clínica médica, pediatria, cirurgia geral, obstetrícia e odontologia. É considerado referência secundária em gravidez de médio e alto risco e propicia serviços de assistência integral à saúde da mulher e da criança (FHEMIG, 2002b), assim como atendimento ambulatorial e hospitalar de emergência em ginecologia a gestantes de alto risco, além de manter o atendimento intensivo aos recém nascidos de alto risco (FHEMIG, 2002a). O atendimento integral à saúde da mulher contempla os serviços de pré-natal, ginecologia, mastologia, cirurgia ginecológica, planejamento familiar e práticas educativas.

Ali é prestado também atendimento integral à saúde do adolescente através de atendimento ambulatorial clínico para a faixa etária entre 14 a 18 anos. A unidade destaca-se pelo desenvolvimento de trabalhos com grupos especiais para tratamento e orientação de crianças e adolescentes com diabetes, hipertensão e obesidade (FHEMIG, 2002b).

Em outubro de 2002 foi lançado o Programa de Assistência aos Pacientes Portadores de Distrofia Muscular que conta com duas equipes de assistência domiciliar para atender os pacientes de Belo Horizonte e região metropolitana, portadores daquela doença, visando a melhoria da sua qualidade de vida e a humanização da assistência. As equipes têm a tarefa de orientar os cuidadores dos pacientes e de assistir no domicílio aos que necessitarem de ventilação mecânica.

Esta unidade iniciou suas atividades em maio de 1958, com 400 leitos destinados aos portadores de tuberculose e, na atualidade é um centro de referência nacional no tratamento daquela doença. Nas décadas de 1960 e 1970, o tratamento era feito de forma basilar, com pacientes internados por um período prolongado. Na década de 1980, dado o surgimento de novos medicamentos, as internações tornaram-se mais curtas e o tratamento passou a ser realizado, em maior parte, no domicílio. Com o controle da doença, a unidade transformou-se em um hospital geral, mantendo as principais ações nas áreas de tisiopneumologia e clínica de

cirurgia torácica. No final dos anos 1990 a tuberculose voltou a se tornar problema, principalmente entre os portadores do vírus HIV, que são ali acolhidos e recebem os cuidados necessários, evitando-se assim a disseminação da doença (FHEMIG, 2002b).

Anualmente é registrada a internação de 600 pacientes e 50 novos casos/dia dão entrada em seus ambulatorios. Em 2002, uma nova ala foi inaugurada, equipada com 32 leitos, dos quais 10 femininos e 12 masculinos, subdivididos em enfermarias e salas de convivência, onde os pacientes desenvolvem atividades terapêuticas. O principal objetivo é o isolamento do doente, evitando assim a disseminação da tuberculose (FHEMIG, 2002b). A unidade mantém, desde 1997, parceria com os Centros de Controles de Doenças, de Atlanta, nos Estados Unidos, e é a única unidade no Brasil a contar com a instalação de lâmpadas ultravioletas tipo C, responsáveis pela redução da circulação do bacilo de Koch, causador desta doença. As lâmpadas mantêm as áreas em condições de risco normal, ou seja, o risco de contágio dentro do hospital é o mesmo que uma pessoa enfrenta em casa ou na rua (FHEMIG, 2002b).

Nesta unidade atuam 419 trabalhadores de enfermagem, dentre os quais 1 atendente de enfermagem (efetivo), 358 auxiliares de enfermagem (38 efetivos e 320 CA); 8 técnicos de enfermagem (CA) e 52 enfermeiros (CA) (FHEMIG, 2002c).

Unidade 8

Foi fundada em 1944 com a finalidade de tratar exclusivamente dos portadores de hanseníase e, a partir de 1989, passou a dar ênfase na reabilitação e reinserção dos internos na sociedade. Na década de 1990, passou a funcionar como hospital geral e, na atualidade, são realizadas cerca de 1.300 consultas agendadas/mês nas áreas de ginecologia, obstetrícia, dermatologia, cardiologia, pediatria e ortopedia, dentre outras (FHEMIG, 2002b).

Conta com um ambulatório e dez enfermarias. Possui 36 leitos ocupados por pacientes geralmente oriundos de outras unidades da rede hospitalar, com seqüelas ortopédicas e neurológicas para tratamento prolongado, aproximadamente, com média de permanência 1,6 ano. Os pacientes idosos, portadores de hanseníase, continuam internados e ocupam nove leitos (FHEMIG, 2002b).

O atendimento de enfermagem é prestado por de 60 profissionais, dos quais 9 são atendentes de enfermagem (efetivos), 42 auxiliares de enfermagem (15 efetivos e 27 CA) e 9 enfermeiros (CA) (FHEMIG, 2002c).

Unidade 9

É um hospital geral, fundado em 1930, que presta assistência integral em casos de urgência e emergência nas clínicas ortopédica, cirúrgica, pediátrica e gineco-obstétrica; seus serviços são oferecidos em regime de internação e pronto-socorro (FHEMIG, 2002b). Entre as especialidades médicas estão cirurgias de cabeça e pescoço, de coluna e otorrinolaringologia (FHEMIG, 2002a).

