**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

SEVERINA MARIA DA SILVA

**Informações sobre direitos, responsabilidades, deveres e
benefícios de trabalhadores de enfermagem de hospitais
de Recife-PE**

RIBEIRÃO PRETO

2005

SEVERINA MARIA DA SILVA

**Informações sobre direitos, responsabilidades, deveres e
benefícios de trabalhadores de enfermagem de hospitais
de Recife-PE**

**Tese apresentada ao Programa
Interunidades de Doutorado em
Enfermagem da Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de
São Paulo, para obtenção do título de
Doutorado em Enfermagem.**

**Orientadora: Profª Drª Maria Lúcia do
Carmo Cruz Robazzi**

**RIBEIRÃO PRETO
2005**

FICHA CATALOGRÁFICA

Silva, Severina Maria da

Informações sobre direitos, responsabilidades, deveres e benefícios de trabalhadores de enfermagem de hospitais de Recife-PE. Ribeirão Preto, 2005.

178 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Orientadora: Robazzi, Maria Lúcia do Carmo Cruz .

1. trabalhador de enfermagem; 2. direito do trabalhador; 3. saúde do trabalhador.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Severina Maria da Silva

Informações sobre direitos, responsabilidades, deveres e benefícios de trabalhadores de enfermagem de hospitais de Recife-PE.

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutorado em Enfermagem.

Orientadora: Profª Drª Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi

Aprovado em:

Banca Examinadora

Profª Drª Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi - Orientadora

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Assinatura:

Profª Drª Maria Helena Palucci Marziale

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Assinatura:

Profª Drª Maria Yvone Chaves Mauro

Instituição: Faculdade de Enfermagem – UFRJ

Assinatura:

Prof. Dr José Arnaldo Viana Cioni

Instituição: Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – USP

Assinatura:

Profª Drª Vera Lúcia Navarro

Instituição: Faculdade de Filosofia Ciência e Letra de Ribeirão Preto - USP

Assinatura:

DEDICO ESTE TRABALHO

*A DEUS DO MEU CORAÇÃO,
PELA GRAÇA DA VIDA
DO AMOR
DA ILUMINAÇÃO
DA INTELIGÊNCIA
DA FÉ
DA PERSEVERANÇA
DA SOLIDARIEDADE
DA BOA VONTADE
DA RESIGNAÇÃO, NOS MOMENTOS DE PERDAS
DE SUA PRESENÇA, CONSTANTE EM CADA SEGUNDO EM MINHA VIDA.*

*AOS MEUS PAIS (IN MEMÓRIAM):
PEDRO PAULO DE SANTANA, POR TER PLANTADO A SEMENTE COM MUITO
AMOR;
BENEDITA MARIA DA SILVA, PELA COLHEITA DO FRUTO AMADO COM
VERDADEIRA ADORAÇÃO E ABNEGAÇÃO;
VALDEMIRO LUIZ DA SILVA, POR TODO AMOR E ENSINAMENTO NO
AMADURECIMENTO DO FRUTO.*

AGRADECIMENTOS

A DEUS DO MEU CORAÇÃO PELO DOM DA VIDA.

AOS MEUS PAIS QUE COM SEUS EXEMPLOS DE VIDA ME ENSINARAM O CAMINHAR COM VERDADE, HUMILDADE, HONESTIDADE, JUSTIÇA E AMOR.

A MINHA AMIGA E IRMÃ Jael, por ter me indicado o caminho.

A FUNCIONÁRIA DA PÓS-GRADUAÇÃO, MARTA, pela sua atenção e presteza em me enviar o Fôlder e Sônia, pela gentileza e boa vontade em me procurar e esclarecer, na seleção dos documentos.

AS AMIGAS E IRMÃS, Fátima Aarão, Regina e Maria Gorete pela solidariedade do acolhimento, da torcida, do companheirismo, do colo nos momentos de saudades.

A Dona Linda, por ter sido mãe substituta, com carinhos e cuidados nos momentos necessários.

Ao Sr. Cleber, pela gentileza e ombro amigo desde o primeiro encontro.

A minha tia Joana, pelo carinho, apoio, compreensão, orações e saudades pela separação para a construção deste.

A minha prima, amiga e irmã do coração, Dezuite, pelo amor, preocupação, incentivo, participação e confiança na minha vitória.

A minha irmã Vera Lúcia, pela sua simplicidade, carinho e amor em acreditar que sou sempre sucesso.

Ao meu irmão Nelson Luiz, pelo amor, cuidado, orgulho, vaidade e certeza das minhas vitórias.

A meus sobrinhos: Paulo Roberto, Sílvia Fernanda, Simony Fernanda e Amanda Raíssa, por ser meus sobrinhos amados e me ter como exemplo a seguir.

A minha cunhada Julinda, pelo querer bem e admiração.

Ao meu cunhado querido Marcos por tudo de bom que é você em nossas vidas e suas filhas Thaíz e Laíz pela admiração, carinho.

A EDINHO E DIELZA, PELA ATENÇÃO E COLABORAÇÃO.

*A HELENA PELA COMPREENSÃO, PACIÊNCIA E COLABORAÇÃO COM A MINHA MÃE NA
MINHA AUSÊNCIA PARA A CONSTRUÇÃO DESTA.*

*A SEGUNDA FAMÍLIA E MINHAS AMADAS AMIGAS DO HOSPITAL AGAMENON
MAGALHÃES, PELO APOIO E TORCIDA, CONFIANDO QUE VIM REALIZAR OS “SONHOS DE
TODAS NÓS.”*

*A AMIGA IRMÃ CEÇA, PELA GRANDE AMIZADE QUE NOS ENVOLVE E AJUDA COM SEU
EXEMPLO DE VIDA.*

*A FAMÍLIA DUTRA ZENAIDE, FRANCISCO, CIBELY, RODRIGO, CLARISSA, LUCIANO,
CÍNTIA, ZULEIDE E CECINHA, PELA FORÇA, APOIO E CARINHO.*

*A SUZI, LUCIANA, VAVÁ, WELINGTON E GABRIEL, POR TODA ATENÇÃO E CARINHO.
AOS MEUS ALUNOS QUE REFORÇAM MINHA CONVICÇÃO DE QUE O CONHECIMENTO É O
ÚNICO CAMINHO PERMANENTE E SEGURO PARA O CRESCIMENTO.*

À DIREÇÃO DA FUNESO, PELA LIBERAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO DOUTORADO.

*A MINHA AMIGA TRAP PELA AMIZADE E TOTAL CONFIANÇA QUE SUA NEGUINHA É
CAPAZ.*

*AO MEU AMIGO EDSON, POR SER GRATO AS MINHAS ORIENTAÇÕES, PELO SEU
CARINHO, ATENÇÃO, AMOR E CONSIDERAÇÃO.*

*AO MEU AMIGO CLÉBIO, PELAS ORIENTAÇÕES DO PROCESSO DE LIBERAÇÃO E TORCER
PELA MINHA VITÓRIA.*

*AO AMIGO PROF. DR. MÚCIO POR TODO APOIO, ATENÇÃO E BOA VONTADE, A MIM
DISPENSADA NO PROCESSO DE LIBERAÇÃO.*

A AMIGA IRMÃ SOLANGE POR TUDO QUE SOMOS E AMAMOS.

A GRAÇA MELO POR SEMPRE ESTÁ PRESENTE NOS MOMENTOS NECESSÁRIOS.

*A AMIGA DR^a LEDA PELAS DICAS AO TELEFONE, OPINIÕES AS CONSULTAS DE DIREITO
DO TRABALHO.*

*AO DR JOÃO LUIZ NORBERTO LIMA E FAMÍLIA, PELA GRANDE COLABORAÇÃO NA
CONSTRUÇÃO DOS INSTRUMENTOS E TORCIDA PELO MEU SUCESSO.*

A DR^a GILVANIZE SILVA, PELO INCENTIVO.

A PROF^a DR^a MARIA LÚCIA DO CARMO CRUZ ROBAZZI, PELA SABEDORIA, CONFIANÇA, MOTIVAÇÃO, BOA VONTADE QUE ORIENTOU O PERCURSO DESTE TRABALHO; E POR VOCÊ EXISTIR E SER ESSE SER HUMANO MARAVILHOSO, ME DISPENSANDO CARINHO, PREOCUPAÇÃO, COMPREENSÃO, CUIDADO, APOIO, COMPANHIA E INCENTIVO, PRESENTES EM TODOS OS MOMENTOS DA CONSTRUÇÃO DESTE TRABALHO, INCLUSIVE NO PERCURSO DA ENFERMIDADE E PERDA DA MINHA MÃE.

À PROF^a DR^a MARIA HELENA PALUCCI MARZIALE, PELA ATENÇÃO, SUGESTÕES E CONTRIBUIÇÕES DISPENSADAS NA QUALIFICAÇÃO E PRÓ-FORMA, COM SUA CAPACIDADE PROFISSIONAL QUE MUITO ENRIQUECEU ESTE TRABALHO.

AO PROF. DR. VANDERLEI JOSÉ HAAS, PELA SUA DEDICAÇÃO, RESPONSABILIDADE, ATENÇÃO E DISPONIBILIDADE NA ORIENTAÇÃO ESTATÍSTICA, NA CONSTRUÇÃO DESTE TRABALHO, DA QUALIFICAÇÃO À CONCLUSÃO.

PROF^a DR^a MARIA DAS GRAÇAS BONFIM, PELA SUA COMPREENSÃO, HUMANIDADE, CARINHO E RESPEITO A TODOS PÓS - GRADUANDO, ESPECIALMENTE OS QUE VÊM DE LONGE.

ÀS PROF^{as} DR^{as} VANDA ELISA FELLI, MARIA HELENA E PAULINA KURCGANT, PELA COMPETÊNCIA, ATENÇÃO E CARINHO QUE ME DISPENSARAM, PRINCIPALMENTE NOS MOMENTOS DIFÍCEIS DA ENFERMIDADE DA MINHA GENITORA.

AO PROF. DR JOSÉ ARNALDO VIANA CIONI, PELA ATENÇÃO, PRESTEZA E SUGESTÕES DA QUALIFICAÇÃO E PRÓ-FORMA.

À PROF^a DR^a MARIA YVONE CHAVES MAURO, PELA ATENÇÃO, SUGESTÕES E COLABORAÇÃO, ESPECIALMENTE NO PRÓ-FORMA.

À PROF^a DR^a VERA LÚCIA NAVARRO, PELA ATENÇÃO E GENTILEZA EM ACEITAR O CONVITE .

À PROF^a DR^a ENEIDA CORRÊA MELO DE ARAÚJO, PELA ACOLHIDA CARINHOSA, SIMPATIA, PACIÊNCIA, COM A MINHA PRESENÇA (ÚNICA ENFERMEIRA) NA DISCIPLINA DIREITO INDIVIDUAL DO TRABALHO E NA ORIENTAÇÃO DO CAPÍTULO PRINCÍPIO DE PROTEÇÃO DO TRABALHADOR NO DIREITO DO TRABALHO.

A TODOS OS PROFESSORES DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP, QUE COMPARTILHARAM SEUS SABERES PARA A CONSTRUÇÃO DESSE TRABALHO.

AS MINHAS AMIGAS DEOLINDA E LURDES DA SALA DE LEITURA GLETE DE ALCÂNTARA, PELA
DISPONIBILIDADE, CARINHO E ATENÇÃO COM QUE ME ATENDIAM.

ÀS FUNCIONÁRIAS DA PÓS-GRADUAÇÃO KETHLEEN, MARTA, SÔNIA e CARLA, POR TODA
ATENÇÃO E CARINHO QUE SEMPRE ME DISPENSARAM.

ÀS FUNCIONÁRIAS DO DEGE ELIANA E EDILANE PELA SIMPATIA , ATENÇÃO E PRESTEZA QUE ME
ATENDIAM.

AOS FUNCIONÁRIOS DA PORTARIA CIDA, OSMARINA, SEVERINO PELO CARINHO E SIMPATIA.

ÀS FUNCIONÁRIAS DOS SERVIÇOS GERAIS, EM SUA SIMPLICIDADE ME DISPENSAVAM ATENÇÃO E
SORRISOS.

ÀS MINHAS AMIGAS DA LANCHONETE SILVANA E MAGALI, POR CONFIAREM EM MIM NO PRIMEIRO
CONTATO E CARINHO NO CAMINHAR DESSA TRILHA.

À MARTA E SUAS FUNCIONÁRIAS (XEROX) PELA PRESTEZA E SIMPATIA.

AO COORDENADOR DE PÓS GRADUAÇÃO DA FACULDADE DE DIREITO DE RECIFE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO DRº RAIMUNDO JULIANO, PELO ACEITE COMO ALUNA
ESPECIAL.

AOS FUNCIONÁRIOS DA PÓS-GRADUAÇÃO DE DIREITO, CARMINHA.

ÀS AMIGAS DE TURMA DO DOUTORADO 8/2002, ZÉLIA, SÔNIA, RAIMUNDA, BETHE, LIZ,
JACILEIDE, PELA DIVISÃO DOS BONS E RUINS MOMENTOS NESTA CAMINHADA.

AOS COLEGAS DA TURMA DIREITO INDIVIDUAL DO TRABALHO 3/2004 ENOQUE, RAMON,
SANDRA, CARMEM, INEZ, CARLA, FERNANDO, EDUARDO E CARLOS PELA RECEPTIVIDADE E
TROCAS DE SABERES.

A JANINHA A FILHA DO ESPÍRITO E CORAÇÃO PELA DEDICAÇÃO, ZELO E CARINHO
NO COMPARTILHAR NOSSOS MOMENTOS NESSE DIFÍCIL CAMINHAR.

À CRISTIANE SILVEIRA, PELA AJUDA IMPORTANTE NO MOMENTO CERTO E AOS SEUS
PAIS PELO ACOLHIMENTO.

A LUCÍÁ, UM ANJO QUE DEUS COLOCOU NA MINHA VIDA, NO EXATO MOMENTO EM QUE
ACHAVA QUE O CANSAÇO IA VENCER.

A ROSE E ÁUREA PELA AMIZADE, COMPANHEIRISMO E OPORTUNIDADE DE
CRESCIMENTO NAS DIFERENÇAS.

AOS MÉDICOS DRº JOÃO MANUEL E JOÃO JORGE, PELO PROFISSIONALISMO E DESVELO
QUE CUIDARAM DA MINHA SAÚDE.

AOS COMITÊS DE ÉTICAS E DIRETORES DOS HOSPITAIS PESQUISADOS.

AOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM QUE ACEITARAM PARTICIPAR DA PESQUISA.

A TODOS OS AMIGOS QUE SEMPRE ESTÃO PRESENTES, TORCENDO E ACREDITANDO.

A TODOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM, QUE AO DESENVOLVEREM SUAS

ATIVIDADES PROFISSIONAIS, ESQUECEM QUE SÃO HUMANOS, SE DOANDO PARA O

BEM DO PRÓXIMO, ESQUECENDO DE SI, ONDE ENCONTREI INSPIRAÇÃO PARA A

CONSTRUÇÃO DESTA.

O operário em construção

Era ele que erguia casas
Onde antes só havia chão,
Como um pássaro sem asas
Ele subia com as casa
Que lhe brotavam da mão.
Mas tudo desconhecia
De sua grande missão:
Não sabia, por exemplo
Que a casa de um homem é um templo
Um templo sem religião
Como tampouco sabia
Que a casa que ele fazia
Sendo a sua liberdade
Era a sua escravidão.

Vinícius de Moraes

RESUMO

SILVA, S. M. Informações sobre direitos, responsabilidades, deveres e benefícios de trabalhadores de enfermagem de hospitais de Recife, PE. 2005. 178f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

Este estudo transversal, não experimental do tipo survey, objetivou analisar a relação de trabalho entre os trabalhadores de enfermagem de duas instituições hospitalares da cidade de Recife, Pernambuco e as informações que eles possuem quanto aos seus direitos, responsabilidades, deveres e benefícios. Os dados foram coletados através de entrevistas realizadas com trabalhadores de um hospital público e um privado e observação não participante da pesquisadora no período de maio a setembro de 2004. Após a coleta e a análise dos dados constatou-se que: no total dos 324 sujeitos das duas instituições, a predominância é do sexo feminino (92,6%), com pessoas mais velhas na instituição pública e predomínio de sujeitos com o segundo grau completo (66%). A instituição pública apresenta maior número de enfermeiros (29,8%) e a particular maior número das outras categorias de enfermagem. Nos dois hospitais, constatou-se trabalhadores exercendo outras funções além daquelas possíveis pela sua formação profissional; em relação ao cargo a grande maioria dos trabalhadores (96,6%) assume o cargo no qual foi contratado. Em ambas as instituições, os sujeitos trabalham mais nas enfermarias (44,1%); quanto ao tempo de serviço institucional, no cargo e na função houve predomínio de trabalhadores entre 0 e 5 anos. O tipo de contrato de trabalho existente é o regime jurídico único no hospital público e no particular o contrato de trabalho é regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas. No que se refere ao fato

de identificar quais os programas de promoção à saúde do trabalhador existentes nos hospitais, os entrevistados informaram, em sua maioria (51,9%) a existência de CIPA. Quando indagados sobre seus direitos, conseguiram identificá-los em sua maioria , com percentuais entre 59,3% e 96.6%; quanto aos seus deveres, identificam-nos como tais com percentuais entre 51,9% e 75,1% e os confundem, particularmente, com as suas responsabilidades. No que se refere as suas responsabilidades, não conseguem identificá-las com adequacidade, apresentando valores entre 22,5% e 47,2%, confundindo-as com seus deveres, à exceção da responsabilidade por erro cometido. Em relação aos benefícios, em sua totalidade, os confundem, principalmente com seus direitos, alcançando valores de acertos entre 14,2% e 48,8%. Os trabalhadores não acertaram muitas das respostas, confundindo direitos, responsabilidades, deveres e benefícios, o que evidencia a sua vulnerabilidade enquanto cidadão e trabalhador. Ensinamentos sobre temáticas voltadas ao trabalho – no caso os direitos, responsabilidades, deveres e benefícios dos trabalhadores deveriam ser ministrados desde os seus cursos de formação e reforçados em programas de educação continuada existentes nas instituições que os empregam. Sugestões são feitas no sentido que as informações sobre direitos, deveres, responsabilidades e benefícios sejam socializadas entre trabalhadores, dando-lhes oportunidades do real exercício da cidadania.

Palavras-chave: trabalhador de enfermagem; direito do trabalhador; responsabilidade do trabalhador; benefício do trabalhador; dever do trabalhador; saúde do trabalhador

SILVA, S. M. Information about rights, responsibilities, duties and benefits among hospital nursing workers in Recife, PE. 2005. 178f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

This cross-sectional, non experimental survey aimed to analyze the work relation among nursing workers at two hospital institutions in Recife – PE, Brazil and the information they possess about their rights, responsibilities, duties and benefits. Data were collected through interviews with workers at one public and one private hospital, as well as non participant observation by the researcher between May and September 2004. After data collection and analysis, it was observed that women predominated (92,6%) among the 324 subjects in the two institutions, with older persons at the public institution, and a predominance of people who had not finished secondary education (66%). The public institution employed a higher number of nurses (29,8%), while the private hospital revealed a greater quantity of other nursing categories. At the two hospitals, workers performed other functions apart from what they could perform through their professional training; a large majority of the workers (96,6%) assumed the post they were hired for. At both institutions, subjects worked more at the wards (44,1%); there was a predominance of workers who had spent between 0 and 5 years on the job and in their current function. The existing employment contract was the single legal system at the public hospital while, at the private institution, employment contracts were ruled by the Consolidation of Labor Laws. With respect to identifying what occupational health promotion programs existed at the hospitals, most of the interviewees (51,9%) mentioned the existence of an Internal Accident Prevention Commission. When questioned about their rights,

they managed to identify most of them, with percentage scores ranging from 59,3% to 96,6%; in terms of duties, these were identified with scores from 51,9% to 75,1%, and particularly mixed up with responsibilities. Participants did not manage to identify their responsibilities adequately, with scores ranging from 22,5% to 47,2%, and mixed them up with their duties, except for the responsibility in case of error. What their benefits is concerned, participants mainly mixed them up with their rights, with correct answers ranging from 14,2% to 48,8%. Workers gave many incorrect answers, mixing up rights, responsibilities, duties and benefits, which demonstrates their vulnerability as citizens and workers. Information about work-related issues – in this case workers' rights, responsibilities, duties and benefits must be offered in their training courses and reinforced in permanent education programs in their employment institutions. This study suggests that information about rights, duties, responsibilities and benefits should be socialized among workers, giving them the opportunity to actually exercise their citizenship.

Key words: nursing professional; professional rights; professional responsibility; professional benefit; professional duty; occupational health.

SILVA, S. M. **Informaciones sobre derechos, responsabilidades, deberes y beneficios de trabajadores de enfermería de hospitales de Recife, PE.** 2005. 178f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

La finalidad de este estudio transversal, no experimental del tipo *survey* fue analizar la relación de trabajo entre los trabajadores de enfermería de dos instituciones hospitalarias localizadas en Recife - PE, Brasil y las informaciones que poseen con respecto a sus derechos, responsabilidades, deberes y beneficios. Los datos fueron recopilados a través de entrevistas realizadas con trabajadores de un hospital público y un privado y observación no participante por la investigadora en el período de Mayo a Septiembre de 2004. Tras la recopilación y el análisis de los datos, se constató que: en el total de 324 sujetos de las dos instituciones predomina el género femenino (92,6%), con personas mas viejas en la institución pública y predominio de sujetos con educación secundaria incompleta (66%). La institución pública presenta mayor número de enfermeros (29,8%) y la particular mayor número de las otras categorías de enfermería. En los dos hospitales, se constató que trabajadores ejercían otras funciones además de aquellas posibles por su formación profesional; respecto al cargo, la gran mayoría de los trabajadores (96,6%) asume el cargo en que fue contratado. En ambas instituciones, los sujetos trabajan más en las enfermerías (44,1%); predominaron los trabajadores con tiempo de servicio institucional en el cargo y en la función entre 0 y 5 años. El tipo de contrato de trabajo existente es el régimen jurídico único en el hospital público mientras, en el particular, el contrato de trabajo es regido por la Consolidación de las Leyes del Trabajo. Con respecto al hecho de identificar cuales son los programas de

promoción a la salud del trabajador existentes en los hospitales, la mayoría (51,9%) de los entrevistados informó que existe una Comisión Interna de Prevención de Accidentes. Al ser inquiridos sobre sus derechos, los entrevistados consiguieron identificar la mayoría de ellos, con porcentajes entre el 59,3% y el 96,6%; respecto a sus deberes, los identifican como tales con porcentajes entre el 51,9% y el 75,1% y los confunden, particularmente, con sus responsabilidades. Con relación a sus responsabilidades, no logran identificarlas de manera adecuada, presentando valores entre el 22,5% y el 47,2%, confundiéndolas con sus deberes, excepto la responsabilidad por error cometido. Respecto a los beneficios, en su totalidad, los confunden principalmente con sus derechos, alcanzando valores de aciertos entre el 14,2% y el 48,8%. Los trabajadores no acertaron muchas de las respuestas, confundiendo derechos, responsabilidades, deberes y beneficios, lo que evidencia su vulnerabilidad como ciudadano y trabajador. Enseñamientos sobre temáticas dirigidas al trabajo – en este caso los derechos, responsabilidades, deberes y beneficios de los trabajadores deberían ser ministrados desde sus cursos de formación y reforzados en programas de educación continuada existentes en las instituciones que los emplean. Se hace sugerencias en el sentido de que las informaciones sobre derechos, deberes, responsabilidades y beneficios sean socializadas entre trabajadores, dándoles oportunidades del verdadero ejercicio de la ciudadanía.

Palabras-clave: trabajador de enfermería; derecho del trabajador; responsabilidad del trabajador; beneficio del trabajador; deber del trabajador; salud del trabajador

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição de trabalhadores de enfermagem de dois hospitais, quanto ao sexo, faixa etária e escolaridade. Recife, PE, maio - setembro de 2004 (n=324).....	90
Tabela 2	Distribuição de trabalhadores de enfermagem de dois hospitais quanto aos dados profissionais. Recife (PE), maio- setembro de 2004 (n=324).....	92
Tabela 3	Distribuição de trabalhadores de enfermagem de dois hospitais quanto à identificação dos programas de promoção à saúde. Recife, PE, maio - setembro de 2004 (n=324).....	96
Tabela 4	Distribuição de trabalhadores de enfermagem de dois hospitais quanto ao que identificam como seus direitos. Recife, PE, maio - setembro de 2004 (n=324).....	99
Tabela 5	Distribuição de trabalhadores de enfermagem de dois hospitais quanto ao que identificam como seus direitos. Recife, PE, maio - setembro de 2004 (n=324).....	101
Tabela 6	Distribuição de trabalhadores de enfermagem de dois hospitais quanto ao que identificam como seus deveres. Recife, PE, maio - setembro de 2004 (n=324).....	103
Tabela 7	Distribuição de trabalhadores de enfermagem de dois hospitais quanto ao que identificam como seus deveres. Recife, PE. maio - setembro de 2004 (n=324).....	106
Tabela 8	Distribuição de trabalhadores de enfermagem de dois hospitais quanto ao que identificam como suas responsabilidades. Recife, PE, maio - setembro de 2004 (n=324).....	109
Tabela 9	Distribuição de trabalhadores de enfermagem de dois hospitais quanto ao que identificam como benefícios. RECIFE, PE, maio - setembro de 2004 (n=324).....	112

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFILAPPE	Associação de Fissuras Lábios Palatais de Pernambuco
AMM	Associação de Mulheres Mastectomizadas
APAPFC	Associação Pernambucana de Apoio ao Paciente com Fibrose Cística
APD	Associação Pernambucana dos Diabéticos
AC	Antes de Cristo
AT	Acidente de Trabalho
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CH	Complexo Hospitalar
CAT	Comunicação de Acidente do Trabalho
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CE	Centro de Ensino
CNR	Centro Nacional de Referência
CFE	Conselho Federal de Enfermagem
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CFB	Constituição Federal Brasileira
EST	Engenharia de Segurança do Trabalho
EPI	Equipamento de Proteção Individual
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
LEP	Lei do Exercício Profissional
MPMT	Medidas Preventivas de Medicina do Trabalho
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NR	Norma Regulamentadora
NT	Nota Técnica
NACC	Núcleo de Apoio a Criança com Câncer

OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISMC	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher e da Criança
PEC	Programa de Educação Continuada
PIS	Programa de Integração Social
PRO	Programa de Renovação Organizacional
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
RJU	Regime Jurídico Único
SEESMET	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
SPRT	Sistema Integrado de Prevenção de Riscos do Trabalho
SUS	Sistema Único de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UA	Unidade de Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal
UNCEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	22
2. OBJETIVOS	27
2.1. Objetivo Geral.....	28
2.2 Objetivos Específicos.....	28
2.2.1. Caracterizar os trabalhadores.....	28
2.2.2. Identificar.....	28
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	29
3.1 O Hospital e sua história.....	30
3.2 Processo de Trabalho e o Trabalho em Saúde.....	36
3.3 Processo de Trabalho da Enfermagem.....	38
3.4 Saúde do Trabalhador.....	52
3.5 O Ambiente de Trabalho Hospitalar e os Fatores de Riscos Ocupacionais	55
3.6 Princípio de Proteção do Trabalhador no Direito do Trabalho.....	59
3.7 Legislação e o Trabalho de Enfermagem.....	64
3.8 Direitos, Responsabilidades, Deveres e Benefícios do Trabalhador.....	72
4. METODOLOGIA.....	79
4.1 Tipo de Estudo.....	80
4.2 Local.....	80
4.2.1 Caracterização dos Hospitais.....	81
4.3 População e Amostra.....	84

4.4 Aspectos Éticos.....	85
4.5 Instrumentos.....	86
4.6 Período e Modo de Realização da Coleta de Dados.....	86
4.7 Análise e tratamento dos dados.....	87
5. RESULTADOS.....	89
6. DISCUSSÃO.....	114
7.CONCLUSÕES E SUGESTÕES.....	146
REFERÊNCIAS	152
APÊNDICE.....	170
ANEXOS.....	179

1. INTRODUÇÃO

No cotidiano como enfermeira docente assistencial, atuando na cidade de Recife, estado de Pernambuco, sempre me pareceu insatisfatório o relacionamento empregatício das instituições de saúde e os seus trabalhadores em geral, especificamente, os de enfermagem, cujo objeto de trabalho é o ser humano.

Observei, em várias situações do cotidiano, que os trabalhadores de enfermagem, algumas vezes, realizam suas atividades estando doentes, mas procuram cumprir a integralidade de sua carga horária. Entre vários problemas observados, é grande o número dos que desconhecem seus direitos trabalhistas, como, por exemplo, o de usufruir a licença-maternidade, acreditando que se a usufruírem por alguns dias, perdem a carência do período de ficar em casa com os filhos recém-nascidos. Muitas vezes são direcionados a tirar licença-maternidade, até um mês antes do parto e com isto diminuem o tempo útil de prestar cuidados aos recém-natos. Por outro lado, com tal exigência, as instituições hospitalares previnem-se de problemas em sua produtividade, o que acontece com os dias concedidos aos afastamentos.

Por vezes, as férias são usadas para tratamento de saúde, para evitar prejuízo no tempo de aposentadoria e/ou perda do emprego; quando acontece a adoção de uma criança, em geral, é desconhecida a existência do direito à licença-maternidade. Na legislação brasileira, aos que estudam, lhes é concedido o direito aos afastamentos nos dias de provas, inclusive nas de vestibular, sem perda de salários e repouso remunerado; quem trabalha como diarista de seis horas deve fazer um descanso de quinze minutos e quem trabalha oito horas, tal descanso deve ser de duas horas. Para quem é plantonista, ou seja, trabalha 12 horas seguidas, ou no período diurno ou noturno, há a exigência de um local limpo e seguro, para o período de refeições, com uma hora de descanso, um local para repouso, banheiros,

vestiários, armários, camas com colchões, travesseiros, lençóis, entre outros direitos (BRASIL, 2002). Entretanto observa-se também que é cobrado do trabalhador alimentar-se e voltar rapidamente às tarefas; às vezes, o plantão está calmo dando-lhe oportunidade de descansar um pouco, porém não existe um local de repouso para tal.

A Norma Regulamentadora (NR) 32, destinada à proteção dos trabalhadores dos estabelecimentos de saúde ainda não foi implementada, encontrando-se em fase de rediscussão junto ao Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) (ROBAZZI e MARZIALE, 2004). Portanto, várias das situações indesejáveis que poderiam ser solucionadas com a aplicação desta NR, ainda estão sem uma solução apropriada.

No meu local de atuação, o acidente de trabalho (AT) é outro aspecto desconhecido ou pouco esclarecido, entre a enfermagem, cuja prevenção é uma das atribuições da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA). No caso dos trabalhadores de enfermagem, a experiência mostra que, quando se acidentam, resolvem o problema no próprio setor de trabalho, com soluções paliativas, sem uma maior preocupação com o fato daquele acidente poder lhes trazer consequências graves, deixando-os sem a devida cobertura legal, principalmente em caso de invalidez permanente, que lhes dá o direito de aposentadoria com a integridade dos vencimentos. Essa situação dificulta também um estudo estatístico seguro das causas mais freqüentes de AT, bem como das ocorrências de doenças relacionadas ao trabalho, essas então ainda mais desconhecidas e subnotificadas.

Há situações que deveriam ser regulares e que, entretanto, raramente são encontradas nos ambientes ocupacionais onde os trabalhadores da saúde e, especificamente, os de enfermagem trabalham, tais como: inspeções periódicas no local das máquinas e dos equipamentos, avaliação dos parâmetros estabelecidos

pelo MTE em relação ao ambiente laboral; correção das distorções encontradas; preocupação com aspectos relacionados à saúde e segurança no trabalho, entre outras. Essas atribuições fazem parte do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SEESMET) ou de órgão similar, que deve existir nas empresas, mas às vezes não atua eficientemente nos hospitais (BRASIL, 2002).

No cotidiano, o trabalhador de enfermagem costuma procurar o médico do trabalho, só quando está precisando de um atestado ou quando é ameaçado da retenção do seu salário. Não lhe é clara a necessidade de exames periódicos para a prevenção de doenças e a importância de às vezes necessitar trocar de ambiente e horário de trabalho, sem ter que pedir para a gerência esse direito, como se fosse um favor, quase sempre negado.

Essas são algumas das situações que fui observando durante anos de exercício profissional e de contato próximo com o exercício da enfermagem hospitalar. com a enfermagem. Continuá-las enumerando tornar-se-ia desnecessário e, certamente, não traria resultados concretos para as correções dos problemas. Parece não ser interessante, para as instituições patronais, que o trabalhador tenha muitas informações sobre os seus direitos e benefícios (XELEGATI e ROBAZZI, 2003).

Em contínua busca do conhecimento, como ideal de uma melhor qualificação profissional, tanto para acompanhar a evolução na minha área de atuação, buscando levar aos alunos o melhor do meu conhecimento, como para poder contribuir para a melhoria da minha profissão, aprofundo o conhecimento, nesse tema, buscando identificar alguns aspectos existentes do relacionamento das instituições hospitalares com seus trabalhadores de enfermagem.

