**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ELIANE BEZERRA DA SILVA CRUZ

**ESTUDO SOBRE A PROBLEMÁTICA DE SAÚDE DOS
TRABALHADORES DE ENFERMAGEM:
perspectivas para Vigilância à Saúde**

**SÃO PAULO
2006**

ELIANE BEZERRA DA SILVA CRUZ

**ESTUDO SOBRE A PROBLEMÁTICA DE SAÚDE DOS
TRABALHADORES DE ENFERMAGEM:
Perspectivas para Vigilância à Saúde**

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Área de Concentração:
Administração em Enfermagem

ORIENTADORA:
Profª Drª VANDA ELISA ANDRES FELLI

**São Paulo
2006**

“É preciso serenidade para aceitar as coisas que eu não posso mudar,
coragem para mudar as que posso, e sabedoria para conhecer a
diferença...”

(A.D.)

DEDICATÓRIA

À minha filha Eloísa maior razão do meu viver e lutar... que um dia ela possa
compreender a falta que eu lhe fiz...

Ao meu pai Edgar por me mostrar novamente o que significa superação...

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Edgar Bezerra da Silva e Maria Aparecida da Silva pela **vida**,

Às minhas irmãs Érica Ap^a. da Silva e Edilaine M^a. da Silva pelo **carinho**,

Ao meu marido Jarbas Silvado da Cruz pela **compreensão**,

À minha filha Eloísa Maria Silva Cruz pelo **amor**,

À minha tia Helenice Maria dos Santos pelo **apoio**,

À minha amiga Francies Regyanne de Oliveira pela **lealdade**,

Aos trabalhadores de enfermagem do Hospital estudado pela **disposição**,

À FAPESP pela **oportunidade**,

A todos os meus amigos, parentes e colegas pela **torcida**,

À minha orientadora Vanda Elisa Andres Felli por **TUDO**,

E a Deus por **TODOS!**

SUMÁRIO

Resumo	07
Abstract	08
MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO	09
1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS	25
3. CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	26
3.1 Processo de Produção em Saúde	26
3.2 Processo Saúde-Doença	32
3.3 A Vigilância à Saúde	39
4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	48
4.1 Tipo do Estudo	48
4.2 Cenário	48
4.3 População	51
4.4 Captação dos Dados	52
4.5 Procedimentos de Coleta de Dados	53
5. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	56
6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	57
6.1 Perfil da População do Estudo	57
6.2 O Processo de Trabalho no HUA	59
6.3 O Processo Saúde-Doença dos Trabalhadores de Enfermagem do HUA...	68
6.4 As Cargas de Trabalho	76
6.5 Os Processos de Desgaste	93
6.6 Estratégias de Prevenção e Melhoria da Qualidade de Vida	103
6.7 A Perspectiva da Vigilância à Saúde no HUA	108
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	121
8. ANEXOS	128

RESUMO

A importância da saúde do trabalhador de enfermagem tem sido evidenciada tanto pelas pesquisas realizadas quanto pelas novas políticas de saúde formuladas. Este estudo visa contribuir com propostas de intervenção, direcionadas à melhor qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem. Propõe conhecer a problemática de saúde desses trabalhadores em um hospital universitário, com os objetivos de identificar o processo de trabalho de enfermagem do hospital e as cargas a que estão expostos os trabalhadores durante o processo de trabalho; apreender os processos de desgaste atribuídos por eles à exposição às cargas; reconhecer as estratégias de prevenção sugeridas pelos trabalhadores para a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida no trabalho; e construir alguns indicadores de monitoramento das condições de trabalho e saúde. O enfoque quanti-qualitativo está fundamentado na determinação social do processo saúde-doença vivenciado por esses trabalhadores. O cenário foi um hospital universitário de Minas Gerais. Participaram do estudo oito trabalhadores de enfermagem, sendo um enfermeiro, quatro técnicos e três auxiliares de enfermagem. A coleta de dados foi realizada com a técnica de grupo focal com o auxílio de filmagem, de enquête coletiva e de formulários para a obtenção de dados da instituição. A análise desses dados evidenciou um processo de valorização capitalista de mais valia absoluta, caracterizada pelo aumento da jornada de trabalho sem a devida remuneração; bem como de mais valia relativa, apreendida pela intensificação do ritmo de trabalho sem o aumento no número de trabalhadores. Essa valorização se concretiza no processo de trabalho da enfermagem. No que se refere à exposição às cargas de trabalho, os trabalhadores consideram-se expostos a todos os tipos: biológicas, químicas, físicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas, porém percebem com maior intensidade as cargas fisiológicas e psíquicas. Os processos de desgaste apreendidos foram relacionados às *infecções diversas; problemas respiratórios, ósteo-músculo-articulares, de pele, auditivos e circulatórios; estresse; depressão; e sintomas de dor, cansaço, fadiga, desânimo, desestímulo, mau-humor, indisposição, medo, irritabilidade e tensão* também foram citados. Para recuperação da capacidade física e mental, propuseram estratégias de prevenção relacionadas ao *ambiente de trabalho*, tais como locais para descanso, refeições melhores e mobiliários adequados; e às *condições de trabalho*: aumento da remuneração e concessão de benefícios, educação continuada e reuniões periódicas. Pautados nesses dados foram construídos alguns indicadores de monitoramento relacionados às dimensões: geral - relativa às políticas da instituição; intermediária - relativa à organização do processo de trabalho; e singular - relacionada ao trabalhador em si. Para a vigilância à saúde dos trabalhadores de enfermagem, nesse momento, foi possível propor indicadores, referidos aos diferentes níveis da realidade empírica, que permitirão fornecer subsídios para um melhor diagnóstico e acompanhamento dos problemas de saúde desses trabalhadores, tendo em vista intervenções futuras.

Descritores: saúde do trabalhador, enfermagem, vigilância à saúde, processo saúde-doença, cargas, desgastes.

ABSTRACT

The importance of the health of nursing workers have been carried through researches and with the formularization of new health's policies. This study aims to contribute with proposals of intervention related to the best quality of life of the nursing workers. It propose to know the problematic of health of these workers, in a university hospital with the following aims: to identify the process of nursing work in this hospital, to identify the workloads that the workers are exposed to during the work process, to apprehend the processes of strain attributed for them to the exposition to workloads, to recognize the strategies of prevention suggested by the workers for improvement of the health conditions and quality of life at work and to build some indicators of monitoring the work conditions and health. Under quantitative and qualitative approach, the study is based on the social determination of the health-illness process which was lived deeply for these workers. The setting of study was a university hospital of Minas Gerais. Eight nursing workers had participated of it, bring: a Nurse, four Technicians and three Nursing Auxiliaries. For the data collection was used the technique of focus group which was supported by filming. As well collective inquiry and forms was used to data collection of the institution and workers. The data analisys put in evidence a process of capitalist valuation of absolute surplus-value which increase the working hours without the increasing of income. Also, they put in evidence the relative surplus-value which is apprehended for the intensification of the work rhythm without the increasing of workforce. This valuation becomes visible in the process of nursing work. The workers consider workers themselves. exposed to all types of workloads, such as: biological, chemical, physical, mechanical, physiological and psychic. However, they report with higher intensity to physiological and psychic workloads. The related processes of strain are the *diverse infections; respiratory problems, skin problems, hearing and circulatory problems; musculoskeletal disorders; stress; depression; and the symptoms of pain, fatigue, discouragement, despondency,, bad mood, indisposition, fear, irritability and tension* are also cited. For recovery of the physical and mental capacity, they consider strategies of prevention related to *the work environment* such as: places for rest, better furniture and adjusted meals; and *work conditions*: increase of income and concession of benefits, continued education and periodic meetings. Based in these results monitoring indicators are proposed related to the dimensions: general - relative to the policies of the institution; intermediate - relative to the organization of work process, and singular - related to the health of worker. At this moment, for the surveillance of the health of nursing workers, it is possible to propose some indicators, in different levels of the empirical reality, that will allow supplying subsidies to a better diagnosis and accompaniment of the health problems of these workers, in view of future interventions.

Descriptors: worker health, nursing, health vigilance, health-illness process, workloads, strain.

MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO

Após quatro anos na Universidade de São Paulo, ingressei na vida profissional em um dos maiores Hospitais de Ensino da América Latina como enfermeira assistencial no setor de Reabilitação Física, pelo desejo de me aperfeiçoar nesta área. Após seis meses de trabalho passei para o cargo de enfermeira encarregada de turno. Desde o início do trabalho como responsável por um turno deparei-me com situações complexas, tanto no processo de trabalho quanto no relacionamento entre os funcionários, ambos refletindo diretamente na qualidade da assistência. Dentre as principais queixas dos trabalhadores de enfermagem estavam as jornadas extensas, a alta demanda de atendimento, a pressão das chefias e os baixos salários. Tendo em vista tais dificuldades, alguns trabalhadores viam-se obrigados a manter outros empregos em turnos distintos e locais diversos, além de se considerarem insatisfeitos com o trabalho atual. A partir desta observação, chamou minha atenção o elevado absenteísmo e os afastamentos dos trabalhadores, que apresentavam vários tipos de doenças, desde hérnias discais, problemas variados de coluna até depressão. Permaneci por dois anos nesta instituição, quando saí e passei a atuar em uma pequena Unidade Básica de Saúde. Ali, apesar das características tão distintas no processo de trabalho, continuei observando os elevados índices de acidentes de trabalho, licenças, doenças e afastamentos dos trabalhadores de enfermagem. O que isso queria dizer? Quais eram os reais motivos que levavam a estes problemas? Seria algo inerente a trabalhar em enfermagem, ou em saúde? E o que fazer para conhecer melhor e tentar mudar esta problemática? Na perspectiva de elucidar, logicamente, não todas, mas algumas destas perguntas, iniciei o mestrado, com o intuito de estudar a saúde do trabalhador de enfermagem, na perspectiva de caminhar rumo à vigilância à saúde desse trabalhador. Essa intuição viabilizou-se ao integrar o grupo de pesquisa “Estudos sobre a saúde do trabalhador de enfermagem” do CNPq e a equipe de pesquisadores do Projeto "Monitoramento da Saúde do Trabalhador de Enfermagem: promovendo a qualidade de vida no trabalho" apoiado pela FAPESP, do qual essa dissertação faz parte.

1. INTRODUÇÃO

Tendo em vista que as questões de trabalho e saúde não são desvinculadas, e que a temática de saúde do trabalhador tem ganho grande destaque na atualidade, este estudo tratará do tema da saúde do trabalhador de enfermagem, diante da necessidade de melhoria da qualidade de vida no trabalho desses indivíduos.

Para esclarecer melhor o assunto, cabe fazer um pequeno resgate de como o trabalho e a atenção à saúde do trabalhador evoluíram através dos tempos.

Ao estudarmos o tema trabalho, percebemos que este compõe a vida do homem (ser humano), desde sua criação, conforme referem os autores Wilpert e Quintanilla (1988) em seu livro sobre o significado do trabalho. Porém seus significados e conceitos foram mudando ao longo dos séculos.

Os autores referem que, no Velho Testamento (Gênesis 3:17-19), o trabalho era considerado uma atividade imposta por Deus para punir o homem do pecado original.

Afirmam que na Grécia Antiga o trabalho físico era desvalorizado, enquanto o trabalho intelectual era considerado nobre.

Nos tempos do feudalismo somente os escravos trabalhavam, e talvez por isso o significado da palavra trabalho venha do latim *“tripalium”*, que quer dizer tortura.

Sintetizam que com Revolução Industrial e a emergência da indústria nos séculos XVIII e XIX surge um novo tipo de trabalho, organizado em níveis e demandando um novo tipo de trabalhador: o proletário.

Desde então surge uma marcante relação que se perpetua e prepondera no trabalho assalariado dos tempos atuais: a de empregador-empregado.

No início do século XX, nos Estados Unidos, surge a Segunda Revolução Industrial, caracterizada por uma nova organização capitalista, onde o capitalismo liberal é substituído por monopólios e onde ocorre o aumento do número de assalariados e da produção em massa. Esta tem por objetivo a racionalização do trabalho e o aumento da produtividade. (Ribeiro, Lacaz, 1984)

Neste contexto surge a Administração Científica do Trabalho, iniciada por Taylor e caracterizada pela execução de tarefas de acordo com tempos e movimentos, previamente estabelecidos e controlados por uma gerência (Ribeiro, Lacaz, 1984).

Nas últimas décadas do século XX emerge a globalização, acompanhada pela transição do modelo taylorista de organização do trabalho para o atual modelo flexibilizado. O taylorismo é caracterizado por organização hierarquizada, com centralização do controle e rígida divisão do trabalho, enquanto o modelo flexibilizado emerge com novas formas de regulação e controle do trabalho, exigindo um trabalhador mais qualificado e polivalente. Esse modelo está acarretando uma profunda reestruturação produtiva. (Martinez; Paraguay, 2003)

Segundo Schmidt (2003), a economia mundial foi marcada pela

construção de uma nova infra-estrutura financeira que viabilizou o novo paradigma econômico e sua globalização, ocasionando oscilações nos fluxos financeiros, comercial e tributário em todo o mundo. Com isso, houve uma expansão do sistema capitalista de produção nas esferas econômica, política, social e cultural. Para tanto, o mercado mundial necessitava criar estratégias para enfrentar as pressões deflacionárias e a competição global.

Dentro desta, óptica, observou-se as conseqüências no contexto organizacional. Na disputa acirrada por monopólios potenciais, as organizações viram-se obrigadas a se reestruturar e investir em novas tecnologias. Por sua vez a modernização tecnológica trouxe para o meio organizacional mudanças bruscas no processo de trabalho e a emergência de novas formas de organização do trabalho que podem ser identificadas através de: ritmo de trabalho intenso, carga horária muito extensa, padronização, robotização das tarefas, rigoroso controle, pressão das chefias, polivalência, despreparo para execução de tarefas através de informações automatizadas, precarização das relações de trabalho, entre outras (Schimdt, 2003).

Com ousadas metas de produtividade, introdução de novas técnicas e esquemas de organização do trabalho pouco utilizados, foi exigida das populações trabalhadoras uma adaptação rápida a um ambiente que se caracterizava por acelerada mudança nos padrões tradicionais. Não houve tempo suficiente para que os trabalhadores fossem conscientizados e educados formalmente, para se ajustarem às novas condições de trabalho. Tais mudanças ocorridas no contexto organizacional têm reflexos sobre os trabalhadores, que terão de suportá-las como carga adicional aos seus

problemas diários (Fisher, 1984).

Todo esse processo resultou em sérias conseqüências para a vida e a saúde dos trabalhadores.

Desta forma, podemos então apreender que a forma como o trabalhador vivencia ou realiza seu trabalho é potencializadora da saúde ou da doença.

Um estudo realizado na União Européia afirma que existe uma correlação direta entre os problemas de saúde do trabalhador e as condições de trabalho (Merllié; Paoli, 2001).

No Brasil, no que se refere às doenças relacionadas ao trabalho, ocorreram nas duas últimas décadas mudanças nos padrões de morbidade. Identifica-se que no Estado de São Paulo, por exemplo, a prevalência das doenças nos anos 60 relacionava-se a dermatoses profissionais, saturnismo e outras intoxicações; na década de 70, as hipoacusias tiveram uma prevalência importante que se exacerbou nos anos 80, a mesma década em que apareceram as lesões por esforços repetitivos (LER), que passam a ser a principal causa de morbidade nos anos 90 e 2000, sendo que nesses últimos anos começa a ganhar importância a prevalência de asma ocupacionais e transtornos mentais relacionados ao trabalho, onde as tendências temporais de incidência destes agravos demonstram a importância que deverão ter nas próximas décadas (Isosaki, 2003).

Também no decorrer dessas décadas, os trabalhadores passaram a participar das questões de saúde do trabalho e a ser vistos como sujeitos nos estudos sobre trabalho e saúde em oposição aos problemas de saúde, sendo considerados pessoas com histórias, passado, experiências e famílias

(Isosaki, 2003).

Portanto, atualmente, a importância que o trabalho assume para o ser humano faz com que todos que se preocupam com a saúde do trabalhador, reflitam sobre as condições em que realizam suas tarefas (Sarquis, 1999).

Gelbcke (1991) afirma que, enquanto força de trabalho, a enfermagem está submetida às mesmas condições de trabalho dos demais componentes da classe trabalhadora, sendo também explorada. Observa-se esta exploração pelo baixo salário, jornadas extensas de trabalho, sobrecarga de trabalho decorrente da insuficiência de pessoal, fadiga, estresse, entre outros.

Neste contexto, também a saúde do trabalhador de enfermagem tem despertado interesse, o que se demonstra em vários estudos que foram realizados buscando uma melhor compreensão da problemática que envolve o processo saúde-doença dos trabalhadores desta categoria.

Felli (2002) refere que as primeiras dissertações sobre o assunto incorporadas ao CEPEn – Centro de Estudos e Pesquisas de Enfermagem datam da década de 70 e 80; outras publicações em revistas e anais de eventos evidenciam-se a partir da década de 80.

Afirma ainda a ocorrência de um maior incremento nos estudos de saúde do trabalhador de enfermagem após a publicação da Portaria Ministerial nº 3.214, que incluiu o enfermeiro na equipe de saúde do Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) (Brasil, 1978).

Para a autora, em sua maioria a abordagem desses estudos foi a positivista. Afirma que, “ao se fundamentarem na concepção hegemônica multicausal, esses estudos registram a simples ocorrência de doenças e

exploram seus riscos ocupacionais, em sua concepção restrita, como agentes existentes no ambiente de trabalho”.

Considera que “não se articulam com a internalidade do processo de trabalho em si, permitindo uma visão parcial e dicotomizada da realidade, pois não buscam os determinantes das morbidades, limitando as intervenções em aspectos pontuais, não buscando e enfrentando a gênese do problema de saúde, subordinado ao processo de trabalho”.

Em síntese, a autora refere que, uma vez que esses estudos são de base quantitativa, permitem relacionar e comparar achados, construir indicadores e apreender seus significados para o conjunto de trabalhadores hospitalares. Mas, pelo mesmo motivo, as propostas decorrentes nem sempre garantem resolutividade, pois não se articulam com outros níveis de determinação. Mesmo assim, este conhecimento tem a potencialidade de respaldar ações trabalhistas para o coletivo dos trabalhadores.

Apesar disso, esses estudos contribuíram para a percepção da variedade e diversidade dos riscos ocupacionais a que os trabalhadores de enfermagem estão expostos.

Segundo Felli (2002), além dos estudos positivistas sobre o tema existem estudos fundamentados em outros referenciais, como a linha compreensiva e a da determinação social. Os estudos fundamentados na determinação social buscam a transformação da realidade em seus diferentes níveis, identificando a exposição do trabalhador às cargas e processos de desgaste.

Laurell e Noriega (1989) definem *cargas de trabalho* como: “a mediação entre trabalho e desgaste biopsíquico do trabalhador”.

Os autores afirmam que é no *processo de trabalho* que os elementos interagem dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador, gerando processos de *adaptação* que se traduzem em *desgaste*. A esses elementos é atribuído o nome de *cargas de trabalho*, que sintetizam tal mediação.

Portanto, para os autores, o *processo de desgaste* permite consignar as transformações negativas originadas pela interação dinâmica das *cargas* nos processos biopsíquicos humanos.

Essas *cargas de trabalho* a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem podem ser agrupadas em: *cargas físicas* (ruídos, temperaturas extremas, radiações e efeitos da eletricidade), *cargas químicas* (gazes, vapores líquidos, medicamentos), *cargas biológicas* (microorganismos patogênicos), *cargas mecânicas* (lesões com perfuro-cortantes, luxações, fraturas), *cargas fisiológicas* (esforço físico, manipulação de peso, turnos de trabalho) e *cargas psíquicas* (fadiga, estresse, tensão) (Silva, 1996).

Com base nesse agrupamento e a título de exemplo, citamos alguns estudos, considerando que os riscos ocupacionais estão contidos nas cargas (Silva, 1996).

Em relação às *cargas físicas* que acometem os trabalhadores de enfermagem, estudo realizado por Santos (2001) demonstrou que a prática da equipe de enfermagem expõe seus trabalhadores à radiação. O setor estudado foi o "Laboratório de hemodinâmica" de um Hospital Público do Rio de Janeiro, onde foram identificados os processos de trabalho em hemodinâmica e a forma de organização do trabalho e também foi realizada investigação ambiental, através da Análise Ergonomia do Trabalho (AET) e dos conhecimentos da engenharia de produção. Como resultado foram

obtidos um mapa de risco do setor, os responsáveis por acidentes, doenças e outros agravos à saúde. Os resultados propiciam ações futuras voltadas para melhorias das condições de trabalho, a preservação da saúde dos trabalhadores e para o incremento da qualidade no atendimento dos pacientes.

Com relação às *cargas químicas*, estudo realizado por Costa (2002) evidenciou que os trabalhadores de enfermagem no hospital estudado estão expostos a cerca de 145 tipos de substâncias químicas, encontrando-se entre as citadas como de maior impacto os sabões, hipoclorito de sódio, PVPI (Polivinilpirrolidona-iodo), formol, os gases anestésicos em geral, látex de luvas etc. Os problemas de saúde relacionados foram os de pele, respiratórios, nervosos, órgãos do sentido, circulatórios, digestivos, imunológicos, neoplasias, reprodutores e urinários. Como propostas para se prevenir, os trabalhadores citaram por ordem de prioridade o uso de EPI (Equipamentos de Proteção Individual), desenvolvimento ou implantação de novos produtos, cuidados na manipulação, medidas de proteção coletivas, administrativas e de recursos humanos e a manipulação na farmácia ou em local adequado. O estudo conclui que as substâncias químicas no ambiente hospitalar são em grande número detectadas pelos trabalhadores de enfermagem, e que mesmo apontando efeitos e propondo soluções há carência de informações claras sobre os riscos da exposição, fato este comprovado pela reduzida notificação de acidentes com substâncias químicas.

Ainda com relação às *cargas químicas*, Lopes (2002) procurou identificar a prevalência de hipersensibilidade do tipo I ao látex nos

trabalhadores das equipes de enfermagem e médica de uma UTI (Unidade de Terapia Intensiva) Neonatal, verificando a associação dos fatores de risco e história de manifestações clínicas. Como resultado viu-se uma prevalência de hipersensibilidade de 8%, sendo que a equipe de enfermagem representou 75% dos casos positivos, enquanto as equipes médica e residente representaram 12,5% cada. O estudo conclui que os trabalhadores com hipersensibilidade devem evitar contato e uso de luvas e outros produtos de látex, devendo os empregadores adotar uma política de proteção para a exposição.