No pronto-socorro funciona a radiologia e salas de emergência e observação para homens, mulheres e crianças. Há quatro consultórios para atendimento de urgência e emergência clínica nas áreas de ortopedia, ginecologia e pediatria, laboratórios, salas de gesso, de eletroencefalograma. É o único a atender pacientes pelo SUS na localidade de Patos de Minas e região (FHEMIG, 2002a).

Quando de sua inauguração, operava com 153 leitos, dos quais apenas 70 são disponíveis na atualidade; realiza entre 350 e 400 internações/mês. No ambulatório ocorrem cerca de 250 atendimentos/dia. Atuam na unidade mais de 290 trabalhadores, nas áreas médica, de enfermagem, administrativa, de radiologia, serviço de nutrição e dietética, laboratório de assistência, entre outras (FHEMIG, 2002b).

Nesta unidade trabalham 146 funcionários na enfermagem, dos quais 114 são efetivos e 32 empregados em regime de CA, sendo que sete são atendentes de enfermagem (efetivos); 127 auxiliares de enfermagem (100 efetivos e 27 CA); dois técnicos de enfermagem (efetivos) e dez enfermeiros (5 efetivos e 5 CA) (FHEMIG, 2002c).

Unidade 10

Foi fundada em 1950 para atender à demanda de pacientes portadores de tuberculose e, em 1983, passou a atuar como hospital geral; no início da década de 1990, passou a atuar como hospital regional, atendendo a cerca de dois milhões de pessoas, no local são realizadas seis mil consultas/mês e 600 internações/mês. Abriga 80 leitos, sete dos quais destinados à Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) neonatal e seis à pediatria. Cinquenta e dois leitos são destinados às enfermarias de adultos e de crianças e 25 leitos na unidade intermediária, são reservados para atender crianças em estado grave (FHEMIG, 2002b).

O hospital emprega cerca de 500 trabalhadores e desenvolve programas integrados junto às unidades saúde e à rede ambulatorial da região, além de ser referência em tisiopneumologia, psiquiatria e infectologista; oferece também atendimento aos pacientes do Instituto da Mulher, realizando cirurgias de laqueadura tubária. Atua também nas áreas de ginecologia, cardiologia, AIDS e tuberculose, dentre outras. Mantém o Programa de

Atendimento Domiciliar Terapêutico, agência transfusional, serviço de eletroencefalografia, central de notificação, captação e distribuição de órgãos e banco de olhos. O sistema de tratamento esgotos desta unidade é único na região: toda a água servida é tratada antes de ser despejada em um riacho que deságua no rio Paraibuna (FHEMIG, 2002b).

Conta com 172 trabalhadores da enfermagem, dos quais 102 efetivos e 70 CA. A equipe de enfermagem é composta por cinco atendentes de enfermagem (efetivos); 115 auxiliares de enfermagem (73 efetivos e 42 CA); 30 técnicos de enfermagem (15 efetivos e 15 CA) e 22 enfermeiros (9 efetivos e 13 CA) (FHEMIG, 2002c).

Unidade 11

Foi inaugurada em 1943 para abrigar, compulsoriamente, portadores de hanseníase. Suas instalações eram compostas por um prédio destinado à área hospitalar e 24 pavilhões de moradia para os hansenianos (FHEMIG, 2002a). Após a descoberta da cura da hanseníase, cujo tratamento passou a ser ambulatorial, a unidade transformou-se em um hospital geral regional (FHEMIG, 2002b).

Possui 295 leitos, dos quais 245 asilares (que abrigam pacientes que ali moram) e proporciona assistência em diversas áreas à população do município de Bambuí e da região (FHEMIG, 2002b). De acordo com notícia publicada em 21/03/2003, na *homepage* da fundação, informava-se que o hospital possuía a capacidade para 235 leitos destinados aos pacientes crônicos e 67 leitos para a clínica médica e assim divergindo dos números anteriormente informados. Atende às especialidades de oftalmologia, ginecologia, odontologia, clínica médica, ortopedia, psicologia, fisioterapia e reabilitação (FHEMIG, 2003a).

Nesta unidade são realizadas, em média, 800 consultas/mês nas áreas de pediatria, odontologia, ginecologia, oftalmologia e ortopedia. É também referência no Estado de MG na confecção de sapatos ortopédicos utilizados por portadores de hanseníase, atendendo mensalmente a uma média de 40 pedidos (FHEMIG, 2002b).