Diante do exposto até então, acreditando no pressuposto de que os trabalhadores da área da saúde e particularmente os de enfermagem desconhecem os seus direitos, benefícios, deveres e responsabilidades, elaborei a presente pesquisa: há desinformações sobre direitos, benefícios, deveres e responsabilidades, por parte dos trabalhadores de enfermagem, considerando-se o fato que eles carecem de outras informações importantes relacionadas aos seu trabalho. A finalidade dessa pesquisa é, então, investigar quais os **direitos e deveres, responsabilidades e benefícios** que os trabalhadores de enfermagem identificam como lhes sendo próprios, para o exercício de seu trabalho nas instituições de saúde hospitalar.

Na literatura científica pesquisada, não foram encontradas referências que tratem o tema em tela. Esse assunto é relevante, pelo interesse de se identificar a relação do vínculo empregatício entre os trabalhadores de enfermagem e os hospitais, enquanto instituições patronais e averiguar o que esses trabalhadores identificam como sendo seus direitos, deveres, benefícios e responsabilidades. Com isso pretendo contribuir para uma reflexão desses aspectos na prática da enfermagem, bem como para o direcionamento de práticas educativas (formal e informal) para a conscientização do trabalhador de enfermagem.

Diante dessas considerações, os hospitais como instituições patronais deveriam dispensar maior atenção humanizada, sistematizada e contínua à saúde dos seus trabalhadores e que estes deveriam ser conhecedores dos seus direitos, deveres, responsabilidades e benefícios. Questiono, então:

Quais os tipos de contratos de trabalho existentes entre os trabalhadores de enfermagem e os seus empregadores?

Há programas ou incentivos, por parte desses empregadores, relacionados à

promoção à saúde disponibilizados aos trabalhadores de enfermagem?

Esses trabalhadores conhecem os seus direitos e benefícios, enquanto empregados dos estabelecimentos de assistência à saúde hospitalar?

Conhecem também os deveres e responsabilidades que devem realizar no cotidiano de seu trabalho?

O estudo, certamente, será de grande importância e trará subsídios aos cursos de graduação e cursos técnicos na área de enfermagem, contribuindo para aumentar as informações sobre o tema e assim, auxiliando a conscientizar os futuros trabalhadores dessa profissão.

No intuito de responder as indagações, anteriormente formuladas, traçou-se os objetivos que se seguem.

2. *OBJETIVOS*

Diante dos questionamentos apresentados, elaboraram-se para o presente estudo os seguintes objetivos:

2.1. Objetivo Geral

Identificar as informações que trabalhadores de enfermagem possuem quanto aos seus direitos, deveres, benefícios e responsabilidades.

2.2. Objetivos Específicos

2.2.1. Caracterizar os trabalhadores de enfermagem em relação a seus dados de identificação pessoal e profissionais.

2.2.2. Identificar:

- o tipo de contrato de trabalho dos trabalhadores de enfermagem de hospitais da cidade do Recife, Pernambuco
- os programas de promoção à saúde direcionados aos trabalhadores de enfermagem nos hospitais.
- as informações que esses trabalhadores possuem sobre seus direitos, deveres, responsabilidades e benefícios.

3. *REVISÃO DA LITERATURA*

3.1. O hospital e sua história

Até o século XVIII, os hospitais eram depositários de pessoas doentes abandonadas para morrer, sob o poder de religiosos. Os grandes médicos realizavam consultas privadas e adquiriam prestígio por curas espetaculares. Os que atendiam nos hospitais eram geralmente sem prestígio e subordinados aos religiosos, a medicina da época era independente e realizada fora deste local (FOUCAULT, 2002).

Nesse contexto, o personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não era o doente que precisa de cura, mas o pobre que estava morrendo; em algumas civilizações, era preciso limpar a cidade, afastar as epidemias da burguesia, esconder o que não agradava aos olhos. Era “lugar de internamento, onde se justapunham e se misturavam doentes, loucos, devassas e prostitutas. Uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparecia.” (RIBEIRO, 1993).

O corpo anatomopatológico, investido político e socialmente como força de trabalho, não foi o primeiro objeto de medicalização, isto é, “não foi a princípio, como força de produção que o corpo foi atingido pelo poder médico”. (FOUCAULT, 2002).

Na formação médica não se incluía nenhuma experiência hospitalar; a existência desses profissionais era para os ricos tratados em clãs; sua prática limitava-se à observação do doente e do curso da enfermidade, no sentido de lhe favorecer a ação da natureza. Na prática médica, não havia a organização de um saber hospitalar, como também nada, na organização do hospital, necessitava da sua intervenção.

A medicina clínica, individual, da força do trabalho, foi o terceiro modelo ou direção que vinha se desenvolvendo na Alemanha, França e Inglaterra, desde o

século XVIII, com a idéia de uma medicina social, articulada de modo adverso em cada um desses países (FOUCAULT, 2002).

A primeira direção da medicina social apareceu na Alemanha, no século XVIII, quando o Estado alemão começou a acumular conhecimentos para assegurar o seu pleno funcionamento. Até o século XIX, a Alemanha era unicamente uma justaposição de quase-estados, pequenas unidades pouco estatais com freqüentes conflitos e afrontamentos, dificultando o seu desenvolvimento e estagnando sua economia. Os problemas de saúde foram considerados, com o fim de melhorar e aumentar a população para fortalecer o Estado. Com a adoção da medicina de Estado, alcançou-se uma noção de prática médica denominada *Polícia Médica*, por controlar os fenômenos epidêmicos ou endêmicos observados, além de normalizar a prática e o saber médico. O Estado desenvolveu-se e chamou para si o direito de interferir nos assuntos individuais das pessoas, assegurando ao seu povo maior bem-estar e segurança. Nesse sentido a formação de uma força de trabalho, adaptada às necessidades das indústrias que se desenvolveram, fez com que a medicina se aperfeiçoasse e ampliasse.

A França desenvolveu um modelo de medicina, baseado no fenômeno de urbanização, com o objetivo, primeiramente, de organizar o espaço das cidades para evitar o aparecimento de doença e de fenômenos epidêmicos em locais de aglomeração; essa medicina foi mais científica e estudou os melhores métodos de arejamento para favorecer a circulação do ar e, com isso, propiciar um bom estado de saúde da população, com a elaboração do primeiro plano hidrográfico de Paris, em 1742 (MENDES, 2003).

Na Inglaterra desenvolveu-se uma nova forma de medicina social, essencialmente na *Lei dos Pobres*, com o objetivo de proteger os ricos contra os

fenômenos epidêmicos da cólera, oriundos da classe pobre. A medicina social inglesa possibilitou assim um “controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas.” (PIRES, 1998).

No final do século XVIII, o hospital caracteriza-se como instrumento terapêutico; as visitas e observações eram sistemáticas e comparadas. Esta transformação de morredouro para instrumento terapêutico ocorreu pelos mecanismos disciplinares e pela transformação do saber médico. “*A disciplina é uma técnica de exercício de poder*” e, quando esta foi implantada nas organizações hospitalares, possibilitou que morredouros repugnantes fossem transformados em locais de cura e definição de poderes (RIBEIRO, 1993).

Houve necessidade de o governo organizar e dirigir os hospitais militares, com a finalidade de favorecer a cura dos soldados, por questões econômicas e militares, considerando-se que os gastos para o treinamento de um soldado eram elevados, não sendo interessante a sua morte por doença e sim por combate, iniciando-se a transformação do hospital. A partir daí, aflorou-se a necessidade de uma organização político-administrativa desta instituição, que se transformou no espaço necessário para vigiar os homens a não desertarem; curá-los para não morrerem de doenças; evitar que fingissem estar doentes, quando já estavam curados.

Seguindo o novo modelo de saúde, surge a reforma hospitalar no final do século XVIII, perdurando por todo o século XIX, iniciando-se a construção de uma medicina direcionada para o corpo anatomopatológico, passando então o hospital a ser um instrumento do trabalho médico para favorecer a cura, cujos objetivos eram recuperar individualmente a força de trabalho e controlar as doenças em escala

social, nas sociedades capitalistas.

Esse redimensionamento hospitalar deu-se então a partir de uma tecnologia política, que foi a disciplina dividida em quatro partes. A primeira delas foi à análise do espaço, ou seja, ocorreu à individualização deste espaço e a inserção dos corpos em um espaço individualizado, classificatório e combinatório. A segunda foi o controle sobre o desenvolvimento da ação e não mais apenas a observação dos resultados. A terceira consistiu na vigilância constante dos indivíduos; a quarta implicou em um registro contínuo de todos os acontecimentos hospitalares. Dessa forma foram introduzidos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital e isto possibilitou a sua medicalização (FOUCAULT, 2002).

As práticas médicas e de enfermagem encontram-se no mesmo espaço no hospital, apesar da última já estar presente, o pessoal de enfermagem ainda não tinha uma formação específica; a presença do poder médico no hospital passa a exercer autoridade sobre o pessoal de enfermagem (ALMEIDA e ROCHA, 1997).

No Brasil, o hospital surgiu no século XVI, com as Irmandades de Misericórdias, as Santas Casas, semelhantes às fundadas em Lisboa em 1498 e existentes até nos dias atuais (SILVA, 1986).

A partir da transformação do hospital, como objeto de medicalização, sua evolução não parou. Com as descobertas da fisiologia, bacteriologia, anestesia, antibiótico, especialização profissional, tecnologia de ponta, observa-se um progresso significativo no âmbito hospitalar, de forma a contribuir com o aumento da expectativa de vida das pessoas de um modo geral, acréscimo de vagas no mercado de trabalho e a colaboração com a formação profissional, através do oferecimento de seus campos de prática para os cursos da área de saúde, ajudando na evolução da pesquisa.

Tem sido o local preferencial onde o avanço científico e tecnológico exhibe maiores marcas, através da sofisticação de técnicas e requintes de equipamentos e outros insumos, absolutamente desejáveis como reflexo dos níveis de prosperidade e desenvolvimento de uma sociedade (PITA, 1991).

Com a rápida evolução técnico-científica, a qual exige a modernização do desenvolvimento econômico-social do mundo atual, o hospital passou a assumir a função de indústria hospitalar, sem, contudo, desmerecer seu papel social; não conseguiu desligar-se por inteiro da imagem de sacrifício, abnegação, filantropia e caridade (MENDES, 1979; SHAPIRO *et al*, 2000). Com atividade intensiva, funciona vinte e quatro horas por dia, trezentos e sessenta e cinco dias por ano, não sendo admissível a interrupção de suas atividades por férias coletivas e greves, entre outro e possui grande diversificação de mão-de-obra. Apesar do tipo de serviços prestados - assistência à saúde - paradoxalmente, parece não apresentar a necessária preocupação com os aspectos de proteção, promoção e manutenção da saúde de seus empregados, acarretando-lhes no trabalho hospitalar algumas repercussões negativas.

Esta instituição tornou-se grande e complicada, levando ao aparecimento de toda a coleção de trabalhos de “infra-estrutura”, sem os quais não pode funcionar, constituída por grande diversificação de mão-de-obra. Nos hospitais de grande porte, do servente ao superintendente, há, não menos, que 225 funções diferentes e é freqüentemente administrado por leigos em administração (GONÇALVES, 2002).

Não há que se negar que os hospitais têm finalidade lucrativa e terminam por ser empresas que atuam num mercado, cuja lucratividade encontra-se na prestação de serviços médico-hospitalares, subordinados às variáveis externas muito fortes, representadas principalmente pelo regime de tarifação pública e pelos preços dos

produtos industriais médicos comercializados. O caráter empresarial não é dado somente pela complexidade reconhecida, que requer obrigatoriamente uma administração profissional, mas os problemas gerenciais e financeiros são priorizados para elevar sua eficiência e qualidade assistencial. A ideologia produtiva da “empresa” percorre todos os hospitais, dos privados lucrativos aos públicos. Com a preocupação de se tornarem eficientes e competitivos, todos cortam despesas, restringem pessoal, elitizam clientela e adquirem novas roupagens organizacionais (RIBEIRO, 1993).

DRUCKER (1971) E RIBEIRO (1993) indica que a finalidade de uma empresa é criar consumidores; com tal finalidade a empresa tem duas funções básicas: “marketing” e inovação dos produtos que oferece.

Ser indústria (MENDES, 1979; SHAPIRO, 2000) ou ser empresa (DRUCKER, 1981; RIBEIRO, 1993; GONÇALVES, 2002), ambas podem ser consideradas colocações verdadeiras. Pela variedade de profissionais e por terem permanecer abertos ininterruptamente, entre outros aspectos, os hospitais enquadram-se nas características de indústrias; como viabilizadores de venda, consumo, empreendimento, complexidade de administração e outras, que são características de empresa, ambas as opiniões fundem-se no produto vendido ou produzido que é a saúde.

Nesse sentido, questiona-se: como deveria ser a conduta dispensada pelos hospitais, enquanto entidades patronais, aos trabalhadores de enfermagem? Como tantos outros, eles necessitam de ambiente seguro, confortável para repouso e alimentação; boas condições de trabalho com instalações organizacionais adequadas; salários justos, ampliações do conjunto de benefícios e incentivos, programas de lazer para que possam manter sua saúde, uma vez que objetivam

restaurar ou manter a saúde de sua clientela. Os hospitais, semelhante às indústrias, estão sempre preocupados com a produção, dentro de uma sociedade capitalista; o atendimento a essas necessidades envolve custos adicionais, o que gera obstáculo para a implantação de programas de qualidade de vida no trabalho. Os administradores destas empresas, incluindo os hospitais, esqueceu que a qualidade do produto, neste caso a cura do doente, depende muito da função e do significado ao trabalho (MAURO, 2004).

Em concordância, Leopardi *et al.* (1999) referem que o desenvolvimento do trabalho tende a colocar a discussão do acesso aos bens apenas sob o a ótica político-econômica e pessoas são tidas como meros objetos, cujo valor depende da variação de uma determinada moeda no mercado; a força do trabalho é paga pelo salário.

3.2 Processo de trabalho e o trabalho em saúde

Para MARX (1982), o processo do trabalho é constituído de três elementos: a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho; o objeto de trabalho e os seus instrumentos. No modo de produção capitalista, a produção não é apenas a de mercadorias, é essencialmente a da mais-valia.

Nesse sentido, diante das características do trabalho humano, que produz sempre face às necessidades sociais, por relacionar os homens através de seus produtos e conforme o grau de domínio que têm (ou deixam de ter) das condições de trabalho, o processo de trabalho humano é, antes de tudo, o mais, o de produção e de reprodução do homem social, historicamente determinado através da produção de bens e serviços (MENDES GONÇALVES, 1979).

O trabalho não é compreendido somente em sua dimensão mais operativa enquanto uma atividade, mas, como uma práxis que expõe a relação homem/mundo em um processo de mútua produção (MENDES GONÇALVES, 1992).

O processo de produção capitalista é recomposto em suas duas vertentes: como processo social e técnico, ou seja, de valorização e de trabalho. Sobre o processo de produção e saúde, tem-se que o de valorização, como geração de mais-valia, é realizado de duas formas: a produção da mais-valia absoluta e a da relativa (LAURELL, 1981 e 1989).

Na produção capitalista, em que o essencial é a produção de mais-valia, o processo de valorização somente pode ser materializado e decifrado no momento concreto de produção, ou seja, nos processos de trabalho (LAURELL & NORIEGA, 1989).

O processo de trabalho em saúde é o jogo de produção, consumo e necessidade peculiar, fazendo com que esteja sempre em estruturação, sobre o que é o padrão de seu produto final realizado e o modo de satisfação que o mesmo gera. O modelo liberal privatista tem sido responsável pela construção de uma determinada postura dos trabalhadores de saúde, que capitaneados pelo estilo médico-centrado, procura tratar o usuário ou qualquer outro, inclusive o próprio trabalhador, entre si de uma maneira impessoal, objetivizante e descondensada (MERHY, 1997).

Esse tipo de trabalho tem duplo caráter, concreto e abstrato. Abstrato enquanto criador de valor e concreto enquanto produtor de bens (GARCIA, 1989).

No século XX, ainda marcada pela divisão social do trabalho, as diversas práticas sociais são classificadas, não de acordo com a felicidade e bem-estar dos indivíduos, mas de acordo com uma ordem econômica, constituída pela exclusão

tanto mais acentuada quanto mais baixa eles estiverem na escala social. Determinadas atividades são mais valorizadas que outras, a depender da quantidade e qualidade dos bens produzidos, de acordo com essa escala. Trabalhos que não produzam riqueza imediatamente serão menos valorizados, quanto mais se, ao contrário, exigirem investimentos da sociedade sem retorno imediato. É neste campo que se encontra a atividade de assistência à saúde (LEOPARDI, 1999).

Na produção em saúde, o produto gerado não é uma mercadoria qualquer, mas sim, um serviço que, como tal, não produz mais-valia diretamente, pois esse produto, não tomando a forma imediata de mercadoria e não podendo ser apropriado, terá sempre um estatuto especial, por comparação aos processos de trabalho que produzem bens materiais, uma especificidade da saúde enquanto prestação de serviço (MENDES GONÇALVES, 1992).

3.3 Processo de trabalho da enfermagem

O termo ‘enfermagem’, originário da palavra *infirmus*, significa aquele que cuida dos que não estão firmes (BORSOI e CODO, 1995). Na sua versão inglesa, “*nurse*” representa originalmente aquela que nutre a vida nas suas diversas dimensões (ROBAZZI; MARZIALE, 1999).

Sua origem é antiga, provavelmente tanto quanto a história da própria humanidade, considerando-se que sempre houve pessoas enfermas e quem lhes prestavam cuidados.

Com o surgimento do capitalismo, no final do século XVIII e início do século XIX, aconteceram um declínio no interesse pela vida monástica e uma conseqüente diminuição do número de monges e religiosos, afetando o serviço de assistência à

saúde dos enfermos, tornando-o não mais gratuito. O cuidado de enfermos deixou de ser uma prática caritativa e passou a exigir remuneração, ainda que precária, para os que exerciam a atividade. As mulheres que não serviam para a indústria eram empregadas no hospital (SILVA, 1986 ; LEOPARDI,1999).

Geralmente eram bêbadas, imorais e analfabetas, “o grau mais ínfimo da sociedade humana” (JAMIESON, 1968). Essas características acabaram por acompanhar durante muito tempo, o estereótipo da enfermagem da época.

O enriquecimento progressivo dos conhecimentos da medicina, a partir do século XVI, não foi acompanhado pela enfermagem, a qual se manteve fora dos domínios intelectuais até o século XIX, identificada quase que exclusivamente como serviços domésticos (SILVA, 1986 ; RODRIGUES, 2001).

Buscando romper com essa imagem, a prática profissional de enfermagem surgiu na Inglaterra em 1860, com Florence Nightingale, sob um esquema de disciplina severa e com grande preocupação com a conduta pessoal. A seleção era rígida e boletins técnicos e morais eram utilizados, para avaliar a conduta individual de cada enfermeira. Além disso, havia uma tentativa de autonomia da enfermagem, enquanto profissão, ao resguardar as escolas de enfermagem da interferência direta da categoria médica, tanto financeira como educacionalmente, centralizando a direção nas mãos de enfermeiras. A Escola Nightingale objetivava o preparo de pessoal para exercer os serviços usuais de enfermagem hospitalar e domiciliar (denominadas *nurses*) e o preparo de pessoas mais qualificadas para as atividades de supervisão, administração e ensino (denominadas *ladies-nurses*).

A divisão da categoria profissional de enfermagem em diversos cargos data dessa época e permanece similar até os dias atuais, delimitando espaços de decisão, valor do salário e valorização do trabalho (SILVA, 1986 e ALMEIDA e

ROCHA 1997).

A separação técnica do trabalho de enfermagem reproduz a divisão social do trabalho, ou seja, a divisão de classes sociais, da segmentação entre aquele que é o proprietário dos meios de produção e do que só possui sua força de trabalho, daquele que pensa e ordena e do que obedece e executa.

Ao passar por um processo de profissionalização, as atividades de enfermagem tornaram-se padronizadas, segmentadas, controladas e passaram a responder a uma lógica capitalista de produção. Essas transformações também foram impulsionadas pela disciplina imposta em decorrência do surgimento da estrutura hospitalar moderna.

A prática de enfermagem, até o momento histórico em que hospital ainda não era considerado local de cura, esta mantinha independência da prática médica e suas ações prendiam-se aos procedimentos de cuidados para o conforto da alma do doente e salvação para a alma do cuidador (ALMEIDA E ROCHA, 1997).

Enquanto o saber médico não foi desenvolvido com o principal objetivo de estar direcionado ao corpo humano, para a enfermagem este foi o maior objetivo, desde o momento em que o hospital não era considerado lugar de cura e sim como recolhimento de pobres no momento da morte, assistidos por pessoas leigas ou religiosas, caracterizando um ato caritativo. Foi Florence Nightingale, na Guerra da Criméia que voltou a sua preocupação para o saneamento do ambiente com objetivo de diminuir a infecção e cuidar dos corpos dos soldados feridos.

O trabalho de Florence respondeu satisfatoriamente ao novo modelo de saúde que se instalava na época. De volta à Inglaterra, após a guerra, ela imprimiu e desenvolveu atividades de organização de hospitais e de formação de pessoal de enfermagem, trabalho que ocorreu em três direções com articulações diferentes,

utilizando instrumentos de trabalho diversos que convergiram para um mesmo fim: a recuperação individual dos corpos sociais. A primeira orientação foi a sistematização das técnicas de enfermagem (organização do cuidado com o doente) que se constituíram numa das primeiras manifestações da construção do saber da profissão; a segunda ocorreu por meio de mecanismos de purificação do ar, limpeza, higiene e outros (organizou o ambiente terapêutico); a terceira foi a organização dos agentes de enfermagem por seu treinamento utilizando as técnicas e os mecanismos disciplinares (SILVA, 1986; ALMEIDA; ROCHA 1997; RODRIGUES, 2001).

Ao se tornar profissão organizada, no final do século XIX, o exercício da enfermagem como ação sobre enfermos sofreu inúmeras transformações, demandando um aprendizado formal e uma normatização legal. Porém, essas mudanças que ainda hoje não parecem ter sido completamente assimiladas, talvez porque o sofrimento humano ainda cause estranheza; acabaram resultando num certo distanciamento entre profissional e doente (LEOPARDI *et al.* 1999).

O trabalho executado pelos profissionais de enfermagem consiste em realizar tarefas que, de maneira geral, introduzem elementos contraditórios. Cuidar de enfermos exige expressão de afeto, uma vez que se encontra constantemente em contato com a dor, a dependência e a intimidade do paciente. Esta relação deixa de ser espontânea à medida que o afeto deve ser controlado, - de forma que os profissionais não se envolvam demasiadamente com os pacientes e tampouco tratem os mesmos de forma insensível, - constituído em uma parcela de mercadoria trocada por salário, fonte de sobrevivência do trabalhador (BORSOI e CODO, 1995).

Em pleno terceiro milênio, a enfermagem continua sendo uma profissão historicamente submissa, sem desmerecer o reconhecimento dos avanços

científicos e tecnológicos que atingiu. No entanto torna-se necessário abolir essa submissão, herdada da formação rígida que lhe foi inculcada (RODRIGUES, 2001). No mundo capitalista, o jogo de interesses representa a busca do acúmulo de capital, independente dos meios que se obtenham tais lucros, sem a preocupação de humanização quando se utiliza a força do trabalho. Para o capital, é bom que esta se encontre em condição de produção; no entanto ressalta-se que a produção dessa classe trabalhadora é a “saúde”, um bem que também deve estar presente nos trabalhadores que a propiciam a outros (MENDES GONÇALVES, 1992).

Os agentes do trabalho de enfermagem relacionam-se com os outros pelos seus produtos, na divisão social do trabalho. Não é, portanto, um processo natural, bom ou mau, é necessariamente social e histórico. Considerando o processo de trabalho no modelo clínico de saúde, a enfermagem é parte desse processo, compõe o trabalho médico e a sua ação é um instrumento que cuidará ou fará cuidar do corpo doente. A subordinação do trabalho de enfermagem não se dá em relação ao profissional médico, mas ao trabalho médico. Além disso, a prática médica não tem autonomia plena, pois o seu conteúdo técnico subordina-se às necessidades de articulação das práticas na divisão social do trabalho (ALMEIDA e ROCHA 1997).

Outro tipo de atividade que também é resultado histórico e social é o “administrar”, que não é realizado por todas as categorias de enfermagem, mas sim pela enfermeira. Os instrumentos utilizados, entre outros, são: os próprios modelos e métodos de administração, normas e rotinas, a força de trabalho em enfermagem (constituída pela equipe de enfermagem), os equipamentos e materiais permanentes e aqueles para manipulação e administração de drogas e soluções. A finalidade imediata é organizar e controlar o processo de trabalho e a mediata é favorecer a ação de “cuidar” para possibilitar a cura (ALMEIDA e ROCHA, 1997).

Há ainda o modelo coletivo, que é outra forma de inserção da enfermagem, em que todos os saberes e práticas em saúde coletiva subordinam-se às necessidades sociais da saúde da população, denominada enfermagem de saúde pública, sendo essa terminologia sujeita as variações em consonância com as propostas históricas do setor saúde. Nesse sentido, o processo de trabalho em enfermagem encerra sua propriedade social não só por atender às necessidades sociais do indivíduo inserido na sociedade, mas por desenvolver suas práticas e saberes em um ambiente social (ALMEIDA e ROCHA,1997).

Observa-se, então, a existência dos três modelos, para desenvolver o trabalho de enfermagem, no presente estudo pretendeu-se investigar alguns aspectos relacionados aos modelos clínico (o processo de cuidar), administrativo (o processo de administrar) e o modelo coletivo (necessidades sociais da saúde da população), por ter-se optado estudar o trabalhar da enfermagem, suas práticas e saberes, no ambiente hospitalar e social.

O trabalho de enfermagem, em determinados momentos, particulariza-se em uma rede ou subprocessos que são denominados de cuidar ou assistir, administrar ou gerenciar, pesquisar e ensinar. Cada um pode ser entendido como um processo à parte com uma organização tecnológica específica, realizado em instituições de saúde, de prestação de serviços, de ensino e outras. Os subprocessos podem não coexistir em determinado momento e instituição (SILVA, 1996).

A clínica vai se instrumentalizando com o saber anatomopatológico, para recortar o seu objeto de trabalho e apreendê-lo, ou seja, o corpo doente, a doença. O médico tem sido o agente que histórica e socialmente preside este processo, através dos meios de trabalho e do saber da clínica, pelo fato de manipular, conhecer e restaurar o corpo, tornando-se proprietário das condições do processo

de fazer o diagnóstico e a terapêutica. Outros trabalhos e trabalhadores vão se lhe agregando, passando a constituir um trabalho coletivo; no entanto, o médico mantém o espaço privilegiado e o poder sobre os demais, reproduzindo a divisão entre a concepção e a execução. Dessa forma, o trabalho de enfermagem acaba sendo parte do trabalho em saúde, inserindo-se como instrumento do cuidado (ALMEIDA e ROCHA, 1997; FELLI, 2002).

A institucionalização dos hospitais foi uma resposta que mais que cuidar e curar tinha como objetivo confinar, controlar e excluir. O fato é que foi necessário dar espaço para diferentes profissionais, à medida em que o médico, ao ser incorporado ao hospital, não podia dar conta de todas as tarefas. A enfermagem foi a primeira profissão, além da medicina, a ser institucionalizada, porém as características de ambos diferiam muito (LEOPARDI, 1999).

O trabalho da equipe de enfermagem é heterogêneo e hierarquizado, expressando a sua divisão técnica e social. Enquanto, no processo cuidar, os agentes preponderantes são os auxiliares e técnicos de enfermagem, no processo administrar, são os enfermeiros (SILVA, 1996).

No trabalho de enfermagem, parece que o processo de valorização se expressa, principalmente, pela geração da mais-valia relativa, tanto pelo aumento da produtividade, quanto pela intensificação do trabalho, impondo um ritmo desgastante, enquanto a produção da mais-valia absoluta é produzida pelo prolongamento da jornada de trabalho, além do ponto em que o trabalhador teria produzido, apenas o equivalente pelo valor de sua força de trabalho (SILVA 1996).

Entretanto, a enfermagem profissional moderna não se caracteriza como uma prática única e homogênea (SILVA, 1986). Com o capitalismo, adquiriu caráter de mercadoria, passou a ser trocada por salário e a responder a técnicas específicas. O

cuidado foi fragmentado e, em muitos hospitais, os profissionais tornaram-se especialistas em executar determinadas funções, delimitadas pela formação e pelo cargo (SILVA, 1998).

A enfermagem, enquanto categoria profissional, é segmentada em três grupos, conforme o grau de formação na área: auxiliares, técnicos e enfermeiros, respectivamente com formação de caráter fundamental, secundário e universitário.

Conforme foi historiado, a fragmentação da enfermagem em categorias teve sua origem em 1860, com Florence Nightingale, objetivando a profissionalização do cuidado aos enfermos (SILVA, 1986; LEOPARDI, 1999). Considerando as três categorias, a equipe de enfermagem configura-se como o maior grupo profissional dentro dos hospitais (ROBAZZI e MARZIALE, 1999).

Em 2000, os trabalhadores de enfermagem, no Brasil, representavam mais de 30% dos profissionais da saúde e contabilizavam 640.364 pessoas. A proporção era, aproximadamente, de um médico para dois trabalhadores de enfermagem, uma vez que os médicos somavam 328.703 trabalhadores. Entre os profissionais de enfermagem, 14% eram enfermeiros com curso superior, 16% eram técnicos (formação média) e 70% auxiliares de enfermagem com formação básica (Brasil, 2001).

Atualmente conforme os dados estatísticos do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), atualizado em 20/01/2005, o número total de trabalhadores de enfermagem no Brasil é de 807.395, entre estes 13,3% são enfermeiros, 23,6% técnicos de enfermagem e 63,1% auxiliares de enfermagem (BRASIL, 2005). Passados cinco anos, a situação continua a mesma. O número total de médicos no Brasil atualmente, conforme o Conselho Federal de Medicina (CFM), encontra-se em torno de 423.589 profissionais.

Na grande maioria das unidades assistenciais dos hospitais brasileiros e nas unidades ambulatoriais, onde ocorre o trabalho coletivo, a subdivisão da enfermagem em categorias ocorre, reproduzindo o que está explícito na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (LEP) 7.498/86, mantendo as características básicas de cisão entre o saber e o fazer. Dentre as atividades privativas do enfermeiro estão a prestação de “cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões”; para os que auxiliam o enfermeiro cabe o exercício de “atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão” (ALMEIDA, 1986; PIRES, 1989; SILVA, 1986; LEOPARDI, 1999).

A intervenção de enfermagem, na área hospitalar, concretiza-se por processos: de cuidar, de administrar e o modelo coletivo. O primeiro tem como objetivo de trabalho transformar os corpos individuais; para tal os trabalhadores de enfermagem utilizam como instrumentos “a observação, o levantamento de dados, o planejamento, a evolução, a avaliação, os sistemas de assistência e os procedimentos técnicos e de comunicação”, entre outras. O processo de administrar tem como objetivo de trabalho a organização da assistência e a educação continuada dos trabalhadores; tem-se como meios e instrumentos, a força de trabalho, materiais, modelos e métodos administrativos. O processo de administrar é orientado pela finalidade imediata de organizar o trabalho e, pela finalidade mediata, de desenvolver condições para realização do processo de cuidar ao nível individual e coletivo (CASTELLANOS *et al.* 1998).

Ao trabalho de enfermagem deve-se acrescentar o processo de investigar. Esse último, orientado pela finalidade de gerar conhecimento, considera, como objeto de trabalho, o próprio objeto de investigação e, como instrumentos, as

diferentes correntes metodológicas. Contudo o processo de investigar praticamente inexistente na prática assistencial de enfermagem (ALMEIDA, 1991; ELSEN *et al.*, 1991 ALMEIDA e ROCHA, 1997; RODRIGUES, 2001).

As diversas categorias profissionais na área de enfermagem, geralmente, são ignoradas e desconhecidas da população em geral, propiciando a generalização de todos os trabalhadores como “enfermeiros” (SILVA, 1986; RODRIGUES, 2001).

Tal segmentação precisa ser considerada, uma vez que é delimitadora da função, da natureza do trabalho, do valor do salário e da valorização do profissional.

O cuidado dos enfermos é realizado pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, sob a supervisão dos enfermeiros. A realização desses cuidados consiste, predominantemente, em tarefas mezinhas que visam a assegurar o atendimento às necessidades de alimentação, de higiene (banho, cuidados pessoal), de mobilização (mudança de posição no leito ou colocação do paciente em posição sentada), de troca das roupas de cama, do preparo para procedimentos mais complexos (cirurgias ou exames específicos) e a administração da medicação, que obrigatoriamente deve necessitar de prescrição médica prévia. A maioria dessas ações de enfermagem segue um modelo de execução padronizado (assimilado durante a formação nas escolas de enfermagem) ou as prescrições e as ordens médicas (como a mudança de posição, o preparo para procedimentos e as restrições alimentares). A padronização desses procedimentos encontra suas origens no processo histórico de organização do hospital moderno, por meio da instalação da disciplina direcionada aos profissionais e pacientes (FOUCAULT, 2000).

