

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



“Saúde do Trabalhador no trabalho hospitalar: metodologias integradas de avaliação de experiências nos espaços de intervenção em hospitais no estado do Rio de Janeiro”

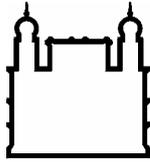
por

Paula Raquel dos Santos

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Jorge Mesquita Huet Machado

Rio de Janeiro, novembro de 2009.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta tese, intitulada

“Saúde do Trabalhador no trabalho hospitalar: metodologias integradas de avaliação de experiências nos espaços de intervenção em hospitais no estado do Rio de Janeiro”

apresentada por

Paula Raquel dos Santos

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Ada Ávila Assunção

Prof.^a Dr.^a Helena Maria Scherlowski Leal David

Prof. Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

Prof. Dr. Renato José Bonfatti

Prof. Dr. Jorge Mesquita Huet Machado – Orientador

Tese defendida e aprovada em 09 de novembro de 2009.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

S237 Santos, Paula Raquel dos
Saúde do trabalhador no trabalho hospitalar: metodologias integradas de
avaliação de experiências nos espaços de intervenção em hospitais no estado
do Rio de Janeiro. / Paula Raquel dos Santos. --Rio de Janeiro: s.n., 2010.
175f., il

Orientador: Machado, Jorge Mesquita Huet
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca,
Rio de Janeiro, 2010

1.Saúde do Trabalhador. 2.Condições de Trabalho. 3.Recursos Humanos
em Hospital. 4. Hospitais Públicos. 5.Estudos de Casos. 6.Políticas Públicas
de Saúde. I. Título.

CDD - 22.ed. – 363.11098153

Dedico esta tese aos trabalhadores dos serviços de saúde.

AGRADECIMENTOS

À minha amiga e mãe Teresinha de Jesus dos Santos, por entender minha ausência e nutrir minha alma com palavras ternas e de incentivo.

Ao meu marido Ubirajara Aluizio de Oliveira Mattos pelo companheirismo.

Ao meu orientador Jorge Mesquita Huet Machado, pelo ensinamento da simplicidade e do amadurecer.

Ao amigo e professor Elmo Rodrigues da Silva da FEN/DESMA/UERJ, pelo apoio teórico e prático durante a construção das inúmeras versões e finalização desta tese.

Ao professor Carlos Minayo pelas palavras: “refaça seu trabalho. Torne-o o melhor possível, este assunto é importante para o campo da saúde do trabalhador”

À Nathalia Noronha Henrique, pela amizade.

Aos amigos Horivaldo Gomes e Ana Josefa, pelas palavras de sabedoria.

Aos muitos amigos da UERJ e da FIOCRUZ, pela sinceridade e auxílios.

Não olhe para trás, olhe sempre para frente, para o que você quer fazer e você ficará certo do progresso (Mira Alfassa).

RESUMO

O campo da saúde do trabalhador, novo paradigma para a assistência integral e promoção da saúde no trabalho, desenvolveu, em suas concepções teóricas, princípios direcionados à equipe de atenção multiprofissional. Intervenções interdisciplinares e abordagens multifacetadas também contemplam as interfaces do mundo do trabalho numa perspectiva intersetorial, com abrangência de negociação e transformação das condições de trabalho pela interlocução e construção coletiva dos trabalhadores. Partindo-se desses princípios, pode-se inferir que as prescrições práticas para os espaços de intervenção e atenção para a saúde do trabalhador no trabalho hospitalar podem ser constituídas, construídas e consolidadas. A pesquisa desenvolvida foi de cunho descritivo, exploratório e qualitativo, com elaboração e aplicação de metodologias integradas de avaliação, no formato de estudos de caso em hospitais públicos do município do Rio de Janeiro de duas instituições de pesquisa, ensino e serviços. Identificamos que as normas do paradigma que antecede ao campo da saúde do trabalhador influenciam e ainda mantêm contornos pautados nas categorias de fatores de riscos e pronto-atendimento para acidentes de trabalho e agravos à saúde. Há carência de integração interdisciplinar e de investigação das condições de trabalho. As práticas em serviços de saúde do trabalhador requerem formulações e prescrições com interdisciplinaridade, metodologias de investigação e métodos de intervenção com projeto e planejamento integrados. Tais ações devem se pautar na construção coletiva e institucional, nas políticas públicas de saúde, trabalho e meio ambiente - e sua essência deve focar a promoção da saúde do trabalhador.

Palavras-Chave: Campo da Saúde do Trabalhador, métodos de intervenção, trabalho em serviços de saúde.

ABSTRACT

The field of health and work, new paradigm for the comprehensive care and health promotion at work, developed in their theoretical concepts, principles aimed at the multidisciplinary care team. Speakers interdisciplinary and multifaceted approaches also include the interfaces in the world of work in a cross-sectoral perspective, with scope for negotiation and transformation of working conditions for dialogue and collective construction workers. Based on these principles, we can infer that the practical requirements for areas of intervention and care for the health of the worker in hospitals can be established, built and consolidated. The survey was developed a descriptive, exploratory and qualitative, with development and implementation of integrated assessment methodologies, in the form of case studies in public hospitals in Rio de Janeiro two research institutions, education and services. We found that the rules of the paradigm that precedes the field of health and work and influence still have lined outlines the categories of risk factors and emergency care for accidents and health problems. There is a lack of interdisciplinary integration of research and working conditions. Practices in health care worker require formulations and prescriptions with interdisciplinary, investigation methodologies, methods of intervention with design and integrates planning. Such actions must be guided in collective and institutional policies in public health, work and the environment - and its essence should focus on the promotion of workers health.

Keywords: Field of health and work, intervention methods, working health services.

Lista de quadros, tabelas e figuras

- Quadro 1: Integração de métodos para o estudo de espaços de intervenção e atenção à saúde do trabalhador
- Quadro 2: Revisão sistemática: variáveis e categorias de análise
- Quadro 3: Instrumento metodológico para levantamento da produção científica
- Quadro 4: Propostas de atenção nas Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador
- Quadro 5: Principais características dos enfoques da relação saúde-trabalho
- Quadro 6: Força de trabalho de profissionais de saúde no estado do Rio de Janeiro
- Quadro 7: Força de trabalho de profissionais de saúde no Brasil
- Quadro 8: Estimativa do quantitativo de formação de profissionais especialistas em saúde do trabalhador - estado do Rio de Janeiro
- Quadro 09: Estimativa do quantitativo de formação de profissionais especialistas e com qualificação em saúde ocupacional - estado do Rio de Janeiro
- Quadro 10: Demonstrativo de teses e dissertações por instituições
- Quadro 11: Demonstrativo de outros tipos de publicações
- Quadro 12: Demonstrativo por títulos de periódicos
- Quadro 13: Demonstrativo de descritores empregados nas produções científicas
- Quadro 14: Demonstrativo da produção científica publicada sobre as unidades hospitalares da região metropolitana do estado do Rio de Janeiro
- Quadro 15: Capacidade instalada – serviços e estabelecimentos por esfera administrativa
- Quadro 16: Demonstrativo da produção científica publicada sobre as unidades hospitalares das unidades federativas do Brasil
- Quadro 17: Ações em saúde do trabalhador das unidades hospitalares federais do município do Rio de Janeiro.
- Quadro 18: Modelos de intervenção organizacional em saúde do trabalhador aplicados ao trabalho hospitalar
- Quadro 19: Comparativo Institucional
- Quadro 20: Normas em saúde e trabalho
- Quadro 21: Classificação dos eixos metodológicos e ações vinculadas

Quadro 22: Atividades multiprofissionais em atenção á saúde do trabalhador

Quadro 23: Problemas e orientações para metodologias de intervenção em saúde do Trabalhador no trabalho hospitalar

Tabela 1: Capacidade instalada – leitos hospitalares

Tabela 2: Unidades hospitalares por região do estado do Rio de Janeiro

Tabela 3: Leitos hospitalares por região do estado do Rio de Janeiro

Tabela 4: População X empregos em saúde

Tabela 5: Demonstrativo de tipos de produções científicas, levantadas na revisão sistemática

Figura 1: Diagrama do arranjo técnico dos processos de trabalho modeladores do cuidado
Figura 2 Organograma Institucional - UERJ 2007

Figura 3: Organograma – Saúde do Trabalhador – UERJ

Figura 4: Organograma Institucional FIOCRUZ 2007

Figura 5: Organograma – Saúde do Trabalhador – FIOCRUZ

Figura 6: Diagrama do sistema integrativo de gestão da atenção à saúde do trabalhador

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| APRESENTAÇÃO | 12 |
| CAPÍTULO 1: METODOLOGIA | 19 |
| 1.1 Bases conceituais | 19 |
| 1.2 A Integração de Métodos..... | 21 |
| 1.3 Pesquisa Exploratória | 24 |
| 1.4 Pesquisa Descritiva..... | 27 |
| 1.5 A Pesquisa: análise e recomendação | 29 |
| CAPÍTULO 2: REVISÃO DE LITERATURA | 32 |
| 2.1 Princípios que Fundamentam o Campo da Saúde do Trabalhador..... | 32 |
| 2.2 Síntese da Evolução e Construção do Campo da Saúde do Trabalhador | 35 |
| 2.3 Cenário do Estudo: o hospital na perspectiva da realidade brasileira | 46 |
| 2.4 O Processo de Trabalho Hospitalar | 52 |
| CAPÍTULO 3: RESULTADOS E DISCUSSÃO | 58 |
| 3.1 Dimensionamento da Força e Postos de Trabalho Hospitalar no Brasil | 58 |
| 3.2 Panorama das Condições de Trabalho Hospitalar | 63 |
| 3.3 Espaços de Intervenções e Atenção à Saúde do Trabalhador em Unidades Hospitalares no Estado do Rio de Janeiro: estudos de caso nas instituições UERJ e FIOCRUZ..... | 79 |
| 3.3.1 A Instituição UERJ - <i>Campus</i> Maracanã..... | 83 |
| 3.3.1.1. A construção da atenção à saúde do trabalhador..... | 85 |
| 3.3.1.2 As condições de trabalho HUPE | 88 |
| 3.3.1.3 DISHUPE: espaço de intervenção e atenção à saúde do trabalhador..... | 90 |
| 3.3.1.4 Impressões e apreciação sobre a intervenção (HUPE/ DISHUPE) | 98 |
| 3.3.2 A instituição FIOCRUZ <i>Campus</i> Manguinhos - RJ..... | 100 |
| 3.3.2.1 A construção da atenção à saúde do trabalhador..... | 102 |
| 3.3.2.2 As condições de trabalho no IFF e IPEC | 109 |
| 3.3.2.3 NUSTIFF: atenção à saúde do trabalhador | 110 |
| 3.3.2.4 Impressões e apreciação sobre a intervenção (IFF/NUSTIFF) | 113 |
| 3.3.2.5 NUSTIPEC: a atenção à saúde do trabalhador..... | 113 |
| 3.3.2.6 Impressões e apreciação à intervenção (IPEC/NUSTIPEC) | 115 |
| 3.4 Análise e Discussão dos Resultados..... | 115 |
| CAPÍTULO 4: CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES..... | 134 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 144 |
| ANEXOS E APÊNDICES..... | 163 |

Anexo 1: Tabela 1: Capacidade instalada – leitos hospitalares
Anexo 2: Tabela 2: Unidades hospitalares por região do estado do Rio de Janeiro
Anexo 3: Tabela 3: Leitos hospitalares por região do estado do Rio de Janeiro
Anexo 4: Quadro 6: Força de trabalho de profissionais de saúde no estado do Rio de Janeiro
Anexo 5: Quadro 7: Força de trabalho de profissionais de saúde no Brasil
Anexo 6: Tabela 4: População X empregos em saúde
Anexo 7: Quadro 8: Estimativa do quantitativo de formação de profissionais especialistas em saúde do trabalhador - estado do Rio de Janeiro
Anexo 8: Quadro 09: Estimativa do quantitativo de formação de profissionais especialistas e com qualificação em saúde ocupacional - estado do Rio de Janeiro
Anexo 9: Quadro 12: Demonstrativo por títulos de periódicos
Anexo 10: Quadro 10: Demonstrativo de teses e dissertações por instituições
Anexo 11: Quadro 11: Demonstrativo de outros tipos de publicações
Anexo 12: Quadro 3: Instrumento metodológico para levantamento da produção científica
Anexo 13: Quadro 13: Demonstrativo de descritores empregados nas produções científicas
Anexo 14: Quadro 2: Revisão sistemática: variáveis e categorias de análise
Anexo 15: Quadro 14: Demonstrativo da produção científica publicada sobre as unidades hospitalares da região metropolitana do estado do Rio de Janeiro
Anexo 16: Quadro 16: Demonstrativo da produção científica publicada sobre as unidades hospitalares das unidades federativas do Brasil
Anexo 17: Tabela 5: Demonstrativo de tipos de produções científicas, levantadas na revisão sistemática
Anexo 18: Quadro 15: Capacidade instalada – serviços e estabelecimentos por esfera administrativa
Anexo 19: Quadro 17: Ações em saúde do trabalhador das unidades hospitalares federais do município do Rio de Janeiro.
Anexo 20: Figura 2 - Organograma Institucional UERJ 2007
Anexo 21: Figura 3: Organograma – Saúde do Trabalhador – UERJ
Anexo 22: Figura 4: Organograma Institucional FIOCRUZ 2007
Anexo 23: Figura 5: Organograma – Saúde do Trabalhador – FIOCRUZ
Anexo 24: Quadro 20: Normas em saúde e trabalho
Anexo 25: Quadro 23: Problemas e orientações para metodologias de intervenção em saúde do Trabalhador no trabalho hospitalar
Anexo 26: Figura 6: Diagrama do sistema integrativo de gestão da atenção à saúde do trabalhador
Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Institucional
Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) entrevista semi-estruturada
Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) bases da Observação Participante
Apêndice D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) roteiro de avaliação dos espaços de intervenção e atenção à saúde do trabalhador
Apêndice E - Carta de apresentação institucional
Apêndice F - Bases da Observação Participante
Apêndice G - Roteiro entrevista semi-estruturada
Apêndice H - Roteiro de avaliação dos espaços de intervenção e atenção à saúde do trabalhador

APRESENTAÇÃO

O projeto de doutorado intitulado *Atenção à saúde do trabalhador: experiências e possibilidades de Vigilância e Saúde do Trabalhador (VST) aplicada a hospitais* precedeu as fases de pesquisa desta tese que trata de serviços de atenção à saúde do trabalhador, com aplicativo para o setor de serviços de saúde, com ênfase no trabalho hospitalar.

A busca por compreender o trabalho em saúde gerou-me um movimento interior relacionado à minha vivência profissional junto ao cuidado e atenção à saúde no contexto do trabalho hospitalar e do campo da saúde do trabalhador, trazendo-me indagações e estímulos para problematizar e formular hipóteses acerca do tema *serviços de atenção à saúde do trabalhador no trabalho hospitalar*.

As primeiras aproximações com o campo da saúde do trabalhador se estabeleceram ao longo da graduação em enfermagem e obstetrícia, no Hospital Universitário Gafreé Günle (HUGG), da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) e na emergência do Hospital Municipal Souza Aguiar (HMSA), como acadêmica bolsista da Secretaria de Estado de Saúde do estado do Rio de Janeiro no atendimento a acidentes graves.

Dois foram os motivos que despertaram o interesse para as primeiras leituras e elaborações de produções no campo da saúde coletiva com tema em saúde e trabalho. O primeiro foi a pesquisa monográfica em saúde pública, sobre alterações dos ritmos circadianos em trabalhadores da equipe de enfermagem dos setores de clínica médica e pediatria. O outro, um estudo de caso clínico de um paciente com 95% de área corporal com queimadura por eletricidade, referente a um acidente de trabalho, cuja vítima realizava manutenção e reparos em redes públicas de linhas de voltagens.

Nas atividades profissionais mais específicas de supervisão e assistência de enfermagem na rede pública hospitalar, a atenção ao trabalhador era uma atividade agregada à gestão do cuidado e da funcionalidade do plantão. Esta era pautada no atendimento individual de notificação para acidentes de trabalho com material perfurocortante, controle dos afastamentos de três dias do trabalho, capacitação e treinamentos em educação continuada para o aprimoramento técnico das tarefas e atividades durante o cuidado assistencial.

No período trabalhado na assistência em radiodiagnóstico intervencionista, a exposição ocupacional às radiações ionizantes foi uma questão estudada e avaliada pela carga e desgaste.

Este estudo ergonômico referente ao processo de trabalho em hemodinâmica resultou na dissertação de mestrado em saúde pública no Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (CESTEH/ENSP/ FIOCRUZ), no de ano de 2001.

Após apresentar o estudo realizado durante o mestrado no Congresso de Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 2001, houve um convite para a prática de inspecionar ambientes, procedimentos e equipamentos da rede hospitalar e dos serviços de hemodinâmica do estado do Rio de Janeiro, o que tornou possível a observação ampliada desses hospitais e aproximações com as carências e condições de trabalho voltadas para o trabalhador.

Naquela época, estava em pauta nos hospitais a necessidade de organização e oferecimento de algum tipo de atenção aos seus trabalhadores. Havia elaboração de um roteiro de inspeção em radiações ionizantes, avaliação de biossegurança e saúde do trabalhador para os serviços de hemodinâmica do estado do Rio de Janeiro, pelo Programa de Radioproteção e Dosimetria (PRD).

As inspeções em quase todas as unidades hospitalares do referido estado favoreceram a observação, o contato com os trabalhadores, lideranças e chefes de setores da unidade hospitalar, os quais buscavam desenvolver ações voltadas para a atenção à saúde do trabalhador no âmbito hospitalar, o que instigou o interesse acerca do tema *trabalho em serviços de saúde do tipo hospitalar*.

As experiências anteriormente descritas e as atividades profissionais no Departamento de Serviços de Saúde do Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde (CVS/SES) ampliaram o contato com o trabalho hospitalar e com o setor de serviços de saúde.

O cenário hospitalar, naquele período, estava muito mesclado por diferentes demandas de mudanças e adaptações para os serviços em saúde. Estas solicitações partiam da vigilância sanitária, dos processos de acreditação e das diversas comissões internas voltadas para prevenção e controle de agravos para os usuários/clientes e pacientes.

As comissões de biossegurança, controle de infecção hospitalar, educação continuada/treinamentos, vigilância epidemiológica, epidemiologia clínica hospitalar e humanização fomentavam também discussões para atenção à saúde do trabalhador, dando destaque para os *acidentes biológicos* e o *cuidado humanizado na saúde*.

Tais comissões desenvolviam, paralelamente às suas atribuições normativas, ações voltadas à questão saúde-trabalho, tais como: notificação e atendimento a acidentes com material perfurocortante, com avaliação e aplicação do protocolo profilático para HIV/AIDS; sorologia para hepatite B; recebimento e alocação de mudanças de função e de readaptação dos recursos humanos nos setores internos das instituições; campanhas de imunização etc.

Naquele momento, ocorriam solicitações de informações para a organização de intervenções voltadas para a atenção aos trabalhadores dos hospitais. Porém, cabe ressaltar que o movimento interno das organizações hospitalares não é recente, mas antigo e estanque. Houve diferentes iniciativas em vários momentos, conforme o exposto na história oral por parte de pesquisadores e professores que atuam há 25 anos no campo e nos programas de atenção ao trabalhador.

Uma nova experiência e aprendizado junto ao coletivo de trabalhadores em organizações hospitalares se deram com a atuação na área da educação na graduação, pós-graduação e capacitação de profissionais de instituições hospitalares. Foram ministradas disciplinas e cursos voltados para o estudo do ambiente e processo de trabalho hospitalar, utilizando-se a metodologia de construção coletiva de mapas de risco com os trabalhadores de dois hospitais públicos federais do estado do Rio de Janeiro.

Com o orientador desta tese, também atuei na qualidade de assistente na disciplina *Saúde e Modos de Vida no Hospital* - oferecida pelo programa de mestrado e doutorado em saúde pública da ENSP/FIOCRUZ. Em seu escopo, foi discutida com os alunos a produção de fatos científicos pela observação antropológica da vida no trabalho, do autor Bruno Latour. Empregamos o método didático interativo educacional de observação do processo de trabalho no hospital, a partir dos filmes “invasões bárbaras” e “cidade dos anjos”, com o desenvolvimento e construção de um instrumento de leitura observacional inspirado na antropologia social urbana para o processo de trabalho em saúde.

No campo da atenção à saúde do trabalhador, durante o período de 2004 a janeiro de 2009, foi elaborado e implementado o projeto de trabalho *Ações Básicas de Enfermagem em Vigilância em Saúde do Trabalhador* no eixo vigilância em saúde do projeto Fiocruz Saudável, da Coordenação Saúde do Trabalhador, Diretoria de Recursos Humanos, da Fundação Oswaldo Cruz (CST/DIREH/FIOCRUZ), *campus* Manguinhos.

Os programas de saúde pública do Ministério da Saúde de imunização, tuberculose,

tabagismo, hipertensão arterial e cuidados iniciais em situações de urgência para acidentes de trabalho foram aplicados ao contexto institucional e de atenção ao trabalhador. O projeto de trabalho consistiu em inseri-los pelas categorias saúde, trabalho e ambiente, atendendo às demandas espontâneas institucionais para o processo e o ambiente de trabalho.

Tal aprendizado fortaleceu a percepção e aprofundou as vivências no campo da saúde do trabalhador. Esse projeto de trabalho foi associado à prática de preceptoria de enfermagem em saúde do trabalhador, para os alunos do Curso de Pós-graduação em Enfermagem do Trabalho, da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FENF/UERJ).

Portanto, as instituições citadas são familiares ao pesquisador-doutorando que, ao longo de dez anos de vida profissional e acadêmica, estabeleceu vínculos institucionais com a FIOCRUZ e UERJ.

A vivência profissional e os questionamentos provenientes das experiências propiciaram a formulação das seguintes perguntas, objeto de tese: *Quais são os princípios do campo da saúde do trabalhador que fundamentam este paradigma? Houve contribuição para a construção de prescrições e consolidação de uma prática nos espaços de intervenção e atenção para a saúde do trabalhador no trabalho hospitalar?*

Diante destes questionamentos, a necessidade de compreender a realidade social e estrutural do trabalho em saúde, concretizou-se no objeto que por si mesmo contém os modos e intenções expressos por palavras, discursos e prática desenvolvidos nos espaços de intervenção e atenção à saúde do trabalhador no trabalho hospitalar.

O cenário hospitalar foi escolhido por ser a unidade de saúde que mais influencia as concepções e formações profissionais para a rede e linhas de cuidado em saúde. Durante o processo educativo, os hospitais formam elos de referência e origem profissional, além de possuírem números significativos de postos de trabalho e geração de empregos no setor de serviços. As referências acerca do trabalho hospitalar possibilitaram o entendimento de que ele se refere a toda e qualquer atividade executada dentro do espaço social destinado ao cuidado complexo, normatizado e assistencial curativo, denominado hospital.

Ter uma estrutura de promoção da saúde e atenção ao trabalhador, bem como prevenir agravos e adoecimento, deve ser parte integrante dessas organizações. São elas que desempenham importante papel na rede de cuidado e atenção a todos os trabalhadores.

Questionar e refletir sobre o paradigma campo da saúde do trabalhador, à luz das

referências epistemológicas, da evolução e da política no contexto das proposições de atenção no campo da saúde do trabalho levou-nos à busca dos seus princípios expressos nos conceitos, pressupostos e metodologias do referido campo.

A partir dessas indagações, formulamos a hipótese *de que há pouca clareza e referência de prescrição para a prática da atenção em saúde do trabalhador, favorecendo as reproduções das práticas do paradigma que a antecede*. A atenção no campo da saúde do trabalhador necessita de clareza e referências de prescrições norteadas pelos princípios do seu paradigma.

O questionamento problematizado nos motivou a busca por respostas para as questões alusivas a aspectos estruturantes do campo da saúde do trabalhador. Direcionamos então nosso *objetivo geral* para estudar os espaços de intervenção e atenção para o trabalhador dos hospitais das unidades públicas de saúde do tipo hospitalar do estado do Rio de Janeiro e identificar os processos de trabalho na prática da atenção no campo da saúde do trabalhador.

A busca pela compreensão dos fenômenos relacionados ao tema *trabalho hospitalar* gerou a construção metodológica norteada pelos princípios do campo, por meio de cenários, atores e os aspectos amplos que tangencia - como o sistema e o setor de serviços em saúde - empregando-se, para este fim, diferentes metodologias. Aprofundando a construção metodológica com vistas para a etnografia e para abordagem compreensiva da hermenêutica dialética.

Este modo de estratégia de pesquisa conduziu-nos para os *objetivos específicos* direcionados para “investigação participante e investigação-ação”^{1:161} definidos por dois momentos: o primeiro consistiu no estudo exploratório e o segundo no estudo de caso.

Na fase exploratória, o nosso objetivo específico levou-nos a empenhar esforços na descrição do panorama das condições de trabalho hospitalar, com dados obtidos pela revisão sistemática de literatura, seguida de revisões monográficas de literatura dos aspectos gerais que refletiam o fundo temático construindo, assim, o panorama das condições de trabalho hospitalar no Brasil.

Na fase aplicada, no formato de estudo de caso, buscamos avaliar os espaços de intervenção e atenção à saúde do trabalhador no trabalho hospitalar no município do Rio de Janeiro, bem como sistematizar recomendações sobre os eixos e ações para a prática em espaços de intervenção e atenção à saúde do trabalhador.

Desse modo foram elaborados e aplicados instrumentos metodológicos para a pesquisa de campo. Foi desenvolvido, então, o projeto de pesquisa de doutorado com a elaboração e aplicação

de metodologias integradas para o estudo de espaços de intervenções e atenção para o trabalhador do trabalho hospitalar.

O método definiu-se pela integração e associação de instrumentos metodológicos para o estudo de espaços de intervenções e atenção à saúde do trabalhador no trabalho hospitalar. Abordagem qualitativa com Análise Hermenêutica - Dialética de Habermas.

Uma vez determinados o tema e o método, foram aplicados os instrumentos de pesquisa em instituições públicas que oferecem espaços de intervenção e atenção para o coletivo de trabalhadores da área hospitalar, cuja finalidade foi a de identificar o processo de trabalho e as atividades em serviços de atenção à saúde do trabalhador.

Desse modo, o estudo realizado foi estruturado no formato clássico para a apresentação de dissertações e teses da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, organizado em revisão de literatura, metodologia, resultados e discussão, e conclusão.

A revisão de literatura foi construída pelo método do estudo monográfico, sobre os conteúdos referentes aos princípios que fundamentam o campo da saúde do trabalhador e uma síntese da trajetória de sua evolução. Esta etapa se ateve às formulações para a atenção a partir das conferências em saúde do trabalhador, da normatização que antecede práticas para a saúde e o trabalho. De modo mais diretivo ao tema trabalho hospitalar, a revisão aborda o hospital como espaço histórico e social - com a organização e o processo de trabalhos envoltos pelos cuidados e dimensões dos determinantes e condicionantes da relação saúde-trabalho hospitalar.

A associação de metodologias permitiu o desenvolvimento de pesquisas exploratória e descritiva que, pela integração de métodos, propiciou o aplicativo dos recursos e instrumentos metodológicos do projeto de tese. Dessa forma, foi possível a investigação histórica documental, a avaliação estrutural e funcional dos espaços de intervenção e atenção e a observação direta e participante dos trabalhadores. A metodologia de tese norteou-se pelos *princípios do campo da saúde do trabalhador*, consistindo de conceitos, pressupostos e metodologias multifacetadas. Os *conceitos* foram estruturados no contexto da saúde coletiva e da categoria *processo de trabalho*. Os *pressupostos* considerados foram da multiprofissionalidade, interdisciplinaridade, interlocução com os trabalhadores e intersetorialidade. As *metodologias* utilizadas foram as de investigação, avaliação e intervenção.

No capítulo Resultados e Discussões foram expostos: o levantamento exploratório do dimensionamento da força e postos de trabalho hospitalar do Brasil, bem como a síntese dos

dados quantitativos e qualitativos da revisão sistemática após processo de busca específica acerca do objeto de tese. Tais informações foram apresentadas no formato de descrição do panorama das condições de trabalho hospitalar, seguido da investigação exploratória dos espaços de intervenções e atenção à saúde do trabalhador em unidades hospitalares no estado do Rio de Janeiro.

A investigação exploratória anteriormente citada, os processos de tramitação em comitês de ética institucionais e, finalmente, a pesquisa de campo desenvolvida pela integração de métodos nos permitiram a descrição dos cenários e a identificação dos atores dos espaços de intervenção e atenção em saúde do trabalhador no município do Rio de Janeiro, concluindo assim o bloco de conteúdos alusivos aos resultados das pesquisas exploratórias e descritivas.

As informações analisadas foram então discutidas à luz dos princípios do campo da saúde do trabalhador, das normatizações de atenção para a saúde e o trabalho, da proposta de atenção ao trabalhador pela Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST). A partir dessa análise, foram propostas recomendações para a concepção de espaços de atenção em saúde com aspectos de especificidade para a intervenção e atenção no trabalho hospitalar.

A Conclusão traz reflexões acerca das limitações, avanços e desafios a partir das experiências analisadas. Ressaltamos os aspectos específicos e importantes da concepção teórica do campo como referência para a prática em saúde do trabalhador.

Esta tese foi revisada pela orientação acadêmica da ENSP - Sergio Arouca, seguindo as seguintes conformidades: método de revisão bibliográfica Vancouver, nova orientação ortográfica brasileira e o modelo clássico de apresentação de tese.

No capítulo 1 apresentamos o detalhamento das proposições ora apresentadas referentes a concepção do projeto de tese de doutorado, salientando os instrumentos metodológicos e o modo de análise e de construção do conhecimento.

CAPÍTULO 1: METODOLOGIA

1.1 Bases conceituais

Os conceitos foram estruturados no contexto da saúde coletiva e da categoria processo de trabalho no campo da saúde do trabalhador. E os pressupostos do campo considerados foram da multiprofissionalidade, interdisciplinaridade, interlocução com os trabalhadores e a intersetorialidade.

As metodologias empregadas foram de caráter de investigação, avaliação e intervenção numa perspectiva de discussão pautada nas políticas da vigilância da saúde, da promoção da saúde, e da segurança e saúde do trabalhador.

A pesquisa no campo da saúde do trabalhador tem algumas especificidades referentes às categorias saúde e trabalho e a vida dos trabalhadores. Ela possui formas de interpretações de acordo com as percepções e entendimentos dos grupos sociais. A saúde e o trabalho ganham ampliação diante das pesquisas e das motivações que conduzem as vontades de totalidade do ser humano e das questões que os tangenciam e relacionam a vida com o trabalho e a saúde¹.

A pesquisa envolvendo questões relativas à saúde e ao trabalho requer amplitude para alcançar os seus variados aspectos e interfaces, suscitando uma dinâmica fluida com liberdade nas relações de interação do pesquisador com os pesquisados. A pesquisa no campo da saúde do trabalhador está relacionada a um subsistema que tem a preocupação metodológica com ênfase na abordagem histórico-estrutural, cujo eixo é o processo de trabalho visto a partir das unidades de produção sob o ponto de vista histórico e como determinante para o desgaste e para o quadro de morbidade dos trabalhadores^{2:27}.

As investigações foram iniciadas com interrogações acerca de quais são os princípios do campo da saúde do trabalhador e de suas bases epistemológica. O encontro com os autores do campo explica que a construção e o processo de consolidação dos estudos sobre a saúde e o trabalho tiveram suas origens na medicina social latino-americana e na saúde coletiva.

Os princípios do campo da saúde do trabalhador (conceitos, metodologias e pressupostos) fundamentam-se na concepção teórica que situa o processo de trabalho como categoria sociológica determinante para o estudo dos cenários de trabalho pela confrontação de classe como uma questão premente³.

Compreender as relações denexo causal entre o trabalho e a saúde frente ao potencial de adoecimento, rompendo com a concepção higienista das abordagens e práticas distanciadas do trabalhador e do processo de trabalho, é um aspecto de seus conceitos que extrapolam o relacionar do adoecer a um agente específico e aos grupos de fatores de risco presentes no ambiente de trabalho⁴.

As proposições de metodologias do campo relacionam-se à informação, à vigilância em saúde do trabalhador e aos determinantes sociais, construindo-se investigações pela integração metodológica multidisciplinar com avaliação e intervenção com o coletivo de trabalhadores e seus representantes⁵.

As raízes no movimento da medicina social latino-americana, na experiência e referências ao Modelo Operário Italiano (MOI)⁶, e nas bases da reforma sanitária brasileira demarcam premissas de grupos homogêneos, não-delegação de poder de decisão aos técnicos especialistas, valorização da subjetividade do trabalhador e a validação consensual das decisões a serem tomadas a partir das experiências dos coletivos de trabalhadores como foco a ser considerado nas construções metodológicas.

Os pressupostos condicionantes da relação saúde-trabalho - tais como as inserções do campo da negociação e articulação de conflitos; a identificação dos condicionantes de processos de trabalho; equipe de trabalho multiprofissional e multidisciplinar; conjugações de ações intra e intersetorial; organização, interlocução e envolvimento dos trabalhadores e interações de metodologias - demarcam a necessidade de articulações e visão plural das categorias saúde e produção.

O campo da saúde do trabalhador tem em si como fundamentos essenciais, a epistemologia política, econômica e social marxista - desenvolvida a partir do materialismo histórico-dialético e do processo de trabalho⁷. O modo de ser desta concepção e das transformações ocorridas a partir de suas metodologias e pressupostos foram motivações de investigação no decurso desta tese.

Na sistematização metodológica, foram pesquisados os fatos e os fenômenos para descobrir as causas do que delimita o assunto de tese com qualificação e interpretação analítica, descrevendo sua complexidade pela interação de suas particularidades, seguido de contribuição para o processo de aperfeiçoamento.

Os estudos sobre o tema permitiram apreender e registrar os fatos e avaliações sobre as transformações que ocorreram a partir do paradigma do campo da saúde do trabalhador, referente à prática para a atenção ao trabalhador.

As pesquisas desenvolvidas se caracterizaram como exploratória e descritiva - com abordagem qualitativa. O processo de desenvolvimento do método científico iniciou-se pela fase de observação geral do tema. Em seguida, foram traçadas suposições sobre a intervenção e atenção em saúde do trabalhador, e de exploração teórico-dialética pela compreensão do processo histórico das mudanças, conflitos e transformações no campo e em sua prática nos hospitais.

Entretanto, durante as investigações, identificou-se escassez de registros e publicações sobre o assunto. Dada a sua relevância, percebe-se a necessidade de maior produção de conhecimentos a respeito do tema.

A aplicação de uma metodologia integrada possibilitou a avaliação dos espaços de intervenção e atenção à saúde do trabalhador no trabalho hospitalar, além da sistematização de recomendações sobre os eixos e ações, apresentados na discussão dos resultados.

1.2 A Integração de Métodos

Foram adotados como procedimento os métodos monográfico, histórico e estruturalista. Ao longo do projeto de tese, foram levantados documentos das instituições selecionadas. Dessa forma, pode - se verificar as influências de suas ações no momento atual. Os instrumentos metodológicos para o levantamento de dados primários e secundários, possibilitaram a interlocução com os profissionais que atuam na atenção à saúde do trabalhador aplicada ao trabalho hospitalar e representantes do campo da saúde do trabalhador, bem como o dimensionamento do objeto e do sujeito em estudo.

Na pesquisa de campo, os estudos de casos forneceram as visões dos atores que promovem a atenção, e as descrições dos cenários, com os quais houve a oportunidade de estabelecer aproximações para com as proposições políticas e de normatizações do trabalho e saúde. A integração de métodos científicos permitiu diferentes fases de investigação experimental e de avaliação dos espaços de intervenção e atenção em saúde do trabalhador no cenário do tema proposto (Quadro 1). Para cada instrumento foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Estes documentos encontram-se nos Apêndices A, B, C e D desta tese.

Quadro 1: Integração de métodos para o estudo de espaços de intervenção e atenção à saúde do trabalhador

| Tipo de pesquisa | Método de procedimento | Instrumento metodológico | Resultado |
|-----------------------------|---|---|--|
| Exploratória | Monográfico | Mapa conceitual e temático | Revisão temática de literatura |
| | Estatístico | Planilha de variáveis e categorias de análise | Levantamento em produções científicas das condições de trabalho hospitalar |
| | Observação assistemática | Planilha exploratória | Registros de eventos científicos e visitas exploratórias |
| Descritiva (Estudo de Caso) | Histórico documental | Roteiro de entrevista semi-estruturada com resgate de memória e roteiro de pesquisa documental. | Levantamento histórico documental e descrição da entrevista com atores que construíram os espaços de intervenção |
| | Observação direta intensiva, sistemática e participante | Roteiro de sistematização da observação Diário de campo | Descrição dos cenários e identificação dos atores da equipe multiprofissional, atividades e tarefas. |
| | Estruturalista funcionalista | Roteiro de avaliação dos espaços de intervenção e atenção à saúde do trabalhador | Descrição do processo e organização do trabalho (eixos de ação) |

Fonte: Elaboração própria

O conjunto de etapas e instrumentos metodológicos visou obter, pelo caminho metodológico-qualitativo em saúde, respostas para as questões particulares e peculiares do trabalho hospitalar e da atenção à saúde do trabalhador.

O que não pôde ser quantificado foi trabalhado pelo universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das

relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis¹.

O observador – nem precisamos mencionar – tem uma forma de organizar questões, observações e notas de acordo com as suas preferências culturais. Apenas um pequeno número de questões tem relação com o tema, e, portanto, faz algum sentido. Eis a razão pela qual nunca seríamos integralmente um novio^{8:36}.

Houve a preocupação de buscar e alcançar novas descobertas, reduzindo o cunho de avaliação crítica de fiscalização e de julgamento. Buscou-se o potencial de resolutividade para as questões relacionadas à saúde dos trabalhadores.

Este olhar de observador permitiu ver que os detalhes variam e de fato demonstram uma tremenda quantidade de culto da novidade⁹, pois boa parte do que se pesquisa tem muito de nossas leituras e construções de preferências. Tal assertiva nos ajuda a despir a pretensão ingênua de uma observação não preconceituosa e imparcial¹⁰.

O uso dos métodos de forma integrada teve como referência e inspiração a etnometodologia com vistas à etnografia, por proporem a apreensão do conhecimento do cotidiano e da realidade social e por explicarem e descreverem como as pessoas se organizam a partir do estudo de suas atividades práticas⁵.

Os estudiosos da etnometodologia acreditam que a realidade social não é um dado preexistente captável em modelos, mas sim uma criação constante dos atores. A etnometodologia implica numa perspectiva de pesquisa em que se enfatiza a importância da abordagem qualitativa dos fenômenos sociais. [...] Um pressuposto de que comungam a etnometodologia, a sociologia de intervenção e também a ergonomia, é aquele de que todo grupo social é capaz de se compreender a si mesmo, comentar-se e analisar-se^{11:38}.

A pesquisa se desenvolveu com caráter de busca e compreensão dos fenômenos sociais relacionados à prática do trabalho em saúde, bem como das interfaces que se sobrepõem ao cotidiano e modos de olhar e observar os serviços de atenção à saúde do trabalhador. As fases exploratória e descritiva representam o esforço de apreender as dimensões do fenômeno estudado.

O método monográfico envolveu a revisão bibliográfica - com generalizações dos assuntos de interface ao tema - e uma revisão sistemática bibliográfica - com exploração teórica acerca da pesquisa exploratória sobre o tema, o objeto e o sujeito do problema de tese¹².

Após as fases de observação geral e de exploração teórica, partiu-se para a pesquisa descritiva. Foram empregados os métodos estruturalista, histórico e de elaboração e uso de instrumentos sobre o objeto. As fases de investigação experimental e a avaliação permitiram

sistematizar recomendações por eixos de ações a partir da prática estudada e denominada de saúde do trabalhador.

1.3 Pesquisa Exploratória

Nesta fase da pesquisa realizou-se levantamento e análise do que já foi produzido acerca do tema e do objeto. As revisões de literatura ocorreram a partir das referências teóricas em bases de dados *on-line*, bibliotecas e de produções referenciadas sobre o trabalho hospitalar e as consultas a bancos de dados secundários estatísticos, com buscas dirigidas. Sua finalidade foi a de uma descrição experimental das características que se somam como estudo exploratório da pesquisa descritiva, fomentando a discussão acerca do objeto e das condições de trabalho¹².

A essas atividades, somou-se a estruturação de informações e conteúdos e a participação em oficinas, cursos, apresentações de produções científicas, grupos temáticos sobre o trabalho hospitalar em instituições públicas e privadas, eventos de biossegurança, controle de infecção hospitalar, ergonomia hospitalar, seminários e simpósios em saúde do trabalhador.

Na revisão sistemática por meio de uma síntese qualitativa, foi descrito o panorama das condições de trabalho hospitalar (capítulo 3). Os resultados provêm da análise das produções e tencionam responder à pergunta específica ao objeto de tese, com o emprego do processo de busca em fontes de estudos originais. O critério de seleção foi de estudos sobre o tema *trabalho hospitalar*, cujo enfoque fosse sobre o campo da saúde do trabalhador. Foram revisadas as produções científicas localizadas nas áreas da saúde pública, saúde coletiva, medicina social, ergonomia e meio ambiente que contemplassem o conteúdo intervenção em espaços de atenção para o trabalho em saúde e em hospital.

Nesse escopo estão: artigos; livros; anais de eventos científicos; dissertações de mestrado; teses de doutorado; relatórios técnicos; manuais e produção científica *on-line*; em busca dos estudos originais nas bases de dados dos *sites* científicos de acesso livre do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (BIREME) - (LILACS, MEDLINE, COCHRANE, SCIELO); via acesso *Google* acadêmico e bibliotecas virtuais (ENSP, BIREME).

Foram também pesquisadas as produções das seguintes bibliotecas universitárias públicas: Faculdade de Enfermagem (FENF) e Instituto de Medicina Social (IMS), ambas da UERJ; Escola

de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ); e do Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da ENSP/FIOCRUZ. As três instituições possuem linhas de pesquisa em *saúde do trabalhador*, fornecendo assim conteúdos pontuais.