Considerando a exposição às *cargas biológicas*, Balsamo (2002) realizou estudo com objetivo de caracterizar os trabalhadores de enfermagem de um hospital de ensino que sofreram acidentes de trabalho com exposição de líquidos corporais humanos e avaliar o protocolo de atendimento dos acidentados. Os resultados demonstraram que 63% dos acidentados eram mulheres e 76% estavam na faixa etária dos 30-50 anos. O maior CR (coeficiente de risco) foi encontrando entre os atendentes de enfermagem: CR=10. Os perfuro-cortantes foram responsáveis por 87,5% dos acidentes, e 66,67% dos trabalhadores utilizavam EPI. Constatou que 58,34% dos trabalhadores não receberam as orientações necessárias. Como conclusão, o estudo demonstrou a necessidade da revisão das estratégias de prevenção dos acidentes com exposição aos líquidos corporais humanos.

Quanto às *cargas mecânicas*, estudo realizado por Sarquis et al.(2001) teve como objetivo verificar a incidência de acidentes de trabalho com instrumentos perfuro-cortantes entre os trabalhadores de enfermagem

que trabalham em hospitais no município de Curitiba - PR. A população estudada era composta de 300 trabalhadores. O dado de interesse foi o acidente de trabalho com instrumento perfuro-cortante e o conhecimento destes trabalhadores do procedimento para a notificação após a ocorrência do acidente. Os resultados demonstraram que 54% destes trabalhadores já haviam sofrido um ou mais acidentes com instrumento perfuro-cortante em seu ambiente de trabalho, sendo que 81% deles fizeram a correta notificação do acidente. Outro resultado significativo é quanto ao uso de equipamento de proteção individual (EPI), pois apenas 68% dos entrevistados estavam fazendo uso do equipamento de proteção individual no momento do acidente, mesmo existindo todo EPI no ambiente de trabalho. O descuido pessoal foi referido como responsável por 45% destes acidentes. Concluiu-se que o processo de trabalho na enfermagem deve ser repensado visando condições seguras para estes trabalhadores.

Sobre as *cargas fisiológicas* que acometem os trabalhadores de enfermagem, estudo realizado por Góes (2001) em um Hospital Público de São Paulo buscou identificar as posturas adotadas pelos trabalhadores de enfermagem durante a assistência, e verificar as queixas de cervicodorsolombalgia relativas a essas posturas. O resultado demonstrou que as estruturas físicas dos hospitais favorecem a adoção de posturas incorretas e, conseqüentemente, o aparecimento de dor nas costas. Todas as enfermeiras e 94,7% dos auxiliares de enfermagem relataram dores nas costas, principalmente na região dorsal e cervical. O trabalho concluiu que as instituições de trabalho devem realizar programas de treinamento quanto à mecânica corporal e análise ergonômica do ambiente, bem como garantir

condições favoráveis para a execução das atividades, tendo em vista a promoção da saúde do trabalhador.

Ainda na perspectiva das *cargas fisiológicas*, Borges (2002) avaliou os impactos dos turnos fixos noturnos de 12 horas de trabalho, seguidas por 36 horas de descanso, no sono e no bem-estar dos trabalhadores da área da saúde de um Hospital Público de São Paulo submetidos a este tipo de turno. Os resultados relacionados à fadiga mostraram correlações significantes quando a população foi dividida em dois grupos: um com a idade < 40 e outro com 40 anos ou mais. Observou-se que provavelmente há a ocorrência do "efeito do trabalhador sadio", uma vez que a população estudada já apresenta alguma perda da capacidade para o trabalho. O turno noturno de trabalho influenciou na percepção da qualidade do sono dos trabalhadores, particularmente após a noite de trabalho e a duração do turno. Para o trabalho noturno foi observada ainda uma queda significativa na percepção do alerta ao longo das horas de trabalho.

Em relação às *cargas psíquicas*, Argenta (2000) estudou o sofrimento e o prazer gerados no cotidiano do processo de trabalho de enfermagem. Constatou que os trabalhadores têm dificuldade de identificar o objeto sobre o qual atuam e a finalidade do trabalho, o que se traduz em uma dificuldade de compreensão do trabalhador sobre sua profissão. Concluiu que o processo de trabalho em enfermagem é gerador de sofrimento devido às condições de trabalho adversas e a falta de reconhecimento social, mas também pode ser fonte de prazer.

Esses estudos não se esgotam, mas refletem a problemática submersa de saúde que o trabalhador de enfermagem vivencia nas diversas

instituições de saúde no País. Exemplificando que em diversas realidades ocorrem exposições constantes, inerentes a “trabalhar em enfermagem”, que nem sempre são conhecidas. Com essa problemática, os trabalhadores freqüentemente se ausentam do trabalho, por não suportarem as *cargas*, adoecendo ou se acidentando. Esses afastamentos impactam, ainda, na assistência prestada, pois o trabalho já ocorre em ritmo acelerado e a escassez de trabalhadores reforça essa característica (Felli, 2002).

Hoje, no Brasil, os trabalhadores de enfermagem constituem a maior categoria da força de trabalho em saúde (cerca de 35%), somando 2.862.813 cadastrados nos Conselhos Regionais de Enfermagem do País em 2005. Desse total, 396.866 são enfermeiros, 1.607.904 técnicos de enfermagem e 858.043 auxiliares de enfermagem, sendo que a maioria encontra-se trabalhando em hospitais (COFEN, 2006).

Apesar desse elevado contingente, não existem dados estatísticos claros sobre os problemas de saúde que acometem os trabalhadores de enfermagem. O Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho (AEAT) não nos permite avaliar os acidentes ocorridos especificamente com os trabalhadores de enfermagem, pois esses acidentes são classificados segundo Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE). No entanto, considerando-se que a maior parcela dos profissionais de saúde é composta por trabalhadores de enfermagem, é importante ressaltar os dados obtidos. Esses demonstram que, nas atividades de atendimento hospitalar, atividades de atendimento a urgências e emergências, atividades de atenção ambulatorial, atividades complementares de diagnóstico e terapêutica, atividades de outros profissionais da área da saúde e outras

atividades relacionadas à atenção a saúde, há incidência de total de doença de 3,08%, incidência de acidentes de trabalho de 66,1%, incidência de incapacidade de 46,45%, taxa de mortalidade de 9,87% e taxa de letalidade de 7,58% (Brasil, 2004a).

Essas estatísticas, por sua vez, não retratam a realidade, pois se baseiam na necessidade de notificação de agravos já estabelecidos, como é feito, por exemplo, pela CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho). Talvez, por isso, verifiquem-se dados pouco relevantes de incidência de doenças relacionadas ao trabalho, em contrapartida aos altos índices de acidentes de trabalho. Cabe lembrar ainda que tais sistemas necessitam de notificações que partam da iniciativa do próprio trabalhador, que muitas vezes por estar submetido a condições de trabalho desfavoráveis se sente desestimulado e amedrontado para fazê-las.

Assim, se por um lado identificou-se que os trabalhadores de enfermagem estão expostos a diversas *cargas*, que geram *processos de desgastes*, por outro não existem sistemas de informação que proporcionem o monitoramento por meio de indicadores, assim como o conhecimento necessário para intervenção nessa realidade específica.

Vale ressaltar que, visando contribuir para o avanço na normatização de ações em Saúde do Trabalhador, diversos esforços têm sido engendrados para articular e racionalizar a atuação dos Ministérios envolvidos na questão, como o Ministério da Saúde, do Trabalho, da Previdência Social e do Meio Ambiente. As atuações desses Ministérios são complementares, e dessa forma poderiam contribuir com a construção de

um modelo assistencial que tenha como base a atuação no campo da Vigilância à Saúde (Brasil, 2002a).

Neste sentido, buscando garantir a saúde e a segurança dos trabalhadores em geral, o Ministério do Trabalho criou as Normas Regulamentadoras (NR) através da Portaria nº 3214 de 08 de junho de 1978, que vêm sendo continuamente atualizadas. Mas, somente em 2002, a criação da última Norma Regulamentadora – NR-32 – demonstra uma preocupação com os trabalhadores da área de saúde, pois trata da Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, tendo por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores em estabelecimentos de assistência à saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral, e está sendo atualmente implantada nas Instituições de Saúde (Brasil, 2002b).

Para Robazzi e Marziale (2004), esta NR é importante no cenário brasileiro, pois inexistente legislação específica que trate das questões de segurança e saúde no trabalho, no setor da saúde, e as normatizações existentes encontram-se esparsas e reunidas em outras NR e em resoluções que não foram construídas especificamente para tal finalidade. Consideram que mudanças benéficas poderão ser alcançadas por meio da implantação da referida NR, uma vez que procedimentos e medidas protetoras deverão ser realizadas, promovendo segurança no trabalho e prevenção de acidentes e doenças ocupacionais entre os trabalhadores da área da saúde.

Sendo assim, faz-se necessária a criação de mecanismos que proporcionem aos trabalhadores de enfermagem a oportunidade de compreender a problemática em que estão envolvidos, bem como a importância da notificação de todos os agravos ocorridos, não só como forma de divulgar as suas questões de saúde, mas na perspectiva da Vigilância em Saúde, buscando a promoção da saúde do trabalhador.

Tendo em vista contribuir para o avanço de tais aspectos, este estudo tem os seguintes objetivos:

2. OBJETIVO GERAL

Conhecer a problemática de saúde dos trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário, na perspectiva da vigilância à saúde.

2.1 Objetivos Específicos

- 2.1 Identificar o processo de trabalho dos trabalhadores de enfermagem.
- 2.2 Identificar as cargas a que estão expostos estes trabalhadores durante o processo de trabalho.
- 2.3 Apreender os processos de desgaste atribuídos por eles à exposição às cargas.
- 2.4 Reconhecer estratégias de prevenção sugeridas pelos trabalhadores para a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida no trabalho.
- 2.5 Construir alguns indicadores para o monitoramento das condições de trabalho em enfermagem e saúde dos trabalhadores.

3. CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

3.1- Processo de produção em saúde

Assim como outros trabalhadores de diversos setores da economia, os trabalhadores de enfermagem estão inseridos em um processo de produção, o de produção em saúde.

Tomando o trabalho, como determinante das condições de saúde destes trabalhadores, é necessário compreender como o trabalho de enfermagem veio se conformando historicamente.

O trabalho, na concepção de Marx (1982a), é entendido como atividade essencialmente humana e de cunho eminentemente social, ou seja, atividade que, orientada por uma finalidade, realiza o metabolismo entre o homem e a natureza, dando ao homem a potencialidade de conscientemente transformá-la e por ela ser transformado, e assim exercer sua criatividade.

O autor afirma que o homem trabalha de uma forma peculiar entre todas as outras espécies: “uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e a abelha envergonha mais de um arquiteto humano com a construção dos favos perfeitos de sua colméia, mas o que distingue, de antemão, o pior arquiteto da melhor abelha é que ele construiu o favo em sua cabeça, antes de construí-lo em cera”.

O mesmo autor refere que o trabalho é uma necessidade natural eterna, ou seja, um processo entre o homem e a natureza que está

determinado pela forma concreta que se dá à produção, distribuição, intercâmbio e consumo dos meios de vida pelos diferentes grupos humanos. No entanto, embora ambos apareçam em cada caso como momentos determinantes da unidade dialética, a produção é o verdadeiro ponto de partida, e por isso também o momento predominante da relação (Marx, 1982b).

Também analisa que as diferenças sociais só assumiram a forma de classe na sociedade capitalista, onde pertencer a uma classe social passou a ser determinado pela propriedade ou o controle dos meios de produção. Foi através das intensas mudanças no sistema de produção que surgiu o Capitalismo, modo de produção caracterizado pela propriedade econômica das forças produtivas. Demarca a revolução burguesa como um vasto período de transformações sociais, políticas e econômicas. Aponta que a revolução burguesa eliminou todos os privilégios baseados na origem aristocrática ou no parentesco das pessoas.

No contexto Capitalista, o trabalhador não vende o trabalho, mas sim sua força de trabalho.

Marx (1982a) afirma que a força de trabalho é a mercadoria, e o dinheiro exprime a proporção em que esta é trocada por outras mercadorias. Pela troca recebe-se o salário, preço atribuído à força de trabalho. Nesse sistema de produção ocorre a divisão técnica do trabalho, ou seja, o trabalhador não participa da concepção intelectual do trabalho, cabendo-lhe executar o que foi pensado por outros. Recebe em troca o salário, muitas vezes insuficiente para repor o desgaste gerado pelo trabalho. Entretanto, o que deixa de receber é a remuneração do dinheiro investido pelo dono dos

meios de produção, a mais valia. Dessa forma, o Capitalismo divide a sociedade em dois grandes grupos: os donos dos meios de produção – o capitalista – e os que só possuem a força de trabalho – os operários.

Conh e Marsiglia (1993) reforçam que o advento do capitalismo transforma radicalmente a relação do homem com a natureza e dos homens entre si, possibilitando a apropriação privada dos meios de produção apenas por uma parte da sociedade, a exploração do trabalho de segmentos significativos da população, e conseqüentemente, a apropriação por parte dos proprietários dos meios de produção do trabalho excedente realizado pelos trabalhadores.

Assim, a saúde passou a ser vista como uma necessidade social, pois torna-se fundamental para manter os trabalhadores aptos para exercer suas atividades. Além disso, era preciso conter as epidemias e pestes originadas pelo acúmulo de pessoas nos locais de comércio.

Até meados do século XVII, o conhecimento médico era precário e se limitava a observar o doente e o curso natural da doença. A enfermagem apenas realizava cuidados com a “alma” dos doentes (Gomes et al, 1997).

Dessa forma, a nova estrutura econômica repercute diretamente em todos os aspectos da vida social, e a ciência acaba dando um salto qualitativo importante neste processo. É neste contexto que se observa na medicina o nascimento da Epidemiologia, relacionada desde o início com a observação detalhada e o registro sistemático das doenças. No entanto, a epidemiologia apresentou pequeno progresso durante a maior parte do século XVII (Fachinni, 1993).

No final do século XVII, há novo incremento nas questões de saúde (e da Epidemiologia) quando na Alemanha se institui a Polícia Médica, considerada um dos primeiros programas de Saúde Pública. A partir de então, esse enfoque se desenvolve em diferentes países da Europa Ocidental, expressando peculiaridades nacionais e sendo chamado de Medicina Social ou Saúde Pública. Este é o período da Revolução Industrial Inglesa e da Revolução Francesa, e há uma enorme mobilização popular contra a miséria, a fome e as más condições de trabalho (Gelbcke, 1991).

Essa preocupação se dava principalmente no sentido de manter a classe trabalhadora (proletários) apta para o trabalho e de afastar as doenças dos assalariados da burguesia (Fachinni, 1993).

Desta forma, Gonçalves (1994) refere que o trabalho em saúde nas sociedades capitalistas organizou-se em duas vertentes, com saberes e práticas distintos: o modelo clínico e o modelo epidemiológico.

O autor afirma que o modelo clínico fundamentava-se no atendimento individual, a demanda espontânea observando as manifestações orgânicas. O modelo epidemiológico instrumentalizou-se no conhecimento e na análise das probabilidades de ocorrência de doenças na população, de forma coletiva. Estas duas vertentes da medicina elegeram para sua prática locais diferentes, sendo que a medicina clínica rumou para os hospitais.

Os hospitais, até o início do século XIX, eram locais para os excluídos, sujos e dirigidos por pessoas de má reputação. (Ribeiro, 1993)

Gomes et al.(1997) referem que, até então, a enfermagem acontecia de forma independente da medicina, mas a necessidade de tornar o hospital

um local de tratamento de doentes fez com que a enfermagem fosse necessária para os cuidados.

Os autores resgatam que a enfermagem moderna surge na Inglaterra, na segunda metade do século XIX, devido à necessidade da reorganização dos hospitais militares ingleses, conhecidos pela má administração e negligência nos cuidados com os enfermos, que tanto repercutia no prestígio do governo como limitava o contingente de combatentes na guerra.

Afirmam que por isso Florence Nightingale foi chamada durante a guerra da Criméia, pois a dificuldade de cuidados com os soldados nos Hospitais da Turquia imprimiu a necessidade de organizar e dirigir tais hospitais, e neste aspecto a enfermagem atendia satisfatoriamente tais objetivos.

A partir daí deu-se a institucionalização da enfermagem, que antes se restringia a dar conforto ao doente e passou a dar cuidados ao corpo, no sentido de restabelecer o indivíduo. Dessa forma, a enfermagem atendia um projeto político-social da época e garantia sua inserção no processo de trabalho em saúde, uma vez que os hospitais tornavam-se o centro de cura (Gomes et al., 1997).

Com isto, a enfermagem, que era uma prática independente, passou a ser subordinada e subalterna à prática e ao saber médico. (Rocha, 2003)

Verifica-se então a divisão técnica do trabalho, como já citado anteriormente por Marx (1982a), onde cabe ao médico o momento intelectual do trabalho, e à enfermeira a execução da tarefa já pensada.

Em consonância com seu contexto histórico, a enfermagem mantém ainda hoje como principal campo de atuação os hospitais, onde vende sua

força de trabalho em troca de um salário necessário à sua sobrevivência (Ribeiro, 1993).

Gelbcke (1991) afirma que a maior parte dos trabalhadores de enfermagem foi absorvida pela rede hospitalar, pública ou privada. O Hospital passou a ter a função de indústria e como tal utiliza-se da mão de obra como forma de aumentar os lucros. Para valorizar o capital, o hospital também se serve de dois elementos que impulsionam o modo de produção capitalista: a redução dos salários e a intensificação do trabalho. Portanto, a exploração a que estão submetidos os trabalhadores de enfermagem, é um dos determinantes de seus processos de saúde-doença.

3.2 - Processo Saúde-doença

Para Silva (1996), o estudo do processo saúde-doença dos trabalhadores de enfermagem subordinado ao trabalho, implica em investigar a forma particular de como essa força de trabalho é consumida sob determinadas relações de produção. Confere-lhe assim, o caráter histórico e social desse processo e pressupõe uma metodologia de abordagem que consiga apreender essa realidade e ao mesmo tempo possa se aproximar de estratégias de intervenção.

Neste sentido, é necessário apreender esse processo saúde-doença com a fundamentação do materialismo histórico dialético, sobretudo por esse referencial estar orientado para “ações transformadoras da realidade” (Felli, 2002).

Minayo (2000) refere que a partir do materialismo histórico dialético, “a filosofia passa a ser um instrumento teórico necessário para levar à ação; assim, filosofia e ciências estão imbricadas, resultando numa ação transformadora”.

A tese nuclear do materialismo histórico é de que a compreensão última dos processos históricos deve ser buscada na forma pela qual os homens se organizam em sociedade para produzir os bens materiais de que necessitam para sobreviver, ou seja, o modo de produção vigente. Para entender o alcance do significado desta tese, há que se partir da compreensão do significado do trabalho e do seu papel na formação da

sociedade e do homem, enquanto ser social, ou seja, a compreensão do trabalho como base da essência da sociedade humana (Fonseca, 1996).

Para compreender como o processo saúde-doença se articula, enquanto processo social, ao processo de produção é necessário evidenciar o trabalho como determinante da saúde dos trabalhadores.

O entendimento da relação de determinação entre trabalho-saúde reside na compreensão do processo saúde-doença, como processo coletivo e socialmente determinado, conforme a sistematização teórico-metodológica construída por Laurell e Noriega (1989).

Para Laurell e Noriega (1989), o processo saúde-doença, enquanto processo social que se expressa na corporeidade humana e adquire historicidade, é concebido como *nexo biopsíquico* humano. Esse *nexo* se manifesta a partir da atividade humana no trabalho. Quanto à historicidade desse *nexo*, o entendimento se dá baseado no conceito de *adaptação*, concebido como a capacidade do corpo para responder com plasticidade diante de condições específicas do desenvolvimento nos processos corporais que se expressam como eventos biológicos característicos.

Para os autores, ao assumir a necessidade de geração de mais valia nos *processos de valorização capitalista*, o trabalho se desenvolve com base na exploração da força de trabalho e na alienação do trabalhador, podado de exercer sua criatividade. Essa negação constante da capacidade criativa do trabalho explicaria a razão de uma atividade essencialmente humana se tornar destrutiva e não potencializadora das capacidades humanas dos trabalhadores.

Por outro lado, Breilh (1996) afirma que é na reprodução social que os problemas de saúde e a conseqüente qualidade de vida são gerados. Explica que coexistem os processos protetores e destrutivos, tanto nos momentos de vida social como no trabalho. As contradições entre os momentos de vida e trabalho refletem que processos protetores e destrutivos se interrelacionam, acumulando-se nos pólos saúde ou doença.

Portanto, para uma sociedade onde o processo de produção visa o lucro, o pólo destrutivo, e as outras dimensões da reprodução social se acumulam e dominam o conjunto, a transformação pretendida deveria estar centrada, durante todo o processo de trabalho, na maximização dos processos protetores de saúde. (Breilh, 1996)

O caráter técnico e social do trabalho em saúde permite apreendê-lo em seus processos de valorização e de trabalho. Dessa forma, para Laurell e Noriega (1989) o processo de valorização, como processo de geração de mais-valia, é realizado de duas formas; a geração de *mais-valia absoluta* e *mais-valia relativa*. Destacam que a *mais valia absoluta* está relacionada ao aumento da jornada de trabalho ou à redução do salário sem nenhuma mudança nos instrumentos e na organização dos processos de trabalho, enquanto a *mais-valia relativa* é extraída através do aumento da produtividade do trabalho, da mudança tecnológica ou da intensificação do trabalho.

No trabalho de enfermagem, enquanto processo eminentemente técnico, o processo de valorização se expressa, principalmente, pela geração de mais valia relativa, tanto pelo aumento da produtividade quanto pela intensificação do trabalho, impondo ritmos desgastantes. (Felli, 2002)

Laurell e Noriega (1989) distinguem dois tipos de cargas de trabalho: as de materialidade externa e as de materialidade interna ao corpo. As cargas de materialidade externa são aquelas que interagem com o corpo do trabalhador, sofrem mudança de qualidade e adquirem materialidade interna; estas podem ser detectadas e medidas e são agrupadas em *físicas, químicas, biológicas e mecânicas*. As cargas de materialidade interna expressam transformações nos processos internos do corpo e são agrupadas em *fisiológicas e psíquicas*.

Silva (1996) refere que às cargas de materialidade externa a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem podem ser agrupadas em: cargas físicas, químicas, biológicas e mecânicas. Refere ainda que as cargas de materialidade interna a que estão sujeitos os trabalhadores podem ser caracterizadas em fisiológicas e psíquicas. E conclui que a exposição dos trabalhadores de enfermagem a tais *cargas* de trabalho determinam *processos de desgaste* particulares desses trabalhadores.

Segundo os autores, o processo de valorização capitalista só acontece no momento concreto de produção, ou seja, no *processo de trabalho*.

Para Marx (1982a), a utilização da força de trabalho é o próprio trabalho. No *processo de trabalho*, a atividade do homem efetua, através do trabalho, uma transformação no objeto de trabalho, pretendida desde o início, e o processo se extingue no produto.