O cuidado aos pacientes é dividido em tarefas, as quais são distribuídas para os técnicos e auxiliares do setor e consistem em: a) medicação - o trabalhador deve

identificar e providenciar as drogas que serão necessárias, prepará-las e ministrá-las na quantidade, no horário e pela via designada pela prescrição médica; b) cuidados propriamente ditos - consistem nas demais tarefas de assistência aos pacientes.

O enfermeiro é responsável pela administração e supervisão da equipe de técnicos e auxiliares, além de responder às exigências burocráticas, ocupando-se predominantemente do trabalho mais intelectualizado; por ser em menor número, costuma estabelecer contato direto com os pacientes apenas em procedimentos de enfermagem mais complexos. Este fato, além de propiciar que os técnicos e auxiliares constituam-se nos trabalhadores mais hábeis nas ações práticas de enfermagem direta com os pacientes, transforma a natureza do trabalho do enfermeiro, desviando-o do seu objetivo inicial e tornando-o predominantemente burocrático e administrativo (ROBAZZI e MARZIALE, 1999; FELI 2202).

A natureza do trabalho de cuidado dos enfermos encontra-se expresso nos sentimentos ambíguos das relações dos profissionais de enfermagem/pacientes, que são mobilizados nestas relações, seja diante do sofrimento agonizante, da nudez, das lembranças ou fantasias de sofrimento ou morte de familiares, do medo da própria finitude (MENZIES, 1969), do limite profissional de envolvimento e de expressão de afeto, do fantasma constante e real da perda do paciente por óbito ou por alta (BORSOI e CODO, 1995), entre outros.

A oscilação entre o sentimento de onipotência e impotência, diante da recuperação ou morte dos pacientes e o elevado custo de erros ocasionais, são situações presentes no cotidiano desses trabalhadores. A própria atividade ocupacional propicia a contagem dos fracassos e dos pacientes perdidos, tendo em vista que, por melhor que seja o atendimento ou por maior que sejam os esforços, muitos pacientes são vencidos pela doença (MENZIES, 1969; KASTENBAUM e

AISENBERG, 1983; VIEIRA e OLIVEIRA, 2001; ROCHA, 2003).

Os trabalhadores de enfermagem acabam tendo de aprender a lidar sozinhos, com seus próprios recursos, com os sentimentos mobilizados na relação com os pacientes. Além de administrar suas próprias emoções, precisam suportar e confrontar-se com a emoção do paciente e dos familiares e, por vezes, de colegas e outros profissionais da equipe (MENZIES, 1969; FERNANDES *et al*, 2003; ROCHA, 2003). No entanto, não encontram na instituição e na legislação trabalhista amparo, privilégio, auxílio ou um programa interdisciplinar de apoio ao trabalhador de enfermagem que promova e mantenha a qualidade de vida no trabalho, para minorar o seu próprio sofrimento decorrente do trabalho (MARZIALE *et al*, 2000). O mundo moderno, onde a competitividade está presente em todo o mercado de trabalho e com o interesse das empresas privadas em aumentarem suas produtividades, cria possibilidades de investimentos em seus empregados com programas de promoção, prevenção e manutenção de sua qualidade de vida. Hoje tanto nas empresas de comércio quanto nas indústrias, encontram-se variedades de assistências à saúde dos trabalhadores, para que estes sejam mais produtivos. Nas instituições de saúde, entretanto, parece ainda não haver essa preocupação.

Essa situação foi discutida por Haddad *et al.* em 1985, em estudo realizado em um hospital oncológico em que constataram um despreparo emocional do trabalhador de enfermagem no cuidados aos pacientes terminais. A equipe sentia-se ansiosa diante da aplicação de tratamentos agressivos, como a quimioterapia que provoca efeitos colaterais intensos e visíveis. Esse aspecto foi reforçado por Popim (2001) que, ao estudar no cotidiano o convívio de enfermeiras com os doentes oncológicos e seu tratamento identificou, com clareza, o sofrimento enfrentado pelas enfermeiras do hospital onde tais pacientes se tratavam, problema de tal sorte

agravado, que as profissionais viam-se necessitadas de ajuda para enfrentamento de tal sofrimento, procurando, por conta própria, ajuda de profissionais de psicologia e psiquiatria, para que pudessem suportar o trabalho que realizavam.

As sobrecargas mentais, acrescidas da carga física, são geradoras de alterações afetivas, desencadeando fenômenos de ordem psicológica, psicossociológica e ainda neurofisiológica. É crescente o número de publicações referentes aos agravos psíquicos, medicalização e suicídios de médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem de hospitais (PITA, 1991; LIMA JÚNIOR e ESTHER, 2001; MENDES, 2003).

Os pacientes projetam suas ansiedades nos trabalhadores de enfermagem, pois é com estes com quem mantêm maior contato (ROBAZZI e MARZIALE, 1999). A doença e a hospitalização são geralmente vivenciadas como um momento de crise, já que se percebem debilitados, afastados dos familiares e do lar, sem autonomia, dependentes de cuidados alheios, seguindo os horários e os procedimentos (muitas vezes dolorosos e invasivos) indicados por outros. Esses fatores conduzem a um forte sentimento de impotência e finitude e os pacientes, freqüentemente, apresentam-se exigentes, possessivos e chegam a duvidar dos conhecimentos e da capacidade dos profissionais de enfermagem (MENZIES, 1969; NAPOLEÃO, 1999; MARZIALE *et al*, 2000; LIMA JÚNIOR & ESTHER, 2001). Há também vários casos em que se percebem situações de agressões, por parte dos pacientes e seus familiares em relação aos trabalhadores de enfermagem (CÉSAR, 2005).

A cada especialidade somam-se outras demandas, que impõem exigências e desafios específicos à equipe de enfermagem, intensificando ou amenizando alguns aspectos da natureza de seu trabalho. Nos setores críticos, como as Unidades de

Terapias Intensivas (UTIs), existe um elevado índice de pacientes que morrem, comparando com outros setores do hospital (KASTENBAUM e AISENBERG, 1983;). O contato entre os trabalhadores e os pacientes crônicos, como os com câncer, os cardiopatas (SILVA e KIRSCHBAUM, 1998; NISHIDE e BENATTI, 2004) ou em cuidados paliativos (sem possibilidades de tratamento), perdura mais tempo e pode levar a um envolvimento afetivo maior do que em setores de alta rotatividade, (como a maioria das unidades cirúrgicas e de pronto-socorro). Pacientes e familiares trazem demandas psicológicas que aumentam a tensão vivida pelos trabalhadores da enfermagem (SILVA E KIRSCHBAUM, 1998).

A enfermagem é uma profissão estressante e que as razões deste estresse incluem sobrecarga de trabalho, necessidade de encontros com o paciente e conflitos do trabalho. Fatores mais freqüentes são os contatos constantes com o sofrimento humano, procedimentos com os familiares, sobrecarga de trabalho, outras responsabilidades e conflitos interpessoais, desencadeando doenças profissionais (RABINOWITZ *et al.*, 1996; MENDES, 2003).

O trabalho realizado pela enfermagem, com carga horária ininterrupta, em turnos alternados, realização de horas extras, o próprio ambiente de trabalho insalubre, o relacionamento com chefia e outros membros da equipe de saúde e a falta de valorização concorrem com o surgimento de doenças profissionais (ROBAZZI e MARZIALE, 1999, MARTINHO, 2002; RESENDE 2003).

Diante da atual organização dos serviços de saúde no Brasil, em que a enfermagem tem papel central no atendimento ao paciente, a relação de trabalho nas instituições apresenta-se problemática frente à inexistência de condições de vida e de trabalho satisfatórios (MEIRELLES, 1997; MACHADO 1997; MARZIALE, 2000; ROCHA, 2000).

3.4 Saúde do trabalhador

Pode-se considerar que as citações sobre a relação trabalho-doença, apareceram em 460-355 a. C. quando Hipócrates descreveu a verminose dos mineiros, bem como as cólicas intestinais dos que trabalhavam com o chumbo e ainda as propriedades tóxicas desse metal. Platão (427-347 a. C.) relatou as deformidades ósseas e musculares dos artesões. Aristóteles (384-322 a. C.) foi pioneiro ao entrever as repercussões da fadiga muscular nos gladiadores e corredores da Grécia (GOMES, 1986).

Entretanto, essa evolução histórica é escassa, desde os papiros egípcios e, mais tarde, no mundo greco-romano, justificada pelo desinteresse reinante, uma vez que os trabalhos mais pesados ou de mais elevado risco eram destinados a escravos oriundos das nações subjugadas, aos quais não era direcionado interesse quanto a sua saúde (MENDES, 2003).

Na vida e obra de Hipócrates (460-370 a.C.), percebe-se que apesar do famoso mestre da Medicina descrever, com particular precisão, o quadro clínico da intoxicação saturnina, encontrado em um trabalhador mineiro, não se detalham o ambiente de trabalho e a ocupação (MENDES, 1995, 2003). O início da preocupação pela patologia do trabalho, prosseguiu diante das observações de Lucrécio (99 - 55 a.C.) (MENDES, 2003).

Em 1700, na Itália, a publicação do livro *De Morbis Artificum Diatriba*, do médico Bernardino Ramazzini, abriu um novo espaço. Foi ele que, observando doenças e sua relação com a ocupação ou profissão da pessoa, levou a acrescentar à anamnese a pergunta: “Qual é a sua profissão?” (GOMES, 1986; MENDES, 2003).

Constata-se, entretanto, que ainda hoje, tal questão é pouco feita e valorizada

pelos profissionais de saúde, que atendem aos trabalhadores.

A Revolução Industrial ocorrida na Europa, principalmente na Inglaterra, França e Alemanha, entre 1760 a 1850, resultou em impactos sobre a saúde dos trabalhadores. As condições do trabalho longo, penoso e perigoso e os ambientes de trabalho agressivos ao conforto e à saúde rapidamente produziram graves danos à sua saúde. Incluíam-se crianças de cinco, seis ou sete anos e mulheres, preferidas pela possibilidade de lhes serem pagos salários mais baixos (HUNTER, 1974; MENDES, 2003).

No início do século XX no Brasil, a economia é agroexportadora, com o capital gerado com a exportação do café, inicia-se o ciclo da industrialização, principalmente na região Sudeste; com este evento, surgem os acidentes de trabalho na indústria e ferrovias. Em paralelo, as doenças de quarentena alastram-se; entre essas se destacam a cólera, a peste e a febre amarela freqüentes no porto de Santos, representando um perigo à corrente migratória européia que representava a força de trabalho para a produção do café. Esta cadeia de eventos limitou a produtividade, refletindo na economia do país, e a saúde passa a ser uma questão social (GARCIA, 1981).

O conhecimento da Patologia do Trabalho evolui em função de determinantes “macro”, de natureza econômica, política e tecnológica, atrelados a determinantes “micro”, fortemente incidentes sobre o modo de pensar, de investigar e de agir. Com o advento de Pasteur e Koch, ganha corpo a idéia de que para cada doença existe um agente etiológico. A prevenção ou a erradicação da doença seria, em princípio, possível, com a eliminação da “causa”, quer por medidas “higiênicas”, quer pela imunização (MENDES, 2003).

Em 1919, ocorre a criação da Organização Internacional do Trabalho (OIT),

em que o tema da doença profissional apareceu, com a triagem dos governos, empregadores, trabalhadores e com abrangência mais universal. Em 1925, a OIT elabora sua primeira lista de doenças profissionais contendo apenas três doenças (surnismo, hidrargirismo e carbúnculo), baseadas na da Alemanha que já tinha onze. Tais listas foram sendo ampliadas lentamente de tal forma que em 1995 só havia 29 doenças registradas que estavam sendo encaminhadas para revisão (MILLES, 1985; MENDES, 2003).

Nesse mesmo período, no Brasil, as questões com a saúde do trabalhador começavam a aflorar, com os movimentos dos trabalhadores em início de organização (MENDES, 2003). Redigiram-se leis sobre os acidentes de trabalho, sendo a primeira decretada em 1944 (MENDES, 2003); atualmente o país conta com a sétima versão dessa legislação.

As discussões ocorridas na VIII Conferência Nacional de Saúde e na I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores foram decisivas para a mudança de enfoque estabelecida na nova Constituição Federal de 1988 (MENDES, 2003).

Em 1990, a saúde do trabalhador é incorporada na nova Lei Orgânica de Saúde que estabelece sua conceituação e define as competências do Sistema Único de Saúde (BRASIL 1990).

Na atualidade, as questões com a saúde do trabalhador permanecem, fazendo-se necessário que esses se conscientizem sobre os seus direitos e continue na luta para atingir melhor qualidade de vida, não sendo justo adoecer pelo trabalho.

3.5 O ambiente de trabalho hospitalar e os fatores de riscos ocupacionais

Considerando a questão da saúde do trabalhador vinculada ao processo laboral, a carga de trabalho está situada, entre os aspectos que começam a ser estudados, para avaliar o impacto dos elementos constitutivos do processo de trabalho, tanto do seu objeto e tecnologia, como da sua organização e divisão sobre a saúde do trabalhador, reforçando a teoria de que o ambiente de trabalho e todos os seus elementos de produção desgastam as capacidades vitais do homem que trabalha (FACCHINI *et al.*, 1991; FELLI, 1996 e 2000).

Entende-se, portanto, que as condições de saúde do trabalhador traduzem o cruzamento dinâmico de um conjunto de relações no ambiente de trabalho e fora dele. O trabalho compromete a integridade física e mental do trabalhador, implica no desgaste de sua energia numa articulação estreita com a vida cotidiana (ROCHA, 2000).

É realizado em um meio social onde originam-se algumas doenças; o ambiente laboral é a sede de maior contato com situações novas, promovidas pelas modernas formas de organização do trabalho e sofisticadas técnicas de gerenciamento. Além disso, o homem vive no local de trabalho pelo menos um terço de sua vida e sempre é mais exigido na realização de seu labor, em seus movimentos, no uso do tempo, sendo condenado a ser um recurso e um apêndice da tecnologia, condições que impedem a satisfação de suas necessidades de segurança, reconhecimento e auto-realização. Surgem então, nesse contexto, situações que podem agravar a sua saúde (SILVA, 2001).

O ambiente de trabalho tem sido causa de mortes, doenças e incapacidade para um grande número de pessoas. Entendido como o conjunto de todas as

condições de vida no local de trabalho, engloba tanto as características do próprio local (dimensões, iluminação, ventilação, rumorosidade, presença de poeiras, gases ou vapores e fumaças), como os elementos conexos à atividade em si tais como: tipo de trabalho, posição do trabalhador, ritmo de trabalho, ocupação do tempo, jornada laboral diária, turnos, horário semanal, alienação e não - valorização do patrimônio intelectual e profissional (ODDONE *et al.*, 1986; MARZIALE, 1998).

O ambiente compreende o conjunto de eventos externos ao corpo, sobre os quais o indivíduo tem pouco ou nenhum controle. Muitos riscos ambientais não estão totalmente compreendidos, mas não há dúvida de que o ambiente é um importante determinante do nível de saúde (DEVER, 1988).

O hospital, enquanto ambiente de trabalho, interage com os seus trabalhadores; estes são agentes privilegiados da relação técnico-paciente e, como tais, elementos indispensáveis da equação capital *versus* trabalho, enquanto responsáveis pelo “como fazer” na tecnologia de processo do trabalho hospitalar. Dentro da lógica do modo de produção a que estão submetidos, esses agentes multiplicam-se nas atividades econômicas dos diferentes setores (primário, secundário e terciário). Agressões à vida e saúde dos trabalhadores são também produtoras de formas cada vez mais sofisticadas de reparação desses danos em serviço de saúde, mediatizados por um contingente de trabalhadores de diversos níveis hierárquicos. Os profissionais de saúde, salvo algumas iniciativas, não têm merecido o necessário olhar que especifique os seus múltiplos papéis, enquanto usuários e prestadores de serviços e análise de seus agravos (PITA, 1991 e MARZIALE, 1998).

Nesse contexto, com os diversos costumes, as complexas relações interpessoais, a estrutura social e a política vigente, além de toda a bagagem

biológica de cada pessoa, evidenciam-se os riscos relacionados ao trabalho hospitalar e de enfermagem (MARZIALE & ROBAZZI, 1999; MENDES 2003; ARAÚJO 2003).

Viver implica em riscos e convive-se diariamente com eles. Há o risco econômico, o moral, o de acidentes, o social, o de assalto, o de adoecer e o de morrer, aos quais todos se encontram sujeitos.

A palavra risco origina-se do latim *risicus*, do verbo *resecare*=cortar; significa perigo, inconveniente, dano ou fatalidade eventual, provável, às vezes até previsível (BULHÕES, 1994).

O risco em saúde tem conotações especiais e, quando é analisado no ambiente das instituições de saúde, ganha características próprias.

Risco à saúde dos trabalhadores são todos os fatores ambientais que podem causar lesão, doença ou inaptidão ou afetar o seu bem-estar e o da comunidade (BURGUESS, 1997).

Os componentes do ambiente social são: o trabalho, o transporte, o lazer, a habitação, a família e a comunidade. Com exceção da família e comunidade, em que os riscos à saúde são mais de natureza social, os efeitos prejudiciais dos componentes do ambiente para a saúde podem provir de fontes químicas, físicas, biológicas, psicossociais, entre outras.

Os problemas de saúde já não podem ser enfrentados em termos gerais e teóricos, mas no concreto do trabalho, isto é, no local de sua realização. É aí onde eles nascem e devem ser analisados e controlados. Estão contidos no ambiente e nas condições de trabalho, impostas pelo processo produtivo, tais como iluminação, poeira, bactérias, monotonia, esforço físico, equipamentos, transporte, rejeitos sólidos, entre outros, que representam uma ameaça à saúde física e psíquica do

trabalhador. Essa realidade envolve fatores que geram estresse que evolui ao sofrimento mental, doenças psicossomáticas, acidentes de trabalho e doenças ocupacionais (SIVIERI, 1996; MENDES, 2003).

O hospital, pertencente a uma sociedade mais ampla, possuindo uma cultura e características próprias, obriga seus integrantes a adaptarem-se às suas regras e seus códigos (POTTER e PERRY, A. G, 1998). Por todos esses fatores, apresenta-se como um ambiente de alta periculosidade à saúde do trabalhador.

Além da situação econômico-político-social que envolve as questões dos sistemas de saúde desencadeando a falta de resolutividade, resultados tardios e insatisfação na qualidade de atendimento nos serviços de saúde, muitas vezes o trabalhador depara-se como incapaz de poder ajudar o usuário em suas necessidades; tendo de conviver com os seus problemas crônicos. Nesse sentido fica exposto à outra situação de risco pertinente a esse contexto, vendo-se, muitas vezes, vítima da violência manifestada por esse usuário em decorrência de sua insatisfação quanto à qualidade de assistência prestada e com o agravante de seus problemas sociais.

Quanto à intervenção tecnológica e assistencial propriamente dita, aquilo que conta é que, nessa etapa, concretiza-se um trabalho que toma, centralmente, um conjunto de saberes e práticas. Essa situação ocorre com a finalidade de realizar uma intervenção sobre um certo problema de saúde, conforme os critérios adotados pelo modelo de atenção do serviço, considerando-o como um objeto de ação de saúde em um dado processo individual ou coletivo, visando a alterar a lógica do sofrimento representada como um problema de saúde pelo usuário ou o seu percurso no indivíduo ou no coletivo, ou mesmo alterar a sua produção a nível de no conjunto das relações sociais (MERHY, 1997).

Dessa forma, as situações de risco, contidas no processo de trabalho em enfermagem, estão vinculadas também à relação social.

Qualquer que seja o ambiente laboral dos trabalhadores de enfermagem, estes sofrem situações de risco. Além de situações que envolvem o contexto físico, especificamente das instituições, que alocam a força de trabalho de enfermagem, há as características inerentes ao seu processo de trabalho que envolve questões administrativas e de relações interpessoais entre a equipe multiprofissional, o cliente e seus familiares, implicando em possíveis alterações em suas condições de saúde (ROBAZZI & MARZIALE, 1999).

Tais situações geram uma necessidade constante de adaptação, no sentido de ter de conciliar a vida pessoal com a profissional, atuar com flexibilidade diante dos diferentes perfis profissionais e pessoais, além do convívio constante com situações de dor, sofrimento e a morte que estão presentes no próprio objeto de trabalho desses trabalhadores (PITA, 1991; LIMA JÚNIOR & ESTHER, 2001).

Não se pode negar a natureza de determinado tipo de trabalho, mas minorá-la ou empreender ações que contribuam para a melhoria de suas condições e organização, a fim de permitir ao trabalhador o exercício da criatividade e a prática do lúdico, transformando o sofrimento patológico em criatividade e objetivando o prazer (LIMA JÚNIOR & ESTHER, 2001).

3.6 Princípio de proteção do trabalhador no direito do trabalho

O direito do trabalho, em todo o mundo, não nasceu por acaso. Surgiu diante de uma necessidade humanitária de se regulamentar a relação de trabalho entre empregados e empregadores, visando à proteção dos primeiros. Ocorreu no auge

da Revolução Industrial, quando os trabalhadores estavam expostos às mais indignas e desumanas condições de trabalho e passaram então a se reunir, dando origem às organizações sindicais e ao próprio direito coletivo, exigindo do Estado proteções mínimas em relação às condições de trabalho (MELO, 1997).

Em seqüência, verifica-se que os empregadores passaram a organizar-se ao nível internacional, constituindo empresas transnacionais, regidas por normas de comércio aplicáveis além dos limites geográficos dos países. Novamente os trabalhadores vêem-se em situação de desvantagem e inferioridade perante os detentores do capital, apesar da proteção que lhes é dispensada, tanto pelo direito individual, quanto pelo direito coletivo do trabalho. É necessário que se estabeleçam normas protetoras do trabalho com essa amplitude, isto é, de caráter supraestatal. A internacionalização do Direito do Trabalho positiva-se no Tratado de Versalhes, de 1919, concomitantemente com a criação da Organização Internacional do Trabalho (OIT), consubstanciando-se em tratados multilaterais (denominados de convenções), celebrados no âmbito daquela entidade pelos respectivos Estados-membros (SOARES FILHO, 2002).

O Direito do Trabalho nasceu no mundo capitalista e liberal, tendo sido lenta e demorada sua evolução no século XIX, somente forjando-se suas principais instituições nos princípios do século XX. É construída uma legislação diferente, capaz de afastar as graves injustiças geradas pelo domínio dos mais abastados sobre os mais humildes economicamente, numa determinada relação jurídica, com o objetivo de proteger o homem trabalhador (LA CUEVA, 1954).

Efetivamente, os princípios jurídicos orientam o processo de elaboração do direito, ao inspirar o legislador que cria as normas jurídicas. Atendem, fundamentalmente, ao propósito de interpretar as regras inseridas no sistema, a par

de permitir a integração do mesmo. Os princípios do Direito do Trabalho buscam construir uma ordem jurídica direcionada a assegurar ao trabalhador o direito de manter-se no emprego, de alcançar o pleno emprego, de obter o direito à sobrevivência de forma digna e justa (ARAÚJO, 2003).

Princípios são enunciados genéricos, explicitados ou deduzidos do ordenamento jurídico pertinente, destinado a iluminar tanto o legislador, ao elaborar as leis dos respectivos sistemas, como ao intérprete, ao aplicar as normas ou sanar omissões (SÜSSEKIND, 2003).

Entende-se que os princípios significam, de um modo geral, o sustentáculo teórico e a justificativa axiológica de qualquer ciência, especialmente a jurídica; a fonte de seus conceitos e normas, que neles encontram sua interpretação e sua legitimidade (SOARES FILHO, 2002).

Os princípios jurídicos são considerados sob duas vertentes: princípios positivos do direito e princípios gerais do direito.

Os princípios positivos do direito referem-se às regras postas no ordenamento jurídico e suscitam posições de caráter normativo. São valorados pelo método analítico próprio do sistema jurídico, que comporta a dicotomia do válido ou inválido, vigente ou não, eficaz ou ineficaz.

Os princípios gerais do direito ensejam posições descritivas, através das quais os juristas reportam-se ao conteúdo do direito positivo em sua generalidade, sendo valorados segundo a idéia do falso e do verdadeiro. Quando utilizado pela jurisprudência, para fundamentar decisões, eles se transformam, de princípios descritivos, em positivados, ao assumirem diretrizes objetivas (SOARES FILHO, 2002).

Os Princípios do Direito do Trabalho são distintos dos que existem em outros

ramos do direito. Servem para justificar sua autonomia e peculiaridade. Cada princípio constitui uma maneira de harmonizar as normas, servindo para relacioná-las entre si, evitando que o sistema se transforme em uma série de fragmentos desconexos (PLÁ RODRIGUES, 2000). Os princípios específicos são: Princípio de proteção; Princípio da irrenunciabilidade dos direitos; Princípio da continuidade da relação de emprego; Princípio da primazia da realidade; Princípio da razoabilidade; Princípio da boa-fé; Princípio de não discriminação; Princípio da imodificabilidade *in pejus* do contrato de trabalho e Princípio da irredutibilidade salarial (PLÁ RODRIGUES, 2000; SOARES FILHO, 2002).

Dentre os princípios anteriormente relacionados, na presente investigação será aprofundado o Princípio da Proteção ao Trabalhador (PPT), por ser o mais abrangente dos princípios do Direito do Trabalho e atender às expectativas deste estudo.

O princípio da proteção é um importante elemento a ser considerado na interpretação das normas; mas deve-se levar em conta que não constitui método especial de interpretação e sim um princípio geral que inspira todas as normas de Direito do Trabalho ao invés de inspirar-se num propósito de igualdade, responde ao objetivo de estabelecer um amparo preferencial a uma das partes: o trabalhador, procurando compensar sua inferioridade econômica ante o empregador, servindo de critério em sua aplicação (PLÁ RODRIGUEZ, 2000; SOARES FILHO, 2002).

Configura-se em um postulado universal de natureza trabalhista, posto que orientou a criação desse ramo jurídico em todos os países democráticos. Parte do pressuposto de que as partes celebrantes do contrato de trabalho acham-se em posição de desigualdade jurídica, haja vista que é diferente economicamente, fazendo-se necessário criar normas capazes de mitigar esse desequilíbrio

(ARAÚJO, 2003).

A igualdade simplesmente jurídica, assegurada no direito comum, tornou-se insuficiente para efetivação desse objetivo na esfera das relações jurídico-trabalhistas. O tratamento fundamental do princípio protetor, perante o Direito do Trabalho, reside na necessidade de estabelecer um equilíbrio nas relações laborais, a fim de lograr o desenvolvimento econômico com justiça social e condições da verdadeira paz. Para tanto, faz-se necessário alcançar uma igualdade substancial e verdadeira entre as partes, por meio da proteção de uma delas, a mais fraca do ponto de vista econômico, conferindo-lhe superioridade jurídica em face da outra (SOARES FILHO, 2002).

O PPT resulta das normas imperativas e, portanto de ordem pública, que caracterizam a intervenção básica do Estado nas relações de trabalho, visando a opor obstáculos à autonomia da vontade. Essas regras coagentes formam a base do contrato de trabalho – uma linha divisória entre a vontade do Estado, manifestada pelos poderes competentes e a dos contratantes (SÜSSEKIND, 2003).

Para alcançar o objetivo da proteção, o Direito do Trabalho usa um meio consistente em técnicas, que são mecanismos através dos quais se procura corrigir a situação de inferioridade do trabalhador. São elas: 1ª: a intervenção do Estado nas relações de trabalho, mediante sua normatização, com o escopo de amparar o trabalhador; 2ª: a negociação de coletiva, que consiste em procedimentos tendentes à celebração de convenção coletiva de trabalho ou acordo coletivo de trabalho, os quais consubstanciam normas criadas pela atuação dos grupos profissionais, para auto-regulação de seus interesses; 3ª: o dissídio coletivo, que é o meio de normatização das relações de trabalho, pelo Estado, através do Poder Judiciário; 4ª: a autotutela, que é a defesa, pelos próprios titulares, de seus interesses privados,

pela ação direta, expressando-se notadamente pela greve (SOARES FILHO 2002).

A proteção nas relações de trabalho decorre do desnível econômico que o contrato de trabalho revela. As partes, ou seja, empregado e empregador são estruturalmente desiguais. Pertence à natureza do contrato de trabalho, moldado na subordinação jurídica, este aspecto. Entende-se, portanto, a permanência do conflito, das diferenças, da desigualdade, exigindo a interferência do Estado e dos grupos sociais, munidos de instrumentos peculiares de tutela (ARAÚJO, 2003).

Ao longo dos anos, no Brasil, as Constituições foram ampliando suas normas jurídicas voltadas à criação dos direitos sociais, ainda que a Carta Magna de 1967, com a Emenda Constitucional de 1969, haja dado início à quebra da estabilidade. A Constituição de 1988 elevou alguns dos direitos trabalhistas e seguiu a diretriz da importância e universalização dos direitos sociais, enquanto direitos humanos (ARAÚJO, 2003).

3.7 Legislação e o trabalho de enfermagem

A Constituição da República Federativa do Brasil é a lei maior de um Estado; isto significa dizer que ela é superior a todas as outras leis, que têm de conformar-se a ela (BRASIL, 1988).

As Constituições modernas costumam ter as seguintes finalidades: a) organizar o Estado; b) limitar os poderes do Estado em face das pessoas e dos grupos intermediários; c) definir as diretrizes da vida econômica e social (HERKENHOFF, 2003).

Para que haja uma verdadeira Constituição, é necessário que a partir da legítima manifestação da vontade do povo, ela funcione como limitação e freio ao

irrestrito poder do Estado e das autoridades. Há dois tipos de Constituição : a outorgada e a promulgada.

A primeira é aquela que parte do soberano, ou autoridade que governa e é “dada” ao povo. A Constituição promulgada ou pragmática é a que resulta das assembléias populares. É também chamada pelo qualificativo de “imposta” porque o povo, através dos seus representantes, a impõe à autoridade que governa (HERKENHOFF, 2003).

Após a independência do Brasil, a Constituição do Império, outorgada em 25 de março de 1824, criou, com funções legislativas nas Províncias, os Conselhos Gerais, sendo a primeira Constituição do Brasil. Proclamada a República, em 15 de novembro de 1889, a primeira Constituição Federal promulgada ocorreu em 24 de fevereiro de 1891, conferia aos Estados-membros, autonomia para organizar o Poder Legislativo da Constituição Federal.

Com a eclosão da Revolução Constitucionalista de 1932, que pugnava pela restauração da ordem constitucional no país, mediante convocação de uma Assembléia Nacional Constituinte, foi promulgada a Constituição Federal de 1934 que previa um Legislativo estadual unicameral com o nome de Assembléia Legislativa (a segunda Constituição promulgada do Brasil). Em 1937, Getúlio Vargas outorgou uma nova Constituição e iniciou um período ditatorial denominado Estado Novo, a segunda Constituição Brasileira (CB) outorgada.

A primeira redemocratização do país aconteceu com a promulgação da Constituição Federal de 1946, que recuperou o Estado de Direito (a terceira Constituição brasileira promulgada).

A Emenda Constitucional n.º 1, de 1969, outorgada por uma junta militar, vigorou com força de Constituição (a terceira CB promulgada), substituindo a

Constituição "promulgada" pelo Congresso Nacional em 24 de janeiro de 1967 (HERKENHOFF, 2003).

Vivemos hoje a Constituição Federal Brasileira de 1988, a quarta CFB. Um conjunto de fatores, destacando-se entre esses, o processo para sua elaboração colaborou para que ficasse registrado o sucesso alcançado, pois contou com uma participação popular, jamais vista na história do Brasil e no seu conteúdo destaca-se, pela primeira vez, a atenção dispensada ao setor dos Direitos Sociais.

Entre os seus nove títulos, trinta e um capítulos e duzentos e cinquenta artigo destacam-se pela sua fundamental importância: o artigo 6 que estabelece "São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição". O artigo 23, II complementa que "cuidar da saúde é competência comum da União, dos Estados do Distrito Federal e dos Municípios"; o artigo 24, XII acrescenta "legislar sobre a defesa da Saúde compete concorrentemente à União, aos estados"; o artigo 30, II completa "e suplementarmente, aos Municípios"; *em seu* artigo 21 XXIV refere a "organizar, manter e executar a inspeção do trabalho"; no artigo 13 faz referência "à criação entre outras, de comissão intersetorial de saúde do trabalhador, como forma de articular políticas e programas de interesse para a saúde cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS". O artigo 196, refere que "a saúde" é um direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 2003).

O final do século XIX marca a transição entre o trabalho escravo e o livre. As condições laborais, sob a nova relação de assalariamento das primeiras indústrias, aqui estabelecidas, eram indecifráveis em relação ao trabalho escravo, pela dureza do trabalho livre. Havia longa duração das jornadas, o emprego massivo do trabalho

feminino, infantil e de adolescente, o elevado número de acidentes de trabalho, a exorbitância do poder do patronato e dos administradores, as péssimas condições higiênicas e ambientais. O sistema assalariado transforma o trabalhador em um escravo do trabalho e permite, a princípio, que ele se organize e defenda o seu interesse (ROSSO e FREITAS, 2001; MENDES, 2003).