A busca deu-se pelo emprego dos descritores *trabalho hospitalar* e *saúde do trabalhador*. Os critérios de seleção dos estudos incluídos na análise de revisão foram o da clareza dos conteúdos para o preenchimento de no mínimo quatro itens do instrumento metodológico de levantamento (Anexos 12 e 14: Quadros 2 e 3) e da disposição do resumo e/ou obra completa para a leitura e análise.

A síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados foi consolidada no formato de tabelas e quadros, seguido da análise dos conteúdos, que foram agrupados em seis eixos definidos e construídos a partir dos conceitos que embasaram o estudo, a saber: vigilância em saúde do trabalhador; segurança no trabalho; ergonomia; administração e planejamento; saúde mental e saúde coletiva. Nos procedimentos empregados de busca e análise, investigou-se o relato de experiência e de construção coletiva de modos de ação para a promoção da saúde do trabalhador.

No capítulo 3 - resultados e discussão são apresentados os dados e a análise referente aos conteúdos. De forma específica, salientamos os espaços de intervenções e possibilidades de construção da atenção à saúde do trabalhador aplicada ao trabalho hospitalar.

Os levantamentos exploratórios foram direcionados ao sujeito coletivo de trabalhadores e sua contextualização nos postos de trabalho, e representação da força de trabalho dos recursos humanos em saúde dos estabelecimentos de serviços de saúde do Brasil e do estado do Rio de Janeiro. Bem como, do impacto de se considerar uma proposta de intervenção pela apresentação do universo de trabalhadores que visou à representatividade para proposições de atenção em saúde do trabalhador específica ao trabalho em saúde e hospitalar.

Para tal, foram revisados dados censitários disponíveis, oriundos das produções científicas do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde (NERHUS/ENSP/FIOCRUZ), do Departamento da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (DEGERTS) da Secretaria de Gestão e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde e da Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ROREHS). Que analisaram os dados primários da Assistência Médico-Sanitária, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (AMS/IBGE), referentes ao período 2005-2006.

Esses dados secundários forneceram elementos acerca dos postos de trabalho e da população de trabalhadores, permitiu-nos obter uma amostra representativa do setor de serviço e de seus trabalhadores em unidades hospitalares, que estão expressos no formato de tabelas e gráficos disponíveis nos - Anexos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 17 e 18, com suas respectivas discussões e análises registradas ao longo do capítulo três.

Nesse levantamento foi utilizada a técnica de estatística de dados secundários, selecionados a partir das variáveis referentes aos quantitativos de profissionais e profissões relativas: à saúde; aos hospitais; aos postos de trabalho em hospitais; aos empregos em saúde; aos vínculos; às jornadas de trabalho; aos salários e às horas trabalhadas e estruturadas nos textos, livros e relatórios dos grupos de observatório e pesquisa mencionados anteriormente.

Os conteúdos teóricos foram organizados a partir da revisão de literatura e mapeamento sistemático das produções científicas. Eles estão apresentados no capítulo dois, pelos seguintes tópicos: conceitos, metodologias e pressupostos do campo da saúde do trabalhador; ensaio da evolução histórica e construção das políticas públicas em saúde do trabalhador; o sistema de serviços de saúde e hospitalar brasileiro.

No levantamento exploratório investigamos os documentos e registros, relatórios técnicos, bases de dados *on line* das secretarias de saúde e centros de referência em saúde do trabalhador das secretarias municipal e estadual de saúde, sindicatos dos profissionais de saúde, departamentos de recursos humanos dos hospitais e páginas na Internet de instituições hospitalares. Dessa forma, pode-se identificar os espaços de intervenção e atenção à saúde do trabalhador, resgatando as anotações preliminares feitas durante as inspeções sanitárias nos hospitais do estado do Rio de Janeiro, no período de 2000 a 2003, pela SES/CVS/PRD.

Levantamos também os endereços, tipo de instituição, algum tipo de intervenção de atenção e comissões de interface existentes. A busca foi por meio de comunicação e visita com uso da carta de apresentação institucional, assinada pelo orientador, acompanhada do projeto de tese e carta de aprovação do comitê de ética da ENSP - (Apêndice E).

1.4 Pesquisa Descritiva

A forma assumida pela pesquisa descritiva foi a de estudo de caso, com posterior discussão e recomendações. Nesta fase foram elaborados e aplicados instrumentos metodológicos para a avaliação dos espaços de intervenção e atenção em saúde do trabalhador das unidades hospitalares estudadas. Utilizou-se técnica de resgate de memória no formato de entrevistas; pesquisa documental em registros, impressos e documentos, tais como relatórios técnicos; portfólios; estatísticas; estudos epidemiológicos; boletins informativos; atas e diário oficial - além da observação participante com registro em diário de campo.

A pesquisa permitiu obter como resultados dos estudos de casos, sobre os espaços de intervenções e atenção à saúde do trabalhador, a descrição dos cenários e atores das unidades hospitalares da Divisão de Saúde do Hospital Universitário Pedro Ernesto (DISHUPE/HUPE/UERJ) e Núcleo de Saúde do Trabalhador do Instituto Fernandes Figueira e do Instituto de Pesquisa Evandro Chagas (NUSTIFF/IFF/NUSTIPEC/IPEC - FIOCRUZ).

A aplicação metodológica teve a sua inspiração na etnografia. A técnica adotada foi a de observação direta, intensiva, sistemática e participante (Apêndice F). Em seguida, usou-se o método histórico, com resgate de memória por entrevista semi-estruturada (Apêndice G) e um roteiro de avaliação estrutural fundamentado nos princípios da ergonomia para a análise da atividade e estudo do processo de trabalho (Apêndice H).

A técnica de observação participante com vista à etnografia é empregada a grupos sociais e humanos. O que a diferencia de sua fonte antropológica é o não se deter a uma análise cultural estrita² - e sim, situar os trabalhadores em seus espaços urbanos.

O acompanhamento do cotidiano dos espaços de intervenção e atenção à saúde do trabalhador, durante o período de seis meses e duas semanas, no papel de observador participante, permitiu a interação com o grupo observado.

A cultura que este método se debruça pode ser de caráter microetnográfico, o que permite conhecer os artefatos e a fala cultural, descrevendo os padrões normativos, comportamentais e sociais².

A observação participante é muito utilizada em pesquisas etnográficas, que sistematizam o cotidiano e as ações humanas com o pesquisador em uma rede de relações¹³. Ao assumir o

papel participativo como pesquisadora, foi possível, por meio de perguntas focais aos trabalhadores, captar o que teria escapado a um observador passivo.

No processo de observação participante, cabe ao pesquisador etnógrafo buscar de forma determinada à realidade pesquisada². Sua participação direta no grupo em estudo pode se dar durante o tempo da pesquisa, caracterizando o modelo participante como observador.

Na etnografia, o autor é, ao mesmo tempo, o seu próprio cronista e historiador; suas fontes de informação são, indubitavelmente, bastante acessíveis, mas também extremamente enganosas e complexas, não estão incorporadas a documentos materiais fixos, mas sim ao comportamento e memória de seres humanos^{14:18-19}.

O uso do diário de campo, com anotações dos depoimentos, fatos e impressões pessoais da pesquisadora, trouxe o sentido de ver, ouvir e escutar, para depois pensar, refletir e julgar.

Entraremos em fatos e máquinas enquanto estão em construção; não levaremos conosco preconceitos relativos ao que constitui o saber; observaremos o fechamento das caixas-pretas tomando o cuidado de fazer a distinção entre duas explicações contraditórias desse fechamento, uma proferida depois dele, outra enquanto ele está sendo tentado^{15:31}.

O grupo de indivíduos, sujeitos da observação participante, foram os trabalhadores dos espaços de intervenção e atenção à saúde do trabalhador das unidades hospitalares estudadas no município do Rio de Janeiro.

Estabeleceu-se o critério de identificar as atividades de trabalho que mais se destacaram quanto a frequência de execução e de solicitação pelos trabalhadores usuários da atenção oferecida. Para proceder ao contato com o conjunto de regras e práticas de suas atividades - e os diálogos a elas relacionados -, utilizou-se o roteiro de observação.

Investigou-se a concepção, a estruturação e organização dos espaços de intervenções e atenção à saúde do trabalhador. Os dados foram levantados pelo resgate de memória dos seus principais atores e por documentos e registros históricos¹⁶.

As informações existentes em documentações, eventos históricos, fotos, portfólios, relatórios, além de entrevistas semi-estruturadas, permitiram aos entrevistados relatar os fatos, lembrando-os.

Utilizou-se o recurso da entrevista não-diretiva, porém estruturada¹⁷. O discurso livre do entrevistado propiciou respostas a muitas questões não perguntadas diretamente, sugerindo, por conseguinte, bons meios para a obtenção de informação adicional à pesquisa¹⁸.

As consultas a documentos tais como atas, notificação de portarias, publicações em Diário Oficial da União (DOU), registros históricos junto ao departamento de arquivos e história das

instituições e relatórios técnicos de projeto corroboraram os relatos orais e serviram de instrumento para o acerto de datas e fatos.

Esta verificação teve também como objetivo identificar a concepção e desenvolvimento, a fim de entender as influências, transformações passadas por estas organizações. A amostra foi selecionada pelo critério de escolha de atores vivos que participaram de forma decisiva com atuação direta na idealização dos espaços de intervenção estudados.

1.5 A Pesquisa: análise e recomendação

Identificamos ao longo do processo de construção da análise e discussão dos resultados o efeito do termo aplicado por Bourdieu de “ilusão da transparência”¹, visto que a nosso empenho em descrever o que tínhamos observado foi um exercício aplicado com disciplina e vigilância sobre a “impressão de familiaridade”¹, “implicação com o objeto”¹⁹ e com a “ introjeção de leituras e vivências ” no campo da saúde do trabalhador e do trabalho hospitalar.

Primamos então por manter a fidedignidade dos conteúdos do material coletado pelos instrumentos metodológicos ao longo das fases de pesquisa, visando à integridade das relações sociais observadas e da dinâmica de vida dos serviços estudados, em um contínuo exercício do estado de abstração e de busca da solitude teórica.

Os resultados e discussão da tese foram desenvolvidos tendo como referência norteadora os eixos teóricos e metodológicos identificados nas experiências e práticas estudadas presentes nos espaços de intervenção e atenção em saúde do trabalhador e pelas diretrizes da PNSST, que serviram de base para o conduzir da análise e interpretação sobre os arranjos construídos, modos de promoção da saúde e de gestão em experiências dos serviços de atenção em saúde do trabalhador.

Com este intuito os itens focais selecionados para a análise da PNSST foram: *promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis; assistência integral à saúde dos trabalhadores; estruturação de redes de informações em saúde do trabalhador e o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos*, pois estes são elementos fundamentais para a concepção e composição da prática em serviços de saúde a luz dos pressupostos da atenção integral a saúde, do campo da saúde do trabalhador e da promoção da saúde.

Os conteúdos dos depoimentos de resgate de memória e as falas das entrevistas foram explorados pela expressão das dimensões da dinâmica organizacional, concepções política e nível de planejamento estrutural orgânico. Bem como as configurações institucionais e as relações sociais dinâmicas dos espaços de intervenção e atenção à saúde do trabalhador, que foram sistematizados em eixos de intervenção metodológica, para explicitar as relações existentes com análise de interpretação por ligação à teoria¹⁵ através do pensamento interpretativo.

A discussão analítica do material teórico e prático qualitativo e quantitativo seguiu o caminho do pensamento - da Análise Hermenêutica-Dialética de Habermas². Na síntese entre os conteúdos da pesquisa e da teoria, procuramos formular respostas para os pressupostos e hipótese de tese com aprofundamento da leitura sobre o tema estudado e o seu objeto. Integrando as falas dos trabalhadores profissionais em saúde do trabalhador e em saúde ocupacional e os cenários dos serviços de atenção à saúde dos trabalhadores.

Construímos um contexto heurístico concreto e híbrido próprios desta pesquisa de tese de doutorado, desenvolvida com balizamento pela compreensão dos contextos organizacionais e institucionais, interpretado pela alquimia do pensamento dialético da comunicação, desenvolvido por Habermas ao que se denominado de “agir comunicativo”² como um aplicativo do neo planejamento empírico no setor de serviços em saúde.

A escolha pelo pensamento “Habermaniano” foi devido a sua proximidade aos conceitos centrais da construção teórica-metodológica da análise focada no confronto, no conflito e no antagonismo interpretativo da subjetividade com objetivação das discussões que buscam a compreensão e o significado dialético por idéias de crítica, de negação e de oposição para os processos de contradição das transformações da vida e das relações sociais.

Com o vislumbrar do operacionalizar do materialismo histórico e dialético de Karl Marx, que fundamentam as bases filosóficas e epistemológicas do campo da saúde do trabalhador, buscamos a proximidade com o conflito e o confronto entre o processo produtivo, o conceito de processo de trabalho a valoração do trabalho na estrutura material da força produtiva e a organização social do trabalho, pela aplicabilidade, interpretação e sinalizações hermenêuticas expressas no modo de viver a vida no trabalho imaterial e no ambiente das práticas de atenção à saúde do trabalhador.

A investigação e a compreensão são categorias potentes quando se introduzem perspectivas de discussão dialética, visto que a contradição se tornará expressa e ao mesmo

tempo moldara as bases dos significados construídos entre o passado e os limites dos futuros pela observação do presente. Logo o entendimento, a intuição e os signos da comunicação são instrumentos possíveis para a elaboração da noção de compreender a práxis da vida e da experiência humana neste movimento de busca da realidade contextual.

No capítulo 2 apresentamos as bases do significado epistemológico dos temas satélites ao conteúdo central desta tese, com destaque para a representação contida no objeto de escolha para a pesquisa de tese, cuja análise debruçou-se sobre a interpretação e compreensão do fenômeno da intervenção no formato de serviços de atenção ao trabalhador inserido no cenário do trabalho em serviços de saúde do tipo hospitalar.

CAPÍTULO 2: REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Princípios que Fundamentam o Campo da Saúde do Trabalhador

As análises histórica e sociológica permitem à ciência e aos campos de conhecimento a orientação da sua prática. Valendo-se das propriedades específicas dos campos das ciências sociais e da saúde coletiva, o campo da saúde do trabalhador analisa as condições sociais, discutindo as questões referentes à relação da saúde com o trabalho. Para estas considerações, a noção de campo suscita a relação de autonomia vinculada a um saber.

A noção de campo está aí para designar esse espaço relativamente autônomo, esse microcosmo dotado de suas leis próprias. Se, como macrocosmos, ele é submetido a leis sociais, essas não são as mesmas. Se jamais escapa às imposições do macrocosmo, ele dispõe, com relação a este, de uma autonomia parcial mais ou menos acentuada. E uma das grandes questões que surgirão a propósito dos campos (ou dos subcampos) científicos será precisamente acerca do grau de autonomia que eles usufruem. Uma das diferenças relativamente simples, mas nem sempre fácil de medir, de quantificar, entre os diferentes campos científicos, isso que se chamam as disciplinas, estará, de fato, em seu grau de autonomia^{19: 20}.

O campo da saúde do trabalhador teve sua estruturação durante o movimento acadêmico e social de reforma sanitária brasileira, com a postura de ruptura com as abordagens e práticas distanciadas do trabalhador e do processo de trabalho. Desenvolveu, assim, um processo que permitiu a re-tradução das questões que envolvem a saúde e o mundo do trabalho. As demandas do movimento sanitário e dos trabalhadores foram canalizadas para o arcabouço teórico e jurídico, dando uma nova forma de entender a saúde e o trabalho - e conduzindo seus aspectos para a discussão e fortalecimento social por meio de sua politização.

O campo científico é um mundo social e, como tal, faz imposições, solicitações etc., que são, no entanto, relativamente independentes das pressões do mundo social global que o envolve. De fato, as pressões externas, sejam de que natureza for, só se exercem por intermédio do campo, são mediatizadas pela lógica do campo. Uma das manifestações mais visíveis da autonomia do campo é sua capacidade de refratar, retraduzindo sob uma forma específica as pressões ou as demandas externas^{19: 22}.

O arcabouço teórico do campo da saúde do trabalhador se constitui de pressupostos, conceitos e metodologias que podem ser considerados como princípios fundamentais, no âmbito da saúde coletiva, que teve suas raízes no movimento da medicina social latino-americana e na experiência do Modelo Operário Italiano (MOI)³.

Estas proposições conceituais e metodológicas da terminologia saúde do trabalhador, segundo Lacaz³ apresentam abordagem pelas ciências sociais e concepção teórica que situa o

processo de trabalho como o cenário primário da exploração e da confrontação de classe como uma questão que é premente ao campo da saúde do trabalhador⁶.

A Constituição Federal Brasileira de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 - de 19 de setembro de 1990 - garantem a saúde como direito fundamental mediante políticas sociais e econômicas. A redução do risco da doença, agravos e o acesso universal e igualitário aos serviços de promoção, proteção e recuperação são responsabilidades do Sistema Único de Saúde (SUS) para saúde do trabalhador, que expressa intervenções em saúde do trabalhador como:

[...] um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho²⁰.

Essas condições históricas e sociais serviram de movimento para a refração teórica, que passou a existir na estrutura de relações objetivas, com potencial de orientações e definição de práticas, as quais podem se ocupar dos espaços de intervenção e atenção à saúde do trabalhador.

Sendo assim, os aspectos pontuais que caracterizam suas práticas em saúde coletiva tem na política pública e nos movimentos de transformação do trabalho pela busca da saúde a essência de suas proposições.

A saúde do trabalhador consiste em compreender as relações denexo causal entre o trabalho e a saúde frente ao potencial de adoecimento, rompendo com a concepção higienista que entende o vínculo causal e a doença como sendo relacionado a um agente específico, e ao grupo de fatores de riscos presentes no ambiente de trabalho com determinação social reduzida ao processo produtivo²¹.

A *Política de Reversão Industrial* ou *Reestruturação Produtiva*³ aponta desafios para o campo da saúde do trabalhador, que consistem em entender, problematizar e intervir sobre o modelo metodológico industrial que busca se adaptar à contemporânea sociedade de mercado com suas novas dinâmicas de produção. Hoje, elas exigem do trabalhador atividades polivalentes e ajustáveis à livre negociação dos contratos de trabalho. Logo, os fatores condicionantes da análise do trabalho irão exigir a contemplação desta complexidade pelo conhecimento e definição plural do objeto: este é um desafio que se configura.

O trabalho é a categoria sociológica fundamental²² para a organização social em geral. Para o campo, essa centralidade é ainda mais acentuada. Todo o potencial desta categoria requer planos de análise, que envolvam as esferas políticas, sociais, econômicas e culturais da produção e da relação saúde e trabalho. Tal binômio não se limita ao adoecimento, aos acidentes e ao

sofrimento, mas está imbricado ao *processo de trabalho*. Este último é a categoria fundamental determinante do campo da saúde do trabalhador - entendida pela teoria marxista-estruturalista e pelas ciências sociais como a que suscita metodologias que propiciem a construção coletiva pelos trabalhadores.

Podemos considerar para análise - como subcategorias do campo - a subjetividade, o risco, cargas, desgaste, fadiga, acidente, agravos e doenças. As múltiplas interfaces dos cenários e dos processos de trabalho geram pressupostos e envolvem condicionantes, tais como: as inserções do campo da negociação e articulação de conflitos; a identificação dos condicionantes de processos de trabalho; equipe de trabalho multiprofissional e interdisciplinar; conjugações de ações intra e intersetorial; organização, interlocução e envolvimento dos trabalhadores e interações de metodologias e saberes.

A amplitude e abrangência geradas por estes pressupostos envolvem etapas interligadas ao grupo de trabalho e de trabalhadores, apresentando-se como uma prática que requer negociações, acompanhamentos, e articulação dos conflitos existentes, fornecendo respostas possíveis aos problemas e não apenas um modelo único aplicável a quaisquer situações³.

Para a compreensão da categoria processo de trabalho e das subcategorias (risco, agravos e adoecimento etc.), os estudos interdisciplinares e multiprofissionais dão recursos e permitem o objetivo de alcançar a pluridimensionalidade da relação saúde-trabalho, perpassando os limites das disciplinas³.

[...] reconstruindo-se cotidianamente com suas múltiplas referências teóricas, a saúde do trabalhador não se define por limites disciplinares, mas por metas e eixos de ação dentre os quais temos a luta pela saúde, produzida nas transformações dos processos, na eliminação dos riscos e na superação das condições precárias de trabalho. Um outro eixo está na valorização das demandas e dos conhecimentos advindos da experiência, considerando-se a participação dos trabalhadores como fecunda e indispensável^{23:1}.

As proposições de metodologias do campo relacionam-se à construção de indicadores da relação saúde-trabalho para a informação e vigilância em saúde do trabalhador; a investigação com integração metodológica e participativa prevê a avaliação de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar visando à intervenção com perspectiva transdisciplinar e coletiva.

As metodologias comumente utilizadas podem ser divididas em dois grandes campos³. Um possui fundamentação teórica no campo da saúde coletiva e influências dos conceitos e metodologias da medicina social latino-americana. O segundo se apóia nas referências ao MOI, a saber: as premissas dos grupos homogêneos, da não-delegação de poder de decisão aos técnicos

especialistas, da valorização da subjetividade do trabalhador e a validação consensual das decisões a serem tomadas a partir das experiências dos coletivos de trabalhadores.

Os conhecimentos de diversas áreas³ e as diferentes metodologias trazem influências para o campo da saúde do trabalhador, com contribuições da engenharia de produção e segurança do trabalho, ergonomia, direito trabalhista, previdenciário, sanitário e ambiental, ciências sociais, economia, sociologia, antropologia, epidemiologia, saúde ocupacional, medicina e enfermagem do trabalho, saúde pública, saúde mental, abordagens psicossociais, humanização.

A metodologia no campo tem por objetivo entender os problemas de saúde relacionados aos processos de trabalho²⁴; apreendem sua dimensão social e analisam as forças presentes na sociedade que conformam as instituições e práticas sociais²⁵. Ouvir e falar com o trabalhador, estabelecendo o diálogo durante todas as etapas da investigação e intervenção com construção mútua, requer interação e expressão de idéias. Cabe, então, à saúde do trabalhador, viabilizar metodologias que assegurem estas manifestações e relações de comunicação²⁵. Contemplar e apreender as dimensões da relação-saúde trabalho requer aprimoramento metodológico²⁴ acerca do estudo do processo de trabalho e da organização do trabalho.

2.2 Síntese da Evolução e Construção do Campo da Saúde do Trabalhador

No contexto do Brasil, os movimentos sociais em prol de reformas para as necessidades básicas de saúde, educação e trabalho geraram ímpeto à sociedade brasileira, que no final dos anos 1970 e início dos anos 1980 agiu a favor da redemocratização e do fim da ditadura militar. Esse movimento permitiu a exposição dos problemas trabalhistas no Brasil e manifestou as crescentes disputas de poder travadas no âmbito da política nacional.

Para as políticas públicas de saúde, os agravos à saúde e acidentes de trabalho - somados ao cenário de movimentos para abertura política e mudanças sociais - foram questões que fomentaram as discussões sobre as categorias trabalho e saúde, encaminhadas pela saúde coletiva²⁶.

Fato desencadeador de um conjunto de outras mudanças foi “o início da crise, aparentemente irreversível, do modelo corporativo da organização sindical e das relações de classes entre si e delas com o poder estatal”^{27:21}, pela confrontação com a arbitragem da justiça do trabalho e da natureza do movimento social em oposição ao regime autoritário.

O corporativismo estatal pela regulação das relações entre o capital e o trabalho, a representação profissional outorgada, a intervenção nos sindicatos e o estilo de organização por federação e confederação entraram em choque com os valores democráticos. As décadas de 1970 e 1980 foram historicamente marcadas por acontecimentos inovadores para o sindicalismo brasileiro.

Entretanto, a democratização e a cultura de fragmentação - em paralelo aos espaços institucionais e entre os setores governamentais - separaram as atribuições relacionadas às questões do trabalho e da saúde e vinham outorgando aos ministérios do trabalho, previdência e saúde ações dispersas e fragmentadas nas linhas de decisões nos setores políticos e de comando²⁸.

A sociedade, com representantes em diferentes instâncias públicas, deu os primeiros passos para a intersetorialidade, processo que culminou no conflito entre o Ministério da Saúde e a hegemonia do Ministério do Trabalho, com representante da saúde ocupacional e controle da medicina e segurança do trabalho.

A percepção da dimensão humana, a abordagem sobre as necessidades do trabalhador - pelo suscitar do caráter integral do cuidado - e o conhecimento dos condicionantes do adoecimento para a elaboração de práticas pela concepção da medicina social, dão o sentido de valorização da atenção aos trabalhadores. A expropriação humana do trabalhador pela lógica da reprodução da força de trabalho foi reconhecida como um problema de saúde pública.

O movimento em prol da ação de transformação social da saúde e do trabalho teve nos ambulatorios de atenção à saúde dos trabalhadores, nas universidades públicas, e nos sindicatos e órgãos de representação sindical aliados na defesa da saúde dos trabalhadores, a ruptura com o monopólio da informação sobre o trabalho e a saúde pelo Ministério do Trabalho. Como representantes sindicais pode-se exemplificar o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio Econômico (DIEESE) e Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT).

Esta iniciativa propiciou aos sindicatos de vanguarda subsídios para a formação de grupos de atenção ao trabalhador, que organizaram equipes técnicas para o referenciamento de dados²⁹ e embasamento das discussões técnicas pelos sindicatos representantes dos trabalhadores.

Para tanto, médicos do trabalho, engenheiros de segurança, sociólogos, economistas e advogados são contratados para o desenvolvimento de conhecimento sobre o trabalho e a saúde no contexto nacional. As discussões foram subsidiadas pelos movimentos e sindicatos, por

ocasião das renovações dos contratos coletivos de trabalho junto aos representantes governamentais.

As representações sindicais, os trabalhadores organizados e pesquisadores das universidades brasileiras reúnem-se em 1979, na cidade de São Paulo, e formatam a Comissão Intersindical de Saúde do Trabalhador (CISAT), contribuindo com as articulações e discussões referentes a adoecimentos e acidentes no Brasil e revelando dados até então invisíveis³⁰.

Houve, então, a contraposição ao domínio da informação exercido pelas entidades que representavam o poder vigente. Historicamente, aquele período foi marcado por intensas greves no ABC paulista e pelo forte movimento dos sindicatos dos metalúrgicos de São Paulo, Diadema, São Caetano, Osasco e dos trabalhadores das grandes montadoras de carro do setor metalúrgico, que intensificaram as reivindicações e denúncias sobre os acidentes, doenças e suas precárias condições de trabalho³¹.

As representações sindicais definiram eixos para a reivindicação dos trabalhadores de participação no processo e na organização do trabalho com a discussão sobre suas condições de exercício; construção da proposta de atenção integral para a saúde dos trabalhadores; e a da política de promoção da saúde com assistência e defesa do trabalho saudável como direito de todo cidadão³².

A exploração da classe trabalhadora havia se acentuado ao longo dos anos. As questões fundamentais referentes à cidadania e ao não-cumprimento das responsabilidades dos estados brasileiros, no que se aplica a princípios básicos do mundo do trabalho - como o pleno emprego e salários dignos - somaram-se a outras questões cruciais. São elas: a reforma agrária, o pagamento da dívida externa, política nacional de habitação, organização da classe trabalhadora e dos sindicatos, bem como a política nacional referente à saúde pública. Esse cenário era agravado com realidades bizarras - como o trabalho infantil, a exploração do trabalho feminino e a presença do trabalho escravo³².

Frente a estes problemas, as dificuldades de fiscalização - por parte do Ministério do Trabalho para o meio urbano e, sobretudo, para o meio rural - facilitaram a impunidade e o agravamento das péssimas condições dos locais de trabalho. Em meio a tantas situações desfavoráveis e à deficiência dos serviços de controle, tem-se o legado histórico-social do regime militar que, pela sua ação de repressão e violência, contribuiu para o enfraquecimento dos sindicatos e da organização dos trabalhadores³³.

O abalo do sistema hegemônico da medicina do trabalho e dos planos corporativos, cujo objetivo visava ao indivíduo pela ação técnica assistencial, permitiu o tom de contraposição às vertentes dogmáticas da higiene no trabalho e do controle produtivo sobre os corpos dos trabalhadores, trazendo mudanças e incômodos para a conferida e onipotente atenção de concepção positivista médica³³.

Este impacto se avolumava com a presença da saúde ocupacional, que buscava na prevenção de doenças e controle do ambiente de trabalho³⁴ uma técnica individualizada, que atuava segundo o comando e controle empresarial. Atendia às exigências de credenciamento e qualidade impostos pelo mercado capitalista, não promovendo de fato a prevenção e a proteção dos agravos relacionados aos processos de trabalho³⁵.

As iniciativas do movimento da Saúde do Trabalhador, oriundas da saúde coletiva, crescem no contexto da Reforma Sanitária Brasileira e da Conferência Nacional de Saúde em março de 1986, culminando no marco histórico e político do campo da saúde do trabalhador: a Primeira Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em dezembro de 1986³².

Posteriormente, a Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, com a incorporação do conceito de saúde abrangente aos indicadores sociais e apontando o dever do Estado e o direito cidadão, propicia a consolidação legal e política do campo, trazendo para os anos 1990 avanços e desafios para a saúde do trabalhador, que se fortalece politicamente na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 1990.

A base fundamental do campo, a partir da legislação, favorece o seu processo de construção e as discussões acerca das ações de atenção em vigilância em saúde do trabalhador. O Movimento dos Programas de Saúde do Trabalhador (PST), iniciados no final dos anos 1980 e início da década de 1990, configuram no cenário da rede pública de saúde, sobretudo nas grandes instituições públicas e nas universidades, o prestar de assessoria e atendimentos aos trabalhadores e sindicatos³⁵.

Desse modo, a valorização do relato dos trabalhadores sobre o seu processo produtivo busca encontrar o *locus* do adoecimento e a valorização da subjetividade operária. Com isso, possibilita ao trabalhador - para o aprendizado do atuar sobre as condições de trabalho - tornar-se sujeito das ações.

A participação dos trabalhadores legitima o desenvolvimento primário dos seus eixos de ação e serve de pressuposto para o campo da saúde do trabalhador, visto que a organização e a

compreensão da promoção do trabalho saudável deve ser uma construção coletiva, mediante recursos metodológicos que a estimulem, desenvolvam e propiciem a criatividade construtivista.

Nos anos 1990, a construção e consolidação do campo da saúde do trabalhador no SUS são compatíveis ao momento de reestruturação do Ministério da Saúde e do processo de fundamentação teórica para a elaboração de normas, protocolos e diretrizes dos programas de saúde e das ações programáticas (AIS)³⁶. Ao longo das três conferências nacionais de saúde do trabalhador, nos anos de 1986, 1994 e 2005, desenvolveram-se proposições para a atenção ao trabalhador voltada para o uso da estrutura do SUS, baseadas nas experiências obtidas nos programas e na construção do paradigma da vigilância a saúde do contexto da saúde coletiva.

As formulações de atenção ao trabalhador foram decisivas para a implantação de novas alternativas, nas quais os Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT's) seriam fiscalizados pelos sindicatos e integrados ao SUS, eliminando assim os convênios privados de prestação de serviços e o direcionar das demandas em saúde do trabalhador para os serviços públicos. Outras consequências foram: organizar ações de saúde do trabalhador pelos enfoques da vigilância e assistência à saúde do trabalhador e incorporar ao SUS estas ações de forma descentralizadas e municipalizadas, com posterior ampliação destas questões para a Rede Nacional de Atenção Integral á Saúde do Trabalhador (RENAST) e para a PNSST - desenvolvidos em um cenário de integralidade e controle social (Quadro 4).

Quadro 4: Propostas de Atenção nas Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador

| Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador/ Ano | Tema | Foco | Cenário | Discussão apresentada para atenção à saúde do trabalhador |
|--|--|--|---|--|
| Primeira CNST (inserida na 8º CNS)/ 1986 | Diagnóstico da situação de saúde e segurança dos trabalhadores | Redemocratização do setor saúde, reformulação do sistema nacional de saúde e da vida política brasileira. | Promoção da reforma sanitária brasileira e defesa de um SUS | Questão Saúde e Trabalho. Discussão coordenada pelo CESTEH/ENSP/FIOCRUZ Serviços: 1-Novas alternativas de atenção á saúde dos trabalhadores 2-Garantir que os SESMTs sejam fiscalizados pelo sindicato da categoria e integrados aos SUS 3-Eliminar todos os convênios com o setor privado de prestação de serviços, a partir do momento que os serviços públicos possam prestar atendimento a todos os trabalhadores. |
| Segunda CNST/ 1994 | Construindo uma política de saúde do trabalhador | Universalidade do acesso à saúde, atenção integral a todos os níveis da assistência e prioridade para prevenção e promoção em ST | Construção e consolidação do SUS | Organização das ações de Saúde do Trabalhador 1-Vigilância em ST 2-Assistência á ST 3-Incorporar ao SUS das ações de ST de forma descentralizada-municipalização. |
| Terceira CNST/ 2005 | “Trabalhar, sim! Adoecer, não!” | Melhores condições de vida no trabalho | Integralidade e controle social - SUS | Atenção à ST no SUS: a proposta da construção da RENAST e da PNSST |

Fonte: Elaboração própria

A atenção à saúde dos trabalhadores tem, na Lesão por Esforço Repetitivo (LER), uma exigência ampla de intervenção tornando-a uma questão emblemática para o campo que, ao mesmo tempo confrontava-o pelos seus limites e contradições práticas³⁷. Outros destaques podem também ser dados à silicose, o benzenismo e ao saturnismo, que se tornaram questões estruturantes para o campo da saúde trabalhador no papel de representante da vigilância em saúde do trabalhador, com considerações para a contaminação por agrotóxicos e para a notificação de acidentes de trabalho³⁸.

É favorável e propícia a capacitação de profissionais técnicos em saúde. As primeiras avaliações dos recursos humanos em saúde voltados para a rede básica de atenção direcionaram a atenção para o conceito e modelo de vigilância da saúde, visando-se à construção das metas e ruptura com o modelo biomédico hegemônico hospitalar.

Porém, para a prática da atenção, além de confrontar-se com a exigência de

resolutividade frente às demandas agravantes das doenças relacionadas ao trabalho, era preciso considerar a prevalência de questões anteriores que já deveriam ter sido superadas³⁹.

A estruturação de legislação em saúde do trabalhador ganha consistência na Lei 8080/90 e nas determinações da Norma Operacional Básica (NOB) - SUS 01/96 - combinadas à Portaria nº 3.120 de 1998 -, pois este arcabouço jurídico inclui a saúde do trabalhador como um campo de atuação e atenção vinculado à saúde.

A Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST), de 30 de outubro de 1998, e Portaria nº 3.908, de 1998, estabeleceram os primeiros procedimentos com potencial para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador pelas secretarias de saúde dos estados, distrito federal e municípios sendo estes o indicativo inicial de formulação política da atenção ao trabalhador pelo SUS. A proposição de intervenção no formato de processos de vigilância em saúde do trabalhador apresenta-se como prática da saúde pública articulada às ações de intervenções no processo de trabalho e na saúde³⁸.

No nível da intervenção pública e na esfera da fiscalização das condições e ambientes de trabalho, os programas de saúde do trabalhador implantados na rede pública das secretarias estaduais e municipais de saúde desde a década de 1980 e o movimento social dão visibilidade a situações e a contextos municipais que se articularam neste sentido²⁶. Tais iniciativas tiveram influências para a introdução das questões de saúde do trabalhador no SUS, fomentando novas abordagens do problema⁴⁰.

As discussões e oficinas desenvolvidas ao longo do início da nova década sustentaram o Plano de Atenção à Saúde do Trabalhador (PAST), que inicialmente definiu dois eixos de atuação: o primeiro referente à exposição a doenças ocupacionais; o segundo, à assistência e vigilância em saúde para as doenças relacionadas ao trabalho e agravos de notificação⁴⁰.

As experiências dos programas estaduais e municipais de saúde do trabalhador, PAST e dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), além da proposta do Ministério da Saúde para o desenvolvimento de tecnologias para assistência e o gerenciamento das redes de serviços do SUS para a regionalização, propiciaram a formulação de um modelo de atenção em rede para a saúde dos trabalhadores, vinculado ao SUS⁴¹.

A construção de programas estaduais de saúde do trabalhador com foco nas ações de vigilância com entrada nos ambientes de fábrica demandou necessidades sanitárias locais, que foram os primeiros passos para a discussão de medida de respostas do SUS pelos municípios⁴⁰.

O campo mantém a pauta de discussão acerca da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) pela perspectiva do cumprimento da Lei nº 8.080/90, que abrange as ações desde a prevenção até a reabilitação e adaptação do trabalhador. A RENAST preconiza a intervenção direta e cuidados de saúde em todos os níveis da atenção, com uso da rede de cuidados e serviços do SUS⁴¹.

Estes delineamentos estruturam possibilidades do cumprimento das temáticas desenvolvidas ao longo dos 25 anos de construção e consolidação das conquistas políticas em saúde. Porém, os acidentes de trabalho, os afastamentos e licenças por invalidez, as necessidades de assistência integral a todos os trabalhadores e outras questões antigas, tais como trabalho infantil, trabalho escravo, trabalho rural permanecem na agenda do campo e para a PNSST⁴².

Na III Conferência Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, realizada em Brasília em 2005, a minuta da PNSST foi submetida à discussão. No momento encontra-se em fase de consulta pública, com a cooperação e articulação entre os Ministérios do Trabalho e Emprego (MTE), da Previdência Social (MPS) e da Saúde (MS), garantindo discussão interinstitucional e intersetorial para as interfaces do campo⁴².

Atualmente, o fortalecimento do campo da Saúde do Trabalhador tem o desafio de implementar a RENAST como uma ação estratégica em saúde do trabalhador. Cabem ainda estruturações, tais como: o aprimoramento técnico regional, a articulação intra e intersetorial e articulação com as vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental.

No Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador, realizado no ano de 1999, traçou-se como linha de debate a “construção de um modelo estratégico para o setor saúde” apontado como um dos maiores desafios para o campo.

Entretanto, o mecanismo orgânico que confere fluidez à organização em rede, o efeito de aculturação do campo - com a formação de guetos cristalizados - e um novo momento sócio, político e econômico envolto pela reestruturação produtiva fazem com que o repensar do paradigma do campo, originariamente construído em período de maior articulação junto aos sindicatos e de alteração do modelo assistencial e formulação do SUS, reveja sua conformação de intercâmbios, pesquisas e de agregação orgânica ao SUS⁴³.

A manutenção do exército industrial de reserva e os cerceamentos dos direitos dos trabalhadores forjam e aprofundam as disparidades sociais e acentuam as permanências das condições desfavoráveis de trabalho e de saúde no Brasil até dias atuais⁴⁴.

A normatização em textos legais da atenção em saúde do trabalhador e a implantação de fato do modelo proposto - que segue os princípios da universalidade, equidade e integralidade e do controle social das políticas e dos serviços de atenção -, dependem hoje da capacitação e implementação⁴⁵ das ações em saúde com foco no trabalhador junto aos recursos e estrutura do SUS.

A Saúde do Trabalhador caracteriza-se pela busca da inovação nas práticas de intervenção e regulação das relações saúde-trabalho⁴⁶. Apesar da existência da norma de Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), estabelecida na Portaria nº 3.214/78, nem sempre suas orientações são seguidas pelo campo. Os espaços de intervenção e atenção em saúde do trabalhador seguem uma tendência mundial dos países que passaram por movimentos de Reformas Sanitárias semelhantes. O Quadro 5, a seguir, mostra as principais características dos enfoques da relação saúde-trabalho.

Quadro 5: Principais características dos enfoques da relação saúde-trabalho

| Elementos de Análise | Medicina do Trabalho | Saúde Ocupacional | Saúde do Trabalhador |
|-----------------------------|--|---|---|
| Objetivos | Disciplina de identificação de sinais e sintomas (unicausal) | Prevenção da doença com o controle dos agentes ambientais (multicausal) | Saúde coletiva, promoção da saúde, investigação, intervenção e negociação com construção coletiva (multidisciplinar) |
| Enfoque ¹ | Individual Profissional especialista (medicina do trabalho) | Individual, riscos, higienista, ambiental, técnico-especialista (medicina, enfermagem, engenharia de segurança do trabalho) | Coletivo, determinação social e política, técnico-especialista multiprofissional (especialista em saúde do trabalhador) |
| Objeto das Ações | Individual | Meio ambiente, fatores de riscos | Processo de trabalho, organização do trabalho, fatores determinantes e indicadores condicionantes |
| Cenário das Ações | Ambulatório médico especializado | SESMT Ambulatório de saúde ocupacional | Sociedade, PNSST, ação sindical, discussões científicas, universidades, projetos científicos e negociações intersetoriais |
| Ator Principal | Médico | Equipe de SESMT (médico, engenheiro, enfermeiro, técnicos de segurança e de enfermagem, auxiliar de enfermagem) | Multiprofissional e Interdisciplinar |

¹ Sujeito coletivo, processo de trabalho, investigação, intervenção ambiental

Fonte: Elaboração própria

O modelo de SESMT's e seus profissionais - que estão enraizados nos serviços médicos das empresas e nas associações profissionais, assim como dentro de setores do Ministério do Trabalho -, são segmentos de resistência e crítica ao campo da saúde do trabalhador⁴⁷.

As principais críticas advindas dos setores tradicionais da Medicina do Trabalho, da Saúde Ocupacional e da Engenharia de Segurança em relação à Saúde do Trabalhador referem-se ao excesso de influência das ciências sociais e a um envolvimento ideológico à esquerda de seus defensores, por representarem uma proposta estatizante e socializante para a prática da medicina⁴⁷.