Assim, no que se refere ao *processo de trabalho* em saúde, fundamentado na concepção marxista do trabalho, este pode ser concebido “como uma atividade em que o trabalhador orientado por uma finalidade,

transforma um determinado objeto de trabalho em um produto final, utilizando meios e instrumentos, sob uma determinada organização e divisão do trabalho”. (Silva, 1996)

Portanto, o que permite compreender a relação entre um trabalho particular e saúde é a decomposição do *processo de trabalho* em seus elementos básicos, ou seja, o objeto, os meios e instrumentos e a organização e divisão do trabalho. (Silva, 1996)

Assim, segundo Laurell e Noriega (1989), o estudo da relação de determinação trabalho-saúde no pólo trabalho reside na captação dos processos de *valorização* e de *trabalho*, enquanto no pólo saúde estão centradas as *cargas* de trabalho, geradoras de *desgaste* e do *perfil patológico* desse grupo como expressão do desgaste.

Os autores afirmam ainda que é no *processo de trabalho* que os processos de *adaptação* às *cargas de trabalho* se traduzem em *desgaste*. Portanto, para os autores o *processo de desgaste* permite consignar as transformações negativas, originadas pela interação dinâmica das *cargas*, nos processos biopsíquicos humanos.

Acrescentam que a noção de desgaste não se refere a processos irreversíveis, já que geralmente é possível recuperar as perdas de capacidade efetiva e/ou desenvolver capacidades hipertrofiadas.

Assim, as formas concretas de consumo da força de trabalho no processo de trabalho se expressam em padrões de desgaste específicos, demonstrando características da coletividade e não do indivíduo e definidas como *perfil patológico* do grupo específico. (Silva, 1996)

Laurell e Noriega (1989) alertam que a complexidade dos processos de desgaste faz com que haja dificuldade para mostrá-lo diretamente, sobretudo porque em sua maior parte ele é inespecífico e de difícil mensuração. Ou seja, não é possível captá-lo, senão por algumas de suas dimensões ou por uma série de indicadores.

Para os autores, os indicadores mais freqüentemente utilizados se referem a sinais e sintomas inespecíficos, perfil patológico, os anos de vida útil perdidos, o envelhecimento acelerado e a morte prematura, e também devem ser apresentados em relação a um referencial social. Outra maneira, porém pouco explorada, de se captar o desgaste é através dos processos que constituem suas várias dimensões. Nesse sentido seria interessante o estabelecimento de *indicadores de processo* que permitissem captar a presença de elementos do processo de desgaste sem ter de referi-los a um dano consumado ou demonstrável.

Finalmente, reforçam que os *processos de desgaste* caracterizam as coletividades humanas e não primariamente os indivíduos; ou seja, embora seja certo que o padrão de desgaste se expressa através de indivíduos que integram a coletividade, não é senão nela que ele adquire pleno significado e visibilidade.

Nessa perspectiva, os autores afirmam, que o conhecimento do trabalhador a respeito do seu trabalho e do impacto dele sobre sua saúde é um instrumento muito rico e oferece uma compreensão da problemática, em grande medida resgatável unicamente pela ótica operária. Para tal apreensão, os autores demonstram como utilizaram, em seu estudo sobre o

desgaste do trabalhador, um instrumento básico de investigação proposto pelo Modelo Operário Italiano na década de 70 denominado *enquête coletiva*.

Para Rigotto (1994), na *enquête coletiva* os trabalhadores são reconhecidos como sujeitos através da valorização de sua experiência cotidiana do trabalho e das considerações acerca do seu saber e representação quanto ao seu ambiente de trabalho e à sua saúde.

Afirma que a *enquête coletiva*, ao reunir o grupo de trabalhadores e reconstituir o processo de trabalho, sua condição de saúde, esta cumpre múltiplas funções, tais como a coletivização das informações e a troca de experiências entre os trabalhadores na construção de um saber hegemônico, tendo um caráter pedagógico desalienante e transformador.

A aplicação da *enquête coletiva* presume que o trabalhador que participa de um grupo onde ela é aplicada valide as informações que serão registradas com seus colegas de trabalho. Assim, a *enquête coletiva*, ao mesmo tempo que recupera a historicidade do processo saúde-doença vivenciado por um grupo específico de trabalhadores, também promove a conscientização dos trabalhadores em relação aos problemas de saúde no trabalho, potencializando assim a transformação dessa realidade específica.

3.3 - A Vigilância à Saúde

Tendo em vista a necessidade não só de (re)conhecer a problemática de saúde dos trabalhadores de enfermagem, mas de permitir a geração, divulgação e socialização de informações de saúde, tanto para profissionais, quanto para instituições empregadoras, e caminhando na perspectiva da Vigilância à Saúde, pautada de forma a contribuir para a promoção da saúde do trabalhador de enfermagem, faz-se necessário conhecer a construção do conceito de Vigilância.

Assim, recorremos à abordagem referida por Waldman (1998a, 1998b) para fazer um resgate histórico do conceito.

Segundo o autor, o conceito de Vigilância surge na segunda metade do século XIX, na Saúde Pública, que até então dispunha de poucos instrumentos para o controle das doenças, sendo os principais o *isolamento* e a *quarentena*. Estes conceitos surgem no final da Idade Média e se consolidam nos séculos XVII e XVIII, com o início do comércio e a proliferação dos centros urbanos.

Entretanto, o *isolamento e quarentena* implicavam na separação dos indivíduos doentes de seus contatos, visando defender as pessoas sadias. Mas medidas de caráter restritivo criavam sérias dificuldades de intercâmbio entre os países. Essas dificuldades aumentaram no final do século XIX com o crescimento acentuado das atividades comerciais efetuadas através dos portos, aumentando o risco de epidemias.

Nessa mesma época, devido ao desenvolvimento da microbiologia e das ciências afins, criavam-se estímulos para as investigações no campo

das doenças infecciosas, que resultaram no aparecimento de novas e mais eficazes formas de controle. Surge, então, em saúde pública, o conceito de *vigilância*, definido pela específica, mas limitada, função de observar contatos de pacientes atingidos por moléstias graves, como a cólera, a varíola e a peste. Seu propósito era detectar os primeiros sintomas para a rápida instituição do isolamento.

Neste contexto, a vigilância deve ser entendida como a “observação dos comunicantes durante o período máximo de incubação da doença, a partir da data do último contato com um caso clínico ou portador, ou data em que o comunicante abandonou o local em que se encontrava o foco primário da infecção”.

Em síntese, Waldman (1998a) afirma que “esse conceito envolvia a manutenção do alerta responsável e da observação para que fossem tomadas as medidas indicadas no momento oportuno”.

A partir da década de 50 introduz-se um novo conceito de vigilância aplicada à saúde pública, desta vez no sentido do acompanhamento sistemático de eventos adversos à saúde da comunidade, com o propósito de aprimorar as medidas de controle. A metodologia utilizada nesta nova forma consiste na coleta sistemática de dados relevantes relativos a específicos eventos adversos à saúde e sua contínua avaliação e disseminação a todos que necessitam conhecê-los

A vigilância era uma observação da distribuição das tendências da incidência das doenças mediante coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes, e a disseminação regular dessas informações a todos que

necessitam conhecê-la, segundo um renomado autor chamado Alexandre Lagmuir. Este autor foi cuidadoso ao distinguir a vigilância da responsabilidade das ações diretas de controle e da epidemiologia no sentido amplo de método/ciência, embora reconhecesse a importância da interface entre as três atividades.

A vigilância ganhou o qualificativo de *epidemiológica* em 1964, num artigo publicado por Karel Raska, e essa designação foi internacionalmente consagrada com a criação em 1965 da Unidade de Vigilância Epidemiológica da Divisão de Doenças Transmissíveis da Organização Mundial da Saúde.

A partir daí a vigilância tornou-se um instrumento universalmente utilizado, porém existe a necessidade de um aprimoramento constante, pois as respostas tornam-se cada vez mais complexas. Os sistemas de vigilância caracterizam-se por ter obrigatoriamente três componentes: a coleta de informação, a análise dos dados e a disseminação das informações adequadamente analisadas.

Desde 1988 vem sendo discutida a pertinência do uso do termo epidemiológica como qualificativo da vigilância, uma vez que a epidemiologia é uma disciplina abrangente. Em função disso, desde 1989 o termo *vigilância epidemiológica* foi substituído pela denominação *vigilância em saúde pública*, que se consagrou internacionalmente, sendo utilizada em todas as publicações sobre o assunto desde 1990, inclusive em documentos recentes da Organização Panamericana de Saúde. Essa nova denominação não implicou em mudança de abordagem.

Entre os principais objetivos da vigilância vale ressaltar: identificação das tendências, grupos e fatores de risco, com vistas a elaboração de estratégias de controle de específicos eventos adversos à saúde; descrição do padrão de ocorrência das doenças e relevância em saúde pública; documentação da disseminação de doenças; estimação da magnitude da morbidade e mortalidade causadas por certos agravos; recomendação das medidas necessárias para prevenir e controlar a ocorrência de agravos específicos; avaliação do impacto das medidas de intervenção; avaliação da adequação de estratégias de medidas de intervenção, não só nos aspectos técnicos, mas também naqueles específicos referente à operacionalização das intervenções.

Como fontes de dados, os sistemas de vigilância utilizam mais freqüentemente os sistemas compulsórios de notificação das doenças, sistemas articulados de laboratórios, dados hospitalares, dados sentinelas e unidades de assistência primária a saúde.

Os sistemas de vigilância podem ser passivos (caracterizando como fonte de informação a notificação espontânea) ou ativos (caracterizados pelo estabelecimento de um contato direto, em intervalos regulares, da equipe de vigilância com as fontes de informação). Na prática, é comum o uso de sistemas mistos entre os dois modelos.

Nesta perspectiva, finalmente o autor refere que a vigilância deve ser entendida como um pré-requisito para elaboração de programas de saúde e um instrumento para avaliação do impacto da sua implementação. Deve ser útil também para a identificação dos fatores de riscos e das populações

vulneráveis à exposição ao risco, de forma a tornar mais efetivas as medidas de controle.

Quanto ao conceito de Vigilância à Saúde, outros autores, como Bertolozzi e Fracoli (2004), referem que esse “emerge de uma ampliação do conceito de vigilância epidemiológica associada às ações de vigilância sanitária, sendo definida como um conjunto de ações voltadas para o conhecimento, a previsão, a prevenção e o enfrentamento continuado de problemas de saúde selecionados e relativos a fatores e condições de risco atuais e potenciais, e aos acidentes e incapacidades, incluindo zoonoses e outros agravos à saúde de uma população num território determinado”.

As autoras afirmam também que “essa concepção amplia o marco da história natural de doenças, ao colocar em tela a dimensão relativa ao território, mas não incorpora as determinações que orientam a formação de grupos sociais distintos e que diferenciam o perfil de saúde-doença”.

Machado (1997) refere que o conceito de Vigilância à Saúde apresenta distintas formulações e entendimentos, pode ser visto de forma restrita como monitoramento de doenças resultante da conjugação do atendimento clínico e do acompanhamento de populações expostas, através de indicadores biológicos de exposição e efeitos subclínicos, num conceito que se refere exclusivamente à vigilância médica. Por outro lado, pode estar associado a ações sistemáticas de coleta, análise e disseminação de dados, relacionado às recomendações de articulações com serviços e programas de saúde, pesquisas epidemiológicas enunciadas pelo conceito de vigilância em saúde pública.

Moken e Barcellos (2005) afirmam que a Vigilância à Saúde pode ser compreendida de três formas: como análise e monitoramento de situações de saúde; como integração institucional entre atividades de vigilância epidemiológica e sanitária; e como elemento que pressupõe a organização tecnológica do trabalho de redefinição de práticas sanitárias.

Bertolozzi e Fracolli (2004) referem que, na vertente da redefinição das práticas sanitárias, existem duas dimensões: a que enfatiza a técnica, resultando em um conceito de Vigilância à Saúde como um modelo assistencial alternativo que combina tecnologias distintas destinadas a controlar determinantes, riscos e danos; e outra que enfatiza a gerência, caracterizando a Vigilância à Saúde como uma prática voltada para a organização de processos de trabalho em saúde sob a forma de operações para enfrentar problemas num território delimitado.

Segundo Mendes (1994), a Vigilância à Saúde situa ações de saúde no âmbito de um dado território, o distrito sanitário, propondo uma mudança de referência em relação ao modelo assistencial tradicionalmente adotado; a nova perspectiva inclui promoção à saúde, atuação em determinantes sanitários, coleta, análise e disseminação de informações sanitárias e atenção clínica.

Para o Ministério da Saúde no processo de construção das práticas de Vigilância à Saúde, devem ser considerados aspectos demográficos, culturais, políticos, socioeconômicos, epidemiológicos e sanitários, visando a priorização de problemas de grupos populacionais inseridos em determinada realidade territorial. As ações devem girar em torno do eixo *informação – decisão – ação*. (Brasil, 2002)

Nesse sentido, a Vigilância à Saúde vem se constituindo como estratégia de ação também na área de Saúde do Trabalhador.

As ações em Vigilância à Saúde do trabalhador no Brasil surgem na década de 1980 no bojo da reforma sanitária, no interior do sistema de saúde, com forte cunho sindical e acadêmico, principalmente em São Paulo. (Machado, 1997)

Ao longo das décadas, estas ações caminharam no sentido de contribuir para a identificação da problemática de saúde do trabalhador e da construção de estratégias de intervenção.

Nesta perspectiva, a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador - NOST vem complementar a NOB-SUS N^o 01/96 e tem por objetivo “orientar e instrumentalizar a realização das Ações de Saúde do Trabalhador urbano e rural, considerando as diferenças de gênero, pelos Municípios, Distrito Federal e Estados, que devem se nortear pelos seguintes pressupostos básicos: universalidade e equidade, integralidade das ações, direito à informação sobre a saúde, participação e controle social, regionalização e hierarquização das Ações de Saúde do Trabalhador, utilização do critério epidemiológico e de avaliação de riscos no planejamento e na avaliação das ações e configuração da Saúde do Trabalhador como um conjunto de ações de vigilância e assistência, visando à promoção, à proteção, à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos advindos do processo de trabalho”. (Brasil, 1998a)

Quanto às ações de Vigilância, estas se consolidaram através da Portaria Ministerial n^o 3.120, de 1^o de julho de 1998, que traz as diretrizes das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. (Brasil, 1998b)

A Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS conceitua vigilância como “um conjunto de práticas sanitárias, articuladas supra-setorialmente, cuja especificidade centra-se na relação da saúde com o meio ambiente e os processos de trabalho, que engloba estratégias de produção do conhecimento e de mecanismos de intervenção sobre os processos de produção, que implicam necessariamente a superação das praticas atuais em direção à transformação do modelo assistencial”. (Brasil, 1998b)

Essa instituição propõe uma leitura do SUS à luz da incorporação do conjunto de trabalhadores nas práticas assistenciais, da ausculta do saber operário à produção de conhecimento e a práticas transformadoras, traduzindo a universalidade, a integralidade das ações, a hierarquização, a descentralização, a plurinstitucionalidade e o controle social, trazendo a exigência do planejamento segundo prioridades locais e avaliação sistemática de ações, de seus impactos e resultados. (Brasil, 1998b)

Para tanto, tal sistema propõe o conhecimento a partir do processo de trabalho e de sua forma de organização, identificando riscos e cargas, centrado no saber operário. Utiliza inquéritos; questionários; dados sobre morbidades referidas, vivência de acidente e quase acidente; mapas de risco e árvore de causa; eventos sentinela e o conhecimento gerado em pesquisa. Propõe também a intervenção em fatores determinantes dos agravos; a avaliação do impacto das medidas adotadas; o aprimoramento contínuo da qualidade de vida no trabalho; o estabelecimento de sistemas de informação em saúde do trabalhador; e considera a criação de bases de dados de

divulgação sistemáticas das informações analisadas e consolidadas. (Brasil, 1998b)

Também na perspectiva de contribuir para a saúde do trabalhador, a Portaria nº 1679/GM, de 19 de setembro de 2002, dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS – RENAST, que deverá ser instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, e ser desenvolvida de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (Brasil, 2002c).

Nesse sentido, a vigilância em saúde parece se conformar como instrumento ideal para acompanhar a problemática de saúde do trabalhador de enfermagem, a fim de evidenciar, cada vez com mais clareza, os riscos a que estão expostos estes trabalhadores, as estratégias de intervenção, o monitoramento das ações e o impacto na promoção da saúde e na melhoria da qualidade de vida no trabalho.

4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, de recorte quanti-qualitativo, fundamentado na determinação social. Foi desenvolvido ancorado nas seguintes categorias: processo de trabalho de enfermagem (interação com o objeto, meios/instrumentos e formas de organização do trabalho), processo saúde-doença (cargas de trabalho, desgaste) e estratégias de prevenção e melhoria da qualidade de vida no trabalho.

4.2 Cenário

O projeto maior do qual faz parte este estudo vem se desenvolvendo em hospitais universitários eleitos nas diferentes regiões do País. Esses hospitais, segundos dados do MEC, somam 45. Assim, após caracterização das instituições foram eleitos dois hospitais por região, segundo critérios de representatividade.

Em particular, este estudo desenvolveu-se em um Hospital Universitário que se localiza no Estado de Minas Gerais, que identificaremos na pesquisa como ***Hospital Universitário A (HUA)***.

O município onde está situado o HUA localiza-se no sul do Estado de Minas Gerais, e sua população é de cerca de 75.000 habitantes, distribuída em aproximadamente 800 km². (IBGE, 2001)

O HUA é instituição filantrópica, dedicada à assistência, ao ensino e à pesquisa. Tem como entidade mantenedora uma Faculdade de Ciências

Médicas do município. Foi inaugurado oficialmente em 12 de dezembro de 1992.

O HUA tem como meta e missão a assistência, o ensino e a pesquisa. Sua principal missão é cuidar da saúde, promovendo o bem-estar, e servir de base na formação de jovens acadêmicos, ensinando-lhes o conhecimento científico, a prática do bem e do amor ao próximo, e a desenvolver ações científicas que gerem conhecimento e benefícios para a humanidade.

No HUA estudam, praticando, acadêmicos do período profissionalizante dos Cursos de Medicina, Fisioterapia, Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Fonoaudiologia e Farmácia, e médicos residentes em período de especialização. Eles aprendem na prática a importância do cuidar, do atender e do servir e comprovam as sábias palavras de Hipócrates, "sedare dolorem divinum est".

O Hospital oferece cursos de Especialização Latu-Sensu em Residência Médica nas áreas de Anestesiologia, Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina Geral e Comunitária, Neurocirurgia, Ortopedia e Traumatologia, Pediatria e Puericultura, Radiologia e Nefrologia.

O Hospital Central possui 150 leitos operacionais, distribuídos em 07 unidades assistenciais: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Maternidade, Ginecologia e Obstetrícia, UTI Adulto, Unidade de Convênios e Particulares, UTI-Neo Natal e Centro de Transplantes de Rim e de Córnea, além dos Prontos-Socorros – Adulto e Pediátrico, cinco Ambulatórios e um Centro de Reabilitação.

Oferece serviços de Ergometria, Mamografia, Medicina Nuclear, Audiometria/impedanciometria, Radiologia, Ressonância magnética, Colonoscopia, Tomografia computadorizada, Densitometria óssea, Ultrassonografia, Ecocardiografia, Videolaparoscopia, Eletrocardiografia, Mapeamento Cerebral, Eletrocardiografia dinâmica, Eletroencefalografia e Endoscopia digestiva

Todo o complexo realiza, em média, 35.000 procedimentos/mês, para pacientes oriundos de mais de 100 municípios de Minas Gerais, sendo que 90% dos atendimentos são realizados pelo SUS.

É um Hospital Geral, referência regional em Gestante de Alto Risco, Urgência e Emergência, Politraumatismo, Neurocirurgia, Cirurgias Buco-Maxilo-Faciais, Deformidades Crânio-faciais, Lesões Láblio-Palatais, UTI tipo 02, Hepatites B e C.

O HUA é centro credenciado para captação de órgãos e para realizar transplantes de Rim e Córnea. O Hospital possui UTI tipo 02, UTI Neo-Natal e UTI Móvel. Possui clínicas especializadas em Fisioterapia, Fonoaudiologia, Oftalmologia - Instituto de Olhos, Centro de Reabilitação Motora em Biofeedback, Centro de Terapia Renal Substitutiva, Centro de Verificação de Óbito e Cinco Ambulatórios localizados em bairros da cidade, além do CEP - Centro de Estudos e Pesquisas.

Quanto aos trabalhadores, o HUA conta com médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, além dos profissionais administrativos, perfazendo um total de 800 funcionários.

O corpo de trabalhadores de enfermagem é composto por 35 enfermeiros, 25 técnicos de enfermagem e 142 auxiliares de enfermagem.

Estes trabalhadores são divididos nas unidades assistenciais e referem cumprir uma carga horária de 42 horas semanais, distribuídas em turnos diários de 06 horas durante a semana e plantões de 12 horas em um dos dias dos finais de semana. Os profissionais do turno noturno cumprem uma carga horária de 12x36 horas. Cada unidade possui uma enfermeira supervisora e todas as unidades assistenciais estão subordinadas à Coordenação de Enfermagem.

4.3 População

A população deste estudo foi composta por trabalhadores de enfermagem – enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem – totalizando 202 trabalhadores da instituição escolhida.

A coleta de dados foi realizada com a constituição de um grupo de oito trabalhadores de enfermagem, que voluntariamente se propuseram participar do estudo, sendo: quatro técnicos de enfermagem, três auxiliares de enfermagem e uma enfermeira. Estes representavam cinco das sete unidades de atendimento do HUA. Somente um auxiliar de enfermagem era do sexo masculino, sendo todos os demais trabalhadores do sexo feminino.

4.4 Captação dos dados

Este estudo, no conjunto do projeto “Monitoramento da Saúde do

Trabalhador de Enfermagem: promovendo a qualidade de vida no trabalho", foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (anexo I).

Após a autorização do estudo pelo HUA, foi realizada a coleta de dados. Inicialmente, foi preenchido o formulário 01 (anexo II) para a caracterização da força de trabalho e da instituição do estudo. Os dados foram obtidos através do preenchimento pela Coordenação de Enfermagem do HUA, e dizem respeito à constituição da força de trabalho (sexo, idade, categoria, função exercida, tempo de trabalho) e à instituição (natureza/objetivos, n° de leitos, n° de atendimentos, n° total de trabalhadores e de pessoal de enfermagem, atividades desenvolvidas, estrutura administrativa, jornada de trabalho e outros).

Posteriormente, os demais dados foram coletados através da técnica de grupo focal, com grupos de trabalhadores que voluntariamente quiseram participar da pesquisa. Nestes grupos de trabalho colocou-se em discussão a temática do estudo, buscando-se captar o processo de trabalho, as cargas e os desgastes vivenciados no trabalho e que processos saúde-doença eles determinam, bem como as estratégias de prevenção, direcionados por questões norteadoras (anexo III).