A partir do início do século XX com a influência dos imigrantes europeus, principalmente italianos, que traziam notícias dos movimentos operários europeus, intensificam-se as lutas para melhorar as relações do trabalho (MENDES, 2003). Em 1919, o patronato brasileiro atende a algumas reivindicações dos trabalhadores e, apenas há um apaziguamento momentâneo, pois os acertos no calor das greves, era rejeitado posteriormente. No período de 1925 a 1927, foi decretada a Lei das Férias, considerando-se que o patronato deveria conceder quinze dias de descanso aos empregados de estabelecimentos comerciais, industriais e bancários. A Constituição de 1937 referia que o trabalho era um dever de todos e a desocupação era vista como crime, porém só em Primeiro de Maio de 1938, noticiava-se a assinatura de decretos-leis que beneficiariam a classe trabalhadora. A Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) encerra os conjunto de leis que regulam e normatizam as atividades do trabalho individuais e coletivas (CARMO, 1998).

A CLT, ao abranger todo empregado da rede privada, faz recomendações especiais para algumas ocupações, como a dos trabalhadores em minas de subsolo, a dos químicos, estivadores, músicos, jornalistas, entre outras e generaliza os trabalhadores da área da saúde e dos hospitais. Percebe-se que não é observada a peculiaridade do empregado de enfermagem, provavelmente, porque o tipo de trabalho realizado nas instituições de assistência à saúde não é considerado perigoso, como alguns dos outros mencionados anteriormente.

Porém mesmo com a generalidade da CLT, observa-se que há tendência das instituições patronais em atropelarem as leis, em prol de sua produtividade, acrescida do desconhecimento dos empregados em relação aos seus direitos. Por outro lado, os trabalhadores da saúde na ânsia de ter as suas necessidades primordiais atendidas pela proposta de um emprego tendem apenas a atentarem-se aos seus deveres; dessa forma, surge a necessidade de conhecimento sobre o direito trabalhista, principalmente para esses trabalhadores.

Ao longo dos anos, a CLT vem sofrendo alterações ou aprimoramento, mas ainda não se conseguiu um acordo ideal para as relações de trabalho, não dispondo de nenhuma legislação específica para o trabalhador da saúde. As Normas Regulamentadoras (NR), originárias no seu capítulo, promovem as normatizações acerca dos diversos tipos de trabalho.¹

A Norma Regulamentadora (NR) 5, da portaria N° 8 de 23 de fevereiro de 1999, regulamenta o artigo 163 da CLT, estabelecendo novas regras para o funcionamento das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA). Foi estabelecida a possibilidade dos atores sociais, sindicatos representativos de trabalhadores e de empregadores adequarem seus princípios às características diferenciadas dos diversos setores econômicos (BRASIL, 1999).

A NR 4 refere-se aos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança do Trabalho e em Medicina do Trabalho (S.E.E.S.M.T.); ela estabelece a obrigatoriedade da implantação e manutenção das atividades especializadas e Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, por parte de todos os empregadores e Instituições que admitam trabalhadores regidos pela CLT, com o objetivo de reduzir os riscos inerentes ao trabalho, por meio da aplicação de

¹ Em dezembro de 2002, foi para consultoria pública a NR nº 32, elaborada, no curso do ano 2002, por um grupo de profissionais de saúde e segurança do trabalho (Brasil, Ministério do Trabalho, 2003; ROBAZZI & MARZIALE, 2004).

princípios, diretriz e desenvolvimento de ações e procedimentos. Tem a finalidade de preservar a integridade física e a saúde dos trabalhadores, mantendo o ambiente de trabalho salubre e prevenindo os riscos laborais. Implanta o Sistema Integrado de Prevenção de Riscos do Trabalho (SIPRT), conforme portaria nº 23 de 4/07/2000, que consiste no conjunto permanente de ações, medidas e programas, previstos em normas e regulamentos, além daqueles desenvolvidos por livre - iniciativa da empresa, tendo como objetivo a prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida, a promoção da saúde do trabalhador e do meio ambiente de trabalho. Sua implantação deverá ser de responsabilidade dos profissionais especializados em segurança do trabalho definidos nesta Portaria (BRASIL,2000).

A NR17, da Portaria nº 3.751, de 23.11.90 dispõe sobre a ergonomia, que é definida como um conjunto dos conhecimentos científicos relativos ao homem e necessários à concepção de instrumentos, máquinas e dispositivos que possam ser utilizados com o máximo de conforto, segurança e eficiência (WISNER, 1987). Visa a estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente.

Tendo em vista atender a necessidades surgidas no decorrer dos onze anos da NR 17, surge a Nota Técnica (NT) 60/2001 que trata da indicação de postura a ser adotada na concepção do posto de trabalho (BRASIL, 2001).

A exploração do trabalho humano no Brasil existe, desde a escravidão. No entanto, nos últimos tempos e em nome da modernização e flexibilização do direito laboral, essa situação tem-se agravado, levando a uma perigosa "precarização" das condições de trabalho, contribuindo para isso, no momento, as fraudulentas

cooperativas de mão-de-obra, utilizadas e prestigiadas por empresários, que parecem não ter a mínima consciência dos direitos de cidadania. Em suas 241 páginas e 922 artigos divididos em capítulos e títulos, destacam-se na CLT o empregado, o serviço efetivo, o salário e a realização do trabalho; a duração do trabalho, jornada de trabalho, atividades insalubres, horas excedentes, períodos de descansos, trabalho noturno, dos Órgãos de Segurança e de Medicina do Trabalho nas Empresas (OSMTE), CIPA, Equipamento de Proteção Individual (EPI), Medidas Preventivas de Medicina do Trabalho; implantação das cooperativas; férias, remuneração e abono férias; ruídos e vibrações; iluminação, entre outros (BRASIL, 2001).

O Regime Jurídico Único (RJU) é o conjunto de normas que disciplinam determinada relação jurídica. Instituído pela Lei n.º 8.112/90 é originário do texto constitucional, na forma em que foi promulgada a CFB de 1988. É que o constituinte originário entendeu que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios instituirão, no âmbito de sua competência, um regime jurídico único e plano de carreira para os servidores da administração pública direta, das autarquias e das fundações públicas. O imperativo constitucional tinha como objetivo permitir que apenas um regime jurídico regulamentasse as relações do Estado com o servidor público. Isto porque, antes da CFB de 1988, havia servidor público cuja relação com o Estado era sujeita à Lei n.º 1.711/52, os chamados estatutários; havia também o servidor público cuja relação com o Estado era sujeita a CLT, os chamados celetistas. Assim, com a edição do RJU, os funcionários públicos e os servidores celetistas passaram a ser qualificados de servidores públicos (BRASIL, 1990, CAVALCANTE e JORGE NETO, 2002).

Conforme a CLT que sempre é alterada pelas nr, em busca de oferecer

melhor condição ao trabalhador, no RJU também ocorre modificação através de leis, no ano de 1997 foram duas, Lei nº 9.515, de 20.11.97 e Lei nº 9.527, de 10 de dezembro de 1997, que alteram os arts. 9º, 10, 11, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 24, 31, 35, 36, 37, 38, 44, 46, 47, 53, 58, 61, 62, 67, 80, 81, 83, 84, 86, 87, 91, 92, 93, 95, 98, 102, 103, 117, 118, 119, 120, 128, 129, 133, 140, 143, 149, 164, 167, 169, 186, 203, 230 e 243 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. É indiscutível a evolução das relações de trabalho do servidor público com o Estado, com absorção por elas, cada vez mais, de elementos contratuais. A própria CFB, que determinou a instituição de um regime único, estabeleceu que fosse aplicada aos servidores públicos uma série de direitos próprios do empregado privado, ou seja da CLT. Além disto, outorgou a esses o direito de sindicalização e greve (BATISTA e CAVALCANTI, 2005).

Servidor público são pessoas físicas que possuem um liame de trabalho com o Estado e as entidades da administração indireta e mediante remuneração prestam serviços (CAVALCANTE e JORGE NETO, 2002).

Esses dois tipos de regime de trabalho se assemelham em vários pontos, são originários da CFB, porém o servidor público não pode ser equiparado ao trabalhador do setor privado em sua totalidade trabalhista, pois a finalidade de abrangência de serviços são diversos do setor público para o privado. Enquanto o primeiro busca o atendimento das necessidades da coletividade, o segundo busca o lucro (BATISTA e CAVALCANTI, 2005).

O Exercício Profissional de Enfermagem, regido pela lei de nº 7498 de 25 de junho de 1986 que dispõe sobre o exercício da enfermagem foi regulamentado pelo decreto de nº 94406, de 8 de junho de 1987, alterada pela Lei nº 8.967, de 28.12.94 do presidente da República que, usando de suas atribuições conferidas pela

Constituição, fez valer a lei já existente e alterou a redação do parágrafo único do artigo vinte e três da lei anterior, que se refere aos atendentes de enfermagem, permitindo aos que já pertenciam a essa classe trabalhadora, antes da vigência desta lei, o direito de exercer a profissão referida. A lei em questão descreve as categorias que estão aptas a exercer assistência de enfermagem, de acordo com a formação específica de cada uma. São descritas as seguintes categorias: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem e Parteiras. Também atribui ao Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) competência para autorizar e fiscalizar o exercício da profissão, incluindo os hospitais, em todo o território nacional, determinar as atividades a serem realizadas por cada categoria e determina que as instituições e serviços de saúde incluam atividade de enfermagem no seu planejamento e programação (BRASIL, 1994; REZENDE, 2003).

3.8 Direitos, responsabilidades, deveres e benefícios do trabalhador

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), com a resolução 240/2000, aprova o código de ética dos profissionais de Enfermagem, revogando-se as disposições em contrário, em especial, as Resoluções COFEN-160/93, 161/93 e 201/97 (BRASIL, 2000).

Dessa forma, constituem-se **direitos** dos trabalhadores de enfermagem:

- Recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência legal;
- Ser informado sobre o diagnóstico provisório ou definitivo de todos os clientes que estejam sob sua assistência;
- Recorrer ao Conselho Regional de Enfermagem (COREn), quando

impedido de cumprir o presente código e a Lei do Exercício Profissional;

- Participar de movimentos reivindicatórios por melhores condições de assistência, de trabalho e remuneração;
- Suspende atividade individual ou coletivamente quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições mínimas para o exercício profissional, ressalvada as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao COREn.
- Associar-se, exercer cargo e participar das atividades de entidades de classe;
- Atualizar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais.

Constituem-se nas **responsabilidades** desses trabalhadores:

- Assegurar ao cliente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência;
- Promover e/ou facilitar o aperfeiçoamento técnico, científico e cultural do pessoal sob sua orientação e supervisão;
- Responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais independentes de ter sido praticada individualmente ou em equipe.

São **deveres** dos profissionais de enfermagem:

- Cumprir e fazer cumprir os preceitos éticos e legais da profissão;
- Exercer a enfermagem com justiça, competência, responsabilidade e honestidade;

- Prestar assistência de enfermagem à clientela, sem discriminação de qualquer natureza;
- Garantir a continuidade da assistência de enfermagem;
- Respeitar e reconhecer o direito do cliente de decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem-estar;
- Manter segredo sobre fala sigilosa de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional, exceto nos casos previstos em lei;
- Respeitar o ser humano na situação de morte e pós-morte;
- Colocar seus serviços profissionais à disposição da comunidade em casos de emergência, epidemia e catástrofe, sem pleitear vantagens pessoais;
- Comunicar ao COREn fatos que infrinjam preceitos do presente Código e da Lei do Exercício Profissional;
- Comunicar formalmente ao COREn fatos que envolvam recusa ou demissão de cargo, função ou emprego, motivado pela necessidade do profissional em preservar os postulados éticos e legais da profissão.

Na organização do trabalho no momento atual, norteado pela CLT, reconhece-se o quanto falta para o aprimoramento e atendimento ideal ao trabalhador, observando-se os seus direitos, responsabilidades, deveres e benefícios.

Entende-se por **direito** o conjunto de normas sobre as relações entre empregadores e empregados, é o que é justo conforme a lei. Entre os direitos aos quais os trabalhadores têm (BRASIL,2002), listam-se os que seguem:

- Carteira de Trabalho assinada desde o primeiro dia de serviço;

- Exames Médicos admissional e demissional;
- Repouso semanal remunerado, uma folga por semana de 24 horas;
- Salário pago até o 5º dia útil do mês;
- Primeira parcela do 13º salário paga até 30 de novembro;
- Segunda parcela até 20 de dezembro;
- Férias de 30 dias para cada período de doze meses trabalhado;
- Abono de férias, equivalente a 1/3 a mais do salário normal;
- A primeira parcela do 13º salário poderá ser recebida antecipadamente, no ato das férias;
- Licença-maternidade de 120 dias;
- Licença-paternidade de cinco dias corridos;
- FGTS (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço), depositado em conta bancária a favor do empregado, com valor correspondente a 8% do seu salário;
- Programa de Integração Social (PIS): a empresa deve pagar mensalmente ao governo federal; o trabalhador tem direito ao abono anual e retirada total por ocasião de casamento e aposentadoria; em caso de morte, os familiares recebem;
- Adicional de Insalubridade, quando o trabalho for desenvolvido em um ambiente que expõe o trabalhador aos agentes nocivos à saúde. O valor a ser pago será proporcional ao grau de insalubridade, variando entre 10%, 20%, 40% do salário mínimo;
- Adicional de Periculosidade, quando o trabalho for desenvolvido em locais perigosos. O valor será de 30% sobre o salário contratual;
- Adicional de pelo menos 25% da hora normal em caso de horas extras

trabalhadas;

- Adicional noturno, quando do trabalho a partir das 22:00 horas às 5:00 horas, a hora noturna corresponde a 52 minutos e 30 segundos o valor deve ser de, pelo menos, 20% da hora diurna;
- Faltas ao trabalho em casos de: Casamento – 3 dias sem contar o dia da cerimônia; doação de sangue – 1 dia /ano; alistamento militar – no período de tempo necessário; alistamento eleitoral – 2 dias; morte de cônjuge, ascendente (pais e avós), descendente (filhos e netos) – 2 dias;
- Em qualquer trabalho contínuo, cuja duração exceda de 6 (seis) horas, é obrigatória a concessão de um intervalo para repouso ou alimentação, o qual será, no mínimo, de 1 (uma) hora e, salvo acordo escrito ou contrato coletivo em contrário, não poderá exceder de 2 (duas) horas;
- Não excedendo de 6(seis) horas o trabalho, será, entretanto, obrigatório um intervalo de 15 (quinze) minutos quando a duração ultrapassar 4 (quatro) horas;
- Aviso Prévio de 30 dias em caso de demissão;
- Aos trabalhadores estudantes: afastamento nos dias de provas e inclusive no vestibular.

A **responsabilidade** é um dever jurídico a todos, imposto de responder por ação ou omissão imputável que significa lesão ao direito de outrem, protegido por lei. Esta só será relacionada de acordo com o grau de lesão do direito de outrem, relacionamos a contida no código de ética.

Entende-se por **dever** o que a lei ou a convenção, positiva ou negativamente, exige da pessoa. É a determinação da vontade, imposta pela lei e pela razão. É ter obrigação moral de cumprir o determinado pela CLT; entre os seus deveres

(BRASIL, 2002). Listam-se os seguintes:

- Agir com probidade;
- Ter bom comportamento (dentro dos padrões sociais);
- Ter continência de conduta (compatível com a moral sexual e desde que relacionada com o emprego);
- Evitar a desídia (caracterizada como falta de diligência do empregado em relação ao emprego, nas formas de negligência, imprudência e imperícia);
- Não se apresentar no trabalho embriagado ou drogado;
- Guardar segredo profissional;
- Não praticar ato de indisciplina;
- Não praticar ato lesivo à honra e boa fama do empregador ou terceiros; confundindo-se com a injúria, calúnia e difamação;
- Não praticar ofensas físicas, tentadas ou consumadas, contra o empregador, superior hierárquico ou terceiros;
- Reduzir o trabalho por peças ou tarefa sensivelmente, de forma a afetar o salário;
- Manter-se vestido de acordo com a função que desempenha;
- Usar o Equipamento de Proteção Individual (EPI), quando a função exigir;
- Manter o ambiente de trabalho em ordem e limpo;
- Ser pontual e assíduo;
- Manter bom relacionamento com toda a equipe de trabalho;
- Cumprir com a carga horária;
- Evitar resolver problemas particulares no horário do trabalho.

Entende-se por **benefício** o direito dado a alguém como exceção à aplicação das normas legais, não contido na CLT, é facultativo oferecido pelo incentivo do

governo ao empregador, constar no dissídio coletivo de cada classe trabalhadora. O benefício social é o atribuído aos trabalhadores pela Previdência Social (BRASIL, 2003). Entre esses, encontram-se:

- Vale-Transporte;
- Cesta básica;
- Bolsa-escola;
- Vale-alimentação ou refeição;
- Plano de Saúde;
- Aposentadoria;
- Auxílio-Natalidade;
- Salário-Família;
- Licença para tratamento de saúde;
- Licença-gestante, adotante, paternidade e em caso de acidente de trabalho;
- Pensão;
- Auxílio-Funeral e reclusão.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo seccional (transversal) e não experimental, do tipo de levantamento por amostragem.

4.2 Local

Foi desenvolvido em Recife, capital de Pernambuco. Esse estado localiza-se no centro-leste da região Nordeste do Brasil, ocupando uma área de 98.938 km², com uma população de 7.918.344 habitantes, distribuídos em 184 municípios e um território (o arquipélago de Fernando de Noronha) e tem densidade demográfica de 80,3 hab./km². No litoral, o clima é tropical e no agreste e sertão é semi-árido (PERNAMBUCO, 2005).

Recife ocupa uma área de 217,78 km², com uma população de 1.422.905 habitantes; é cercada por rios, ilhas, praias e pontes, sendo, denominada a Veneza Brasileira; possui uma das culturas populares mais ricas do Brasil. No setor saúde, é considerada o segundo pólo médico nacional, com 53 hospitais, 8.132 leitos, 196 unidades ambulatoriais, 67 centros de saúde e 15 ambulatorios de unidade hospitalar geral (PERNAMBUCO, 2005).

Os hospitais, onde a presente investigação foi desenvolvida foram denominados A e B. O primeiro pertence a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), encontra-se na zona leste da cidade, no *Campus* Universitário, no Bairro da Várzea e o segundo é uma instituição não estatal e localiza-se na proximidade da área central da cidade do Recife, no Bairro da Ilha do Leite (PERNAMBUCO, 2005).

Os referidos hospitais foram selecionados porque são classificados, por seus números de leitos, como sendo de grande porte, com atividades docentes –

assistenciais e de pesquisa, oferecendo assistência geral, de maternidade, berçário e ao binômio mãe-filho.

4.2.1 Caracterização dos hospitais

Hospital A

Instituição pública vinculada ao Ministério da Educação (MEC), com função básica de apoiar o ensino de graduação e pós-graduação dos Centros de Ensino (CE) da UFPE, em particular o Centro de Ciências da Saúde (CCS). Atua como hospital universitário e centro de pesquisa científica em todas as áreas médicas; integra o Sistema Único de Saúde (SUS) estadual, prestando serviços médico-hospitalares e atendimento ambulatorial à população do estado de Pernambuco e da região Nordeste. É referência em vários setores: Doenças infectocontagiosas (AIDS, Tétano, Difteria, Meningite), Oncologia, Psiquiatria, Dermatologia e Cirurgias (Geral, Torácica, Plástica Reparadora, Ginecológica, Traumatológica, Otorrinolaringológica, Angiológica) e maternidade para gestantes de alto risco (UFPE, 1997).

Pela sua excelência em tratamento de patologias de alta complexidade, constitui-se em um importante centro de realização de projetos de pesquisas, desenvolvimento de conhecimento e formação de profissionais na área de saúde. Mantém convênios internacionais de cooperação com o Japão, França e Estados Unidos, bem como com universidades estaduais e federais, para o desenvolvimento de programas de saúde no combate às doenças tropicais e endêmicas da região (esquistossomose mansônica e a filariose). Atualmente, tem programas relacionados ao estudo de transplante de fígado (UFPE, 1997).

Oferece suporte aos cursos de graduação de medicina, enfermagem, nutrição, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, farmácia e bioquímica. Na pós-graduação, propicia cursos de residência médica, de enfermagem e de nutrição; especialização em saúde mental; mestrado em medicina interna, cirurgia, doenças infecciosas e tropicais, neuropsiquiatria, pediatria, anatomia patológica; doutorado em medicina. Para o desenvolvimento dessas atividades, conta com 1.268 funcionários entre médicos, enfermeiros, técnicos e administrativos, sendo que destes, 523 (41,2%) são trabalhadores de enfermagem.

Sua área física é de 62.000 m², distribuída em unidades de internação com 327 leitos disponíveis, sendo 22 em reforma e 63 leitos/dia no total de 412 leitos; ambulatório com 147 unidades, centro cirúrgico e obstétrico, com 14 salas, uma unidade de central de material e esterilização, cinco unidades de tratamento intensivo, 12 consultórios para serviços de pronto-atendimento, uma unidade de maternidade com 28 leitos para alojamento conjunto e puerpério, 12 leitos para gestantes de alto risco, unidade de tratamento intensivo neonatal com quatro leitos, unidade para tratamento semi-intensivo com 14 leitos, quatro anfiteatros e 22 salas de aulas (UFPE, 1997).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) concederam-lhe o título de Hospital Amigo da Criança em 2000, pelas ações desenvolvidas no setor de maternidade e de promoção e apoio ao aleitamento materno (BRASIL, 2002).

Essa instituição enfrenta historicamente, segundo o Programa de Renovação Organizacional (PRO), dificuldades técnicas, operacionais e financeiras que podem levá-lo à insolvência e redução parcial ou total de seu funcionamento. A meta do PRO é aumentar sua capacidade de realizar seus objetivos sociais de ensino,

pesquisa, extensão e assistência com o órgão complementar da UFPE, através de um movimento de transformação e aprendizagem organizacional que conta com a determinação da reitoria da referida universidade. Atualmente, busca ser “acreditado²” (UFPE, 1997).

Hospital B

Fundado em 1960, é uma entidade filantrópica, de utilidades públicas, que atua nas áreas de assistência médico-social, ensino, pesquisa e extensão comunitária. Voltado para o atendimento da criança e da mulher carentes, é reconhecido como uma das mais importantes instituições nacionais. Possui 580 leitos, sendo 340 pediátricos e 240 de mulheres (IMIP, 2004).

Referência em diversas especialidades na área de saúde, é credenciado pelo Ministério da Saúde (MS) como Centro Nacional de Referência para Programas de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC) e também Centro Colaborador para o Desenvolvimento da Gestão (CCDG) e Assistência Hospitalar (AH). Pelo Ministério da Educação (MEC), é reconhecido como Hospital de Ensino, sendo o primeiro do Brasil a receber o título de *Hospital Amigo da Criança*, concedido pela OMS/UNICEF/MS. Para sua manutenção, recebe recursos financeiros da prestação de serviços ao SUS, de convênios e intercâmbios técnico-científicos com entidades nacionais e internacionais e de doações captadas pela Fundação Alice Figueira.

Realiza atividades de assistência médica e extensão comunitária em conjunto com diversas associações: Associação Pernambucana de Apoio ao Paciente com

² Acreditação é a qualificação do hospital obedecendo aos padrões de qualidade do órgão competente, Organização Nacional de Acreditação (ONA).

Fibrose Cística, Núcleo de Apoio à Criança com Câncer, Associação de Fissurados Labiopalatais de Pernambuco, Associação das Mulheres Mastectomizadas Viva Rachid – AIDS e Associação Pernambucana dos Diabéticos.

Promove ações preventivas e curativas de assistência à mulher e à criança através das Unidades de Atendimento do seu complexo hospitalar: Ambulatório da Criança, Ambulatório da Mulher, Assistência Mãe-Canguru, Banco de Leite Humano, Emergência Pediátrica, Hospital Dia Pediátrico, Hospital Geral de Pediatria, serviço de Oncologia Pediátrica, entre outras. Propicia assistência à saúde para crianças, adolescentes e mulheres carentes e desenvolve ações de ensino, pesquisa e extensão comunitária (IMIPI, 2004).

Sua estrutura de apoio diagnóstico e terapêutico é composta dos setores de enfermagem, serviço de controle de infecção hospitalar, farmácia, nutrição e dietética, diagnóstico por imagem radiológica, laboratório de análises clínicas, endoscopia, broncoscopia, anatomia patológica, eletroencefalografia, imunização, ultra-sonografia, agência transfusional, audiometria, núcleo de epidemiologia, núcleo de atenção aos defeitos da face, laboratórios de prótese e de ortodontia. Recebe alunos de medicina, enfermagem, fonoaudiologia, terapia ocupacional e fisioterapia de várias universidades (IMIPI, 2004).

Mantém curso de pós-graduação em cirurgia oncológica pediátrica, em intercâmbio técnico-científico com o *St. Jude Childrens Hospital*, dos Estados Unidos (IMIPI, 2004)

4.3 População e amostra

A população foi constituída por trabalhadores de enfermagem admitidos nas

instituições A e B, pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e pelo Regime Jurídico Único (RJU). Os entrevistados foram recrutados por amostra aleatória estratificada por categoria funcional, a saber, auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiros, perfazendo um total de 30% dos trabalhadores contratados. Foi considerada uma perda de amostragem de 15% (n=61). No hospital A, estão registrados 523 trabalhadores e no hospital B, 645; constituem a população 1.168 pessoas. A amostra do hospital A constituiu-se de 184 trabalhadores e a do hospital B, 227 contabilizando 411.

No entanto, foram considerados, no final, 324 sujeitos, sendo que a perda foi superior a prevista, ou seja, foi de 87 trabalhadores (41 do A e 46 do B) por motivos diversos explicados nos critérios de inclusão e exclusão, a seguir.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: trabalhadores de enfermagem contratados nas duas instituições (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), de ambos os sexos e que concordassem em ser entrevistados. Foram excluídos os que estavam de férias, por ocasião da coleta de dados, os de licenças por motivos variados e os que se recusaram a submeter-se a entrevista.

Obedecidos aos critérios, não houve, portanto, condições de se considerar como sujeitos da pesquisa a totalidade de 411 trabalhadores; para o hospital A, foram considerados 144 sujeitos e para o hospital B, 180.

4.4 Aspectos éticos

Inicialmente, foi solicitada a autorização para a realização da pesquisa à direção das duas instituições e encaminhado o projeto para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Federal de Pernambuco sendo avaliado e

aprovado (anexos 1 e 2), seguindo as normatizações contidas na Resolução 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), referente aos aspectos éticos recomendados quando da realização de pesquisa em seres humanos (BRASIL, 1997). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido elaborado encontra-se no Apêndice 4.

4.5 Instrumentos

O instrumento utilizado para entrevistar os sujeitos foi elaborado a partir das referências bibliográficas de RICHARDSON (1999) e MARCONI e LAKATOS (2002), seguindo as orientações de peritos (advogados do Sindicato dos Enfermeiros de Pernambuco, do Tribunal Regional do Trabalho, enfermeiro do trabalho do Hospital Agamenon Magalhães, de Recife e professor de estatística da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo) e com fundamentação na CLT e nas convenções coletivas das classes trabalhadoras envolvidas no estudo.

Tal instrumento continha perguntas fechadas referentes à identificação, escolaridade, função, cargo, tempo de serviço tipo de contrato de trabalho, programas de promoção à saúde oferecidos aos entrevistados, bem como perguntas pertinentes aos seus conhecimentos sobre seus direitos, responsabilidades, deveres e benefícios (Apêndice 1). Foi submetido à avaliação e julgamento de três juízes quanto ao conteúdo, à clareza, à adequacidade, à objetividade, à semântica e à pertinência do tema pesquisado (Apêndice 2). Após essa etapa, foi realizado um teste piloto, com um grupo de cinco trabalhadores de enfermagem, das Unidades de Pronto Atendimento dos hospitais A e B, percebendo-se que não houve dificuldades

para a sua compreensão.

Utilizou-se também um segundo instrumento composto de sete itens, para o pesquisador realizar a observação não-participante, após agendamento por plantões e aquiescência das instituições envolvidas, durante a realização das entrevistas (Apêndice 3).

4.6 Procedimento da coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de 1º de maio a 15 de setembro de 2004. A pesquisadora dirigia-se, diariamente, aos hospitais (inicialmente o A e após o B), buscando os trabalhadores em todos os seus plantões. Iniciava as entrevistas por setores dessas instituições, até obter o total dos sujeitos de ambas. As entrevistas foram feitas no próprio ambiente de trabalho, demorando, em média, 20 minutos cada uma.

4.7 Análise e tratamento dos dados

Realizou-se a codificação das informações, através de um dicionário de dados, que armazena o sistema de codificação e definições operacionais de cada uma das variáveis medidas, utilizando os instrumentos de coleta apresentados no Apêndice 1. Após a codificação apropriada elaborou-se um banco de dados, ou seja, o arquivo com a versão eletrônica das informações coletadas, utilizando-se o programa MS EXCEL XP. Em seguida, procedeu-se à validação, mediante dupla digitação.

A análise estatística foi realizada após importação da versão Excel no

programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 11.5, incluindo-se distribuição de frequências e análise de tabela de contingência.

5. *RESULTADOS*

Distribuídos em tabelas, os resultados obedecem à seqüência dos objetivos propostos.

Em relação ao objetivo de caracterizar os trabalhadores de enfermagem quanto aos seus **dados de identificação pessoal**, encontra-se apresentado na Tabela 1, a seguir.

Tabela 1 - Distribuição de trabalhadores de enfermagem de dois hospitais, quanto ao sexo, faixa etária e escolaridade. Recife, PE, maio - setembro de 2004 (n=324)

VARIÁVEIS	HOSPITAL A		HOSPITAL B		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
SEXO						
Feminino	127	88,2	173	96,1	300	92,6
Masculino	17	11,8	7	3,9	24	7,4
Total	144	100,0	180	100,0	324	100,0
FAIXA ETÁRIA						
20 a 29 anos	23	16,0	65	36,1	88	27,2
30 a 39 anos	46	31,9	72	40,0	118	36,4
40 a 49 anos	56	38,9	35	19,4	91	28,1
+ 50 anos	19	13,2	8	4,4	27	8,3
Total	144	100,0	180	100,0	324	100,0
ESCOLARIDADE						
Ensino Fundamental Completo	-	-	2	1,1	2	0,6
Ensino Médio Incompleto	3	2,1	2	1,1	5	1,5
Ensino Médio Completo	67	46,5	147	81,7	214	66,0
Ensino Superior Incompleto	19	13,2	1	0,6	20	6,2
Ensino Superior Completo	55	38,2	28	15,5	83	25,6
Total	144	100,0	180	100,0	324	100,0

Foram pesquisados 324 trabalhadores nos dois hospitais, sendo **144** no hospital A e **180** no hospital B. Do total dos sujeitos, 300 (92,6%) são do **sexo feminino**, sendo que para o hospital A, esses percentuais correspondem a 88,2%

(127 pessoas) e para o B, a 96,1% (173 trabalhadores).

Em relação à **faixa etária**, o hospital A apresenta uma concentração de 56 trabalhadores (38,9%) entre 40 e 49 anos e 46 (31,9%) entre 30 e 39 anos. O hospital B apresenta 40% (72 pessoas) entre 30 e 39 anos e 36,1% (65 sujeitos) entre 20 e 29 anos. No geral, quando contabilizam ambos os hospitais, 63,6% dos trabalhadores possuem entre 20 a 39 anos, ou seja, encontram-se em plena fase produtiva da vida; em contrapartida, 36,4% possuem idade superior a 40 anos, estando já mais envelhecidos para o exercício do trabalho em enfermagem.

Os **níveis de escolaridade** encontrados no hospital A foram os seguintes: 46,5% (67 pessoas) possuem o ensino médio completo e 55 (38,2%) o ensino superior completo; no hospital B, 81,7% (147 pessoas) e 15,5% (28 trabalhadores) possuem, respectivamente, o ensino médio e superior completo. Em ambas as instituições, contabilizam-se 66% dos trabalhadores com ensino médio completo e 25,6% com ensino superior completo.