Além do confronto descrito, a saúde do trabalhador enfrenta todas as dificuldades de gerenciamento do SUS propriamente dito⁴⁸, que perpassa toda uma rede de atenção com atividades de trabalho humano e ainda carece de estudos sobre os aspectos de sua gestão e responsabilização na linha produtiva do cuidado⁴⁹.

A racionalidade científica e fragmentada dos processos de trabalho e seus procedimentos dentro de uma dimensão organizacional de gerência de pessoas e trabalho têm se tornado procedimentos operacionais padrão (POP's) e protocolos nas organizações de saúde, sendo provenientes dos programas de qualidade total e de acreditação hospitalar.

Para os serviços de saúde do trabalhador, o controle profissional especializado tem na normatização a configuração da equipe de trabalho. Tal fato ocorreu com o estabelecimento de obrigatoriedades de registros e de formação exclusiva pelas corporações e associações - que lhes permite o exercício das práticas de atenção à saúde do trabalhador.

A normatização do trabalho, as leis do exercício profissional, os decretos e atribuições, as normas e rotinas prescritivas são internalizadas na formação educacional do especialista. O que suscita reflexões quando se propõem o exercício destas práticas de forma aplicadas ao campo da saúde do trabalhador.

“de noite, a candeia parece bonita a feia...” muitos não percebem que as normas regulamentadoras de segurança e medicina do trabalho servem para legitimar os riscos no trabalho... A legislação específica que regulamenta a organização dos ambientes de trabalho, no tocante aos riscos a segurança e a saúde, impõem regras que, ora obrigam à eliminação dos riscos, ora servem para que eles não sejam eliminados^{50:9}.

As associações de enfermagem do trabalho, medicina do trabalho e engenharia de segurança do trabalho não aceitam a especialização em saúde do trabalhador como equivalente às especializações definidas por suas respectivas sociedades, prevalecendo esta visão nos concursos públicos e na realização de atividades nos SESMT's das empresas privadas e públicas.

As especializações clássicas e o registro nos respectivos conselhos são uma obrigatoriedade para o exercício de prática. O Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO) é uma atividade a ser coordenada somente pelo médico do trabalho - o que é corroborado pelo credenciamento mediante um segundo registro no Ministério do Trabalho⁴⁷.

Entretanto, na atenção à saúde do trabalhador não há ações normatizadas e impedimentos técnicos, éticos e de legitimidade para a implantação de ações asseguradas por estas corporações e categorias profissionais. A especialização e as especificidades de conhecimento dão ao campo da saúde do trabalhador exigências de formação específica que contemplem a multiplicidade e interfaces multidisciplinares do universo de saberes técnicos e teóricos. Ela não está descolada do domínio do saber técnico-especialista. Logo, há uma nova valorização profissional especializada, porém não imposta de forma normativa, mas como articulação e cargos políticos, garantindo assim os espaços controlados. “Os especialistas tornaram-se elementos e instrumentos de intimidação sócio-política, passando a servir aos valores do capital”.^{51:57}

A construção do campo da Saúde do Trabalhador é uma reivindicação do movimento sindical e dos técnicos de saúde ligados à reforma sanitária, expressando uma profunda discordância com o modelo e prática da Medicina do Trabalho. Criticando o envolvimento excessivo dos médicos do trabalho com o capital, [...] “o surgimento da saúde do trabalhador coloca a saúde dos trabalhadores como principal objetivo da prática médica neste campo, ao invés do julgamento da aptidão para o trabalho”.^{46:28:6}

Do ponto de vista dos recursos humanos para a área de Saúde do Trabalhador, o quadro que se apresenta é de uma multiplicidade de órgãos formadores com visões diferenciadas. De um lado, a formação tradicional visando suprir um mercado de trabalho voltado para os interesses patronais, tendo em vista a necessidade do cumprimento da legislação, que obriga as empresas a constituírem os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT. Historicamente, a Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho – Fundacentro – tem sido responsável pela organização e revisão destes cursos. Por outro lado, temos a formação promovida pelas universidades, dentro de uma concepção referenciada à saúde pública. Estes recursos humanos são absorvidos, em sua quase totalidade, pelos níveis centrais da administração pública^{28:153}.

A influência da Fundacentro na formação dos profissionais de saúde e segurança do trabalho ocorreu até os anos de 1980. Porém a partir do governo Sarney essa passou a ser uma atribuição do MEC.

Na perspectiva da saúde do trabalhador, o trabalho normatizado serve de conteúdo técnico-metodológico para a equipe multiprofissional, com trabalho interdisciplinar. Seus

profissionais especializados executam suas atribuições técnicas com observância da ética profissional e da atribuição técnica por competência⁵².

As condições ideais estão sujeitas às normas e parâmetros, ao manejar de demandas complexas pelos indivíduos no processo de atenção que reafirmam a auto-estima, desenvolvem habilidades e servem para expressar as emoções, favorecendo desse modo, a construção coletiva do processo de atenção para a saúde e o trabalho como elementos integrados e inseparáveis⁵³.

2.3 Cenário do Estudo: o hospital na perspectiva da realidade brasileira

O hospital é uma organização social construída nas cidades, juntamente com as transformações tecnológicas do mundo do trabalho. É uma organização com cenários de negociações, trocas com conformações de diferentes representantes grupos humanos; saiu do domínio da religiosidade para o da racionalidade científica e tem nas suas relações resquícios de padrões de comportamentos e de disciplina.

O hospital, como organização social, guarda elementos de participação na história da humanidade: de local para *o morrer* de pobres, purgatório em vida para redenção de prostitutas e renegados, guarda de material bélico e provisões dos soldados romanos durante as cruzadas, esconderijo de tesouro dos piratas e modo de resignação da alma dos religiosos que se dedicavam aos infelizes ao longo dos séculos XII ao XVII, tornou-se uma organização central, hierárquica, sistematizada e de importância privilegiada para a vida de uma cidade e região, com forte determinação do Estado e das ordens religiosas⁵⁴.

As práticas em saúde foram se lapidando ao longo das revoluções científicas e transformações sociais do conhecimento. A medicina moderna, no início do século XIX, demarca uma nova fase crítica, conceitual, para organizar o conhecimento e suas ações institucionais baseadas na anatomoclínica. A terapêutica hospitalar é uma invenção relativamente recente iniciam-se no final do século XVIII as correções sobre os efeitos e danos das doenças e da desordem no ambiente hospitalar⁵⁴.

A cura e o ensino passam a ser instrumentos da ciência. A cura sai da esfera da salvação, o ensino ganha um espaço social e a medicina, enquanto autoridade administrativo-sanitária dá o tom de racionalidade e de poder capitalista sobre os corpos e sobre a classificação e evolução das doenças⁵⁴.

O hospital de hoje está para a medicina como a catedral para a religião e o palácio para a monarquia. “É o coração da empresa, o local em que a medicina é praticada no que ela tem de mais avançado, especializado, inovador e complexo e caro [...]”^{55:165}. Enquanto espaço político, econômico e administrativo, estabelece-se com forte mando por mecanismos disciplinares.

O início da observação clínica para sistematização desenvolvida no século XVIII, o controle mercantil sobre a capacidade de produzir na sociedade e sobre a propagação de epidemias fortaleceu a ação de intervenção no corpo do doente e na construção de espaços para as experiências e observações.

O *status* de cura se estabelece pela voz de ciência e da evolução, visando agir sobre as doenças, controlando-as e atenuando seus feitos.

Mas, embora o hospital de alta tecnologia seja a jóia da coroa, nem sempre foi assim. A princípio, a medicina se arranhou inteiramente sem hospitais e, durante muito tempo, eles foram marginalizados - a rigor, muita gente era cética em relação a seu valor^{55:165}.

O paradigma da medicina científica se pauta no ato de curar pelo médico e isto tem consequências sociais, pois há escolhas de prioridades sobre os corpos e modo de vida das pessoas e das coletividades. Devido a esse paradigma, o termo *curar* será determinado pela ciência médica, bem mais do que, os problemas concretos.

É desse modo que nos países subdesenvolvidos, por exemplo, os médicos podem se julgar capazes de curar vermes intestinais mesmo em situações em que haja toda a evidência, de que as populações não estão livres deles. “É que, para esses médicos, o termo ‘curar’ significa ‘curar dentro de um hospital’, ou seja, tendo suprimido todas as outras variáveis do problema concreto – variáveis econômicas, culturais, políticas etc.”^{56:115}.

O investimento na indústria farmacêutica, os insumos tecnológicos e os recursos humanos treinados e qualificados permitiram, ao longo dos últimos séculos, amplas transformações e crescimento para esse espaço complexo. Seu destaque na vida urbana social tem interferência na vida econômica e política das coletividades e nas práticas e recursos em saúde⁵⁷.

O hospital tem uma ordem negociada que é mantida para os processos de mudança interna e externa à organização. Seu silêncio é mais que o ato de pôr o dedo indicador sobre a boca, pois inclui suas regras e posicionamento hierárquico que preservam sua ordem. Incorporar mudanças dentro desse sistema cultural de ordem e de poderes estabelecidos é como mexer em suas características estáveis.

Apesar do forte componente administrativo, é controlado pelos profissionais, havendo

uma ordem negociável entre os pares. “Contudo, nenhum dos profissionais atribui um papel desnecessariamente importante aos assistentes em princípio; os assistentes são considerados completamente secundários aos processos terapêuticos”^{58:09}.

Os comportamentos dos profissionais nestas organizações dividem-se em regradados e não-regradados, pois as regras geram pactos e prescrições com sentido tácito, internalizadas por estes. Tais profissionais têm princípios culturais de valores básicos já estabelecidos, mesmo frente aos conflitos, quando isto satisfaz a conveniência - ou, quando as exigências permissíveis aumentam, as posições hierárquicas, na verdade, lidam com os pares, havendo maior tolerância hierárquica. As decisões podem endurecer ou se flexibilizar, pois muitas regras prejudicam a ação profissional e acabam por si só sendo inócuas e só estimulam os modos e estratégias defensivas de negociações e de neutralização das estratificações de poder⁵⁹.

O hospital, como organização social, é uma instituição que evoca o estresse como uma condição social ao seu uso e necessidades da vida. Tem amplas circunstâncias institucionais sobre as experiências na vida das pessoas e a sua estrutura de convivência é ampliada para a sociedade seja para as pessoas que lá ingressam para receber o cuidado tanto para aqueles que vão lá ministrá-lo.

Suas exigências imputam hierarquias sociais de relação na linearidade das relações que se estruturam e se redescobrem nas interações entre os trabalhadores. Os pacientes e os familiares, todos se aceitam nos limites de consideração frente aos acontecimentos e tensões inerentes aos processos de tratamento, regidos pelas divisões hierárquica institucional, social, étnica e de gênero no trabalho⁶⁰.

A regra maior a ser respeitada é referente à divisão do trabalho que não pode deixar de acontecer sob o foco da atenção. A burocracia profissional dessas organizações tem uma estruturação prévia, onde cada um cuida da sua parte, sem que haja um trabalho coletivo no arranjo organizacional.

[...] na micropolítica do hospital, as diretrizes da direção sofrem uma espécie de “distorção” ao atravessarem o denso campo de forças resultantes do protagonismo dos trabalhadores e de suas incontáveis estratégias visando à defesa dos seus espaços de autogoverno [...] ^{61:1}.

As interações e intersubjetividades resultantes de uma relação funcionalista em que há funções a serem desempenhadas dentro das organizações hospitalares têm forte precedência no modelo burocrático *weberiano*, com definição de papéis perfeitos e ideais. Isto atravessa o discurso de *gestão de pessoas*⁶² como mais um dos recursos das organizações hospitalares.

Durante décadas, o Brasil investiu recursos da saúde na construção e manutenção da rede de serviços do tipo hospitalar, fortalecendo a rede assistencial que priorizava a internação e o atendimento ambulatorial especializado em clínicas. Isto culminou no aperfeiçoamento da fragmentação do cuidado em partes clínicas, favorecendo a divisão e distanciamento da visão holística e integral do Ser. “A baixa frequência da utilização da promoção da saúde reforça o papel dos médicos e sua imagem mítica como aquele que cura ou salva vidas”^{63:829}.

A rede hospitalar brasileira, até 2006, não dispunha de um sistema de financiamento adequado. Tampouco suas atividades são dirigidas pela relação custo-volume-lucro, como em outros setores da economia⁶³, bem como de ações de planejamento da alocação de recursos em saúde por uma demanda organizada a partir de um diagnóstico dos indicadores de saúde da população.

O perfil epidemiológico, a construção de protocolos, normas e rotinas trazem ao processo de trabalho uma organização prescrita da atividade, favorecendo a identificação de responsabilidades e de hierarquias de funções. O investimento em equipamentos, recursos humanos, a inserção e direitos dos usuários como cidadão, o arcabouço legislativo em prol das intervenções e a regulação junto aos serviços são gradativamente crescentes, sobretudo para o serviço do tipo hospitalar.

Isto traz implicações não somente para as organizações, mas, sobretudo, para os processos de trabalho e para as relações de vínculo e de gestão da produção. Ao processo de trabalho acrescentaram-se novos profissionais, que não somente o médico e a equipe de enfermagem. Tal fato trouxe novos conceitos e interação disciplinar para o desenvolvimento das atividades relacionadas a este sistema. A recriação de estratégias de espaços e papéis a serem desempenhados aumentou o acirramento das defesas das hegemonias clássicas de poder, aguçadas pelo surgimento de atividades profissionais complementares aos processos clássicos do cuidado hospitalar⁶⁴.

As dificuldades em lidar com as assimetrias de conhecimentos assistenciais tornaram-se mais presentes, por requerem coordenações de processos de trabalho em uma dinâmica de necessária autonomia profissional mergulhada em fatores interdependentes e interdisciplinares. “O conceito de equipe multidisciplinar fica perdido no modelo assistencial, embora cada vez mais presente no discurso”^{63:826}.

O que é marcante hoje, tanto no trabalho em saúde quanto nos hospitais, são os *locus*

precários de vinculação às instituições que, entre outros fatores, gera baixo grau de responsabilização e de envolvimento - com frágil construção de relações de trabalho.

[...] diminui o número de trabalhadores contratados como pessoa física, aumentou a quantidade de modelo como cooperativas e outras empresas, criadas com vistas à prestação de serviços a clínicas e hospitais, entre outros, e ainda se observa prestação de serviços sob diversas formas^{63: 826}.

A terceirização dos profissionais, visando reduzir os custos, e a compra de atividades consideradas não-especializadas, com contratação de empresas que oferecem mão-de-obra terceirizada dos seus trabalhadores, aparece nos setores dos serviços de limpeza, lavanderia, copa/cozinha e segurança.

Entretanto, para além das necessidades de recursos humanos, empresas que prestam atividades específicas também se reúnem para atender às necessidades funcionais, implantando serviços de imagem e laboratórios, entre outros. São os prestadores de serviços que atuam diretamente dentro destas organizações, mediante contratos de prestação de atividades específicas, sem pertencerem a elas.

O fracionamento do cuidado é um componente que reflete o corporativismo no âmbito dos serviços e o privilégio que é dado aos hospitais nas políticas sociais e de saúde. Mesmo que haja mais unidades básicas e ambulatoriais disseminadas pelo território, o modelo assistencial ignora a necessidade de integração de ações e da integralidade dos cuidados, gerando intervencionismo e medicalização^{63: 828}.

Este panorama geral dos serviços do tipo hospitalar no cenário brasileiro reflete parte dos desafios a ser considerado na concepção dos espaços de intervenção e atenção à saúde do trabalhador que visem a atendê-lo e que, sobretudo, tem a necessidade de aprender a lidar com a coordenação diante de um trabalho autônomo e integrado das relações de produção e de vida.

Os componentes financiamento e fornecimento de recursos humanos são decisivos e prementes nas agendas internas e externas às organizações hospitalares e ao sistema de saúde brasileiro, que sofre desgastes em sua gestão e não-governabilidade organizacional. Para os processos de trabalho, o sofrimento psíquico se intensifica diante de suas vulnerabilidades e exigências, sendo para a saúde do trabalhador um dos eixos temáticos de grande representatividade junto aos trabalhadores destas organizações.

A rede de cuidados de atenção à saúde no Brasil acaba por combinar dois sistemas: o público (SUS) e o sistema complementar (privado). Este desenho envolve diferentes formas de contratação, convênios, vínculos e gera usuários e clientes, sendo que apenas 19% da população

brasileira fazem uso da seguridade social privada, e isto tem se dado pelos contratos com planos de saúde mediante vínculos empregatícios.

A população utiliza quase que exclusivamente o SUS (81%), e mesmo a população coberta por algum tipo de plano privado de saúde será atendida no SUS nos casos em que necessitem de procedimentos complexos e caros, bem como do apoio aos portadores de doenças crônicas com alto custo de manutenção de medicamentos e cuidados paliativos⁶³.

O trabalho no hospital é re-planejado e alocado com recursos e soluções voltadas para os atos de cuidar e ao sistema provedor e gestor dos seus recursos e investimentos, que são constantes, inerentes às atividades e singulares entre os trabalhadores e para com os receptores deste trabalho (atos de cuidar). Organizar com inter-relação e interdependência no sentido amplo da organização suscita o *vir a ser* de um todo, de um conjunto, cujas partes se apresentam com conformação e finalidades projetadas⁶⁵.

Repensar e replanejar atividades estendem-se às relações de trabalho e aos estudos do trabalho prescrito/normatizado e à execução - que se traduz no trabalho real e com componentes de variabilidades pertinentes aos fenômenos da atividade aplicada.

[...] o replanejamento do trabalho é um processo social de construção e negociação de significados, buscando-se o compartilhamento, ainda que parcial, pois são processos conflituosos^{66: 81}.

As transformações organizacionais⁶⁷ suscitam aberturas a novos momentos que propiciem discutir e ver a dinâmica fluente no trabalho humano pelo seu caráter vital e psíquico, a qual se manifesta nas relações de trabalho, sobretudo para aquele imaterial e humano.

O trabalho modifica-se e, também é apreendido na mudança⁶⁸. Os ritmos existentes, os períodos necessários para assentá-lo no tempo de transformações dão o sentimento de que as coisas não mudam tão rápidas. Mas elas estão ocorrendo. Há a introdução de novas metodologias, também em função das necessidades apontadas pelas aplicadas anteriormente, visto que este é um caminho de complementação.

O sentido restrito aplicado ao setor de serviços de saúde é, sobretudo, devido aos aspectos cooperativos e dividido dos seus processos de trabalho. As organizações dos serviços de saúde são *lócus* de interações, comunicação e sistematização contínua da reorganização dos seus processos produtivos.

A consolidação da política de recursos humanos em saúde para o setor de serviços, as dimensões intersubjetivas para os modos de trabalho com discussões e envolvimento do trabalhador extrapolam a rede de serviços de saúde, pois estes fatores se fundem à questão

referente ao atendimento integral ao cidadão, além de confrontarem as adequações e aprimoramentos necessários ao modelo de saúde brasileiro.

O processo de reformulação e de amadurecimento da transformação do modelo de saúde, com saída recente de um passado higienista focado na intervenção hospitalar médico-assistencial, tem hoje, na proposta de atenção pela prevenção e promoção da saúde, desafios de implementações de ações lançados pelas políticas públicas em saúde.

Tais políticas definem, em suas proposições e diretrizes, formulações operacionais que requerem para o seu cumprimento as considerações pertinentes aos recursos humanos viáveis a execução do trabalho idealizado, o que, fundamentalmente, perpassam as questões relacionadas ao mundo do trabalho e à gestão do trabalho no SUS.

A própria formulação de atenção ao trabalhador pelo SUS é envolta a esta questão, pois para que se possa atender às proposições da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) e da Rede Nacional em Saúde do Trabalhador (RENAST), há de se desenvolver condições que favoreçam o executar destas diretrizes.

Estas políticas integram uma proposta avançada pela interligação em rede de ações intersetoriais que perpassam a assistência, a vigilância, a promoção, a proteção, a reabilitação e a adaptação, como atividades de trabalho diferenciadas para o coletivo de trabalhadores a serem executadas pelos trabalhadores da saúde dos estabelecimentos e serviços de saúde de toda a rede produtiva do sistema, o que inclui as unidades hospitalares do SUS.

2.4 O Processo de Trabalho Hospitalar

As relações e interfaces entre a saúde, a produção, os trabalhadores e a identificação analítica das especificidades do processo de trabalho no setor de serviços de saúde e no hospital é sabidamente recente nas pesquisas sobre o tema⁶⁹.

O processo de trabalho hospitalar é definido como sendo do tipo “complexo e múltiplo, pouco articulado, com diferenciação e hierarquia entre os grupos profissionais envolvidos no processamento do trabalho e pelo discurso médico-hospitalar dominante sobre as parte do corpo”^{70:93}.

O trabalho em saúde é constituído de atos de cuidar nas esferas individual, coletiva e social, relacionando-se aos meios, aos lugares e às coisas em que esteja inserido na busca da construção da categoria saúde⁷⁰.

Logo, o processo de trabalho hospitalar caracteriza-se por marcada interação humana. Esta por sua vez, é envolvida pelas dimensões biopsico-sócio-espiritual do seu coletivo social. As atividades e tarefas são desempenhadas pelo trabalho humano de forma recíproca e interdependente, dando ampliada problematização para o caráter coletivo da relação saúde-trabalho.

Estas inter-relações, quando distorcidas, geram ao trabalho hospitalar condições que propiciam a perda da saúde mental, causam o distanciamento do prazer e da realização no trabalho e tornam os momentos de aprendizado e de obtenção do conhecimento mais vulneráveis⁷¹.

A relação saúde-trabalho busca a dimensão da problematização do trabalho pelas perspectivas ambiental, social e do trabalhador, e isto é uma compreensão nova nas aplicações metodológicas e conceituais à área da saúde e, sobretudo, sobre os processos e organizações hospitalares. O processo de trabalho insere a produção como um modo social e de consumo na vida dos indivíduos, compreendendo, então, a saúde e o trabalho por uma articulação social e coletiva, que extrapola a dimensão técnica e especializada do modo de ver a vida e o trabalho^{72:13}.

O trabalho em equipe é outro elemento importante e que perpassa os processos de trabalho como forma de organizar os trabalhadores em saúde. As escalas de plantões, jornadas e turnos de trabalho, locação em setores e a delegação de responsabilidades integram a lógica de sua funcionalidade.

Tais disposições referenciam a característica de sequência de ações ininterruptas dos processos executados pelos diferentes trabalhadores, mantendo a continuidade produtiva geradora do ato de cuidar, e que caracteriza o cuidado como uma ação qualificada pelas dimensões humanas.

No setor de serviços, o estranhamento das dimensões de humanidade, com alienação pelo isolamento, apatia e crescente racionalização dos processos de trabalho *taylorizados*, promovem a perda do prazer, da realização e do crescimento do indivíduo pelo trabalho⁷³.

O que fundamentalmente caracteriza o processo de trabalho em saúde é o elemento *cuidado*, sendo este o produto final desta cadeia produtiva. O cuidado se dá de forma intangível, porém perceptiva, com um conjunto de interações dinâmicas da relação produção e saúde.

Constitui-se em linhas de atos de cuidar interdependente entre si com influências do sistema de saúde e dos envolvidos neste processo.

A estrutura hospitalar tem uma organização singular. A concepção e a gestão estrutural e organizacional dos processos de trabalho apresentam-se nela como algo presente, porém, intangível. Entretanto, esta entidade é influente e contribui para o sentido do trabalho hospitalar. Uma unidade hospitalar tem concretude coletiva pelo modo de ser e das escolhas sobre o sistema de saúde. Os tipos de serviços a serem prestados são definidos a partir da missão da instituição, suscitando técnicas e procedimentos para o ato de cuidar.

Esta logística técnica dos processos de trabalho tem demandas especializadas e geram o produto final da rede de assistência, formatando cuidados. Entretanto, a dimensão técnica não é única. Nas organizações hospitalares, os arranjos estruturais são transcendidos na dinâmica da relação saúde-trabalho⁷³ como uma resultante da reorganização contínua que se dá em torno do produto cuidado.

Esta dinâmica e as diferentes e específicas equipes de trabalho lhe conferem características peculiares. O formato de organização dos grupos e subgrupos profissionais ocorre normalmente como trabalho em equipe e em comissões técnicas para o cuidado. O elemento facilitador para os profissionais de saúde é o fato de serem eles os executores diretos do cuidado.

A interdependência entre as atividades executadas e as profissões envolvidas vai para além dos processos coletivos de trabalho e da necessidade de integração e comunicação contínuas sobre as tarefas executadas. Ela avança para o objeto do cuidado pelos vocábulos cliente/paciente/usuário, que representam situações e sentidos específicos desta relação para os seus diferentes momentos. Sob este aspecto, o profissional é:

[...] um cuidador sob constante tensão. Seu objeto de trabalho é uma pessoa doente. Alguém atingido na integridade física, psíquica e social; vulnerável na sua auto-estima. Alguém que expressa sofrimento. [...] o profissional de saúde, no seu cotidiano, vê-se compelido a suportar um conjunto de angústias, de conflitos, de obstáculos diante de cada ato, de cada pessoa com quem se defronta na prática^{74:33}.

O cuidado é o núcleo do processo de trabalho em saúde e, sobretudo no trabalho hospitalar. O trabalho em saúde apresenta diversidade de atividades de produção e serviços. Ele requer diferentes tipos de insumos, tecnologias, informações e gestão para os segmentos produtivos da linha de cuidado. Caracteriza-se também pela não-linearidade: o cuidado é dialético, é a luz e a escuridão, pois assim como existe o cuidado, há o não-cuidado^{75:130}.

Pela missão do cuidado, sua dinâmica organizacional se divide, basicamente, em dois conjuntos de trabalhos distintos e interdependentes: a dos profissionais envolvidos em atividades diretas ao cuidado e com os envolvidos em atividades indiretas a ele. Este entendimento busca desenhar a fluidez e a dinâmica dos processos e organização do trabalho hospitalar, que vão além do subconjunto de profissões da saúde e perpassam os caminhos da ética humana.

Um modo de ser não é um novo ser e sim a transformação de uma nova maneira do próprio ser de estruturar-se e dar-se a conhecer. O cuidado entra na natureza e na constituição do ser humano, como uma inerência à existência da vida. “O modo de ser cuidado revela de maneira concreta como é o ser humano”^{76:34}.

Todos os envolvidos no trabalho hospitalar com as atividades diretas têm em comum o mesmo objeto: o cuidado sobre o outro Ser, sendo ambos os elementos ativos e constituintes do processo de trabalho.

Singularidades e relacionamentos são traçados ao longo da terapêutica e estão imbricados aos processos que geram o cuidar e se expressam nas interações humanas pautadas na ética. Ético significa tudo o que torna o ambiente melhor e saudável, tendo nela o permanente e o mutável: este representa a necessidade de ter uma morada, sendo cuidado aquele em que cada um constrói sua morada⁷⁷.

O amor é a essência do cuidado. Sem este, aquele não se sustenta e a dimensão humana desaparece das relações estabelecidas. No processo de formação dos profissionais de saúde, este aspecto da relação terapêutica não é considerado. Pelo contrário, há um preconceito contra a emoção e a intuição no trabalho em saúde e na discussão teórica sobre os sentimentos e emoções vivenciados humanamente no trabalho em saúde.

O trabalho responsável é uma encarnação de amor, e o amor é a disciplina que servirá para construir a personalidade, a única que fornece à mente, integridade e constância para toda uma vida de labuta^{78:35}.

As elevadas exigências dos estudos técnicos tendem a bloquear o investimento pessoal dos alunos numa formação humanística. No entanto, a emoção e a intuição continuam fortemente presentes, de forma descontrolada e não discutida, no trabalho em saúde^{79:64}.

Estas dimensões movimentam-se no interno e externo do *self* e são disposições que se inter relacionam com a categoria *cuidado*. Nesta relação, a intersubjetividade é permeada pela questão da “[...] couraça para tornar sua alma insensível e, assim, não ameaçada pela realidade emocional do paciente [...]”^{79:63}.

O arranjo técnico dos processos de trabalho modeladores do *cuidado*⁸⁰ se aperfeiçoa pelas especificidades inerentes ao seu modelo criativo de ser que investiga, analisa e processa conceitos e executa técnicas estabelecidas *a priori* acerca do desafio de cada ato solicitado pela demanda. Como resultante, obtêm-se as especificidades e variabilidades contínuas e inerentes ao ato de cuidar^{75, 76}.

Os profissionais de saúde executam atribuições, normas e rotinas prescritas durante a formação profissional e agem em conformidade com as diretrizes, protocolos institucionais, lei do exercício profissional e construtos profissionais internalizados. O conhecimento em saúde não é pela determinação da organização *in loco*, há um ente superior a ela, que é a instituição e a categoria profissional a que se pertence.

A Figura 1 a seguir é resultante da observação do trabalho hospitalar, sendo demonstrativo das relações que se estabelecem nos processos e organização do cuidado no trabalho hospitalar⁸¹.

O esquema de Machado e Correa⁶⁹ sobre o processo de trabalho no hospital foi a referência para a construção do diagrama apresentado. O trabalho hospitalar é descrito em dois grupos de apoio (um inespecífico e outro específico), tendo o cuidado como elemento central.

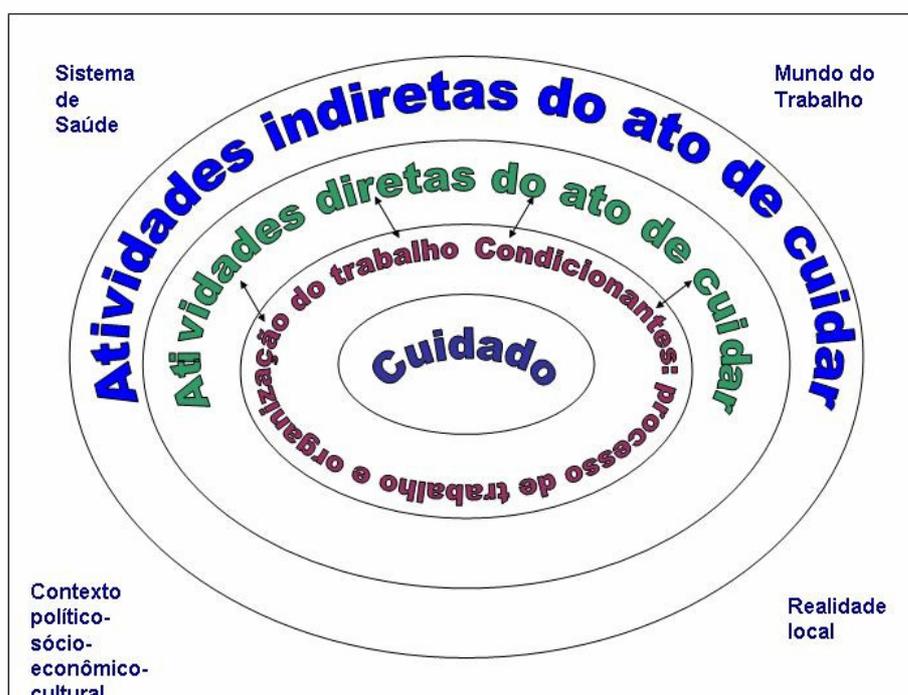


Figura 1: Diagrama do arranjo técnico dos processos de trabalho modeladores do cuidado.

Fonte: Adaptado de Machado e Correa⁶⁹

Aos trabalhadores das atividades indiretas do cuidado são exigidos conhecimentos gerais aplicados a ambientes de trabalho, que podem ser utilizados para as especificidades organizacionais hospitalares. A formação específica aos conhecimentos de saúde é recente para o conjunto de trabalhadores que não lidam diretamente com o cuidado.

Entretanto, os trabalhadores das atividades diretas do cuidado desenvolvem seus atos de cuidar e providenciam os instrumentos técnicos e científicos para seus processos produtivos, integrando-os no agir humano e no ato produtivo com marcada importância e destaque em função da autonomia e valorização profissional⁸².

Os condicionantes e os determinantes da relação saúde-trabalho hospitalar têm no processo e na organização do cuidado, eixos geradores da produção nos serviços de saúde e da articulação com a promoção e proteção sobre a saúde dos seus trabalhadores. O processo de trabalho tem seus determinantes focados na ação de cuidar, na tomada de decisão e na responsabilização sobre o que se denomina como pertencimento do paciente e monitoramento dos resultados dos cuidados prestados. Sobre a organização do trabalho, pode-se apontar os determinantes: divisão técnica e social do trabalho (categorias profissionais, autonomia, escalas, turnos, jornadas etc.), prescrição do trabalho (normas, rotinas protocolos, comissões, diretrizes etc.) e assimetria.

Envolto a estas relações que confluem em atividades diretas e indiretas, a falta de reconhecimento é apontada como uma questão crucial a ser considerada nos coletivos de trabalhadores da saúde e, sobretudo, no trabalho hospitalar. Há, de fato, um distanciamento entre a beleza, a fluidez, o prazer e o estado de felicidade pela realização e reconhecimento em meio ao cenário de trabalho⁸³.

No próximo capítulo apresentaremos os resultados do panorama das condições de trabalho hospitalar no Brasil, em que os aspectos relacionados ao prazer no trabalho e os riscos ocupacionais clássicos se misturam, revelando assim alta complexidade e exigências para os espaços de intervenção e atenção para a saúde do trabalhador no cenário hospitalar e para as prerrogativas da atenção integral ao trabalhador em rede pelo SUS.

CAPÍTULO 3: RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Dimensionamento da Força e Postos de Trabalho Hospitalar no Brasil

A municipalização que se iniciou na década de 1990 e a integração dos hospitais universitários ao SUS favoreceram o redirecionamento do financiamento do sistema de saúde brasileiro, permitindo ampliação da rede de cuidados e de acesso a serviços especializados com o crescimento da assistência hospitalar e das redes pública e privada em serviços de saúde para o território nacional⁸⁴.

Os postos e centros de saúde, clínicas, centros de assistência a saúde, pronto-socorros, unidades mistas, hospitais, complementação diagnóstica e terapêutica, clínicas de reabilitação e laboratórios de análise clínica são indicadores de capacidade instalada em estabelecimentos de saúde, existentes em uma dada região, e juntos totalizam a rede de serviços em uma dada localidade⁸⁵.

Os serviços diferenciados de unidade móvel fluvial, centro/núcleo de atenção psicossocial, centro/núcleo de reabilitação, unidade móvel terrestre para atendimento médico e odontológico, unidade móvel terrestre do programa de enfrentamento a emergências e traumas, farmácia de dispensação de medicamentos, unidade de saúde da família também são estabelecimentos e serviços de saúde⁸⁶.

A política de ampliação da rede municipal depende da capacidade instalada para a liberação de verbas públicas. As ações aplicadas à atenção básica, o Programa de Saúde da Família (PSF) e as Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) configuram, hoje, novos postos de trabalho em expansão e criam novas demandas de cuidados hospitalares.

O estado do Rio de Janeiro, em 2002, possuía um total de 5.013 estabelecimentos de saúde, com 49.999 leitos para a internação hospitalar. Destes, 18.308 leitos pertencem ao setor público e 31.691 ao setor privado. Esses números foram reduzidos em relação a 1992, quando existiam 66.343 leitos, dos quais 20.568 eram públicos e 45.775 eram privados⁸⁵.

Cabe ressaltar que a prática de comprar capacidade de internação pelo setor público do setor privado ainda é uma realidade brasileira. No Brasil, o setor público detém 58,4% dos serviços de saúde. Para o estado do Rio de Janeiro, 38,9% dos estabelecimentos de saúde são públicos, sendo minoria se comparado à capacidade de estabelecimentos privados que dominam o

estado. Esse fator pode ser entendido pelo processo de compra e venda de serviços privados pelo setor público durante anos, o qual investiu verba pública no setor privado, como parte do modelo biomédico dos anos 1970 e 1980. Isto gerou crises de fraudes e um colapso do sistema de saúde brasileiro, acompanhado do grande desenvolvimento das empresas de medicina de grupo⁸⁷.

A tendência de ofertas de empregos formais diminuiu ao longo do período de 1992 a 2002, havendo crescimento da precarização do trabalho e da informalidade. Esta questão carece de investigação. Em proporções reais de postos de trabalho, houve a redução da taxa de habitantes por número de empregos oferecidos. Entretanto, o setor de serviços encontra-se em expansão e com exigências de mão-de-obra qualificada em habilidades técnicas e especializada⁸⁴.

Em termos de capacidade instalada, no que se refere aos leitos hospitalares nos estabelecimentos de saúde do país, o estado do Rio de Janeiro responde por mais dos 10% do total de leitos que, segundo o IBGE /AMS⁸⁸, somam 443.210 unidades. Já a capacidade instalada do Sudeste é de 28.371 serviços de saúde para a população total de 77.271.770, enquanto que para a população do Rio de Janeiro, de 15.186.894 de habitantes, há 5.085 estabelecimentos de saúde, sendo que 1.982 representam o setor público de saúde⁸⁹.

Para o Brasil, o serviço público detém 88% dos leitos dos serviços de internação. Para o estado do Rio de Janeiro, esta capacidade é de cerca de 80% dos leitos oferecidos à população, enquanto que o serviço exclusivamente privado oferece 20% da capacidade para atender (Anexo1: Tabela 1). No interior do estado do Rio de Janeiro há o predomínio do sistema privado complementar ao SUS, confirmando a compra de serviços privados e manutenção de convênios/consórcios para atenção e assistência à saúde (Anexos 2 e 3: Tabelas 2 e 3).

Os serviços privados passaram a ocupar regiões que até então eram predominantemente públicas como o Norte e o Nordeste brasileiros⁹⁰. A escolha por uma rede de assistência à saúde no modelo de sistema de saúde público gerou demandas e responsabilidades em empregar 40 mil novos profissionais a cada ano, formando assim, um mercado de trabalho crescente e incorporador de novas tecnologias e serviços⁸⁹.

No ano de 2002, foram registrados no Brasil cerca de 2.180.000 empregos relacionados aos serviços de saúde, para uma população de quase 175 milhões de brasileiros, equivalendo a 12,4 vagas/mil habitantes (Anexo 2: Tabela 2).

A profissão que se destaca em números para a execução da atenção nas linhas de cuidados é a enfermagem. Esta se subdivide em função de sua estratificação hierárquica do saber, da

qualificação de sua mão-de-obra e do exercício profissional. O auxiliar de enfermagem é a categoria da equipe de enfermagem que executa, nos espaços de trabalho do estado do Rio de Janeiro, a maior jornada de trabalho e são os trabalhadores em maior número de oferta no mercado de trabalho, ocupando majoritariamente os postos de trabalho e as práticas em saúde (Anexo 4: Quadro 6).

Os profissionais enfermeiros do Rio de Janeiro constituem 20,1% do total no Brasil. Neste estado, há uma relação de 0,95 profissionais para mil habitantes, enquanto que, para o país, esta relação é de 0,66 por cada mil habitantes. Os técnicos de enfermagem tinham referência bem próxima a do enfermeiro, com 19% do quantitativo de mão-de-obra, e uma proporção de 1,4 técnicos para cada mil habitantes no referido estado e 0,92 para mil habitantes no Brasil. Enquanto que o auxiliar de enfermagem representava 16,9%, com 2,8 profissionais para cada mil habitantes no Rio de Janeiro e 2,3 auxiliares para mil habitantes no Brasil (Anexos 4, 5 e 6 : Quadros 6 e 7, e Tabela 4).

A média salarial destas categorias, para a relação de mil habitantes, tem baixo impacto se comparada à média nacional, enquanto que para a relação regional terá amplo destaque a presença desses profissionais. Estas relações têm magnitude em função da relação populacional - o que irá determinar a demanda e gerar a necessidade dos serviços e valorização da mão-de-obra. A carga horária de trabalho semanal, em geral, é fixada por lei em 30 horas para os profissionais de saúde⁸⁹, definindo salários independentes da carga de trabalho e dos processos produtivos executados.

Os auxiliares e técnicos de enfermagem possuem uma jornada de trabalho superior a quarenta horas semanais nos estabelecimentos de saúde do estado do Rio de Janeiro. Esta tendência também é constatada em nível nacional embora em média, se comparada, a do estado do Rio de Janeiro seja maior (Anexos 4 e 5: Quadros 6 e 7). Para o profissional médico havia 63.606 empregos para cerca de 51.480 médicos o que revela maior oferta de empregos e melhores perspectivas de inserção no mercado de trabalho. Isto se acentua em função da especialidade médica, enquanto que para os demais profissionais, a relação empregos/candidatos é inferior à unidade.

De acordo com o (Anexo 4: Quadro 6), observa-se que as relações emprego/número de profissionais para cada categoria profissional no estado do Rio de Janeiro é de: médicos 1,23; enfermeiros 0,56; técnico de enfermagem 0,45; auxiliar de enfermagem 0,68; psicólogo 0,11;

fisioterapeuta 0,27; nutricionista 0,35; farmacêutico 0,28; assistente social 0,27. Para a média nacional será de: médico 1,70; enfermeiro 0,98; técnico de enfermagem 0,66; auxiliar de enfermagem 1,11; psicólogo 0,13; fisioterapeuta 0,42; nutricionista 0,06; assistente social 0,25.

A atenção em saúde do trabalhador é marcada, historicamente, pela atuação de determinadas profissões, tais como os médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem.

Na composição da equipe de enfermagem, a divisão do trabalho por atividades reduz as possibilidades de negociação para a elevação dos níveis salariais. Soma-se a isto, a exigência de maiores habilitações e especialização da mão-de-obra com diferencial técnico. As categorias de profissionais de saúde⁹² que mais recentemente constituem parte da equipe multidisciplinar em atividades especializadas e pontuais na complementação do processo do cuidado são as representadas por fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, assistente social e farmacêutico.

Ressalta-se que estes profissionais, quando possuem alguma formação em saúde e trabalho, a tem pela exigência nas áreas da medicina e enfermagem do trabalho que também formam em níveis médio e fundamental. Demarcam, assim, tecnicamente, uma possível atenção e assistência pautada na saúde ocupacional, por serem estes os profissionais majoritários tanto para atender com exigida formação ética de atuação especializada como para serem atendidos pelas ações de atenção à saúde do trabalhador nos postos de trabalho dos estabelecimentos de serviços à saúde/hospital.