Com o intuito de registrar e resgatar a historicidade dos grupos específicos em relação aos temas, foi aplicado um instrumento para a captação dos dados – a *enquête coletiva* (anexo IV) é específica para a população do estudo de todos os cenários do projeto: "Monitoramento da Saúde do Trabalhador de Enfermagem: promovendo a qualidade de vida no trabalho". (Felli,2004)

Nesta etapa foi também preenchida a lista de presença com a caracterização dos participantes do grupo (anexo V) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) específico do projeto (anexo VI).

Os dados sobre acidentes de trabalho foram obtidos através de informações fornecidas pelo Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT do HUA, porém não nos foi dado acesso aos registros, pois são considerados sigilosos e estão sendo estudados por Comissões Internas do Hospital.

Todos os encontros com o grupo foram marcados com antecedência e realizados pela própria pesquisadora.

4.5 Procedimentos para a coleta de dados

Inicialmente foi realizado contato telefônico com a Coordenadora de Enfermagem do HUA para obter informações sobre formas de solicitação do campo para estudo. Esta informou que a solicitação de autorização, juntamente com o projeto de pesquisa e aprovação do comitê de ética, deveria ser encaminhada para o Departamento de Pesquisa da Universidade a qual o Hospital pertence.

Após autorização do referido Departamento foi realizada uma reunião com a Coordenadora de Enfermagem do Hospital, quando foram esclarecidos os objetivos do estudo, garantido o sigilo dos funcionários e solicitada autorização para coleta e utilização dos dados. A Coordenadora foi informada de que os participantes deveriam ser voluntários, mas que seria interessante a participação de trabalhadores de enfermagem de todas

as categorias, turnos diferentes e unidades de atendimento distintas. A própria Coordenadora se encarregou de fazer os convites aos funcionários nos setores.

Os trabalhadores foram liberados para participar dos grupos focais durante a jornada de trabalho, e esses encontros duraram cerca de duas horas.

Todos os encontros ocorreram dentro do próprio HUA, em uma sala de aula cedida pela Universidade, no período de 03/04/2006 a 07/04/2006.

Foram realizados cinco encontros, durante uma semana, para possibilitar a compreensão do processo de trabalho e apreensão das cargas e dos processos de desgastes vivenciados no trabalho, bem como estratégias de prevenção e melhoria da qualidade de vida no trabalho.

No primeiro encontro foram apresentados os objetivos do estudo, preenchidos e assinados os TCLE, e solicitada autorização para a filmagem, que teve por objetivo auxiliar na apreensão da dinâmica grupal, uma vez que a pesquisadora não contou com observador.

Posteriormente foi realizada uma dinâmica de apresentação e integração entre os participantes do grupo e, por último, começamos a recompor o processo de trabalho em enfermagem através das questões norteadoras: Como é desenvolvido o trabalho? O que faz, como faz, por que faz? Como o trabalho é organizado? Após a discussão foi entregue a enquête coletiva para a primeira aproximação e preenchimento da primeira página para validação das informações.

No segundo encontro foram esclarecidos os conceitos teóricos de cargas e desgastes e foi dada continuidade ao preenchimento da enquête coletiva, buscando-se identificar a exposição a cargas típicas do cotidiano do trabalho.

O terceiro encontro teve continuidade na discussão das cargas.

No quarto e quinto encontros foram discutidos os desgastes e as estratégias de prevenção e melhoria da qualidade de vida no trabalho, finalizando o preenchimento da enquête.

5. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados relativos à caracterização dos participantes do grupo e da instituição foram tratados quantitativamente e sistematizados de acordo com as frequências relativas e absolutas, buscando conhecer a força de trabalho da enfermagem e a instituição campo de estudo.

Os dados obtidos com os encontros dos grupos focais foram analisados qualitativamente, segundo categorias empíricas apreendidas e buscando recompor os determinantes dos processos saúde-doença vivenciados pelos trabalhadores.

Esses dados foram validados e complementados com as filmagens, com o registro nas enquêtes coletivas e com alguns dados obtidos sobre acidentes de trabalho no HUA.

Para melhor compreensão dos dados obtidos nas respostas das enquêtes coletivas, foram construídas uma planilha e quadros com Programa Excel®.

Nessa planilha as respostas de cada enquête dos trabalhadores de enfermagem foram transcritas na íntegra. Posteriormente, as filmagens foram vistas e revistas e os dados também apreendidos complementaram os dados das enquêtes. Estes foram então sistematizados em quadros para permitir a análise do processo de trabalho enfermagem do HUA, bem como das cargas, desgastes e estratégias de prevenção.

6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

6.1. Perfil da População do estudo

A caracterização dos oito trabalhadores de enfermagem que se propuseram a participar voluntariamente do estudo será analisada quanto à categoria profissional, idade, local de trabalho e tempo de atuação.

Quanto à categoria profissional, quatro trabalhadores eram técnicos de enfermagem, três auxiliares de enfermagem e um enfermeiro. Destes, somente um auxiliar de enfermagem era do sexo masculino, sendo todas as demais trabalhadoras de enfermagem do sexo feminino.

Este grupo é representativo de todos os trabalhadores que o COFEN regulamenta para exercer o trabalho em enfermagem. (COFEN, 2006)

A idade dos participantes variou entre 22 e 40 anos, sendo a média de idade 31 anos.

Carvalho (2006), em seu estudo sobre o trabalho de enfermagem psiquiátrica e o problema de saúde dos trabalhadores, encontrou uma variação de idade de 23 a 54 anos, o que confirma que a idade dos trabalhadores de enfermagem ativos é relativamente coincidente.

Com relação ao local de trabalho, um auxiliar de enfermagem atuava na Clínica Cirúrgica, uma auxiliar de enfermagem na Central de Material e Esterilização (CME) e a outra auxiliar de enfermagem na Pediatria. As técnicas de enfermagem atuavam respectivamente na Clínica Médica, no Setor de RX, no Pronto-Socorro e no Bloco de Internação

Particular/Convênios, e a Enfermeira era responsável pela Pediatria. Mesmo não tendo representantes de duas unidades, os trabalhadores trouxeram dados, pois os mesmos as conhecem devido aos rodízios de setor.

O tempo de atuação no HUA variou de 08 meses a 09 anos, porém este tempo não corresponde ao tempo de atuação na área atual, pois os trabalhadores são rodiziados com frequência nas unidades de assistência.

A maioria dos participantes tem em média 02 anos e meio de trabalho, o que permitiu a recuperação dos processos de trabalho pelo tempo vivenciado no HUA.

6.2. O Processo de trabalho de enfermagem no HUA

A análise dos dados fundamentou-se na concepção da determinação social revisada por Silva (1996), apreendendo o processo de trabalho de enfermagem conformado por objeto, meios e instrumentos, e o trabalho propriamente dito, nas suas formas de organização e divisão.

Nesta perspectiva, visando reconstruir e compreender o processo de trabalho em que estão envolvidos os trabalhadores de enfermagem do HUA, foram propostas as questões no grupo focal. Estas foram: *Atividades desenvolvidas, Materiais e equipamentos utilizados e Organização do trabalho (subordinação/hierarquia, relações de trabalho e interpessoais; turnos, rodízios, pausas/descansos; divisão do trabalho por categoria, atividade, tempo e área; remuneração)*, e durante a discussão esta reflexão foi norteadas pelas seguintes perguntas: *Como o trabalho é desenvolvido? O que faz, como faz, por que faz? Como o trabalho é organizado?*

Tendo em vista uma melhor compreensão da visão dos trabalhadores sobre o seu processo de trabalho, as respostas às três questões foram agrupadas e organizadas no Quadro I, que se segue:

Quadro I: Percepção dos trabalhadores sobre o processo de trabalho de enfermagem. Hospital Universitário A. Minas Gerais, 2006.

Atividades desenvolvidas (O que faz?)	Materiais e Equipamentos utilizados (Com quê faz?)	Organização do Trabalho (Como faz?)
RELACIONADAS AO CUIDADO DIRETO PACIENTE/CLIENTE <ul style="list-style-type: none"> ❖ Banho e Higiene em geral ❖ Punções ❖ Aspiração ❖ Curativos ❖ Sondagens ❖ Administração de medicamentos ❖ Monitoramento de sinais vitais 	<ul style="list-style-type: none"> • Bacias Comadres/Papagaios, Espátulas • Gelcos (abocath), Scalps • Luva estéril/procedimento • Bolas de algodão /gazes • Vidro de aspiração/estéril e Cateteres • Gazes, Algodão, Luvas, SF 0,9% • Sondas/Coletores/Luvas • Seringas/Agulhas,Equipos,Bomba infusão • Oxímetros, Monitores cardíacos • Aparelhos de PA, Termômetros 	<ul style="list-style-type: none"> • Para a organização do trabalho desempenhado existe uma supervisora do setor, que divide os clientes/pacientes por funcionário (auxiliar ou técnico), sendo que cada semana é realizado rodízio, propiciando a todos realizar as mesmas tarefas.
RELACIONADAS AO GERENCIAMENTO DO CUIDADO <ul style="list-style-type: none"> ❖ Elaboração de escala mensal e escala de serviço ❖ Revisão do caminho da emergência ❖ Auxílio no planejamento da assistência aos pacientes e no cuidado 	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisão • Escalas • Rodízios • Distribuição das tarefas • Planejamento do cuidado 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordenação Enfermagem, Enfermeira supervisora, Auxiliar de enfermagem e Técnico de enfermagem. • Turnos: manhã (6hs), tarde (6hs), noite (12x36hs), plantões de 12 horas nos finais de semana. Pausas de 15 minutos para o café nas 6 horas. Plantão de 12 horas com 1 hora de almoço • Rodízio por paciente
RELACIONADAS A SUBSIDIOS PARA O CUIDADO <ul style="list-style-type: none"> ❖ Recepção de material contaminado: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Lavagem, Desinfecção ➢ Secagem, Empacotamento ❖ Esterilização, Guarda e Distribuição de material para todos os Setores 	<ul style="list-style-type: none"> • instrumentais em geral • glutaraldeído/hipoclorito desincrostante/detergente • luva procedimento/estéril • óculos,mascara,avental,gorros, botas/propés 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeira, técnico e auxiliar de enfermagem. • Três turnos diários, sendo dois plantões diurnos de seis horas e um noturno de doze horas. Descanso quinze minutos no horário do café e a noite uma hora de descanso. • Rodízio semanal da enfermeira da parte administrativa e do auxiliar na troca na realização das tarefas.

Com relação ao *objeto* de trabalho, descrito a partir das atividades desenvolvidas, os trabalhadores citaram uma série de atividades, todas elas relacionadas ao paciente/cliente, orientadas para a assistência e o cuidado com o mesmo, direta ou indiretamente.

Silva (1996) refere que *objeto* de trabalho são todas as coisas que são transformadas no processo de trabalho, orientadas para um produto final.

Mesmo os trabalhadores que não têm como objeto de trabalho o corpo individual do paciente/cliente, ou seja, não realizam cuidados diretos, percebem que do seu trabalho também depende a continuidade do processo assistencial.

Este é o caso dos trabalhadores de enfermagem do Centro de Material e Esterilização (CME), pois o *objeto* a ser transformado, nesse caso, trata-se de instrumentais e equipamentos contaminados, tendo em vista a desinfecção e a redistribuição destes para os diversos setores do Hospital.

Silva (1996) afirma que “a finalidade do trabalho realizado no CME é instrumentalizar processos assistenciais, na medida em que deve fornecer materiais esterilizados para uso dos trabalhadores nas unidades de atendimento. Assim, esse trabalho é articulado como um subprocesso e como instrumento imprescindível para o processo assistencial. Requer um alto grau de integração com as outras unidades de enfermagem, permitindo continuidade do processo”.

Apesar de realizar tarefas bastante específicas, voltadas para o gerenciamento, a enfermeira também tem como principal objetivo manter e otimizar as ações de cuidado.

Portanto, em ambos os casos, a finalidade é subsidiar os processos assistenciais e assegurar a continuidade do cuidado.

Silva (1996), em seu estudo sobre trabalhadores de enfermagem de um Hospital Universitário de São Paulo, refere que a finalidade do trabalho destes é “recuperar e/ou controlar a expressão biopsíquica no corpo individual do paciente/cliente, através do cuidado/assistência de enfermagem, centrado na dimensão individual”.

Apesar de existirem unidades distintas, o trabalho de enfermagem é descrito com atividades bastante semelhantes, mesmo entre auxiliares e técnicos. Ao enfermeiro cabe, além do contato direto com o paciente/cliente, também atividades de supervisão e coordenação, que muitas vezes ficam relegadas a um segundo plano, devido à escassez de profissionais, determinando um ritmo muito intenso de trabalho e demandando auxílio deste nas atividades assistenciais.

Com relação aos *meios e instrumentos*, ou seja, os equipamentos utilizados nas atividades de transformação do seu objeto, a maioria dos trabalhadores utiliza instrumentos muito semelhantes, uma vez que as atividades também são semelhantes, e estes geralmente estão voltados para o trabalho manual, sem muita tecnologia, mas que exigem um conhecimento específico para serem desenvolvidos, como os curativos e outros procedimentos.

Alguns setores em especial utilizam equipamentos de maior precisão, como é o caso da UTI, que apesar de serem utilizados no sentido da otimização do trabalho, exigem supervisão e atenção constante dos trabalhadores de enfermagem, imprimindo a necessidade de um *saber* específico para o controle destes.

Por sua vez, o CME utiliza instrumentos diferenciados para transformar o objeto que também é bastante específico, porém envolve os mesmos aspectos, ou seja, em grande parte trabalho manual, mas com o uso de tecnologias avançadas em alguns momentos, o que necessita de supervisão constante.

No caso da enfermeira, além dos instrumentos utilizados no cuidado, existem os instrumentos gerenciais como as escalas mensais e diárias, o planejamento do cuidado e a supervisão.

Para Moreira e Silva (2001), o planejamento do cuidado é a prática que contempla o planejamento e a avaliação da assistência de enfermagem, provisão de recursos humanos e materiais, além de supervisão e orientação da equipe, que deve ser realizada pelo enfermeiro.

Nesse caso, cabe ao enfermeiro dimensionar e decidir como deverão ser distribuídos os funcionários para realizar os cuidados de acordo com as escalas.

Segundo Coletta e Prochet (2005), os parâmetros de dimensionamento de recursos humanos têm-se baseado no número de funcionários por leito. Porém observa-se um número crescente de novas atividades hospitalares realizadas fora do leito, mostrando a necessidade de estudo de novos parâmetros, baseados na produtividade. Um quantitativo

em horas de atenção para assistência de enfermagem deve ser reconhecido quando se trata de determinar o dimensionamento de pessoal nesta área

Gaidzinski (1998) refere que a operacionalização do processo de dimensionamento do pessoal da enfermagem requer a aplicação de um método que permita sistematizar o inter-relacionamento e a mensuração das variáveis que interferem nas cargas de trabalho da enfermagem.

Para Felli (2002), a supervisão é um instrumento gerencial importante para potencialização da saúde no trabalho de enfermagem, tanto para o enfermeiro que a exerce como para o funcionário para o qual é dirigida, constituindo um processo ligado estreitamente à educação continuada.

Entretanto, a mesma autora afirma que, calcada na administração tradicional e no contexto de produção em saúde, voltado para lógica do mercado, a supervisão de enfermagem constitui um poderoso instrumento de trabalho, reproduzindo relações autoritárias de poder e impondo a intensificação do ritmo de trabalho, semelhante a um capataz.

Quanto à *organização e divisão* do processo de trabalho, nota-se que está fundamentada no sentido de manter a continuidade da assistência, ou seja, os trabalhadores de enfermagem estarão presentes durante 24 horas do dia em todas as unidades.

A hierarquia do trabalho de enfermagem é conformada por uma Coordenação de Enfermagem, responsável por todos os trabalhadores de enfermagem de todos os setores do HUA, por enfermeiros supervisores das unidades de atendimento, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Apesar da existência da Coordenação e das enfermeiras supervisoras parece estar, nesta área, a maior insatisfação dos trabalhadores de

enfermagem, uma vez que os enfermeiros não assumem definitivamente o seu papel como orientadores, mas somente como controladores das ações, podando a criatividade dos trabalhadores e não privilegiando os saberes individuais de cada um no sentido de favorecer mudanças, buscando cobrir apenas as necessidades do serviço. Isto também se justifica pela alta demanda de assistência que consome parte do horário das enfermeiras nas atividades assistenciais, ou seja, no cuidado direto ao paciente.

Não existem reuniões periódicas com a coordenação, e a educação permanente não é exercida de forma efetiva.

Além disso, por se tratar de um Hospital Universitário há grande circulação de alunos de diversas áreas pelos setores, o que segundo os trabalhadores dificulta a continuidade do trabalho, o que impede um incremento da produtividade.

Como há uma intensa fragmentação do trabalho e uma constante mudança de setores, este rodízio talvez constitua a necessidade de polivalência dos trabalhadores em detrimento dos saberes individuais, o que caracteriza a alienação do trabalhador perante o seu trabalho.

Para Felli (2002), a organização fragmentada e parcelada em que se realiza o trabalho em saúde e de enfermagem produz a alienação dos trabalhadores, uma vez que estes não se sentem sujeitos do trabalho. Dessa maneira, compromete a autonomia e a responsabilização dos trabalhadores, que dificilmente apreendem a finalidade almejada quando a distribuição do trabalho é orientada por procedimentos, funções, turnos etc.

Outro componente da organização do trabalho também expressada é a divisão em turnos. Neste caso, os turnos são de 06 horas diárias, com 15

minutos de descanso durante a jornada e um plantão de 12 horas em um dos dias do fim de semana, com 01 hora de intervalo para refeição. Neste caso, os trabalhadores totalizam uma jornada semanal de 42 horas.

A maneira de organização destes turnos não é estabelecida pelos trabalhadores, mas sim pela instituição, que tem a necessidade de manter o serviço funcionando ininterruptamente.

Além disso, as pausas estabelecidas não são consideradas suficientes para repor a energia dispensada no trabalho, e muitas vezes não são sequer respeitadas.

Considerando a sobrecarga de trabalho, a intensificação dos ritmos, a necessidade da polivalência, os trabalhadores consideram que a remuneração é baixa e os benefícios inexistentes. Tendo em vista este contexto, muitos deles procuram outras atividades para complementar a renda familiar.

Aí se evidencia que os trabalhadores de enfermagem do HUA estão submetidos a condições de trabalho que expressam os processos de valorização capitalista, onde há exploração intensa da força de trabalho direcionando o trabalhador, que não tem a oportunidade de se manifestar, rumo à alienação.

Vale ressaltar que nesses processos de valorização é possível perceber que a geração de mais valia absoluta é caracterizada, através da descrição dos trabalhadores, pelo aumento das jornadas de trabalho sem mudanças na organização do trabalho e na remuneração/benefícios, bem como de mais valia relativa, apreendida pela intensificação do ritmo de trabalho, sem mudanças tecnológicas significativas ou aumento no número

de trabalhadores, sendo todo esse processo determinado e imposto pelos interesses da instituição.

Dessa forma, é possível compreender como o processo de trabalho determinará os processos saúde-doença desses trabalhadores.

6.3. O Processo saúde-doença dos trabalhadores de enfermagem do HUA

Para melhor visualização dos dados relativos às cargas e desgastes, através da enquête coletiva e complementados pelas filmagens, foi organizado o Quadro II, a seguir:

Quadro II - Caracterização da exposição dos trabalhadores de enfermagem do HUA às cargas de trabalho, segundo tipo, unidade de trabalho atividades e desgastes que provocam. Minas Gerais, 2006.

TIPO DE CARGA	UNIDADES EXPOSTAS	ATIVIDADES	DESGASTES	OBS
BIOLOGICAS				
<i>Manipulação de pacientes portadores de doenças infecciosas, infecto-contagiosas e parasitárias.</i>	Clinica Médica Clinica Cirúrgica Pediatría Pronto Socorro Raio X Bloco IV	Auxílio de procedimentos gerais com pacientes; banho de leito; administração de medicamentos; aspiração orotraqueal; manipulação do cliente; troca de lençóis; punções venosas; troca do paciente; encaminhamento para exames; preparo para exames.	Todos os tipos de infecções e viroses; resfriado; amídalite; otite; laringite; BK+; sinusite; imunidade baixa; estresse.	
<i>Manipulação de material contaminado</i>	Clinica Médica Clinica Cirúrgica Pronto Socorro Pediatría Raio X Bloco IV Central Material/Esterilização	Expurgo; curativos; descarte de material já usado; sondagens em geral; inalação; retirada de pontos; drenagem de abscessos; lavagem de material.	Infecções por microorganismos patogênicos; hepatite; sinusite bacteriana; acidente de trabalho; perfuração com material contaminado com sangue; hepatites; BK+; desgaste psicológico.	
<i>Presença de pequenos animais nocivos</i>	NADA CONSTA	NADA CONSTA	NADA CONSTA	

Quadro II - Caracterização da exposição dos trabalhadores de enfermagem do HUA às cargas de trabalho, segundo tipo, unidade de trabalho atividades e desgastes que provocam. Minas Gerais, 2006. (continuação)

TIPO DE CARGA	UNIDADES EXPOSTAS	ATIVIDADES	DESGASTES	OBS
QUIMICAS				
Manipulação e inalação de substâncias químicas	Clinica Médica Clinica Cirúrgica Pediatría Pronto socorro RX Bloco IV	Uso de luvas de látex durante a desinfecção do setor Inalação de materiais de limpeza; preparo de medicações; na manipulação dos contrastes, para limpeza dos equipamentos utilizados: Glutaraldeído Hipoclorito	Alergias e problemas respiratórios: dispnéia, tosse espirros; dermatites de contato; doenças pulmonares.	
Manipulação de medicamentos	Clinica Médica Clinica Cirúrgica Pediatría Pronto Socorro RX	Administração ao cliente, em todos os setores; durante o preparo do medicamento; na manipulação dos contrastes.	Alergias respiratórias; doenças pulmonares; dermatites de contato; resistência aos antibióticos.	
Inalação de fumaça de cigarro	Clinica Cirúrgica Pediatría	Nos intervalos para o café.	DPOC; ICC; respiratório.	Ambientes externos do hospital
FISICAS				
Radiação Ionizante	Clinica Médica Pediatría Pronto Socorro RX	Ao levar os pacientes para fazer exames radiológicos em geral e ao acompanhá-los durante os mesmos; na realização de exames contrastados e realização de RX no leito.	CA (neoplasias); propensão para adquirir determinadas patologias; baixa resistência.	
Radiação não ionizante	NADA CONSTA			
Ruído	Clinica Médica Clinica Cirúrgica Pediatría Pronto Socorro	Manipulação de Aparelhos: bomba de infusão, monitor cardíaco, respirador mecânico, oxímetro de pulso, autoclave. com cliente acamado: choro, gritos, conversas dos acompanhantes.	Problemas de audição, surdez e surdez passageira, dores de cabeça; desgaste mental; estresse.	