A caracterização sujeitos, quanto aos seus **dados profissionais**, encontra-se apresentada na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição de trabalhadores de enfermagem de dois hospitais quanto aos dados profissionais. Recife (PE), maio- setembro de 2004 (n=324)

VARIÁVEIS	HOSPITAL A		HOSPITAL B		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
PROFISSÃO						
Enfermeiros	43	29.8	28	15.6	71	21.9
Téc. Enfermagem	45	31.3	58	32.2	103	31.8
Aux. Enfermagem	56	38.9	94	52.2	150	46.3
Total	144	100.0	180	100.0	324	100.0
FUNÇÃO						
Enfermeiros	43	29.9	28	15.6	71	21.9
Aux. Enf. + Téc. Enf.	101	70.1	152	84.4	253	78.1
Total	144	100.0	180	100.0	324	100.0
CARGO						
Mesmo que a Função	137	95.1	176	97.8	313	96.6
Gerentes	5	3.5	2	1.1	7	2.2
Coordenadoras	1	0.7	-	-	1	0.3
Outros	1	0.7	2	1.1	3	0.9
Total	144	100.0	180	100.0	324	100.0
LOCAL DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO						
Enfermarias	62	43.1	81	45.0	143	44.1
Unidades Fechadas	50	34.6	66	36.7	116	35.8
Ambulatórios	26	18.1	18	10.0	44	13.6
Emergências	-	-	15	8.3	15	4.6
Setores Administrativos	6	4.2	-	-	6	1.9
Total	144	100.0	180	100.0	324	100.0
TEMPO DE SERVIÇO: NA INSTITUIÇÃO						
0 a 5 anos	48	33.3	98	54.4	146	45.1
5 a 10 anos	28	19.4	41	22.8	69	21.3
10 a 15 anos	17	11.9	21	11.7	38	11.7
15 a 20 anos	22	15.3	15	8.3	37	11.4
+ 20 anos	29	20.1	5	2.8	34	10.5
Total	144	100.0	180	100.0	324	100.0
NO CARGO						
0 a 5 anos	41	28.5	94	52.2	135	41.8
5 a 10 anos	32	22.2	43	23.9	75	23.1
10 a 15 anos	15	10.4	23	12.8	38	11.7
15 a 20 anos	25	17.4	15	8.3	40	12.3
+ 20 anos	31	21.5	5	2.8	36	11.1
Total	144	100.0	180	100.0	324	100.0
NA FUNÇÃO						
0 a 5 anos	37	25.7	93	51.7	130	40.1
5 a 10 anos	32	22.2	45	25.0	77	23.8
10 a 15 anos	14	9.8	23	12.8	37	11.4
15 a 20 anos	29	20.1	14	7.8	43	13.3
+ 20 anos	32	22.2	5	2.7	37	11.4
Total	144	100.0	180	100.0	324	100.0

No que se refere à variável **profissão**, a instituição A apresentou 43 (29,8%) enfermeiros, 45 (31,3%) técnicos de enfermagem e 56 (38,9%) auxiliares de enfermagem; o hospital B possui 28 (15,6%) enfermeiros, 58 (32,2%) técnicos de

enfermagem e 94 (52,2%) auxiliares de enfermagem. Na contabilização total, há 71 (21,9%) enfermeiros, 103 (31,8%) técnicos de enfermagem e 150 (46,3%) auxiliares de enfermagem.

Para a variável **função**, em ambos os hospitais, todos os 71 enfermeiros (21,9%) a exercem conforme a sua formação profissional, porém muitos técnicos desempenham a função de auxiliares de enfermagem; juntando-se ambos, o total dessa variável torna-se 253 (78,1%).

Em relação ao **cargo**, 95,1% dos profissionais no hospital A (137 sujeitos) exercem o mesmo que a sua função; 3,5% dos sujeitos (5) exercem cargos de gerentes, um (0,7%) de coordenação e um (0,7%) ocupa outro cargo (é um auxiliar de enfermagem que trabalha como técnico administrativo). No hospital B, 97,8% dos sujeitos (176 pessoas) exercem o mesmo cargo que a sua função; duas pessoas exercem cargos de gerentes (1,1%) e outras duas (1,1%) ocupam cargos variados, sendo uma sanitarista e outra técnica administrativa. Ou seja, contabilizando-se as duas instituições 11 pessoas exercem cargos administrativos, o que corresponde a 3,4% dos 324 entrevistados.

Quanto ao **local de trabalho na instituição**, observa-se predominância dos sujeitos, em ambos os hospitais, nas enfermarias (143 pessoas, 44,1%), unidades fechadas (116 trabalhadores, 35,8%) e ambulatorios (44 pessoas, 13,6%). No hospital A, 62 sujeitos (43,1%), 50 (34,6%) e 26 (18,1%), encontram-se distribuídos, respectivamente nestes locais; no hospital B, 81 pessoas (45%), 66 (36,7%) e 18 (10%), respectivamente distribuem-se nesses locais. Apenas 6,5% dos trabalhadores (21 pessoas), em ambas as instituições, estavam lotados nas emergências e setores administrativos.

No que se refere ao **tempo de serviço na instituição**, o hospital A

apresentou maior número de trabalhadores (48 sujeitos, 33,3%) entre 0 e 5 anos, seguidos de 29 indivíduos com tempo superior a 20 anos na instituição (20,1%), 28 (19,4%) com tempo entre 5 a 10 anos e 22 (15,3%) entre 15 a 20 anos. No hospital B, 54,4% (98 trabalhadores) apresentaram entre 0 e 5 anos de trabalho institucional, seguidos por 22,8% (41 pessoas) entre 5 e 10 anos e 11,7% (21 sujeitos) entre 10 e 15 anos. Ao se contabilizar o tempo de serviço institucional total dos trabalhadores, nas duas instituições, percebe-se que o maior número de pessoas (146, 45,1%) possui até 5 anos de exercício laboral institucional; 21,3% (69 indivíduos) informaram de 5 e 10 anos, 11,7% (38 sujeitos) de 10 a 15 anos, 11,4% (37) de 15 a 20 anos e 10,5% (34) tempo institucional superior a 20 anos.

Em relação ao **tempo de serviço no cargo e na função**, o quantitativo de trabalhadores é semelhante nas duas instituições. No hospital A, 28,5% (41 sujeitos) possuem entre 0 e 5 anos, 22,2% (32 pessoas) entre 5 e 10 anos, 21,5 % (31 indivíduos) mais de 20 anos de trabalho no cargo; na função, 25,7% (37 sujeitos) referiram possuir entre 0 e 5 anos, 22,2% (32 pessoas) entre 5 e 10 anos e mais de 20 anos, respectivamente e 20,1% (29 sujeitos) entre 15 e 20 anos de exercício laboral. No hospital B, em relação ao cargo, 52,2% (94 trabalhadores) possuem entre 0 e 5 anos, 23,9% (43 sujeitos) entre 5 e 10 anos e 12,8% (23 pessoas entre 10 e 15 anos de trabalho; quanto à função, 51,7% (93 pessoas) informaram possuir entre 0 e 5 anos, 25% (45 sujeitos) entre 5 e 10 anos e 12,8% (23 indivíduos) entre 10 e 15 anos de trabalho. Na contabilização total, em relação ao cargo, em ambos os hospitais, 41,8% (135) dos trabalhadores têm até 5 anos, 23,1% (75) de 5 e 10 anos e 12,3% (40) de 15 e 20 anos de exercício laboral. Quanto à função, 40,1% (130 pessoas) possuem até 5 anos, 23,8% (77) entre 5 e 10 anos e 13,3% (43) entre 15 e 20 anos; 37 trabalhadores (11,4%) possuem, respectivamente, entre 10 e 15

anos e mais de 20 anos de trabalho.

No que se refere ao objetivo de **identificar o tipo de contrato existente entre os trabalhadores de enfermagem e os hospitais**, pela entrevista realizada, evidenciou-se que a totalidade dos 144 trabalhadores do hospital A pertence ao Regime Jurídico Único (RJU) e todos os 180 sujeitos do hospital B são contratados pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Ou seja: os primeiros são considerados servidores públicos; os 180 trabalhadores de enfermagem da instituição B, que é filantrópica, são essencialmente contratados pela CLT (BRASIL,1999). Não foi observado, em ambas as instituições, a presença de trabalhadores de enfermagem com contratos temporários.

Em relação ao objetivo de identificar **quais os programas de promoção à saúde do trabalhador existentes nos hospitais**, as respostas dos sujeitos foram compiladas e resultaram na Tabela 3, que se segue.

Tabela 3 - Distribuição de trabalhadores de enfermagem de dois hospitais quanto à identificação dos programas de promoção à saúde. Recife, PE, maio - setembro de 2004 (n=324)

VARIÁVEIS	HOSPITAL A		HOSPITAL B		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
TIPO DE PROGRAMA DE PROMOÇÃO À SAÚDE						
CIPA	20	13.9	148	82.2	168	51.9
Grupo Multiprofissional de Apoio	8	5.6	1	0.5	9	2.8
Ginástica Laboral	1	0.7	1	0.5	2	0.6
Ginástica Anti - estresse	1	0.7	-	-	1	0.3
Inexistência de Programas	105	72.9	25	13.9	130	40.1
Não informou	9	6.2	5	2.8	14	4.3
Total	144	100.0	180	100.0	324	100.0
INSTITUIÇÃO OFERECE PLANO DE SAÚDE						
Sim	8	5.7	2	1.1	10	3.1
Não	132	89.8	170	94.5	302	93.2
Não informou	4	4.8	8	2.8	12	3.7
Total	144	100.0	180	100.0	324	100.0
PRESENÇA DE PROGRAMA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA						
Sim	99	68.8	168	93.1	267	82.4
Não	42	29.2	10	5.5	52	16.0
Não informou	3	2.0	2	1.4	5	1.6
Total	144	100.0	180	100.0	324	100.0

Quanto ao fato de existirem, nas instituições hospitalares, **programas de promoção à saúde**, os trabalhadores de enfermagem da instituição A responderam da seguinte forma: 13,9% (20 pessoas) informaram que existe a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA), que em um senso mais amplo, pode ser compreendida como um mecanismo que a empresa possui capaz de auxiliar a promoção da saúde; 5,6% (8 sujeitos) mencionaram que há grupos multiprofissionais de apoio ao trabalhador; 0,7% (uma pessoa) respondeu que existe a ginástica laboral; o mesmo número identificou a ginástica anti-estresse; 72,9% (105 trabalhadores) referiram que não existem programas e 6,2% (9 pessoas) não

souberam informar sobre a presença dos mesmos. Em relação ao hospital B, 82,2% (148 trabalhadores) mencionaram a existência da CIPA; 0,5% (um sujeito) identificou a presença de um grupo multiprofissional de apoio ao trabalhador; outro tanto (0,5%) citou a ginástica laboral; 13,9% (25 pessoas) referiram a ausência de programas dessa natureza e 2,8% (cinco indivíduos) nada souberam informar, sobre o assunto.

No que se refere ao fato das instituições oferecerem **planos de saúde**, entendendo-se que também, em um sentido mais abrangente, são mecanismos que auxiliam na promoção da saúde, o hospital A apresentou 89,8% dos sujeitos (132 pessoas) respondendo negativamente quanto à existência desse quesito; 5,7% (8 indivíduos) confirmando a existência desses planos e 4,8% (4 sujeitos) não sabendo informar. Para 94,5% dos sujeitos do hospital B (170 trabalhadores), a resposta foi negativa; para 1,1% (2 pessoas) foi positiva e 2,8% (8 indivíduos) não souberam informar sobre esse item. Em relação a essa variável, o somatório de trabalhadores de enfermagem de ambas as instituições evidencia que 93,2% (302 sujeitos) confirmaram a não existência de planos de saúde, contrapondo-se a 3,1% (10 pessoas) que afirmaram a sua existência.

Quanto aos **programas de educação continuada (PEC)**, que também podem ser considerados mecanismos para promoção à saúde, 68,8% dos sujeitos entrevistados do hospital A (99 pessoas) confirmaram a sua presença; 29,2% (42 indivíduos) afirmaram desconhecê-los e 2% (3 sujeitos) não souberam informar sobre os mesmos; em relação ao hospital B, 93,1% (168 indivíduos) informaram que eles existem; 5,5% (10 pessoas) admitiram a sua inexistência e 1,4% (2 trabalhadores) não souberam informar sobre o assunto.

No que se refere ao objetivo de identificar **quais as informações que os trabalhadores de enfermagem possuem sobre seus direitos, deveres**

responsabilidades e benefícios, as respostas encontram-se apresentadas nas Tabelas seqüenciais, a seguir.

Os **direitos** que informaram possuir enquanto trabalhadores, encontram-se apresentados, nas Tabelas 4 e 5 que se seguem.

Tabela 4 - Distribuição de trabalhadores de enfermagem de dois hospitais quanto ao que identificam como seus direitos. Recife, PE, maio - setembro de 2004 (n=324)

VARIÁVEIS	HOSPITAL A		HOSPITAL B		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
EXAME MÉDICO ADMISSIONAL E DEMISSSIONAL						
Direito	110	76.4	131	72.8	241	74.4
Responsabilidade	3	2.1	8	4.4	11	3.4
Dever	24	16.7	27	15.0	51	15.7
Benefício	6	4.2	13	7.2	19	6.0
Não informou	1	0.7	1	0.6	2	0.5
Total	144	100.0	180	100.0	324	100.0
REPOUSO SEMANAL REMUNERADO						
Direito	117	81.3	141	78.4	258	79.6
Responsabilidade	-	-	1	0.6	1	0.3
Dever	3	2.1	4	2.2	7	2.2
Benefício	21	14.5	30	16.6	51	15.7
Não informou	3	2.1	4	2.2	7	2.2
Total	144	100.0	180	100.0	324	100.0
SALÁRIO ATÉ O QUINTO DIA ÚTIL/ MÊS						
Direito	133	92.7	169	93.9	302	93.2
Responsabilidade	2	1.3	-	-	2	0.6
Dever	5	3.4	6	3.4	11	3.4
Benefício	4	2.6	4	2.2	8	2.5
Não informou	0	0	1	0.5	1	0.3
Total	144	100.0	180	100.0	324	100.0
PRIMEIRA PARCELA DO 13º SALÁRIO ATÉ 30 DE NOVEMBRO						
Direito	123	85.4	167	92.8	290	89.5
Responsabilidade	1	0.7	-	-	1	0.3
Dever	4	2.8	2	1.1	6	1.9
Benefício	16	11.1	10	5.6	26	8.0
Não informou	-	-	1	0.5	1	0.3
Total	144	100.0	180	100.0	324	100.0
SEGUNDA PARCELA DO 13º SALÁRIO ATÉ 20 DE DEZEMBRO						
Direito	131	91.0	167	92.8	298	92.0
Responsabilidade	-	-	1	0.6	1	0.3
Dever	4	2.8	6	3.3	10	3.1
Benefício	9	6.3	6	3.3	15	4.6
Total	144	100.0	180	100.0	324	100.0
PRIMEIRA PARCELA DO 13º SALÁRIO NO ATO DAS FÉRIAS						
Direito	66	45.8	126	70.0	192	59.3
Responsabilidade	1	0.7	-	-	1	0.3
Dever	2	1.4	2	1.1	4	1.2
Benefício	72	50.0	50	27.8	122	37.7
Não informou	3	2.1	2	1.1	5	1.5
Total	144	100.0	180	100.0	324	100.0

A Tabela 4 permite evidenciar que no que se refere ao fato de **realizar exame médico admissional e demissional**, 76,4% dos sujeitos do hospital A (110

peessoas) e 72,8% da instituição B (131 trabalhadores), entendem que é um dos seus direitos, embora 16,7% dos entrevistados da instituição A (24 sujeitos) e 15% da B (27 pessoas) acreditam que é um dever. O **repouso semanal remunerado**, com uma folga por semana de vinte e quatro horas, é direito entendido como tal, referido, respectivamente por 81,3% dos sujeitos do hospital A (117 pessoas) e 78,4% dos entrevistados do hospital B (141 trabalhadores). Ainda em relação a esse item, 14,5% dos entrevistados do hospital A (21 pessoas) e 16,6% dos sujeitos do hospital B (30 trabalhadores) o entendem como benefício.

Quanto ao fato do **salário ser pago até o quinto dia útil de cada mês**, 92,7% (133 entrevistados) e 93,9% (169 sujeitos) das instituições A e B, respectivamente, o entendem como direito; **receber a primeira parcela do décimo terceiro salário até o dia trinta de novembro** é um direito, entendido como tal, respectivamente, por 85,4% (123 trabalhadores) e 92,8% (167 sujeitos) das instituições A e B; **receber a segunda parcela do décimo terceiro salário até o dia vinte de dezembro** é percebido como direito por 91% (131 pessoas) e 92,8% (167 sujeitos), respectivamente, das instituições A e B. Finalmente, a Tabela 4 mostra que **receber antecipadamente, a primeira parcela do décimo terceiro salário, no ato das férias**, é direito reconhecido, por 45,8% (66 sujeitos) e 70% (126 entrevistados) dos hospitais A e B respectivamente; neste quesito ficou evidente que 50% dos trabalhadores do hospital A (72 sujeitos) e 27,8% do B (50 trabalhadores) o entendem como benefício.

Tabela 5 - Distribuição de trabalhadores de enfermagem de dois hospitais quanto ao que identificam como seus direitos. Recife, PE, maio a setembro de 2004 (n=324)

VARIÁVEIS	HOSPITAL A		HOSPITAL B		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
FÉRIAS ANUAIS APÓS DOZE MESES DE TRABALHO						
Direito	140	97.2	173	96.1	313	96.6
Dever	2	1.4	4	2.2	6	1.9
Benefício	2	1.4	3	1.7	5	1.5
Total	144	100.0	180	100.0	324	100.0
ABONO FÉRIAS						
Direito	130	90.3	160	88.9	290	89.5
Responsabilidade	-	-	1	0.6	1	0.3
Dever	3	2.1	2	1.1	5	1.5
Benefício	11	7.6	17	9.4	28	8.6
Total	144	100.0	180	100.0	324	100.0
LICENÇA-MATERNIDADE						
Direito	137	95.1	172	95.6	309	95.4
Responsabilidade	1	0.7	-	-	1	0.3
Dever	1	0.7	1	0.6	2	0.6
Benefício	4	2.8	7	3.8	11	3.4
Não informou	1	0.7	-	-	1	0.3
Total	144	100.0	180	100.0	324	100.0
LICENÇA-PATERNIDADE						
Direito	131	91.0	170	94.4	301	92.9
Dever	2	1.4	1	0.6	3	0.9
Benefício	9	6.3	8	4.4	17	5.2
Não informou	2	1.3	1	0.6	3	1.0
Total	144	100.0	180	100.0	324	100.0
LICENÇA PARA ACOMPANHAMENTO DE FAMÍLIA NAS DOENÇAS						
Direito	118	81.9	135	75.1	253	78.1
Dever	5	3.5	18	10.0	23	7.1
Benefício	18	12.5	25	13.8	43	13.3
Não informou	3	2.1	2	1.1	5	1.5
Total	144	100.0	180	100.0	324	100.0

A tabela 5 mostra que gozar **férias de trinta dias para cada período de doze meses trabalhados** é um direito para 97,2% (140) e 96,1% (173) trabalhadores, respectivamente, dos hospitais A e B; receber **abono de férias equivalente a um terço do salário normal** é percebido como direito, respectivamente, por 90,3% (130) e 88,9% (160) dos sujeitos das instituições A e B. Quanto à **licença-maternidade** de cento e vinte dias, 95,1% (137 pessoas) e 95,6% (172) dos entrevistados respectivamente, dos hospitais, a entendem como um direito; à **licença-paternidade** de cinco dias, foi percebida como um direito por 91%

(131) dos entrevistados do hospital A e 94,4% (170) do hospital B, respectivamente. No que se refere ao fato de se poder usufruir **licença para acompanhar membro da família adoecido**, respectivamente, 81,9% (118) dos sujeitos do hospital A e 75,1% (135) do B a entendem como direito, embora seja confundido, também, como benefício por 12,5% (18) dos entrevistados do hospital A e por 13,8% (25) dos sujeitos da instituição B.

Evidencia-se então que a maioria dos sujeitos desse estudo entende que tais quesitos constituem-se os seus direitos, apesar de haver certa confusão em suas respostas, principalmente em relação às variáveis dever e benefício. Constata-se também que o quesito responsabilidade não foi mencionado, em relação às variáveis férias anuais após doze meses de trabalho e licenças paternidade e para acompanhar familiares doentes.

Quanto às informações que os trabalhadores apresentam sobre seus **deveres**, as respostas dos pesquisados das duas instituições assemelham-se, porém percebe-se um certo grau de incerteza, neste item, pelas ocorrências percentuais acontecidas em relação à variável responsabilidade.

A Tabela 6 apresenta algumas das variáveis, entendidas pelos trabalhadores como sendo seus **deveres**:

Tabela 6 - Distribuição de trabalhadores de enfermagem de dois hospitais quanto ao que identificam como seus deveres. Recife, PE, maio - setembro de 2004 (n=324)

VARIÁVEIS	HOSPITAL A		HOSPITAL B		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
AGIR COM PROIBIDADE						
Direito	6	4.2	25	14.0	31	9.6
Responsabilidade	32	22.2	45	25.0	77	23.8
Dever	103	71.5	107	59.4	210	64.8
Benefício	-	-	1	0.6	1	0.3
Não informou	3	2.1	2	1.1	5	1.5
Total	144	100.0	180	100.0	324	100.0
APRESENTAR BOM COMPORTAMENTO						
Direito	4	2.8	24	13.3	28	8.6
Responsabilidade	21	14.6	32	17.8	53	16.4
Dever	119	82.6	122	67.8	241	74.4
Não informou	-	-	2	1.1	2	0.6
Total	144	100.0	180	100.0	324	100.0
APRESENTAR CONDUTA MORAL						
Direito	3	2.1	22	12.3	25	7.7
Responsabilidade	35	24.3	40	22.3	75	23.1
Dever	106	73.6	116	64.3	222	68.5
Não informou	0	0.0	2	1.1	2	0.7
Total	144	100.0	180	100.0	324	100.0
EVITAR A DESÍDIA						
Direito	3	2.1	7	3.9	10	3.1
Responsabilidade	47	32.6	67	37.2	114	35.2
Dever	92	63.9	103	57.2	195	60.2
Não informou	2	1.4	3	1.7	5	1.5
Total	144	100.0	180	100.0	324	100.0
NÃO SE APRESENTAR EMBRIAGADO E/OU DROGADO						
Direito	1	0.7	5	3.0	6	1.9
Responsabilidade	45	31.2	73	40.5	118	36.4
Dever	95	66.0	101	56.0	196	60.5
Não informou	3	2.1	1	0.5	4	1.2
Total	144	100.0	180	100.0	324	100.0
GUARDAR SEGREDO PROFISSIONAL						
Direito	1	0.7	16	8.7	17	5.2
Responsabilidade	21	14.6	39	21.5	60	18.5
Dever	119	82.6	124	68.7	243	75.1
Não informou	3	2.1	1	1.1	4	1.2
Total	144	100.0	180	100.0	324	100.0
NÃO PRATICAR ATO DE INDISCIPLINA						
Direito	1	0.7	17	9.5	18	5.6
Responsabilidade	29	20.4	45	25.0	74	22.8
Dever	112	78.0	116	64.4	228	70.4
Não informou	2	1.3	2	1.1	4	1.2
Total	144	100.0	180	100.0	324	100.0

Em relação à necessidade de **agir com proibidade**, 71,5% (103) dos trabalhadores entendem esse ato como sendo um dever e 22,2% (32 sujeitos) como uma responsabilidade, na instituição A. No hospital B, 59,4% dos sujeitos (107 pessoas) acreditam que esse é um dever e 25% (45 indivíduos) uma responsabilidade, além de 14% (25 sujeitos) indicarem esse quesito como sendo um

direito. Apresentar um **bom comportamento** dentro dos padrões sociais é uma atitude entendida como um dever por 82,6% (119) dos pesquisados da instituição A e como uma responsabilidade por 14,6% (21 trabalhadores) desse mesmo hospital; em relação ao hospital B, 67,8% (122) dos sujeitos acreditam que essa atitude é um dever, 17,8% (32 pessoas) uma responsabilidade e 13,3% (24 trabalhadores) um direito.

Apresentar conduta compatível com a moral é visto como um dever para 73,6% dos sujeitos (106 pessoas) do hospital A e como responsabilidade por 24,3% (35) dos entrevistados desse mesmo hospital; em relação à instituição B, 64,3% dos trabalhadores de enfermagem (116 sujeitos) acreditam que esse aspecto é um dever, 22,3% (40) o entendem como responsabilidade e 12,3% (22) como um direito. Quanto a variável **evitar a desídia**, entendida como a falta de diligência do empregado em relação ao emprego, nas formas de negligência, imprudência e imperícia, 63,9% dos sujeitos do hospital A (92 pessoas) a entendem como um dever e 32,6% (47 sujeitos) como uma responsabilidade; no hospital B, 57,2% (103 trabalhadores) a percebem como um dever e 37,2% (67 pessoas) como uma responsabilidade.

No que se refere ao fato de **não se apresentar no trabalho embriagado ou drogado**, na instituição A, 66% dos sujeitos (95 pessoas) entendem que é um dever e 31,2% (45) uma responsabilidade; no hospital B, 56% (101 entrevistados) acreditam que é um dever e 40,5% (73 sujeitos) uma responsabilidade. **Guardar segredo profissional** é entendido no hospital A, por 82,6% dos entrevistados (119 pessoas), como sendo um dever e por 14,6% (21 sujeitos) como uma responsabilidade; em relação ao hospital B, 68,7% dos entrevistados (124 indivíduos) entendem esse aspecto como um dever e 21,5% (39) como uma

responsabilidade. **Não praticar ato de indisciplina**, no hospital A, é entendido como um dever por 78% dos sujeitos (112 pessoas) e como uma responsabilidade por 20,4% dos mesmos (29 trabalhadores); no hospital B, 64,4% dos pesquisados (116 pessoas) entendem esse aspecto como um dever e 25% (45 sujeitos) como uma responsabilidade.

Evidencia-se que apesar de confundirem as variáveis relacionadas aos deveres dos trabalhadores com a variável responsabilidade, em relação a: apresentar bom comportamento, ter boa conduta moral, evitar a desídia, não se apresentar no serviço embriagado e/ou drogado, não ser indisciplinado e guardar segredo profissional não foram citados como benefícios, por parte dos entrevistados, com exceção de agir com probidade que foi entendido como tal por apenas um (0,3%) da totalidade dos 324 entrevistados. Esse fato demonstra uma certa segurança dos sujeitos, que parecem ter uma razoável noção de alguns de seus deveres.

A Tabela 7 que se segue também apresenta outras variáveis identificadas como **dever** pelos trabalhadores de enfermagem.

Tabela 7 - Distribuição de trabalhadores de enfermagem de dois hospitais quanto ao que identificam como seus deveres. Recife, PE. maio - setembro de 2004 (n=324)

VARIÁVEIS:	HOSPITAL A		HOSPITAL B		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
NÃO PRATICAR ATO LESIVO						
Direito	1	0.7	17	9.4	18	5.6
Responsabilidade	33	22.9	50	28.0	83	25.6
Dever	108	75.0	111	61.6	219	67.6
Benefício	2	1.4	2	1.0	4	1.2
Total	144	100.0	180	100.0	324	100.0
NÃO PRATICAR OFENSAS FÍSICAS						
Direito	2	1.4	20	11.1	22	6.8
Responsabilidade	28	19.4	44	24.4	72	22.3
Dever	112	77.8	113	62.8	225	69.4
Benefício	2	1.4	3	1.7	5	1.5
Total	144	100.0	180	100.0	324	100.0
MANTER-SE VESTIDO CONFORME A FUNÇÃO QUE DESEMPENHA						
Direito	1	0.7	18	10.1	19	5.9
Responsabilidade	25	17.4	37	20.5	62	19.1
Dever	117	81.2	123	68.3	240	74.1
Benefício	1	0.7	2	1.1	3	0.9
Total	144	100.0	180	100.0	324	100.0
CUMPRIR A CARGA HORÁRIA						
Direito	1	0.7	14	8.0	15	4.6
Responsabilidade	14	9.7	57	31.6	71	21.9
Dever	126	87.5	106	58.8	232	71.6
Não informou	3	2.1	3	1.6	6	1.9
Total	144	100.0	180	100.0	324	100.0
EVITAR RESOLVER PROBLEMAS PARTICULARES NO HORÁRIO DO TRABALHO						
Direito	3	2.1	9	5.0	12	3.7
Responsabilidade	48	33.3	88	49.2	136	42.0
Dever	90	62.5	78	43.6	168	51.9
Benefício	1	0.7	2	1.1	3	0.9
Não informou	2	2.4	3	1.1	5	1.5
Total	144	100.0	180	z	324	100.0
USAR EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL						
Direito	23	15.9	38	21.0	61	18.8
Responsabilidade	42	29.1	33	18.3	75	23.1
Dever	72	50.2	103	57.2	175	54.0
Benefício	3	2.1	1	0.5	4	1.2
Não informou	4	2.7	5	3.0	9	2.9
Total	144	100.0	180	100.0	324	100.0

Evidenciou-se, na Tabela 7 os seguintes aspectos relativos aos **deveres**: em relação a **não praticar ato lesivo** contra a honra e à boa fama do empregador ou terceiros, no hospital A, 75% dos entrevistados (108 pessoas) entendem esse aspecto como um dever e 22,9% (33) como uma responsabilidade; em relação à

instituição B, 61,6% (111 sujeitos) o percebem como um dever e 28% (50 pessoas) como uma responsabilidade, além de 9,4% (17 entrevistados) que acreditam ser esse aspecto um direito.

Não praticar ofensas físicas, tentadas ou consumadas, contra o empregador, superior hierárquico ou terceiros, no hospital A, foi respondido pelos entrevistados como um dever por 77,8% (112 pessoas), bem como uma responsabilidade por 19,4% (28 indivíduos); no hospital B, essa variável é entendida como um dever por 62,8% dos sujeitos (113 entrevistados), uma responsabilidade para 24,4% (44) e um direito para 11,1% (20).

Em relação à necessidade de **manter-se vestido conforme a função que desempenha**, no hospital A é entendido como um dever por 81,2% dos trabalhadores (117 pessoas), sendo percebido também como uma responsabilidade por 17,4% deles (25 sujeitos); no hospital B, 68,3% dos sujeitos (123 indivíduos) entendem esse aspecto como um dever e 20,5% (37 pessoas) como uma responsabilidade. **Cumprir a carga horária**, para o hospital A é percebido por 87,5% dos sujeitos (126 indivíduos) como um dever e por 9,7% (14 pessoas) como uma responsabilidade; já no hospital B as respostas assemelham-se, pois 58,8% dos entrevistados (106 pessoas) têm a compreensão que é um dever e 31,6% (57 sujeitos) entendem esse aspecto como uma responsabilidade.

Na instituição A, **evitar resolver problemas particulares no horário do trabalho** é tido pelos entrevistados como um dever (90 pessoas, 62,5%) bem como uma responsabilidade (48 indivíduos, 33,3%); no hospital B, é visto como uma responsabilidade por 49,2% dos pesquisados (88 sujeitos) e um dever por 43,6% dos mesmos (78 entrevistados).

No que se refere ao uso dos **equipamentos de proteção individual (EPI)**, na

instituição A 50,2% dos sujeitos (72 pessoas) entendem que é um dever, 29,1% (42) admitem que é uma responsabilidade e 15,9% (23) um direito dos trabalhadores; na instituição B 57,2% dos entrevistados (103 indivíduos) acreditam ser um dever, 18,3% (33) uma responsabilidade e 21% (38 pessoas) um direito.

Em relação às informações que os trabalhadores apresentam sobre suas **responsabilidades**, os resultados encontram-se apresentados na Tabela 8, em seguida.

Tabela 8 - Distribuição de trabalhadores de enfermagem de dois hospitais quanto ao que identificam como suas responsabilidades. Recife, PE, maio - setembro de 2004 (n=324)

VARIÁVEIS	HOSPITAL A		HOSPITAL B		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
AMBIENTE DE TRABALHO LIMPO E EM ORDEM						
Direito	1	0.7	19	10.5	20	6.2
Responsabilidade	40	28.0	56	31.0	96	29.6
Dever	100	69.4	104	58.0	204	63.0
Benefício	1	0.7	-	-	1	0.3
Não informou	2	1.2	1	0.5	3	0.9
Total	144	100.0	180	100.0	324	100.0
PONTUALIDADE E ASSIDUIDADE						
Direito	3	2.1	8	4.4	11	3.4
Responsabilidade	30	21.0	73	40.5	103	31.8
Dever	110	76.4	97	54.0	207	63.9
Não informo	1	0.5	2	1.1	3	0.9
Total	144	100.0	180	100.0	324	100.0
BOM RELACIONAMENTO COM A EQUIPE DE TRABALHO						
Direito	4	2.7	25	14.0	29	9.0
Responsabilidade	27	18.6	45	25.0	72	22.6
Dever	109	76.0	107	59.4	216	66.7
Benefício	-	-	1	0.6	1	0.3
Não informou	4	2.7	2	1.0	6	1.8
Total	144	100.0	180	100.0	324	100.0
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DE QUALIDADE						
Direito	9	6.0	38	21.1	47	14.5
Responsabilidade	36	25.0	37	20.5	73	22.5
Dever	96	67.0	94	52.2	190	58.6
Benefício	1	0.7	4	2.2	5	1.5
Não informou	2	1.3	7	4.0	9	2.9
Total	144	100.0	180	100.0	324	100.0
PROMOVER OU FACILITAR O APERFEIÇOAMENTO TÉCNICO-CIENTÍFICO*						
Direito	0	0.0	2	7.1	2	2.8
Responsabilidade	20	46.2	11	39.3	31	43.6
Dever	23	53.5	13	46.4	36	50.7
Benefício	-	-	2	7.1	2	2.8
Total	43	100.0	28	100.0	71	100.0
RESPONSABILIDADE POR FALTA (ERRO)						
Direito	1	0.7	14	7.8	15	4.6
Responsabilidade	70	48.6	83	46.1	153	47.2
Dever	69	47.9	76	42.2	145	44.8
Benefício	-	-	2	1.1	2	0.6
Não informou	4	2.8	5	2.8	9	2.8
Total	144	100.0	180	100.0	324	100.0

* Respondido apenas pelos 71 enfermeiros

Manter o **ambiente de trabalho limpo e em ordem** é um quesito que os sujeitos do hospital A entendem, predominantemente, como sendo um dever (69,4%, 100 pessoas) e uma responsabilidade (28%, 40 sujeitos); no hospital B 58% dos entrevistados (104 pessoas) também entendem que é um dever, 31% (56) admitem que é uma responsabilidade e 10,5% (19) acreditam que é um direito dos trabalhadores. Ser **pontual e assíduo**, na instituição A é entendido como sendo um dever (76,4%, 110 pessoas) e uma responsabilidade (21%, 30 sujeitos); no hospital B é igualmente identificado como dever (54%, 97 indivíduos) e responsabilidade (40,5%, 73 pessoas). Não foi percebido como benefício pelos 324 entrevistados.