No local, 62 (1,4%) pessoas trabalham na equipe de enfermagem, dentre as quais 14 atendentes de enfermagem (efetivos); 44 auxiliares de enfermagem (17 efetivos e 27 CA) e 4 enfermeiros (CA)

Unidade 12

É a primeira da rede FHEMIG construída para atender pessoas atingidas pela hanseníase. Nesta unidade é realizado um trabalho pioneiro na implantação dos lares

abrigados² (FHEMIG, 2002b), destinado às pessoas internadas de forma compulsória na década de 1930, quando o país realizou a primeira Campanha Nacional de Lepra (FHEMIG, 2002a). Dez imóveis abrigam pacientes cronificados, idosos que há mais de vinte anos vivem na colônia e que, com o passar do tempo, perderam completamente o vínculo familiar (FHEMIG, 2002a). Quinze moradores ocupam três casas e outras 16 senhoras são abrigadas em quatro residências. Esta instituição planejava abrigar 80 pacientes até o final do ano de 2002, quando seriam entregues mais nove lares abrigados (FHEMIG, 2002b).

Além dos lares e dos pavilhões, o conjunto do sanatório é formado pelo posto de saúde, olaria, estádio, correio, associação comunitária, sede do Minas Esporte Clube, Cine Teatro Glória, biblioteca José Mariano Neto e a igreja matriz, entre outras construções. Esta unidade presta também atendimento hospitalar aos pacientes de vários municípios da região metropolitana de Belo Horizonte na área de clínica geral, oferece atendimento de pronto socorro 24 horas e ambulatorial (FHEMIG, 2002b).

Dentre os projetos ali desenvolvidos, destaca-se o da reabilitação dos pacientes portadores de hanseníase, com enfoque na prevenção de possíveis deformidades causadas pela doença e nas cirurgias reparadoras que tem por objetivo melhorar as funções das partes seqüeladas pela doença, principalmente, mãos e pés (FHEMIG, 2002b).

Nesta unidade atuam 130 trabalhadores da enfermagem (87 efetivos e 43 CA's), dentre os quais 58 atendentes de enfermagem (57 efetivos e um CA), 56 auxiliares de enfermagem (28 efetivos e 28 CA), 14 técnicos de enfermagem (dois efetivos e 12 CA) e dois enfermeiros (CA) (FHEMIG, 2002b).

Unidade 13

Inaugurada em maio de 1942, já ao final daquele ano abrigava 1500 portadores de hanseníase; esta foi a segunda unidade de tratamento para portadores daquela doença de MG. A sua construção foi impulsionada pela doação ao Estado de 100 alqueires de terra por fazendeiros da região. Hoje, aguarda reformas que a transformarão em hospital regional, que atenderá aproximadamente 20 municípios, com capacidade para 110 leitos cujo atendimento terá foco na maternidade de alto risco e neonatal, com vistas a atender a demanda reprimida da região sul do Estado de MG (FHEMIG, 2002b).

² Portaria nº 817/2000-MS, determina a reestruturação das colônias de tratamento da hanseníase em todo país de modo que haja a devolução da cidadania às pessoas atingidas pela doença, oferecendo condições de moradia através desses lares, com a garantia do conforto, da segurança e da salubridade assegurados pelo poder público. (FHEMIG, 2002a).

Na atualidade opera no local uma unidade hospitalar que presta atendimento na área de clínica médico-cirúrgica. Construída em dois pavimentos, comporta 80 leitos, ambulatório com 18 consultórios médicos e dois odontológicos, sala de curativos e de cirurgias. Sua colônia é composta por 13 pavilhões que abrigam 100 moradores que são idosos que ali moram, assim como outras 67 casas que abrigam 139 pacientes. No ambulatório são atendidos cerca de cinco mil pacientes/mês, além de internações nas áreas de dermatologia geral e sanitária, com destaque em hanseníase; há também atendimento nas áreas de ginecologia, pneumologia, otorrinolaringologia, pediatria, geriatria entre outras (FHEMIG, 2002b).

No início do ano de 2002 foram inauguradas as obras do centro de marcação de consultas, ambulatório, gabinete dentário, duas enfermarias, auditório com capacidade para 140 lugares e um espaço cultural. Estavam em andamento também as obras do centro de reabilitação em nível intermediário, previsto para atender mais de 300 mil pessoas/ano portadoras de seqüelas da hanseníase (FHEMIG, 2002b).

Nesta unidade laboram 63 trabalhadores da enfermagem (34 temporários e 29 efetivos) dentre os quais 17 atendentes de enfermagem (efetivos), 43 auxiliares de enfermagem (12 efetivos e 31 CA), um técnico de enfermagem (CA) e dois enfermeiros (CA) (FHEMIG, 2002c).

Unidade 14

Criada em 1945 também com a finalidade de atender portadores de hanseníase, seus 36 pavilhões se estendem por quase 15 mil m² de área construída, onde habitam 80 pessoas com idades que variam de 70 a 85 anos, muitos dos quais perderam o vínculo familiar quando ali foram internados compulsoriamente. Além de atender a mais de 170 pessoas portadores de hanseníase, esta unidade conta com profissionais nas áreas de clínica médica, ortopedia, ginecologia, pediatria, odontologia, otorrinolaringologia, reabilitação física, psiquiatria, serviço social e psicologia, onde são atendidos cerca de três mil pacientes/mês (FHEMIG, 2002b).