Quadro II - Caracterização da exposição dos trabalhadores de enfermagem do HUA às cargas de trabalho, segundo tipo, unidade de trabalho atividades e desgastes que provocam. Minas Gerais, 2006. (continuação)

TIPO DE CARGA	UNIDADES EXPOSTAS	ATIVIDADES	DESGASTES	OBS
Umidade	Central Material/Esterilização	Expurgo; na montagem de materiais.	Lavagem de materiais	O lugar fica muito molhado
Mudança de Temperatura	Clinica Médica Pronto Socorro RX Bloco IV	Entrar em salas com ar condicionado/refrigerado (RX, tomografia, USG, sala dos médicos)	Gripe, pneumonia, resfriado, otite, sinusite, artrite.	
Eletricidade (choque elétrico)	Clinica Médica Clinica Cirúrgica Pediatria Pronto Socorro RX Bloco IV Central Material/Esterilização	Ao manipular os equipamentos e ao ligar aparelhos (oxímetro de pulso, focos, monitor cardíaco, autoclave, grau cirúrgico)	Choque elétrico, queimadura estresse, nervosismo (dores musculares, dor de cabeça)	
Risco de Incêndio	Central Material/Esterilização	Autoclaves: explosão.	Queimaduras, morte.	
MECANICAS				
Manipulação de materiais pontiagudos e cortantes	Clinica Médica Clinica Cirúrgica Pediatria Pronto Socorro RX Bloco IV Central Material/Esterilização	Administração de medicamentos; desprezo de material; punção venosa; auxílio em procedimentos; preparo de medicamentos; retirada de pontos; preparo de material.	Contaminação por doenças infecto-contagiosas (HIV, hepatite C, sífilis); risco de acidentes(corte/perfuração).	
Quedas	Clinica Médica Pediatria Pronto Socorro Bloco IV Central Material/Esterilização	Em intercorrências e emergências; ao ligar equipamentos em altura maior que a cabeça; ao trocar de lâmpadas queimadas; ao dar banho; em piso molhado e após limpeza do piso com determinados produtos.	Queda; fraturas; torções; luxações; hematomas.	

Quadro II - Caracterização da exposição dos trabalhadores de enfermagem do HUA às cargas de trabalho, segundo tipo, unidade de trabalho atividades e desgastes que provocam. Minas Gerais, 2006. (continuação)

TIPO DE CARGA	UNIDADES EXPOSTAS	ATIVIDADES	DESGASTES	OBS
<i>Preensão de partes do corpo</i>	Clinica Médica Clinica Cirúrgica Pronto Socorro Central Material/Esterilização	Ao manipular a cama do paciente; ao elevar leitos; ao abrir berços; ao abrir e fechar a porta de todos os aparelhos.	Corte; fratura; arroxamento; dores insuportáveis na parte atingida; lesão; estresse; nervoso.	
<i>Agressão física</i>	Clinica Médica Clinica Cirúrgica Pediatria Pronto Socorro RX Bloco IV	Ao auxiliar clientes agitados; ao conter pacientes; ao fazer medicações em pacientes psiquiátricos; ao lidar com paciente em abstinência; ao manipular determinadas crianças.	Agressão física; edema; hematoma; perda de dentes; torções; estresse.	
<i>FISIOLOGICAS</i>				
<i>Manipulação de Pesos</i>	Clinica Médica Clinica Cirúrgica Pediatria Pronto Socorro Bloco IV Central Material/Esterilização	Ao manipular e transportar o paciente; ao dar banhos; ao colocar o paciente em cadeira; ao realizar mudanças de decúbito; ao lidar com materiais muito pesados para carregar.	Dores dorsal e cervical; desvio na coluna, hérnia de disco; lombalgia; dores nos braços e pernas; tendinite; bursite; cansaço	
<i>Trabalho em pé</i>	Clinica Médica Clinica Cirúrgica Pediatria Pronto Socorro RX Bloco IV Central Material/Esterilização	Desde a hora que entra no hospital (ao manipular o cliente; ao preparar o medicamento; ao pegar medicamentos na farmácia; ao carregar pacientes para exames). Quando o setor está sobrecarregado, em procedimentos demorados. Nas atividades de lavagem e embalagem de materiais.	Cansaço físico; desgaste muscular; problemas circulatórios; varizes; dores e cansaço nas pernas e pés; estresse.	

Quadro II - Caracterização da exposição dos trabalhadores de enfermagem do HUA às cargas de trabalho, segundo tipo, unidade de trabalho atividades e desgastes que provocam. Minas Gerais, 2006. (continuação)

TIPO DE CARGA	UNIDADES EXPOSTAS	ATIVIDADES	DEGASTES	OBS
<i>Percurso de longas distâncias</i>	Clinica Médica Clinica Cirúrgica Pediatria Pronto Socorro RX Bloco IV Central Material/Esterilização	Em todas as atividades; caminhando pelo setor anda muito; ao encaminhar o cliente para fazer exames e até mesmo para outros blocos; na retirada e entrega de material; nas atividades de entrega e distribuição de materiais.	Cansaço físico; desgaste da coluna; dores nas costas; dores musculares; tendinites; dores nas pernas; varizes.	
<i>Posições inadequadas e incomodas</i>	Clinica Médica Clinica Cirúrgica Pediatria Pronto Socorro Bloco IV Central Material/Esterilização	Para fazer relatórios, pois os bancos de madeira não têm encosto e ficam horas em certos procedimentos: em punção e dissecação venosa; ao auxiliar em entubação etc.; ao ficar o tempo todo em pé para lavagem e montagem de materiais	Problemas na coluna; dores lombares e nas costas; hérnia discal; dores musculares; dores no corpo; dores nas pernas; estresse; cansaço.	
<i>Trabalho noturno</i>	Clinica Médica Pronto Socorro	Ao tratar com o cliente diretamente; ao preparar medicação; ao puncionar veias; ao realizar cuidados gerais.	Cansaço mental; carga de sono; corpo cansado; estresse; irritabilidade; dores musculares; desânimo.	Nenhum dos trabalhadores entrevistados trabalha à noite.
<i>Rodízio de turnos e horas extras</i>	Clinica Médica Pronto Socorro	Plantões de 12 horas.	Muitas horas no mesmo ambiente; mau-humor; desânimo; irritabilidade; dores musculares.	

Quadro II - Caracterização da exposição dos trabalhadores de enfermagem do HUA as cargas de trabalho, segundo tipo, unidade de trabalho atividades e desgastes que provocam, Minas Gerais, 2006. (continuação)

TIPO DE CARGA	UNIDADES EXPOSTAS	ATIVIDADES	DEGASTES	OBS
PSIQUICAS				
Agressão psíquica	Clinica Médica Clinica Cirúrgica Pediatria Pronto Socorro RX Bloco IV	Ao lidar com o cliente e seus familiares e ao lidar com o acompanhante (principalmente na realização de exames e curativos); ao fazer a mesma rotina todos os dias; ao lidar com cobranças demais das chefias; ao preparar materiais	Tensão; estresse; afastamento; depressão; doença; dores de cabeça; dores cervicais.	
Trabalho feminino	Clinica Médica Pediatria	Em todas as atividades; ao manipular os pacientes; ao cuidar de pacientes inertes; ao colocar pacientes em macas; quando o filho adoece e tem que faltar.	Desgaste mental; estresse; dores musculares; tendinite; cervicalgia.	Risco para as grávidas de perder o bebe.
Falta de defesas coletivas	Clinica Médica Pediatria RX Bloco IV Central Material/Esterilização	Falta de defesas que estejam relacionadas ao trabalhador não têm valor, em todos os setores, em todas as atividades; precarização do trabalho: faltam reuniões e falta coleguismo; não há reuniões com as chefias para se tratar de assuntos relacionados ao trabalho do setor; as chefias defendem o interesse da instituição; não há reuniões com a administração da enfermagem.	Falta de disposição para desenvolver suas atividades; desgaste mental; estresse; baixa auto-estima; depressão; falta de interesse; desestímulo; dores cervicais e musculares; fadiga.	
Abuso de álcool e drogas	NADA CONSTA	NADA CONSTA	NADA CONSTA	

Quadro II - Caracterização da exposição dos trabalhadores de enfermagem do HUA às cargas de trabalho, segundo tipo, unidade de trabalho atividades e desgastes que provocam. Minas Gerais, 2006. (continuação)

TIPO DE CARGA	UNIDADES EXPOSTAS	ATIVIDADES	DEGASTES	OBS
<i>Supervisão estrita da chefia e de outros profissionais</i>	Clinica Médica Clinica Cirúrgica Pediatria RX Central Material/Esterilização	Em todas as atividades dos setores; na rotina diária falta valorização e reconhecimento; nas passagens de plantão; falta de reconhecimento do trabalho.	Desconfiança; tensão; desestímulo; desânimo; cansaço.	
<i>Falta de criatividade e autonomia</i>	Pediatria RX Bloco IV Central Material/Esterilização	Nas mudanças, em alguns procedimentos e atitudes do grupo; falta de autonomia nas mudanças de atividades diárias e nas rotinas.	Desânimo; depressão; estresse.	
<i>Atenção constante</i>	Clinica Médica Pediatria Bloco IV Central Material/Esterilização	Na manipulação e administração de medicamento e com o cliente; nas atividades supervisionadas; em todas as atividades desenvolvidas.	Cansaço mental; estresse; desgaste físico; tensão.	
<i>Falta de comunicação</i>	Clinica Cirúrgica RX Central Material/Esterilização	Da coordenação para com a enfermagem; dificuldade de aceitação dos colegas; não há comunicação entre as hierarquias.	Desestímulo; cansaço; desânimo.	
<i>Ritmo Acelerado de trabalho</i>	Clinica Médica Clinica Cirúrgica Pediatria Bloco IV Central Material/Esterilização	Em procedimentos: dar banho cedo e a tarde, troca de todas as fixações, higienização; na medicação, em todos os setores do hospital há correria; sobrecargas de trabalho por falta de funcionários e por emergências, principalmente nos fins de semana.	Desânimo; desatenção; estresse; cansaço físico; dores musculares; fadiga	
<i>Trabalho repetitivo, monótono</i>	Clinica Médica Clinica Cirúrgica Pediatria RX Bloco IV Central Material/Esterilização	Rotina diária: dar banho, curativo, toda hora no mesmo quarto, campanha tocando a cada minuto; na Central de Material/Esterilização sempre o mesmo trabalho.	Desgastes de todos os tipos; estresse; depressão; desânimo; mau-humor; fadiga e cansaço; tendinites; dores na coluna; dores nos pés.	

6.3.1. As Cargas de trabalho

Quanto às cargas foi possível observar que, durante o processo de trabalho, os trabalhadores de enfermagem estão expostos a todos os tipos de cargas – biológicas, químicas, físicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas –, mas referem-se com mais intensidade às fisiológicas e psíquicas.

A intensidade da exposição a determinados tipos de carga varia de acordo com a unidade onde estão inseridos os trabalhadores, porém demonstram semelhanças, uma vez que o processo de trabalho no Hospital de maneira geral é semelhante e existe um rodízio dos trabalhadores entre as unidades.

Quanto à exposição dos trabalhadores às **cargas biológicas**, destacou-se a *manipulação de pacientes portadores de doenças infecciosas, infecto-contagiosas e parasitárias*, que se dá no momento em que os trabalhadores realizam procedimentos gerais com o paciente (banhos, trocas, punções, aspirações e preparo para exames), ou seja, esta carga ocorre durante o processo de assistência, na interação do trabalhador com seu objeto de trabalho, que é o corpo individual do paciente. Durante este processo existe o risco de contaminação por microorganismos patogênicos, tanto pelo contato com o paciente quanto através dos fluidos e secreções do mesmo.

O contato com os fluidos e secreções do paciente também pode ocorrer através da *manipulação de material contaminado*, durante o processo de descarte do material contaminado (agulhas, material de curativo, sondas em geral), bem como durante a limpeza de materiais

(tesouras, pinças, bisturis, bacias, cubas etc) que serão reutilizados no caso específico dos trabalhadores do CME.

Os trabalhadores consideram que a exposição a tais cargas pode gerar processos de desgaste, como todos os tipos de infecções e Virose (resfriados, Amigdalites, Otites, Laringites, tuberculoses, Hepatites). Além disso, podem ocasionar acidentes de trabalho, com perfuração com material contaminado com sangue.

O risco contínuo de exposição a estes dois tipos de carga gera nos trabalhadores insegurança e ansiedade (estresse), acumulando estas à carga psíquica.

Os trabalhadores referem utilizar os Equipamentos de Proteção Individual, conforme recomendação do SESMT, mas que muitas vezes a exposição se deve à grande demanda de serviço que imprime ritmo acelerado as tarefas. Além disso, os trabalhadores referem que os materiais contaminados nem sempre são descartados de forma adequada pelos graduandos que assumem o cuidado do paciente.

Vários estudos afirmam esta exposição dos trabalhadores de enfermagem a cargas biológicas, gerando os mais diversos tipos de desgastes.

Para Marziale e Rodrigues (2002), o contato com os microrganismos patogênicos ocorre, principalmente, nos acidentes causados pelo uso de material perfuro-cortante, que acometem com grande frequência os trabalhadores de enfermagem. Os maiores riscos destes acidentes não são as lesões, mas o risco de contaminação causado pelo contato com os agentes biológicos presentes no sangue e nas secreções, sobretudo nos

casos de HIV e Hepatite B. Um fator preocupante é que, apesar desta exposição às cargas biológicas, e do suposto desgaste que pode ocorrer, nem sempre os trabalhadores de enfermagem têm conhecimento dos procedimentos a serem adotados nos casos de exposição.

Há um reconhecimento das cargas biológicas no trabalho na Legislação Brasileira, através da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, que institui níveis de insalubridade relacionados à presença de agentes biológicos no ambiente em três níveis: máxima, média e mínima, sendo estabelecida uma remuneração específica de acordo com a exposição (Brasil, 2004b).

No que se refere às **cargas químicas** na *manipulação e inalação de substancias químicas*, os trabalhadores se referiram, fundamentalmente, ao momento de desinfecção das unidades, quando são expostos a produtos de limpeza (sabões, hipoclorito e desinfetantes).

No caso dos trabalhadores do CME, a *manipulação e inalação de substancias químicas* foi citada como presente em todo o processo de trabalho, principalmente pelo uso de sabões, desincrostantes, detergentes enzimáticos e desinfetantes (Hipoclorito e Glutaraldeído) na limpeza e desinfecção dos equipamentos.

Costa e Felli (2005), em seu estudo sobre a exposição dos trabalhadores de enfermagem a substancias químicas evidenciou exposição a vários tipos de substâncias químicas, sendo consideradas como as de maior impacto os sabões, hipoclorito de sódio, PVPI (Polivinilpirrolidona-iodo), formol e gases anestésicos em geral. Quanto aos problemas de saúde, a maior frequência foi referente aos de pele, 58,14% e, como

proposta para minimizar ou eliminar a exposição, o uso do equipamento de proteção individual (EPI) foi citado por 23,72% participantes do estudo.

Segundo os trabalhadores, esta exposição traz principalmente problemas respiratórios, tais como irritação nasal, rinites, espirros e dispnéia. Além disso, podem causar dermatites de contato e doenças de pele.

Em alguns casos, os trabalhadores referem o uso de luvas e máscaras, mas referem também que nem sempre estão disponíveis ou eles têm “tempo” para pegá-las, o que demonstra a potencialização dessa carga pela psicológica.

Quanto à *manipulação de medicamentos*, os trabalhadores consideram-se expostos em todos os momentos do processo de trabalho, tanto no preparo quanto na administração, principalmente de antibióticos.

Os trabalhadores temem que esta exposição, além de alergias respiratórias, traga resistência a certos tipos de medicamentos, o que tornaria difícil o tratamento de doenças que pudessem acometê-los futuramente.

Quanto às **cargas físicas**, no que se refere à exposição à *radiação ionizante*, somente os trabalhadores de enfermagem dos setores onde são realizados exames contrastados e radiológicos percebem algum risco associado a estas cargas. É o caso dos trabalhadoras da unidade de RX e do Pronto Socorro. No entanto, não se consideram em exposição constante, pois não são responsáveis diretos pelos exames, e também utilizam os EPI.

Os demais trabalhadores referiram algum risco somente em determinados casos em que os exames radiológicos são realizados no leito,

como, por exemplo, na clínica médica e na pediatria, porém não se consideram em exposição importante.

Os trabalhadores que se consideram expostos referem que tal exposição pode gerar diminuição da resistência do organismo, bem como risco de neoplasias (câncer).

Segundo a CLT, as doses máximas de radiação permitidas para os trabalhadores expostos são de 05 rem/ano, e ultrapassando tais padrões os riscos de câncer realmente aumentam. Para aferir a exposição seria necessário o controle das doses de radiação recebida através do uso de dosímetros, o que não é uma realidade no Hospital. (Brasil, 2004b)

Todos os trabalhadores de enfermagem consideraram-se expostos ao *Ruído*, sendo que este foi atribuído principalmente aos equipamentos utilizados na rotina de trabalho (bombas de infusão, monitores cardíacos, oxímetros, respiradores), mas também aparecem como emitidos pelos próprios pacientes e acompanhantes (conversas, gritos, gemidos). No CME, o ruído foi principalmente atribuído às autoclaves.

Os trabalhadores consideram que tais ruídos geram, além de risco de problemas de audição, desgaste mental intenso, estresse e dores de cabeça.

Ferreira (2003), em seu estudo sobre a exposição dos profissionais de enfermagem de um Hospital Universitário ao ruído no ambiente de trabalho, como agente causador de desconforto acústico, demonstrou que os níveis de ruído ultrapassam os limites previstos pela legislação, provocam desconforto acústico e promovem agravos à saúde do trabalhador, exigindo deste uma atitude mental de eleição sonora.

A *Umidade* somente foi citada, porém com bastante ênfase, no processo de trabalho do CME, onde faz parte das tarefas a lavagem constante de materiais, o que deixa o local de trabalho “sempre um pouco molhado”.

Como consequência, os trabalhadores percebem resfriados e gripes freqüentes, bem como o risco de quedas associadas ao piso molhado e escorregadio.

As *Mudanças de Temperatura* ocorrem principalmente nas atividades relativas ao transporte de pacientes para exames radiodiagnósticos, pois os ambientes de realização dos mesmos apresentam sistemas de refrigeração diferenciados do restante do Hospital e são considerados muito frios.

Neste caso, os trabalhadores consideraram que o choque térmico pode gerar gripes, resfriados, otites e sinusites.

A CLT refere que as condições de conforto térmico dos locais de trabalho devem ser mantidas dentro dos limites fixados pelo Ministério do Trabalho, sendo considerada a temperatura de conforto entre 20° e 23°C. (Brasil, 2004b)

Naked (2005) refere em seu estudo que vários problemas de saúde estão associados aos sistemas de ar condicionado, os principais impactos estando relacionados ao desconforto térmico e ao desequilíbrio ambiental, podendo provocar sintomatologias como dores de cabeça, irritação nos olhos, na garganta e no nariz. Considera a avaliação das legislações atuais que definem os critérios e requisitos para o controle e operação de sistemas de ar condicionado, bem como as técnicas de manutenção comumente

empregadas em equipamentos, como forma de prevenção de doenças originárias de sistemas de ar condicionado.

Quanto ao risco de *choque elétrico (eletricidade)*, todos os trabalhadores, sem exceção, referiram exposição, uma vez que cabe a eles, além da manipulação, ligar e desligar todos os equipamentos e aparelhos (monitores, focos, autoclaves, berços aquecidos).

Os trabalhadores de enfermagem consideram que o choque elétrico pode provocar queimaduras e até morte, sendo assim visto como um risco sempre iminente. Gera estresse e nervosismo, sobrepondo-se também a esta a carga psíquica. Além disso, consideram que de tal processo de nervosismo podem resultar dores musculares e dores de cabeça.

Segundo a CLT, somente profissional qualificado poderá instalar, operar, inspecionar ou reparar instalações elétricas. (Brasil, 2004b)

O risco de incêndio foi referido somente pelos trabalhadores do CME, pois estes consideram que as autoclaves têm potencial chance de “explosão”. Os demais trabalhadores consideram as condições elétricas do Hospital adequadas, não considerando risco de incêndio ou explosões nas demais unidades.

Em se tratando das **cargas mecânicas**, os trabalhadores consideraram que, na maioria de suas atividades, estão expostos às *manipulações de materiais pontiagudos e cortantes*, tanto durante o uso de materiais (tesouras, agulhas, bisturis), quanto no descarte.

No CME, a exposição se dá durante a limpeza e o preparo do material para o processo de esterilização.

Nesse sentido, os trabalhadores descreveram o risco potencial de ocorrência de acidentes, com conseqüentes lesões, tais como corte e perfurações.

As lesões não foram vistas como motivo principal de temor, mas novamente foi reforçada a exposição a doenças como sífilis, hepatite e AIDS, pelo contato da lesão com material contaminado. Nesses casos, os trabalhadores reforçam que o risco de contaminação gera “pânico” e que existe “uma certa falta de informação” sobre as condutas a serem tomadas, potencializando novamente a carga psíquica.

Marziale (2001) refere que os acidentes de trabalho com material perfurocortante foram considerados um problema para os profissionais da enfermagem devido ao risco de exposição a patógenos veiculados pelo sangue, podendo causar-lhes doenças como a Hepatite e a AIDS. Constatou que os fatores associados aos acidentes foram sobrecarga de trabalho, má qualidade do material, dispositivos para descarte de material inadequados, leitos muito próximos, negligência de profissionais, pacientes agressivos, desatenção e reencape ativo de agulhas.

Balsamo e Felli (2006) referem em seu estudo sobre acidentes de trabalho com exposição aos líquidos corporais humanos em trabalhadores de enfermagem de um Hospital Universitário de São Paulo, onde foram entrevistados 48 dos 53 trabalhadores com acidentes desta natureza no período de um ano, que dentre as atividades em que os acidentes ocorreram, 25% foram classificadas como “ato indevido durante o procedimento”, 22% ocorreram durante o procedimento e 18% deveram-se a “descarte inadequado do material por outro trabalhador”, seguidos de outras

atividades. Quanto aos motivos referidos pelos trabalhadores houve predominância dos que responderam que “aconteceu” (19%), seguidos por “falta de atenção/cuidado” (16%), “pressa” (12,5%) e “sobrecarga de trabalho” (8,92%). Quanto à prevenção, 29,7% dos trabalhadores referiram não ter sugestões para minimizar ou prevenir os acidentes. O estudo conclui a importância de intervir nesta realidade, através do estabelecimento de um plano de ação, baseado no diagnóstico das condições de trabalho que oportunizam a prevenção da exposição ao risco de ocorrência dos acidentes em trabalhadores das diversas áreas do Hospital.

As *Quedas* foram citadas com maior ênfase pelos trabalhadores nos casos de emergências onde é necessário “correr” com o paciente, ou após limpeza do piso com determinados produtos ou enquanto ainda está úmido.