Manter **bom relacionamento** com toda a equipe de trabalho, no hospital A é interpretado prioritariamente, como sendo um dever (76%, 109 sujeitos) e uma responsabilidade (18,6%, 27 indivíduos); no hospital B é igualmente, entendido como dever (59,4%, 107 pessoas) e uma responsabilidade (25%, 45 dos pesquisados). Assegurar ao paciente uma **assistência de enfermagem de qualidade**, livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência, no hospital A é entendido, majoritariamente, pelos sujeitos entrevistados como sendo um dever (67%, 96 pessoas) e uma responsabilidade (25%, 36 indivíduos); no hospital B é igualmente entendido pela maioria como um dever (52,2%, 94 pessoas); uma responsabilidade (20,5%, 37 sujeitos) e também como um direito (21,1%, 38 pessoas).

Em relação à variável **promover ou facilitar o aperfeiçoamento técnico-científico e cultural do pessoal sob sua responsabilidade**, o questionamento foi feito apenas aos 71 enfermeiros de ambas as instituições. No hospital A, 53,5% desses profissionais (23 sujeitos) a entendem como um dever e 46,2% (20) como uma responsabilidade; no hospital B, 46,4% (13 enfermeiros) a percebem como um

dever e 39,3% (11) como uma responsabilidade.

Responsabilizar-se por falta (erro) cometida em suas atividades profissionais, independentes de ter sido praticada individualmente ou em equipe, no hospital A é entendido por 47,9% dos pesquisados (69 sujeitos) como um dever e por 48,6% (70 pessoas) como uma responsabilidade; no hospital B, 46,1% do total de pesquisados (83 indivíduos) acreditam que é uma responsabilidade e 42,2% (76 pessoas), um dever.

Responsabilidades e deveres continuam a ser então confundidos, demonstradas pelas respostas apresentadas, em que as variáveis apresentadas foram majoritariamente identificadas pelos depoentes, como deveres. A exceção foi feita à responsabilidade por erro/falta cometida, pela maioria, realmente como sendo um quesito de responsabilidade.

Quanto às variáveis que identificam como sendo seus **benefícios**, as respostas dos trabalhadores de enfermagem entrevistados são semelhantes em ambas as instituições, demonstrando desinformação, sobre esse assunto, conforme evidencia a Tabela 9.

Tabela 9 - Distribuição de trabalhadores de enfermagem de dois hospitais quanto ao que identificam como benefícios. RECIFE, PE, maio - setembro de 2004 (n=324)

VARIÁVEIS:	HOSPITAL A		HOSPITAL B		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
VALE-TRANSPORTE						
Direito	105	72.9	163	90.6	268	82.7
Responsabilidade	-	-	-	-	-	-
Dever	5	3.5	3	1.7	8	2.5
Benefício	34	23.6	12	6.6	46	14.2
Não informou	0	0.0	2	1.1	2	0.6
Total	144	100.0	180	100.0	324	100.0
CESTA BÁSICA						
Direito	66	46.2	94	52.2	160	49.4
Responsabilidade	2	1.4	0	0.0	2	0.6
Dever	0	0.0	1	0.5	1	0.3
Benefício	73	51.0	81	45.1	154	47.5
Não informou	3	1.4	4	2.2	7	2.2
Total	144	100.0	180	100.0	324	100.0
BOLSA-ESCOLA						
Direito	72	50.0	87	48.0	159	49.1
Dever	2	1.3	1	0.6	3	0.9
Benefício	69	48.0	89	49.4	158	48.8
Não informou	1	0.7	3	2.0	4	1.2
Total	144	100.0	180	100.0	324	100.0
VALE-ALIMENTAÇÃO OU REFEIÇÃO						
Direito	98	68.1	111	62.0	209	64.5
Dever	4	2.7	5	2.7	9	2.8
Benefício	42	29.2	60	33.3	102	31.5
Não informou	0	0.0	4	2.0	4	1.2
Total	144	100.0	180	100.0	324	100.0
PLANO DE SAÚDE						
Direito	81	56.3	108	60.0	189	58.3
Responsabilidade	1	0.7	1	0.6	2	0.6
Dever	2	1.4	4	2.2	6	1.9
Benefício	60	41.7	63	35.0	123	38.0
Não informou	0	0.0	4	2.2	4	1.2
Total	144	100.0	180	100.0	324	100.0
MANTER CRECHE INSTALADA / CONVÊNIO						
Direito	75	52	92	51.1	167	51.5
Responsabilidade	1	0.7	5	2.8	6	1.9
Dever	5	3.5	10	5.6	15	4.6
Benefício	59	41.0	71	39.4	130	40.1
Não informou	4	2.8	2	1.1	6	1.9
Total	144	100.0	180	100.0	324	100.0

No que se refere ao **vale-transporte**, na instituição A, a maior parte dos trabalhadores entrevistados o identifica como sendo um direito (72,9%, 105 sujeitos), ao invés de um benefício (23,6%, 34 pessoas); no hospital do B a maioria (90,6%) dos trabalhadores (163) o identificou como sendo um direito e apenas 6,6% (12 indivíduos), um benefício. O vale-transporte não foi identificado como responsabilidade pelos entrevistados. Quanto à **cesta básica**, no hospital A, 51% dos sujeitos (73 pessoas) a entendem como um benefício e também como um direito

(46,2%, 66 indivíduos); no hospital B a maioria (52,2%, 94 sujeitos) a considera um direito e também um benefício (45,1%, 81 pessoas). Em relação à **bolsa-escola**, na instituição A, 50% dos trabalhadores de enfermagem (72 sujeitos) acreditam que é um direito e 48% (69 pessoas) um benefício; no hospital B, 49,4% (89 indivíduos) a entendem como benefício e 48% (87 pessoas), como direito, não sendo identificada pelos depoentes como responsabilidade.

Há confusão também em relação ao **vale-alimentação e/ou refeição**. No hospital público é entendido pela maioria como um direito (68,1%, 98 pessoas), ao invés de um benefício (29,2%, 42 sujeitos); no hospital B, observa-se o mesmo comportamento dos sujeitos: a maioria (62%, 111 pessoas) o tem como direito e apenas 33,3% (60 indivíduos) como benefício. Também não foi identificado como responsabilidade.

Em relação à existência de um **plano de saúde**, no hospital A, 56,3% dos entrevistados (81 sujeitos) o entendem como um direito e 41,7% (60) um benefício; no hospital B, essa distribuição encontra-se assemelhada, pois 60% dos sujeitos (108 pessoas) o percebem como um direito e 35% (63 indivíduos), um benefício. Finalmente, em relação a manter uma **creche instalada**, para os filhos dos trabalhadores, conforme os padrões legais e / ou manter um convênio para os filhos dos empregados, é tido no hospital A como um direito por 52% dos trabalhadores entrevistados (75 pessoas) ao invés de um benefício por 41% (59 sujeitos); na instituição B é entendido como um direito por 51,1% dos entrevistados (92 indivíduos) e como um benefício por 39,4% (71 sujeitos).

6. *DISCUSSÃO*

A apresentação da discussão dos resultados encontra-se também disposta conforme a seqüência dos objetivos.

Em relação ao objetivo de caracterizar os sujeitos quanto aos seus **dados de identificação pessoal**, no que se refere ao **sexo**, ambos os hospitais (A e B) apresentam a predominância do feminino (300 pessoas, 92,6%), que acaba sendo uma questão de gênero, em se tratando da enfermagem. Uma das características da profissão é o fato de ser exercida majoritariamente, por mulheres, dada a necessidade de habilidades delicadas e sensíveis, próprias da natureza feminina, muito utilizada no desenvolvimento da prática profissional (CHILLIDA, 2002). Assim, o processo de trabalho na enfermagem é desenvolvido, eminentemente, por mulheres.

Desde a sociedade primitiva, a prática de cuidar dos doentes era direcionada às mulheres, eminentemente feminina. Os gregos acrescentaram em sua sociedade, os escravos e os sacerdotes; naquele momento o ato de cuidar passou a se estender às funções domésticas. Com o advento do cristianismo e o poderio da Igreja, passou a ser desenvolvido como prática caritativa. O surgimento do capitalismo fez com que o serviço de assistência à saúde dos enfermos exigisse remuneração, embora, em geral precária para os que exerciam a atividade. As mulheres não utilizadas para a indústria, eram destinadas aos hospitais (LEOPARDI, 1999; SUAZO e ROBAZZI, 2000; RODRIGUES, 2001), onde elas permanecem até a atualidade.

Estudos realizados em diversas regiões confirmam a histórica situação da presença feminina na enfermagem: o de Rojas (1999) realizado em um hospital regional argentino; o de Suazo (2000) com trabalhadores de enfermagem de

hospitais de Concepción no Chile; o de Nhamba (2004) com membros da equipe de enfermagem na África, além de várias investigações nacionais (JANSEN, 1997; NAPOLEÃO, 1999; SILVA, 1999; MONTEIRO, 2001; NICOLETE, 2001; ROCHA, 2002; REZENDE, 2003; MUROFUSE, 2004; AMARANTE, 2004; MORENO, 2004; COSTA, 2005, entre outras).

Em relação à **faixa etária**, o hospital A, por ser uma instituição pública, apresenta um maior número de trabalhadores (75, 52.08%) entre 40 e mais que 50 anos, havendo predominância de pessoas com maior idade, em relação aos mais jovens (47,92%, 69 pessoas) ou seja, aquelas com idade entre 20 e 39 anos. Esse fato demonstra a atuação de trabalhadores em uma situação de estabilidade de emprego e salários garantidos, que sempre representam o serviço público, o qual hoje ainda, detém a maior parte dos empregos em saúde. A presença de pessoas com mais idades no serviço público sugere que são estáveis e possivelmente concursadas, já há alguns anos. Os servidores nomeados em virtude de concurso público são considerados estáveis após dois anos de efetivo exercício do trabalho; só podem perder seu cargo em virtude de sentença judicial ou mediante processo administrativo em que lhes seja assegurada ampla defesa. Se for extinto o cargo, permanecerá em disponibilidade remunerada, até seu adequado aproveitamento em outro cargo (RJU, 2003).

Resultado parecido foi encontrado, em investigação com trabalhadores de enfermagem, no qual a faixa etária concentrava-se entre 38 e 44 anos (ROCHA, 2003). Em estudo sobre membros da equipe de enfermagem em Belo Horizonte - MG, encontrou-se entre os pesquisados a faixa etária média de 40 a 49 anos (MUROFUSE, 2004). O estudo de MORENO (2004), realizado com trabalhadores de enfermagem de cinco centros de saúde e de um hospital geral do município de

Campinas - SP, todos servidores públicos, evidenciou que dos 269 trabalhadores, em 37% a idade média foi de 38,5 anos. A investigação de SUAZO (1999), realizada no Chile, com trabalhadoras de enfermagem de dois hospitais estatais ou públicos, mostrou que a faixa etária predominante entre os 139 entrevistados foi de 40 a 50 anos (39,57%). Nesse sentido há concordância também, com estudos de JANSEN (1997) e MONTEIRO (2001), entre outros.

No hospital B, há grande número de sujeitos entre 20 e 39 anos (76,1%, 137 indivíduos), em relação aos demais com idades entre 40 e mais de 50 anos 43, 23,89%). A instituição apresenta então um perfil de trabalhadores jovens, em início de profissão, menos experientes, com instabilidade de emprego e salários baixos, que parece ser situação peculiar às instituições hospitalares privadas. Esses resultados coincidem com os encontrados por NICOLETE (2001) no RN, a qual evidenciou o fato de que os jovens procuram a enfermagem como opção profissional, principalmente em instituições privadas. Investigação realizada em um hospital da rede privada no estado de São Paulo, encontrou a maioria dos trabalhadores de enfermagem pesquisados com as idades entre 20 e 40 anos (NAPOLEÃO, 1999). Estudo comparativo entre hospitais públicos e privados evidenciou que os últimos apresentam menor relação de funcionários e essa contrapartida, destacam-se como os que melhor aproveitamento fazem de sua mão-de-obra (NOGUEIRA e BITTAR, 1996). A contabilização dos sujeitos de ambas as instituições indica então que 63.6% dos sujeitos entrevistados (206 trabalhadores) são mais jovens (de 20 e 39 anos) e 36,42% (118 pessoas) mais velhas, com idades entre 40 anos e mais que 50, possivelmente em decorrência do número maior de sujeitos entrevistados no hospital B, em relação ao hospital público.

Em relação aos **níveis de escolaridade** dos entrevistados em ambos os

hospitais, evidenciou-se, respectivamente, 67 sujeitos no A (46,5%) e 147 trabalhadores no B (81,7%) com o ensino médio completo, entre os auxiliares de enfermagem. Isso ocorre, pois em relação ao quantitativo de trabalhadores da enfermagem das instituições de qualquer nível de assistência o número de auxiliares é maior que o dos demais trabalhadores de enfermagem de nível superior, justificado pela recomendação do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, em relação à carga horária semanal ser distribuída de acordo com o grau de assistência ao paciente.

Essa situação significa que para cada 20 leitos de necessidades mínimas são exigidas 56 horas de trabalho do pessoal de nível médio e 33 horas de pessoal de nível superior. Para os leitos de exigências intermediárias, recomenda-se 84 horas de trabalho de pessoal de nível médio e 47 horas de pessoal de nível superior; nos casos de necessidades semi-intensivas, recomenda-se 122 horas de trabalho de pessoal de nível médio e 99 horas de trabalho de pessoal de nível superior. Nos casos de necessidades intensivas, para cada quinze leitos recomenda-se 140 horas de trabalho de pessoal de nível médio e 173 horas de trabalho de pessoal de nível superior, o que representa uma diferença de 50 horas a mais para o nível médio (BRASIL, 2004).

Entende-se então que, na presente investigação, o número de trabalhadores de enfermagem com ensino médio completo (auxiliares e técnicos em enfermagem) e ensino superior completo (enfermeiros) não atende às normatizações existentes. Há o descumprimento da determinação do COFEN, referente às horas de enfermagem por leito ocupado ser distribuída de acordo com o grau de necessidade da assistência ao paciente, mesmo que essa exigência requeira cinquenta horas a mais para o nível médio (BRASIL, 2004).

Dados semelhantes foram encontrados nos estudos de JANSEN (1997) e MONTEIRO (2001). Esses autores evidenciaram que todos os técnicos e auxiliares de enfermagem pesquisados possuíam o segundo grau completo, o que é justificado pela lei do exercício profissional que exige para os mesmos esse tipo de ensino.

Quanto ao ensino superior completo, constatou-se, a presença desses trabalhadores em ambos os hospitais, respectivamente 55 (38,2%) no A e 28 trabalhadores (15.5%) no B. Esses percentuais são maiores na instituição pública, fato justificado pela composição interna dos empregos em saúde, pois o setor público, em média, concentra mais profissionais de nível superior e médio do que o privado, em que há tendência a uma maior participação de trabalhadores com nível administrativo e elementar. Situação semelhante é percebida em relação aos trabalhadores que possuem ensino superior incompleto: são em maior número no hospital A (19 sujeitos; 13.2%) que no outro hospital (1 pessoa; 0.6%) e representam os auxiliares e técnicos de enfermagem que estão cursando faculdade, não necessariamente de enfermagem. Percebe-se então uma certa tendência desses trabalhadores da enfermagem em terminar um curso superior.

Do ponto de vista econômico, as relações trabalhistas no setor público são estruturalmente caracterizadas como protegidas das determinações de mercado. Enquanto, no setor privado, os mercados de produtos e de trabalho impõem rigorosas restrições às atuações dos atores sindicais e empresariais, no setor público essas restrições acabam sendo flexíveis e longínquas (NOGUEIRA e BITTAR, 1996; CHEIBUB, 2000), o que possivelmente acaba favorecendo ao trabalhador desse último setor ter mais flexibilidade para estudar no nível superior.

Investigação sobre trabalhadores de enfermagem realizada na cidade de São Paulo (SP), evidenciou maior número dessas pessoas com o ensino médio

concluído (SILVA, 1996). O mesmo resultado foi encontrado em estudo sobre trabalhadores de enfermagem em um hospital de Natal – RN (NICOLETE, 2001), entre outros.

Quanto aos **dados profissionais**, dos entrevistados, evidenciou-se que no que se refere à variável **profissão**, o hospital A apresentou 43 (29,8%) enfermeiros, 45 (31,3%) técnicos de enfermagem, 56 (38,9%) auxiliares de enfermagem; o hospital B possui 28 (15,6%) enfermeiros, 58 (32,2%) técnicos de enfermagem e 94 (52,2 %) auxiliares de enfermagem.

O número total de enfermeiros de ambos os hospitais (71) é 3.56 vezes menor que o somatório do número de técnicos, auxiliares (253). Essa situação ocorre, pois os enfermeiros tornam-se profissionais com salários mais elevados, não sendo atrativos para as empresas da saúde que, inseridas no sistema capitalista, visam primordialmente, a quantidade da produção. Tais assertivas são corroboradas por autores como LEOPARDI (1999) e PIRES (2000), entre outros. Como o enfermeiro é o profissional da equipe de enfermagem com maior detenção de conhecimentos e, portanto, com maior possibilidade de propiciar uma assistência aos clientes mais qualificada, no presente estudo, a sua proposição, em relação ao número dos outros profissionais de enfermagem torna-se preocupante.

No que se refere à variável **função** em ambos os hospitais, todos os enfermeiros (21,9%) exercem atividade funcional conforme sua profissão.

Quanto aos demais membros da equipe de enfermagem no hospital A, 101 pessoas (70,1%) encontram-se em situações de duplicidade de função: há técnicos trabalhando como auxiliares, recebendo salários correspondendo à sua ocupação e outros exercendo a função de auxiliares de enfermagem, com salários equivalentes à ocupação de auxiliares; há também auxiliares de enfermagem na função e salários

correspondentes. Tal situação é explicada pelo nível da administração, principalmente no setor saúde, em que é consensual entre os gestores a demanda por uma maior autonomia administrativa na alocação de recursos humanos, na contratação de pessoal e na sua captação e utilização inadequada, não desenvolvida para a valorização pessoal. Inexiste também um sistema de remuneração adequado, que estimule o desempenho através de incentivos nas instituições públicas, ou seja, as formas de se colocar a pessoa certa no lugar certo, para garantir a satisfação do cliente e a valorização do trabalhador (TEIXEIRA, 2000). No hospital B, também, constata-se a presença das duas classes trabalhadoras (auxiliares e técnicos de enfermagem), exercendo funções duplicadas, principalmente no caso dos auxiliares.

Considerando-se, então, a situação das instituições estudadas, em relação à variável função, percebe-se que a equipe de enfermagem não segue o que é preconizado na legislação do COFEN, isto é, a Resolução 293/2004 em seus artigos 7º e 11º (BRASIL, 2004). ALMEIDA et al. (1989); SILVA (1996); ROBAZZI e MARZIALE (1999) e a legislação (BRASIL, 2001) consideram as três categorias na equipe de enfermagem (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem); em 2000, a proporção nacional era de 14% de enfermeiros, 16% técnicos de enfermagem e 70% de auxiliares de enfermagem. Atualmente conforme os dados estatísticos do COFEN, atualizados em 20/01/2005, esta proporção é de 13,3% de enfermeiros, 23,6% de técnicos de enfermagem e 63,1% de auxiliares de enfermagem (BRASIL, 2005), ou seja, o enfermeiro que é o profissional da equipe de enfermagem que mais custa ao sistema capitalista diminuiu no país, elevando-se os trabalhadores de nível técnico, embora tenha também diminuído o percentual de auxiliares de enfermagem.

Em relação a esses percentuais, o aumento na categoria de técnicos de enfermagem em torno de 7%, é justificado pela necessidade e facilidade com que os auxiliares de enfermagem procuraram e encontraram condições para se qualificar, principalmente com a oportunidade gerada pelo Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) criada pelo Ministério da Saúde (MS), para inserir novos conceitos de qualidade nos serviços prestados pela rede de atendimento médico-hospitalar instalada em todo o país. Essa profissionalização de trabalhadores visa oferecer aos usuários do sistema de saúde assistência humanizada e serviços de melhor qualidade, com pessoal mais capacitado.

As categorias da enfermagem desenvolvem ações que exigem conhecimento técnico-científico e competências que protegem os usuários da exposição aos riscos. Esses resultados apontam para a relevância social do PROFAE como projeto de formação profissional (ANSELMÍ et al., 2003).

Esse projeto visa promover a qualificação técnica da força de trabalho em enfermagem e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde públicos e privados. Resultados parciais do projeto apontam a formação de 60 mil auxiliares de enfermagem, além de outros 130 mil inseridos no processo de educação profissional, como Qualificação Profissional de Auxiliar e Complementação para Técnico (ANSELMÍ e PEDUZZI, 2004).

Os hospitais em estudo apresentam um quantitativo de trabalhadores de enfermagem, de certa forma, diferenciado em relação às estatísticas do país com percentuais superiores de enfermeiros e de técnicos de enfermagem, estando em defasagem, apenas em relação aos auxiliares de enfermagem. Apesar disso, conforme já foi explicado anteriormente, ainda descumprem a determinação do COFEN, referente às horas de enfermagem por leito que é ocupado (Brasil, 2004),

pois o número de trabalhadores com ensino médio e superior completo encontra-se aquém das exigências legais.

No que se refere ao **cargo**, observa-se distribuição de dados semelhantes em ambas as instituições. Há 137 sujeitos (95,1%) no hospital A e 176 (97,8%) no B, os quais estão ocupando cargos idênticos às funções que desempenham. A minoria dos entrevistados, então, são gerentes, coordenadores ou assumem outras funções. Assim, tem-se que no hospital A, 3,5% dos sujeitos (5 pessoas) são gerentes, 0,7% (uma) é coordenadora e outra (0,7%) exerce outro cargo. Há um auxiliar de enfermagem que exerce o cargo de agente administrativo por motivo de saúde e, portanto, está desviado de sua função. No hospital B, 2 pessoas (1,1%) exercem cargos de gerentes e o mesmo número trabalha em outros cargos.

Cargos de gerente e coordenação costumam ser exercidos por enfermeiros profissionais que, na equipe de enfermagem, são os profissionais que detêm o saber científico (LEOPARDI, 1999; ROCHA, 2003; FERNANDES et al., 2003; SOBOLL, 2004, entre outros). Nesse sentido, os hospitais atendem, então, ao Decreto 94.406/87 do COFEN, em seu artigo oitavo, que prescreve ser incumbência privativa do enfermeiro a direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, privada ou pública e a chefia de serviço e de unidade da Enfermagem (BRASIL, 1987). Também é resolução do COFEN que o quantitativo de enfermeiros para o exercício de atividades gerenciais, educação continuada e comissões permanentes deverá ser dimensionado, de acordo com a estrutura da organização/empresa (BRASIL, 2004).

Os achados de CHILLIDA (2002), que também realizou investigação em um hospital universitário no interior de São Paulo, demonstram que 4% dos trabalhadores de enfermagem exerciam cargos de chefia nos hospitais estudados.

No que se refere ao **local de trabalho dentro do hospital**, a maior concentração dos sujeitos, em ambas as instituições ocorre nas enfermarias (143 pessoas, 44,1%), seguidas das unidades fechadas (116 entrevistados, 35,8%) e dos ambulatorios (44 trabalhadores, 13,6%). Esse fato é justificado pelo próprio trabalho de enfermagem ser desenvolvido, em sua grande maioria, em enfermarias, que acabam sendo importantes áreas físicas hospitalares. Unidades fechadas, tais como berçários, blocos cirúrgicos, salas de recuperação pós-anestésica, unidades de terapia intensiva, unidades de neonatologia, são situadas como locais de trabalho da equipe de enfermagem, por admitirem pacientes em condições de maior gravidade de saúde.

Justifica-se os atendimentos ambulatoriais pelas necessidades menos complexas dos pacientes; em geral, há menos trabalhadores da equipe de enfermagem nesses locais em relação a outras unidades hospitalares, com pacientes de maior complexidade. Nesse sentido o trabalho de enfermagem encerra sua propriedade social por atender às necessidades do indivíduo inserido na sociedade (ALMEIDA e ROCHA, 1997). Estudos também evidenciaram, como principais locais de trabalho da equipe de enfermagem as enfermarias e os ambulatorios (CASTELLANOS, 1998; SUAZO, 2000; NICOLETE, 2001).

Em relação ao **tempo de serviço na instituição**, os trabalhadores de ambos os hospitais apresentaram maior tempo entre de 0 e 5 anos (146 sujeitos, 45,1%) Em contrapartida, o hospital A apresenta 66,7% de trabalhadores (96 pessoas) com tempo de serviço superior a 5 anos, até maior que 20 anos e o hospital B apresenta 45,6% de trabalhadores (82 sujeitos) nessa mesma situação. Esse fato, no hospital A, pode ser explicado porque houve concurso público no ano de 2003, ocasião em que foram admitidos 78 enfermeiros, 24 técnicos e 98 auxiliares de enfermagem,

justificando o maior percentual encontrado nesse período. O hospital B apresenta menores percentuais de profissionais mais antigos, em relação ao tempo de serviço institucional, possivelmente por ser particular e os trabalhadores acabam não tendo estabilidade no emprego, sendo que, conseqüentemente, podem ser demitidos após alguns anos de serviço. Resultados semelhantes foram encontrados por Napoleão (1999) que desenvolveu seu estudo em um hospital particular, bem como por JANSEN (1997), TONHOM, (1997) e SILVA, (1999).

Quanto ao **tempo de serviço dos trabalhadores no cargo e na função**, há semelhança em ambos os hospitais, a exemplo do tempo de serviço institucional. Cerca de 41,8% (135) pessoas encontram-se entre 0 e 5 anos no cargo e 40,1% (130 sujeitos) nesse mesmo período na função; no hospital A são 41 funcionários (28,5%) e no B 94 indivíduos (52,2%) no cargo; na função, no hospital A há 37 indivíduos (27,5%) e no B, 93 (51,7%).

Os demais percentuais, tanto em relação ao cargo como função, assemelham-se; no entanto os valores são maiores na instituição pública. Há 71,5% (103 pessoas) no cargo e 74,3% (107 funcionários) na função, em período superior a 5 anos, incluindo-se 20 anos e mais. No hospital B, particular, esses valores são menores, há 53,8% de trabalhadores no cargo (83 sujeitos) e 48,3% (87 pessoas) na função, em período superior a 5 anos e, inclusive 20 anos ou mais. A explicação sobre esse fato é a mesma discutida anteriormente, em relação às diferenças entre o serviço público e o privado; como o setor público possui trabalhadores concursados e que não podem ser demitidos com facilidade, mantém maior número de servidores com mais de 5 anos de exercício laboral; o hospital particular possivelmente demite antes, o que explica os percentuais menores, à medida que os anos passam.

Resultados similares foram constatados por NAPOLEÃO (1999), em estudo sobre trabalhadores de enfermagem de uma instituição hospitalar particular do interior de São Paulo, encontrando a maioria dos sujeitos com atuação profissional menor que dez anos. JANSEN (1997) investigou os trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário público de Uberlândia-MG, onde os sujeitos interrogados também possuíam mais de dez anos de exercício profissional na enfermagem. NICOLETE (2001), em um hospital geral estatal da cidade de Natal, RN, também encontrou a maioria dos sujeitos pesquisados, com mais de dez anos de profissão.

No que se refere ao objetivo de **identificar o tipo de contrato existente entre os trabalhadores de enfermagem e os hospitais**, evidenciou-se que na instituição pública, todos os entrevistados informaram que seu contrato de trabalho é o RJU, enquanto todos os do B são contratados pela CLT.

O RJU é o contrato de trabalho que rege o funcionário público. Conforme já foi descrito anteriormente, o seu objetivo foi regulamentar as relações do Estado com o servidor público, no intuito de terminar com as diversificações contratuais existentes entre os servidores públicos (BRASIL, 1990). Este tipo de contrato é fundamentado na Constituição Brasileira, apresentando vantagens ao funcionalismo, tais como estabilidade após o período probatório de dois anos, carga horária de quarenta e quatro horas, entre outras.

O código de leis brasileiras, conhecido como CLT, sem ter qualquer peculiaridade em relação aos trabalhadores da saúde, é o tipo de contrato que rege todos os que atuam na rede privada, não trazendo para os trabalhadores as vantagens do RJU, incluindo-se a estabilidade de emprego. O resultado encontrado na presente investigação era então esperado, ao se estudar um hospital da rede

pública e outro da rede privada, embora em ambas instituições, poderia haver mais de um tipo de relação contratual (NOGUEIRA e BITTAR, 1996), incluindo-se os contratos temporários.

Em relação ao objetivo de identificar, entre os 324 entrevistados, **quais os programas de promoção à saúde do trabalhador existentes nos hospitais**, a maioria das respostas em ambas as instituições (168 pessoas, 51.9%) enfatiza a existência da CIPA, que tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível, permanentemente, o trabalho com a preservação da vida. Nesse sentido, a presença dessa comissão pode ser entendida como um mecanismo de auxílio à promoção da saúde do trabalhador. É sua atribuição, entre outras, elaborar um plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho; realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições laborais visando à identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores; promover as Semanas Internas de Prevenção de Acidentes, que devem, obrigatoriamente, versar sobre temas relativos à saúde e segurança dos trabalhadores, traçar os mapas de riscos dos ambientes de trabalho, entre outras importantes tarefas (BRASIL, 1999).

No entanto, os sujeitos do presente estudo, particularmente os do hospital A, referiram que a comissão não lhes prestava a assistência adequada, embora no hospital B, ela estivesse ativada. No período da pesquisa, foi observada na instituição pública, a tentativa da coordenadora de enfermagem na ativação desta comissão, que se apresentava desativada já há algum tempo, por não dispor de pessoas interessadas a compô-la.

Percebe-se então, o desrespeito à CLT, que em seu quinto capítulo referente à Segurança e Medicina do Trabalho, em seu artigo 157, preconiza que é obrigação das empresas: cumprir e fazer cumprir as normas de segurança e medicina do trabalho; instruir os empregados, através de ordens de serviço, quanto às precauções a serem tomadas, no sentido de evitar acidentes do trabalho ou doenças ocupacionais; adotar as medidas que lhes sejam determinadas pelo órgão regional competente. Cabem aos empregados: observar tais normas e colaborar com a empresa na aplicação dos dispositivos deste capítulo. Constitui também ato faltoso do empregado a recusa injustificada diante da observância das instruções expedidas pelo empregador relacionadas à segurança laboral. O artigo 163 determina como obrigatória a constituição da CIPA, de conformidade com instruções expedidas pelo MTE, nos estabelecimentos ou locais de obra nelas especificadas, comissões essas que o referido Ministério regulamenta as atribuições, a composição e o funcionamento (BRASIL, 2003).

A criação da CIPA facilita também a discussão, entre os trabalhadores, dos problemas relacionados aos riscos ocupacionais. Hospitais com número superior a 500 empregados obrigam-se a incorporar um enfermeiro do trabalho no seu quadro de trabalhadores, elemento importante que pode estar atento aos riscos e problemas ocupacionais e auxiliar a combatê-los (MAURO et al, 2004).

Os resultados do presente estudo encontram-se de acordo com o estudo de NICOLETE (2001) o qual constatou entre trabalhadores de enfermagem em Natal, RN, que a responsabilidade pelos acidentes de trabalho recai também pelas condições inseguras em que o trabalho é realizado e da organização do mesmo, aspecto esses que, na maioria das empresas, são de responsabilidade do empregador, havendo diminuta ou quase inexistente participação de comissões

como a CIPA.

Ainda em relação à existência nas instituições de programas de promoção à saúde do trabalhador, a segunda opção de respostas dos sujeitos foi a da não-existência desses serviços de apoio (40,1%, 130 pessoas), mencionando sobre a necessidade de tê-los e justificando a sua necessidade, exemplificando com fatos que por vezes, ocorrem no cotidiano do trabalho. Na instituição pública, algumas trabalhadoras indicaram à pesquisadora ser portadoras de doenças degenerativas, necessitando de apoio psicológico. Uma delas necessitava de hemodiálise, com apresentação prévia de surto psicótico; outra servidora citou estar com a circulação cerebral obstruída, apresentar débito neurológico e de memória recente. Na instituição B, foram mencionados fatos de surtos psicóticos em pleno plantão e um elevado número de absenteísmo por licenças para tratamento de saúde, sem nenhuma assistência ou apoio, exceto em algumas ocasiões, quando acontecia uma certa facilidade nas escalas de trabalho por um prévio acordo entre colegas e a coordenadora de enfermagem.