O sistema público garante o maior quantitativo de postos de trabalho para internação, enquanto que a rede privada absorve pequena parte desta mesma mão-de-obra qualificada. O trabalhador do sistema público também é absorvido pelo mercado privado - após período de treinamentos e qualificações no sistema público, que ainda é o grande gerador de recursos humanos qualificados para o setor de serviços em saúde⁸⁹.

Isto serve de direcionamento para as ações de intervenções e investigações em saúde dos processos de trabalho desses profissionais para o diagnóstico das condições de trabalho, podendo ser seguido das categorias fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas e assistentes sociais. Tal disposição influencia o SUS na linha de cuidado centrada nas ações de vigilância e assistência ao trabalhador. O SUS, pela Lei nº 8.080/90, deve absorver atividades relacionadas a ações de atenção à saúde do trabalhador. A pouca leitura sobre as questões da relação saúde-trabalho e a formação acadêmica e técnica em saúde ocupacional, além do baixo quantitativo de

profissionais com formação em saúde do trabalhador irão desenhar uma atenção pautada na saúde ocupacional (Anexos 7 e 8: Quadros 8 e 9).

As maiores concentrações de emprego e de profissionais de saúde no espaço geográfico brasileiro estão na região Sudeste⁸⁴. O estado do Rio de Janeiro contribui com 11,56% do total de empregos e 17% do total de profissionais de saúde do país (Anexos 4 e 5: Quadros 6 e 7).

Entretanto, no Rio de Janeiro, a relação vaga/candidato a emprego em todas as profissões é menor, pois se encontram abaixo da média nacional quando confrontados os dados dos anexos mencionados acima. Esta constatação revela que os profissionais, à exceção dos médicos, não são totalmente absorvidos no mercado de trabalho do estado do Rio de Janeiro. Isto é um fator que pode trazer insegurança, devido à instabilidade estrutural gerada pela oferta de recursos humanos para a relação vaga/emprego, ocasionando também maior rotatividade de profissionais de saúde, flexibilidade dos vínculos empregatícios e precarização das condições de trabalho.

A relação de 63.606 empregos/médicos em atividade permite uma relação de 4,3 médicos por mil habitantes do estado do Rio de Janeiro (Anexos 6: Tabela 4) e uma proporção de 3,0 médico para mil habitantes do país (Anexos 5 e 6: Quadro 7 e Tabela 4). Isto torna o salário pouco negociável e favorece a queda da média salarial desta categoria nas regiões metropolitanas do estado do Rio de Janeiro (Anexos 1 e 2: Tabelas 3 e 2).

Para o médico, a situação ainda é um pouco mais confortável. Porém, há uma parcela de profissionais com mais de um emprego, o que pode diminuir ainda mais esta relação. Esta análise carece de investigações pela relação oferta/demanda e integração da complexidade do arranjo técnico dos processos de trabalho modeladores do cuidado já demonstrado na Figura 1 localizada no capítulo 2.

Atribuem-se às regiões Sul e Sudeste melhores condições de vida e de oferta de aprimoramento técnico-profissional⁸⁹, além de possuírem uma maior densidade demográfica e populacional. O mercado de trabalho direcionado para estabelecimentos de serviços de saúde é crescente e tem sofrido forte desregulamentação estrutural e fragilização. “As mudanças estruturais afetaram os contratos de trabalho, ampliando a informalidade dos vínculos de modo heterogêneo”^{84:9} em todo o território nacional.

A crescente demanda em atos de cuidar e o gerenciamento com baixa resolutividade aprofundam as complexidades e a intensificação dos processos de trabalho. O setor público é o maior empregador, com 8% do potencial de empregos por vínculo precário⁸⁵.

[...] uma opção num contexto de transformações capitalistas, sendo percebidas, numa perspectiva empresarial, em sua funcionalidade pela redução de custos e eliminação do ônus da gestão do trabalho [...]. A força de trabalho passa a ser comprada de outra empresa de posse e gestão dos próprios trabalhadores, dentro das políticas de focalização e externalização da produção, representadas pela criação de redes de subcontratação e terceirização^{91:72}.

O setor de saúde no Brasil tem se caracterizado pela predominância do trabalho feminino, com a faixa etária na média de 25 anos, jornadas de trabalho de pelo menos 57 horas semanais, numa relação de dois ou mais vínculos. Os postos de trabalho e a margem de empregos - que pode gerar acumulações de até três salários mínimos por profissões de saúde - triplicam o número de horas semanais de trabalho. Soma-se então a média de 6 horas/dia de trabalho relacionados à atenção, educação e cuidado doméstico com mais 12 horas de jornada de plantão⁸⁴.

3.2 Panorama das Condições de Trabalho Hospitalar

Para apreciar o panorama das condições de trabalho em hospitais, apresenta-se a revisão sistemática de literatura acerca do tema de tese, selecionando as publicações dos últimos dez anos e incluindo aquelas que se autodenominaram como do campo da saúde do trabalhador. Salienta-se a distribuição, localização, conteúdos, pesquisadores e metodologias empregadas nas produções analisadas.

Foram encontradas 286 referências de países da América Latina (Brasil, Colômbia, Argentina, Chile, Bolívia, Peru, Panamá, Guiana Francesa), América do Norte (EUA, Canadá), Europa (Inglaterra, Espanha, Suíça e França) e Oceania (Austrália). Analisou-se 145 do total levantado, classificadas como artigos em periódicos (80), teses e dissertações (38), livros (10), manuais (12) e outros (5).

Os critérios de exclusão foram resumos insatisfatórios no fornecimento das informações, não-disponibilidade do texto, produções não-contextualizadas em saúde coletiva, saúde pública, ergonomia e saúde do trabalhador. As publicações brasileiras selecionadas e analisadas totalizaram 114 referências. A maior concentração ocorreu na região Sudeste, com 82 publicações (RJ - 41, SP - 29, MG - 11 e ES - 1). Nas demais regiões, os estados que contribuíram foram os das regiões Sul (RS - 9 e SC - 6); Nordeste (PB - 4, BA - 2, PE - 2 e CE - 1), Centro-Oeste (DF - 5) e Norte (AC - 3).

Levantou-se 38 produções (31 dissertações e 7 teses) em 12 programas de pós-graduação *stricto sensu*, de 9 instituições públicas nacionais, localizadas nas regiões Sul (01 estudo), Sudeste (06 estudos), Nordeste (01 estudo) e Centro-Oeste (01 estudo), envolvendo diferentes áreas de concentração.

A maioria das teses (cinco) e grande parte das dissertações (13) foram produzidas na área de enfermagem, distribuídas entre UFRJ (três dissertações e quatro teses), UERJ (seis dissertações) e Universidade de São Paulo - quatro dissertações e uma tese. As demais áreas contempladas foram: Saúde Pública, destacando-se a FIOCRUZ/ENSP/CESTEH (cinco dissertações e uma tese); a Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina (cinco dissertações); Ciências da Saúde; Veterinária e Administração (Anexo 9: Quadro 12).

Os periódicos nacionais que mais se destacaram foram a Revista de Enfermagem/UERJ (sete publicações); Ciências e Saúde Coletiva/Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) - sete publicações; Cadernos de Saúde Coletiva, com quatro publicações e Cadernos de Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ, também com quatro publicações (Anexos 10, 11 e 9: Quadros 10, 11 e 12).

Foram identificadas dez obras no formato de livros, das quais seis produções foram nacionais e quatro estrangeiras. Nas obras nacionais, destacaram-se os assuntos biossegurança, infecção hospitalar, saúde ocupacional, serviço em saúde, ambiente hospitalar e a atuação profissional em saúde (Anexo 10: Quadro 10).

As produções técnicas em saúde foram de 12 manuais. Destes, um foi elaborado no Brasil, pelo Ministério da Saúde, com conteúdos para a segurança no ambiente hospitalar. Os demais foram elaborados em diversos países da América Latina (cinco manuais) e do Norte (dois manuais); e os demais, na Europa (dois manuais) e Oceania (um manual) (Anexo 10: Quadro 10).

Quanto aos periódicos internacionais, foram identificadas 15 publicações com a Revista Latino-Americana de Enfermagem, destacando-se com sete delas. As oito publicações restantes foram publicadas em oito periódicos, sendo quatro especializados em medicina, três em enfermagem e um em administração/finanças. Em eventos científicos, três publicações foram encontradas - 02 nacionais e 01 estrangeira - nas áreas de engenharia e arquitetura, proteção radiológica e ergonomia (Anexo 11: Quadro 11).

Os profissionais que representam o conjunto de pesquisadores sobre o tema são enfermeiros, psicólogos, sanitaristas e alunos de pós-graduação *stricto sensu*, vinculados a órgãos

públicos dos Ministérios da Saúde, Educação e Trabalho, e a programas de pós-graduação com linhas de pesquisa em saúde pública, saúde coletiva, engenharia de produção, enfermagem em saúde pública, meio ambiente, epidemiologia, ergonomia, planejamento, administração e recursos humanos.

O emprego de métodos para análise da relação da saúde com o trabalho em hospitais foi identificado em 82 produções. Dessas, destacaram-se o método descritivo com abordagem qualitativa, a epidemiologia e análise estatística, vigilância da saúde, análise de conteúdo, hermenêutica dialética, mapa de risco, árvore de causas, avaliações ergonômicas e análise ergonômica do trabalho. Portanto, observa-se que o método qualitativo é predominante nos estudos do campo da saúde do trabalhador no trabalho hospitalar.

Das 145 publicações, 129 estudos (87,2%) referenciaram os seus instrumentos metodológicos adotados para a coleta de dados (Anexo 12: Quadro 3) Estes se valeram de registros e notificações (60 estudos); questionários (25 estudos); entrevistas (24 estudos); revisão bibliográfica (15 estudos); pesquisa-ação (um estudo); avaliação ambiental (três estudos) e estudo epidemiológico aplicado a prontuários (um estudo).

Do total de publicações analisadas, 16 produções (11,03%) se apresentaram de forma pouco clara e/ou inexistente quanto às informações acerca dos instrumentos aplicados, ao local de realização da pesquisa no hospital e ao lugar demográfico de origem da pesquisa. Em duas produções foram encontradas alusões a dados provenientes de experiências em espaços de intervenção e atenção ao trabalhador no trabalho hospitalar, desenvolvendo estudo do processo de trabalho, do envolvimento do protagonista trabalhador e de ações multiprofissionais.

Foram identificados no total 22 descritores que apareceram 242 vezes. Destes, oito foram citados 170 vezes (70,25%). O descritor saúde do trabalhador apareceu em 77 estudos, sendo o que mais se destacou. Depois deste, os mais citados foram: condições de trabalho (16 estudos), hospitais (16 estudos); riscos ocupacionais (16 estudos); enfermagem do trabalho (14 estudos); acidentes de trabalho (11 estudos); centros de saúde (dez estudos); e engenharia humana (dez estudos) - todos contemplados no (Anexo 13: Quadro 13).

Dos 22 descritores, 14 foram citados 72 vezes (29,75%) e abordaram temas relacionados à: enfermagem (26 estudos); serviço hospitalar e de saúde (12 estudos); profissionais de saúde (16 estudos); fatores de riscos e prevenção (13 estudos); saúde mental (cinco estudos); pessoal de saúde (cinco estudos); fatores de risco (cinco estudos); enfermeiras (cinco estudos); serviço

hospitalar de limpeza (quatro estudos); serviço hospitalar de emergência (quatro estudos); prática profissional (quatro estudos); medidas de segurança (quatro estudos); infecção hospitalar (quatro estudos) e hospitais públicos (quatro estudos) - conforme o (Anexo 9: Quadro 12).

Quanto ao referencial teórico, houve clareza dos marcos conceitual para riscos, higiene e segurança, doenças ocupacionais e psicodinâmicas no trabalho. Alguns apresentaram diagnósticos situacionais, descritos, em sua maioria, com cunho de denúncia. As publicações estrangeiras destacaram-se com temas referentes à segurança e higiene do trabalho nos serviços especializados de medicina e segurança, planos de segurança em hospitais, programas de saúde ocupacional em hospitais, equipes de emergência em hospitais e condições de trabalho do profissional de saúde em hospital.

Os temas tratados em 11 manuais abordaram os conteúdos sobre infecção hospitalar (dois manuais); imunização de trabalhadores de saúde; segurança e higiene hospitalar (três manuais); jornada de trabalho de médicos em hospitais; controle da exposição à contaminação por agentes patogênicos no sangue (dois manuais); normas técnicas de atenção médica e cuidados com a saúde de profissionais de saúde (dois manuais).

As produções temáticas em segurança e agravos à saúde destacaram o monitoramento para radiações ionizantes em hospitais e a avaliação postural. Duas publicações nacionais da FUNDACENTRO - no formato de relatórios - também fizeram referência ao risco das radiações ionizantes.

Quanto à ambiência, encontrou-se: o espaço hospitalar (64 estudos); a rede hospitalar (quatro estudos); o setor de emergência (12 estudos); o setor centro cirúrgico (sete estudos); o setor de clínica médica e clínica cirúrgica (oito estudos); o setor de ortopedia (um estudo) e o serviço de limpeza (quatro estudos).

Os trabalhadores sujeitos das pesquisas foram: a equipe de enfermagem (62 estudos); equipe de saúde (27 estudos); médicos (dez estudos); programa de saúde ocupacional (um estudo); e dentistas do setor de emergência hospitalar (um estudo).

As demais produções (44) não referenciaram o trabalhador como o sujeito da pesquisa, mas o ambiente hospitalar. As produções sobre a equipe de enfermagem em setores do hospital foram majoritárias, bem como os seus autores, sendo, portanto este profissional o sujeito e o pesquisador.

As categorias desgaste, estresse e cargas de trabalho e sofrimento no trabalho foram preponderantes. Para estas produções, os resultados apontaram o não-reconhecimento e valorização do trabalho executado, a violência verbal e velada, a divisão sexual do trabalho pelo gênero e assédios por assimetria de poder, como situações críticas e latentes.

Os principais eixos temáticos que os descritores apontaram foram: enfermagem do trabalho (104), riscos ocupacionais (70 estudos); ergonomia (50 estudos); psicodinâmica (42 estudos); organização (41 estudos); doenças ocupacionais (20 estudos); biossegurança (24 estudos); acidente perfurocortante “biológico” (14 estudos); teoria social e violência (três estudos).

A utilização do vocábulo e do descritor saúde do trabalhador, utilizado em diversos trabalhos sobre risco ocupacional, doença ocupacional e enfermagem do trabalho reflete o conflito entre os paradigmas saúde ocupacional e saúde do trabalhador. Há, também, como a pouca visibilidade e/ou desconhecimento conceitual entre os dois campos e suas abordagens, o que pode sugerir a hipótese de erro na definição das palavras-chave. Isto também se aplica ao que vem sendo apresentado como acidente perfurocortante “biológico”, sendo frequente a descaracterização do evento como acidente de trabalho.

Tais produções ocuparam-se das condições referentes ao ambiente, às atividades/tarefas e trabalho prescrito, à exposição a riscos ocupacionais (39 estudos); espaço físico (13 estudos); registros de acidentes (três estudos) e ergonomia (avaliação cargas, desgastes de trabalho com 14 estudos).

A referência ao adoecimento no trabalho esteve em 19 produções; doenças ocupacionais denominadas músculo-esqueléticas e osteo-musculares e a dor foram pontuais. O prazer, o sofrimento psíquico e as resiliências relacionados ao trabalho e a insatisfação no trabalho, surgem como agravos em 23 estudos.

Os acidentes de trabalho foram quantificados em sete estudos. A ergonomia, em três estudos de avaliação de processo e organização do trabalho. Para estudos isolados, encontraram-se os temas assédio sexual (um estudo); corporativismo (um estudo); assédio moral (um estudo) e preconceitos racial e social (um estudo). Ressalta-se que estes conteúdos surgem nos enfoques sobre organização, estresse e sofrimento psíquico, não somente de forma destacada como um tema à parte, cabendo investigação sobre sua relevância e ou os modos de identificá-los e percebê-los nas relações de trabalho.

As proposições de intervenções apresentadas pelos estudos ressaltam a necessidade de uma política de saúde do trabalhador que atenda às questões de segurança no trabalho, à aplicação do uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's), mudanças e flexibilidades para o formato das cargas horárias de trabalho e jornadas, mudanças dos mobiliários com ampliação dos espaços físicos de trabalho.

Como sugestões mais diretas e com o envolvimento dos trabalhadores, 09 estudos destacaram a carência de espaços e grupos de discussão para a reflexão ampliada sobre os diferentes temas relacionados ao trabalho hospitalar, enquanto 05 estudos descreveram experiências desenvolvidas a partir de dados e resultados com esses grupos acerca das condições de trabalho e relataram a construção de diferentes atividades e práticas de intervenção desenvolvidas com construção metodológica coletiva.

Nessas experiências, diferentes proposições metodológicas de construção foram aplicadas: um estudo relatou a experiência de construção de um projeto de integração pela metodologia da pesquisa-ação e construtivismo estrutural para detectar e avaliar o trabalho de um modo coletivo.

- Qualificação dos conteúdos da revisão sistemática (Anexo 14: Quadro 2)

As pesquisas sobre trabalho hospitalar são temáticas e descrevem os setores que compõem a unidade hospitalar, estabelecem majoritariamente enfoques sobre os fatores de riscos ocupacionais e situações de precarização das condições gerais de trabalho. Os procedimentos e técnicas em saúde são apresentados com a denominação de processo de trabalho. Estes estudos empregaram instrumentos e métodos da engenharia de produção, higiene segurança do trabalho, educação, ergonomia, psicologia e antropologia.

O cenário de trabalho hospitalar mais descrito é o do serviço público, com pesquisas que revelam o imbricado coexistir de múltiplas situações de vínculos e proteções trabalhistas. O setor privado é pouco explorado e/ou inexistente nas pesquisas publicadas.

- Risco

O conceito de risco é predominante nos enfoques, sendo apresentado juntamente com a inferência à ausência de educação profissional e de uma percepção internalizada sobre as

situações com potencial de risco coletivo. O debate com caráter social é pouco explorado, prevalecendo à abordagem higienista centrada no cumprimento de normas pelo trabalhador e da obtenção de qualidade para os serviços de saúde⁹³⁻⁹⁵.

Os anos de baixa avaliação do cuidar e as pendências sobre as questões fundamentais de proteção e segurança - tais como o uso real de EPI's -, levam ao reaparecimento da questão dos riscos ocupacionais, o que o torna uma proposição de atenção para os processos produtivos em saúde no contexto do processo e organização da atividade de trabalho hospitalar.

Os estudos conferiram ao setor hospitalar recorrência sobre a necessidade de atenção para as questões referentes aos riscos. Hoje, a necessidade de diferenciação entre o que seja um EPI e o material de consumo das normas universais de biossegurança e de controle de infecção hospitalar ainda é primário.

O entendimento tem permanecido sobre o enfoque dos fatores de risco como um dos componentes da abordagem em saúde ocupacional. As palavras-chave demarcam o assunto pela abordagem centrada na higiene e segurança do trabalho com limitações estabelecidas pela concepção de inerência ao trabalho em saúde. Há escassa definição das fontes de risco e dos indicadores e determinantes sociais relacionados aos processos de trabalho.

O termo agente de risco também se destaca como uma linguagem que vem da engenharia industrial e da classificação de risco com demarcações para os riscos físicos com vinculação à exposição e ao acidente de trabalho perpassando pelos entremeios da legislação trabalhista ao que se refere ao conceito de periculosidade e de dano vinculados ao seguro de acidente e a política de gerenciamento de risco.

A problemática do risco está sinalizada na maioria das abordagens descritivas, seguida da ergonomia com associação para as disfunções músculo-esqueléticas, deslocamentos excessivos, espaços de trabalho mínimos e exposição dinâmica da biomecânica corporal.

Nas organizações hospitalares, a vinculação com o conceito de saúde - de forma a relacioná-la com a compreensão e auto-entendimento pelos profissionais de saúde e pesquisadores do tema - suscita debates. O sentido e a compreensão de saúde devem avançar. A ausência de doença e o risco de adoecer centralizam a discussão sobre o trabalho em saúde. O encontro do prazer no trabalho e da realização precisa ser pensado e sentido por este coletivo de trabalhadores.

- Organização do trabalho

A relação entre condições de trabalho e as subcategorias que envolvem a dinâmica do trabalho apontam para a baixa intervenção de políticas públicas em saúde do trabalhador vinculada à gestão e ao controle social da organização do trabalho. Este aspecto da discussão é ainda incipiente, mas esteve presente.

Alguns outros aspectos foram apontados como o exercício do controle social nas organizações de saúde, com a ruptura da cultura enraizada sobre o trabalho servil, perniciosamente distorcido da essência dos seus significados de amor e de prazer, sendo apresentado pela ligação do estado de separação do hospital em relação às demais formas de organização social do trabalho⁹⁶⁻¹⁰⁴.

Este modo de operacionalizar recursos humanos e de gestão do trabalho imaterial ganha proporções de acentuado desgaste para as relações hierárquicas por causa da erosão dos direitos, flexibilização das jornadas de trabalho - gerando “bancos de horas” sobre as jornadas móveis de trabalho -, pela cota salarial para o uso do tempo de trabalho, o que caracteriza a organização pela “administração por estresse”, que expõe os seus trabalhadores a maiores riscos de acidentes e adoecimentos.

- Notificação de acidente

A notificação de acidentes de trabalho, a profilaxia para HIV/AIDS, a imunização contra a Hepatite B como rotina de admissão ao trabalho em saúde e os estudos de soro-conversão foram exemplos de medidas de intervenção adotadas, que resultaram em posteriores estudos de vigilância da saúde do trabalhador.

Houve também estudos sobre estas intervenções, definidas como marcadamente biomédicas, sobretudo no que se referem às condutas para HIV/AIDS, que têm amplas repercussões sobre a vida do indivíduo, para o coletivo dos trabalhadores e seus familiares. O adoecer no trabalho é uma verdade, confirmada na negligência da proteção no trabalho em saúde¹⁰⁵.

Acompanham estas questões as necessidades de ajustes para os desafios orgânicos do SUS e sua relação com a política de recursos humanos, gestão do trabalho e com a organização do trabalho hospitalar.

- Notificação de doenças ocupacionais

As referências a agravos e doenças predominaram nos estudos de vigilância epidemiológica da saúde. Os diagnósticos de distúrbios e disfunções do sistema ósteo-músculo articulares, a contaminação por vírus da Hepatite B e HIV105, as licenças médicas e os afastamentos do trabalho por doenças ocupacionais com alusão ao diagnóstico de lombalgias foram quantificados pelos estudos dos sistemas de notificação e diagnóstico médico.

Os estudos epidemiológicos transversais de prevalência de Desordens Músculo-esqueléticas Relacionadas ao Trabalho (DMTR)¹⁰⁶ e em outros, com pouca elucidação do método de estudo, mas com referência a Distúrbios Osteo-musculares Relacionados ao Trabalho (DORT)¹⁰⁷, trataram da relevância das medidas de intervenção a serem aplicadas ao processo, organização, biomecânica e dinâmica corporal, evocando também ações de segurança e higiene de caráter primário.

As fontes de dados para esses estudos foram provenientes dos exames ocupacionais dos tipos admissionais e periódicos, questionários de auto-avaliação e morbidade referida, prontuários, perícias médicas e outros não elucidados, porém com dados de referência ao Código Internacional de Doenças (CID 10)¹⁰⁸⁻¹¹⁰.

- Subjetividade

Os estudos de casos sobre os setores hospitalares e suas especificidades ressaltam diferentes aspectos de conflito relacional pertinentes ao trabalho em equipe. Neles, o objeto do cuidado, os procedimentos técnicos e a ambiência de trabalho são detalhadamente descritos e associados aos processos mentais de desgaste emocional, afetivo e de convivência, com imbricado sentido de invisibilidade e repleto de significados que se refletem como sombras, perpassando a inter-subjetividade negociada e velada pelo estado de conformidade.

A psicopatologia do trabalho pela abordagem da psicodinâmica do trabalho fundamentada no teórico Dejours destacou-se em vários estudos, mesmo naqueles não centrados ao tema. Os estudos sobre sofrimento psíquico relacionado ao trabalho não fazem aproximações para os condicionantes da relação saúde-trabalho e para com a relação de prazer no trabalho.

Porém, para as publicações com foco na saúde mental, o sofrimento transformado em adoecimento, como produto da quebra da estrutura de estratégias defensivas pelo trabalhador e como forma de adoecer relacionada ao processo e gestão do trabalho em serviços de saúde emergiu como uma questão uníssona¹¹¹⁻¹¹³.

As questões recentes na pauta de discussão do campo da saúde do trabalhador, tais como o assédio moral e as diversas formas de violência no trabalho, apresentaram-se com menor expressividade no conjunto dos temas das produções científicas.

As justificativas podem advir da carência de esclarecimentos sobre os aspectos conceituais centrados para o conteúdo de assédio moral e do modo banalizado de lidar com as questões relacionadas às resiliências e mal-estar que geram o sofrimento, as dimensões subjetivas e intersubjetivas ao trabalho em saúde, que carecem de escuta.

A intencionalidade e os processos de exclusão de pessoas, os remanejamentos, as mudanças de setores e postos de trabalho a cada jornada de trabalho, a desvalorização do trabalho por críticas e demonstração de julgamentos públicos, as agressões veladas, o abuso de poder nos processos seletivos pelas estratégias da avaliação subjetiva, os estímulos a premiações e ranques de produção no trabalho e as estratégias de cooptações de grupos de pessoas, são alguns dos aspectos que em duas publicações¹¹⁴⁻¹¹⁶ sinalizaram e exemplificaram as artimanhas empregadas nas subjugações do trabalho em saúde.

A inclusão da subjetividade, das distorções das relações humanas e do assédio moral presentes no sistema produtivo e na política organizacional é de fato um desafio em organizações profissionais e autônomas. Entretanto, quando a questão é reconhecidamente existente recebe o tratamento pelos apontamentos: quem é a vítima? Quem é o agressor?

As metodologias de estudo têm a carência de instrumentos capazes de incluir a temática à articulação de dados para os aspectos intersubjetivos do processo e organização do trabalho hospitalar. A humilhação no trabalho é uma questão social que transpõe a vítima e o agressor. Ela mina as relações de trabalho, gera medo, inconstâncias emocionais e resulta em estratégias individuais para resistir aos agressores, que normalmente fazem rodízios entre suas vítimas

subalternizadas. A “sensação de desrespeito e de injustiça [...] proporciona a deterioração da dimensão ética das relações entre os pares e entre a chefia e os subordinados”¹¹⁷.

Na centralização, promove-se o esvaziamento com o direcionamento dos conteúdos ao julgamento e/ou absolvição das partes, e não o tratamento da questão. O processo de esvaziamento racionalizado, associado com o condicionar dos trabalhadores à frágil auto-estima, ao isolamento, à re-significação individual de si em relação ao fazer, consolida-se, na maioria das vezes, para as solicitações de saída do local onde trabalha, com rearranjos, adaptações de atividades e rescisões de trabalho.

Isto causa dificuldades de inserção do assunto nas agendas das políticas públicas de discussões, por falta de consubstanciação sobre o tema. Criam-se dissonâncias com a redução do conceito às dores intangíveis, interpretáveis e com juízo de valor. Para muitos seres humanos, o enfrentamento dos conflitos é motivo de desconforto e de medo, seja ele qual for. A questão então morre na banalização e na escuta dicotomizada da vítima e do agressor.

Este aspecto agrava-se pela ausência formal de registros nos sistemas de informação dentro da estrutura das organizações. Assim, os fatos limitam-se aos estados de queixas e de depoimentos em registros não-oficiais e quando não, maledicentes e oportunistas. “A compreensão dinâmica das relações entre saúde, trabalho e a produção de subjetividade, visando revelar aspectos dessas relações e as formas de combate tecidas nos conflitos e tensões do cotidiano afirma a vida nas suas diferentes dimensões”¹¹⁸.

Há impressos para os acidentes e para as lesões visíveis. O tratar das questões da vida organizacional e das relações entre as pessoas se dá pelo ignorar e inconsciência, o que dificulta o abrir de espaços para a visibilidade dos casos. O efeito velado com a saída individual sobre os conflitos de trabalho tangencia os nós dos problemas, que extrapolam a inter-subjetividade das questões organizacionais contidas na complexa linha produtiva do cuidado em saúde¹¹⁹.

Isto garante a manutenção silenciosa das agressões veladas, que geram dor e sofrimento, facilitando assim a internalização banal com o falso sentido de atribuição à inerência das condições de mal-estar e adoecer emocional no trabalho.

- Metodologias de intervenção e atenção

As produções, com sugestões dadas pelos trabalhadores, fizeram referência ao formato de oficinas de criação e de atividade corporal. Tais iniciativas teriam o objetivo de agregar e permitir encontros no ambiente de trabalho, favorecendo a interação e o prazer por meio da auto-percepção do corpo¹²⁰⁻¹²² como objeto de trabalho em saúde a partir de si mesmo, com ampliada expressão sobre o cuidado ao outro. Um único estudo utilizou a estratégia de sensibilização com dinâmicas e espaços de discussão sobre a formação profissional e o cuidar como trabalho gratificante e saudável¹²³.

As proposições metodológicas de intervenção empregadas nos estudos dão para a ergonomia um caminho fecundo nos estudos do trabalho hospitalar, por causa da descrição observacional dos processos de trabalho e suas variabilidades. A ergonomia perpassa demandas com a aplicação da lógica dos fluxos e do espaço ambiental onde se desenvolvem as tarefas. A partir delas, tem-se a identificação das cargas e desgaste dos processos produtivos, pela organização e sistematização da funcionalidade do trabalho¹²⁴.

Nos métodos da ergonomia clássica, os fatores humanos, denominados de engenharia humana, perpassaram os caminhos metodológicos da biomecânica corporal, da avaliação postural e das avaliações dos ambientes de trabalho. Essas metodologias permitem o dimensionamento da estrutura física e dos mobiliários - com associação à antropometria e deslocamentos laborais¹²⁵.

Oriunda da ergonomia francesa, a cronobiologia desenvolve seu enfoque pelo estudo dos ritmos da natureza e dos circadianos. Os turnos, jornadas e trabalho noturno, com referências para os estados de sono e cansaço, são associados às dificuldades de relação estabelecida com a vida em família e em sociedade, que exploram nos estudos questões múltiplas sobre a vida¹²⁶.

No âmbito da saúde, a diversidade de processos de trabalho suscita uma dinâmica interativa para os estudos. Considerar as atividades e tarefas pelo trabalho prescrito (normas, rotinas e protocolos) - e pela identificação do vir a ser -, são momentos distintos em uma pesquisa que envolve a categoria processo de trabalho¹²⁷⁻¹²⁹.

A partir do trabalho hetero-determinado¹³⁰ - sua construção histórica nas variabilidades -, há interferências que estão imbricadas nas nuances dos processos produtivos. Isso traz o desafio de interpolar questões múltiplas, porém inseparáveis para se entender e intervir nas subcategorias associadas.

Houve também a inovação metodológica de construção epistemológica da atividade situada segundo Daniellou, pela clínica da atividade de Yves Clot e da ergologia de Yves Schwartz, com o emprego da compreensão e distinção entre atividade real e complexidade no trabalho, como estratégica de análise da categoria processo de trabalho¹³¹.

O estudo do trabalho é discutido como uma experiência do cotidiano, porém longe do próprio trabalho. Pela proposta da clínica da atividade¹³¹, o estudo sobre funcionalidade de uma farmácia hospitalar trouxe possibilidades de compreensões com sentido ampliado para os estudos acerca do trabalho real. O encontro com a realidade e seus efeitos tem na perspectiva da análise da atividade o olhar sobre os significados reais¹³².

A ergologia resultou dos estudos das aptidões, capacidades e adaptações do fator humano, com o propósito de servirem de fundamentos da administração e da organização do trabalho. Também teve o objetivo de colocar em destaque a importância do bem-estar psicofisiológico do homem, associando-o à sua natureza psicossocial¹³². Entretanto, “[...] não há ainda no contexto nacional demanda expressiva por intervenções ergonômicas, principalmente que solicitem a abordagem centrada na análise da atividade”^{133:65}.

Parece haver questões fundamentais com carências impregnadas e aspectos sutis - que ampliam entendimentos para intervenções com resolutividade. Acredita-se que a completude pode ser alcançada pela junção das metodologias bruta e sutil e, assim, permitir acesso a discussões e fomentos.

A Análise Ergonômica do Trabalho (AET), como modo de avaliar o ambiente e de conhecer os processos de trabalho, revela que cargas, deslocamentos e desgaste no trabalho propiciam estados de baixa atenção. As associações de atividades potencializam as vicissitudes dos fatores de risco biológico¹³⁴.

A capacitação do coletivo de trabalhadores, com a posterior construção gradual de mapas de riscos em diferentes setores de uma unidade hospitalar, gerou fluxogramas das atividades reais de trabalho em coletivo, o que proporcionou a integração e discussão dos diferentes setores do hospital com integração do processo produtivo¹³⁵.

Tais proposições metodológicas situaram-se no método da observação do trabalho hospitalar. As experiências com construções metodológicas em ergonomia estabeleceram associações com espaços de intervenção e atenção ao trabalhador, por meio das demandas de avaliações dos ambientes de trabalho.

Os estudos ergonômicos tiveram o sentido de buscar a adequação do ambiente ao homem pelo situar de construções de projetos para o ambiente de trabalho, objetivando o conforto e satisfação. Já as avaliações de higiene e segurança do trabalho investigaram os fatores de risco, com a finalidade de eliminá-los e/ou controlá-los - prevenindo a ocorrência de agravos. Ambas as metodologias vislumbraram proposições de projetos para gerar ambientes saudáveis.

Nas proposições de estudo sobre os métodos gerenciais, a proposta de sistema de informação gerencial pela análise de serviços de saúde trouxe a discussão do alinhamento das diretrizes institucionais. “A alocação adequada dos recursos em saúde na organização de saúde gera saúde no trabalho”^{136:01}. Os aspectos administrativos para a gestão de recursos e desenvolvimento técnico do trabalho apresentaram-se centrados na micropolítica¹³⁷ do trabalho, com discreta aproximação para a perspectiva da saúde do trabalhador como conceito a ser incluído nos métodos administrativos e de planejamento pelas suas interfaces com a gestão do trabalho¹³⁸.

Os conceitos de eficiência e ineficiência administrativa, vinculados ao aprimoramento e à satisfação dos clientes, foram apresentados como uma questão latente ao debate sobre o trabalho em saúde^{139, 140}. As questões em serviços de saúde extrapolam a inflexibilidade normativa e exigem hoje o mínimo fundamental de controle dos ambientes de trabalho com normas técnicas primárias, e a máxima carência da observação coletiva e multidisciplinar da atividade real dos processos de trabalho.

O desvendar das relações produtivas em saúde exige os elementos condicionantes da relação saúde-trabalho, que carecem de aproximações com a gestão do trabalho em saúde. Quando se atêm a algo, visa aos aspectos do consumidor, não considerando as formas de vínculos de trabalho^{141, 142} e o grau de envolvimento, comprometimento e responsabilização profissional técnica para o bom desempenho profissional nas organizações de saúde.

A dimensão institucional tem dado ao espaço e à gestão hospitalar a especificidade de auto-dissolução em permanente contradição. “[...] a coordenação no hospital mobiliza inúmeras forças que se revelam equilibradas em alguns momentos e, em outros, completamente desajustadas”¹³⁷.

As disposições e argumentações em prol da melhoria da qualidade da assistência¹⁴³, por meio de arranjos organizacionais, devem considerar as formas de organização do trabalho, as

profissões em saúde^{144, 145} e os diferentes atores envolvidos nos processos de trabalho que podem definir as limitações organizacionais frente ao cuidado em saúde¹⁴⁶.

Os estudos acerca dos profissionais de saúde e das categorias de auxiliares de enfermagem dão amplo destaque às questões de sofrimento, cargas, desgaste, estresse, *boumout*¹⁴⁷⁻¹⁵¹ - agravos à saúde provenientes das relações com a organização e modos de ser dos processos de trabalho e em decorrência do sistema de gestão das organizações de saúde.

O setor de pediatria aparece como sendo o mais complexo - em função de suas interfaces com a família, o sistema organizacional, as patologias e as demandas específicas do cuidado em pediatria, bem como pela carência de profissionais de saúde habilitados e envolvidos na atenção à criança hospitalizada¹⁵².

A readaptação, considerada uma intervenção recomendada para os trabalhadores que apresentam agravos à saúde^{153, 154}, no hospital, tem no quantitativo de trabalhadores para os postos de trabalho, nos afastamentos e nas situações típicas de acidentes de trabalho¹⁵⁵⁻¹⁵⁷ desafios que dificultam a ação de promover adaptação no trabalho, e ao mesmo tempo, garantir a continuidade da produção do cuidado¹⁵² e das exigências administrativas e de gestão do trabalho hospitalar.

A organização hospitalar tem uma estrutura marcadamente burocrática e profissional, o que lhe atribui flexibilidade no desenvolvimento do trabalho técnico científico da linha do cuidado direto. O cuidado deve ser visto como núcleo central para a gestão da atenção nas organizações em saúde, pois a funcionalidade é proporcional à complexidade e à missão do cuidado proposto.

Iniciativas de discussões em torno dos eixos de democratização das relações de trabalho e da atividade real trazem possibilidades de aproximações com o núcleo central dos processos de trabalho em saúde. Logo, o enfrentamento para os desafios de mudanças no trabalho hospitalar também pode se aproximar dos meandros relacionados aos condicionantes dos acidentes e dos agravos relacionados à saúde mental, ainda pouco explorados nos estudos que fazem referência ao quantitativo de acidentes e não aos seus modos de ocorrência por uma leitura sócioanalítica¹⁵⁸ dos nichos dos processos de trabalho.

Articulações norteadas pela formulação de grupos de conversas sobre as categorias saúde, trabalho e atenção, pautados na proposta da Política Nacional de Humanização (PNH) do trabalho em saúde, favorecem a análise e corroboram com as iniciativas metodológicas - que

analisam o trabalho pela integralidade de ações na linha de cuidado em saúde¹⁵⁹. O propiciar da escuta e do diálogo pode se dar por métodos variados para a “construção de espaços de discussão e reflexão”¹⁶⁰, estimulando-se a percepção coletiva do trabalho por intermédio de “grupo de escuta de trabalhadores” e de “grupos de reintegração funcional”¹⁶¹. Essas proposições experimentadas podem favorecer os avanços coletivos para a atenção e intervenção em relação aos acidentes de trabalho e agravos em saúde e trabalho.

A aplicação de métodos voltados diretamente para o problema em suas dimensões múltiplas carece da reverberação do sentido do trabalho para os trabalhadores. Estas proposições de dimensão social-dialética dão aos processos metodológicos de intervenção em saúde do trabalhador o desafio de lidar com uma rede produtiva em saúde, composta pelas diversidades e complexidades das organizações hospitalares¹⁶⁰.

As duas produções encontradas que apresentaram relatos de experiências com alusão a espaços de intervenção e atenção ao trabalhador no trabalho hospitalar relatam ações referentes à construção da saúde do trabalhador no Instituto Nacional do Câncer (INCA). Elas abordaram a passagem das práticas nos moldes de biometria para as novas orientações e adaptações dos pressupostos do campo da saúde do trabalhador; visaram aos determinantes de saúde e trabalho, discutindo o “processo de trabalho e vida no hospital”¹⁶¹, e ao projeto-piloto de implantação de exames periódicos de saúde para o perfil preliminar de saúde no Núcleo de Saúde do Trabalhador do Instituto Estadual de Infectologia São Sebastião, criado em 2002¹⁶².

Outras experiências encontradas foram acerca de atividades em grupos de discussão no formato de oficinas junto ao servidor público federal. Foram coordenadas pelo setor de recursos humanos e de atenção ao servidor do Ministério da Saúde e visaram à construção da gestão democrática e participativa na promoção da saúde¹⁶³. Este partiu das análises das condições de trabalho, proposta de implantação de serviços de saúde do trabalhador, apoio e valorização do trabalho em saúde com identificação dos indicadores e dos dispositivos internos dos processos de trabalho em saúde.

A construção de uma proposta de implantação de serviços de atenção ao trabalhador no hospital¹⁶⁴ e um programa interdisciplinar¹⁶⁵ de apoio ao trabalhador de enfermagem, levantamento das demandas por atividades físicas¹⁶⁶ na promoção da saúde dos profissionais de saúde foram relatos que geraram iniciativas de identificação de demandas e necessidades dos

trabalhadores, como um primeiro momento para a concepção de proposições de intervenção e de atenção.

Na análise da qualidade de um serviço de saúde do trabalhador¹⁶⁷, seu ponto específico esteve no foco da ação relacionada a exames periódicos dos trabalhadores de saúde e do atendimento a acidente como eixos que se destacam nas intervenções com fins de atenção. As pesquisas sobre o tema saúde do trabalhador da saúde¹⁶⁸ fazem menção suficiente a este aspecto da atenção como uma carência que deve ser associada às investigações acerca das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde¹⁶⁹.

O mapeamento dos conteúdos das produções científicas permitiu sistematizar as ações desenvolvidas na atenção aplicada ao trabalho hospitalar (Anexos 15 e 16: Quadros 14 e 16). Para o cenário geral, estas referências de ações são amostras exemplificadas dos elementos e conteúdos que sinalizam desafios e necessidades, pois cada instituição e local de trabalho têm suas peculiaridades que devem ser consideradas. Evitam-se, assim, os efeitos de generalizações.

Observa-se que a atenção para o cuidado, nos estudos levantados, é, em sua maioria, sobre setores e equipes de trabalho em uma questão situacional. O que tem se tornado uma característica destas organizações e de sua internalização nos comportamentos profissionais é um aspecto a ser investigado e considerado com amplo respeito. A determinação social do processo saúde-doença deve seguir novos ares que não contemplem somente os fatores de risco e de determinação da saúde pelo enfoque ocupacional¹⁷⁰.