No local trabalham 80 profissionais de enfermagem, sendo 49 efetivos e 31 CA's, dentre os quais 23 atendentes de enfermagem (efetivos), 52 auxiliares de enfermagem (23 efetivos e 29 CA's), um técnico de enfermagem (CA) e quatro enfermeiros (três efetivos e um CA) (FHEMIG, 2002c).

Unidade 15

Quando de sua inauguração, em janeiro de 1961, esta unidade prestava assistência somente a pacientes psiquiátricos. Em 1972 foi criado o Posto de Urgência Psiquiátrica, hoje denominado Centro de Acolhimento de Crise (CAC). A finalidade assistencial desse hospital é atuar como local de transição e de passagem, possibilitando, por meio do trabalho de equipe multiprofissional e de diversos recursos terapêuticos, a estabilização psíquica do paciente em sofrimento mental (FHEMIG, 2002b).

Em 2001, foram atendidos 11.380 pacientes, dos quais apenas 2.961 foram internados; os demais foram encaminhados para a rede de saúde extra-hospitalar. Os que não necessitam de internação são encaminhados para o CAC, onde permanecem em observação por períodos que variam de 24 a 72 horas. Podem também ser encaminhados para os Centros de Saúde Municipais, Núcleos de Assistência Psicossocial (Nap's) e Centros de Referência em Saúde Mental (Cersam's) de Belo Horizonte e região metropolitana (FHEMIG, 2002b).

Esta unidade abriga cinco enfermarias, com 147 leitos, dos quais 59 femininos e 88 masculinos. Os pacientes recebem atendimento psiquiátrico, psicológico, de assistência social, de terapia ocupacional e atuam nas oficinas de costura e de cinema (FHEMIG, 2002b).

Podem ser atendidos também nos serviços de leito-crise e permanência-dia. Diferentemente do que ocorria há alguns anos atrás, quando a opção de tratamento para o paciente em crise³ psiquiátrica era sua internação, hoje os que chegam em situações de crise somente são internados após passar por avaliação de uma equipe multidisciplinar, que indica o tratamento mais adequado (FHEMIG, 2002b).

Desde 1998 esta unidade atua também na área ortopédica, dispondo de 86 leitos. Sua especialidade são as cirurgias de ombro, quadril, joelho e pé, sendo reconhecida como referência nessa área no Estado de MG; ali são realizadas, em média, 50 cirurgias/semana e a missão da área ortopédica é dar suporte aos casos de fraturas de pacientes atendidos nas unidades um e dois (FHEMIG, 2002b).

O atendimento de enfermagem nesta unidade é realizado por 235 profissionais, dos quais 21 atendentes de enfermagem (20 efetivos e um CA), 182 auxiliares de enfermagem (56 efetivos e 126 CA), dois técnicos de enfermagem (CA) e 30 enfermeiro (nove efetivos e 21 CA) (FHEMIG, 2002c).

³ Momento relativamente agudo de ruptura do equilíbrio intrapsíquico e/ ou interpessoal (FHEMIG, 2002b).

Unidade 16

É o antigo Hospital de Neuropsiquiatria Infantil, inaugurado em 1947. No decorrer dos anos passou por várias mudanças que visaram aprimorar e modernizar seu modelo assistencial; na atualidade atua conforme os princípios do SUS e obedece a Lei da Reforma Psiquiátrica. Na atualidade presta atendimento multidisciplinar na área de saúde mental infanto-juvenil (até 18 anos incompletos), com prioridade para os casos de maior complexidade. É referência estadual em psiquiatria infantil e mantém um plantão de 24 horas para urgência e emergências. Os casos mais graves são encaminhados para os leitos-crise, em número de sete, dos quais três femininos e quatro masculinos, onde os pacientes ficam, em média, por 10 dias. Também conta com o hospital-dia, para atendimento de quatro ou oito horas, e quatro alojamentos especiais, onde o paciente fica, em média, internado por uma semana, sempre acompanhado por familiar. Oferece ainda oficinas de terapia ocupacional, de jogos, de brinquedos e de materiais recicláveis, dentre outras atividades (FHEMIG, 2002a; 2002b).

Este centro tem uma área 6.803 m², dos quais 4.500 m² construídos. Ali está instalado um serviço de pronto-atendimento com atendimento em ambulatório para consultas agendadas e interconsultas em fonoaudiologia, terapia ocupacional, pediatria, neurologia, fisioterapia e odontologia. Esta unidade recebe pacientes de Belo Horizonte e região metropolitana, do norte de MG e do vale do Jequitinhonha, além daqueles que se deslocam dos estados do Espírito Santo e da Bahia; ali são registrados de 10 a 12 mil procedimentos/mês (FHEMIG, 2002b).