Se as instituições desenvolvessem trabalhos de proteção, promoção e manutenção da saúde de seus trabalhadores, promovendo assistência geral por grupos multidisciplinares, ginástica laboral, grupo de terapia de apoio, ou como mencionam Mauro et al (2004), comissões de saúde, entre outros, possivelmente minimizariam as cargas de trabalho e, particularmente as psíquicas, tornando os trabalhadores mais produtivos, mantendo seu equilíbrio emocional e, conseqüentemente o seu estado de saúde, reduzindo o número de absenteísmo por licença para tratamento de saúde (MARZIALE, 1990).

As condições do trabalho de enfermagem, tanto do ponto de vista de organização quanto de execução, são fontes geradoras em potencial de doenças e

agravos à saúde dos trabalhadores, incluindo-se os acidentes de trabalho (ROBAZZI e MARZIALE, 1999; BULHÕES, 1994). No entanto, muitas vezes, essas condições insalubres e perigosas tornam-se rotineiras e, freqüentemente, passam despercebidas pelos gerentes e trabalhadores de saúde, que se habituem com a situação indesejada, mantêm auto - controle dos sintomas, sem esclarecer as causas verdadeiras (Mauro et al., 2004). Complementa essa idéia Echternacht (2004, p.86), para quem há

[...] processos de adaptação das coletividades trabalhadoras às condições intensivas e precárias de trabalho e aos campos de possibilidades da regulação que aí se configuram, onde a penosidade, a insalubridade e a periculosidade tornam-se elementos inerentes à própria condição trabalhador.

LIMA JÚNIOR e ÉSTHER (2001) reforçam que não podemos negar a natureza de determinado tipo de trabalho, mas podemos minorá-la ou empreender ações que contribuam para a melhoria de suas condições e organização, a fim de permitir ao trabalhador o exercício da criatividade e a prática do lúdico, transformando o sofrimento patogênico em criatividade, objetivando o prazer.

Para ARAÚJO *et al.* (2003), a relevância das demandas laborais, nas trabalhadoras de enfermagem, está mais fortemente associada aos agravos à sua saúde mental do que ao controle exercitado no trabalho; esses autores recomendam a adoção de medidas de intervenção na estrutura organizacional, de modo a elevar o controle sobre o trabalho e redimensionar os níveis de demanda psicológica.

Na presente pesquisa, constatou-se também que 14 trabalhadores (4,3%) não souberam informar sobre a presença de programas à saúde.

Quanto ao fato das instituições A e B pesquisadas **oferecerem planos de**

saúde, as respostas negativas dos trabalhadores de ambos os hospitais foram expressivas (93.2%, 302 indivíduos). Apesar de trabalharem com o objetivo de melhorar a saúde das outras pessoas, sentem-se desprotegidos, em relação a sua própria, recorrendo à assistência do SUS, oferecida a todos como direito à saúde conforme a Carta Magna Brasileira (BRASIL, 2003).

Em relação ao SUS, sabe-se que a atenção à saúde no Brasil sofreu grandes transformações no século XX. Distintas políticas foram empreendidas, tanto no período autoritário, tentando responder às crises do setor saúde como no período da conquista da democracia, quando a sociedade participou na formulação de proposições políticas para a saúde durante a Conferência Nacional de Saúde de 1986. Recomendações foram incorporadas, a partir daí, pela Constituição Federal Brasileira de 1988; a implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde tornou-se uma estratégia para a implantação do SUS, cujos dispositivos legais foram aprovados em 1990. A reforma no sistema de saúde nacional, foi inspirada em princípios e diretrizes da integralidade, equidade, descentralização e participação (PAIM, 2004).

No entanto, o SUS cresceu de modo insuficiente, descoordenado, mal distribuído, ineficiente e ineficaz (PAIM, 2004). Alguns estudos evidenciaram que o sistema não consegue reconhecer, entre os seus usuários, os trabalhadores: as queixas à saúde apresentadas por eles não são reconhecidas como tal e eles passam despercebidos, não sendo os seus problemas de adoecimentos e acidentes relacionados ao trabalho por quem lhes presta o atendimento à saúde (SILVEIRA et al., 2005, 2003; VALTER et al, 2003, entre outros. Completa Echternacht (2004) que há uma fraca capacidade diagnóstica e de registro dos casos ocupacionais, o que nos obriga ao, convívio com o sub – registro de doenças

e acidentes de trabalho. Há também dificuldade de leitura e delineamento dos múltiplos quadros clínicos em suas relações com as sinergias das situações de risco à integridade psicobiológica humana e sinergias de quadros clínicos a elas associados. Toda essa complexa situação facilita o fato do trabalhador com alterações de saúde não ser identificado e tratado com tal, pelo SUS.

Houve então, diante da insuficiência do SUS, o crescimento de um outro sistema, o de assistência médica suplementar que expôs a fragilidade e insuficiência do SUS. A assistência à saúde supletiva acentua as desigualdades no consumo dos serviços de saúde no país (PAIM, 2004), mas é utilizada por quem têm condições financeiras para bancá-la e pretende ter uma assistência médica à saúde mais personalizada.

A assistência médica suplementar apresenta-se como alternativa para os problemas da atenção à saúde verificados no SUS. Esse setor privado dispõe de várias conexões com o setor público, segmentando e dando maior complexidade aos serviços de saúde nacionais, com padrões variados de acesso, qualidade e integralidade de assistência (PAIM, 2004).

Na presente investigação, ambos os hospitais estão cobertos em relação ao aspecto do direito do trabalho, pois a CLT, em nenhum dos seus artigos, obriga os empregadores a oferecerem planos de saúde ou assistência à saúde suplementar aos seus empregados. No entanto, também não os proíbem de propiciarem tais planos (BRASIL 2002). O direito coletivo do trabalho constitui-se numa auto-legislação, concorrente ou supletiva da legislação de origem estatal. Para tanto, os trabalhadores organizam-se em entidades de natureza privada, criadas para representar e defender seus interesses de classe, que são os sindicatos (VIANNA, 2003). Estes realizam, anualmente, sua convenção coletiva, para reivindicar

aumento salarial, entre outros interesses.

A celebração de negociações coletivas assentadas nesses pressupostos pode dar ensejo a uma regulação social que se revele adequada à realidade social (ARAÚJO, 2003). Na convenção coletiva das categorias estudadas, celebrada entre o sindicato da categoria e o dos hospitais, referente ao ano de 2003, consta uma cláusula dispondo que “o hospital se compromete a oferecer assistências médicas ambulatorial e emergenciais, dentro de sua especialidade, aos seus trabalhadores e aos seus dependentes, sem qualquer ônus para os mesmos”. Na convenção dos enfermeiros, esse aspecto é constante da cláusula nº 42 e na dos auxiliares e técnicos de enfermagem consta da cláusula nº 37 (CONVENÇÃO COLETIVA. 2003).

No entanto nem esse tipo de assistência parece ser facilitada, segundo a opinião dos sujeitos pesquisados. Na instituição A, na hora da entrevista de uma auxiliar de enfermagem, ela não estava se sentindo fisicamente bem, verificando-se que a sua pressão arterial estava elevada, sem condições apropriadas, naquele momento de ser entrevistada. Foi conduzida ao Serviço de Pronto-Atendimento da instituição, onde se constatou que era portadora de patologia intestinal de evolução grave, precisando medicar-se por tempo indeterminado, sendo esse remédio de alto custo financeiro. No momento da entrevista, ela mencionou que havia retornado da farmácia do hospital recebendo a informação de que o medicamento estava em falta no SUS; se ela quisesse recebê-lo, deveria entrar com recurso, junto ao Ministério Público, o que a levou a um descontrole emocional.

Para a questão do Programa de Educação Continuada (PEC), que acaba sendo, de modo indireto, promotor de saúde, as respostas em ambas instituições confirmaram a sua presença (82.4%, 267 entrevistados). Os trabalhadores referiram algumas dificuldades para participar das programações, principalmente em relação

aos horários das atividades do programa coincidirem com os plantões e algumas chefias não os liberarem para a participação em tal atividade. O PEC procura buscar a qualificação dos serviços através da reciclagem, cursos, treinamento, visando à atualização e qualificação do trabalhador para melhor desenvolver suas atividades junto ao paciente/família. Uma vez que ele existe, necessário se faz um planejamento de programação adequado para atender todos os trabalhadores.

Conforme CASTILHO (2000), a necessidade de mudanças constantes tem sido impulsionada pelo desenvolvimento acelerado da tecnologia, que leva à rápida obsolescência de produtos e serviço. Complementa GODOY (2002) que entre as grandes mudanças que vivenciamos nos dias atuais, a que mais se destaca é a exigência de pessoas cada vez mais qualificadas, face ao poder que a era do conhecimento e a da informação estão gerando.

TELLES FILHO e MIASSO (2003) entendem que, atualmente, a enfermagem almeja a consolidação do conhecimento científico objetivando maior segurança em sua prática profissional. Uma das maneiras de percorrer esse caminho é buscar marcos conceituais, que forneçam subsídios para a fundamentação de suas atividades.

REZENDE (2003), em seu estudo sobre agravos à saúde de auxiliares de enfermagem, em um hospital-escola no interior de Minas Gerais, constatou que eles geralmente ingressam no mercado de trabalho desconhecendo a rotina e os cuidados apropriados para evitar a exposição aos riscos presentes no ambiente hospitalar e que muitos, após a admissão em instituições, permanecem sem treinamento e orientações importantes para a realização de seu trabalho.

Nesse sentido, os cursos oferecidos pelo PEC colaboram com a promoção à saúde de todos os que os assistem.

Em concordância, JERICÖ e CASTILHO (2004) afirmam que nas organizações a educação continuada ocorre por meio das ações de treinamento e desenvolvimento, apontadas como ferramentas essenciais de transformação e modernização das organizações. Nesse sentido, tanto o treinamento como o desenvolvimento de pessoal têm de ser potencializados para responder não só à capacitação técnica específica dos trabalhadores, mas também para a aquisição de novos conhecimentos, conceitos e atitudes, como a visão crítica dos problemas contemporâneos, a responsabilidade social e a cooperação dentro e fora do trabalho. As empresas devem facilitar o treinamento de pessoal e procurar entender como o empreendimento empresarial nos recursos humanos relaciona-se com o capital físico e financeiro. Assim há vantagens competitivas para as organizações que investem, adequadamente, na preparação de trabalhadores altamente especializados, valorizando os recursos humanos, no âmbito do conhecimento, além do capital físico e financeiro.

No entanto, o desenvolvimento acelerado com a adequação às novas tecnologias no mundo moderno tendem a colocar a esfera humana em segundo plano, sem que as relações humanas sejam estabelecidas nas organizações e recebam a atenção necessária (MUROFUSE, 2004).

No que se refere ao objetivo de identificar **quais as informações que os trabalhadores de enfermagem possuem sobre seus direitos, deveres responsabilidades e benefícios**, a discussão encontra-se apresentada a seguir.

Entende-se por direito, o que é reto, justo, eqüitativo, honrado; o complexo de leis, regras ou normas obrigatórias que regem ou disciplinam as relações dos homens na sociedade; o que está em e conformidade com a lei e a justiça; o que é

razoável, legítimo; jurisprudência; prerrogativa, privilégio (Dicionário Brasileiro de Língua Portuguesa, 1994).

Conforme já foi descrito anteriormente, há uma extensa relação de direitos, os quais os trabalhadores têm e entre eles há os exames médicos, repouso semanal remunerado, pagamento em dia predeterminado, normatizações relativas ao 13º salário, entre outras (Brasil, 2002).

Na presente investigação quanto aos **direitos** que possuem enquanto trabalhadores, das onze variáveis questionadas, os resultados foram semelhantes para os trabalhadores de enfermagem das duas instituições. Apesar dos percentuais de acerto terem sido altos, não atingiram os 100%, pois 23,1%, em média, para cada resposta foram erradas.

A análise das Tabelas 4 e 5 permite essa conclusão: em relação ao fato de serem submetidos aos exames médicos na sua admissão ao trabalho e na demissão do mesmo. Dos entrevistados, 74,4% (241 pessoas) acreditam que é um direito que possuem, embora 15,7% (51 sujeitos) entendem que é um dever; ter repouso semanal remunerado é identificado como sendo um direito por 79,6% dos sujeitos (258 pessoas), mas também um benefício por 15,7% (51) deles; receber o salário até o 5º dia útil de cada mês é fortemente indicado por 93,2% (302) pessoas, como sendo seu direito. Receber a primeira parcela do 13º salário em novembro é reconhecido como direito por 89,5% (290) trabalhadores de enfermagem, embora 8% (26 sujeitos) o identifiquem como sendo benefício; entretanto, 92% (298) dos entrevistados entendem ser seu direito receber a segunda parcela do 13º salário, até a data de 20 de dezembro. A possibilidade de receber a primeira parcela do 13º salário nas férias é pouco identificada como sendo um direito do trabalhador, pois pouco mais da metade (59,3%, 192 dos entrevistados) o reconhecem como tal,

seguida de 37,7% (122) de pessoas que acreditam ser esse um benefício.

As férias após um ano de trabalho, já é consolidada como um direito por 96,6% (313) dos entrevistados; no entanto, os trabalhadores confundem a questão do abono de férias, pois 89,5% (290 pessoas) acreditam que ele é um direito e 8,6% (28) um benefício; as licenças–maternidade e paternidade são fortemente entendidas como direito por 95,4% (309) e 92,9% (301) dos sujeitos, respectivamente; já a licença para acompanhar pessoas da família em situações de doenças é entendida como direito por 78,1% (253) dos trabalhadores, como benefício por 13,3% (43) e como um dever por 7,1% (23) dos entrevistados.

Ou seja, na realidade, os trabalhadores não possuem informações precisas sobre os seus direitos, havendo dúvidas principalmente em relação aos deveres e benefícios. Esse fato vem de encontro a ainda indesejável situação em que se encontra uma grande parcela dos trabalhadores de enfermagem: são profissionais submissos, que incorporaram características predominantemente femininas, passivos e essa situação parece favorecer o fato de se tornarem alienados e, até mesmo desinteressados de seus direitos enquanto cidadãos (ROBAZZI e MARZIALE, 1999).

Por outro lado, parece não existir qualquer preocupação dos empregadores em informá-los sobre esses itens. Conforme explica Breilh (1999, 2003), há um caráter tendencioso e contraditório de informações em saúde, que se manifesta também no contraste entre o sigilo e as informações institucionais, ao manejar a exígua informação disponível aos que trabalham. Parece ocorrer uma política de desinformação, protegendo os interesses econômicos das empresas, mediante uma estratégia de intangibilidade ou permissividade em relação ao cuidado da força de trabalho.

Em relação ao que identificam como seus **deveres**, das treze perguntas pertinentes, as respostas foram confundidas, apesar do percentual de acerto ser em torno de 73%.

Dever vem do latim *debere* e significa ter obrigação de, ter compromisso moral de dar-se, consagrar-se, aplicar-se; obrigação de fazer ou deixar de fazer alguma coisa imposta por alguma lei, pela moral, pelos usos e costumes ou pela própria consciência; conjunto das obrigações; obrigações prescritas pela lei, pela moral, por um contrato (Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa, 1994). É aquilo que se exige do indivíduo, é a obrigação moral que existe de se cumprir a lei (BRASIL, 2002).

Diante da listagem das variáveis relativas ao dever, apresentada aos depoentes, evidenciou-se que para eles: agir com probidade é entendido como um dever para a maioria (210 pessoas, 64,8%), embora seja visto também como uma responsabilidade (77 indivíduos, 23,8%) e um direito (31 sujeitos, 9,6%); ter bom comportamento é tido como dever por 241 trabalhadores (74,4%), responsabilidade (53 sujeitos, 16,4%) e direito (28 pessoas, 8,6%); apresentar boa conduta moral é visto como um dever por 222 dos depoentes (68,5%), responsabilidade (75 sujeitos, 23,1%) e direito (25 trabalhadores, 7,7%); evitar a desídia é entendido como dever por 195 pessoas (60,2%) e também como responsabilidade por 114 (35,2%); não se apresentar no trabalho drogado e/ou embriagado é visto como um dever por 196 sujeitos (60,5%) e responsabilidade por 118 (36,4%).

Além disso: guardar segredo profissional é entendido como um dever pela maioria (75,1%, 243 sujeitos) mas também como uma responsabilidade (18,5%, 60 pessoas) e um direito (5,2%, 17 entrevistados); não praticar ato de indisciplina é igualmente visto como um dever por 228 sujeitos (70,4%), responsabilidade por 74

(22,8%) e direito por 18 (5,6%); não praticar ato lesivo também é entendido como dever (67,6%, 219 pessoas), responsabilidade (25,6%, 83 sujeitos) e direito (5,6%, 18 indivíduos).

E assim, as outras variáveis relacionadas ao dever também são percebidos nesta seqüência: dever (69,4%, 225 sujeitos), responsabilidade (22,3%, 72 pessoas) e direito (6,8%, 22 indivíduos) no que se refere a não praticar ofensa física; dever (74,1%, 240 pessoas), responsabilidade (19,1%, 62 sujeitos) e direito (5,9%, 19 indivíduos) no que diz respeito a manter-se vestido conforme a função que desempenha. Obedecendo aos mesmos tipos de respostas, os depoentes também mencionaram que cumprir a carga horária é um dever para 232 pessoas (71,6%), uma responsabilidade para 71 (21,9%) e um direito para 15 (4,6%); evitar resolver problemas particulares no horário de trabalho é entendido como um dever para 168 sujeitos (51,9%), uma responsabilidade para 136 (42%) e um direito para 12 (3,7%) e usar equipamento de proteção individual (EPI) é um dever para 175 entrevistados (54%), uma responsabilidade para 75 (23,1%) e um direito para 61 (18,8%).

Percebe-se que os entrevistados identificam seus deveres, chegando, no entanto a confundi-los com suas responsabilidades e direitos, ou seja, falta-lhes mais informações sobre esse assunto, que em geral, não são procuradas por eles e, tampouco, oferecidas pelos empregadores.

A esse respeito, sabe-se que a informação tem uma perspectiva libertadora, porque contribui para a emancipação dos sujeitos sociais. Deveria ser colocada a serviço da melhoria de vida da população (MORAES e SANTOS, 1998); nesse sentido, as informações relativas aos diversos aspectos da saúde constituem-se em um dever do estado e um direito inerente à cidadania, devendo ser democratizadas (REZENDE, 2005). No entanto, não é essa a situação encontrada na presente

investigação.

Quanto à identificação do que admitem ser sua **responsabilidade**, observa-se que também conseguem identificá-la, embora sempre em percentual inferior a 50%, confundindo-a, principalmente, com os quesitos direitos e deveres. Em relação a esses dois últimos, a responsabilidade é o atributo que menos foi identificado pelos entrevistados.

Entende-se por responsabilidade a qualidade do responsável; é o dever jurídico de responder pelos próprios atos e os de outrem, sempre que os mesmos violem o direito de terceiros, protegidos por lei e de reparar os danos causados; é o dever de dar conta de alguma coisa que se fez ou mandou fazer, por ordem pública ou particular; imposição legal ou moral de reparar ou satisfazer qualquer dano ou perda (Dicionário da Língua Portuguesa, 1994).

Assim, constata-se no presente estudo que: manter o ambiente de trabalho limpo e em ordem foi identificado como sendo uma responsabilidade por 29,6% dos sujeitos (96 pessoas), em relação a 63% (204) que a concebem como um dever e 6,2% (20 indivíduos) como um direito; ser pontual e assíduo foi entendido como sendo responsabilidade por 31,8% (103 sujeitos), dever por 63,9% (207) e direito por 3,4% (11); relacionar-se bem com a equipe de trabalho foi respondido por 72 pessoas como sendo responsabilidade (22,6%), por 216 como sendo um dever (66,7%) e por 29 como sendo um direito (9%); prestar assistência de enfermagem com boa qualidade é visto como um dever (58,6%, 190 sujeitos), uma responsabilidade (22,5%, 73 pessoas) e um direito (14,5%, 47 indivíduos).

Os 71 enfermeiros que responderam sobre a variável promover/facilitar o aperfeiçoamento técnico-científico-cultural aos membros da sua equipe, entendem que esse aspecto é de sua responsabilidade (43,6%, 31 sujeitos), dever (50,7%, 36

peessoas), direito (2,8%, duas pessoas) e benefício (2,8%, dois sujeitos). Finalizando, ser responsável por falta ou erro foi o único quesito entendido pela maioria dos 324 respondentes como sendo, prioritariamente, de sua responsabilidade (47,2%, 153 pessoas), mas também foi entendido como dever por 145 indivíduos (44,8%) e um direito por 15 (4,6%).

Percebe-se então que há grande confusão nas informações que os sujeitos possuem sobre as suas responsabilidades, em relação aos demais quesitos apresentados anteriormente. Como, pela própria definição, a responsabilidade acaba sendo um tipo de dever (Dicionário Brasileiro de Língua Portuguesa, 1994), possivelmente por esse fato, é mais confundida com o mesmo, já que as delimitações que separam esses atributos tornam-se tênues.

No que se refere aos **benefícios**, também não houve acertos significativos, sendo as perguntas formuladas entendidas em sua maioria como direitos dos trabalhadores. Benefício é uma palavra originária do latim *beneficiu* e é entendido como uma benfeitoria, favor, graça, mercê; é uma vantagem assegurada pela legislação trabalhista e que deve ser paga a partir da data em que houver sido requerida a quem couber de direitos; é ganho, proveito (Dicionário Brasileiro de Língua Portuguesa, 1994)

Assim, o vale-transporte é entendido como direito por 268 pessoas (82,7%) ao invés de benefício (14,2%, 46 indivíduos); a cesta básica igualmente foi mencionada como sendo um direito por 160 entrevistados (49,4%) e também como benefício por 154 (47,5%); a bolsa escola é entendida como um direito por 159 trabalhadores (49,1%) e também um benefício por 158 (48,8%); o vale-refeição é tido como direito por 209 sujeitos (64,5%) ao invés de benefício por 102 (31,5%);

possuir plano de saúde é entendido como direito por 189 indivíduos (58,3%) e benefício por 123 (38%) e manter creche é visto como direito por 167 pessoas (51,5%) e benefício por 130 (40,1%).

Em relação aos benefícios constata-se então que todas as respostas foram inferiores a 50%, denotando a grande dificuldade de identificação dessas variáveis pelos trabalhadores.

Quando analisados por categoria profissional e tempo de serviço, não houve diferença nas respostas. Esse resultados demonstra que os trabalhadores, em estudo independentemente da classe profissional e tempo de serviço, não estão diferenciando quanto à identificação do que são seus direitos, deveres, responsabilidades e benefícios.

Os resultados são alarmantes, pois esses trabalhadores exercem suas funções sem os conhecimentos básicos de sua condição de cidadãos e trabalhadores, regidos pela Constituição Federal de 1988, no cômputo geral, e em particular pelo regime do seu contrato de trabalho, conselho federal e regional da profissão e sindicatos de classes. Tornam-se então vulneráveis a situações de desrespeito e agressão a sua cidadania.

São pressupostos sobre a responsabilidade para com o público de um governo democrático, que para o funcionamento efetivo da democracia, é importante ter cidadãos informados; a habilidade de participação depende de um acesso amplo à informação relevante; o fluxo livre de informação é essencial na democracia e é um recurso público e não uma comodidade e, a informação, é uma ferramenta importante para a política pública (BASS, 2001). No presente estudo percebe-se, então, que os trabalhadores encontram-se desinformados e, conseqüentemente, falta lhes consciência e poder social para tecerem reivindicações e lutarem por

melhores condições laborais, incluindo-se o direito à informações seguras e pertinentes.

O trabalho dignifica o homem, apesar do sistema capitalista visar prioritariamente à produção; os trabalhadores têm então que lutar por adquirir maiores informações, em busca de melhores condições de sobrevivência, sem simplesmente viverem para trabalhar, tornando-se escravizadas e coniventes deste sistema.

O homem vive grande parte de sua vida no local de trabalho, é mais exigido em seu trabalho, em seus movimentos, no uso do seu tempo, sendo condenado a ser um recurso e um apêndice da tecnologia, condições essas que impedem a satisfação de suas necessidades de segurança, reconhecimento e auto-realização (SILVA, 2001). Em nossa organização social, ele dedica ao trabalho aproximadamente 65% de sua vida produtiva, incluindo-se a jornada laboral, a atividade propriamente dita, a locomoção e o atendimento das necessidades relacionadas ao trabalho. Portanto, não é a terceira parte da vida mas, praticamente, a metade da existência humana que é dedicada ao trabalho profissional (MAURO et al., 2004).

Sendo assim, o homem deve trabalhar de modo harmônico, a sua vida e a sua saúde devem ser respeitadas no local de trabalho; esse fato implica em ele ter informações sobre os riscos das tarefas que realiza em seu labor, bem como seus direitos, deveres, responsabilidades e benefícios.

A reconstrução do conhecimento visando ao processo de aprendizagem, o fortalecimento do corpo de conhecimento da área e a melhoria das condições de trabalho são possíveis a partir do alunado, direcionando-se pesquisas para estudos da prática de enfermagem, em relação às condições em que as atividades laborais

são executadas, na tentativa de compreender a realidade do processo de trabalho e promover transformações, visando à adequação entre o trabalho e o trabalhador (MARZIALE, 1999).

Variados aspectos sobre acidentes de trabalho eram desconhecidos pelos trabalhadores de enfermagem entrevistados por Nicolete (2001) no RN; no estado de São Paulo, em estudo sobre causas de subnotificação de acidente de trabalho, também foram encontrados na equipe de enfermagem percentuais elevados de desconhecimento de ações básicas quanto à conduta de se comunicar o acidente de trabalho (NAPOLEÃO, 1999); em Minas Gerais, os trabalhadores de enfermagem desconheciam vários aspectos relacionados aos Acidentes de Trabalho (JASEN, 1997). Achado semelhante de desinformação de trabalhadores de enfermagem foi encontrado em estudo sobre agravos à saúde de auxiliares de enfermagem em um hospital do interior de Minas Gerais, quando da identificação sobre os fatores de risco (REZENDE, 2003).

O trabalhador de enfermagem, em todos os níveis da equipe, é preparado nas escolas, para desenvolver saberes, técnicas e habilidades que atendam às necessidades básicas do paciente; necessário se faz que esse futuro profissional vivencie um ensino que contemple todos os momentos e todos os ângulos da prática de enfermagem considerada enquanto trabalho. Urge também que ele domine fundamentos políticos, econômicos, sociais e éticos, para poder, no mercado de trabalho, reivindicar seus direitos de cidadania (BRITO, 2000). Informar-se é uma forma de dignificar o homem, particularmente o que vai trabalhar. É uma questão de cidadania.

Finaliza-se, corroborando a opinião de que o desconhecimento sobre aspectos importantes relativos à saúde dos trabalhadores de enfermagem é

existente e desigual entre os trabalhadores e nas diversas regiões do país, o que é indesejável e um possível item facilitador de condição de desvalorização e desprestígio, existente entre os trabalhadores de enfermagem (ROCHA, 2003).

7. CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Este estudo seccional (transversal), não experimental do tipo *survey*, objetivou analisar a relação de trabalho entre os trabalhadores de enfermagem, em instituições hospitalares e as informações que eles possuem quanto aos seus direitos, responsabilidades, deveres e benefícios. Os dados foram coletados através de entrevistas realizadas com trabalhadores de um hospital público e um privado e observação não participante da pesquisadora no período de maio a setembro de 2004.

O interesse pelo tema surgiu porque a pesquisadora, assistencial e docente de enfermagem, percebia no cotidiano desses trabalhadores ao desenvolverem suas atividades profissionais em hospitais, várias situações de riscos ocupacionais e de desinformação, sobre vários assuntos relacionados ao seu próprio labor. Trabalhando em ambientes que são comprovadamente insalubres à saúde, embora atuem em equipe e sejam responsáveis pela restauração da saúde dos seus clientes, não se constata que recebam tratamento diferenciado quando necessário, dentro da sua própria instituição patronal. Têm que se submeter a toda a burocracia que envolve o atendimento aos demais pacientes, ou seja, enfrentar filas, aprazamento para consultas médicas, além do fato de que quando precisam de atenção mais individualizada, essa só é concedida aos que podem financiar um plano de saúde.

Analizou-se a Consolidação das Leis do Trabalho e o Regime Jurídico Único, constatando que não há artigo de lei específico direcionado ao trabalhador de saúde, encontrando-se em tramitação no Ministério do Trabalho a NR 32 referente à saúde do trabalhador da saúde (ROBAZZI e MARZIALE, 2004).

Após a coleta e a análise dos dados verificou-se que:

No total dos sujeitos das duas instituições, a predominância é do sexo

feminino (92,6%), o que coincide com a grande maioria dos estudos envolvendo trabalhadores de enfermagem. A faixa etária de trabalhadores entre 40 e mais que 50 anos (52,0%) concentrou-se na instituição pública enquanto que no hospital privado, a faixa etária predominante foi de indivíduos entre 20 a 39 anos (76,1%). Esses resultados também encontram-se coincidentes com a maioria dos estudos levantados, que indicam os servidores públicos em geral, com mais idade que os do setor privado. Quanto à escolaridade, predomina o ensino médio completo (66%); a instituição pública apresenta maior número de enfermeiros enquanto que a particular maior número das outras categorias de enfermagem e particularmente de auxiliares de enfermagem. Essas informações também coincidem com as de outros estudos, mostrando que os setores privados contratam um efetivo maior de trabalhadores, no caso os auxiliares e técnicos de enfermagem, menos onerosos para as instituições que os enfermeiros.

Nas duas instituições, constatou-se alguns trabalhadores exercendo outras funções além daquelas possíveis pela sua formação profissional: há técnicos trabalhando como auxiliares de enfermagem e vice-versa. Excluem-se dessa situação os enfermeiros que exercem a atividade funcional conforme a sua profissão. Em relação ao cargo a grande maioria dos trabalhadores (94,4%) assume o cargo no qual foi contratado. No que se refere ao local de trabalho, a convergência dos sujeitos em ambas instituições ocorre nas enfermarias (44,1%). Em relação ao tempo de serviço, nos dois hospitais, houve predomínio de trabalhadores entre 0 e 5 anos; no hospital público, entretanto, 66,7% dos sujeitos tinham tempo de serviço superior a 5 anos até maior que 20 anos e o hospital particular apresentou 45,6% de indivíduos nessa mesma situação. Esse fato demonstra que os importantes percentuais de trabalhadores novos, indicam necessidade de treinamento.

Na instituição pública, o tipo de contrato de trabalho existente para os trabalhadores é o regime jurídico único (RJU), que rege os funcionários públicos das esferas municipal, estadual e federal. Na privada, o contrato de trabalho é regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), que rege todos os trabalhadores da rede privada.

No que se refere ao fato de identificar quais os programas de promoção à saúde do trabalhador existem nos hospitais, os entrevistados informaram a existência de CIPA (51,9%) e a inexistência de quaisquer programas (40,1%).

Quando indagados sobre seus direitos, conseguiram identificá-los em sua maioria, com percentuais entre 59,3% e 96,6%; entendem então que possuem direito aos exames médicos, repouso semanal remunerado, recebimento salarial até o quinto dia útil de cada mês, recebimento do 13º salário, gozo de férias anuais, recebimento de salário de férias, usufruto de licenças à maternidade e paternidade e para acompanhamento de pessoas enfermas na família.

Quanto aos seus deveres, identificam-nos como tais, com percentuais entre 51,9% e 75,1% e os confundem, particularmente, com as suas responsabilidades. Agir com probidade, apresentar bom comportamento e boa conduta moral, evitar a desídia, não trabalhar embriagado / drogado, manter segredo profissional, não ser indisciplinado, não praticar atos lesivos ou ofensas físicas, manter-se vestido com adequação, cumprir a carga horária, evitar tratar de assuntos particulares durante o trabalho e usar EPI, são deveres os quais identificam que devem ser cumpridos.

Quanto as suas responsabilidades, não conseguem identificá-las com adequação, com valores entre 22,5% e 47,2% confundindo-as com seus deveres, à exceção da responsabilidade por erro cometido. Assim: manter o ambiente de trabalho limpo e em ordem, ser assíduo e pontual, ter bom relacionamento com a

equipe de trabalho, prestar assistência de enfermagem com qualidade e promover/facilitar o aperfeiçoamento da equipe é entendido como sendo dever, ao invés de responsabilidades dos trabalhadores.

Em relação aos benefícios, em sua totalidade, os confundem, principalmente com seus direitos, alcançando valores de acertos entre 14,2% e 48,8%. Sendo assim os quesitos vale-transporte, cesta básica, bolsa-escola, vale-alimentação/efeição, plano de saúde e creche não são entendidos como benefícios pelos sujeitos entrevistados e sim como seus direitos .