3.3 Espaços de Intervenções e Atenção à Saúde do Trabalhador em Unidades Hospitalares no Estado do Rio de Janeiro: estudos de caso nas instituições UERJ e FIOCRUZ

As unidades hospitalares que possuem espaços de intervenção e atenção à saúde dos seus trabalhadores se caracterizam como instituições especializadas, com grande porte (mais de 250 leitos) e com a missão de oferecer recursos tecnológicos para investigação, diagnóstico e tratamento, formação e qualificação de recursos residência, preceptoria e ensino para a rede referenciada ao SUS.

Alguns fazem parte da rede de hospitais-sentinela da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) - com investimentos para alcançarem a excelência e o credenciamento de

padrão de qualidade, bem como o desenvolvimento de pesquisa clínica com implementação do cuidado ultra especializado, fortalecendo-se como unidades de referência¹⁷¹.

Dados de 2007, da Secretaria de Estado de Saúde (SES)¹⁷², contabilizavam 342 unidades hospitalares do estado do Rio de Janeiro e 41.827 leitos, distribuídos nos setores públicos e privado (Anexos 6 e 17: Tabelas 4 e 5). Na SMS¹⁷³, os serviços hospitalares e de emergência contabilizavam cinco unidades hospitalares. Para a rede do governo federal¹⁷⁴ localizada no estado do Rio de Janeiro foram identificadas dez unidades. O quadro 15 (Anexo 18) demonstra a capacidade instalada de serviços e estabelecimentos por esfera administrativa no país, comparativo ao estado do Rio de Janeiro, definindo o universo de instituições passíveis de investigação (Anexo 15: Quadro 14).

Como resultados da pesquisa exploratória junto aos estabelecimentos de saúde do estado do Rio de Janeiro foram identificados espaços de intervenção e atenção à saúde do trabalhador - com formatos e organizações do tipo centro, divisão, departamento, serviço, coordenação, comissão, núcleo e representante associado - em 17 unidades hospitalares públicas de âmbito federal (dez), estadual (cinco) e municipal (dois).

As unidades federais e os espaços de intervenção identificados foram: Hospital Servidores do Estado (HSE) – Comissão de Saúde do Trabalhador (CST); Instituto Nacional do Câncer (INCA) – Divisão de Saúde do Trabalhador (DISAT); Hospital Geral de Bonsucesso (HGB) – Comissão de Saúde do Trabalhador (CST); Instituto Nacional de Cardiologia (INC) – Comissão de Saúde do Trabalhador (CST); Instituto de Traumatologia-ortopedia (INTO) – Comissão de Saúde do Trabalhador (CST); Hospital da Lagoa (HL) – Comissão de Saúde do Trabalhador (CST); Hospital do Andaraí (HA) – Comissão de Saúde do Trabalhador (CST); Hospital Geral de Jacarepaguá (HGJ) – Comissão de Saúde do Trabalhador (CST).

Acompanharam-se as unidades HGB, INC, HSE, HGJ, INTO, INCA, IFF, HL, HA e IPEC durante as oficinas do Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público (SISOSP), no período de 2006/2007, promovidas pela Coordenação de Saúde do Trabalhador (CST), da FIOCRUZ (Anexo 19. Quadro 17).

Nas instituições citadas, há predominância de atividades voltadas para perícia médica simples, licenças para tratamento de saúde, medidas de proteção no trabalho, readaptação e concessão de insalubridade; ou seja, de medidas trabalhistas inerentes a recursos humanos e questões previdenciárias. A notificação, atendimento e rotina de acidente de trabalho são

cumpridos, em sua maioria, além do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO) - exames periódicos e admissionais - em atividades executadas pelas diretrizes da saúde ocupacional. Entretanto, não há acompanhamento efetivo do trabalhador, nem investigação dos acidentes enexo causal para o adoecimento (Anexo 16: Quadro 16).

São pouco encontradas as atividades de: prevenção de incêndios, Programa de Prevenção a Riscos Ambientais (PPRA), avaliação ergonômica, assistência médico-ambulatorial, pronto-atendimento específico, acompanhamento de doenças ocupacionais e relacionadas ao trabalho, preceptoria em saúde do trabalhador, preparação para a aposentadoria e espaços de reflexão com os trabalhadores. Os programas vinculados às propostas de promoção e prevenção em saúde do Ministério da Saúde (Brasil) foram mencionados como de importância para a atenção ao trabalhador nas instituições, mas se encontram em fase de implantação (Anexo 16: Quadro 16).

As atividades fundamentais de prevenção de riscos, imunização ocupacional e acompanhamento de acidentes de trabalho são incipientes e frágil na estrutura das unidades e de suas formulações. Em nenhuma das unidades foram encontradas e apresentadas formulações estruturantes de um sistema de informação em saúde do trabalhador que possibilite as estratégias integradas de atenção, vigilância, assistência e promoção da saúde no trabalho.

Essas ações são desenvolvidas, em parte, pelos espaços de intervenção e atenção à saúde do trabalhador no formato de núcleo, destacando-se para o estudo de caso o Instituto Fernandes Figueiras (IFF) - Núcleo de Saúde do Trabalhador do Instituto Fernandes Figueiras (NUSTIFF) – e o Instituto de Pesquisa Evandro Chagas (IPEC) - Núcleo de Saúde do Trabalhador (NUSTIPEC). No momento, essas atividades estão associadas à Comissão de Recursos Humanos e Saúde do Trabalhador da Unidade (CRHST) - conforme a política de gesto do trabalho da Diretoria de Recursos Humanos (DIREH) da FIOCRUZ.

As unidades do estado do Rio de Janeiro identificadas com atenção e intervenção foram: Instituto de Cardiologia Aloysio de Castro (IECAC) - Comissão de Saúde do Trabalhador (CST); Hospital de Hematologia do Estado do Rio de Janeiro (HEMO-RIO) - Comissão de Saúde do trabalhador (CST); Instituto Estadual São Sebastião (IESS) - Serviço de Saúde do Trabalhador (SST); Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) - Divisão de Saúde do Hospital Universitário Pedro Ernesto (DISHUPE); Hospital Estadual Getúlio Vargas (HEGV) - Comissão de Saúde do Trabalhador (CST).

As unidades do município do Rio de Janeiro foram: Núcleo de Epidemiologia e Saúde (NES) do Hospital Municipal Infantil Salles Neto (HMISN) e Comissão de Saúde, Biossegurança e Resíduo hospitalar (CSBRH) do Hospital Municipal Souza Aguiar (HMSA).

Em registros e sistematização concreta de espaços e formas de atenção para as demais unidades hospitalares públicas no estado do Rio de Janeiro não foram identificados achados relevantes que caracterizassem uma organização mínima. Na revisão sistemática e levantamento das publicações sobre o estado do Rio de Janeiro foram encontradas referências às unidades IPEC, Hospital Municipal de Campos Goytacazes, HUPE/UERJ, HUCFF/UFRJ, INCA, HMSA, mas com pouca clareza de identificação das unidades (Anexo 16: Quadro 16).

Encontraram-se registros de ações pontuais e específicas, tais como: imunização contra o vírus da Hepatite Sorotipo B e registro de notificação de *acidentes biológicos*. Essas ações foram desenvolvidas pelas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), núcleos de epidemiologia e de educação continuada, com a associação ao núcleo de recursos humanos da unidade hospitalar em eventos tais como a Semana do Servidor e outros.

Nas coordenações de saúde do trabalhador das secretarias de estado e municipal não foram identificadas propostas específicas de atenção à saúde do trabalhador para o setor de serviços/saúde. O que havia nessas esferas eram informações de caráter oral sobre ações pontuais de atendimento para situações de acidentes e outras demandas. Havia baixa ligação e interlocução entre as secretarias e as iniciativas de intervenções existentes nas unidades hospitalares

As esferas municipais e estaduais de saúde do trabalhador não possuíam dados sistematizados sobre o quantitativo e lideranças dos movimentos e intervenções para a atenção nos serviços de saúde. Em entrevista com os coordenadores houve o relato de que a comunicação nem sempre é fluida e constante. As promoções de eventos de integração dos serviços públicos e privados em saúde do trabalhador eram restritas e isoladas e não-articuladas ao externo da unidade e/ou grupos não-afins.

Os serviços privados foram incluídos inicialmente nesta pesquisa e aceitaram os primeiros contatos. Entretanto, em função das exigências e morosidades dos comitês de ética, com inúmeros protocolos para chegar às chefias e lideranças do sistema organizacional hospitalar privado, não foi possível incluí-los nesta tese.

Em visita à rede hospitalar privada, pôde-se conversar informalmente com profissionais dos Recursos Humanos (RH), Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e

prestadores de serviços dos SESMT's terceirizados, obtendo informações gerais com caráter exploratório descritivo. As redes hospitalares privadas com hospitais de grande porte contratam, via setor de recursos humanos, serviços terceirizados de saúde ocupacional. Essas iniciativas têm por objetivo solucionar exigências da vigilância sanitária e de implantação da Norma Regulamentadora para Estabelecimentos e Serviços de Saúde (NR-32), como adequação trabalhista à Portaria nº 3.214/78, do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

Dentre as exigências, destaca-se a assessoria para gerenciamento de resíduos, implantação de normas de biossegurança, construção de mapas de risco (NR-5) e Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (NR-9/PPRA). Há também monitoramento das condições de saúde pelo Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (NR-7/PCMSO) e controle de dosimetria para os trabalhadores expostos a radiações ionizantes.

Ressalta-se que as atividades relacionadas à NR-5 são de competência da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) da instituição e não deve ser realizada por empresas prestadoras de serviços de segurança que se propõem a executar esta atividade.

A justificativa apresentada pelas representantes das instituições relaciona-se às iniciativas preventivas para as situações de processos trabalhistas por parte de trabalhadores no ato da rescisão de contrato de trabalho, cobranças da vigilância sanitária e possíveis multas que poderão advir do MTE.

Após o estudo exploratório e aprovação pelos comitês de ética, foi desenvolvida a pesquisa pela integração de métodos no formato de estudos de caso em duas instituições públicas com unidades hospitalares no município do Rio de Janeiro. Os espaços de intervenção e atenção estudados foram às instituições UERJ/HUPE/DISHUPE e FIOCRUZ/NUSTIPEC e NUSTIFF. Assim, suas concepções, cenários e atores, precedidos de um situar institucional, foram aqui descritos.

3.3.1 A Instituição UERJ - *Campus Maracanã*

Fundada em 1950 como faculdades da Universidade do Distrito Federal, é hoje uma instituição de destaque no ensino universitário do Sudeste. Em 1975, recebeu o nome de Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), expandindo nos últimos 50 anos suas faculdades com investimento no horário noturno¹⁷⁵.

Localizada no bairro Maracanã, no município do Rio de Janeiro, seu terreno sofreu, nos seus primórdios, invasão e ocupação tornando-se a Favela do Esqueleto, cujos moradores foram retirados, migrando para a Favela da Mangueira. No Campus Francisco Negrão de Lima estão instalados os laboratórios de ciências e tecnologias, ensino e pesquisa, salas de aulas, escritórios administrativos, cantinas, restaurantes, livrarias e pequenos quiosques, centros e faculdades¹⁷⁵.

O *campus* universitário possui infraestrutura funcional composta por manutenção e obras, central de gases, almoxarifados e central de geração de energia, bem como áreas de lazer e cultura compostas por três teatros, capela ecumênica, concha acústica, galeria de arte, ginásio de esportes e centro cultural (prédio dos alunos).

As unidades descentralizadas ficam localizadas no Boulevard 28 de Setembro, onde funcionam o Centro Biomédico, o HUPE, a FENF, a Faculdade de Odontologia. O colégio de Aplicação situa-se no bairro do Rio Comprido. Com inserção social na vida comunitária local e com uma política de interiorização no estado, a universidade mantém os *campi* avançados da Baixada Fluminense (Nova Iguaçu e Duque de Caxias), Friburgo, Resende, Ilha Grande e São Gonçalo¹⁷⁵,

Na rede de serviços de atendimentos à saúde da população, destaca-se o ambulatório Piquet Carneiro (antigo PAM São Francisco Xavier), o HUPE e outros serviços dos centros acadêmicos das diferentes faculdades do Centro Biomédico, pelas ações educacionais e sociais para a promoção e assistência à saúde.

O *Projeto UERJ sem Muros*, desenvolvido há dez anos com envolvimento dos 30 mil alunos ligados aos programas de graduação, pós-graduação e pesquisa da universidade desenvolve diversos serviços de referência à saúde nos *campi*. Atualmente, circulam no *Campus Francisco Negrão de Lima - Maracanã* em torno de 15.000 a 20.000 pessoas¹⁷⁵.

A instituição totaliza hoje uma média de cinco mil trabalhadores para os diferentes níveis de formação, sendo que três mil são lotados no HUPE e no Centro Biomédico. A universidade tem hoje uma grande diversidade de vínculos e de serviços prestados por empresas terceirizadas, formando um quadro de recursos humanos híbridos e com grandes diferenças salariais e benefícios¹⁷⁵.

3.3.1.1. A construção da atenção à saúde do trabalhador

A administração universitária, pressionada por inovações administrativas direcionadas ao servidor público estadual, deu início, em 1986, à proposta de atenção, por meio do Ato Executivo nº1476/86, o qual criou os cargos destinados a suprir a Divisão de Saúde Ocupacional (DSO)¹⁷⁶.

Os trabalhadores organizados, por meio da CIPA, com reivindicações para o controle dos acidentes de trabalho e acompanhamento dos acidentados, assistência médica e tratamento para as doenças ocupacionais, mobilizaram a instituição.

No bojo do primeiro governo de Leonel Brizola, no estado do Rio de Janeiro, teve-se a determinação e definição, pelo Reitor Charley Fayal de Lyra, em 1986, de que houvesse o cumprimento da NR-4 - que estabelece padrões para os SESMT's das empresas privadas ou empresas com trabalhadores com vínculo pela CLT, como forma de atender às resoluções do governo do estado do RJ. Porém, firmou-se logo a seguir algum tipo de atenção, devido à demanda para exames admissionais por ato de concursos públicos para servidores da universidade¹⁷⁶.

Reestruturou-se então a proposta inicial pautada na NR-4, com o desenvolvimento do Serviço de Atendimento Médico para o Servidor (SAMS), precursor do Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho (DESSAUDE). Este foi desdobrado para a atenção especial aos trabalhadores do hospital, onde havia mais problemas¹⁷⁶.

Além das medidas de identificação e redução dos riscos relacionados aos espaços de trabalho em toda a universidade, o HUPE teve destaque. Esta necessidade diferenciada para os funcionários, e em especial do hospital, gerou o DISHUPE¹⁷⁷.

A proposta atendeu a determinações legais que visavam complementar a atenção aos servidores da UERJ e sanar os problemas de segurança do trabalho, para os ambientes de trabalho da universidade e do HUPE, bem como atender a questões referentes ao serviço de biometria, da Secretaria de Estado de Saúde (SES).

O modelo de biometria, que perdura até os dias atuais na esfera de governo estadual para todos os servidores, atende principalmente às situações de licenças, afastamentos e perícias. Não há especificidade para as questões de promoção e de atenção à saúde.

Para a UERJ, isto se tornou outro problema, pelo grande número de servidores atendidos pela biometria. Todas as secretarias e funcionalismo público estadual são atendidos pela biometria. Os trabalhadores exigiram uma unidade atendimento interno e incorporaram mais uma

demanda, em detrimento da transformação dos órgãos responsáveis por licenças e afastamentos. Na Diretoria do *Campus* (DISCAM) são lotados os médicos responsáveis pelas questões relacionadas a exames ocupacionais e perícia médica interna¹⁷⁷.

Inicialmente, esta proposta foi pactuada para a demanda de exames admissionais e avaliação prévia de afastamentos - com posterior encaminhamento para a biometria. Em concomitância estava á assistência médica com atenção priorizada para os trabalhadores no ambulatório do hospital universitário e com a criação de um espaço específico para atender a situações de pronto-atendimento exclusivas para o trabalhador /servidor.

A equipe de trabalho ficou constituída por trabalhadores da DISCAM, DESAUDE e DISHUPE. Houve uma fragmentação com alocações diferenciadas, que os juntam quando há a execução de exames periódicos para algumas unidades e setores específicos da UERJ¹⁷⁸ (Anexos 20 e 21: Figuras 2 e 3).

Atualmente, a estrutura de atendimento à saúde do trabalhador está organizada pelo DESSAUDE¹⁷⁸, onde todos os trabalhadores, a maioria do *campus*, são atendidos no pronto-atendimento e pela “perícia médica”.

Os problemas específicos relacionados a acidentes de trabalho com material perfurocortantes e fluidos corporais ocorridos no HUPE são atendidos pelo DISHUPE¹⁷⁸. Ambas as unidades integram o serviço de saúde da instituição, havendo um arranjo técnico de trabalho com complementação de ações de clínica média, medicina do trabalho e perícia médica, entre as duas unidades.

A Superintendência de Recursos Humanos (SRH)¹⁷⁸ - criada pelo Ato Executivo de decisão administrativa nº 3888/2007, que no título II - estabeleceu para a estrutura de atenção à saúde do trabalhador, competências e atribuições, definindo os componentes da equipe de trabalho, que segue o formato da legislação brasileira para SESMT¹⁷⁸.

A SRH¹⁷⁹, seus departamentos, a seleção e desenvolvimento de pessoal, o provimento de pessoal, a administração de RH, os serviços de frequência, pagamentos, cálculos, movimentação de cadastro, planejamento administrativo, desenvolvimento de pessoal, seleção, treinamento e avaliação, direitos e vantagens, concessão, manutenção e aposentadoria, registros funcionais e Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho (DSST) compõem a estrutura da gestão dos trabalhadores e das questões alusivas à admissão, licenças, afastamentos, absenteísmos e postos de trabalho da universidade.

A estrutura do DESSAUDE¹⁸⁰ abriga: a Seção de Apoio Administrativo (SEAP), a Coordenação Técnica de Saúde do Trabalhador (COTESAT), a Divisão de Segurança no Trabalho (DISET), o Núcleo de Acompanhamento e Execução da Segurança do Trabalho e do Meio Ambiente (NUSEMA), a Divisão de Saúde do Campus (DISCAM), a Divisão de Saúde do HUPE (DISHUPE), o Núcleo de Perícias Médicas (NUPEM), o Núcleo de Medicina (NUMED), Núcleo de Serviço Social (NUSESO)¹⁸¹ e Núcleo de Enfermagem (NUENF)¹⁸².

A instituição desenvolve ações de atenção à saúde do trabalhador sem que haja um projeto único e integrado - fato atribuído pelas chefias à dinâmica organizacional de departamentalização e a baixa comunicação interna. As divisões, núcleos e coordenação vivem no distanciamento, que se aprofunda também, entre o ensino, a pesquisa e os demais serviços da universidade.

Entretanto, durante o período de 1995 a 1998, a Faculdade de Engenharia, especificamente o Departamento de Engenharia Sanitária e do Meio Ambiente, através da disciplina Segurança e Higiene do Trabalho, desenvolveu estudos de levantamento de condições de trabalho em todos os setores do *Campus* Maracanã e do HUPE. A demanda identificada não passou por um tratamento de intervenção pelo DESSAUDE. O departamento alega não ter tido recursos financeiros e humanos para realizar as intervenções propostas e recomendadas.

As iniciativas e frentes de trabalho ocorrem com ações isoladas de comissões de biossegurança, gerenciamento de resíduos, atividades de gestão no *campus*, serviços oferecidos por outros grupos e linhas de pesquisas da universidade no campo da saúde do trabalhador. Há também baixa interlocução com os níveis de gestão estadual, municipal e federal e com os fóruns acadêmicos e de saúde coletiva.

O DESSAUDE tem 20 anos e o DISHUPE, dez anos. Segundo os seus fundadores, o maior desafio vivenciado hoje é o atendimento das necessidades da instituição com o número reduzido de recursos humanos e a crescente precarização do trabalho. No DISHUPE, a falta de recursos humanos¹⁸⁰ para o planejamento de ações de intervenção nas unidades, a baixa interlocução entre a academia e os demais serviços, bem como as questões de conflitos entre os componentes da equipe multidisciplinar, constituem o cenário de desafios para o cotidiano da atenção.

Atualmente existem frentes de ações em prol da promoção da saúde do trabalhador e da qualidade para os serviços sendo executadas por instâncias internas da universidade. O

Gerenciamento e Estudos de Resíduos (GERE)¹⁸³, criado em 2005 e formado por pesquisadores, técnicos especialistas, alunos da graduação e da pós-graduação, exemplificam essas iniciativas.

Este grupo de trabalho desenvolve abordagem multidisciplinar dirigida para os laboratórios e setores do *Campus* Francisco Negrão de Lima e Pavilhão Haroldo Lisboa da Cunha. Esta proposta de trabalho visa ao desenvolvimento de um modelo de gerenciamento integrado de resíduos para instituições de ensino e pesquisa¹⁸⁴.

Para a instituição, a questão dos resíduos é um dos problemas com implicações para a saúde, para os processos produtivos e para todos os ambientes UERJ. Há demandas por intervenções de segurança e proteção nas diferentes unidades - com destaque para o HUPE e demais serviços de saúde e de laboratórios¹⁸⁵. Os integrantes desta proposta são profissionais do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Engenharia Ambiental da Faculdade de Engenharia e Doutorado em Meio Ambiente da Universidade, além de técnicos do DESSAUDE. O DESSAUDE hoje enfrenta desafios no campo da saúde do trabalhador na instituição que consistem em:

Temos a necessidade de estabelecer interlocuções no sistema organizacional, articular relações de trabalho com multidisciplinaridade, estabelecer a construção da integração interna e externa - que favorece a síntese de ações em saúde do trabalhador, dar solidez às iniciativas existentes e pactuar continuidades e desenvolvimento de identificação das reais necessidades institucionais. Em reflexão hoje sobre a UERJ e sobre o campo da saúde do trabalhador pelo enfoque da saúde coletiva, destaca-se, neste momento, a carência de treinamento e capacitação para a medicina do trabalho e áreas afins. Há necessidade de propostas com inserção voltada para os programas de atenção à saúde da família do servidor e do cidadão brasileiro. Isto também me parece ser uma carência. (Entrevistado 1)

O trabalho com o olhar da saúde do trabalhador. Hoje, nos domicílios e na estrutura familiar, desenvolvem-se meios de produção e de geração de produtos, bens e serviços em domicílios, com importantes fatores de risco que expõem trabalhadores domiciliares, a família e coletividades urbanas do entorno. As vulnerabilidades devido o manuseio de produtos químicos, produção em escala para confecções e outros produtos informais que se desenvolvem nestes novos ambientes de trabalho representam sérios problemas para a saúde e o meio ambiente. Precisa haver uma organização e articulação entre saúde, trabalho e família. (Entrevistado 2)

3.3.1.2 As condições de trabalho HUPE

O Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) foi inaugurado em 1950, fazendo parte da rede hospitalar da Secretaria de Saúde do então Distrito Federal. Em 1962, tornou-se o Hospital-Escola da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado da Guanabara (UEG), atual UERJ.

Em 1965, foi incorporado à UEG como Hospital das Clínicas. Até então, suas atividades privilegiavam exclusivamente as questões acadêmicas de ensino e pesquisa, com o acompanhamento e estudo de raridades clínicas e doenças em estágio final de evolução.

Em 1975, em decorrência do Convênio firmado com o Ministério da Educação e Previdência Social (Convênio MEC-MPAS), o HUPE adequou suas atividades para atender à realidade sanitária da população.

A qualidade dos profissionais e os meios sofisticados de diagnósticos e tratamento oferecidos ocasionaram um aumento progressivo na procura pelo atendimento oferecido pelo HUPE, transformando-o em um dos maiores complexos docente-assistenciais na área de saúde.

Nos seus 44.000 m² de área construída, funcionam 600 leitos e 16 salas cirúrgicas, onde são realizadas internações e cirurgias em mais de 60 especialidades e subespecialidades da área médica. Procedimentos mais sofisticados, como Cirurgia Cardíaca, Transplante Renal e Transplante de Coração também são realizados no HUPE¹⁷⁵.

No seu prédio de ambulatorios, com 3.000 m² de área, estão localizados 150 consultórios - que concentram o atendimento ambulatorial de todas as especialidades. O HUPE é um hospital de grande porte, com cobertura assistencial estimada de 1.000.000 (hum milhão) de habitantes, considerado centro de excelência e referência para o estado do Rio de Janeiro na área de ensino e saúde¹⁷⁵.

O fato de ser um hospital universitário, que tem o ensino e a pesquisa inseridos na rotina de suas atividades, favorece o HUPE como um pólo de descobertas e inovações que contribuem para a melhoria da qualidade do atendimento oferecido pelas instituições de saúde.

Em 29 de janeiro de 1975, o HUPE inaugurou a Enfermaria de Adolescente Professor Aloysio Amâncio, primeira do gênero no Brasil a oferecer atendimento especializado ao adolescente. O objetivo é oferecer um atendimento integral que acompanhe o adolescente nas mudanças de natureza física e emocional¹⁷⁵.

Seguindo esta filosofia, no ano de 1991, o HUPE criou o Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), voltado para o atendimento integral ao idoso, englobando aspectos físicos, sociais, psicológicos, fisioterápicos e educacionais.

As condições de trabalho no HUPE, contidas nas produções científicas que estudaram a unidade, fazem referência à carência de intervenções para a segurança no trabalho e presença de agravos e distúrbios ósteo-músculo esqueléticos em seus trabalhadores.

Há também, crescente precarização das condições de trabalho, pelos vínculos por contrato precário e terceirização de serviços fundamentais. Para o DISHUPE, este cenário tem sido enfrentado com ações que se desenvolvem de forma pontual, com caráter isolado.

Nas iniciativas de ações em saúde do trabalhador registradas, o DESSAUDE/ DISHUPE desenvolveu campanhas de imunização e estudo sorológico para anti-HBs e notificação de casos de tuberculose como doença ocupacional, por transmissibilidade nas enfermarias de clínica médica¹⁸⁵.

Estudos sobre sobrecargas e estresse no trabalho, absenteísmo e abandono de cargo fazem referência ao adoecimento psíquico com sofrimento frente às distorções da divisão do trabalho no HUPE. Para estas questões psicossociais, houve a implantação de grupos de apoio aos trabalhadores da pediatria, porém sem que houvesse continuidade.

Estas descrições desencadearam, no sistema produtivo da unidade afastamentos, licenças e processo de readaptação funcional com vistas a manter o trabalhador vinculado, a partir de ajustes aos processos de trabalhos na instituição.

As discussões pelo direito de afastamentos envolvem principalmente chefes e chefiados. O grande embate está situado na identificação do nexos causal relacionado aos processos produtivos pela atividade na unidade de serviço de saúde onde o trabalhador executa suas tarefas.

A questão avança para o adoecimento na unidade de pediatria, perpassando os estados biológicos e psicoemocional, havendo casos denominados de “Síndrome de Burnout”¹⁵⁰ devido às condições deficitárias para o espaço físico de trabalho, carência de insumos e de colaboração entre os membros da equipe de trabalho - gerando sobrecarga de atividades.

Estudos recentes apontam carências de medidas de biossegurança e definição de fluxos para eliminação de resíduos, principalmente nos laboratórios de anatomia patológica¹⁸⁶, pois envolvem riscos químicos e biológicos para alunos, professores e funcionários¹⁸⁷.

3.3.1.3 DISHUPE: espaço de intervenção e atenção à saúde do trabalhador

- Cenário:

O serviço está incluído na estrutura organizacional vinculada à SRH. Não possui organograma próprio; a reitoria é quem define a política institucional de atenção à saúde do trabalhador. O DISHUPE não está subordinado à direção do hospital e isto é um nó para a

atenção à saúde do trabalhador, porque está dentro da organização hospitalar, mas gerido pela direção de recursos humanos. Por vezes, as questões se misturam.

O espaço físico do DISHUPE localiza-se no andar térreo, próximo ao ambulatório do HUPE. Possui três consultórios médicos, um consultório de enfermagem, dois repousos com leitos nos moldes de enfermaria com sanitários para usuário, recursos para curativos, nebulizações e hidratação venosa.

Os espaços administrativos são constituídos por salas dos chefes do DISHUPE e de enfermagem, *hall* administrativo para impressos, sala de reuniões com TV e vídeo, recepção, administração e arquivo de prontuários e *hall* da sala de espera.

A estrutura em área total é equivalente a 85m², com espaços separados por divisórias. Faltam espaços privativos para o atendimento individualizado ao trabalhador e para a realização de reuniões de grupo com os trabalhadores.

Para os funcionários do DISHUPE, há um espaço feito por divisórias, formado por copa - onde se realizam as refeições -, sanitários distintos e armários para a guarda de pertences. Existem cinco computadores no serviço e um telefone móvel que circula com os funcionários para atender e definir informações.

A sistematização dos cuidados e processos de trabalho se dá por meio de normas e rotinas do serviço. Os processos e atividades que mais de destacam ao longo das jornadas de trabalho são os atendimentos a acidente com material perfurocortante, consulta médica clínica com intervenção medicamentosa para hipertensão arterial, administração de medicamentos para analgesias, atendimento à notificação de reações adversas à imunização - devido à recente campanha de imunização contra a gripe.

Os recursos utilizados para essas atividades são impressos. Equipamentos hospitalares e insumos para consumo são fornecidos pela farmácia do HUPE. As rotinas de trabalho e a demanda repetem-se cotidianamente para os moldes de atenção para pronto-atendimento.

Em função do modelo assistencial, a realização de reuniões de trabalho e planejamentos para ações de prevenção é praticamente impossível, pois isto implicaria em suspender o atendimento assistencial. Não há prontuário eletrônico e sistema de informação para vigilância em saúde do trabalhador. A Internet é de uso institucional; o serviço não estabelece comunicação *on-line* com os trabalhadores e não notifica acidentes por via *on-line* por causa da ausência de um sistema integrado de informação.

As demandas assistenciais também provêm dos aposentados e funcionários adoecidos, que procuram o serviço como o fariam para uma triagem médica. Há dificuldade de se entender o que seja saúde do trabalhador enquanto área. As faculdades ficam isoladas aos estudos sem retorno para o serviço, sem intercâmbio nas unidades. A saúde do trabalhador fica estanque, não há troca acadêmica. Existe um grande isolamento de áreas na universidade, ampliando ainda mais as dificuldades de atendimento ao *campus* e aos trabalhadores.

As normas referentes à legislação ainda determinam, por mais que se queiram renovar as atividades e modelo de profissionais da saúde ocupacional e medicina do trabalho, que possuem uma postura que não muda. Não há um consenso sobre as novas práticas e atitudes para a saúde do trabalhador. Em razão das dificuldades de continuidade de ações e de diálogos permanentes junto às chefias dos setores do hospital e de resolutividade para problemas e condições reais de trabalho, o DISHUPE fica restrito à assistência. Logo, a presença de demandas para os problemas dos ambientes e relações de trabalho já não ocorrem mais, uma vez que a capacidade de atendê-las fica muito reduzida. Então, não são mais solicitados, não chegam, não aparecem. As demandas encaminhadas pelos trabalhadores já existiram.

Hoje, elas são somente para o pronto-atendimento; não há por parte do serviço diagnóstico das situações concretas de trabalho. Os funcionários e os trabalhadores não fazem associação entre o trabalho e a saúde do trabalhador; eles somente buscam a assistência. A discussão em relação ao processo de trabalho é rara. (Entrevistado 3)

As atividades de intervenção ocorrem sem que haja continuidade, visto que a grande demanda dos processos de trabalho da atenção aos trabalhadores do hospital está voltada para o atendimento clínico, atendimentos aos aposentados e licenciados, acidentes de trabalho do HUPE e as situações de urgência/emergência clínicas com os trabalhadores.

Além dessa demanda cotidiana, existem as avaliações clínicas com encaminhamentos ao ambulatório do HUPE numa lógica de policlínica; a UERJ não possui plano de saúde para os seus trabalhadores e atende no ambulatório, com prioridade, os casos mais urgentes.

As chefias do HUPE entendem que o trabalhador está forjando um adoecimento, não discutindo as condições reais de trabalho. Falta autocrítica em relação às condições de trabalho, processo e organização. Preferem escamotear. Na enfermagem, isto é muito latente, pois, acha-se que o funcionário está simulando adoecimento para conseguir benefícios, em função das jornadas duplas de empregos, e que desconsidera o adoecimento como proveniente do local. O desenvolvimento de planejamentos e metas é dificultado pelo pouco quantitativo de profissionais. O planejamento não é democrático; a fragmentação nas diferentes áreas não permite um diagnóstico situacional de demandas e problemas. A avaliação do serviço é feita no formato de relatório, encaminhado ao DESAUDE e à SRH, sem que tais órgãos os respondam e os avaliem, inclusive propiciando uma discussão coletiva. Nos momentos de sentar e discutir os resultados, ter um parecer e uma avaliação multiprofissional, há resistências e falta de planejamento organizacional de todos. [...] há um grande nó no fechar do diagnóstico multidisciplinar. A medicina tem dificuldade de discutir e planejar suas ações de forma democrática. A responsável técnica segura e valoriza sem delegar e entrosar. O serviço hoje não se

sente representante dos trabalhadores por estar voltado somente para assistência, como se fosse uma clínica ou um pronto-atendimento. As demandas de problemas relacionados ao trabalho não são construídas e há baixa expectativa de resolatividade. Existem algumas iniciativas pontuais. Não há um projeto de trabalho e pesquisas que atendam às possíveis demandas, visto que não há um reconhecimento com diagnóstico das mesmas. Sabe-se que existem alguns fatores críticos, como os acidentes de trabalho com material perfurocortante, mas não são aplicadas medidas de investigação para acidentes. Houve, por exemplo, o desenvolvimento de propostas de intervenção junto ao serviço de pediatria, com a realização de algumas reuniões com trabalhadores do setor para resolver problemas mais críticos que eles enfrentavam no momento da aproximação, não havendo posteriormente avanços. As demandas de saúde mental, relacionadas com a dor e sofrimento do outro e a morte, ainda são entendidas como sendo o trabalhador fraco para este trabalho, isto é hoje uma demanda reconhecida. No caso da pediatria, a solicitação foi referente ao adoecimento psíquico. Neste momento, houve uma aproximação para identificar no grupo se toda a equipe estava em nível de desgaste. Este foi um trabalho concluído. Outras questões pontuais como relacionamentos, doenças graves e problemas relacionados à organização do trabalho, também apareceram. Nossa experiência consistiu em abordagens de grupo com entrevistas individuais, porém não foi possível manter as reuniões com a equipe de trabalho, mesmo quando houve a facilitação para os encontros; as ingerências não permitem os avanços e há resistências construídas pelos trabalhadores: este acaba por não se sentir à vontade. (Entrevistado 4)

Sendo assim, a atividade que o serviço executa hoje com maior frequência é a assistência clínica e médica de pronto-atendimento. Os programas específicos que são desenvolvidos para vigilância em saúde do trabalhador foram ações pontuais de inquérito tuberculínico, por ocasião da avaliação do exame periódico; as solicitações e contatos com os trabalhadores se dão com mais intensidade nesses momentos.

As dificuldades estão hoje centradas na prática dos periódicos, que são considerados como um dos pontos críticos na atenção à saúde do trabalhador. Sobre estas questões, são apontadas situações tais como baixa adesão pelo trabalhador, que somente se mobiliza quando há uma determinação e um motivo que o mobilize, sendo a obrigatoriedade da unidade para um licenciamento que mobiliza as unidades.

Não há na UERJ a obrigatoriedade de cumprir a NR-7, por ser esta uma instituição pública. O trabalhador se recusa a fazer os periódicos. Não há uma regulamentação institucional para que os pareceres do DESSAUDE sejam acatados. Tentamos incluir estas questões nos documentos. Logo, o poder também fica centrado no médico do trabalho, e cabe a ele propor uma abordagem multidisciplinar. O que ele acha que da muito trabalho e é muito chato; ele acha isto improdutivo e o que importa é liberar o ASO e os demais profissionais serem indicados quando o trabalhador tem um probleminha. O modelo está vinculado a conceitos e métodos que fundamentalmente constituem o arcabouço de técnicas e práticas esta centrada na saúde ocupacional, no cumprir das NR's. A assistência médica é centrada na queixa clínica com posterior prescrição de medicamentos para os quadros sintomatológicos agudos; não ocorrendo o estabelecimento de relação com o trabalho pela investigação. (Entrevistado 5)

A diretriz programática tem influências de pesquisas com frentes de trabalho científico sobre o enfoque na hipertensão arterial e da construção da proposta de implantação da NR-32. Estas são algumas iniciativas para práticas de intervenção nos ambientes e junto às chefias dos setores, que hoje estão sendo elaboradas com o propósito de prevenção.

O que tem sido construído por grupos internos de trabalho do DESSAUDE, em função das atribuições dos profissionais e suas categorias de classe, não vem sendo estabelecido. Não há,

por exemplo, um portal de saúde do trabalhador com acesso *on-line*, bem como impressos. Os recursos necessários e disponíveis como impressos, computadores e material para o atendimento assistencial são fornecidos pelo hospital, estando o serviço sujeito às carências do macro cenário - o que gera dificuldades operacionais.

A questão consiste na escassez de material de escritório e isto inviabiliza o planejamento de outros meios de veiculação de informes. Não há, no serviço, sistema de informação em saúde. As estatísticas de produtividade são realizadas manualmente, não havendo, junto aos trabalhadores, divulgação dos relatórios e veiculação periódica de informação. Quando há campanhas, são utilizadas cartilhas da secretaria de saúde, não havendo na instituição mural ou informe específico para o serviço de atenção à saúde do trabalhador. Pelas dificuldades de fecharmos as informações, não conseguimos organizar e costurar o trabalho fragmentado que é realizado por todos. (Entrevistado 6)

No momento da realização da pesquisa, todos no setor estavam atendendo a uma determinação da nova direção dos recursos humanos da instituição para que houvesse a sistematização das atividades realizadas para que pudesse ser feito o planejamento das atividades e dos recursos. Nesta fase da pesquisa, a instituição estava recebendo o novo superintendente de recursos humanos para instituição.

Todos os formulários deveriam ser organizados com descrição das atividades de todos, estando todos envolvidos de alguma forma nesta tarefa. Separadamente, cada um organizava o seu trabalho e a descrição da corporação á qual pertenciam, garantindo assim seus espaços de trabalho e definição de papéis. (Trecho do diário de campo)

- Atores

Houve uma primeira reestruturação dos recursos humanos por admissão em concurso público realizado no ano de 2002 - o primeiro desde a sua concepção como DESSAUDE e DISHUPE. O concurso teve perfil definido pelas normas para a formulação de SESMT - com atribuições pela NR-4 e das sociedades brasileiras das categorias medicina, enfermagem e engenharia de segurança do trabalho.

Os recursos humanos do DESSAUDE - no *campus* Maracanã e integrado com o DISHUPE no HUPE - é composto por três engenheiros de segurança, quatro técnicos de segurança, dez médicos, quatro enfermeiros do trabalho, seis técnicos de enfermagem do trabalho, quatro assistentes sociais e seis funcionários administrativos. A equipe do DISHUPE é formada por 6 médicos clínicos e quatro médicos do trabalho - que integram a equipe da DISCAM e do DESSAUDE - um enfermeiro do trabalho, dois residentes de enfermagem do trabalho, três técnicos de enfermagem do trabalho, dois funcionários administrativos e um assistente social.

A DISCAM libera e autoriza os médicos do trabalho a realizarem as perícias médicas, não havendo o real cumprimento do organograma e do quantitativo fixo para o DESSAUDE e o DISHUPE. Não há funcionários terceirizados nas divisões de saúde. Do total de funcionários, dois possuem especialização em saúde do trabalhador (dois assistentes sociais). Não há o desenvolvimento de frente de pesquisa na unidade e não circulam no setor revistas e artigos científicos sobre o tema saúde do trabalhador. (Entrevistado 7)

No DESSAUDE, há uma sala destinada a estudos e reuniões técnicas de trabalho. Seus profissionais têm, em sua maioria, experiências profissionais em empresas e em serviços de indústria - Serviço Social da Indústria/Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro (SESI/FIRJAN) - e atuam em áreas de formação nos moldes de pós-graduação para enfermagem, medicina e segurança do trabalho.

A equipe de trabalho funciona no formato multiprofissional, com buscas de aproximações para uma possível relação multidisciplinar. Nela, há uma equipe de identidade comum, no sentido da divisão por categorias de classe e divisão técnica do trabalho pelas normas e atribuições internas do departamento e da Superintendência de Recursos Humanos.

Os trabalhadores observados relataram baixo investimento, no sentido de encaminhá-los para capacitação técnica no campo da saúde do trabalhador. O reduzido quadro de recursos humanos não permite a liberação da carga horária de trabalho, dificultando a liberação de trabalhadores diante das necessidades do pronto-atendimento.

O serviço não faz assinaturas de revistas especializadas em saúde do trabalhador e promoção da saúde; não há participação junto aos fóruns de discussão da PNSST e RENAST, bem como interlocução com os programas das secretarias de saúde do estado e município e demais serviços de atenção à saúde do trabalhador.