Dada à excelência de seu ensino, este centro abriga uma das duas únicas residências médicas em psiquiatria da infância e da adolescência do Brasil, que é credenciada pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC); esta unidade também é referência estadual no desenvolvimento e treinamento de recursos humanos e de atividades de ensino e pesquisa (FHEMIG, 2002b).

Sua equipe de enfermagem é composta por 44 profissionais dos quais seis atendentes de enfermagem (efetivos); 31 auxiliares de enfermagem (24 efetivos e 7 CA) e sete enfermeiros (4 efetivos e 3 CA) (FHEMIG, 2002c).

Unidade 17

Criada em abril de 1976, atende pacientes com algum tipo de dependência de substâncias tóxicas e entorpecentes. Inicialmente predominava a lógica da exclusão para tentar recuperá-los socialmente. Os viciados em drogas eram recolhidos das ruas da capital

mineira para o Serviço de Recuperação Social e cada toxicômano que ali estava era considerado “um marginal, um dominado pela droga, um sem saúde. O espaço era da exclusão social: a cadeia, com visitas médicas esporádicas” (PUFF et al., 1995, p. 39).

A partir de 1984 a proposta assistencial foi sendo reformulada e houve mudanças na assistência aos dependentes, que passaram a se utilizar do hospital-dia, uma experiência pioneira no Brasil. Em 1988 esta unidade recebeu o reconhecimento do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) como Centro Regional para Tratamento e Prevenção das Toxicomanias (CMT, s/d).

Atualmente, o local integra a rede do Serviço Nacional Antidrogas (SENAD) e é a única instituição em MG a fazer tal atendimento pelo SUS. Com capacidade de realizar 1500 consultas/mês, conta com uma equipe multidisciplinar de 65 funcionários (FHEMIG, 2002b). Nove pessoas formam a equipe de enfermagem, das quais uma é atendente de enfermagem (efetivo); cinco são auxiliares de enfermagem (efetivos); um técnico de enfermagem (efetivo) e dois enfermeiros (um efetivo e um CA) (FHEMIG, 2002c).

Este serviço destina-se à assistência da população com idade superior a 13 anos; o atendimento multiprofissional é voltado aos usuários de álcool e drogas, principalmente *crack* e maconha. Cerca de 80% da clientela são homens, na faixa etária dos 25 aos 34 anos, a maioria vítima do alcoolismo. Os pacientes contam com atendimento ambulatorial no NAPS em leitos de observação de curta permanência e em oficinas terapêuticas. Os familiares dos toxicômanos dispõem de um serviço de orientação (FHEMIG, 2002b).

Unidade 18

Atende casos psiquiátricos de urgência aos pacientes adultos em crise e também presta atendimento hospitalar na área de clínica médica básica. Em seus 35 mil metros quadrados de área construída, abriga 494 leitos, dos quais 426 asilares, 32 agudos e 36 de enfermaria de intercorrências clínicas. Promove atendimento especializado no ambulatório, que é referência em saúde mental na região e no Centro de Atenção Psicossocial para o Alcoolismo e Drogas (FHEMIG, 2002b).

Ao longo de um século de sua existência, o centro hospitalar passou por diversas mudanças⁴ e atualmente ostenta a classificação de Psiquiatria IV, o maior grau em saúde

⁴ Primeiro hospital psiquiátrico público de MG, criado em 1903. Nessa época, no Brasil, a “loucura” era tratada como caso de polícia. Os doentes mentais, indigentes, alcoólatras e até deficientes físicos eram recolhidos nas ruas por representar uma ameaça à ordem social e ficavam internados no manicômio. Outros internados por indicação de familiares que contribuía mensalmente para a manutenção do “pensionista” no manicômio. Na época do hospital-colônia os internos eram utilizados para plantar e costurar, sob o argumento de que o trabalho

mental do Ministério da Saúde. Entretanto, abriga ainda os “remanescentes dos 'porões da loucura', mas trata-os com modernos e humanos métodos e terapias de dignidade [...] e não existem mais internações definitivas” (FHEMIG, 2002b, p.15).

Nas áreas desativadas do centro hospitalar, no ano de 2002 estava em fase final de construção o Hospital Geral Regional da FHEMIG. A previsão era atender 442 mil habitantes da região através de 100 leitos, dos quais 38 de clínica médica, 37 de cirurgia geral, 10 de UTI e 15 de Unidade de Cuidados Intermediários. O pronto atendimento também estava em fase de conclusão (FHEMIG, 2002b).

Nesta unidade existem 283 trabalhadores da enfermagem, dos quais 30 eram atendentes de enfermagem (efetivos), 222 auxiliares de enfermagem (204 efetivos e 18 CA), 11 técnicos de enfermagem (efetivos) e 20 enfermeiros (12 efetivos e 8 CA) (FHEMIG, 2002c).