Também nos casos em que para manipular algum equipamento ou realizar determinada tarefa é necessário o auxílio de algum mobiliário, como acontece, por exemplo, na troca de lâmpadas dos focos e para ligar certos monitores, quando é necessário subir em escadas ou cadeiras, foi citado o risco de *queda*.

Para os trabalhadores do CME, este risco existe e está associado à *Umidade* do piso, que fica frequentemente escorregadio.

Como consequência, os trabalhadores referem prováveis fraturas, torções, luxações e hematomas.

A *preensão de partes do corpo* foi considerada importante, principalmente nas unidades onde é necessário manipular camas e berços dos pacientes, pois estes são todos manuais.

No CME, o abrir/fechar de portas dos aparelhos (autoclave), foi considerado como potencialmente arriscado para *preensão de partes do corpo*.

Como desgaste, os trabalhadores citaram essencialmente: corte, fratura, lesão, “arroxamento” e dores insuportáveis na parte atingida.

Além disso, consideraram que tal risco traz estresse e nervoso, reforçando novamente a carga psíquica.

A *agressão física* somente não foi citada pelos trabalhadores do CME, como os demais, embora tendo referido que este risco ocorre, o limitaram aos casos associados a pacientes psiquiátricos e crianças agitadas.

Como consequência de agressão física, citaram possibilidades de ocorrência de Edemas, Hematomas, Perda de dentes e Torções. Além disso, consideraram que tal situação potencializa o estresse do trabalho.

Carvalho e Felli (2006), em estudo sobre os problemas de saúde dos trabalhadores de enfermagem psiquiátrica, referem que a agressão física constitui uma carga vivenciada com frequência pelos trabalhadores de enfermagem, e que esta é potencializada pelas cargas psíquicas, uma vez que o trabalhador se vê agredido pelo seu objeto de trabalho, que é o paciente psiquiátrico, com qual, apesar da agressão, terá de ter uma atitude empática.

As **cargas fisiológicas**, juntamente com as cargas psíquicas, foram as mais intensamente citadas e percebidas pelos trabalhadores de enfermagem como sendo geradoras de desgaste.

A *manipulação de pesos* foi descrita de diversas formas pelos trabalhadores de enfermagem durante o processo de trabalho, tanto

relacionada ao paciente (transporte, banho, transferência para o leito, mudança de decúbito), quanto ao transporte de materiais muito pesados (galões, carrinhos com materiais).

Como desgastes, os trabalhadores referiram a ocorrência de dores dorsal e cervical, desvio na coluna, hérnia de disco, lombalgia, dores nos braços e pernas, tendinite, bursite e cansaço.

Isso se agrava pelo fato de a maioria dos trabalhadores de enfermagem ser do sexo feminino, bem como por alguns trabalhadores já apresentarem “problemas de coluna”, o que não permite que auxiliem nos procedimentos. Dessa forma, há uma sobrecarga sobre os funcionários do sexo masculino e as trabalhadoras sadias.

Segundo a CLT, é de 60 (sessenta) quilogramas o peso máximo que um empregado pode remover individualmente, sendo que, para as mulheres, essa carga deve ser de cerca de 25Kg. (Brasil, 2004b)

Porém é importante ressaltar que os parâmetros estabelecidos pela CLT não consideram qual é o tipo de peso que será elevado e nem o local de onde será levantado, bem como a massa muscular do indivíduo e a posição da coluna vertebral. No caso específico dos trabalhadores de enfermagem, de maneira geral o “peso” se refere à mobilização do paciente, que muitas vezes apresenta, além do peso corporal, a resistência à manipulação. Além disso, alguns materiais pesados têm que ser elevados do chão, o que requer exigência importante da coluna vertebral, sendo que tais características deveriam ser avaliadas ao se estabelecer esses parâmetros.

Todos referiram realizar seu *trabalho em pé*, alguns frisando que assim permanecem “desde a hora da entrada no Hospital até a saída”. Trabalhadores de outras unidades afirmam que isso ocorre principalmente quando há sobrecarga das unidades e em procedimentos demorados.

Além disso, os trabalhadores referiram não terem locais apropriados para se sentarem nas unidades de trabalho.

Segundo a Legislação Trabalhista, quando o trabalho dever ser executado de pé, os empregados terão à sua disposição assentos para serem utilizados nas pausas que o serviço permitir. Tais assentos devem assegurar postura correta ao trabalhador, capazes de evitar posições incômodas ou forçadas. (Brasil, 2004b)

Somado ao fato de trabalhar de pé, os trabalhadores referem que dentro das próprias unidades “anda-se muito”, sendo que ao encaminhar os pacientes para exames há necessidade de *Percurso de longas distâncias*.

Bulhões (1998) refere que estudos relativos às distâncias percorridas pelos trabalhadores de enfermagem em um dia de trabalho mostram que estas em média alcançam de 6,7 km a 17,6 km percorridos, dependendo da estrutura hospitalar e da organização do trabalho. Além disso, os trabalhadores não permanecem mais de 03 minutos no mesmo lugar.

Para atender as necessidades do trabalho são adotadas *posições inadequadas e incômodas*, principalmente durante determinados procedimentos específicos (punções, dissecações, banhos).

No CME, além de reforçar que o trabalho é feito o tempo todo de pé, existe a queixa relacionada à inadequação de altura dos balcões e não adaptação para isso.

Como consequência da somatória de todas essas cargas fisiológicas, os trabalhadores de enfermagem percebem diversos agravos, tais como lombalgias, cervicalgias, tendinites e bursites, dores em braços e pernas, varizes, dores musculares, bem como cansaço físico e mental.

Murofuse e Marziale (2005), em estudo realizado na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, tiveram por objetivo analisar os problemas de saúde relacionados ao sistema osteomuscular encontrados nos trabalhadores de enfermagem de 23 instituições de saúde, atendidos pela Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador, em 2002. Entre os 6.070 atendimentos realizados, 11,83% (718) apresentaram diagnósticos de problemas relacionados ao sistema osteomuscular, envolvendo diversas estruturas corporais como a coluna vertebral, membros superiores e inferiores. As doenças legalmente consideradas como doenças do trabalho relacionadas ao sistema músculo-esquelético foram identificadas em 255 (35%) atendimentos, destacando-se as dorsalgias (20%) e as sinovites e tenossinovites (13,7%), agrupadas como LER-DORT. Conclui-se que maior atenção deva ser direcionada às posturas adotadas pelos trabalhadores na execução das atividades laborais e às condições dos mobiliários, bem como se faz necessário disponibilizar instrumentos e equipamentos ergonomicamente planejados, visando a redução da incidência dos problemas osteomusculares.

O *rodízio de unidades e horas extras* foi referido como carga importante para o desenvolvimento a contento das tarefas. Sobre o rodízio de unidade, os trabalhadores referem que este gera dificuldade de adaptação e insegurança. Outra carga importante é aquela relacionada aos

plantões de 12 horas que são considerados desgastantes para os profissionais.

Analisando as **cargas psíquicas** é possível perceber que as mesmas, além de serem atribuídas especificamente a alguns aspectos, permeiam grande parte das outras cargas.

A *agressão psíquica* foi vista sob dois aspectos fundamentais: as advindas do paciente/acompanhante e as advindas das cobranças próprias da rotina do serviço.

O *trabalho feminino* também se caracteriza como uma carga importante, uma vez que as trabalhadoras constituem a maioria dos funcionários da enfermagem do hospital e considera-se que isto traz dois problemas, o primeiro relacionado à dificuldade para desempenhar algumas tarefas (banhos masculinos e contenções), e o segundo relacionado à falta de amparo em problemas específicos como filhos e/ou gravidez.

A *falta de defesas coletivas* foi citada com muita ênfase, tanto no que se refere às defesas das chefias de enfermagem da instituição dos seus funcionários, quanto às defesas externas (sindicatos, associações). Foi considerada pelos trabalhadores de enfermagem como responsável por desgastes do tipo: falta de disposição para desenvolver suas atividades, desgaste mental e estresse, baixa auto estima e depressão, falta de interesse e desestímulo, bem como sintomas relacionados a dores cervicais, musculares e fadiga.

A *supervisão estrita da chefia* foi referida como forma de cobrança e não como forma de aprendizado, sendo relacionada à falta de reconhecimento e valorização dos trabalhadores e do seu desempenho. A

supervisão é realizada como forma constante de pressão e não de apoio e respaldo.

A falta de autonomia e criatividade foi relacionada diretamente à *falta de comunicação*, pois os trabalhadores não são ouvidos nas suas propostas de mudança das rotinas, não permitindo a autonomia para realizá-las.

Para Silva (1996), a supervisão é uma carga psíquica, tanto para o enfermeiro como para os demais trabalhadores, uma vez que cabe ao enfermeiro, por um lado, atender as demandas institucionais, e por outro suprir as necessidades do paciente em detrimento das necessidades dos trabalhadores de enfermagem. Dessa forma, o enfermeiro operacionaliza o controle através da supervisão.

A autora refere ainda que a comunicação entre os trabalhadores é dificultada pela supervisão a que estão submetidos, pois a pressão para executar as atividades conforme concebidas, diminui o espaço para comunicação entre os trabalhadores, para o processo criativo e para participação na tomada de decisão, negando, assim a autonomia e a criatividade dos trabalhadores e reforçando a divisão social.

A atenção constante foi explicitada como carga adicional a todas as tarefas desenvolvidas, tanto pela responsabilidade e pelo compromisso de cada trabalhador com seu objeto de trabalho, quanto pela supervisão constante das chefias.

O ritmo acelerado de trabalho foi considerado constante e percebido pelos trabalhadores como resultante de dois elementos fundamentais: a grande quantidade de pacientes e a quantidade inadequada de funcionários, caracterizando uma sobrecarga importante em todas as unidades.

A rotina diária e as tarefas são vistas como um *Trabalho repetitivo e monótono* que não é sanado mesmo com os rodízios de unidade.

No momento da discussão destas cargas os trabalhadores relataram grande insatisfação, pois percebiam que, apesar do esforço constante que o processo de trabalho requer, não há reconhecimento das chefias, fato que gera desestímulo, desânimo e alienação.

Para Silva (1996), a exposição dos trabalhadores às cargas psíquicas é gerada, principalmente, pela intensificação do ritmo de trabalho durante a jornada e pelo máximo consumo da força de trabalho.

A mesma autora afirma, ainda, que as cargas psíquicas raramente geram processos de desgaste isolados, tendo como característica a simultaneidade com outras cargas a que os trabalhadores de enfermagem estão expostos.

Apesar desse conjunto de cargas a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem, a remuneração não é considerada apropriada, ou seja, reflete as condições de trabalho na sociedade capitalista.

Nesse sentido, há valorização da produção em detrimento do trabalhador, em uma relação de mais valia relativa, demonstrada pela intensificação do ritmo do trabalho sem instrumentos para minimizar o desgaste do trabalhador. Este fato leva à insatisfação do trabalhador com o trabalho que realiza, o que se sobrepõe como carga adicional que o trabalhador tem de suportar.

6.3.2. Os Processos de Desgaste

A exposição às cargas determina processos de desgaste diversos, que podem ser evidenciados através de vários tipos de manifestações, desde patologias clássicas até processos inespecíficos, caracterizados pela sintomatologia expressa. Além disso, tais manifestações podem ocorrer diretamente após a exposição às cargas, de forma rápida, bem como podem ser geradas durante um período de tempo prolongado.

Após a análise das cargas, conforme observado anteriormente no Quadro II, os trabalhadores do HUA perceberam que da exposição às cargas decorrem desgastes importantes, tanto no que se refere ao físico, quanto ao psicológico. Perceberam que alguns processos de desgastes não decorrem de uma exposição isolada, mas da exposição concomitante a elas.

Quanto aos desgastes, foi possível identificar e classificar da seguinte forma: *infecções diversas, problemas respiratórios, problemas ósteo-músculo-articulares, problemas de pele, problemas auditivos, problemas circulatórios, estresse e depressão*. Também foram citados os sintomas de *cansaço, fadiga, desânimo, desestímulo, mau-humor, indisposição, medo, irritabilidade, tensão e dores em geral*.

No que se refere aos desgastes expressos por *infecções diversas*, estes foram relacionados como decorrentes da exposição às cargas biológicas – pelo contato direto com o paciente portador de doenças infecto-contagiosas, que pode resultar em tuberculoses, otites, amigdalites –, às cargas físicas – pelas mudanças bruscas de temperatura, que podem

resultar em gripes, resfriados e pneumonias – e às cargas mecânicas – pelo contato com material contaminado, que pode contaminar com vírus do HIV, sífilis, hepatites. Também, houve associação com a carga química relacionada à manipulação de medicamentos que traria resistência aos antibióticos, facilitando as infecções e dificultando o tratamento. Apesar desta percepção, este desgaste não foi citado pelos trabalhadores como o mais importante dentro do trabalho.

A preocupação expressa pelos trabalhadores de enfermagem sobre esse processo de desgaste é justificada, pois os poucos dados obtidos sobre acidentes de trabalho, demonstraram que houve uma predominância de acidentes com material perfurocortante, expondo o trabalhador ao risco de contaminação.

Sêcco et al. (2003) analisaram em seu estudo Acidentes de Trabalho com Material Biológico (ATMB) notificados entre trabalhadores de enfermagem de Hospital-Escola Público, no período de 1995 a 2000. Verificou que, dos 421 acidentes notificados, 53,4% (225) referiram-se a ATMB e observou a necessidade de orientação da equipe sobre a legislação vigente, visando melhorar o fluxo das notificações para maior segurança do trabalhador e conferindo-lhe o amparo legal necessário.

Os *problemas respiratórios* apreendidos foram associados a diversas cargas e, entre os desgastes físicos, foram os citados com maior frequência, seguidos dos *problemas ósteo-músculo-articulares*.

Os *problemas respiratórios* foram associados às cargas biológicas, por exposição a microorganismos patogênicos que podem atingir esse sistema, como, por exemplo, o *Mycobacterium tuberculosis*; às cargas

químicas, por exposição a substâncias que resultariam em alergias respiratórias; e às cargas físicas, por exposição à umidade e às mudanças bruscas de temperatura que causariam as gripes, resfriados e pneumonias.

Reis et al. (2001), em seu estudo que buscou analisar os afastamentos de curta duração de profissionais de enfermagem de um hospital universitário, fizeram uma descrição dos afastamentos por doença (agregados em um ano), da demanda pelo serviço e dos diagnósticos. Os diagnósticos mais freqüentes foram os relacionados ao *aparelho respiratório*.

Considerando os *problemas ósteo-músculo-articulares*, estes foram associados de maneira geral às cargas fisiológicas relacionadas à manipulação de peso, ao trabalho de pé e ao percurso de longas distâncias, bem como as posições incômodas que são adotadas em diversos procedimentos e à inadequação da estrutura física do Hospital. Os trabalhadores do CME referem que tal desgaste está associado principalmente à manutenção da mesma postura por longas horas e também à inadequação da altura dos balcões e pias.

As quedas, luxações, entorses e fraturas são lesões que também foram considerados como desgaste decorrente da associação das cargas fisiológicas e mecânicas, uma vez que nos casos de emergência é necessário correr para manipular o paciente e o chão do hospital favorece o risco de escorregar e cair. No caso do CME, os trabalhadores referem que a constante umidade e o vapor deixam o chão propício para escorregões e quedas.

Porém eles referem que o principal desgaste da exposição às cargas do trabalho são aqueles que se refletem diretamente na coluna vertebral,

gerando as cervicodorsolombalgias, que podem aparecer imediatamente, mas que em geral se evidenciam ao longo do tempo. Os trabalhadores consideram ainda que as dores nas costas são incapacitantes e estão entre os principais motivos das ausências e das dificuldades para desenvolver adequadamente as atribuições.

Bulhões (1998) afirma que dentre os principais motivos de absenteísmo da equipe de enfermagem estão os problemas de coluna; no entanto, as lombalgias não são reconhecidas como doenças ocupacionais.

Alexandre (1998) realizou estudo sobre os aspectos ergonômicos relacionados ao ambiente e aos equipamentos hospitalares, relacionando-os com as atividades ocupacionais de enfermagem e com dores nas costas. Concluiu que as unidades hospitalares têm problemas ergonômicos comuns e outros específicos, e que o importante é incentivar o desenvolvimento de uma consciência crítica em relação aos efeitos do ambiente de trabalho sobre a saúde dos trabalhadores no ambiente hospitalar, para fornecer subsídios para a prevenção das afecções da coluna vertebral em trabalhadores de enfermagem.

Parada, Alexandre e Benatti (2002) estudaram durante um período de sete anos os acidentes típicos dos trabalhadores de enfermagem em um Hospital universitário, relacionados à coluna vertebral e notificados por meio da CAT. Encontraram 531 acidentes, sendo que 37 (7,0%) envolviam a coluna vertebral e 15 ocorreram em auxiliares de enfermagem. As causas mais freqüentes desses acidentes estavam relacionadas à movimentação do paciente (obesos e/ou dependentes) e à manipulação de materiais. Dos trabalhadores acidentados, 82,6% ainda apresentam alguma consequência

decorrente do acidente, como dores intensas quando realizam esforços ou permanecem muito tempo na mesma posição, o que dificulta o trabalho.

Silva, A. (1997) analisou os acidentes de trabalho ocorridos com os trabalhadores de enfermagem da Unidade Centro de Material dos Hospitais Públicos de São Paulo, bem como as cargas de trabalho identificadas pelos trabalhadores dessa Unidade. Como um dos problemas mais freqüentes encontrou *os ósteo-músculo-articulares*, que comprometem os membros superiores.

Os problemas de pele foram relacionados pelos trabalhadores de enfermagem como sendo decorrentes da exposição às cargas químicas, pela manipulação de substancias químicas e medicamentos, e também pela lavagem excessiva das mãos. Para os trabalhadores do CME este problema é considerado mais freqüente, uma vez que o processo de trabalho exige constante contato com substancias químicas e com água. A principal forma de manifestação de tal carga são as dermatites de contato.

Os problemas auditivos foram atribuídos somente à carga física ruído, considerada excessiva pelos trabalhadores. A persistência desse excesso durante toda a jornada de trabalho se expressa em desgaste na forma de surdez temporária, zumbidos no ouvido, dores de cabeça e desgaste mental e desconcentração.

Para Bulhões (1998), os efeitos do ruído excessivo podem gerar desgastes que se manifestam na forma de distúrbios auditivos temporários ou permanentes, como zumbidos, vertigens, cefaléias e surdez. Mas os efeitos extra-auditivos induzidos pelo ruído podem ser responsáveis por uma serie de alterações biopsíquicas, como aumento da pressão arterial,

estresse, tensão muscular, incapacidade de concentração e fadiga, entre outros.

Os *problemas circulatórios* foram considerados como desgaste para os trabalhadores de enfermagem decorrente das cargas fisiológicas relacionadas a trabalhar durante muito tempo de pé e por percorrer longas distancias, e este desgaste se expressa através de dores e inchaços nas pernas e pés, e de varizes.

Tais desgastes foram considerados decorrentes da interação de todas as cargas, mas principalmente das cargas fisiológicas em associação com as psíquicas. Isso se deve principalmente às formas de organização e divisão do trabalho que geram um ritmo acelerado com rotinas monótonas.

Quanto ao *estresse*, os trabalhadores consideram este desgaste o mais freqüente e resultante da exposição simultânea e continua a todas as cargas e da ausência de um momento de descanso adequado, tanto no que se refere ao tempo quanto ao local.

Para Lautert (2002), as enfermeiras que atuam em hospitais no Brasil sofrem de fatores de estresse específicos, além daqueles relacionados ao ambiente de trabalho e ao paciente. Trata-se daqueles diretamente ligados à sua atribuição, como a sobrecarga de trabalho, as pressões de tempo, o relacionamento interpessoal, a ambigüidade e os conflitos da função, a escassez de pessoal, a burocratização, os critérios de rendimento e o controle da qualidade.

Gelbcke (1991) afirma que, entre os processos de desgaste referido pelos trabalhadores de enfermagem como danos mais freqüentes, estão o

estresse/fadiga, os problemas de coluna, e a cefaléia e a enxaqueca, decorrentes do processo de trabalho e das suas formas de organização.

Os trabalhadores de enfermagem consideram que o *cansaço e a fadiga* se expressam principalmente no encerramento do turno de trabalho, quando os mesmos voltam para casa e sentem indispostos para quaisquer outras atividades, mesmo as de lazer.

Para Metzger e Fisher (2001), a fadiga é um dos aspectos mais estudados com relação a trabalhos em turnos em semanas reduzidas de atividades, com turnos diários maiores que 08 horas, menos de 05 dias de trabalho e mais de dois dias de folga. Esse assunto, porém, ainda é controverso quanto aos prejuízos que podem ou não trazer, pois se por um lado as cargas de trabalho intenso geram fadiga aos trabalhadores, por outro as conseqüências de longo prazo sobre a capacidade de trabalho ainda não são claras.

Nesse sentido, os trabalhadores do HUA consideram que durante a jornada de trabalho o *cansaço* também pode ser expresso na forma de *mau-humor e irritabilidade*, essencialmente associados a turnos longos e rodízios de turnos e locais, e ao ritmo acelerado do trabalho.

Em decorrência da exposição constante, as cargas psíquicas, principalmente as decorrentes da supervisão estrita das chefias, falta de defesas coletivas, e agressão psíquica aos trabalhadores, referem *medo, tensão e ansiedade*.

O *desânimo e o desestímulo* decorrem do desgaste associado fundamentalmente à falta de criatividade e autonomia, à falta de comunicação e ao ritmo acelerado de trabalho, que geram uma *insatisfação*

com o trabalho, não relacionada a seu objeto, mas sim à sua forma de organização.

Para Seligmann-Silva (1996), o desânimo associado ao cansaço faz com que o interesse pela vida social e a disposição para as atividades de lazer desapareçam, tornando-se um importante fator de desgaste mental.

Segundo Argenta (2000), o processo de trabalho em enfermagem é gerador de sofrimento devido às condições adversas e à falta de reconhecimento social.

Dessa forma, a *Depressão* se apresenta como resultado da exposição a vários tipos de cargas, que são geradoras desse processo de desgaste.

Araújo et al. (2003) avaliaram 502 trabalhadores de enfermagem de um hospital público na Bahia, a associação entre demanda psicológica e controle sobre o trabalho e a ocorrência de distúrbios psíquicos menores (DPM). Utilizaram o Modelo Demanda-Controle, de Karasek, para avaliar as dimensões psicossociais. Como resultado, verificaram que a prevalência de DPM foi de 33,3%, variando de 20,0% entre as enfermeiras a 36,4% entre as auxiliares. Estes achados reforçam a relevância da adoção de medidas de intervenção na estrutura organizacional, de modo a elevar o controle sobre o trabalho e a redimensionar os níveis de demanda psicológica.