Hoje, o grau de envolvimento e interação entre a equipe de trabalho é crítico. Precisa avançar bastante. As pessoas estão acomodadas às rotinas e há que se mexer. Há baixa motivação. O nível de comprometimento e entusiasmo está mesclado a uma invisibilidade de algo que vai acontecer e tudo pode mudar. As ideias existem; há ebulições de ideias. O cotidiano se dá com cordialidade para com o trabalhador, há expectativas de uma mudança, esperança por dias melhores, mas todos falam em fazer concursos e irem para outras instituições. (Entrevistado 8)

As variabilidades observadas nos processos de trabalho são referentes a atividades que apresentaram necessidade de substituição de função. A equipe de enfermagem assume o funcionamento da secretaria, arquivo e recepção da unidade quando há falta de funcionários administrativos. Os médicos resolvem problemas clínicos, porém não conseguem solucionar aqueles referentes a questões de trabalho. Assim, os acidentes de trabalho são tratados somente pela atenção clínica à lesão e aplicação dos medicamentos com solicitação de exames. A descrição e investigação de acidentes não são incluídas ao processo de atenção. (Trecho do diário de campo)

O setor fica descaracterizado no que se refere à saúde do trabalhador. Na maior parte das vezes, atende a servidores que estão “passando mal” e a aposentados. O servidor vê o serviço como uma extensão do hospital e não como saúde do trabalhador, ou seja, uma espécie de mini-hospital para eles. (Entrevistado 9)

Durante os diferentes momentos da observação do departamento, passamos por horários e situações próprias para cada dia da semana. Em uma manhã de segunda-feira chegamos ao serviço as 07h30 e ficamos junto à

porta de entrada, localizada no andar térreo do hospital. Já havia cinco pessoas esperando para serem atendidas. Elas se queixavam de ter tido mal-estar no domingo. Às oito horas o serviço seria aberto, iniciando atendimento às nove horas. (Trecho do diário de campo)

O departamento inicia um dia de atividades. Hoje teve um atraso de 1 hora e 40 minutos pela ausência de alguns funcionários que se encontram em reunião na unidade DESSAUDE - e outros afastados por licença médica. A recepção e o arquivo encontravam-se sem funcionários; as auxiliares de enfermagem assumiram as atividades executadas por este setor interno. Trabalham, nas atividades do DISHUPE, dois médicos, um auxiliar de enfermagem e um residente de enfermagem. Os trabalhadores reclamam do atendimento; há longo tempo de espera. Às 11h25 a situação se acalma com o retorno dos funcionários da reunião no DESSAUDE.

A equipe de enfermagem passa a executar atividades relacionadas à organização do setor. Ocorre o intervalo de almoço e há um longo silêncio no ambiente, que foi interrompido pelo atendimento a um acidente biológico ocorrido com um residente de medicina. No período da tarde, a equipe médica atende a uma avaliação de risco cirúrgico de uma trabalhadora, encaminhada posteriormente ao ambulatório do HUPE. Uma trabalhadora da equipe de enfermagem é internada por curta permanência na enfermaria com crise aguda de dor lombar; são administrados analgésicos e passado o período de 1 hora ocorrem mais duas internações para observação relacionadas à crise hipertensiva e asma - são trabalhadores da manutenção e do serviço administrativo.

Às 16h30, os trabalhadores são reavaliados, recebem solicitação de exames e prescrição médica e são orientados a retornarem no dia seguinte para acompanhamento clínico. A equipe executa atividades de organização do setor, arquivamento de prontuários e encerramento das atividades de assistência e de notificação de acidentes. (Trecho do diário de campo)

Após observarmos as atividades que se desenvolveram, foi possível caracterizá-las por um ritmo cotidiano. O que mudou algumas vezes foram os sinais e sintomas das queixas relatadas e os trabalhadores. Na última semana, uma novidade foi acrescida à rotina de atividades: a cobrança, por parte da SRH, dos relatórios e atividades de trabalho do setor. Neste momento, uma nova liderança assume os cargos juntamente com o novo Reitor da universidade.

Diante do cenário, passamos a nos deter na identidade do grupo de trabalho e na relação estabelecida com as questões de saúde do trabalhador. A questão da clientela e da demanda apresentou-se de forma esporádica nos diálogos e nas expressões, tais como:

Aqui nos somos tudo: Bombril - temos mil e uma utilidades -, passamos para lá e para cá, sempre dando brilho. E assim a vida vai, um dia após o outro, no final tudo fica bem mesmo quando tudo começa mal. (Entrevistado 10)

Veja bem, atendemos a vários aposentados, eles não são mais trabalhadores. Acho errado eles virem para cá; não temos que atender problemas clínicos de quem não tem plano de saúde e já trabalhou aqui; isto foge do projeto. (Entrevistado 11)

Os profissionais entendem que acidente de trabalho, imunização e outras atividades ligadas à promoção fazem parte do serviço, porém a demanda de assistência é uma pendência do próprio sistema de saúde, e isto fica sendo assumido pelo serviço. Quem é o próximo da fila, manda vir. É o que: pressão alta ou dor? Hoje já foram cinco. Tem uma licença que estou esperando para avaliar, um raio-X para ver se é pneumonia, quero resolver antes do almoço, pois a tarde já tem mais cinco só para avaliar se podem voltar ao trabalho, faz uma injeção neste, um anti-inflamatório o que tem para ser prescrito? (Entrevistado 12)

Estou tentando acompanhar os acidentes de trabalho com material perfurocortante; peço ao trabalhador que venha aqui para avaliar como ele está durante o uso do coquetel profilático para a AIDS; ele tem que esperar às vezes o término de um atendimento clínico, e depois não volta mais. Fica difícil fazer as atividades reais de saúde do trabalhador, devido às demandas da assistência, que tem que ser atendida. Os trabalhadores entendem que aqui é para isso. Pode ser que um dia eles venham entender que isso não é saúde do trabalhador. (Entrevistado 13)

Há uma crença na equipe de trabalho em saúde do trabalhador de que tudo ainda pode ser diferente do modo como vem sendo feito, apesar da baixa movimentação e recursos disponibilizados e providenciados para novas leituras e abertura de discussões. As atitudes são de espera com tímida expressão de descontentamento. Suas expressões são de uma aceitação velada mesclada pelo contestar cansado seguido de um estado de repetição. Relatam ter dificuldade de concluir os relatórios do setor e fazer o acompanhamento do servidor. Há uma falta de concretude para a realidade e implementação de mudanças nos processos de trabalho, devido à organização e estrutura do próprio hospital que, segundo eles, não entrega aos setores o diagnóstico básico das condições de trabalho para futuras intervenções.

O exame periódico tem uma proposta multidisciplinar com experiência de discussão do modelo, mas continuam sendo feitos para cumprir propostas e exigências da vigilância sanitária, acreditação e outras situações típicas. As abordagens individuais ao trabalhador para avaliar cargas físicas, mentais e de satisfação no trabalho são esvaziadas pelas rotinas de assistência. A equipe não discute os exames periódicos. Segundo verbalizações “acham bobagem, essa de papo social”. Querem fazê-los tradicionalmente, ficando assim sem integração. Existe no setor a elaboração de um instrumento integrado para a execução dos periódicos, que revela maturidade e interesse para a identificação de indicadores da relação saúde-trabalho.

Há um grande dispêndio de tempo ao atendido assistencial. As atividades de trabalho têm forte vínculo ao atendimento clínico. Até mesmo as atividades administrativas referentes ao acompanhamento clínico ficam à espera de “um momento de pausa”. O serviço reproduz toda a dinâmica dos serviços de pronto-atendimento do sistema público de saúde, entretanto não dispõem das bases técnicas e exigências para o seu funcionamento.

Ao meio-dia a recepção estava vazia; o setor com movimento de atendimento inerte. Repouso e observação vazios, consultórios vazios. Na copa alguns trabalhadores almoçam. O residente de enfermagem realiza durante o período do almoço a atividade administrativa, aguardando o retorno de dois casos de acidentes de trabalho. Ele diz que não almoça porque busca durante o plantão as fichas para fazer o cadastro de acompanhamento de acidentes perfurocortantes referentes à sua proposta de trabalho de conclusão de residência em saúde do trabalhador. As anotações referentes aos encaminhamentos e orientações dadas durante o atendimento dos acidentes são registradas no intervalo de almoço. (Trecho do diário de campo).

Os trabalhadores do serviço assumem como atividades de trabalho o que consideram não ser a atividade-fim e missão da proposta em saúde ocupacional. Entendem que a saúde do trabalhador é uma política e não veem no atendimento ao trabalhador as práticas que aprenderam nas formações profissionais especializadas sobre a atenção ao trabalhador.

Avaliam a atividade assistencial como uma complementação que assumiu o espaço de todas as outras atividades e entendem o atendimento ao trabalhador nos moldes assistenciais, como algo que se deve fazer. Tentam também realizar alguma atividade de promoção, como uma ação de nível promocional, com tom de um esforço extra a ser alcançado em meio ao tempo que for possível. Há grande distanciamento até mesmo para a saúde ocupacional - a promoção torna-se secundária e as atividades de pronto-atendimento são prioritárias, o que foge também da concepção de SESMT.

Quando sobra um tempinho a gente senta e encaminha algum trabalhador para o programa de pressão alta, faz campanha de vacinação contra gripe, Hepatite B e orienta nos casos de acidente a voltar para saber o resultado da sorologia para Hepatite B, mas isso depende do tempo até para poder conversar e explicar as coisas para o trabalhador. Tem sempre medicação e atendimento para se fazer. E aí, a gente prioriza quem está com dor. Promoção é para quem pode minha filha. (Entrevistado 14)

3.3.1.4 Impressões e apreciação sobre a intervenção (HUPE/ DISHUPE)

A atenção à saúde do trabalhador possui várias frentes de ações; entretanto, a disposição de recursos humanos na área e a integração de trabalhos têm se dado de modo isolado. Os serviços DISHUPE e DESSAUDE não possuem *sites* e formas de divulgação institucional das atividades executadas.

Estão localizados em áreas distintas: o DESSAUDE no *campus* universitário e o DISHUPE, no HUPE. O DISHUPE não é subordinado ao HUPE, entretanto utiliza os recursos e insumos da unidade para atender à clientela de trabalhadores, o que gera contradição de gestão e determina a pactuação de ações com distribuição interna e circunscrição de clientela dos recursos públicos em saúde. Há conflitos com as equipes de plantão do dia, por causa do não-atendimento

do público externo (não trabalhador da UERJ/HUPE) que, por vezes, encaminham os pacientes. Não há emergência no HUPE.

São serviços que se complementam, muito embora haja uma grande necessidade de se rever a proposta e missão do trabalho do DISHUPE, pois suas ações estão fundamentalmente centradas na assistência, o que provoca impedimentos para a reformulação e aproximação de uma atenção centrada nas perspectivas para a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST).

O ambiente do DISHUPE tem distribuição funcional para os movimentos das atividades assistenciais mínimas, sendo arejado, claro e sanitário, com indicativos de ser um mini-hospital para atender aos funcionários dentro do macro-hospital institucional.

Criou-se uma pseudoestrutura hospitalar direcionada para a clientela de trabalhadores da UERJ /HUPE. Os espaços são improvisados e separados por divisórias com delimitação de pequenas áreas distintas, visando assim atender às necessidades dos funcionários.

As regras formuladas para o funcionamento da instituição dão ao serviço comportamento departamentalizado e voltado para o cumprimento de atribuições definidas com teor formal próprio das organizações de saúde.

Estas são obedecidas e refutadas quando possível, com caráter de passividade pelos seus trabalhadores, que trabalham dentro do limite do que pode ser feito. Há aceitação com contestação e alguma articulação para as mudanças dos hábitos e costumes das normas que permeiam os processos prescritos de trabalho.

Entretanto, a resistência à mudança pela medicina do trabalho é alta; a defesa da enfermagem é marcante, o isolamento do serviço social e o distanciamento da engenharia são estratégicos. Os atores pensam em termos corporativistas em relação as suas atribuições e nichos de trabalho, com baixa abertura, pela ausência de discussões sobre o campo da saúde do trabalhador numa perspectiva progressista e de saúde coletiva.

As ideias dominantes são da clínica médica e do adoecimento pelo afastamento. Já o clima organizacional é de resolver situações pontuais da crise instalada, com tentativas de planejamento e de mudanças que se esvaziam diante das demandas ambulatoriais, cabendo também uma profunda reflexão acerca da dinâmica de gestão aplicada a serviços de atenção à saúde do trabalhador, com equipe multiprofissional.

Em alusão à política interna de saúde do trabalhador as chefias do DESSAUDE e DISHUPE fazem menção às carências de avaliação de riscos, elaboração de um plano de gerenciamento de resíduos e implantação de medidas de biossegurança, bem como o estabelecimento de um plano de ação conjunta entre ensino, pesquisa e serviço. O modelo é resistente ao novo com dificuldades de avanços.

3.3.2 A instituição FIOCRUZ *Campus* Manguinhos - RJ

A instituição pública federal Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) tem como conceitos norteadores a geração de conhecimentos científicos e tecnológicos que visem promover a vida e o desenvolvimento social. É considerada hoje uma das mais destacadas instituições de ciência, tecnologia em saúde da América Latina^{188:6}.

Criada em 1900, com a missão de combater diferentes problemas de saúde pública do território brasileiro, a instituição cresceu ao longo dos últimos cem anos, com ampla expansão da pesquisa biomédica, prestação de serviços assistenciais a saúde, utilizando-se de ambulatórios e laboratórios de pesquisa com referência nacional.

Além dessas ações, a FIOCRUZ possui diferentes unidades de pesquisa, fábricas de insumos para saúde e diversificada formação de recursos em saúde, com renomada qualidade de ensino, vinculadas à saúde e comprometidas com as políticas públicas brasileiras nos temas e frentes de ações em saúde.

As inúmeras atividades de interfaces dos programas institucionais e do Ministério da Saúde fomentam o suporte técnico e político para o SUS e para as formulações estratégicas de pesquisa, produção de bens e insumos, ensino em saúde, ciência e tecnologia, informação e comunicação em saúde.

Ao aprimorar a gestão institucional e o desenvolvimento de recursos e tecnologias em saúde, a FIOCRUZ, ao estabelecer a inclusão e composição de diferentes unidades, a torna um complexo de saúde e pesquisa, com articulada intervenção para as demandas sanitárias e de saúde pública.

Por sua vez, a multiplicidade de formas de trabalho existente na instituição configura um cenário que exige abordagem interdisciplinar, com características que se mantenham em conformidade com os processos e relações de trabalho existentes nas diversas unidades¹³⁷.

No *campus* Manguinhos, localizado na Avenida Brasil, em uma área de 800 mil m² situam-se oito unidades que desempenham as funções de ensino, pesquisa e serviços. Ainda no município do Rio de Janeiro, bairro do Flamengo, o Instituto Fernandes Figueira (IFF) compõe uma das duas unidades hospitalares da instituição.

Para a produção de insumos à saúde destaca-se o Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (BIOMANGUINHOS) - sendo hoje o maior centro produtor de vacinas e *kits* de reagentes para o diagnóstico de doenças infectocontagiosa da América Latina. Esta unidade possui 2.400 trabalhadores.

A instituição abriga também o Instituto de Tecnologia em Fármacos (FARMANGUINHOS) - o único laboratório produtor de medicamentos do Ministério da Saúde, com importante intervenção na geração de fármacos para o tratamento da AIDS, tuberculose, malária, hanseníase e Hepatites virais B e C. Em 2005 e 2006, houve a expansão do *campus* Manguinhos para o bairro de Jacarepaguá, no Rio de Janeiro.

De grande importância na pesquisa biomédica o Instituto Oswaldo Cruz (IOC) é o pioneiro como unidade de pesquisa da FIOCRUZ. Nele se desenvolvem pesquisas em medicina experimental, com 15 laboratórios, 64 departamentos e 11 centros nacionais de referência em saúde. Ele é um destacado centro de pesquisa em ciência da saúde do Brasil.

O Centro de Criação de Animais de Laboratório (CECAL), com crescente aprimoramento de técnicas para propiciar às pesquisas as diretrizes éticas em questão, presta apoio técnico e de suporte às pesquisas, com a remonta do biotério.

Mantendo e preservando a memória institucional, e com projetos no campo da história, cultura e sociologia e geração de editorial e publicações, destaca-se a Casa de Oswaldo Cruz (COC), que integra diferentes ações relacionadas ao patrimônio da FIOCRUZ, investe na educação e cultura, com espaços para a visita e aproximações com o mundo da ciência e da vida (Museu da Vida e da Biodescoberta).

Seguindo a missão de promover informações científicas e tecnológicas, o Centro de Informação e Tecnologia (CICT) possui gerência e abrangência, com acervo bibliográfico em saúde, linhas de pesquisa em informação, na área de comunicação, investem em tecnologias e na gestão virtual em saúde.

Criada em 1954, a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) representa centro de excelência do saber em Saúde Pública. Produz tecnologias e fomenta os fóruns de

discussões em políticas públicas, dando prioridade à pesquisa em ciências da saúde pública e na produção da assistência no modelo da atenção básica, no programa da saúde da família e em prol do desenvolvimento do SUS.

Em nível de assistência do tipo hospitalar, as unidades Instituto de Pesquisa Evandro Chagas (IPEC) e o Instituto Fernandes Figueira (IFF), cenários de estudo desta tese de doutorado, desenvolvem pesquisa, ensino e prestação de cuidados assistenciais especializados à saúde.

A DIREH é responsável pela força de trabalho e compõe as 15 unidades técnico-científicas e de apoio técnico administrativas da instituição. Esta diretoria tem sobre sua subordinação a creche e a Coordenação de Saúde do Trabalhador (CST) e seus respectivos núcleos. A estrutura geral consiste em agrupar unidades situadas nas cidades do Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Salvador, Recife e Manaus. Nosso estudo é centrado nas unidades hospitalares da cidade do Rio de Janeiro.

3.3.2.1 A construção da atenção à saúde do trabalhador

Em 1985, o Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (CESTEH) - da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) - introduziu as formulações dos conceitos e construção do campo da saúde do trabalhador. Ele é formado por pesquisadores e profissionais de saúde para o atendimento às demandas ambulatoriais de adoecimento dos trabalhadores em geral, o CESTEH tem sido um centro formulador, participativo e decisivo para os fóruns e debates no campo da saúde do trabalhador, com referência em desenvolvimento de atenção em ambulatório especializado em patologias do trabalho e laboratórios e pesquisa em toxicologia¹⁸⁸.

A concepção política institucional para a saúde e segurança do trabalhador, com uma proposta interdisciplinar de integração da assistência, do acompanhamento e da prevenção para as questões relacionadas às condições de trabalho na FIOCRUZ, partiu deste centro da ENSP. Em função do direcionamento do CESTEH para atividades de pesquisa e de formação em saúde do trabalhador, as questões cotidianas referentes aos ambientes de trabalho e à atenção assistencial e preventiva para a saúde dos trabalhadores da FIOCRUZ ficaram dispersas e com a necessidade de uma alocação específica de atenção¹⁸⁹.

As demandas mais definidas e internas da instituição passaram a ser assumidas pelo Serviço de Atenção à Saúde dos Trabalhadores da FIOCRUZ (FIOSAST), precursor da atual

CST. A construção da atenção à saúde do trabalhador na instituição, iniciada em 1985, tem nos anos de 1986 e 1987 estímulos e campo de ação. O momento do movimento de reforma sanitária brasileira e de democratização institucional promovida pela presidência da FIOCRUZ no comando do sanitarista Sergio Arouca e a primeira conferência nacional de saúde do trabalhador no ano de 1986 deram ímpeto às formulações no campo¹⁹⁰.

Os movimentos internos da instituição buscaram soluções para as questões relacionadas ao trabalho em laboratórios, serviços de saúde, meio ambiente e resíduo e dos fatores condicionantes da relação saúde-trabalho diante das especificidades das unidades da FIOCRUZ. As lideranças da Associação dos Funcionários da FIOCRUZ (ASFOC) - órgão representante dos trabalhadores - propuseram a recuperação dos direitos dos trabalhadores e melhores condições de trabalho pela presidência da FIOCRUZ, do plano de saúde (FIOSSAUDE) e do fundo previdenciário (FIOPREV). Para tal, promoveram fóruns de discussões e debates internos acerca do mundo do trabalho na instituição¹⁹¹.

Em concomitância a este movimento, é inaugurado em 1986, o FIOSAST. Sua sede, a casa do ex-motorista da presidência, tornou-se o primeiro ambulatório de atenção aos trabalhadores da FIOCRUZ.

Em resposta às solicitações das bases técnicas para inserção do setor de medicina social da Diretoria de Recursos Humanos (DIREH/ FIOCRUZ), “que era voltada quase que exclusivamente para o formato de perícia médica”^{191:1}, foram implementadas, em 1996, por ação executiva da presidência da FIOCRUZ, as primeiras intervenções.

A proposta de atenção integrada elaborada pelo CESTEHE teve como colaboradores o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Farias (CSEGSF), a ASFOC, o FIOPREV e o FIOSSAUDE. Os recursos ficaram vinculados e sobre a gestão da DIREH, instituída pela CST. Naquele momento, encontrava-se em processo de implantação o projeto de promoção, prevenção e atenção à saúde dos trabalhadores - o Fiocruz Saudável¹⁹¹.

Com o desafio de atender às exigências gerais e pontuais para exames ocupacionais, notificação de acidentes de trabalho, exigências normativas e discussões acerca das ações de biossegurança e meio ambiente, bem como atenção à saúde, é criado pela CST um Núcleo de Saúde do Trabalhador (NUST), com equipe multiprofissional, composta por profissionais contratados pelo FIOPREV e servidores remanejados de outras unidades¹⁹¹.

As ações iniciais do núcleo ocorreram no cenário do CSEGSF. Posteriormente, devido às especificidades de demandas dos trabalhadores da FIOCRUZ e da população do entorno, em 1998, há a separação física desta integração com a implementação efetiva do NUST e do Sistema de Informação e Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST)¹⁹².

A localização do NUST em prédio próximo à sede da ASFOC era um espaço restrito e não satisfatório para as atividades de assistência, atendimento individualizado e de avaliação pericial. As instalações do local não atendiam a áreas mínimas de agrupamento dos profissionais do Núcleo e do Pronto-Atendimento com leito/enfermaria para repouso de curta permanência.

Junto a este cenário, em 1995, o campo teórico e legal em biossegurança ganha impacto na FIOCRUZ, principalmente em função do componente laboratorial e de manipulação de Organismos Geneticamente Modificados (OGMs), bem como com o lançamento do primeiro livro sobre biossegurança escrito no Brasil. A instituição da Comissão Técnica de Biossegurança (CTBio) da FIOCRUZ e a pauta de integração da política de saúde do trabalhador se desenrolam em reuniões e em ações pontuais para contribuições e interlocuções¹⁹³.

Em 1998, a instituição discute o projeto interno e, no Conselho Deliberativo, há a sua aprovação de modo prioritário. Sendo assim, a vice-presidência de meio ambiente, em sua primeira oficina de trabalho, define como necessidade institucional a criação de um projeto com abrangência para as ações de biossegurança, vigilância em saúde do trabalhador, ecologia e saneamento.

Nos anos de 1994 a 1998, consolidaram-se os quatro anos de construção do projeto Fiocruz Saudável, cuja proposição foi a de apresentar uma atenção heterogênea e com múltiplas frentes de ação. O projeto abriu nichos de interfaces para a biossegurança, vigilância em saúde do trabalhador (VST), ecologia e saneamento aplicados ao *campus*, com linhas de políticas para a saúde e o ambiente institucional.

Investiu-se na informação e no atendimento à saúde com vistas à estruturação dos exames periódicos e na criação do NUST no IFF, possibilitando assim interlocução com os seus trabalhadores e seus processos de trabalhos específicos segundo as demandas diferenciadas do hospital.

O foco na biossegurança foi preponderante nas unidades da FIOCRUZ, com “cursos de sensibilização em biossegurança”, fóruns de discussão para a gestão de rejeitos sólidos e gestão de resíduos. Os diferentes interlocutores, as disputas de poder e os distintos graus de interesse

trouxeram múltiplas frentes de comando ao projeto institucional em saúde do trabalhador. A iniciativa foi de investir em um sistema integrado de informação¹⁹⁴.

A busca pelo disseminar do conceito de saúde e ambiente das práticas institucionais de pesquisa, ensino e desenvolvimento tecnológico trouxe ao projeto a adequação ambiental, os planos de saneamento, manejo da biota e do espaço físico, biossegurança e vigilância em saúde do trabalhador que - se tornaram frentes de investimentos.

O projeto foi pensado a partir da proposta da Organização Mundial de Saúde de “Vidas Sanas y Productivas em Armonia com la Naturaleza”, cujas metas visavam conseguir que todas as pessoas e organizações tornassem-se conscientes de suas responsabilidades em relação à saúde e ao ambiente¹⁸⁹.

O traçar de políticas de saúde e ambiente foi a sua grande tônica, o que permitiu à experiência institucional dirigida, pelo entendimento da construção coletiva e aberta as iniciativas, de fazer saúde do trabalhador. Sua fundamentação conceitual norteou-se pelo arcabouço teórico dos conceitos de saúde, ambiente social, conforto ambiental e dos pressupostos de qualidade de vida¹⁹⁵.

Esta intervenção propiciou a articulação entre as unidades da FIOCRUZ, respeitando suas especificidades, pelo prévio uso do conceito de complexidade. Houve uma construção teórica e coletiva norteada pelos pressupostos da multiprofissionalidade e da transdisciplinaridade.

Os conceitos de vigilância em saúde do trabalhador - com releituras dos conceitos de vigilância da saúde, vigilância médica ou epidemiológica, medicina do trabalho e saúde ocupacional - também acrescentaram conteúdos, cujo objetivo foi o de formular e aplicar o sistema de informação para a construção de indicadores em saúde do trabalhador das demandas, articulando-as entre si¹⁹⁵.

O envolvimento dos trabalhadores teve o vislumbre de uma prática com arranjos de exposição e discussão institucional. O histórico de pensamento crítico, autonomia de ação pelas unidades, flexibilidade no sistema de controle dos seus trabalhadores e de respeito aos espaços técnicos que compõem a instituição, exigiu da saúde do trabalhador ampla capacidade de coordenação e agregação participativa - com o envolvimento dos trabalhadores e dos gestores.

A articulação de atuação entre todos os atores participantes e do conjunto de trabalhadores, visou aprofundar a construção de indicadores das condições de trabalho e a

formulação de proposta específica para as unidades da instituição. Este foi então um espaço para o aprendizado da expressão, da escolha e das representações sociais.

O projeto teve recursos orçamentários próprios com investimentos em contratação de recursos humanos especializados para atuar nos subprogramas de biossegurança, gestão ambiental, vigilância em saúde, bem como com interlocutores convidados, debatedores e avaliadores e compras de equipamentos para a implantação de núcleos e serviços.

Os diferentes processos de trabalho demarcam em si especificidades, de orientações e determinações técnicas de prevenção e segurança no trabalho, que necessariamente requerem os moldes internacionais de responsabilidade técnica e de vigilância sanitária.

Os levantamentos em laboratórios, serviços de saúde, ambientes fechados e escritórios, indústria, manutenção e trabalho ao ar livre trouxeram pendências técnicas fundamentais que se acentuaram diante dos processos de trabalho com forte caráter técnico e científico.

Os programas de vigilância em saúde; gestão de situação de risco; gestão ambiental; Núcleo de Informação em Saúde do Trabalhador (NIST); comunicação; gestão de programa; Sistema Integral de Saúde do Trabalhador (SIST) e biossegurança trouxeram demandas que foram alocadas em subprogramas definidos ao longo dos anos de 2002 a 2004.

Os temas dos subprogramas pontuaram a prevenção assistencial e de saúde do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO), pela “avaliação periódica”; o estresse pelo programa de saúde mental do MENTAL PREV, e a intervenção ergonômica e de avaliação de saúde para as unidades regionais da FIOCRUZ.

A especificidade do subprograma de biossegurança e de informação teve destaque para o registro e análise dos acidentes de trabalho, das avaliações dos agentes químicos, físicos e biológicos, grupos operativos de gestão e avaliação de riscos, medidas e treinamentos de prevenção e combate a incêndios, a revisão dos adicionais de situações de risco e de uma gestão integrada do risco para o entorno da FIOCRUZ.

A política de saúde do trabalhador da instituição, via projeto Fiocruz Saudável, previu a integração entre as áreas da assistência social, de acompanhamento sanitário e de prevenção técnica relacionada às condições de trabalho. A interação institucional, mantendo como preceito o envolvimento dos trabalhadores na definição e adoção das ações, deu ao projeto uma prática de integração, flexibilidade operacional e de geração de conhecimentos.

A estrutura institucional do projeto apoiou-se nas instâncias da vice-presidência de Serviços de Referência e Ambiente (VPSRA), Câmara Técnica de Ambiente (CTA), Comissão Técnica de Biossegurança (CTBio) e do Comitê Gestor dos programas.

Estas instâncias decisórias e executivas constituíram o organograma de gestão integrada com responsabilidades pelos grupos envolvidos. Os programas ligados à instância da atenção ao trabalhador ficaram representados pela CST e pela FIOPREV.

Os subprogramas que integraram a operacionalização constituíram-se de comissões para biossegurança, gestão ambiental, interlocutores, vigilância em saúde, informação e comunicação. As especificidades das unidades e a multiplicidade das formas de trabalho definiram as metodologias compatíveis aos locais¹⁹⁶.

As unidades laboratoriais (IOC, INCQS, CPQRR, CPQGM, CPQAM, CPQLD, ENSP, BIOMANGUINHOS, FARMANGUINHOS, CECAL), os serviços de saúde (IFF, IPEC, CSEGSF, ambulatórios regionais e IOC), os ambientes fechados de escritórios (CICT, INCQS, ENSP, DIREH, DIRAC, DIRAD, COC, Escola Politécnica, presidência e áreas de administração), a produção industrial (FARMANGUINHOS e BIOMANGUINHOS) e a manutenção e o trabalho ao ar livre (DIRAC) fomentaram estes subprogramas¹⁹⁷.

Encontros, oficinas e câmaras técnicas permitiram a identificação de prioridades de intervenções junto às unidades e aos subprogramas. A implantação institucional do NUST-IFF, o apoio a unidades regionais, os seminários internos, atenção à saúde mental junto ao FIOSAUDE, as avaliações ergonômicas e de conforto ambiental, o boletim *on-line* do projeto e programas, o plano de gerenciamento de resíduos e o desenvolvimento de palestras sobre saúde do trabalhador nas unidades são registros em relatórios deste projeto.

A lógica de ter nas diferentes unidades “pessoas-chave”, de gerar “informação para a ação”, “monitorar com avaliação e acompanhamento do projeto e programas” exigiram novos e contínuos modos de intervenção, práticas com consistência técnica elevada, e envolvimento no trabalho com equipe técnica em saúde do trabalhador com prática multidisciplinar.

No período de 2004 a 2006 as instalações da CST são reformadas e ocorre a ampliação do espaço físico e junção de todos os núcleos, visto que a equipe ficava fragmentada pela localização do SIST no prédio da expansão e a CST no prédio Quinino (DIREH). Os dez anos de existência da CST, com a missão de desenvolver melhorias nas condições de saúde e segurança

dos trabalhadores da FIOCRUZ, permitiram oferecer hoje ações de pronto-atendimento com baixa complexidade, avaliação de saúde e de ambiente de trabalho.

O quadro profissional envolve as áreas da medicina do trabalho, enfermagem, ergonomia, psicologia, serviço social, nutrição e engenharia de segurança do trabalho e de administração. Sua organização interna é formatada com a denominação de núcleos, que dividem os profissionais pelas áreas de formação. São eles: o NIST, o Núcleo de Avaliação de Ambientes de Trabalho (NAAT), o Núcleo de Atenção Reintegração e Aposentadoria (NARA), o Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador (CEST) - que desenvolve atividades técnico-científicas, encontros e fóruns de demandas com os SRH das unidades, grupos temáticos e sessões internas de trabalho. O Núcleo de Saúde do Trabalhador (NUST) presta pronto-atendimento clínico e de acidente, exames ocupacionais (periódico e admissional), avaliação nutricional e abordagem psicossocial, biossegurança, resíduo e acreditação (Anexos 22 e 23: Figuras 4 e 5).

O Núcleo de Saúde do Trabalhador do Instituto Fernandes Figueira (NUSTIFF) é localizado no IFF. Desenvolve frentes de ação voltadas para a resolutividade das demandas. O NUSTIPEC é vinculado diretamente ao SRH da unidade IPEC e mantém composição pela gestão do trabalho e saúde do trabalhador.

O serviço de pronto-atendimento é o que se destaca nas atividades da CST, atendendo anualmente ao quantitativo de 8.234 casos, com 422 atendimentos específicos de acidentes de trabalho. Tal serviço ocupa, assim, as atividades do NUST, que são executadas pela equipe médica e de enfermagem, seguida pelos atendimentos aos exames periódicos e ao atendimento a acidentes de trabalho e imunização.

A clientela majoritária é composta dos trabalhadores terceirizados, resultando em intervenção medicamentosa e abordagem clínica. As unidades da FIOCRUZ executam atividades isoladas e vinculadas à gestão do trabalho de responsabilidade do serviço de recursos humanos da unidade. Quatro delas possuem seus respectivos serviços de forma independente.

Por ocasião do concurso público da FIOCRUZ, em 2006, foram ocupadas seis vagas para as áreas de informação, medicina coletiva e engenharia de segurança, nutrição e serviço social. O serviço de recursos humanos da CST é, em sua maioria, composto por trabalhadores terceirizados, e não houve, desde sua concepção em 1998 até 2008, nenhum concurso específico para compor o quadro profissional em saúde do trabalhador e áreas instrumentais.

Atualmente, a CST e seus núcleos passam pelo processo de acreditação hospitalar aplicada a ambulatório de saúde, e vem buscando, pela forma de consolidar missão, metas e outros aparatos, futuro e vida organizacional. Estabelecem contato com os SRH para a inserção junto à lógica de *desenvolvimento humano* atribuída aos SRH e compreendida como saúde do trabalhador.

Os SRH das unidades atuam no campo da administração clássica de licenças, férias, afastamentos (absenteísmo) e agrega a política de *desenvolvimento humano e gestão do trabalho*. As iniciativas vão desde feiras de saúde até solicitação e encaminhamentos para periódicos, campanhas de imunização e outras demandas de acordo com as especificidades das unidades.

3.3.2.2 As condições de trabalho no IFF e IPEC

O Instituto Fernandes Figueira (IFF) é uma unidade hospitalar da FIOCRUZ que se destaca pelo desenvolvimento científico e técnico na atenção à saúde da mulher e da criança, constituindo-se como referência ao SUS para a assistência de nível terciário ao parto e à mulher. Segundo dados do SRH, a unidade possui 2.200 trabalhadores, excluindo-se a população de alunos e residentes.

As condições de trabalho na unidade hospitalar indicam necessidades relacionadas à obtenção de novos recursos humanos, capacitação e desenvolvimento de processos de trabalho complexos em tecnologias, exigências de alto nível para os atos de cuidar aos seus trabalhadores, criando a situação de sofrimento relacionado à demanda da clientela.

A unidade caracteriza-se por ser centro de referência para a saúde da mulher, criança e do adolescente. Atualmente, circulam pela unidade mais de 4.000 pacientes e 800 alunos dos cursos técnicos e de pós-graduação. É uma unidade hospitalar de nível terciário na linha de ação e cuidado do SUS, e atende a patologias de maiores complexidades relacionadas ao parto de alto risco, à criança portadora de má formação e necessidades especiais.

O Instituto de Pesquisa Evandro Chagas (IPEC), conhecido como hospital de Manguinhos foi inicialmente laboratório de observação clínica do pesquisador Oswaldo Cruz. Seu prédio, criado em 1918, sofreu recentemente adequações segundo normas de vigilância sanitária e vem passando pelo processo de acreditação.

Nos anos de 2003 e 2004, o ambiente hospitalar foi mapeado pelos seus trabalhadores - por ocasião do curso de capacitação em mapa de risco hospitalar. O objetivo foi identificar e

descrever os riscos dos processos de trabalho. Para tal, desenvolveu-se a metodologia de mapa de riscos pela abordagem de trabalho, com divisão de grupos variados de trabalhadores e posterior apresentação com formulações de discussões sobre os fatores de riscos coletivos.

3.3.2.3 NUSTIFF: atenção à saúde do trabalhador

- Cenário

O NUSTIFF foi reestruturado no ano de 1999, durante o processo de construção do programa Fiocruz Saudável, pois o início da atenção foi exercido por médicos da instituição que atendiam a questões de medicina do trabalho, o que era em função do plantão, de forma pouco diferenciada.

A demanda específica que favoreceu a construção do NUSTIFF foram as diretivas para a redução das licenças médicas e dos encaminhamentos para a junta médica, sendo esta uma unidade considerada adoecida no contexto da FIOCRUZ. As demandas de alterações músculo-esquelético também tiveram forte influência¹⁹⁸.

Atualmente, o NUSTIFF apresenta resultados para assistência ao trabalhador pelo departamento médico, serviços de acolhimento à demanda de licenças médicas com acompanhamento psicossocial, orientações, encaminhamentos e atendimento individual e coletivo ao trabalhador, na perspectiva das especificidades organizacionais.

O conjunto de regras formuladas para as atividades do NUSTIFF foi construído pelas relações estabelecidas entre os seus membros e usuários, seguindo as diretrizes do funcionamento segundo as proposições do projeto Fiocruz Saudável¹⁹⁸.

É uma unidade de atenção ao trabalhador localizada dentro do serviço de recursos humanos, no 2º andar do prédio anexo ao hospital, com limitações de espaço físico, para uma única sala de 9 m² (3m x 3m) que comporta toda a equipe, compartilhando as demais dependências com o SRH da unidade hospitalar.

Desenvolve ações para a função de inter-relação entre o trabalho e a saúde do servidor. O agregar do *desenvolvimento humano*, que conduz a política de recursos humanos da instituição, insere o núcleo. O NUSTIFF não possui áreas para atendimentos coletivos e individuais, carecendo principalmente de espaços para o atendimento individualizado ao trabalhador e demais membros da equipe. Entretanto, seus profissionais se adaptam à estrutura e recursos possíveis e

compartilhados com a estrutura hospitalar, desenvolvendo suas ações de forma conjunta e negociada nos consultórios e outros ambientes.

Utilizam espaços do hospital para realizarem os exames periódicos. Prestam pronto-atendimento e atividades que são desenvolvidas em parceria com a CST e seus profissionais, que se deslocam até a unidade. Dentre estes, destacam-se a ergonomia, a avaliação ambiental e a imunização pela equipe de enfermagem.

O núcleo tem intercâmbio com a CST e com os grupos temáticos que se desenvolvem na instituição. Executa atividade de trabalho de atendimento com abordagem social de acolhimento de demanda, afastamentos e licenças, atendimento e notificação de acidentes, exames ocupacionais, avaliações ergonômicas, grupos de ciclos de debate sobre trabalho hospitalar e psicossocial, Esse núcleo foi construído para atender às diretrizes e instrumentos de vigilância à saúde do trabalhador prescrita pelo Fiocruz Saudável.

A sistematização do PCMSO foi realizada com a participação dos trabalhadores, por meio de reuniões coletivas e de discussões sobre prioridades e modos de associação com os ambientes de trabalho. Para a organização do PCMSO, buscaram conhecer o processo de trabalho, investigando os riscos e territórios. As etapas dos exames periódicos consistem em entrevista social e implementação do questionário auto-aplicável¹⁹⁹.

O programa é caracterizado por um forte componente psicossocial de observação voltada para o sofrimento psicoemocional, com sequencial avaliação de saúde por exames laboratoriais, medidas antropométricas e exame clínico, e associação com dados da avaliação ergonômica e de segurança do ambiente e organização do trabalho. Paralelamente a esta avaliação, o núcleo realiza intervenções focadas no desenvolvimento de grupos operativos, avaliação ergonômica e fisioterapia laboral, estabelecendo-se reuniões semanais com os trabalhadores para um tempo de 50 minutos norteado pela metodologia da escuta, participação nas atividades do centro de estudo relacionadas com as comissões de interface do hospital e isto é uma atividade preponderante que o diferencia¹⁹⁸.

O serviço tem solicitação crescente para ausculta a partir da demanda de pronto-atendimento. Os trabalhadores buscam atendimentos individual e interdisciplinar voltados para acidentes de trabalho, sinais e sintomas provenientes do adoecimento no trabalho, conflitos inter e intrasetorial da organização hospitalar, solicitações de transferências de setor e mudança de função.

Tentamos atender sempre; temos o pronto-atendimento, a notificação de acidentes, a perícia médica com aposentadoria por invalidez, a readaptação funcional e relotação de trabalhadores, registro e controle e acompanhamento das licenças médicas, a avaliação postural e a ginástica laboral, mas isto não chega para todos os trabalhadores. Temos uma demanda não atendida e ainda por identificar.

O NUSTIFF desenvolve parcerias de trabalho e temos um grupo de gestão do ambiente de trabalho pelo processo de acreditação e então nós trabalhamos junto com os representantes das comissões de biossegurança e controle de infecção hospitalar e da gestão do trabalho¹⁹⁹. As condições de trabalho se refletem nas disfunções músculo-esqueléticas e nos sentimentos e aspectos emocionais para a organização do trabalho. Pelos estudos ergonômicos realizados pela CST e resultados dos exames periódicos, a unidade caracteriza-se por apresentar condições ergonômicas desfavoráveis ao trabalho, triplas jornadas de trabalho, predominância do gênero feminino, inadequação do quantitativo da força de trabalho, diferentes tipos de vínculos empregatícios e modos de gerir o trabalho para o trabalhador, que é uma síntese dos condicionantes deste adoecimento que caracteriza a unidade hospitalar.

A modalidade de intervenção (metodologia da escuta) vem desenvolvendo uma discussão interna de trabalho sobre o ultrapassar das naturalizações e impossibilidades que são construídas sobre a impenetrabilidade e mudanças possíveis nos ambientes de trabalho do tipo hospitalar. Elas visam discutir sobre o mudar dentro do já estabelecido, tendo a preocupação em cumprir os pressupostos e diretrizes do Fiocruz Saudável. As dificuldades provêm do envolvimento do trabalhador; ele participa pouco, a articulação e envolvimento dos atores é uma expectativa para que se possa aprimorar o trabalho.

- Atores:

O grupo de trabalho é constituído por uma médica do trabalho, uma técnica de enfermagem, um assistente social, um técnico administrativo e uma enfermeira. Os trabalhadores do NUSTIFF têm muito envolvimento com as atividades que desenvolvem. Isto é atribuído, em parte, ao processo de construção e ao acompanhamento pelo grupo do trabalho¹⁹⁹.