Unidade 19

Foi inaugurada em 1922 e desde então vem acompanhando as mudanças ocorridas na psiquiatria, passando pela experiência de priorizar a exclusão como forma de tratamento psiquiátrico até chegar na década de 1980, quando teve início o projeto de humanização incluindo reformas físicas e projetos terapêuticos. Em 1984 foi inaugurado o Hospital-Dia, o primeiro da rede pública e, em 1992, o Centro de Convivência (FHEMIG, 2002b).

Atualmente possui 120 leitos distribuídos em enfermarias masculinas e femininas, ambulatório, hospital-dia, serviço de acolhimento na porta de entrada e atendimento de casos psiquiátricos de urgência aos pacientes adultos em crise. Há dois anos a unidade desenvolve e implanta um projeto clínico que visa a redução do número e o do tempo das internações. Formas alternativas de atendimento estão sendo utilizadas como as oficinas terapêuticas, o hospital-dia e os Centros de Convivência e de Referência em Saúde Mental. A média de permanência nos leitos é de 30 a 40 dias e, na sala de observação do acolhimento, a média é de 36 a 72 horas. Com o projeto de desospitalização psiquiátrica houve redução no número de internações dos pacientes crônicos (FHEMIG, 2002b).

seria a principal forma de terapia. Eles trabalhavam para a própria subsistência, garantir a manutenção do manicômio e também eram explorados pelo município e por particulares na construção de estradas. A partir da década de 30 começaram a surgir problemas decorrentes da superlotação e a situação foi se agravando de forma progressiva chegando a ter 4.817 internos em 1966. Devido aos maus tratos, falta de higiene e ao frio, muitos pacientes morriam, sendo registrado mais de 60.000 mortes, ao longo dos 50 anos de existência do antigo hospital-colônia. “A indústria da morte era lucrativa e, apenas no ano de 1970, como revelam os registros do hospital, 524 cadáveres foram vendidos para faculdades de medicina de todo o País” (FHEMIG, 2002b, p.16). Após denúncias e manifestação de médicos, jornalistas e intelectuais de diversas áreas, na década de 1970, houve uma mudança nas formas de ação e buscou-se a humanização no tratamento das pessoas (FHEMIG, 2002b).

Ali trabalham 150 membros da equipe de enfermagem, dos quais 23 são atendentes de enfermagem (18 efetivos e 5 CA), 110 auxiliares de enfermagem (51 efetivos e 59 CA), um técnico de enfermagem (efetivo) e 16 enfermeiros (7 efetivos e 9 CA) (FHEMIG, 2002c).

Unidade 20

Foi inaugurada em 1954 para atuar como sanatório, recebendo apenas mulheres no período de 1960 a 1970. Em 1983, iniciou-se a transformação do sanatório em hospital geral, com ênfase no atendimento à tisiopneumologia e às doenças infecto-parasitárias. Em 1999, o hospital tornou-se Centro Colaborador Estadual em dermatologia sanitária. No local são desenvolvidas atividades de formação e capacitação profissional, pesquisas e educação para a saúde, além de ser oferecido suporte técnico-científico e assistencial a outras instituições nas endemias e epidemias. Em 2000, iniciou a residência médica de dermatologia (FHEMIG, 2002b).

Trata-se de uma unidade hospitalar que atende doenças infecto-contagiosas de adultos, sendo referência estadual em infectologista e dermatologia sanitária. São atendidas aproximadamente 1.500 consultas/mês por um quadro funcional de mais de 400 trabalhadores (FHEMIG, 2002a). Presta atendimento secundário e terciário aos adultos portadores de doenças sexualmente transmissíveis, AIDS, tuberculose, hanseníase e meningite, entre outras. Possui uma farmácia ambulatorial, referência na distribuição de medicamentos para AIDS, tuberculose e hanseníase (FHEMIG, 2002b). Oferece também atendimento ambulatorial, hospital-dia e assistência domiciliar terapêutica. Dez de seus 94 leitos são de CTI e é o único em MG que dispõe desse serviço para adultos com doenças infecto-contagiosas, atendendo pacientes de várias regiões mineiras e dos estados da Bahia e do Espírito Santo (FHEMIG, 2002b).

É considerado, desde 1988, referência estadual no tratamento da AIDS e conta com 36 leitos. Vem investindo na desospitalização dos pacientes com AIDS, através dos serviços de apoio como o hospital-dia e a Assistência Domiciliar Terapêutica⁵ (ADT), que atende também pacientes portadores de tuberculose. O ADT é outro diferencial dessa unidade; uma equipe auxilia no tratamento através de visitas na casa dos pacientes, inclusive com acompanhamento psicológico aos familiares (FHEMIG, 2002b).

A equipe de enfermagem totaliza 197 trabalhadores (52 efetivos e 145 CA), dos quais dez são atendentes de enfermagem (efetivos), 158 auxiliares de enfermagem (40 efetivos e

⁵ Essa modalidade de atendimento teve início no ano de 1995 (FHEMIG, 2002b).