As *dores diversas* foram expressas como desgaste resultante da exposição simultânea a uma diversidade de cargas, tais como as fisiológicas, mecânicas e físicas, e principalmente da interação destas com as cargas psíquicas. Como resultado dessa interação, os trabalhadores referem dores de cabeça, dores musculares e dores de estômago.

Apesar de percebidos pelos trabalhadores, alguns desgastes não são valorizados por parte das chefias. Com isto, muitas vezes o trabalhador omite seus sintomas e sentimentos, com receio de ser “taxado” de aquele que não “corresponde às expectativas da instituição”. Tal fato pode ser evidenciado pela transcrição de algumas falas dos trabalhadores do HUA durante o grupo, como as que se seguem:

“As clinicas muito grandes e com poucos funcionários, sobrecarregam ... causam estresse e o funcionário fica doente e se afasta; quando adoece, não serve mais para o serviço porque esta pegando muito atestado”.

“Se o médico do trabalho não aceita, você tem de pagar as horas que ficou fora. Isso tudo leva o funcionário a ter um estresse, estafa, depressão, e daí ninguém sabe o que esta acontecendo com ele”

“Às vezes a gente prefere vir trabalhar meio doente; é melhor do que levar falta ...”

Nesse sentido, cabe ressaltar que os trabalhadores afirmam que em decorrência desse fato, ou algumas vezes eles trabalham “meio-doentes”, ou se ausentam do trabalho, mas não “pegam atestados” e depois “pagam as horas” para não ficarem “queimados”.

Em síntese, os trabalhadores referem que a exposição às cargas é responsável por um amplo quadro de problemas de saúde gerados no trabalho. Esses problemas se expressam não somente por problemas físicos, mas também por problemas que comprometem a saúde mental.

É importante ressaltar que a maioria desses problemas não é identificada pela instituição e muito menos relacionada ao trabalho.

Além disso, esses problemas de saúde citados constituem o perfil patológico captado por esses trabalhadores.

Nesse sentido, Laurell e Noriega (1989) afirmam que “a construção teórica da relação entre o processo de valorização, processo de trabalho, cargas de trabalho e processo de desgaste confere certa capacidade de

predição das características do padrão de desgaste de um determinado grupo de trabalhadores”.

Dessa forma, os desgastes evidenciados pelos trabalhadores de enfermagem no HUA são característicos da exposição às cargas de trabalho, desses trabalhadores.

5.3.3 Estratégias para a prevenção e a melhoria da qualidade de vida no trabalho

Mediante essa exposição e apreensão dos processos de desgaste vivenciados pelos trabalhadores do HUA, interessou-nos identificar que estratégias o grupo refere como resistência a essa situação.

Como propostas de prevenção dos desgastes e melhoria da qualidade de vida no trabalho, os trabalhadores sugerem estratégias direcionadas a melhorias relacionadas ao próprio *ambiente de trabalho* e a melhorias nas *condições de trabalho*, conforme pode ser visualizado no Quadro III:

Quadro III - Estratégias para prevenção e melhoria da qualidade de vida no trabalho propostas pelos trabalhadores do HUA segundo categorias ambiente e condições de trabalho. Minas Gerais, 2006.

Mudanças no Ambiente de Trabalho	Mudanças nas condições de trabalho
<p><i>"Deveria ter um local onde, assim ...depois do seu café você pudesse descansar ..."</i></p> <p><i>"Você não tem nem onde sentar para comer, tem de comer em pé ..."</i></p> <p><i>"Têm pessoas que nem almoçam, por que chegam lá não tem almoço, ou não têm onde sentar ..."</i></p> <p><i>"O horário de almoço é de uma hora, é descontado no ponto uma hora, mas você nunca fica uma hora, senão não dá conta ..."</i></p> <p><i>"Aqui dentro você devia ter alguém que te ouvisse, um psicológico, terapia ..."</i></p> <p><i>"... precisa de acompanhamento psicológico ... há coisas que não dá para superar ... a gente precisa ser tratado como ser humano, não como robô."</i></p> <p><i>"Deveria ser igual as grandes empresas: ter uma ginástica, um relaxamento, antes de começar o trabalho ..."</i></p> <p><i>"Os balcões deveriam ser mais baixos e a gente deveria ter um lugar para sentar, pois a gente fica o tempo todo de pé"</i></p> <p><i>"Nas enfermarias devia ter um local bom para a gente fazer as anotações ..."</i></p>	<p><i>"Eu acho que educação continuada tem pouco, e a gente não esta bem esclarecida dos fatos ... O pessoal se acidenta, dá pânico. Falta esclarecimento ..."</i></p> <p><i>"É preciso estabelecer mecanismos de comunicação, sei lá, reuniões ... não só entre a enfermagem, mas com os outros profissionais e com os acadêmicos, pois eles jogam as coisas, agulhas e seringas em qualquer lugar, largam lâminas de bisturis em cima das bandejas ... depois a gente se acidenta, ninguém nem sabe porquê, mas a vida é minha ..."</i></p> <p><i>"A assistência para a nossa saúde é nenhuma, você vai ter que se ver com o INSS ..."</i></p> <p><i>"Na hora que você mais precisa é quando você é mais humilhado e maltratado, não tem direitos ..."</i></p> <p><i>"A gente tinha que ter um convênio, isso não diminuiria as cargas?"</i></p> <p><i>"Eles deveriam colocar uma creche, aqui no local de trabalho..."</i></p> <p><i>"O salário podia ser melhor, ou ter mais benefícios: vale transporte, ticket-refeição ..."</i></p>

No que se refere ao *ambiente de trabalho* os trabalhadores de enfermagem sugerem a existência de locais apropriados para as refeições e descanso, que fossem colocadas cadeiras apropriadas nas enfermarias, que fossem adequadas as alturas de balcões e outros mobiliários.

Com essa estratégia, os trabalhadores buscam uma certa recuperação da força de trabalho, pela possibilidade de fazer pausas e sentar para descansar, bem como pela alimentação adequada, o que promove quebra no ritmo acelerado do trabalho. Com a adequação de altura dos balcões e mobiliários, provavelmente buscam melhorar ou aliviar sintomas dolorosos ósteo-músculo-articulares, e evitar mais exposição a essa carga fisiológica.

Além disso, comentam a necessidade de que as horas de descanso sejam respeitadas, pois na maioria das vezes não conseguem descansar nem o período previsto, ou por terem que “trocar” com o colega para o outro descansar ou por acreditarem que não vão “dar conta” do trabalho.

Tendo em vista as *condições de trabalho*, acreditam que deveria haver pausas durante o expediente para a prática de técnicas de relaxamento ou ginástica.

Sugerem, ainda, a necessidade de serem estabelecidos mecanismos de comunicação, tais como "reuniões periódicas das chefias com o pessoal da enfermagem, tanto para discutir problemas relacionados ao processo de cuidado dos pacientes, quanto para identificar necessidades dos funcionários da enfermagem na perspectiva de ‘lutar’ por melhoria nas condições de trabalho”, e também reuniões interdisciplinares para discussões sobre as condutas do HUA.

O grupo de discussão e as reuniões constituem estratégias apropriadas e maduras para se eleger uma proposta fundamentada no consenso do grupo, a respeito de algum assunto. Por outro lado, essa estratégia também parece estar imbuída da preocupação de não identificar individualmente os trabalhadores por medo de punições.

Os trabalhadores referem, ainda, a necessidade de educação continuada, para todos os assuntos, e principalmente para os procedimentos nos casos de acidentes, pois os próprios trabalhadores não sabem o protocolo de rotina a ser adotado nesses casos.

Além disso, os trabalhadores consideram que deveriam ter um espaço de treinamento e capacitação para desenvolverem as atividades de rotina com maior segurança e menos ansiedade, e que a supervisão deveria ocorrer de forma a contribuir e não a coibir.

Afirmam ainda que seria importante a discussão com as supervisoras sobre os rodízios de unidades, pois consideram esta rotina desgastante e desmotivante.

Para Felli (2002), o processo de supervisão “encerra a possibilidade de, diante da dimensão da articulação política e educativa, transformar-se em instrumento potencializador da saúde dos trabalhadores”

Para que isso ocorra, é necessário, deixar emergir a capacidade de interação dos trabalhadores, capacidade de ouvir e de apreender, assim como a capacidade de influenciar idéias, decisões e propor projetos que privilegiem o coletivo dos trabalhadores no contexto da qualificação da assistência. (Felli, 2002)

Gelbcke (2000) refere que normas, rotinas e padrões fazem parte do cotidiano do trabalho da enfermagem. Essa forma de organização desconsidera a dimensão humana da subjetividade, determinando o que fazer, como fazer e inclusive o que sentir com vistas a manter a qualidade da assistência, mas não considera o quanto essas formas de organização robotizam o trabalho, impedindo o desenvolvimento criativo.

Outra necessidade detectada pelos trabalhadores, diz respeito ao aumento da remuneração ou diminuição da carga horária, aumento da quantidade de pessoal de enfermagem, respeito aos direitos trabalhistas (creche para os filhos, vale transporte, cesta básica etc.).

Estas são necessidades que já deveriam estar sendo atendidas, uma vez que a própria CLT dispõe sobre alguns desses direitos. Também os trabalhadores identificaram um sério problema relacionado à organização do trabalho, no que se refere ao adequado contingente de pessoal para realizar as atividades sem prejuízo da sua saúde.

Vale ressaltar, que as estratégias propostas pelos trabalhadores não são, de fato, inviáveis, e portanto cabe à instituição adotar uma política que tenha como direção a melhoria da qualidade de vida de seus trabalhadores.

Cabe lembrar, ainda, que a melhoria do ambiente e das condições de trabalho, diminuirá a exposição às cargas e sua tradução em desgastes, o que se reverterá em trabalhadores mais satisfeitos, menos faltas e licenças e, conseqüentemente, na melhoria da qualidade da assistência prestada.

5.4.4 A perspectiva da Vigilância à Saúde para os trabalhadores do HUA

Para o Ministério da Saúde (2001), a Vigilância à Saúde do Trabalhador (VISAT) deve ser reconhecida como eixo fundamental capaz de consolidar as práticas de saúde de trabalhador, na perspectiva da prevenção dos agravos decorrentes da relação saúde-trabalho e da promoção da saúde.

Nesse sentido, a Vigilância à Saúde do Trabalhador, deve ser compreendida, como a “atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar fatores determinantes dos problemas de saúde relacionados aos processos de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social e epidemiológico, com a finalidade de planejar e avaliar as intervenções sobre os mesmos de forma a eliminá-los”. (Brasil, 2001)

Para Felli (2002), a “Vigilância à Saúde do Trabalhador de Enfermagem pode ter por objetivos: conhecer a realidade de saúde dos trabalhadores (perfis de saúde–doença, avaliação das condições em que o trabalho se realiza, exposição às cargas de trabalho); intervir nos determinantes de agravos à saúde desses trabalhadores (monitoramento do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho é realizado); avaliar o impacto das intervenções realizadas (transformações dos perfis de saúde-doença e a melhoria contínua da qualidade de vida no trabalho); subsidiar as tomadas de decisões de órgãos competentes (formulação de políticas institucionais e sociais) e estabelecer sistemas de informação de saúde do trabalhador de enfermagem no conjunto dos demais trabalhadores

(criação de bases de dados de divulgação sistemática das informações analisadas)”.

Nesse sentido, como forma não só de conhecer os perfis de saúde-doença dos trabalhadores do HUA, mas também de elaborar propostas para intervir nos determinantes dos agravos à saúde e avaliar as intervenções implementadas, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida no trabalho, esse estudo caminhou na perspectiva da Vigilância à Saúde. Entretanto, reconhecendo que uma proposta de Vigilância à Saúde é extremamente complexa e trabalhosa, com este estudo visualizamos um começo dessa proposta, que avança para além da possibilidade de um diagnóstico inicial de problemas a serem monitorados pelas instituições.

É real que existe muita produção científica que aponta para os problemas de saúde dos trabalhadores de enfermagem. Mas o estudo neste cenário específico permitiu reconhecer que esse conhecimento não foi ainda incorporado pelos dirigentes das instituições e nem pelos trabalhadores, indicando um longo caminho até um sistema que incorpore intervenção e avaliação.

Vale lembrar, ainda, que para elaborar uma proposta de Vigilância à Saúde do trabalhador de enfermagem faz-se necessário refletir sobre os determinantes dos agravos à saúde e os problemas que os trabalhadores percebem. Nesse sentido, foi realizado o “diagnóstico” das cargas e dos desgastes vivenciados por esses trabalhadores.

Para o monitoramento, é mister à elaboração de critérios e de medidas que permitam inicialmente identificar, e posteriormente analisar e acompanhar, os problemas de saúde vivenciados por esses trabalhadores.

Portanto, a partir dos elementos identificados, foi possível a construção de alguns indicadores que permitirão mensurar e monitorar pontos críticos em três *dimensões* distintas, mas que interferem diretamente no trabalho. São elas: a *dimensão geral*, a *dimensão intermediária* e a *dimensão singular*.

A *dimensão geral* é aquela que se refere às políticas institucionais (contratação e desenvolvimento de recursos humanos, subsídios materiais para o trabalho).

A *dimensão intermediária* corresponde à forma com que o processo de trabalho se organiza (a distribuição das tarefas, a discussão sobre os problemas encontrados, a autonomia na tomada de decisão).

A *dimensão singular* diz respeito aos aspectos relacionados ao trabalhador em si, ou seja, os problemas de saúde que são característicos desse grupo de trabalhadores.

Entretanto, a escassez de sistemas de registros e a dinâmica organizacional constituem barreiras importantes à vontade política de implementá-los. Assim, um questionamento para além das sugestões de unidades de medida (indicadores) diz respeito a quem pode assumir a responsabilidade de notificação dos problemas de saúde para alimentar o sistema - o médico ou o trabalhador?

A sugestão que nos ocorre é o “empoderamento” das CIPAS, uma vez que são constituídas por representantes dos empregadores e empregados e são imbuídas, legalmente, dessa responsabilidade.

Assim, mediante essas considerações passamos a sugerir indicadores que as Instituições (e as CIPAS) podem utilizar para diagnosticar e avaliar os problemas de saúde dos trabalhadores de enfermagem.

Para cada uma das *dimensões* consideradas, foram elaborados indicadores distintos, mas que deverão ser analisados no contexto em que ocorrem, e também no seu conjunto (Silva, 1997).

Para a ***dimensão geral*** sugere-se a avaliação de indicadores, tais como:

*Ocupação x capacidade do serviço

- $\frac{\text{Número de leitos ocupados}}{\text{Número de trabalhadores de enfermagem da instituição}} \times 100$
- $\frac{\text{Número de atendimentos emergenciais/mês}}{\text{Número de trabalhadores de enfermagem da emergência/mês}} \times 100$

* Rotatividade

- $\frac{\text{Número de demissões de trabalhadores de enfermagem/mês}}{\text{Número de admissões de trabalhadores de enfermagem/mês}} \times 100$

*Remuneração

- $\frac{\text{Custo total da remuneração dos trabalhadores de enfermagem/mês}}{\text{Custo total da remuneração dos trabalhadores da Instituição/mês}} \times 100$
- $\frac{\text{Número de horas trabalhadas}}{\text{Número de horas contratadas}} \times 100$

No que se refere à **dimensão intermediária**, alguns indicadores podem ser fundamentais, como, por exemplo:

*Dimensionamento de pessoal

- $\frac{\text{Número de leitos da unidade assistencial}}{\text{Número de trabalhadores de enfermagem assistenciais}} \times 100$
- $\frac{\text{Número ideal de trabalhadores x atividades de enfermagem}}{\text{Número real de trabalhadores de enfermagem assistenciais}} \times 100$
- $\frac{\text{Número rodízio de trabalhadores de enfermagem/mês}}{\text{Número de trabalhadores de enfermagem/mês}} \times 100$
- $\frac{\text{Número de pacientes x grau de dependência}}{\text{Número de trabalhadores de enfermagem das unidades/mês}} \times 100$

*Desenvolvimento de pessoal

- $\frac{\text{Número de profissionais em treinamentos realizados}}{\text{Número total de trabalhadores de enfermagem}} \times 100$

*Cargas de Trabalho

- $\frac{\text{Média de quilos manipulados} \times \text{trabalhadores/semana}}{\text{Número de horas trabalhadas/semana}} \times 100$

Número de horas trabalhadas/semana

- $\frac{\text{Média de metros percorridos} \times \text{trabalhadores/semana}}{\text{Número de horas trabalhadas/semana}} \times 100$

Número de horas trabalhadas/semana

No que diz respeito à dimensão intermediária, indicadores relativos ao dimensionamento e desenvolvimento de pessoal são muito importantes, porém é importante ressaltar que alguns fatores inerentes ao objeto de trabalho da enfermagem – o paciente não pode ser ignorado –, tais como a complexidade do cuidado e as condições do paciente. Além disso, nessa dimensão devem ser consideradas questões relativas às jornadas de trabalho extensas e aos curtos períodos de descanso.

Por último, tendo em vista a **dimensão singular**, cabe avaliar os seguintes indicadores:

***Absentéismo por doença**

- $\frac{\text{Número de faltas por doença dos trabalhadores de enfermagem}}{\text{Número de total de faltas}}$

Número de total de faltas

- $\frac{\text{Número de licenças médicas da instituição/mês}}{\text{Número de total de licenças médicas de trabalhadores de enfermagem/mês}} \times 100$

Número de total de licenças médicas de trabalhadores de enfermagem/mês

*Perfil de morbidade

- $\frac{\text{Número de consultas com médico do trabalho}}{\text{Número de consultas com médico do trabalho para trabalhadores de enfermagem}} \times 100$
- $\frac{\text{Número de acidentes de trabalho da enfermagem}}{\text{Número total de trabalhadores de enfermagem}}$
- $\frac{\text{Número de desgastes identificados no trabalho da enfermagem}}{\text{Número total de trabalhadores expostos por tipo de carga}}$
- $\frac{\text{Número de trabalhadores de enfermagem em uso de psicotrópicos}}{\text{Número total de trabalhadores de enfermagem}}$

Na dimensão singular, cabe ressaltar, a importância de monitoramento, não somente dos acidentes de trabalho notificados pela CAT, mas também dos principais motivos do absenteísmo dos trabalhadores e da sua procura de médico do trabalho ou de médicos externos, uma vez que a análise da exposição às cargas aponta para desgastes relacionados fundamentalmente a problemas respiratórios e a cervicodorsolombalgias. Nesse sentido, talvez seja interessante analisar também o uso de psicofármacos pelos trabalhadores de enfermagem, principalmente aqueles associados à depressão, ansiedade e quadros de insônia, pois existem muitos desgastes citados nesta ótica.

Como já foi sugerido, esses indicadores deverão ser monitorados por um setor responsável por captar os dados e direcioná-los para intervenção, porém será necessário que haja um trabalho de conscientização contínuo

para que os trabalhadores de enfermagem percebam que o monitoramento desses indicadores beneficiará o conjunto dos trabalhadores. Esse processo encaminhará para uma postura onde os próprios trabalhadores se considerem co-responsáveis por essas informações.

Isto só se dará se os mesmos conhecerem os benefícios que podem ser gerados por tal sistema, podendo trazer melhoria nas condições de trabalho para o coletivo dos trabalhadores.

Vale lembrar que a Vigilância à Saúde do Trabalhador é um processo em construção, que indicadores são propostos como forma de mensurar e monitorar pontos críticos, mas que o objetivo final deste processo é direcionar para a melhoria na qualidade de vida no trabalho rumo à promoção da saúde do trabalhador.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo conhecer a problemática de saúde dos trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário, na perspectiva da vigilância à saúde. Buscou identificar o processo de trabalho de enfermagem do hospital e as cargas a que estão expostos os trabalhadores durante o processo de trabalho; apreender os processos de desgaste atribuídos por eles pela exposição a essas cargas; reconhecer as estratégias de prevenção sugeridas pelos trabalhadores para melhoria das condições de saúde e qualidade de vida no trabalho; e construir alguns indicadores de monitoramento das condições de trabalho e saúde.

Tratou-se de um estudo, de enfoque quanti-qualitativo, fundamentado na determinação social do processo saúde-doença, conforme sistematização teórico-metodológica proposta por Laurell e Noriega.

Tendo em vista o referencial teórico que sustenta este estudo, acredita-se que o processo saúde-doença vivenciado pelos trabalhadores de enfermagem está subordinado aos processos de valorização capitalista. Seja ele de mais valia absoluta, demonstrado pelo aumento da jornada de trabalho sem remuneração condizente, ou de mais valia relativa, demonstrado pela intensificação do ritmo de trabalho.

Ambos os processos de valorização são materializados no momento concreto de produção, ou seja, durante o processo de trabalho.

Esse processo de trabalho pode ser melhor apreendido a partir da decomposição em seus elementos constituintes: objeto, meios e instrumentos e formas organização do trabalho.

Portanto, os trabalhadores de enfermagem, ao transformarem seu objeto de trabalho, utilizam meios e instrumentos sob uma determinada forma de organização. E é durante esse processo, na interação com seus elementos, que o trabalhador se expõe às cargas de trabalho. Essa exposição expressa-se sob a forma de processos de desgaste, evidenciados como doença ou sinais e sintomas no corpo biopsíquico do trabalhador. A apreensão dos processos de desgaste gerados apontou para estratégias de prevenção sugeridas pelos próprios trabalhadores, no sentido de aliviar ou controlar os problemas de saúde, para melhorar a qualidade de vida no trabalho.

Além disso, os processos de desgaste também evidenciaram a necessidade de monitoramento de certos agravos, bem como apontaram para a necessidade de reconhecê-los e quantificá-los, para o que, então, foram construídos alguns indicadores no sentido da Vigilância à Saúde.

A partir desse referencial, os dados empíricos referentes a essa realidade específica permitiu-nos concluir que os trabalhadores de enfermagem do hospital estudado são jovens, tendo em média 31 anos e estão trabalhando, em média, há dois anos e meio. Esses dados indicam que os trabalhadores apresentam precocemente os problemas de saúde, prevendo-se uma qualidade de vida posterior prejudicada. Indicam também que, apesar do pouco tempo de trabalho no Hospital, apreendem com fidedignidade os processos de desgaste gerados no trabalho.

Quanto ao processo de trabalho, os trabalhadores reconheceram que o seu objeto está centrado no paciente. Todas as ações de enfermagem

pautadas a partir dessa apreensão foram referidas para o cuidado direto, quer para subsidiá-lo, quer para o gerenciamento desse cuidado.

Quanto aos meios e instrumentos utilizados na transformação do objeto, os trabalhadores perceberam que os mais utilizados são os manuais, e que não necessitam de muita tecnologia; porém referiram também que quando uma nova tecnologia é lançada, esta se sobrepõe potencializando as cargas já existentes, ou como uma carga adicional, uma vez que exige atenção constante.