Os profissionais que estão no núcleo fazem parte desta sua reestruturação em 1999, sendo o NUSTIFF uma intervenção do projeto Fiocruz Saudável no IFF. É composto por uma assistente

social contratada e com formação também em direito - que trabalhou durante 15 anos em serviço privado ligada à SRH; uma médica pediatra, homeopata e médica do trabalho contratada pelo FIOPREV em 2000 - com experiência em gestão de planos de saúde. Em 2007, ela tornou-se servidora por concurso público para a vaga de médico do trabalho da CST/NUSTIFF e uma técnica de enfermagem do trabalho - servidora do hospital - transferida em 1999 para o núcleo devido ao processo de readaptação funcional. O serviço iniciou com dois estagiários do Centro de Integração Empresa Escola (CIEE) na área de administração e hoje, um deles é trabalhador contratado para o cargo de administrador. O núcleo tem parceria de trabalho com a psicologia clínica da unidade hospitalar e com os técnicos de segurança e ergonomistas da CST¹⁹⁸.

O núcleo desenvolve suas atividades com um sentido de aproximação com os trabalhadores da unidade hospitalar. Ele tem o enfoque mais voltado para a cultura do atendimento social, entretanto a organização do NUSTIFF em relação às necessidades e ampliação da área física para a execução de atividades realizadas nas dependências do hospital é um desafio.

3.3.2.4 Impressões e apreciação sobre a intervenção (IFF/NUSTIFF)

O NUSTIFF possui limitações de áreas físicas, entretanto, supera suas dificuldades inserindo-se na estrutura da organização hospitalar, tem seu exame periódico desenvolvido pela definição de rotinas e eixos de trabalho, há pouca autonomia e uma colaboração da CST para desenvolver as atividades que requerem outros profissionais do NAAT, da ergonomia e fisioterapia. Este é um emplacamento discutido pelos pressupostos do projeto Fiocruz Saudável e da aplicação de seus programas, que têm a preocupação e o zelo por manter suas diretrizes e proposições. A unidade é distante do *campus-sede* da CST e isto é limitante para a agilidade e cumprimento de suas ações como gostariam.

O hospital recebeu novos servidores no último concurso. O NUSTIFF executou os exames admissionais e, desse modo, o grupo de cinco profissionais da saúde do trabalhador, procuram dar conta das demandas de uma força de trabalho de 2.700 funcionários.

3.3.2.5 NUSTIPEC: a atenção à saúde do trabalhador

- Cenário

As atividades para a saúde do trabalhador no hospital do IPEC iniciaram-se no ano 2000 junto ao departamento de epidemiologia e antropologia da mesma instituição. Ele desenvolveu três atividades: identificação de riscos do ambiente de trabalho, levantamento de demandas para a atenção à saúde e atendimento para acidentes com potencial de agentes microbiológicos. Essencialmente, o NUSTIPEC notifica e avalia os acidentes pelo viés da biossegurança e HIV/AIDS. Desenvolve atividades pelo eixo institucional de *sensibilização e biossegurança*.

A identificação de riscos no ambiente de trabalho na unidade hospitalar ocorreu pela metodologia de mapas de risco, com investigação desenvolvida pelos trabalhadores da unidade após curso de capacitação e instrumentação técnica metodológica. Houve também a investigação, por meio de um questionário de autoavaliação à morbidade referida, utilizando-se método epidemiológico de estudos longitudinal da saúde dos trabalhadores (PROSEC), o levantamento das condições de saúde e demandas de atenção do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas.

Isso resultou em posteriores campanhas de multivacinação ocupacional rompendo com a cadeia epidemiológica de transmissíveis relacionadas ao trabalho, identificação de demandas para o desenvolvimento de atividades físicas e programa de controle do peso, bem como da implementação de ações de promoção para a prevenção e tratamento no combate ao tabagismo.

As condições de trabalho refletiam inadequação de espaço físico para o desenvolvimento da maioria de suas atividades e grande quantitativo de trabalhadores terceirizados, o que mudou durante os anos de 2007-2008, devido à admissão de 800 novos funcionários concursados e a realização de obras com vistas às adequações sanitárias da RDC 50, da ANVISA, e processo de acreditação hospitalar.

A infraestrutura e organização do NUSTIPEC estão hoje inseridas ao SRH da unidade hospitalar e tem buscado atender às questões referentes a demandas de promoção e prevenção da saúde pelo grupo de trabalho deste setor. A atenção ao trabalhador encaminha suas demandas para a CST e tem pouca autonomia, pela não-disponibilidade de recursos humanos e técnicos e de espaço físico.

O NUSTIPEC está localizado no prédio anexo ao hospital, no departamento de recursos humanos. Não possui área para o atendimento individual. Quando há necessidade de fazê-lo são utilizadas as dependências do hospital. O processo de trabalho predominante é o de notificação e atendimento a acidentes de trabalho e encaminhamentos para a CST e seus núcleos.

- Atores

O núcleo hoje está limitado a um representante, com formação em Serviço Social, que atua junto à equipe de recursos humanos, que é formada por sete servidores. Ele realiza programas específicos de saúde para os seus trabalhadores. A proposta atual é de adquirir maior autonomia de trabalho e executar seus exames periódicos. Estão, no momento, consolidando dados referentes ao PROSEC e identificando as demandas referentes a condições de saúde e dos ambientes de trabalho recentemente reformados.

Precisamos de autonomia de trabalho e recursos materiais e humanos. Reivindicamos uma área física de trabalho para nos estabelecermos enquanto núcleo de atenção ao trabalhador. (Entrevistado 16)

3.3.2.6 Impressões e apreciação à intervenção (IPEC/NUSTIPEC)

A proposta carece de recursos e vem amadurecendo as demandas de recursos humanos para a atenção à saúde ao trabalhador. Hoje ela se sustenta na estrutura do SRH e na perspectiva da unidade local. Vem estabelecendo suas frentes de trabalho, implantando junto ao SRH ações que se agregam à política do eixo de “desenvolvimento humano” - da DIREH - como articulação e interlocução para a saúde do trabalhador da FIOCRUZ.

3.4 Análise e Discussão dos Resultados

A força e postos de trabalho hospitalar no Brasil indicam a importância de intervenção e atenção para os trabalhadores do setor de serviços de saúde, visto que, pelas proposições da PNSST, estes trabalhadores estarão recebendo os demais trabalhadores em seus diferentes postos de trabalho e portas de entrada na rede de cuidados do sistema de saúde brasileiro.

A identificação dos conteúdos teóricos norteadores do campo da saúde do trabalhador permitiu, a partir das produções científicas, saber como este vem se desenvolvendo e amadurecendo suas proposições teóricas e práticas no intuito de promover, de fato, mudanças e transformações nos processos coletivos de trabalho e na promoção da saúde do trabalhador.

O panorama das condições de trabalho hospitalar revela explícitas questões referentes ao paradigma e concepção da saúde e trabalho pelas leituras relativas aos fatores de risco e ao

adoecimento. A não-construção de indicadores da relação saúde-trabalho pelos processos de trabalho em saúde demonstra carência de formulações mais abrangente para o setor de serviços e com destaque para as atividades em saúde.

Os espaços de intervenções e atenção à saúde do trabalhador, que foram identificados em unidades hospitalares no estado do Rio de Janeiro, são mínimos diante do universo de estabelecimentos e de serviços de saúde nele existentes. Os estudos de caso nas instituições UERJ e FIOCRUZ são um recorte deste universo, muito embora tenham em relação às demais instituições de saúde e unidades hospitalares destaque e recursos públicos mais específicos, o que favorece as condições de trabalho quando comparadas às demais unidades (Quadro 18).

O objetivo alcançado pela investigação foi o estudo acerca da prática nos espaços de intervenção e atenção ao trabalhador em hospitais. Os princípios do campo da saúde do trabalhador têm forte concepção teórica e pouca formulação de prescrição para a referência da prática, bem como o hábito de não formalizar a construção das práticas pela avaliação, além dos avanços e desafios estabelecidos pelo campo.

A observância do campo no contexto das políticas públicas de saúde coletiva e as considerações dos pressupostos e metodologias que contemplem a articulação e envolvimento do trabalhador são identificadas como um dos maiores desafios na construção das intervenções.

Durante a execução da pesquisa de campo, a postura dos entrevistados revelou-se, em alguns momentos, defensiva, pela exposição do próprio cargo ocupado e da instituição. Este ator defendeu e apontou as distorções e, ao mesmo tempo, sentiu-se pouco seguro de expressar suas verdadeiras opiniões. Tal observação foi identificada na descrição de seus depoimentos e durante o processo de execução da pesquisa: havia grande preocupação de expor as instituições diante das refutações e negociações junto aos comitês de ética.

Durante a coleta de dados, a posição de pesquisadora tornou-se de “escuta do trabalhador em saúde do trabalhador”, elo de interlocução das dificuldades e distorções existentes nos espaços de intervenção e atenção - que acabam por reproduzir os problemas das unidades de saúde onde estão inseridos.

Os espaços de intervenção e atenção - denominados de núcleos, serviços, departamentos e outras formas nomeadas pelas unidades em substituição à nomenclatura de SESMT clássica em serviços - apresentam baixa autonomia de governabilidade e estão sujeitos às nuances e modos de ser das unidades responsáveis pela vida burocrática e administrativa, ficando vulnerável à política

progressiva ou conservadora dessas organizações. Isto porque estes espaços são vinculados aos recursos humanos das organizações os quais articulam as questões de saúde do trabalhador.

Identificamos, na pesquisa de campo, nomenclaturas específicas utilizadas para denominar os espaços de intervenção e atenção, que também definem seus graus de organização e de recursos nos organogramas institucionais. Logo, há necessidade de defini-los pelos seus termos comuns tais como: programa, núcleo e serviço. Como resultado encontrado, o espaço “núcleo” destaca-se na instituição FIOCRUZ. Cabe, neste momento, a discussão sobre o que de fato há de conteúdo e significado sobre estas denominações que trazem no seu bojo uma concretude de ação.

Então, núcleo são espaços de aplicação de estratégias com disposição para se realizar ações com caráter central, elementar e essencial na estrutura de uma organização. Suas ações são voltadas para as necessidades imediatas e urgentes dos trabalhadores, com leituras das categorias saúde e trabalho pelas ciências sociais com enfoque nas relações coletivas de produção.

Também é um dispositivo organizacional que denota e traduzem o sentido de estudo e de pesquisa em sua essência, e que agrega grupos de pessoas e de profissionais com empreendimentos voltados para a construção de experiências de diagnóstico, intervenção e análise. Tem interface para a educação e a promoção de ações coordenadas, a partir de um projeto único e integral que perpassa os caminhos da capacitação por grupos de estudo em saúde do trabalhador.

Aparece como uma proposta de espaço de intervenção e atenção ambiciosa e que requer recursos humanos capacitados com potencial de articulação de desenvolvimento de um projeto integrado e coordenado de trabalho. Os serviços trazem em si o sentido de trabalho, que se serve de um conjunto de atividades destinadas ao trabalhador, com aplicativos das ações de vigilância epidemiológica e sanitária e da promoção da saúde.

Este tripé deve ser voltado para a construção de indicadores porque estes servem de parâmetro para o paradigma da vigilância a saúde e para os pressupostos da vigilância em saúde do trabalhador e da promoção da saúde. Estes devem estar relacionados à categoria processo de trabalho e para o trabalhador enquanto sujeito coletivo, elemento central da intervenção, recuperação e reabilitação, implicando na disposição de sub-serviços internos, que exigem liderança e coordenação do trabalho em grupo e com amplo conhecimento técnico.

Inserido no campo da administração e do planejamento, *programa* consiste na construção de exposições de diretrizes e objetivos qualificados para se atingir metas com vistas a solucionar os indicativos de demandas, pela abrangência da coletividade de trabalhadores. Assim, a proposta de programa é uma expressão das políticas de saúde, cujo objetivo é produzir uma mudança na situação atual observada a partir de indicadores que permitem acompanhar, controlar e avaliar a sua execução.

As vertentes da política de atenção ao trabalhador para as proposições acerca da atenção diferenciada nos serviços de saúde, defendidas ao longo das três Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador (CNST), vêm, através das intervenções do tipo projeto, programas, núcleos e serviços de atenção aos trabalhadores como uma forma pontual e isolada de tratar as questões de saúde do trabalhador institucionalmente.

Conforme as modalidades encontradas nas instituições, como mostra o Quadro 18 a seguir, as possibilidades e formatos de organização foram sistematizados para os modos de intervenção. Essas escolhas suscitam também eixos metodológicos para a intervenção e atenção em saúde do trabalhador.

Quadro 18: Modelos de intervenção organizacional em saúde do trabalhador aplicados ao trabalho hospitalar

| Tipo de estrutura | Conceito | Abrangência organizacional | Nível de intervenção | Nível de complexidade |
|-----------------------------------|---|--|-------------------------------------|--|
| Comissão (CST) Divisão | Atende missão de trabalho | Gerência | Sistêmica | Associação organizacional |
| Coordenação (CST) Departamento | Coordenar e liderar equipe de técnicos do trabalho | Desenvolvimento de projetos e ações | Equipe de trabalho | Projeto único de trabalho |
| Núcleo | Ação coletiva multiprofissional | Ações estritas e focadas a um atendimento | Pontual sobre uma questão | Dependência de alocação a uma estrutura organizacional |
| Serviço | Direção técnica a complexidade da atenção oferecida (*) | Sistematização frente às normas técnicas em para serviços de saúde | Prestação de serviço saúde | Grau de complexidade em serviços de saúde |
| Programas | Abrangência situacional de uma ação em saúde | Interinstitucional e regional | Escolha e atendimento a uma demanda | Ampliada e complementar |

(*) Complexidades de ações em saúde: primária (promoção), secundária (prevenção), terciária (assistencial)

Fonte: Elaboração própria

Os espaços de intervenção e atenção reproduzem o modelo assistencial vigente para as organizações de saúde, baseando-se no modelo clínico e de medicina do trabalho, inclusive

mantendo-se a constituição de equipes de saúde ocupacional definidas pela Portaria nº 3.214/78 em conformidade com a NR-4 e Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho SESMT, conforme o Quadro 19, mesmo quando apresentam denominações diferenciadas.

A ação predominante nas unidades estudadas e nas experiências expressas nas produções científicas vem se desenvolvendo na perspectiva do modelo assistencial e de higiene ocupacional, com pouco vislumbre do modelo sanitarista. Um exemplo é a atividade de imunização - que reproduz parte logística da unidade básica de atenção do SUS e não tem como manter suas dimensões.

Deve-se pensar sempre nas possibilidades de dar conta de tantas microrreproduções e avaliar o grau de comprometimento ao desenvolver ações isoladas. Encaminhar para a rede de serviços do SUS é uma proposição da RENAST e a unidade hospitalar e/ou núcleos e serviços devem considerar a proposta do projeto que se desenvolve na perspectiva da promoção, sem correr o risco de reproduzir os serviços com estas competências, de modo puramente prevencionista.

A unidade hospitalar e o espaço de atenção ao trabalhador podem estabelecer comunicação e parcerias em suas ações para o atendimento coletivo ampliado, devendo primar por manter o nível da qualidade de suas ações sem replicá-las de forma improdutiva e comprometedora. Deve-se olhar o nível fundamental do que pode ser realizado e o que pode ser encaminhado e orientado para o trabalhador, sem que se perca a perspectiva do campo da saúde do trabalhador.

Ao assumir frentes e demandas já preconizadas e concebidas, como pertencentes à atenção à saúde do trabalhador, esquece-se do teor imbricado nas normas antecedentes, bem como o risco da fatal reprodução dos seus elementos críticos e paralisantes, diante de proposições mais inovadoras de estabelecer análises sobre o trabalhador, enquanto sujeito do processo de trabalho.

O modelo assistencial ainda em vigência é pouco estruturado, pelas dificuldades de formação de equipe multiprofissional qualificada em saúde do trabalhador. Há pouca organização estrutural do serviço e articulação em rede, assim como baixa definição de tarefas e de competências entre seus membros numa perspectiva interdisciplinar de trabalho integrado.

Estas deficiências vêm dos serviços de saúde ocupacional e estão sendo incorporadas pela saúde do trabalhador, que também mantém e reproduz o viés histórico de se manter ligado ao

setor de recursos humanos das instituições, o que lhe confere baixa autonomia e capacidade de autogestão. Desenha um papel de atendimento fundamental a questões referentes a exames ocupacionais com a égide de admitir (apto) e de cumprir exigências para fins de acreditação e licenciamentos. Estes são propósitos distintos entre si que se confrontam fortemente quando ligados às questões de absentismo, licença médica com afastamento e mudança de função.

A proposição de atenção à saúde do trabalhador com investigação e intervenção se perde nesta estrutura coercitiva. A tendência é de comodidade ao que parece seguro e já conhecido, mesmo que isto cause inércia organizacional com perda da perspectiva da promoção da saúde, construção coletiva e investigação da relação saúde-trabalho.

Existe a necessidade de ensino-aprendizado que alcance o maior número possível de pessoas neste campo de conhecimento, o que propiciaria uma maior interlocução entre seus atores e executores, o exercício da ética profissional, habilidade de gestão e coordenação na dinâmica do trabalho interdisciplinar e multiprofissional.

A estruturação fica incipiente, pela pouca visibilidade do sentido e direção a serem tomados, sofrendo influência do não saber dos recursos necessários e da falta de planejamento, o que aponta para uma reduzida integralidade das ações e de interlocução. Um desafio da saúde do trabalhador é a construção e a aplicação de um modelo estratégico para serviços de saúde e sua articulação em rede, rompendo com o isolamento das ações frente aos sistemas de saúde local, quando não da própria estrutura institucional.

Detectou-se que a hipótese de reproduções por influências dos contornos e recortes das práticas normativas está presente nas práticas do campo da saúde do trabalhador. As profissões clássicas constituem o quadro de trabalho, trazendo suas questões internalizadas, que se somam às cobranças institucionais sobre as normas, leis e sistemas de previdência e de avaliação de desempenho das organizações oriundas do paradigma que antecede o campo.

Os instrumentos de legislação direcionam ao SUS a atenção e assistência diferenciada à saúde dos trabalhadores. Entretanto, as normatizações do trabalho para a saúde interferem com cobranças clássicas e que, de fato, definem as regras de acomodação no mercado de trabalho e na linguagem das organizações. Ao que se refere às atribuições explícitas, há carência de definições e modos de dar respostas para a assistência e demandas ampliadas de saúde. Isto porque os conflitos e questões referentes ao trabalho, à saúde e ao meio ambiente requerem identificação dos determinantes da relação saúde-trabalho. Isto demanda um sistema de informação capaz de

racionalizar os dados, gerando informações elaboradas a partir da integração de avaliação interdisciplinar.

Nos serviços de saúde, a metodologia de identificação de riscos é amplamente aplicada no controle das doenças de notificação compulsória, das doenças de caráter infecto-contagioso e de relevância referente às taxas de incidência, prevalência e do risco de morbidade, sendo um conjunto de práticas desenvolvidas com a aplicação dos métodos epidemiológicos. Este modo ainda é mantido com abordagem centrada para as práticas de atenção aos acidentes de trabalho com material de potencial biológico para contaminação. Quando há notificação, esta não conflui para uma continuidade com monitoramento e acompanhamento dos acidentados e não são seguidas de investigação e intervenções de caráter coletivo e individual.

As aplicações das ações de vigilância, no campo ciências sociais e da saúde, perpassam a leitura qualitativa e quantitativa do modelo científico em aplicação, entretanto devem evoluir nas práticas em saúde do trabalhador. O sistema de avaliação e investigação em vigilância sobre as fontes de risco e modos de exposição deve estabelecer vinculação ao processo de trabalho e o trabalhador, com a construção de indicadores de saúde e trabalho, que permitam a ampliação coletiva, pois isto ainda é fragmentado e pouco organizado, quando não, inexistente.

A relação dos problemas levantados pelas produções científicas da revisão sistemática sugere complexos conteúdos a serem considerados na busca de um diagnóstico situacional para o posterior planejamento e escolha da intervenção pelos recursos disponíveis. Duas produções foram alusivas à intervenção no formato de atenção ao trabalhador do hospital, com o oferecimento de serviços, o que demonstra a carência de estudos sobre o tema com direcionamento para o campo da saúde do trabalhador, em função da necessidade de discussão da prática e da capacidade de se promover transformações na atenção integrada ao trabalhador.

Através da relação de problemas situacionais prioritários e de possíveis eixos para construção de um projeto único de trabalho nas organizações hospitalares, há de considerar suas especificidades locais, com possibilidades de aproximações para as situações mais amplas, identificando os condicionantes e os determinantes da situação em foco.

Estes problemas representam situações e condições de trabalho com aspectos multifacetados e que exigem ampla discussão para cada elemento constitutivo. Norteia o olhar geral e superficial exigidos no primeiro momento da observação das considerações iniciais sobre

as condições da relação saúde-trabalho e subsidiam as investigações e aprofundamento dos estudos, com posterior escolha das prioridades e frentes possíveis de intervenção.

Os estudos dos conteúdos teóricos e das metodologias comumente aplicadas ao estudo hospitalar expressaram abordagem centrada no conceito de risco como um problema dos hospitais e que este é inerente e relacionado às atividades de trabalho e aos processos de trabalho em saúde.

Após vinte e oito anos, os serviços de saúde vivenciam a proposta de implantação da Norma Regulamentadora para Estabelecimentos e Serviços de Saúde (NR-32) da Portaria nº 214 do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), diretiva para o trabalhador regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Para os hospitais públicos, submetidos ao Regime Jurídico Único (RJU), estas normatizações podem até servir de influências.

A NR-32 concentra-se na higiene e segurança do trabalho e nos riscos biológicos, físicos e químicos, não contemplando os processos de trabalho em saúde. Assim, os arranjos organizacionais e as demandas de natureza ergonômica não são analisados como fatores desencadeadores de riscos para os condicionantes da relação saúde-trabalho hospitalar.

A responsabilização e o direcionamento das questões normativas de saúde ocupacional para as instituições públicas possuem características peculiares, segundo a política de Estado para a atenção à saúde do trabalhador. Esta particularidade é consoante à política de recursos humanos para as esferas de governo, como o exemplo do SISOSP/ SIAS na esfera federal, da gestão e qualidade no trabalho da SES na esfera estadual e da proposta servidor saudável da SMS na esfera municipal. Todas elas têm seus respectivos planos de saúde, biometria e perícia médica, aposentadoria e benefícios, que são diferenciados dos trabalhadores celetistas.

Entretanto, o arcabouço normativo específico em saúde do trabalhador tem abrangência para os serviços públicos e privados. São a Constituição Federal, a Lei Orgânica da Saúde e outros instrumentos e regulamentos federais, estaduais e municipais. As normatizações de ações no campo da saúde do trabalhador, pelas Portarias MS nº3.120, de 1º de julho, e MS nº3.908, de 30 de outubro, ambas de 1998, tratam respectivamente, da definição de procedimentos básicos para a vigilância da saúde do trabalhador e da prestação de serviços nessa área.

O setor de serviços como escolas, comércios e hospitais, dentre outros não foram, ao longo das últimas décadas, prioridades do Ministério do Trabalho. A intervenção em saúde do trabalhador nas instituições de saúde do tipo hospitalar é tardia, se comparada com as indústrias.

O setor de serviços tem defasagem em relação à saúde ocupacional e à segurança do trabalho. A ausência das intervenções fundamentais coexiste com as carências primárias.

A fiscalização sanitária para estabelecimentos e serviços de saúde é pautada no controle de infecção hospitalar e da qualidade do serviço prestado ao usuário em defesa do código do consumidor. Não tem o seu foco no trabalhador e no trabalho. Os processos de trabalho são entendidos pelo conceito, por exemplo, de Donnabidian e de outros teóricos da administração e planejamento, olhando os fluxos pelas interdependências dos processos de trabalho para a gestão em serviço.

A tuberculose por exposição ocupacional, o potencial de contaminação por acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes com contaminação ocupacional pelos vírus HIV e Hepatite sorotipo B e a crescente flexibilidade dos vínculos de trabalho, acirraram o debate sobre o adoecimento no trabalho hospitalar e estimularam os profissionais de saúde a intensificarem, a partir das décadas de 1980 e 1990, estudos acerca de seu próprio trabalho.

A iniciativa dos representantes das instituições hospitalares públicas em discutir o trabalho hospitalar, com a formação de grupos de estudo sobre o tema, promoveu o direcionamento coletivo da discussão do trabalho em saúde. Atualmente, a ampliação do tema envolve os conceitos de integralidade, cuidado, educação e trabalho humanizado, como uma compreensão que favorece a visibilidade gradativa das demandas dos trabalhadores.

Entretanto, as demandas que geram a necessidade de atender nos moldes de pronto-atendimento e às questões emergentes de situações de exposição a fatores de riscos e de casos de adoecimento exigem respostas urgentes.

As produções científicas apresentam mais de um marco referencial imbricado ao tema segurança e fatores de risco, sobretudo na região Sudeste, pelo maior quantitativo de produção científica e de mão-de-obra de profissionais de saúde. Os investimentos públicos com tradição de formação qualificada em saúde fazem grande referência aos riscos ocupacionais como um dos principais aspectos de saúde do trabalhador em hospitais.

As interfaces controle da infecção hospitalar, gerenciamento do resíduo e gestão do risco apresentaram-se como motivadoras das leituras pelos princípios da higiene e segurança, revelando a busca da redução de danos em relação ao ambiente de trabalho. O gerenciamento de resíduos em saúde, a biossegurança, os códigos de ética e bioética, as atribuições, normatizações

profissionais e protocolos são discussões que indicam a necessidade de medidas de segurança e de proteção para os trabalhadores e usuários.

Tudo isto nos leva a refletir acerca do sentido e revelação que são fornecidas por estas pesquisas. Retratar e revelar questões vivenciadas pelos trabalhadores dos hospitais traz a compreensão de si mesmos e expressam em suas produções realidades laborais complexas. Esta questão se soma à conformação de relação hierárquica do poder pelo saber e divisão das atividades, ausência de respeito às competências de trabalho, seguido de distorções organizacionais e controle do trabalho, que vieram de modo secundário por complementarem as questões de interação em equipe multiprofissional.

As concepções escolhidas nos recursos empregados pelas instituições UERJ e FIOCRUZ para a construção da atenção à saúde dos seus trabalhadores, demonstradas por intermédio dos estudos de caso, têm elementos similares no que se refere às demandas e necessidades existentes pelos serviços e núcleos.

Para a UERJ, a aplicação da normatização é oficialmente clara e definida nos seus instrumentos internos de regimentos do serviço, normas e rotinas, enquanto que para a FIOCRUZ, esta normatização é mais distanciada do rigor de formulação e oficialidade nos seus documentos internos, não havendo uma documentação institucionalizada.

Porém, o modo cotidiano como fazem saúde do trabalhador é, para ambas as instituições, centrado na ação prática das normatizações. Entretanto, alguns componentes são mantidos de forma normatizada e quase que imutável nas suas metodologias estrutural e funcional. Tanto em uma quanto em outra, ocorre baixa eficiência e eficácia na aplicação das normas e resoluções para a aplicação de exames ocupacionais, que sabidamente são práticas executadas pelos SESMT's. As referências para os problemas com exames periódicos, em ambas as instituições, são a baixa adesão pelo trabalhador, não-atendimento a todos, não-conclusão das fases do processo e a total ausência de planejamento interdisciplinar. Isto em razão dos escassos recursos financeiros e humanos, bem como pela falta de planejamento, que acaba por atender pelo critério de prioridade direcionada para os setores com exigências e pendências em relação à vigilância sanitária, processos de acreditação e órgãos de controle de qualidade.

Observamos e identificamos, nos processos de trabalho referentes aos exames periódicos, entraves que já foram superados em muitas empresas e instituições estatais. As situações críticas referenciadas são pertinentes à “convocação dos trabalhadores”, “coleta de exames laboratoriais”,

“formulários médicos inadequados”, “articulação com os trabalhadores numa relação de dependência aos SRH” e uma negociação por setores para alocar os escassos recursos para a sua execução.

Na FIOCRUZ, a baixa definição das atividades para a equipe multiprofissional, a não-coordenação do PCMSO com conhecimento técnico e científico para a sua implementação e o não-planejamento do programa torna o médico do trabalho apenas um executor de consultas. A UERJ tem mais avanços, pois possui um formulário multiprofissional para os exames periódicos e estabelece alguma associação aos programas de saúde da instituição.

Em ambas as instituições não são desenvolvidas a avaliação de saúde para a identificação de prioridades e direcionamento dos recursos para a execução dos exames periódicos. Muitos são os encontros e discussões para a chegada ao atendimento final do exame periódico com um único profissional - o médico do trabalho. O período entre as fases pode variar de três a seis meses da primeira convocação para a segunda - que seria o encontro com o profissional médico -, tornando o processo moroso, espaçado e com escassa elaboração de intervenção.

Quando o segundo encontro ocorre, há espera em função do pronto-atendimento. Misturam-se trabalhadores em situações díspares em um único ambiente e, por vezes, com o mesmo profissional, que tem que administrar o atendimento em situações de urgência e emergência clínica e/ou de acidente de trabalho.

O formato de trabalho flui para as atividades fundamentais do PCMSO e de unidade de pronto-atendimento, mesclada com ações próprias de ambulatórios de avaliação clínica com baixa complexidade, com baixa qualidade e desvio significativo da missão de prevenção e do cuidado em rede integral de complexidade e níveis de responsabilização e potencial de poder assistencial e curativo.

Quando é realizada a *promoção da saúde*, esta é encaminhada pelos moldes de ações isoladas com foco em programas de saúde pública, sem que haja a implantação e fundamentação dos mesmos como um projeto ampliado e integrado de trabalho da equipe multiprofissional.

Ocorrem iniciativas, tais como a de grupos de discussão com os trabalhadores acerca de focos específicos de setores das unidades hospitalares; entretanto, não há perspectiva de continuidade.

No setor de serviços de saúde, a sua aplicação tem sido marcadamente feita no âmbito da assistência aos trabalhadores - o que acaba por imputar ações imediatas e específicas para assistência e postergam a promoção, prevenção e recuperação (readaptação/adaptação) da saúde do trabalhador.

A complexidade ao nível da atenção ao trabalhador define grau de complexidade com o exigir de refinamentos dos serviços. O que ocorre é a reprodução de unidades diferenciadas dentro da própria estrutura, como por exemplo, o pronto-atendimento com observação e administração de medicamentos. Estas intervenções têm normatizações que demandam áreas físicas e fluxos de atenção em conformidade com a legislação para a linha de cuidados especializada de urgência e emergência, Suporte Básico de Vida (SBV), Internação e transferência com remoção, conforme Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2002 do Ministério da Saúde do Brasil.

Esta demanda está prevista e construída no SUS. Para a proposta de núcleo e serviço, isto representa uma reprodução dentro dos níveis hierárquicos de responsabilidades assumidas com o coletivo de trabalhadores. Isto gera a espera que seja realmente feito um atendimento adequado, o que fica sujeito às normas técnicas em saúde, e acaba por exigir uma equipe de especialistas para ambulatórios em saúde ocupacional e em emergências clínicas (Anexo 24: Quadro 20).

A gestão integrada e a coordenação das atividades interdisciplinares nos parecem ser uma questão que depende muito da articulação da equipe de trabalho. Tal fato acaba por requerer instrumentos de aplicação ao campo da saúde do trabalhador, precedidos dos pressupostos referentes à equipe multiprofissional com cooperação no trabalho, o que exige destes especialistas, maturidade e liderança capaz de promover a integração, discussão e criação contínua do trabalho em grupo.

A instituição FIOCRUZ tem maior inserção e interlocução com os pares e articuladores da PNSST, muito embora tenham, na CST e nos núcleos, ações isoladas e envolvidas na atenção referente a pronto-atendimento, acidentes e aos exames periódicos, avaliações de insalubridades e atendimentos de perícia médica. Estas atividades definem os processos de trabalho e ocupam a força de trabalho em saúde do trabalhador para um perfil assistencial e de controle previdenciário.

Porém, o planejamento da atenção e a integração interdisciplinar ainda são incipientes, apesar da articulação ao cenário político da saúde do trabalhador, o que é bem distanciado na

instituição UERJ. Na FIOCRUZ, o fazer multiprofissional está em ações isoladas de saúde pública, com baixa penetração das influências biomédicas, enquanto que na UERJ o fazer profissional é marcadamente reconhecido como técnico e corporativista. Aspectos referentes à ligação com o serviço de recursos humanos é uma unanimidade para os espaços de intervenção e atenção à saúde do trabalhador. O modo como lidam e se articulam em função da relação de simbiose e de alocação organizacional aos recursos humanos, tem influência nas instituições estudadas e nas organizações clássicas como os SESMT, carecendo de maior detalhamento em relação a esta cultura que vincula saúde do trabalhador a recursos humanos.

Na totalidade das ações que são desenvolvidas pelos núcleos ou serviços apresentados no Quadro 19, identificou-se muita proximidade com as normas e manutenção da prescrição de atividades que são executadas por estes profissionais e seus diferentes cenários de trabalho. Há, de fato, pouca distinção entre os SESMT's convencionais e os modos operacionais em saúde do trabalhador. Parece que o diferencial consiste no modo como alguns profissionais executam suas práticas, embora haja a manutenção em sua estrutura da cultura corporativista.

Quadro 19: Comparativo Institucional

| VARIÁVEIS | UERJ | FIOCRUZ |
|-------------------------------|---|---|
| Construção do serviço | Decreto (SRH) | Contexto – Programa Fiocruz Saudável (DIREH) – diretrizes e objetivos |
| Estrutura organizacional | DESSAUDE e DISHUPE (Divisões de saúde/ SRH) | Coordenação Saúde do Trabalhador (CST) e núcleos (DIREH) |
| Recursos humanos | SESMT – NR 04, inserção de assistente social | SESMT – NR 04, inserção de psicólogos, assistente social, biólogos, nutricionista |
| Processo e trabalho prescrito | Documento formal de atribuições, normas, rotinas e atividades por serviços normatizados | Demanda espontânea não Normatizada |
| Serviços disponíveis | Serviços de enfermagem, engenharia, medicina e social | Sub-núcleos: NUST, NAAT, NIST (Sist) |

Fonte: Elaboração própria

As prescrições da OIT e do SESMT são claramente direcionadas para os fatores de risco, voltados para os equipamentos de proteção, acompanhamento de condições do ambiente de trabalho, readaptação após adoecimento, bem como a manutenção de máquinas e de materiais para as práticas de trabalho, implantação de tecnologias, educação para prevenção e registro de acidentes. As diretrizes do SESMT são essencialmente prevencionistas para acidentes de trabalho (Quadro 21).

Quadro 21: Classificação dos eixos metodológicos e ações vinculadas

| Eixos metodológicos | Ações vinculadas |
|------------------------------|--|
| VST | Notificação de acidente de trabalho, imunização, inquérito tuberculínico, periódicos, monitoramento de acidentes e trabalho, patologias do trabalho, afastamentos, licenças médicas. |
| Segurança do trabalho | Avaliação de riscos ocupacionais, monitoramento de fatores de riscos, implementação de EPI e EPC. |
| Ergonomia | AET, avaliação ambiental, arquitetura, imobiliário, análise organizacional, trabalho prescrito, real, sofrimento psíquico, cargas e desgastes. |
| Administração e planejamento | Gestão do trabalho, avaliação de gestão, programas de qualidade. |
| Saúde Mental | Violência, assédio moral, estresse. |
| Saúde Coletiva | Promoção da saúde, precarização do trabalho, grupos coletivos de discussão, metodologias abordagem dialética-hermenêutica, subjetividade coletiva, políticas públicas (PNSST, PNH). |

Fonte: Elaboração própria

As recomendações pelas ações identificadas apontam que a atenção está focada no pronto-atendimento e nas avaliações de saúde. A construção de um projeto para os exames periódicos deve considerar o aprimoramento da prática profissional que agregue o envolvimento interdisciplinar e não se preocupe em alterar suas práticas profissionais definidas por atribuições por competência técnica, éticas e de responsabilidade por categoria profissional (Quadro 22).

Quadro 22: Atividades multiprofissionais identificadas na atenção á saúde do trabalhador

| Categoria profissional | Atividade | Especialidade | Normas antecedentes | Linha de ação |
|----------------------------------|--|----------------------|---|--|
| Enfermeiro | Pronto-atendimento, notificação de acidentes, planejamento de ações de saúde pública | Do trabalho | Atribuições e normas NR-4 e COREN/ANENT | Vigilância da saúde PCMSO Programas de prevenção em saúde pública |
| Assistente social | Atendimento licenças, afastamentos, invalidez e perícia médica | Não exigida | Não exigida | Direito trabalhista e previdenciário |
| Psicólogo | Avaliação organizacional e atendimento grupos | Não exigida | Não exigida | Saúde mental organizacional e abordagem de grupos |
| Médico | Exames ocupacionais, ambulatório clínico | Do trabalho | Normas antecedentes NR-4, CREMERJ/AMENT | PCMSO e ambulatório |
| Engenheiro | PPRA, avaliação ambiental. | Do trabalho | Normas antecedentes NR-4 CREA/SOBES | Vigilância PPRA Prevenção de acidentes e risco |
| Fisioterapeuta | Avaliação postural | Não exigida | Não exigida | Ginástica laboral |
| Técnico de segurança | PPRA e avaliação de risco | Do trabalho | Normas antecedentes CREA | Vigilância PPRA, CIPA, prevenção de acidentes |
| Técnico e auxiliar de enfermagem | Pronto-atendimento, notificação de acidentes, PCMSO, ações de saúde pública | Do trabalho | Normas antecedentes COREN | Vigilância, PCMSO, ações de prevenção e promoção da saúde |
| Ergonomista(*) | AET | Ergonomia | NR-17 métodos anglo-saxão e francês | Ambiente trabalho atividade |

(*) Especialidade que envolve diferentes categorias profissionais

Fonte: Elaboração própria

As considerações dão aos serviços de atenção em saúde do trabalhador observações acerca das orientações que perpassam fases compartilhadas pelos aspectos da construção a partir da realidade local e da equipe de trabalho, treinamento diferenciado em saúde do trabalhador e saúde coletiva para a equipe de trabalho.

A proposta de trabalho integral conta com a utilização instrumental das profissões clássicas do trabalho e suas técnicas de atos de cuidar de forma coordenada para a integralidade de ações coletivas e interlocução ampliada com as áreas e interfaces do trabalho, saúde e educação. A construção de metodologias deve contemplar as dimensões sociais e humanas do

mundo do trabalho, com investigações e métodos de análises situadas no diagnóstico das condições de saúde e trabalho. Isto parece ser um caminho pelo qual a insistência e a avaliação sejam instrumentos de recondução contínua do cotidiano destes espaços (Anexo 25: Quadro 23).

Durante a discussão da agenda temática para o setor de serviços e saúde desenvolvida no SIMBRAST/2007, aspectos que envolvem os espaços de intervenção e atenção foram considerados. Destaca-se a importância de se observar e conhecer as diversidades dos setores pela heterogeneidade dos diferentes segmentos profissionais, que são atravessados pela hierarquia das profissões, as relações de gênero, etnias e a precarização do emprego. Deve-se abordar o trabalho como afirmação de vida e produção de prazer e de adoecimento, e não apenas reduzi-lo aos resultados das doenças, mas sim enfatizando o processo como criativo ao ser humano e trazer elementos que devem ser considerados nas leituras e formulações do campo.

Reafirmar a convergência de diversas abordagens disciplinares na conformação de objetos de pesquisa, contemplar as diferentes formas de olhar sobre o objeto, sustentar e aprimorá-lo, não focando somente nas tendências metodológicas clássicas, mas, sobretudo os aspectos da criatividade e construção metodológica coletiva fortalecem o olhar para a afirmação da diversidade, estimulando projetos de pesquisa que articulem os níveis micro e macro das formas de abordar os determinantes das análises das relações saúde-trabalho.

O foco no trabalho concreto conforme proposição da área da saúde do trabalhador, no qual o trabalho deve efetivamente ser tratado como objeto, traz a necessidade de ampliação para as categorias profissionais do setor de serviços nos estudos do campo da saúde do trabalhador, reduzindo a tendência em privilegiar algumas categorias profissionais, e isto é fundamental para a democratização dos estudos e saberes.

O tema sobre o setor de serviços carece de diálogos e de proposição de redes de pesquisas. Estas proposições devem ter o caráter interdisciplinar ainda pouco explorado no contexto das pesquisas no setor de serviços tais como a economia, engenharia de produção e administração, o que irá gerar a promoção de novos métodos que atendam à especificidade de cada serviço.

Relacionar a doença ocupacional com o adoecimento das coletividades humanas - envolvimento ao sofrimento psíquico - requer, inicialmente, a utilização do sistema de informação, para definir e dar visibilidade ao que está contido na questão subjetiva, e isto é um dos desafios na identificação de problemas para a atenção em saúde do trabalhador.

Construir da saúde do trabalhador nos serviços deve ser com o uso de todas as ferramentas. A inclusão das normatizações clássicas exige clareza e consciência de seu uso, com um fazer não-amador do que já está prescrito e bem sistematizado para o que se propõe. Rever as possibilidades de transformá-las com competência e ética nas responsabilizações do trabalho em equipe multiprofissional com práticas interdisciplinares, e não repetir o padrão de práticas multiprofissionais isoladas com o prevalecer de uma competição corporativista interna de nichos com ação coercitiva de poder.

A saúde é um direito fundamental que transcende a visão previdenciária e trabalhista. Isto vai para além da indenização por agravos, insalubridades, licenças e acompanhamento de processos burocráticos de perícias por afastamentos. Requer a identificação de indicadores sociais dos grupos humanos e do coletivo de trabalhadores, construindo inter-relações com os processos de trabalho.

A perspectiva do resgate da dimensão humana do trabalho pela busca da saúde tem ficado situada nas práticas de atendimento e alocações ao diagnóstico do CID 10 pelas formas de readaptação e reabilitação focadas em perícias médicas. Não há, de fato, investigação, análise e construção coletiva que fomente nos trabalhadores discussões da relação saúde-trabalho através de grupos de atenção com técnicas e abordagem psicossocial.