118 CA), um técnico de enfermagem (efetivo) e 28 enfermeiros (um efetivo e 27 CA) (FHEMIG, 2002c).

Unidade 21

É a maior maternidade pública do Estado de MG; inaugurada em março de 1955, conquistou os títulos de Maternidade Segura (1988), Hospital Amigo da Criança⁶ (1999) e o título de Referência Estadual em Banco de Leite (2001) (FHEMIG, 2002b). Conta com equipamentos de última geração como mamógrafos e um aparelho, instalado em 2003, para avaliar a acuidade auditiva (Audix⁷) nos recém-nascidos (FHEMIG, 2003a). É uma maternidade referência na gravidez de alto risco e possui uma equipe de plantão multidisciplinar 24 horas (FHEMIG, 2002b); na atualidade conta com 151 leitos, dos quais 16 de CTI neonatal, 38 de berçário e 97 para adultos (FHEMIG, 2003a). Atende, em média, a 36 mil consultas ambulatoriais/ano nas especialidades de ginecologia, pré-natal de alto risco, mastologia, propedêutica de colo, planejamento familiar, clínica médica, sexologia, cardiologia, uroginecologia, endocrinologia, oncologia, pediatria, infertilidade, psiquiatria, psicologia e fisioterapia (FHEMIG, 2002b).

O serviço da Unidade Neonatal engloba 16 leitos de CTI, 20 de berçários de cuidados intensivos e 26 de berçários de cuidados intermediários, a enfermaria canguru e o alojamento conjunto. Cerca de 16% dos que nascem são prematuros e, em consequência, permanecem mais tempo internados; em média, um recém-nascido com peso entre 500g e 1000g permanece por 20 dias internado enquanto que um recém-nascido a termo, de parto normal, permanece por 24 horas e os de parto cesariana, de 48 a 72 horas (FHEMIG, 2003a).

O Projeto Mãe-Canguru⁸ garante a recuperação muito mais rápida para o bebê, mesmo na incubadora e reduz os custos de internação. O CTI neonatal foi inaugurado em março de 2000 e atende a 20% de todos os partos realizados na unidade (FHEMIG, 2002b).

⁶ Concedido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pelo Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) e pelo Ministério da Saúde (MS) (FHEMIG, 2002b).

⁷ Aparelho fabricado pelo Instituto Neurociência de Cuba, cedido por tempo indeterminado, através de uma parceria entre Cuba e o Brasil. O projeto prevê a avaliação da eficácia do aparelho e pretende criar "um modelo de avaliação de acuidade auditiva que servirá para outras maternidades brasileiras" (FHEMIG, 2003a).

⁸ É indicado para crianças que nascem prematuras, com menos de 38 semanas de gestação; é desenvolvido em três fases: na primeira, ainda na incubadora, a criança recebe o carinho diário da mãe; na segunda, o bebê é mantido sobre o ventre da mãe, que usa uma camisola especial, com uma bolsa tipo canguru (daí o nome do projeto). A roupa garante segurança à criança, em constante contato com a pele da mãe e próximo dos seus seios, para se alimentar sempre que sentir fome; na terceira fase, a mãe cuida do filho em casa usando a mesma camisola. Quando o pai também participa (torna-se o pai-canguru) é formado o trinômio pai, mãe e filho (FHEMIG, 2002b).

O ambulatório de ginecologia abriga 38 leitos nas especialidades câncer de colo de útero, infertilidade, sexologia e mastologia; atende, em média, mil pacientes/mês, realiza 400 mamografias e 100 cirurgias/mês. É um centro de referência mineiro no atendimento à gravidez de alto risco. O serviço funciona 24 horas e recebe pacientes⁹ encaminhadas de outras clínicas da cidade de Belo Horizonte e da região metropolitana (FHEMIG, 2002b).

O Serviço de Aleitamento Materno atende e presta assistência social às mães, oferece ensino e treinamento e realiza o processamento do leite obtido (15 litros/dia), que é distribuído a 15 hospitais da região metropolitana de Belo Horizonte (FHEMIG, 2002b).

A equipe de enfermagem desta unidade é composta por 290 profissionais, dos quais 225 são auxiliares de enfermagem (54 efetivos e 171 CA), 7 técnicos de enfermagem (CA) e 58 enfermeiros (6 efetivos e 52 CA) (FHEMIG, 2002c).