Quanto à exposição às cargas de trabalho, os trabalhadores consideraram-se expostos a todos os tipos: *biológicas, químicas, físicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas*. Entretanto, referiram-se com maior intensidade à exposição às *cargas fisiológicas* caracterizadas pela manipulação de pesos, longas horas de trabalho de pé, percursos de longas distâncias e posições inadequadas e incômodas durante toda a jornada de trabalho; bem como às *cargas psíquicas*, que potencializam outras cargas e são evidenciadas, principalmente, pela supervisão estrita e constante das chefias como forma de repressão.

Os processos de desgaste apreendidos foram relacionados a *infecções diversas; problemas respiratórios, ósteo-músculo-articulares, de pele, auditivos e circulatórios. Estresse, depressão e os sintomas de dor, cansaço, fadiga, desânimo, desestímulo, mau-humor, indisposição, medo, irritabilidade e tensão* também foram citados. Neste caso, os trabalhadores consideraram os problemas respiratórios e ósteo-músculo-articulares como os mais comuns.

Para recuperação da capacidade física e mental, propuseram estratégias de prevenção relacionadas ao *ambiente de trabalho*, tais como: locais para descanso e refeições melhores, às e mobiliários adequados; e *condições de trabalho*: aumento da remuneração e concessão de benefícios, educação continuada e reuniões periódicas.

Pautados nesses dados foram construídos alguns indicadores de monitoramento relacionados às *dimensões: geral* – relativa às políticas da instituição; *intermediária* – relativa à organização do processo de trabalho; e *singular* – relacionada ao trabalhador dessa realidade específica.

Diante dessa problemática é evidenciada a vigilância à saúde dos trabalhadores de enfermagem como instrumento para melhorar a qualidade de vida nesse trabalho. Nesse momento, no entanto, foi possível propor alguns indicadores, referidos aos diferentes níveis da realidade empírica, que permitirão fornecer subsídios para um melhor diagnóstico e acompanhamento dos problemas de saúde desses trabalhadores, tendo em vista intervenções futuras.

Cabe ressaltar que a Vigilância à Saúde do Trabalhador é uma proposta inovadora e não existe, ainda, produção de conhecimento que sustente a sua operacionalização e, muito menos, especificamente, no que se refere à saúde dos trabalhadores de enfermagem. A maioria dos estudos é direcionada para a Vigilância em Saúde, para outros grupos específicos, pautada na proposta de vigilância epidemiológica ou na proposição de organização de uma rede de atendimento aos trabalhadores nos serviços de saúde. Nesse sentido, embora não dê conta de um sistema completo de Vigilância à Saúde dos trabalhadores de enfermagem, este estudo ousa

fazer uma proposta para acompanhamento desses trabalhadores, no sentido de propor a sistematização de informações da realidade empírica, para ser possível a intervenção.

Entende-se que essa contribuição sobre o tema não esgota grande parte das possibilidades. Assim, sugere-se que novos estudos devam ser realizados no sentido de incrementar a vigilância à saúde do trabalhador de enfermagem para promover a melhor qualidade de vida a esses trabalhadores.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alexandre NMC. Aspectos ergonômicos relacionados com o ambiente e equipamentos hospitalares. Rev Lat Am Enferm. 1998;6(4):103-9.

Araújo TM, Aquino S, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadores de enfermagem. Rev Saúde Publica. 2003;37(4):424-33

Argenta MI. Compreender o processo de trabalho da enfermagem: uma necessidade para a profissão. [dissertação] Florianópolis (SC): Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.

Balsamo AC, Felli VEA. Estudo sobre acidentes de trabalho com exposição aos líquidos corporais humanos em trabalhadores da saúde de um hospital universitário. Rev Lat Am Enferm. 2006;14(3):346-53.

Bálsamo AC. Estudo sobre acidentes de trabalho com exposição aos líquidos corporais humanos em trabalhadores de enfermagem [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2002.

Bertolozzi MR, Fracolli LA. Vigilância à saúde: alerta continuado em saúde coletiva. Mundo Saúde. 2004;28(1):14-20.

Borges FNS. Repercussões do trabalho em turnos noturnos de 12 horas no sono e bem estar em auxiliares de enfermagem e enfermeiros [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da USP; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.214, de 08 de Junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. Diário Oficial da União [on line]. Brasília; 1978. Disponível em: < <http://e-legis.bvs.br/leisref/public/> > [Acesso em 20 maio 2006].

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.908, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Norma Operacional em Saúde do Trabalhador do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 10 nov 1998a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.120, de 1º de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância a Saúde do Trabalhador no SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 07 jul. 1998b. Seção 1, p. 36.

Brasil. Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para Serviços de Saúde. Brasília; 2001. (Série A – Normas e Procedimento Técnicos, n. 114).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. Brasília; 2002a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 5).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 37, de 06 de dezembro de 2002. Divulga para consulta pública a proposta de texto de criação da Norma Regulamentadora Nº 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde. Diário Oficial da União [on line]. Brasília; 2002b. Disponível em < <http://www.areaseg.com/nrindex/nr32.html> >. [Acesso em 16 maio 2005].

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS, Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 2002c, Seção 1, pág 183.

Brasil. Ministério da Previdência Social. Anuário estatístico dos acidentes de trabalho do Brasil [on line]. Brasília; 2004a. Disponível em: <http://creme.dataprev.gov.br/AEAT/Inicio.htm/>> [Acesso em 28 maio 2006].

Brasil. Constituição Federal. Consolidação das Leis do Trabalho. Legislação trabalhista e previdenciária. Organização Nelson Manrich, 5ª edição revisada, atualizada e ampliada, Editora dos Tribunais, São Paulo; 2004b.

Breilh J. Deterioro de la vida: um instrumento para análisis de prioridades regionales em lo socialy la saúde. Quito (Peru): CEAS; 1996.

Bulhões I. Riscos do trabalho de enfermagem. 2ª ed. Rio de Janeiro: 1998.

Carvalho MB, Felli VEA. O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. Rev Lat Am Enferm. 2006; 4(1):61-9.

Coletta MMD, Prochet TC. Comparação de diferentes parâmetros para dimensionamento da equipe de enfermagem em um hospital universitário. Rev Adm Saúde. 2005;7(26):19-24.

Conh A, Marsiglia RG. Processo e organização do trabalho. In: Buschinelli JTP, Rocha E, Rigotto RM, organizadores. Isto é trabalho de

gente? Vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes; 1994. p. 56-75.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Dados estatísticos sobre a composição e distribuição da força de trabalho de enfermagem [on line]. 2006. Disponível em: <http://www.portalcofen.com.br/>. [Acesso em: 29 maio 2006].

Costa TF, Felli VEA. Exposição dos trabalhadores de enfermagem às cargas químicas em um hospital público universitário da cidade de São Paulo. Rev Lat Am Enferm. 2005;13(4):501-8.

Costa TF. Exposição dos trabalhadores de enfermagem às substâncias químicas: estudo em um Hospital Público Universitário [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2003.

Fachinni LA. Porque a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise. In: Buschinelli JTP, Rocha E, Rigotto RM, organizadores. Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes; 1994. p. 34-55.

Felli VEA. A saúde do trabalhador e o gerenciamento em enfermagem [tese livre-docência]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2002.

Felli VEA. "Monitoramento da Saúde do Trabalhador de Enfermagem: promovendo a qualidade de vida no trabalho" [Projeto de Pesquisa]. São Paulo: EEUSP/FAPESP; 2004.

Felli VEA. "Monitoramento da Saúde do Trabalhador de Enfermagem: promovendo a qualidade de vida no trabalho" [Relatório de Pesquisa]. São Paulo: EEUSP/FAPESP; 2006.

Ferreira LMB. Ruídos do centro cirúrgico: ecos do ambiente na saúde do trabalhador de enfermagem [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Centro Biomédico: Faculdade de Enfermagem UERJ; 2003.

Fisher FM. O absenteísmo e acidentes de trabalho entre trabalhadores em turnos de indústrias automobilísticas [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da USP; 1984.

Fonseca RMSG. O materialismo histórico e dialético como teoria e método para compreensão dos fenômenos sociais. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1996. (Serie de Textos de Estudos de Enfermagem em Saúde Coletiva).

Gaidzinski RR. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares [tese de livre docência]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1998.

Gelbcke FL. Interfaces dos aspectos estruturais, organizacionais e relacionais no trabalho de enfermagem e o desgaste do trabalhador [doutorado]. Florianópolis (SC): Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.

Gelbcke FL. Processo saúde-doença e processo de trabalho: a visão dos trabalhadores de enfermagem de um Hospital Escola [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da UFRJ; 1991.

Góes GC. Posturas adotadas e a ocorrência de cervicodorsolombalgia nos trabalhadores de enfermagem em uma Unidade de Internação [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2001.

Gomes ELR, Anselmi ML, Mishima SM, Villa TCS, Pinto IC, et al. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: Almeida MCP, Rocha SMM, organizadoras. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. cap. 7, p. 229-50.

Gonçalves RBM. Tecnologia e organização social das praticas de saúde. São Paulo (SP): Hucitec-Abrasco, 1994.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O Brasil município por município [on line]. Rio de Janeiro; 2000. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>. [Acesso em 7 abr. 2006].

Isosaki M. Absenteísmo entre trabalhadores de serviços de nutrição e dietética de dois Hospitais em São Paulo [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da USP; 2003.

Laurell AC, Noriega M. Processo de produção em saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989.

Lautert L. O contexto de trabalho e o estresse na enfermagem: um desafio à saúde do trabalhador. In: Anais do 2º Encontro Internacional de Pesquisa em Enfermagem; 2002; Águas de Lindóia, SP. São Paulo: EEUSP; 2002.

Lopes RAM. Exposição ocupacional e hipersensibilidade ao látex nos trabalhadores das Equipes de Enfermagem e Médica da UTI Neonatal de um Hospital Universitário [dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Medicas da UNICAMP; 2002.

Machado JMH. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. Cad Saúde Pública. 1997;13(2):33-45.

Martinez MC, Paraguay AIBB. Fatores psicossociais e saúde no trabalho. São Paulo; 2003. [Apostila do Curso de Verão de FTP - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Marx K. O Capital: crítica a economia política. 8ª ed. São Paulo: Difusão Editorial; 1982. v. 1.

Marx K. Introduccion general a la critica de la economia. México: Ciudad; 1982.

Marziale MHP, Rodrigues CM. A produção científica acerca dos acidentes do trabalho com material perfuro-cortante entre trabalhadores de enfermagem. Rev Lat Enferm. 2002;10(4):571-7.

Marziale MHP. Subnotificação de acidentes com perfurocortantes na enfermagem. Rev Bras Enferm. 2003;56(2):164-8.

Mendes EV, Teixeira CF, Araújo EC, Cardoso MRL. Distrito Sanitário: conceitos-chave. In: Mendes EV, organizador. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 1995. p. 159-85.

Merllié D, Paoli P. Dez anos de condições de trabalho na União Européia [resumo on line] 2001. Disponível em: [:http://www.eurofound.ie/publications/files/EF00128PT.pdf](http://www.eurofound.ie/publications/files/EF00128PT.pdf). [Acesso em 4 out. 2004].

Metzner RJ, Fischer FM. Fadiga e capacidade para o trabalho em turnos fixos de doze horas. Rev Saúde Pública. 2001;35(6):548-53.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000.

Moken M, Barcellos C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cad Saúde Pública. 2005; 21(3):898-906.

Moreira MC, Silva SCSB. Gerência do cuidado de enfermagem: fatores intervenientes revelados pelos profissionais do serviço noturno. In: Anais do 11º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem; 2001, Belém; PA [CD-ROM] Belém : ABEN – Seção Para; 2001.

Murofuse NT, Marziale MHP. Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. Rev Lat Am Enferm. 2005; 13(3):364-73.

Naked GM, A manutenção como forma de prevenção de doenças originárias em ambientes climatizados [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da USP; 2005.

Parada EO, Alexandre NMC, Benatti MCC. Lesões ocupacionais afetando a coluna vertebral em trabalhadores de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2002;10(1):64-9.

Reis RJ, La Rocca PF, Silveira AM, Lopez Bonilha IM, Navarro i Giné A, Martin M. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. Rev Saúde Pública. 2003; 37(5):616-23.

Ribeiro HP, Lacaz FAC. Do que adoecem e morrem os trabalhadores, São Paulo: Imesp/Due Sat; 1984.

Ribeiro, HP. O hospital: história e crise. São Paulo (SP): Cortez, 1993.

Rigotto RM. Investigando a relação entre saúde e trabalho. In: Buschinelli JTP, Rocha E, Rigotto RM, organizadores. Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes; 1994. p. 159-77.

Robazzi MLCC, Marziale MHP. A norma regulamentadora 32 e suas implicações sobre os trabalhadores de enfermagem. Rev Lat Am Enferm. 2004;12(5):834-6.

Rocha AM. A saúde do trabalhador de enfermagem sobre a ótica da gerência: obstáculos e possibilidades [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2003.

Santos PR. Estudo do processo de trabalho da enfermagem em hemodinâmica: desgastes, cargas de trabalho e fatores de riscos à saúde do trabalhador [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.

Sarquis LMM, Cruz EDA, Nunes RMAS, Mioto I, Techy MT. A incidência dos acidentes de trabalho com instrumentos perfurocortantes nos trabalhadores de enfermagem na cidade de Curitiba. In: Anais do 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2001; Curitiba, PR [CD-ROM]. Curitiba: ABEn – Seção PR; 2001.

Sarquis LMM. Acidentes de trabalho com perfurocortantes: ocorrência entre os trabalhadores de enfermagem [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1999.

Schmidt MLG. O mundo do trabalho: o psicodrama como instrumento de diagnóstico da influência da organização do trabalho na saúde dos trabalhadores [tese]. Campinas (SP): UNICAMP; 2003.

Sêcco IAO, Gutierrez PR, Matsuo T, Robazzi MLCC. A equipe de enfermagem de hospital escola público e os acidentes de trabalho com material biológico. *Semina Cienc Biol Saúde*. 2003;24(1):21-36.

Seligmann-Silva E. Psicopatologia e psicodinâmica no trabalho. In: Mendes R. *Patologia do trabalho*. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 287-310.

Silva A. Trabalhador de enfermagem na unidade centro de material e os acidentes de trabalho. *Rev Esc Enferm USP*. 1997;31(2):344-6.

Silva VEF. Estudo sobre acidentes de trabalho ocorridos com trabalhadores de enfermagem de um Hospital de Ensino [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1988.

Silva VEF. O desgaste do trabalhador de enfermagem: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1996.

Silva, VEF. Avaliação da qualidade do processo. *Rev. Paulista Enfermagem*, 1997;16(1/3):67-71.

Waldman EA. Usos da vigilância e monitorização em saúde pública. *Inf Epidemiol SUS*. 1998a;7(3): 7-26.

Waldman EA. *Vigilância em saúde pública*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 1998b. (Série Saúde e Cidadania, v. 7).

Wilpert B, Quintanilla SAR. The meaning of working: cientific status of a concept. In: Keyser V, Qvale T, Wilpert B, Quintanilla SAR, editors. *The meaning of work and technological options*. New York: John Wiley & Sons; 1988. p. 3-14.

ANEXOS

ANEXO I

ANEXO II**FORMULÁRIO 1*****CARACTERIZAÇÃO INSTITUCIONAL E DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM****1. CARACTERIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

- Nome do Hospital: _____
 - Objetivos (descrever): _____
 - Nº de leitos: _____
 - Nº de atendimentos: _____
 - Atividades que desenvolve (descrever): _____
- _____
- _____

2. CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES

- Nº total de trabalhadores: _____
- Nº de trabalhadores de enfermagem: _____
 - Enfermeiros: _____
 - Técnicos de enfermagem: _____
 - Auxiliares de Enfermagem: _____
 - Outros. _____ Quais? _____

3. COMENTÁRIOS:

* Felli VEA. Monitoramento da Saúde do Trabalhador de Enfermagem: promovendo a qualidade de vida no trabalho [Projeto de Pesquisa]. São Paulo: EEUSP/FAPESP; 2004.

ANEXO III

FORMULÁRIO 2*

COLETA DE DADOS

QUESTÕES NORTEADORAS PARA A COLETA DE DADOS COM OS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM NO GRUPO FOCAL

1. Como é o trabalho desenvolvido? O que faz, como faz, por quê faz?
Como o trabalho é organizado?
2. Quais as cargas de trabalho (biológicas, físicas, químicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas) os trabalhadores de enfermagem estão expostos?
3. Em que situações de trabalho ocorre esta exposição?
4. Quais os problemas de saúde decorrentes dessa exposição
(acidentes de trabalho, doenças, desgastes)?
5. Que formas ou estratégias de prevenção podem ser adotadas para a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida no trabalho?

* Felli VEA. Monitoramento da Saúde do Trabalhador de Enfermagem: promovendo a qualidade de vida no trabalho [Projeto de Pesquisa]. São Paulo: EEUSP/FAPESP; 2004.

ANEXO IV
ENQUETE COLETIVA SOBRE CONDIÇÕES DE TRABALHO*

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Hospital: _____
Unidade _____ Representante: _____
Categoria: _____ Turno: _____

2. IDENTIFICAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO - Responda as perguntas: O que faz? Como faz? Com que faz?

Atividades desenvolvidas:

Materiais e equipamentos utilizados:

Organização do trabalho (subordinação/hierarquia, relações de trabalho e interpessoais; turnos, rodízios, pausas/descansos; divisão do trabalho por categoria, turno, atividade, tempo e área; remuneração):

* Felli VEA. Monitoramento da Saúde do Trabalhador de Enfermagem: promovendo a qualidade de vida no trabalho [Projeto de Pesquisa]. São Paulo: EEUSP/FAPESP; 2004.

3. IDENTIFICAÇÃO DA EXPOSIÇÃO ÀS CARGAS DE TRABALHO E DESGASTES

A que cargas de trabalho você se considera exposto? Realizando que atividade? Como essas cargas afetam sua saúde?

TIPO DE CARGA	EXPOSIÇÃO		EM QUE ATIVIDADE	PROBLEMA DE SAÚDE GERADO (DESGASTE)
	SIM	NÃO		
3.1-Cargas biológicas
Manipulação de pacientes portadores de doenças infecciosas, infecto-contagiosas e parasitárias
Manipulação de material contaminado
Presença de pequenos animais nocivos:				

TIPO DE CARGA	EXPOSIÇÃO		EM QUE ATIVIDADE	PROBLEMA DE SAÚDE GERADO (DESGASTE)
	SIM	NÃO		
3.2-Cargas químicas
Manipulação e inalação de substâncias químicas:
Manipulação de medicamentos:
Inalação de fumaça de cigarro:				
3.3-Cargas físicas
Radiação ionizante:				

TIPO DE CARGA	EXPOSIÇÃO		EM QUE ATIVIDADE	PROBLEMA DE SAÚDE GERADO (DESGASTE)
	SIM	NÃO
Radiação não ionizante:
Ruído:
Umidade
Mudança de temperatura:				

TIPO DE CARGA	EXPOSIÇÃO		EM QUE ATIVIDADE	PROBLEMA DE SAÚDE GERADO (DESGASTE)
	SIM	NÃO
Eletricidade (choque elétrico):
Risco de incêndio				
3.4-Cargas mecânicas
Manipulação de materiais pontiagudos e cortantes:
Quedas:				

TIPO DE CARGA	EXPOSIÇÃO		EM QUE ATIVIDADE	PROBLEMA DE SAÚDE GERADO (DESGASTE)
	SIM	NÃO
Preensão de partes do corpo:
Agressão física:
Outros acidentes:				
3.5-Cargas fisiológicas
Manipulação de pesos:				

TIPO DE CARGA	EXPOSIÇÃO		EM QUE ATIVIDADE	PROBLEMA DE SAÚDE GERADO (DESGASTE)
	SIM	NÃO
Trabalho e pé:
Percurso de longas distâncias:
Posições inadequadas e incômodas:
Trabalho noturno:				

TIPO DE CARGA	EXPOSIÇÃO		EM QUE ATIVIDADE	PROBLEMA DE SAÚDE GERADO (DESGASTE)
	SIM	NÃO
Rodízio de turno e horas extras:				
3.6-Cargas psíquicas
Agressão psíquica:
Trabalho feminino:
Falta de defesas coletivas:
Abuso de álcool e drogas:				

TIPO DE CARGA	EXPOSIÇÃO		EM QUE ATIVIDADE	PROBLEMA DE SAÚDE GERADO (DESGASTE)
	SIM	NÃO
Supervisão estrita da chefia e outros profissionais:
Falta de criatividade e autonomia:
Atenção constante:
Falta de comunicação:
Ritmo acelerado de trabalho
Trabalho repetitivo, monótono:				

ANEXO V
GRUPO FOCAL
LISTA DE PRESENÇA

NOME	IDADE	CATEGORIA PROFISSIONAL	LOCAL DE TRABALHO	TEMPO DE TRABALHO	E- mail
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					

ANEXO VI**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO***

Eu, _____, tomei ciência, do estudo intitulado “Monitoramento da saúde do trabalhador de enfermagem: promovendo a qualidade de vida no trabalho”, através da apresentação oral feita pela pesquisadora”, cuja finalidade é contribuir com a construção de um corpo de conhecimentos a respeito dos processos saúde-doença, vivenciados pelos trabalhadores de enfermagem em diferentes realidades, a partir da captação de seus fatores geradores de desgaste e fortalecimento. Fui, também, informado que o estudo tem como objetivos: resgatar e divulgar a produção científica existente a respeito da saúde do trabalhador de enfermagem, em bancos de dados informatizados e em publicações indexadas de enfermagem; caracterizar a força de trabalho de enfermagem e as instituições campo de estudo; captar os processos favorecedores e desgastantes, a que estão submetidos os trabalhadores de enfermagem, que implicam nos processos saúde-doença; construir um sistema informatizado que permita o monitoramento epidemiológico, face aos determinantes e as vulnerabilidades captados no trabalho de enfermagem; implantar, experimentalmente, e avaliar o sistema de monitoramento em um cenário do estudo; sistematizar meios de divulgação e socialização do conhecimento gerado e as estratégias para sua obtenção. Frente a esses esclarecimentos, declaro meu interesse, por livre e espontânea vontade em ser sujeito deste. Estou ciente de que os dados por mim fornecidos farão parte do referido estudo, sendo assegurado o sigilo e o anonimato e que poderei interromper esta participação em qualquer etapa da pesquisa, caso eu assim o desejar, sem que isso implique em qualquer prejuízo pessoal ou profissional. Tenho conhecimento dos procedimentos para coleta de dados e que estes dados serão posteriormente divulgados.

Data: _____

Assinatura do funcionário: _____

RG: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Nome do pesquisador: Eliane Bezerra da Silva Cruz - RG 24.973.884-3

Fone de contato: (35) 3251-2997 ou (35) 8819-3523

Endereço eletrônico: liaqui@ig.com.br

* Felli VEA. Monitoramento da Saúde do Trabalhador de Enfermagem: promovendo a qualidade de vida no trabalho [Projeto de Pesquisa]. São Paulo: EEUSP/FAPESP; 2004.