Percebe-se então que os trabalhadores não acertaram muitas das respostas, confundindo direitos, responsabilidades, deveres e benefícios, o que evidencia a sua vulnerabilidade enquanto cidadão e trabalhador. Essa situação os deixa suscetíveis a serem explorados e subjugados em seu trabalho. A informação tem uma perspectiva libertadora, à medida que ela emancipa os sujeitos sociais (MORAES e SANTOS, 1998). Ensinamentos sobre temáticas voltadas ao trabalho – no caso os direitos, responsabilidades, deveres e benefícios dos trabalhadores deveriam ser ministrados desde os seus cursos de formação até os programas de educação continuada existentes nas instituições que os empregam.

Torna-se evidente também a ausência de uma adequada vigilância à Saúde do Trabalhador, em ambos os hospitais; essa vigilância tem como um dos objetivos proporcionar informações para que sejam adotadas decisões relacionadas à prevenção de riscos no trabalho (MAURO et al, 2004), além das relacionadas aos direitos, deveres, benefícios e responsabilidades dos trabalhadores.

Diante dos resultados do presente estudo, apresentam-se as seguintes sugestões:

- Que as instituições formadoras dos trabalhadores de enfermagem iniciem,

através do ensino, o esclarecimento não só dos deveres do futuro profissional, como também dos seus direitos, benefícios e responsabilidades;

- Que as instituições de ensino superior despertem o interesse pelo tema aos graduandos e pós-graduandos, para o desenvolvimento de estudos sobre tal temática;
- Que as instituições hospitalares procurem desenvolver programas atuantes de promoção, manutenção e prevenção à saúde dos trabalhadores de saúde;
- Que os hospitais como representantes patronais procurem atender às determinações dos órgãos competentes, obedecendo a legislação trabalhista;
- Que o Ministério do Trabalho e Emprego crie condições regulares de maior fiscalização, com cobrança de multas, diante de irregularidades dos empregadores dos trabalhadores da enfermagem;
- Que os trabalhadores de enfermagem se filiem aos seus conselhos, associações e sindicatos de sua classe, porque só através desse tipo de união as vitórias coletivas serão alcançadas;
- Que os representantes desta classe trabalhadora façam-se presentes nas instituições patronais, para reivindicação dos direitos conquistados, bem como desenvolvam estratégias de esclarecimentos à classe trabalhadora da enfermagem;
- Que as informações sobre direitos, deveres, responsabilidades e benefícios sejam socializadas entre trabalhadores, dando-lhes oportunidades do real exercício da cidadania.

8. REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, M.; MARTINEZ, A. F. Olhar sobre a criança no Brasil: perspectivas históricas. In: RIZZINI, I. (Org). **Olhares sobre a criança no Brasil: séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: USU/Anais, 1997.

ALMEIDA, M.C.P. de. ; ROCHA, J.S.Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1989.

ALMEIDA, M.C.P. de. A Pesquisa como Parte do Processo de Trabalho da (o) Enfermeira (o). In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 6. Rio de Janeiro, 1991. **ANAIS DO SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM**, Rio de Janeiro, 1991. p. 53-7.

ALMEIDA, M. C. P. de; Rocha, S. M. M. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. IN: ALMEIDA, M. C. P.de;ROCHA, S. M. M. (Org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

AMARANTE, S. T. **A organização do trabalho do enfermeiro no centro cirúrgico sob o enfoque ergonômico**. 2004. Tese (Doutoramento em Enfermagem Fundamental). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

ANSELMÍ, M. L.; DUARTE, G. G.; ANGERAMI, E. L. S. Sobrevivência no Emprego dos Trabalhadores de Enfermagem em uma Instituição Hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9 n. 4, 2001.

ANSELMÍ, M. L.; Análise do perfil da clientela do projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem. **Formação**, Brasília, v. 3, n. 7, p. 89 -111, 2003.

ANSELMÍ, M. L.; PEDUZZI, M. **Avaliação do impacto do PROFAE na qualidade dos serviços de saúde** OPAS. 2004. Disponível em:<http://www.opas.org.br/rh/areas_det.cfm?id_doc=170&id_area=2>. Acesso em: 12 fev. 2005.

ARAÚJO, E. M. C. de. **As relações de trabalho**: uma perspectiva democrática. São Paulo: LTr, 2003.

ARAÚJO, M.T.; AQUINO, E.; MENEZES, G.; SANTOS, C. O.; AGUIAR, L.; Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.4,ago. 2003.

BITTAR Olímpio J.; NOGUEIRA V.; Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.30 n.1, p. 53-60 fev. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica**. Dispõem sobreBrasília.1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Regime **Jurídico Único**. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora nº 05**. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora nº 04**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora nº 17**. Brasília, 2001.

BRASIL. Leis. **Consolidação das leis do trabalho e legislação complementar**, Brasília, 2003 Disponível em:<<http://www.mte.org.br>> Acesso em: jul.2004.

BRASIL. Leis, **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. 8ª ed. São Paulo: Ed. Revistas dos Tribunais, 2003. p. 349.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Direitos e deveres do trabalhador**. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://www.mte.org.br>> Acesso em: 12 set. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, **Rede observatório de recursos humanos em saúde – ROREHS**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde no Brasil. **Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa / Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BORSOI, I. C. F.; CODO, W. Enfermagem, trabalho e cuidado. In: CODO, W.; SAMPAIO, J.J.C. **Sofrimento psíquico nas organizações**. Petrópolis, Vozes, 1995.

BRITO, V. C. Under – notification of occupational exposure: Analysis in the postexposure prophylaxis era. **Infect. Control Hosp. Epidemiol.**, leidade, v. 21, n. 2, p. 107, 2000.

BULHÕES, I. **Riscos do trabalho de enfermagem**. Rio de Janeiro, s.n., 1994.

BURGUESS, W. A . **Identificação de possíveis riscos à saúde do trabalhador nos diversos processos industriais**. Belo Horizonte: Ergo, 1997.

CARMO, P. S. do. **História e ética do trabalho no Brasil**. São Paulo: Moderna, 1998.

CASTELLANOS, P. L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais. In: BROSCO, A. **Ciência e saúde coletiva**:

Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. vol. 3, n. 2. Rio de Janeiro, 1998.

CHEIBUB, Z. B. Reforma administrativa e relações trabalhistas no setor público: dilemas e perspectivas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo, v.15 n.43, jun. 2000.

CHILLIDA, M. S. P. **Capacidade para o trabalho e trabalho noturno entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário**. 2002. 66 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

CUEVA, M. **Derecho mexicano del trabajo**. México: Editorial Porrúa, 1954.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Irregularidade na profissão de auxiliar de enfermagem em hospitais universitários**. Rio de Janeiro, 1988. Disponível em: <www.portalcofen.com.br/> Acesso em: 20 jan. 2005.

_____. **Exercício da enfermagem**. Rio de Janeiro, 1994. Disponível em:<www.portalcofen.com.br/> Acesso em: 20 jan. 2005.

_____. **Dados estatísticos de sexo em enfermagem**. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <www.portalcofen.com.br/> Acesso em: 20 jan. 2005.

_____. **Dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem**. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em <www.portalcofen.com.br/>. Acesso em 20 jan. 2005.

_____. **Dados estatísticos da população de trabalhadores de enfermagem**. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em <www.portalcofen.com.br/> Acesso em: 20 jan. 2005.

DEVER, A. G. E. **A epidemiologia na administração dos serviços de saúde**. São Paulo: Pioneira 1988.

DICIONÁRIO BRASILEIRO DE LÍNGUA PORTUGUESA. **Encyclopédia Britannica do Brasil**, 14ª ed., São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1994.v.2, p.610-611.

DRUCKER, P. F. **Tecnologia, gerência e sociedade** - O novo papel da gerência. Rio de Janeiro: Vozes, 1971. p. 35-49.

ECHTERNACHT, E. H. Alguns elementos para a reflexão sobre as relações entre saúde e trabalho no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, Belo Horizonte, v.2, p.85-89, abr-jun, 2001.

ELSEN, I.; BUB, L .J. R; ATHOF, C.R. A Pesquisa como Atividade Inerente ao Processo de Trabalho do Enfermeiro. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 6, Rio de Janeiro, 1991. **Anais Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem**, Rio de Janeiro: ABEn, 1991. p.59-66.

FACCHINI, L.A.; WEIDERPASS, E.; TOMASI, E. Modelo operário e percepção de riscos ocupacionais e ambientais: o uso exemplar de um estudo descritivo. **Revista Saúde Pública. São Paulo**, v. 25, p. 394-400, 1991.

FELLI, V. E. A. **A saúde do trabalhador e o gerenciamento em enfermagem**. 2002. 125. Tese (Livre - Docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2002.

FERNANDES, M. S. *et al.* A conduta gerencial da enfermeira: um estudo fundamentado nas teorias gerais da administração. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.11, n. 2, p. 161-7, mar./abr. 2003.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Tradução Roberto Machado. 17.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2002.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 2000.

FRANCO, O . História da febre amarela no Brasil. **Rev. Bras. Malariol. Doenças Trop.**, leidade , v. 21, n. 2, p.15-520, 1969.

GARCIA , J.C. História de las instituciones de investigación en salud en América Latina. **Edu. Méd. Salud**, leidade, v. 15, n.1, p. 71-88, 1981.

GARCIA, J.C. A Categoria Trabalho na Medicina. In: NUNES, E.D.; GARCIA J. C.: **Pensamento social em saúde na América Latina**. São Paulo: Cortez, 1989. p.100-24.

GODOY, S. **Educação em serviço por meio de vídeoconferência**: aplicação de injetáveis via intramuscular na região ventroglútea. 2002. 107 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Geral e Especializada) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

GOMES, D. L. S. Estudos dos riscos à saúde das pessoas que trabalham na enfermagem hospitalar. **Revista Paulista de Hospitais**. São Paulo, v. 34 abril/maio/junho, 1986.

HADDAD, M.C.L. Importância do apoio psicológico aos enfermeiros que assistem pacientes terminais. **Revista Enfermagem Moderna**. Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p.9-16, abr./ mai./ jun. 1985.

HADDAD, M. C. L. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina, v.1, n.2, p. 75-88, jun. 2000.

HERKENHOFF, J. B. de. **A história da cidadania no Brasil**. Enciclopédia Digital de Direitos Humanos Disponível em:<<http://dhnet.org.br/direitos/militantes/herkenhoff/livro1>> Acesso em: 15 out. 2003.

HUNTER D. **The diseases of occupations**. 5th ed. L: The English Universities Press, 1974.

INSTITUTO MATERNO INFANTIL DE PERNAMBUCO (IMIP) Disponível em: <<http://newstorm.noticia.apresentacao.htm>> Acesso em: 13 dez. 2004.

KASTENBAUM, R.; AISENBERG, R. **Psicologia da morte**. São Paulo: EDUSP, 1983.

JANSEN, A. R. **Um novo olhar para o acidente de trabalho na enfermagem: a questão do ensino**. 1997. 170 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Geral e Especializada) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

JAMIESON, E.M. **História de la enfermeria**. 6.ed., México: Interamericana, 1968.

JERICÓ, M. C. de; CASTILHO, V. O investimento financeiro em recursos humanos: uma experiência em hospital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.12, n.5, set/out. 2004.

LAURELL, A. C. Processo de trabalho e saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro n.11, p. 8-22, 1981.

LAURELL, A.C. A Saúde-doença como processo social. IN: NUNES, E.(Org). Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global. 1983. LAURELL, A.C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: HUCITEC, 1989.

LEOPARDI, M.T. *et al.* **Processo de trabalho em saúde:** organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

LIMA-GONÇALVES, E. L. Condicionantes internos e externos da atividade do hospital-empresa. **RAE Eletrônica**, São Paulo v. 1, n. 2, p. 20, jul. /dez. 2002.

LIMA JÚNIOR, J. H. V.; ÉSTHER, A. B. Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem. **Revista Administração de Empresa**. São Paulo, v. 41, n. 3, p.20-30, jul./set. 2001.

LIMA, M. A. D. S. **O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico.** 1998. 216 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MACHADO, A. A. *et al.* Risco de infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida humana (HIV) em profissionais de saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.26, n. 1, p. 54-56, fev. 1992.

MARCONI , M. de A.; LAKATOS, M. E. **Técnicas de pesquisa.** 5.ed. São Paulo: Atlas. 2002.

MARTINO, M. M. F. de. Estudo comparativo de padrões de sono entre trabalhadores de enfermagem dos turnos diurno e noturno. **Revista Panamericana Salud Publica**, Washington, v.12, n. 2, p. 95-99, ag. 2002

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C. do. **Resgate histórico da organização do trabalho no contexto capitalista.** In: TELLES FILHO, P. C. P.; GOBBO, A. F. A enfermagem na atualidade: ensino, pesquisa e extensão. Porto Ferreira: GSP, 2003. p.177-184.

MARZIALE, M. H. P. **Estudo da fadiga mental de enfermeiras atuantes em instituição hospital com esquema de trabalho em turnos alternados**. 1990. 132 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1990.

MARZIALE, M. H. P. **Condições ergonômicas da situação do pessoal de enfermagem em uma unidade de internação hospitalar** 1995. 149 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

MARZIALE, M. H. P.; CARVALHO, E. C. Condições ergonômicas do trabalho da equipe enfermagem em unidade de internação de cardiologia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6 n. 1, p. 99-117, jan. 1998.

MARZIALE, M. H. P. **Abordagem ergonômica do trabalho de enfermagem**. 1999. 149 f. Tese (Livre - Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

MARZIALE, M. H. P.; RODRIGUES, C.M. A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfurocortantes entre trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto. v. 10, n. 4, p 571 – 7, jul/ago. 2002.

MARX, K. **O capital: crítica econômica e política**. 7. ed. São Paulo: Dipel. 1982.

MEIRELLES, B. H. S. A Enfermagem frente aos riscos do Ambiente Hospitalar. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba. v. 2; n. 1, p. 21 – 24, jan./jun. 1997.

MELO, R. S. de. **Flexibilização dos direitos trabalhistas e as cooperativas de trabalho**. Net. Campinas, out. 1997. Informe Jurídico. Disponível em: <<http://www.infojus.com.br/area8/raimundosimão.htm>>. Acesso em: 20 nov. 2003.

MENDES–GONÇALVES, R. B. **Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico**. 1979. 209 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

MENDES–GONÇALVES, R. B. **Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades**. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo, 1992 53 p. (Cadernos CEFOR).

MENDES, R. **Controle médico dos trabalhadores de atividades hospitalares**. São Paulo: FUNDACENTRO, 1979.

MENDES, R. **Patologia do trabalho**. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2003. v. 1, cap. 1, p. 3 – 45.

MENZIES, I. El funcionamiento de los sistemas sociales como defensa contra la ansiedad : informe de un estudio del Servicio de Enfermeras de un hospital general. In: MENZIES, I. JAQUES, E. **Los sistemas sociales como defensa contra la ansiedad**. Buenos Aires: Hormé, 1969.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. IN: MERHY, E. E. ;ONOKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p. 71 – 112.

MILLES, D. **From Worker's Diseases to Occupational Diseases: The Impact of Expert's Attitudes**. In: WEINDLING, P. (Ed.). The social history of occupational health, London: Croom Helm. 1985. p. 55-77.

MIRANDA, A. F. **Estresse ocupacional inimigo do enfermeiro**. 1998. 157 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MONTEIRO, A. B. C. **Biossegurança no preparo, administração e descarte de agentes antineoplásicos injetáveis pela equipe de enfermagem.** 2001, 86 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

MUROFUSE, N. T. **Mudanças no trabalho e na vida de bancários ocasionados por Lesões por Esforço Repetitivo - LER.** 2000. 204 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

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

NAPOLEÃO, A. A. **Causas de subnotificação de acidente de trabalho:** visão dos trabalhadores de enfermagem de um hospital do interior paulista. 1999. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

NHAMBA, L. A. **Acidentes ocupacionais com material biológico entre profissionais de enfermagem em um hospital de Angola.** 2004. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

NICOLETE, M. G. P. de. **Acidentes de trabalho:** um estudo do conhecimento e ocorrência acidentária entre trabalhadoras de enfermagem de um hospital do Rio Grande do Norte. 2001. 169 f. Dissertação (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

ODDONE, I. **Ambiente de trabalho**: a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Hucitec, 1986.

OLIMPIO, J.; NOGUEIRA, V. B. Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.30, n.1, fev. 1996.

OTANI K. Rede de saúde do trabalhador para o estado de São Paulo. **Revista São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 17. n. 1, jan/mar. 2003.

PERNAMBUCO. Universidade Federal. **Regimento Interno**. Recife, 1996.

PERNAMBUCO. **Ações do Governo de Pernambuco/Municípios**. Disponível em: <http://www.pernambuco.gov.br>. Acesso em: 20 out. 2003.

PERNAMBUCO. Sindicato dos Enfermeiros. **Convenção coletiva 2003/04**. Recife, 2004.

PERNAMBUCO. Sindicato dos profissionais de enfermagem, técnicos, duchistas, massagistas e empregados em hospitais, casas de saúde. **Convenção Coletiva 2003/04**. Recife, 2004.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1998. 156p.

_____. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 2, p. 251-263, abr/jun. 2000.

PITTA, A. **Hospital**: dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec, 1991.

PLÁ RODRIGUEZ, A. **Princípios de direito do trabalho**. Tradução Wagner D.

Giglio. 3. ed. São Paulo: Atual, 2000.

POPIM, R. C. **O cuidador na ação de cuidar na enfermagem oncológica**: uma perspectiva orientada sob o enfoque de Alfred Schutz. 2001. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**, 4 ed. Rio de Janeiro: 1998. v.1.

REZENDE, M. P. **Agravos à saúde de auxiliares de enfermagem resultantes da exposição ocupacional aos riscos físicos**. 2003. 114 f. Dissertação (Mestrado m Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

REZENDE, J. M. P. **Caso SHELL/CYANAMID/BASF**: Epidemiologia e informação para o resgate de uma precaução negada. 2005, sn. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2005.

RIBEIRO, H. P. **O hospital**: história e crise. São Paulo: Cortez, 1993.

RICHARDSON, R. J.; PERES, J. A. de S. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROBAZZI, M. L. C. C. *et al.* Serviço de enfermagem: um estudo sobre os absenteísmos. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 18, n.69, p. 65-70, jan/mar.1990.

ROBAZZI, M. L. C. C.; MARZIALE, M.H.P. Alguns problemas ocupacionais decorrentes do trabalho de enfermagem no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.52, n.4, p.514-519, out. dez. 1999.

ROCHA, A. M. de. **A saúde do trabalhador de enfermagem sob a ótica da gerência** – obstáculos e possibilidades. 2003. 188 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

ROCHA, L. E. Distúrbios psíquicos relacionados ao trabalho. IN: FERREIRA JÚNIOR, M. **Saúde no trabalho**: temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores. São Paulo : Roca, 2000. cap. 12, p. 320-351.

ROCHA, F. L. R. **Perigos potenciais a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem na manipulação de quimioterápicos antineoplásicos**: conhecê-los para preveni-los. 2002. Mestrado (Dissertação de Mestrado) - Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

RODRIGUES, R. M. Enfermagem compreendida como vocação e sua relação com as atitudes dos enfermeiros frente às condições de trabalho. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto v.9, n. 6, p. 76-82. nov. 2001.

ROJAS, A. del V. **A situação de trabalho do pessoal de enfermagem no contexto de um hospital regional argentino**: um estudo sob a ótica da ergonomia. 1999. (Dissertação de Mestrado) - Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

ROSSO, S. D., FREITAS, C. E. A Violência na história brasileira do trabalho. In: SILVA, J. F. da; LIMA, R. B. de; ROSSO, S. D. **Violência e trabalho no Brasil**. Goiânia: Ed. da UFG; Brasília: MNDH, 2001. p. 31-45.

SHAPIRO, K.; STOUGHTON, M.; GRAFF, R.; FENG, L.; **Healthy hospitals**: environmental improvements through environmental accounting. Boston: Tellus Institute, 2000.

SILVA, C. O. da .Trabalho e subjetividade no hospital geral. **Psicologia Ciência e**

Profissão., v.18, n. 2, p. 26-33, 1998.

SILVA, G. B. da. **Enfermagem profissional: análise crítica.** São Paulo: Cortez, 1986.

SILVA, J. B.; KIRSCHBAUM, D. Mental suffering of nurses who care for cancer patients. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 51, n. 2, p. 273-90, 1998.

SILVA, S. M. **Gerenciamento dos resíduos sólidos orgânicos de hospitais da cidade do Recife e a saúde dos funcionários envolvidos nesta atividade.** 2001. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2001.

SILVA, V. E. F. **O desgaste do trabalhador de enfermagem:** a relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. 1996. Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

SILVA, D. M. P. da. **O adoecer dos trabalhadores de enfermagem:** estudo dos problemas de saúde responsável pelo absenteísmo-doença em hospital universitário. 1999.140 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

SILVEIRA, C. A.; ROBAZZI, M. L. C. C.; MARZIALE, M. H. P. Registros hospitalares sobre acidentes de trabalho entre trabalhadores de serviços gerais. **Revista de Enfermagem UERJ**, 2003; 11:261-7.

SILVEIRA, C. A.; ROBAZZI, M. L. C. C.; WALTER, E. V.; MARZIALE, M. H. P. Acidentes de trabalho na construção civil identificados através de prontuários hospitalares. **REM: Esc. Minas**, Ouro Preto, 58(1): 30-44, jan/mar. 2005.

SILVEIRA, R. C. P. da. **As crianças e os adolescentes acidentados no trabalho e atendidos em uma unidade distrital de saúde em Ribeirão Preto**. 2003. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Geral e Especializada) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

SIVIERI, L. H. Saúde no trabalho e mapeamento dos riscos. In: **Saúde, meio ambiente e condições de trabalho - conteúdo básico para uma ação sindical**. São Paulo: FUNDACENTRO, 1996.

SOBOLL, L. A. P.; BERNARDINO, E.; SILVA, S. M. da; FELLI, V.E.A. Evidência de desgaste do trabalhador de enfermagem relacionada à organização do trabalho. **Revista O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.28, n.2, p. 181-187, abr. jun. 2004..

SOARES FILHO, J. **A proteção da relação de emprego**: análise crítica em face de normas da OIT e da legislação nacional. São Paulo: LTr, 2002.

SUAZO, S. V. V.; ROBAZZI M. L. C. C. Accidentes del trabajo: la situacion de la mujer del equipo de enfermeria em dos hospitalares clinicos chilenos. **Revista Ciencia y Enfermeria**. Santiago, v.6, n. 1, p. 67-78, 2000.

SÜSSEKIND, A. et al. **Instituições de direito do trabalho**, 21. ed. São Paulo: LTr, 2003.

TELLES FILHO, P. C. P.; MIASSO, A. I. Ensino em administração de medicamentos: análise de conceito. In: TELLES FILHO, P. C. P.; GOBBO, A. F. F. **A enfermagem na Atualidade**: ensino, pesquisa e extensão. Porto Ferreira: GSP, 2003. p. 31-40.

TEIXEIRA, C. P. **Cooperativas de profissionais de saúde dos serviços municipais e estaduais do município do Rio de Janeiro e a cooperativa do hospital geral de Nova Iguaçu**: abordando as prestadoras. 2000. 88 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de

Janeiro, 2000.

TONHOM, S. F. R. **Queixas de mal-estar entre os trabalhadores da equipe de enfermagem de um hospital público**. 1997. 74 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

VALTORTA, *et al.* Estudo do absenteísmo médico num hospital de grande porte. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v.13, n. 51, p. 55-61, 1985.

VIANNA S. Evolução do direito do trabalho no Brasil. In: SÜSSEKIND, A. **Instituições de direito do trabalho**. 21. ed. São Paulo: LTr, 2003. cap. 2, p. 49 – 79.

VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, E. S. Mercado de trabalho em saúde no Brasil: empregos para os enfermeiros nas três últimas décadas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 54, n. 4, p. 623-629, out. dez. 2001.

XELEGATI, R.; ROBAZZI, M. L. C. C. Riscos químicos a que estão submetidos os trabalhadores de enfermagem: uma revisão de literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n. 3, p. 350-56, mai. jun. 2003.

WALTER, E. V.; ROBAZZI, M. L. C. C.; MARZIALE, M. H. P.; CAMPOAMOR, M. M. Efeitos neurológicos causados por agrotóxicos: a realidade mostrada através de prontuários hospitalares. **Revista de Enfermagem UERJ** 2003; 11:171-6.

WISNER, A. **Por dentro do trabalho**: ergonomia: método & técnica. São Paulo, FTB/Oboré, 1987.

APÊNDICES

Apêndice 1

Roteiro da Entrevista Guiada (Trabalhadores de Enfermagem)

Data da Entrevista _____ N° da entrevista _____

I) Identificação Pessoal e Profissional

Nome _____

1. Sexo ☐ feminino ☐ masculino

2. Idade _____

3. Escolaridade: ☐ ensino fund. Incompleto ☐ ensino médio completo

☐ ensino fund. Incompleto ☐ ensino superior incompleto

☐ ensino médio incompleto ☐ ensino superior completo

4. Profissão: ☐ Enfermeiro ☐ Técnico Enf. ☐ Auxiliar Enf.

5. Função _____

6. Cargo _____

7. Setor: ☐ Enfermaria ☐ Unidade Fechada ☐ Emergência

☐ Ambulatório ☐ S. P. A

8. a) Tempo de Serviço: Instituição ☐ 0 – 5 anos ☐ 5 – 10 anos ☐ 10 - 15 anos

☐ 15 – 20 anos ☐ + 20 anos

b) Cargo ☐ 0 – 5 anos ☐ 5 – 10 anos ☐ 10 – 15 anos

☐ 15 – 20 anos ☐ + 20 anos

c) Função ☐ 0 – 5 anos ☐ 5 – 10 anos ☐ 10 – 15 anos

☐ 15 – 20 anos ☐ + 20 anos

II) Tipo de Contrato de trabalho

☐ CLT ☐ RJU ☐ Outro (Especificar) _____

III) Programas de atenção à Saúde

1) Existem programas de promoção à saúde nesta instituição?

☐ Sim ☐ Não Quais (especificar) _____

2) A instituição lhe oferece plano de saúde?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

3) A instituição oferece programas de educação continuada?

☐ Sim ☐ Não

IV- Informações sobre Direitos, Deveres, Responsabilidades e Benefícios

1) Marque na relação abaixo com:

D - o que você achar que é seu Direito

R - o que você achar que é sua Responsabilidade

V - o que você achar que é seu Dever

B - o que você achar que é seu Benefício

- ☐ - Exames médicos admissional e demissional;
- ☐ - Repouso semanal remunerado, uma folga por semana de 24hs;
- ☐ - Salário pago até o 5º dia útil do mês;
- ☐ - Primeira parcela do 13º salário paga até 30 de novembro;
- ☐ - Segunda parcela até 20 de dezembro;
- ☐ - Férias de 30 dias para cada período de doze meses trabalhado;
- ☐ - Abono de férias, equivalente a 1/3 a mais do salário normal;
- ☐ - A primeira parcela do 13º salário poderá ser recebida antecipadamente, no ato das férias;
- ☐ - Licença-maternidade de 120 dias;
- ☐ - Licença-paternidade de cinco dias corridos;
- ☐ - Licença para acompanhante de pessoa da família doente;

- ☐ - Agir com probidade;
- ☐ - Ter bom comportamento (dentro dos padrões sociais);
- ☐ - Ter continência de conduta compatível com a moral (sexual e desde que relacionada com o emprego);
- ☐ - Evitar a desídia (falta de diligência do empregado em relação ao emprego, nas formas de negligência, imprudência e imperícia);
- ☐ - Não se apresentar no trabalho embriagado/drogado;
- ☐ - Guardar segredo profissional;
- ☐ - Não praticar ato de indisciplina;
- ☐ - Não praticar ato lesivo à honra e boa fama do empregador ou terceiros, confundindo-se com a injúria, calúnia e difamação;
- ☐ - Não praticar ofensas físicas, tentadas ou consumadas, contra o empregador, superior hierárquico ou terceiros;
- ☐ - Manter-se vestido de acordo com a função que desempenha;
- ☐ - Cumprir a carga horária;
- ☐ - Não resolver problemas particulares no horário de trabalho;
- ☐ - Usar o Equipamento de Proteção Individual EPI, quando a função exigir;
- ☐ - Manter o ambiente de trabalho em ordem e limpo;
- ☐ - Ser pontual e assíduo;
- ☐ - Manter bom relacionamento com toda a equipe de trabalho;
- ☐ - Assegurar ao cliente uma assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia negligência ou imprudência
- ☐ - Promover e/ou facilitar o aperfeiçoamento técnico, científico e cultural do pessoal sob sua orientação e supervisão;
- ☐ - Responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais independente de ter sido praticada individualmente ou em equipe.
- ☐ - Vale-Transporte;
- ☐ - Cesta básica;
- ☐ - Bolsa-escola;
- ☐ -Vale-alimentação ou refeição;
- ☐ - Plano de Saúde.

Apêndice 2

AVALIAÇÃO DOS JUÍZES SOBRE A COMPREENSÃO SEMÂNTICA E PERTINÊNCIA DO INSTRUMENTO CONTIDO NO APÊNDICE 1.

Prezado Sr.:

Conforme contato anterior, venho solicitar sua colaboração para avaliar a compreensão semântica e a pertinência cultural, conceitual e instrumental do instrumento desenvolvido para investigar a relação de trabalho entre os trabalhadores de enfermagem e as instituições hospitalares, bem como investigar entre estes trabalhadores o que eles conhecem sobre os seus direitos, responsabilidades, deveres e benefícios, sob a orientação da Prof^a Dr^a Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi.

Diante da diversidade de compreensão dos conceitos envolvidos por esta temática, bem como da escassez de instrumentos validados e consoantes com este assunto, sobretudo na área de enfermagem, propus-me a desenvolver este instrumento, seguindo a metodologia indicada para a realização de estudos desta natureza.

Este trabalho constituir-se-a em minha tese de Doutorado pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, e tem por objetivo investigar as informações que os trabalhadores de enfermagem têm sobre seus direitos, responsabilidades, deveres e benefícios, bem como o vínculo empregatício existente, em dois hospitais da cidade do Recife.

Para orientar sua avaliação, entende-se que a **compreensão semântica** se dá quando todas as perguntas contidas em um instrumento são compreensíveis

para todos os membros da população- alvo do estudo a que se destina, neste caso os trabalhadores de enfermagem das três categorias, bem como entende-se que há **pertinência cultural,** quando as situações retratadas nas perguntas de um instrumento correspondem às vivenciadas no contexto cultural da profissão em tudo, que há **pertinência conceitual,** quando existe coerência das perguntas com cada uma das categorias que elas se propõem a medir e que há **pertinência instrumental,** quando existem nas perguntas termos usuais da área a investigar, no caso Direito.

A partir do exposto, solicito-lhe que observe se todo o texto do instrumento é compreensível entre os trabalhadores de enfermagem, e que siga as orientações abaixo descritas para a avaliação da pertinência cultural, conceitual e instrumental:

Utilize a seguinte escala para avaliar a pertinência, assinalando com um X o valor correspondente em cada uma das perguntas do instrumento:

ESCALA DE PERTINÊNCIA	-1= não pertinente 0 = indeciso +1= pertinente
-----------------------	--

Caso assinale -1 ou 0, por favor, faça as sugestões que julgar necessárias para alterar a pergunta, utilizando o espaço reservado no final.

Esclareço que o instrumento foi dividido em três partes para facilitar sua avaliação e a entrevista à população:

- 1 – Dados de identificação e profissão.
- 2 – Dados sobre o Tipo de Contrato de Trabalho
- 3- Dados sobre os Programas de Atenção a Saúde

4 – Dados para investigar o que a população conhece como seus direitos, responsabilidades, deveres e benefícios.

Contando com sua indispensável colaboração, agradeço a atenção colocando-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários no telefone 81 – 35441112 ou endereço eletrônico – silvsev@aol.com .

Recife, 20 de fevereiro de 2004.

Respeitosamente,

Severina Maria da Silva

Apêndice 3

OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE

- 1) Observar se as respostas estão sendo claras e específicas
- 2) Amplitude das respostas
- 3) Qual a importância dada nas respostas
- 4) Posição do entrevistado
- 5) Estado emocional do entrevistado
- 6) Qualquer ação e detalhe que venham ajudar na entrevista.
- 7) Ambiente

Apêndice 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ abaixo-assinado, declaro que concordo em participar da pesquisa que será realizada pela aluna de Pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP Severina Maria da Silva, orientada pela Prof^a Dr^a Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi. A pesquisa tem como objetivo estudar as informações que os trabalhadores de enfermagem, têm sobre direitos, os deveres, responsabilidades e benefícios.

Aceito participar de entrevistas, com a doutoranda, que serão gravadas.

Entendo que tudo que contar a aluna será somente do conhecimento dela e sua orientadora, sendo mantido segredo, respeitando a minha privacidade. Estou ciente que o relatório final do estudo será publicado, sem que os nomes dos participantes sejam mencionados, e que poderei desistir de colaborar em qualquer momento, sem que eu tenha qualquer prejuízo ou gasto. Sei que, se tiver dúvida sobre minha participação, poderei esclarecer com a doutoranda Severina Maria da Silva. Assino este documento em duas vias, sendo uma via minha e outra da aluna.

NOME: _____

ASSINATURA: _____ RG _____.