Unidade 22

Presta atendimento em reabilitação aos adultos e crianças portadoras de seqüelas ortopédicas, neurológicas e respiratórias. Inaugurada em 1987, ocupa uma área de 690 m² e supre a carência da rede pública estadual em serviços de reabilitação; sua função é prestar assistência de modo a contribuir para a reinserção do indivíduo na sociedade e na melhoria da sua qualidade de vida (FHEMIG, 2002b). Em agosto de 2002, foi credenciada pelo MS como serviço de referência em medicina física e reabilitação, o que também lhe conferiu a condição de Centro de Concessão de órteses e próteses para os pacientes. De agosto de 2002 a fevereiro de 2003 foram atendidos 339 pacientes dos quais 60% deles já haviam recebido suas órteses e próteses (FHEMIG, 2003a). O local dispõe de programas de atendimento a queimados, a hansenianos, portadores de patologias da coluna, paralisia facial periférica e de pós-mastectomizadas, com tratamento individual ou em grupo (FHEMIG, 2003a). De janeiro a junho de 2002, das 1.253 pessoas que procuraram o centro, 82% receberam assistência na unidade e apenas 18% foram encaminhadas para outros serviços (FHEMIG, 2002b). O atendimento dos cerca de 250 pacientes/dia (FHEMIG, 2003a) é realizado por uma equipe de 76 profissionais (FHEMIG, 2002b).

A equipe de enfermagem desta unidade é composta por cinco profissionais, dentre os quais, um atendente de enfermagem (efetivo), três auxiliares de enfermagem (efetivos) e um enfermeiro (CA) (FHEMIG, 2002c).

⁹ Elas passam por uma entrevista para a identificação das causas do problema; as vítimas de estupro são acompanhadas por uma equipe formada por psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais (FHEMIG, 2002b).

Considera-se que o Acolhimento¹⁰, o Modelo de Gestão Participativa e Descentralizada, o Sistema de Informação e a Avaliação são os diferenciais deste centro, os quais vem sendo desenvolvidos desde 1991 visando alcançar uma administração gerencial mais participativa, democrática, de maior responsabilidade, com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência prestada (FHEMIG, 2003a).

Unidade 23

A administração central da rede FHEMIG estava estruturada, administrativamente, em 2002, com quatro diretorias: Administrativa (DIREAD), Hospitalar (DIREHO), de Planejamento e Finanças (DIPLAN) e de Ensino e Pesquisa (DIREP) e três assessorias: Jurídica, de Comunicação e Auditoria Interna e a Divisão de Assistência ao Trabalhador (DAST) (FHEMIG, 2002a; 2002b).

A DIREAD tem como objetivo garantir o suprimento de insumos necessários à assistência médico-hospitalar prestada pela rede FHEMIG; a DIREHO atua de forma sistematizada na supervisão, acompanhamento, avaliação e redirecionamento dos serviços assistenciais da fundação e na análise de projetos e programas a serem implantados; a função principal da DIPLAN é propor, adequar e complementar os planos, projetos e programas da Fundação, além de ser responsável pelo orçamento e prestação de contas da instituição; a DIREP tem como função manter e melhorar a qualificação dos servidores da fundação além de contribuir para a formação de mão-de-obra qualificada para o SUS (FHEMIG, 2002a; FHEMIG, 2002b). A assessoria jurídica tem por objetivo, dentre outros, defender a fundação em ações judiciais, aprovar os procedimentos licitatórios e dar suporte aos atos praticados pelo superintendente geral; a assessoria de comunicação tem a responsabilidade de atender à imprensa, elaborar materiais "*releases*" e organizar eventos, enquanto que a auditoria interna trabalha na prevenção, acompanhamento e na avaliação dos procedimentos realizados pela fundação (FHEMIG, 2002a; 2002b).

Nesta unidade 500 pessoas trabalham para administrar as 22 unidades assistenciais da rede. Sua equipe de enfermagem é composta por 55 profissionais, dos quais 7 atendentes de enfermagem (efetivos), 39 auxiliares de enfermagem (22 efetivos e 17 CA) e 9 enfermeiros (8 efetivos e 1 CA) (FHEMIG, 2002c).

¹⁰ Implantado em agosto de 2000 com a finalidade de receber o paciente de forma mais humanizada, agilizar o seu acesso ao tratamento e oferecer-lhes soluções que atendam suas demandas (FHEMIG, 2003a).

ANEXO A

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FHEMIG

**Parecer Consubstanciado de Projeto de Pesquisa
Comitê de Ética em Pesquisa - FHEMIG / DIREP**

Este parecer é baseado nas normas e diretrizes emanados da Resolução 196/96 e suas complementares (Res. 251 de agosto de 1997, e Res. 292 de julho de 1999) da Comitê Nacional de Ética em Pesquisa/Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde.

Título do Projeto : Impactos das mudanças tecnológicas no processo saúde / doença dos trabalhadores de enfermagem

Autor do Projeto: Neide Tiemi Murofuse

Cadastro : 134 **Data :** 18 de dezembro de 2002 **Origem :** Administração Central

Consideramos a pesquisa adequada às normas éticas recomendadas pela Resolução 196/96 e suas complementares, do Conselho Nacional de Saúde (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), do Ministério da Saúde, estando aprovada a sua execução por este Comitê de Ética em Pesquisa.

Dr. Robespierre da Costa Ribeiro
Relator do Comitê de Ética em Pesquisa da FHEMIG / DIREP