A concepção marxista sobre processo de trabalho e sua influência sobre o conhecimento e intenção de estudo das categorias saúde e trabalho introduzem a construção de superações sobre o senso comum de processo de trabalho. Não é identificar como as pessoas trabalham por esquemas de fluxos operacionais. É uma categoria a ser investigada tendo como elemento fundamental as dimensões da vida humana e a dinâmica das atividades nos atos de cuidar.

O confronto dessas questões pela dimensão política ideológica da categoria trabalho, especificamente para a rede de determinações e seus níveis de complexidade, pode servir de base para a compreensão e intervenção interdisciplinar. O contexto social e político perpassam os processos de trabalho e as relações técnicas que fundamentalmente compõem as práticas de intervenção e atenção em saúde, e isto exige contínua avaliação da prática. Esta avaliação perpassa os fluxos do planejamento e integração na atenção à saúde do trabalhador, conforme sintetiza a (Anexo 26: Figura 6).

As construções com enfoques de risco, desgastes e cargas tratam essas categorias de análise de forma situacional. Não aprofundam as relações coletivas de trabalho pelos elementos

condicionantes e determinantes dos processos de trabalho e das dimensões subjetivas da organização do trabalho. A PNSST também traduz esta influência, quando desenha moldes de concepções oriundos das normas de segurança e saúde ocupacional com destaque dos componentes e fatores de risco dos ambientes de trabalho.

Cabe ressaltar que outro conceito de processo de trabalho permeia os estudos, o formulado na análise da fábrica, segundo a concepção industrial *taylorista* - que segue o padrão de descrição de fluxos operacionais por tempo, movimento e racionalização da produção. Já o conceito marxista discute o processo pela valoração do trabalho na produção e a saúde do trabalhador introduz a categoria saúde.

Os estudos descritivos dos setores e procedimentos em saúde seguem a concepção dos fluxos provenientes das teorias de administração e organização científica. Tais teorias traduzem escassas expressões dos fatores determinantes e condicionantes dos processos e da organização de trabalho e reduzem a categoria processo de trabalho. Isto tem demonstrado a insuficiência do instrumental convencional analítico de atenção nos espaços de intervenção construídos pelo pensamento fabril.

Os parâmetros de vigilância dentro dos setores, sobretudo pelas diversidades e amplitude dos serviços, tornam-se um problema mais que conceitual. Ele precisa chegar ao modo de como o trabalhador pode alcançar algum tipo de atenção consistente nas ações de atenção. Os novos padrões de contratação, terceirização e informalidades nas redes de produção em serviços de saúde geram dimensões subjetivas de não-pertencimento às instituições e de desvinculação com os processos produtivos nas esferas do cuidado.

O viver laboral rotativo dentro dos setores e unidades de saúde provoca o sentido de não-existência e de não-envolvimento e de vinculação institucional com o trabalho. Se o trabalhador sequer existe, como poderá ser notificado? Então, a perspectiva de uma atenção diferenciada da saúde do trabalhador não deve depender da doença ou do risco biológico. A precarização pulveriza a responsabilização dos fatores de risco e de exposição.

Este aspecto tem efeito diluído intangível, com alusões ilusórias de transformação. A gestão da unidade hospitalar e os interlocutores internos e externos para a proposição do projeto de atenção construída devem primar e fomentar articulações entre os trabalhadores e os níveis de governabilidade institucional. Sem os sujeitos, por serem eles pouco participantes, haverá apenas a sensação de ser para os trabalhadores. De fato, o sujeito fica completamente distante do

processo de construção, e acontece o não esperado posicionamento de crítico e opositor, como o de um cliente que não se sente bem servido.

O planejamento dos recursos, o espaço físico, a estrutura organizacional, o orçamento, metas e cronograma de ações/atividades a serem desenvolvidas, avaliadas e monitoradas no sentido de cumprir as proposições construídas, pelas escolhas que envolvem o coletivo de trabalhadores devem manter contínua comunicação e envolvimento com os trabalhadores.

O campo da saúde do trabalhador pressupõe relações de saúde e trabalho pela confrontação e reconstrução. As proposições, na perspectiva da saúde coletiva, dizem respeito às relações contextualizadas para os fatores determinantes e sociais. As formulações serão mais assertivas se vislumbrarem esta essência.

No capítulo 4 referente à conclusão e recomendações, traçamos apontamentos específicos que aprofundam o tema numa reflexão e compreensão sobre a égide do planejamento e da concepção de um projeto de trabalho multidisciplinar com perspectiva transdisciplinar, reforçando a contribuição de uma proposição prática construtivista e inserida ao contexto e modo de escolhas das proposições de intervenção metodológica de atenção em saúde do trabalhador cujo enfoque esteja no campo da saúde coletiva.

CAPÍTULO 4: CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

O campo da saúde do trabalhador desenvolveu, ao longo dos seus 25 anos, questões teórico-políticas com pouca formulação para a intervenção e atenção prática em serviços e/ou outra modalidade que visem dar conta das demandas de atenção ao trabalhador, favorecendo assim, a reprodução das práticas do paradigma que o antecede.

Pelo instrumento *Roteiro de Avaliação dos Espaços de Intervenção e Atenção à Saúde do Trabalhador* (Apêndice H) identificou-se dois nós críticos na estrutura e na organização. Estes nós estão na equipe de trabalho multiprofissional/interdisciplinar e nas condições de infraestrutura e atividades que são assumidas pelos espaços de trabalho e pelos profissionais, que não têm prescrições dos processos trabalho na atenção a saúdes do trabalhador (Anexo 26: figura 6).

Existem iniciativas que se aproximam dos princípios do campo da Saúde do Trabalhador, entretanto não há uma consolidação de uma atuação prática nos espaços de intervenção e atenção para a promoção da saúde no trabalho hospitalar.

Os registros, habitualmente em formato de relatório de atividade destas iniciativas, são pouco detalhados, com conteúdo e metodologia com baixo grau de orientação, revelando fragilidade ao apresentar as práticas em saúde do trabalhador no setor de serviço em saúde. Desta forma, isso não contribui para o acúmulo de novas tecnologias humanas e técnicas.

O aspecto referente à equipe de trabalho multiprofissional é estruturante. Há deficiência de pessoas e grupos especializados no desenvolvimento de um projeto de intervenção e atenção com a possibilidade de uma aplicação técnico-científica na gestão de serviços e liderança de ações integradas para equipes interdisciplinares.

A intervenção e atenção em saúde do trabalhador devem ter por parte dos seus gestores, o entendimento sobre os princípios relacionados aos conceitos, pressupostos e metodologias do campo. A aplicabilidade e coordenação do trabalho em equipe interdisciplinar dependem deste entendimento para o planejamento e formulações das ações. Um dos aspectos encontrado sobre a interdisciplinaridade consiste na autonomia das categorias profissionais, pois a prática coletiva nos moldes da transversalidade das disciplinas é pouco dependente dos fatores éticos e regulatórios profissionais específicos.

A integração dos atos de atenção consiste em uma perspectiva única de responsabilização

coletiva a ser desenvolvida pelo trabalho que compreende o outro a partir de si mesmo, exigindo maturidade emocional e profissional desta equipe de trabalho.

Os processos de trabalho nas organizações de atenção ao trabalhador devem ser os mais saudáveis possíveis, primando-se pela coerência da interlocução entre os seus membros, pela integração interdisciplinar e pela prioridade para ações de promoção à saúde do coletivo de trabalhadores.

Há que se considerar os processos de trabalho como um conceito a ser priorizado durante as observações, pois este é propiciador da detecção de elementos concretos da realidade dos trabalhadores e dos modos de ser dos processos produtivos e da sua determinação sobre a relação saúde-trabalho.

A organização do trabalho corrobora os estreitamentos dessas relações, apontando passos para a proposição de práticas investigativas e de metodologias de intervenção. Estas deverão ser capazes de reunir os aspectos históricos e sociais do mundo do trabalho, propiciando crescimento e empreendimento por parte dos atores envolvidos nos programas, núcleos, departamentos, divisões e serviços de atenção aos trabalhadores.

O universo metodológico do campo deve transcender às categorias profissionais, uma vez que a consolidação de uma equipe integrada permite a aplicação das avaliações às situações e cenários de trabalho.

Um projeto único com a integralidade das ações de intervenção para o estudo da relação saúde-trabalho propicia as informações de indicadores em saúde do trabalhador com vistas à construção de diretivas de intervenções coletivas a serem aplicadas aos cenários reais dos processos de trabalho.

A manutenção dos conceitos, pressupostos e possibilidades metodológicas flexíveis e estimuladoras que visem à integração da equipe promotora parece-nos ser o modo de coordenar e de desenvolver atenção para o trabalhador.

No trabalho em saúde e para o cenário hospitalar, há que se considerar o destaque para os aspectos das especificidades dos processos de trabalho. Isto requer aprimoramentos e refinamentos que abarquem a complexidade e as dimensões humanas deste trabalho. Esta característica pontual da organização produtiva hospitalar tem em si mesma, a pressuposição de uma exigência metodológica que apreenda as dimensões subjetivas e do trabalho negociado.

Desse modo, com o objetivo de investigar e de problematizar as questões da relação

saúde-trabalho hospitalar, o caminho metodológico irá requerer o estabelecimento de discussões sobre o setor de serviços e de saúde. A observação do instrumento metodológico pode vir ajudar a traduzir as verdades sobre as reais condições de trabalho.

Construir o planejamento das ações em saúde do trabalhador a partir dos diferentes níveis de aprofundamento metodológicos para o conhecimento, a investigação e a intervenção concebem possíveis modos de se fazer atenção. Entretanto, para o desenvolvimento de quaisquer modos de intervenção e atenção, há que se considerar a previsão e provisão dos recursos que deveram ser disponibilizados para o serviço,

A baixa implementação dos recursos metodológicos do planejamento e do saber da gestão em serviços de saúde tem gerado fragilidade estrutural e demonstrado o mínimo alcance de êxito e de satisfação sobre a execução dos projetos de atenção em saúde do trabalhador.

Deve-se ter a maturidade de reconhecer, por intermédio da avaliação continuada do projeto coordenado de trabalho, se houve e se há a carência de objetivos, metas de ações e de definições das atividades dos processos de trabalho.

Os modos a serem empregados na construção das ações durante as fases do planejamento coletivo sobre o desenvolvimento do projeto de trabalho pode se dar por meio do reconhecimento das áreas de atuação, identificando seus componentes e eixos que irão compor o plano de ação. O diálogo com todos os espaços e interlocuções são aspectos que deverão estar presentes e, quando não, deverão ser alcançados. Desse modo, o planejamento deverá atender à observância dos desafios com estruturação de objetivos, expressão dos resultados e vontades por metas e construir de ações passo-a-passo, seguido da qualificação e capacitação dos envolvidos no planejar, implementar e avaliar.

Os objetivos estratégicos devem ser frequentemente avaliados e reavaliados para o favorecimento de construções de metas e de desafios seguidos das observações dos cenários e das análises situacionais, estabelecimento da contínua identificação e avaliação dos pontos fortes e assertivos, bem como dos pontos fracos e desafiadores.

Essa forma de entendimento e aplicação do planejamento - que pode ser estratégico e situacional - permitirá a reorganização das atividades com o estabelecimento de medidas adequadas à superação dos desafios identificados. Cabe ressaltar que as ações em saúde do trabalhador são elementos constitutivos e integrantes das atividades que compõem os processos de trabalho.

Ao se empregar a categoria *processo de trabalho* pela sua essência - que é alusiva ao caráter preponderante desta no campo da saúde do trabalhador seguido dos seus demais pressupostos - haverá mais possibilidades de se detectar projetos e ações que são vagos e improdutivos quando aplicados ao contexto da estrutura organizacional hospitalar.

Em nível local, deve-se construir o plano de metas, de forma concreta e integrada com a vida organizacional do sistema de saúde em vigor, das políticas públicas, da organização e processos de trabalho institucional. A equipe de trabalho deverá estar atenta para os gargalos existentes, identificando-os e avaliando-os, propiciando, assim, o andamento do projeto integrado de trabalho ao longo do período de sua gestão e coordenação.

Identificar aspectos relativos à equipe e processo de trabalho requer a inserção e inclusão do próprio trabalhador - objeto da ação - bem como do auto-julgamento maduro dos profissionais e colaboradores, para que as observações e julgamentos críticos avaliativos não se percam. É importante garantir a integridade do sistema de informação, que irá nutrir todos com indicadores que fomentaram as discussões dos grupos operativos de trabalho, permitindo a sua integralidade.

A disponibilidade, o compromisso institucional, a dedicação, qualificações, formulações coerentes, o fluxo de informação, o grau de comunicação interna e externa e os relatórios técnicos são aspectos a serem identificados, pois estes permitirão o processo de amadurecimento coletivo do trabalho no âmbito da atenção nos moldes serviços, ajudando também na eliminação de seus gargalos.

Outro aspecto importante é o grau de inserção local na rede de cuidados e de atenção ao trabalhador proposta pelas diferentes esferas de saúde do trabalhador no SUS. Cabe como uma ação estratégica o uso do potencial de intervenção junto aos recursos locais, como um modo de sistematizar e direcionar as possíveis demandas e necessidades para a rede do SUS. Assim, será possível viabilizar sua implementação em saúde coletiva nos moldes que já foram construídos e desenvolvidos como, por exemplo, das ações de saúde pública e coletiva dos programas de atenção integral a saúde.

A promoção, proteção e intervenção em saúde do trabalhador requerem flexibilidade de aceitação e transformações para os modos de fazer, visto que o seu objeto é multifacetado. Deve-se, sobretudo, evitar ações desintegradas, desarticuladas e sobrepostas, primando pela comunicação entre as organizações, tendo-se consciência da incompletude do processo e da sua construção que deve ter caráter coletivo. Desta formas serão evitados o retrabalho e a perda das

referências éticas e de responsabilidades técnicas pertinentes ao trabalho multiprofissional com vista à interdisciplinaridade. A construção coletiva é fator preponderante e de identificação do quanto estamos realmente desenvolvendo saúde do trabalhador em nossa prática cotidiana.

O amadurecimento das abordagens interdisciplinares reflete o extrapolar das áreas de conhecimento tradicionais da saúde, e tem o desafio de superar as diluições da reestruturação produtiva, os conflitos corporativistas e as deficiências de diálogos.

Desse modo, faz-se necessário uma revisão sistemática acerca do campo, cobrindo suas interfaces e discussões, a partir dos conceitos em saúde do trabalhador. Isto, porém suscita acesso a um arranjo documental e bibliográfico, bem como o envolvimento dos vários atores que construíram e constroem o campo nas diferentes regiões do Brasil e de países latino-americanos, os quais atuam na perspectiva da saúde do trabalhador e da saúde coletiva. Esses atores poderão contribuir com registros e narrativas para a consolidação integral do campo de conhecimento. A falta dessa integração foi sentida durante a execução desta tese. Além disso, necessitamos também do debate, com resgate de memória dos momentos vivenciados, e de seus registros em relatórios, diários, apontamentos e trabalhos históricos mimeografados, corroborando com as escassas informações dispersas em algumas fontes literárias.

Há a necessidade de co-produção e de transversalidade para os projetos de pesquisa e de espaços de intervenção e atenção em saúde do trabalhador. O estudo carece do envolvimento de disciplinas metodológicas apropriadas para permitir a análise do que é reproduzido por esses espaços que constroem as ações de atenção.

As respostas para os dilemas e cenários em saúde do trabalhador podem advir, também, de pesquisas que focalizem os condicionantes dos processos de trabalho, com a análise por duas dimensões: a sócio-política e a relação saúde-trabalho. Acreditamos que o resgate da reflexão sobre o todo dos processos de trabalho e a sua interação de forma sistêmica seja o elo fundamental para novas aberturas e percepções da relação saúde-trabalho.

Entendemos que o trabalho hospitalar requeira um olhar específico, mas também refletimos que a atenção ao trabalhador deve ser construída e mantida no formato de rede integral. Não nos parece viável cada unidade manter-se individualizada e prover atenção para os seus. Isto é uma questão de todos e a troca metodológica e de experiências deve ser contínua. É importante ficarmos atentos para que não haja apenas a reprodução das normatizações da saúde ocupacional.

O hospital é uma organização que vem perdendo a clareza da sua missão e objetivos em função da não-avaliação sistemática e da baixa responsabilização na divisão e coordenação do trabalho. Para as organizações de saúde, a centralização em chefias inviabiliza o trabalho coordenado que suscita a presença do trabalho em equipe e não do trabalho autorizado.

Na gestão do trabalho em saúde vem se empregando a terminologia gestão de pessoas, com a inserção de lógicas de requalificação profissional, produtividade, sustentabilidade, macro mudança aplicadas às organizações e seres humanos. Isto tem trazido o desafio de construir metodologias capazes de apreender a intersubjetividade e a subjetividade inerente as resultantes destas práticas incluídas na gestão do SUS, e que se reproduzem nas diferentes esferas e níveis de atenção ao trabalhador.

Sendo assim, a proposta de intervenção para a construção de programas, núcleos e serviços deverá identificar os elementos analíticos das atividades de trabalho, ultrapassando a visão naturalizante do adoecimento inerente aos fatores de risco, abrindo espaços para as proposições sobre a relação saúde-trabalho pelo processo de trabalho como fonte primária para o estudo da unidade.

Ao descrever tarefas e atividades sem que haja de fato apresentação das relações sociais de produção com a relação saúde-trabalho e trabalhadores, o conhecimento gerado fica estancado a um grupo, momento e local situacional de trabalho.

A caracterização da estrutura organizacional e dos processos de trabalho é imprescindível para o entendimento da conformação estrutural do hospital, sendo o processo e a organização do trabalho categorias fundamentais para a análise pela perspectiva do campo da saúde do trabalhador e para construção da atenção.

Torna-se imprescindível a análise contínua acerca das mudanças necessárias, aplicando-as em conformidade às diferentes interfaces da relação saúde-trabalho, sendo o diálogo entre as partes envolvidas, uma questão ímpar. O processamento de uma situação de conflito/negociação envolve representantes de diferentes esferas do mundo do trabalho, o que amplia em muito os níveis de diálogos, interlocuções e a intersectorialidade.

Complementarmente, a temática de interlocução no trabalho e sua subjetividade criam espaços para a manifestação dos elementos críticos da comunicação, seus sentidos e compreensão. O confronto com a realidade lança o conhecimento para a superação das hierarquias e requerem entendimento teórico, concepção prática multiprofissional e

interdisciplinar para a cooperação mútua vista como um ponto temático e alusivo às relações sociais e organizacionais do mundo do trabalho.

A interlocução com os trabalhadores perpassa toda a relação que supõe a construção pelos trabalhadores, com formulações de discussões e na tomada de decisões para a atenção à saúde do trabalhador. Ele deve ocorrer de forma coletiva, requerendo o estabelecimento da relação de escuta e o reconhecimento do saber do trabalhador pelos especialistas, quesito que vem das premissas e influências do MOI.

O reduzido quantitativo de profissionais especializados em saúde do trabalhador, a predominância dos especialistas clássicos e as práticas normatizadas em saúde ocupacional são pontos de conflito para a prática em atenção ao trabalhador.

Para superar esta questão, na formação de especialistas em saúde do trabalhador, recomenda-se a inclusão da construção de formulações de intervenção e atenção ao trabalhador pelos modos operacionais de execução das práticas em serviço, fundamentados nos princípios do campo. Deve-se incentivar e potencializar os processos de formação dos profissionais do SUS na perspectiva da atenção à saúde do trabalhador e das condições de trabalho no setor de serviços. Além disso, recomenda-se promover a discussão sobre jornadas de trabalho e os tempos destinados a pausas e descanso, e que estas jornadas são intensificadas dentro do setor de serviços e em casa pela continuidade do trabalho doméstico.

Acreditamos que, por meio dos debates acumulados e da avaliação da pertinência das ações formuladas pela Política Nacional de Humanização (PNH) e da sua experiência em operacionalização nos serviços de saúde, pode favorecer esta integração, pois os dispositivos metodológicos dos “grupos de escuta”, aliados às metodologias do campo da saúde do trabalhador, e de outras fontes metodológicas, podem subsidiar práticas e espaços de intervenção no setor público.

Os espaços de intervenção e atenção acumulam atividades distanciadas dos princípios do campo, restringindo-se a pronto-atendimentos como modalidades de atender aos acidentes, ações de prevenção centradas nas demandas dos SRH para exames periódicos sem confluência para a segurança e não-formatados para os fatores de risco, reproduzindo de forma deficiente os SESMT's.

O espaço físico deve ser capaz de atender a todos os processos e atividades que se propõem a realizar, incluindo-se o cumprimento das normas para estabelecimento e serviços de

saúde, principalmente para os ditos pronto-atendimento, sujeitos ao “HumanizaSUS” e às suas áreas de procedimentos e de abrangência para a população em geral.

Logo, o planejamento e o projeto de trabalho deverão estar ao alcance dos recursos que se dispõem, direcionados para atender a demandas específicas, com projeções das demais necessidades e encaminhamento dos recursos necessários. Não se devem assumir responsabilidades que não serão cumpridas e que estejam distanciadas da promoção da saúde.

O planejamento integrado de trabalho deverá ser o primeiro item a ser considerado na agenda de trabalho. A agregação de relatórios das ações empreendidas ao longo da existência da unidade hospitalar é indispensável para a avaliação das iniciativas empreendidas, bem como para a extração de avaliações, reconstrução e classificação dos pontos fracos e fortes.

Avaliar o empenho e o grau de envolvimento e responsabilidade por compromisso - identificando o grau de motivação de todos os envolvidos - exige reuniões com caráter de avaliação de atividades com o planejamento de pautas de prioridades para as disciplinas e assuntos por área de integração de trabalho.

Para esses primeiros momentos, as oficinas de integração da equipe e áreas afins permitem encontros multidisciplinares. O estudo de caso pode se tornar um instrumento favorável para a avaliação da estrutura física (patrimônio de trabalho), da composição de equipe e organização de uma agenda semestral de metas e atividades.

O mapeamento das formas como se vêm trabalhando, buscando a dinâmica de trabalho do grupo é algo a ser visto com clareza, pois isto permite traçar um diagnóstico da situação das condições de trabalho multidisciplinar. Um calendário prévio de encontros e oficinas deve ser prioritário, para que se tenha a avaliação do desenvolvimento do processo de trabalho da equipe em saúde do trabalhador.

Para esta equipe, a comunicação, o planejamento e a integração insuficientes, a transformaram em um grupo multiprofissional, com forte componente de individualização e distanciamento das áreas e baixa integração - que podem acentuar em função da falta de espaço físico e tempo para os encontros. Um espaço destinado e um tempo específico estabelecido para os encontros deve ser seguido com disciplina.

O não-planejamento da avaliação nas organizações de saúde tornou-se uma cultura de inerência de valor e de disposição de tempo para o que seja prioridade. A carência e falta de tempo na agenda para se realizar o planejamento de trabalho não podem ser assumidos como

desculpa por parte dos chefes e coordenadores, pois fazem parte do seu trabalho.

As práticas descontínuas e dispersas em ações isoladas produzem uma má distribuição da carga horária do fazer prático e a não formulação de objetivos concretos. As normas, rotinas e recursos humanos disponíveis tornam-se assim, um processo desumanizante do trabalho, gerando inércia organizacional e reduzindo as possibilidades de mudanças e das potencialidades dos recursos humanos.

O baixo envolvimento da coordenação dentro das áreas disciplinares de trabalho, provendo recursos e planejamento integrado do projeto e dos objetivos para o trabalho interdisciplinar, resulta em carência de empreendimentos para as propostas, demandas e necessidades de atenção.

O capital econômico de investimento financeiro e orçamentário claro e disponível não poderá ser criado sem o detalhamento para os recursos diretos e indiretos que chegam para as propostas a serem implementadas.

Nos casos estudados não identificamos a elaboração de planilha orçamentária com acompanhamento dos custos e resultados orçados das atividades e processos de trabalho. A orientação primeira caminha na direção dos objetivos operacionais, onde se sugerem manter contínuas leituras e avaliação dos relatórios, criando planilha de avaliação das atividades e das ações executadas. Deve-se gerir um calendário de atividades, construindo cronograma local e institucional junto às ações pontuais e focais, potencializando os movimentos e estabelecendo criação de atividades comuns e integrativas.

Traçar o perfil do trabalhador da unidade deve ser alvo da atenção prioritária e um outro passo fundamental, pois permite a construção de instrumentos que possibilitam as proposições de atenção, definindo também os custos, tempo de implementação e resultados almejados.

Também é importante considerar as demandas por parte dos trabalhadores, chefes, gestores e setores especializados e, desse modo, classificá-las e dar sinalizações de articulações para a resolutividade com caráter intersetorial e coletivo. Cabe ressaltar que, tais sugestões são passos estruturais e, quando inexistentes, podem comprometer a confiabilidade e representatividade do espaço de intervenção e atenção.

Reconhecendo que esse seja um processo de difícil construção, acreditamos ser possível estabelecer espaços de diálogos no campo do saber e do fazer em saúde do trabalhador dentro de uma perspectiva integradora, que não é a simples soma das individualidades nucleares, mas a

aglutinação de diferentes formas do pensar e do agir comunicativo. Assim, será possível superar as dificuldades, conflitos e impasses que tem suas raízes, ao nosso olhar, na hegemonia do paradigma da saúde ocupacional, a qual continua a ser reproduzida no campo da saúde do trabalhador e que pode ser melhor elucidado pela pesquisa realizada.

Esperamos que essa tese possa trazer contribuições e possibilitar novas reflexões e aprimoramento metodológico em espaços de intervenção e atenção à saúde do trabalhador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.
- 2-Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
- 3- Minayo-Gomez C, Thedim-Costa SMF. A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. Cad Saúde Pública 1997; 13(2): 21-32.
- 4- Mendes R, Waissmann W. Aspectos históricos da patologia do trabalho. In: Mendes R. organizador. Patologia do trabalho atualizada e ampliada. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 06-45.
- 5-Lacaz FAC. Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical [tese de doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1996.
- 6- Minayo-Gomez C, Lacaz FAC. Saúde do Trabalhador: novas e velhas questões. Revista Ciências e saúde coletiva 2005; 10:797-807.
- 7-Marx K. Processo de trabalho e processo de valorização. In: O capital: crítica da economia política. O processo de produção do capital. tomo 1. livro 1. São Paulo: Victor Civilo 1983; 5(1).
- 8-Latour B., Woolgar S. Visita de um antropólogo ao laboratório. in: A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos. Tradução: Ângela Ramalho Vianna. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997, p. 35-100.
- 9-Becker HS. Métodos de pesquisa em ciências sociais. São Paulo: Hucitec, 1993.
- 10-Chalmers A. O que é ciência, afinal? Tradução: Raul Fiker. 1ª ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1993.
- 11-Bonfatti R. Bases conceituais para o encaminhamento das interações necessárias a análise ergonômica do trabalho [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2004.
- 12- Ribas CA. Metodologia científica aplicada. Rio de Janeiro: ed. UERJ, 2004.
- 13- Polit D, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos da pesquisa em enfermagem, 2004.
- 14-Malinowski, BK. Argonautas no pacífico ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné melanésia. Tradução: Anton P. Carr e Ligia Aparecida Cardieri Mendonça. 2ª ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

- 15-Latour B. Abrindo a caixa-preta de Pandora. In: *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. Tradução: Ivone C. Benedetti. São Paulo: Editora Unesp, 2000, p.11-36.
- 16-Marconi MA, Lakatos EM. *Fundamentos de metodologia científica*. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- 17-Michelat G. Sobre a utilização da entrevista não-diretiva em sociologia. In: Thiollent MJM, organizador. *Crítica metodológica, investigação social, enquete operária*. Editora Polis; 1982, p.191-211.
- 18-Garrett A. *A entrevista, seus princípios e métodos*. Tradução: Maria de Mesquita Sampaio e outros. 6ª ed. Rio de Janeiro: Agir, 1974.
- 19-Bourdieu P. Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico. Catyani DB (trad.) São Paulo: Editora UNESP; 2004.
- 20 -Laurell AC, Noriega M. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec, 1989.
- 21- Waissmann W. *Paradigmas tecnológicos e métodos de avaliação da relação saúde-trabalho: coerências, inconsistências e premências*. Rio de Janeiro: ENSP/ FIOCRUZ, 2000 (mimeo).
- 22- Offe C. Trabalho como categoria sociológica fundamental? *Trabalho & Sociedade*. v. 1. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.
- 23- Silva CO. *Vida de hospital: a produção de uma metodologia para o desenvolvimento da saúde do profissional de saúde [tese de doutorado]*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.
- 24- Brito JC, Porto MS. *Processo de trabalho, riscos e cargas à saúde*. Apostila do curso de Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. set. 1991 (mimeo).
- 25-Oddone I, Marri G, Gloria S, Briante G, Chiattella MREA. *Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde*. Tradução: Salvador Obiol de Freitas. São Paulo: Editora Hucitec, 1986.
- 26- Santos L. Saúde do trabalhador. *Rev. Direito do trabalho*. nº 99. São Paulo: IDISA, 2005.
- 27- Rodrigues LM. O declínio do sindicalismo corporativo: Trabalho e previdência sessenta anos de debate Rio de Janeiro, Ed. Getúlio Vargas CPDOC 1992, p.21-45.
- 28-Oliveira MHB, Vasconcellos LCF. Política de saúde do trabalhador no Brasil: muitas questões em respostas. *Cad Saúde Pública* 1992; 8(2): 150-56.
- 29- Departamento Intersindical e Saúde do Trabalhador. *Insalubridade: morte lenta no trabalho*. São Paulo: Oboré, 1989.

- 30- Freitas CU, Lacaz FAC, Rocha LE. Saúde pública e as ações de saúde do trabalhador: uma análise conceitual e perspectivas de operacionalização programática da Secretaria de Estado da Saúde. Temas IMESC. Rev. Sociedade, direito e saúde. 1985; 2(1): 3-10.
- 31-Alvez B. A história de Lula: o operário presidente. Rio de Janeiro: Espaço de Tempo, 2007.
- 32-Ministério da Saúde (Br). Fundação Oswaldo Cruz. Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1987.
- 33-Tambellini AT. Avanços na formulação de uma Política Nacional de Saúde no Brasil: as atividades subordinadas a área das relações produção e saúde. In: I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores; 1986(Brasília:) Rio de Janeiro: CESTEH/ENSP/ FIOCRUZ (mimeo).
- 34-Ministério da Saúde (Br). Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores (CNST) construindo uma política de saúde do trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde/ Conselho Nacional de Saúde, 1994.
- 35-Ministério da Saúde (Br). Relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores (CNST) “Trabalhar, sim! Adoecer, não”. Brasília: Ministério da Saúde/ Ministério do Trabalho e Emprego/ Ministério da Previdência e Assistência Social, 2005.
- 36-Baptista TWF. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: Escola Politécnica Joaquim Venâncio, organizadora. Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 11-42.
- 37-Dias EC, Hoefel MG. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. Ciênc. saúde coletiva 2005, 10(4): 817-28.
- 38-Machado JMH. A heterogeneidade da intervenção: alternativas e processos de vigilância em saúde do trabalhador, Rio de Janeiro [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 1996.
- 39-Maemo M, Carmo JC. Saúde do trabalhador no SUS: aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro. São Paulo: Hucitec, 2005.
- 40-Mendes R, Dias E. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. Rev. Saúde Pública. 1991, 25(5): 341-49.
- 41-Sato L. LER: objeto e pretexto para a construção do campo trabalho e saúde. Cad Saúde Pública 2001, 17(1): 147-52.
- 42-Ministério da Saúde (Br). Relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores (CNST) O Brasil falando como quer ser tratado – Efetivando o SUS acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle Social. Série Histórica do CNST. n. 2. Série D. Reuniões e Conferências n.16. Brasília: Ministério da Saúde/ Conselho Nacional de Saúde, 2000, p. 136-137.

- 43-Vasconcellos LCF, Silva FS. Uma década de saúde do trabalhador no setor saúde: tempo de construção, avanços e desafios. *Rev. Saúde em debate*. 2004, 28 (68): 191-205.
- 44-Ministério da Saúde (Br). Anais do Encontro Nacional de Saúde dos Trabalhadores Desafio da construção de um modelo estratégico. n. 10. série D. Brasília, 1999.
- 45-II Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador. Rio de Janeiro, nov. 1993 (mimeo).
- 46-Nardi HC. Saúde do trabalhador In: Cattani AD, organizador. *Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia*. 4^a ed. Petrópolis: Vozes, Porto Alegre: Ed. UFRGS; 2002, p.283-87.
- 47-Vasconcellos LCF, Pignati WA. Medicina do trabalho: subciência ou subserviência? Uma abordagem epistemológica. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11 (4): 1105-15.
- 48- Vasconcellos LCF. Municipalização em saúde do trabalhador. Por quê? Pra quê? II Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador. Rio de Janeiro, nov. 1993 (mimeo).
- 49-Silva JPV, Lima JC. Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a reforma sanitária brasileira. Série: Trabalho e Formação em Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.
- 50- Vasconcellos LCF. *A voz do povo é a voz de Deus: provérbios da boca do povo e os riscos à saúde no trabalho*. Rio de Janeiro: UFRJ/COPPE, 1996, p.04-16 (mimeo).
- 51- Barros MEB, Fardim L, Calimam LV, Nespoli G, Torre EHG, Santos APL, Mastela AG. A atuação do profissional de saúde na área da saúde do trabalhador (especialismos e saúde do trabalhador). *Revista do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo*. 2000 13(1): p.55-71.
- 52-Ministério da Saúde (Br). *Política Nacional de Saúde do Trabalhador*. Brasília. 2004.
- 53-Assunção AA. Uma contribuição ao debate sobre as relações de saúde e trabalho. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* 2003; 8 (4): 1005-18.
- 54-Foucault, M. *O nascimento da clínica*. 6^a ed. Tradução: Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.
- 55-Porter R. *O hospital. Das tripas coração*. Rio de Janeiro: ed. Record, 2004.
- 56-Fourez, G. *O método científico: a ciência como disciplina intelectual*. In: *A construção das ciências: introdução à filosofia e à ética das ciências*. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 1995, p. 103-137.
- 57- Rosen G. *Da política à medicina social*. Rio de Janeiro: Ed. Graal; 1980.
- 58-Friedson E. *The hospital in moder society*. In: *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. Chigago/Londres: The University of Chicago Press; 1978. In: Strauss A, Schatzman L, Ehrlich D, Bucher R, Sabshin M. *The hospital and it's negotiated order*, p.147-169:

- 59- Ribeiro PH. O hospital: história e crise. São Paulo: Ed. Cortez; 1993.
- 60- Marin Jr, Liorens ZR. El hospital como estresor. In: Estrés, enfermedad y hospitalización. Granada, Espanha: Ed. Escuela Andaluza de Salud Pública; 1997.
- 61-Cecilio LCO, Mendes TC. Propostas alternativas de gestão e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? Rev. Saúde Sociedade 2004; v.13, n.2, p39-55.
- 62-Cecilio LCO. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. Revista Ciência & Saúde Coletiva 1999; 4 (2): 315-29.
- 63-Neto GV, Malik AM. Tendências na assistência hospitalar. Revista Ciência & Saúde Coletiva 2007; 12 (4): 825-39.
- 64- Pires D. Hegemonia médica na saúde e a enfermagem. São Paulo: Ed. Cortez; 1989.
- 65-Faria, NM. Organização do trabalho. São Paulo: Atlas, 1984.
- 66-Sato L. Replanejamento do trabalho como processo de construção e de negociação de significados. In: Borges LH, Moulin MGB, Araújo MD, organizadores. Organização do trabalho e Saúde: múltiplas relações. Vitória: Edufes; 2001. p.71-85.
- 67-Morgan G. Revelando a lógica de mudança: as organizações vistas como fluxo e transformação. In: Morgan G. Imagens da organização. São Paulo: Atlas; 1996, p. 239-78.
- 68- Schwartz Y. Trabalho e gestão: níveis, critérios, instâncias. In: Figueiredo M, Athayde M, Brito J, Alvarez D. Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A; 2004, p.23-36.
- 69- Machado JMH, Correa MV. Reflexões sobre a observação do processo de trabalho: introduzir o conceito de vida no trabalho na análise das relações entre processo de trabalho e saúde. In: I Seminário Nacional Saúde e Ambiente no Processo de Desenvolvimento; 2000 jul, Série FIOCRUZ - Eventos Científicos. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, p.42-99.
- 70-Merhy EE, Magalhães Jr HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
- 71-Rego MP. Trabalho hospitalar e saúde mental: o caso de um hospital geral e público no município do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Centro Biomédico da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1993.
- 72-Laurell AC, Noriega M. Processo de trabalho e saúde. Rev. Saúde em Debate. n. 11. Rio de Janeiro: Editora Muro; 1981.
- 73-Liedke ER. Processo de Trabalho. In: Cattani AD. (org) Dicionário sobre trabalho e tecnologia. 4ª ed. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Ed. UFRGS; 2002. 247-249.

- 74- Campos EP. Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais da saúde. 2^a ed. Petrópolis: Vozes; 2005.
- 75- Waldow WR. Estratégias de ensino na enfermagem: enfoque no cuidado e no pensamento crítico. 2^a ed. Petrópolis: Vozes; 2005.
- 76- Boff. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. 11^a ed. Petrópolis: Vozes; 2004.
- 77- Boff L. A águia e a galinha: uma metáfora da condição humana. 27^a ed. Petrópolis: Vozes; 1997.
- 78-Simoni M. São Francisco de Assis e o trabalho humano. In: Porto MF, Bartholo R, organizadores. Sentidos do trabalho humano: Miguel de Simoni presença inspiração. Rio de Janeiro: E-Papers serviços editoriais; 2006, p. 25-53.
- 79-Vasconcelos EM. (org.) A espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.
- 80-Waldow WR. O cuidado na saúde: as relações entre o eu e o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes; 2004.
- 81-Waldow WR. Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis: Vozes; 2006.
- 82- Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2^a ed. São Paulo: Hucitec; 2005.
- 83-Ferreira CM. “Chegar feliz e sair feliz do trabalho”: aportes do reconhecimento no trabalho para uma ergonomia aplicada a qualidade de vida no trabalho. In: Mendes A M, organizador. Trabalho e saúde. Curitiba: Juruá Ed; 2008. p.40- 53.
- 84-Machado MH, Moysés NMN, Oliveira ES. (Org) Trabalhadores da saúde em números. v. 2. Rio de Janeiro: ENSP, 2006.
- 85-Ministério da Saúde (Br). Indicadores de gestão do trabalho em saúde: material de apoio para o programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS - ProgeSUS. Brasília: editora do Ministério da saúde, 2007.
- 86-Brasil. Glossário eletrônico. 2004, p.144.
<http://bvsm2.saude.gov.br/php/level.php?lang=pt&component=44&item=144>> (acessado em 17/jul/2008).
- 87- Minayo MCS. (org.) A saúde em estado de choque. 3^a ed. Rio de Janeiro: Ed. Espaço e Tempo. Co-edição: Federação de Órgãos para Assistência Social e Educacional, 1986, p.09-128.
- 88-Viacava F, Bahia L. Oferta de serviços de saúde: uma análise da pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS - 1999). Texto para discussão. n. 915. Brasília: IPEA, nov. 2002.
- 89-Vieira M. A gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde. In: Escola Politécnica Joaquim Venâncio, organizadora. Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005; p. 99-116.

- 90-Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. 2006. DIEESE. O trabalhador da saúde em seis regiões metropolitanas brasileiras. Nota técnica, n.33, set. 2006, p.12.
- 91-Lima JC. O trabalho em cooperativas: dilemas e perspectivas. In: Druck G, Franao T, organizadores. A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização. São Paulo: Ed. Bomtempo. 2007; p. 70-94.
- 92-Ministério da Saúde (Br). Dinâmica das graduações em saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde Brasília, Ministério da Saúde, Série G. Estatística e informação em saúde. 2006
- 93-Costa TF. Exposição dos trabalhadores de enfermagem às substâncias químicas: estudo em um hospital público universitário [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.
- 94-Guedes EM, Mauro MYC. (Re)visando os fatores de risco e as condições de trabalho de enfermagem hospitalar. Rev enferm UERJ. 2001; 9(2).
- 95-Sabença VD. Riscos biológicos: uma abordagem na área da saúde do trabalhador [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2004.
- 96-Sêcco IAO, Gutierrez PR, Matsuo T. Acidentes de trabalho em ambiente hospitalar e riscos ocupacionais para os profissionais de enfermagem. Rev. Semina ciência, biologia e saúde. 2002; 23 (19).
- 97-Giunta APN. Inspeção do programa de controle de infecção hospitalar dos serviços de saúde pela vigilância sanitária: diagnóstico da situação [dissertação]. São Paulo : Universidade de São Paulo; 2002.
- 98-Torres S, Lisboa TC. Limpeza e higiene lavanderia hospitalar. CLR, Balieiro, São Paulo, 1999.
- 99-Ferreira JÁ, Tambellini AT, Silva CLP, Guimarães MA. Exposição à infecção pelo vírus da hepatite B em trabalhadores da coleta de lixo domiciliar e hospitalar no município do Rio de Janeiro. Rev. Cadernos de Saúde Coletiva 1999; 7(1): p.69-79.
- 100-Alam MM, Vaz C, Tabajara MRA. Educação ambiental e o conhecimento do trabalhador em saúde sobre situações de risco. Revista Ciência & Saúde Coletiva 2005; 10: 39-47.
- 101-Arévalo RH, Cruz MR, Palomino VF, Fernandez VF, Guzmàn RE, Melgar AR. Aplicación del programa del control de infecciones intrahospitalares em esblecimientos del salute de la región San Martin. Rev Peruana de Medicina Experimental y Salud publica 2003; 20(2): 84-91.
- 102-Alves CB, Chaves SMC, Escosteguy C, Coutinho F. Análise dos acidentes ocupacionais com exposição a fluidos biológicos no hospital dos Servidores do Estado (HSE) entre 1997 e 2002. In: Anais VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 2003. Brasília, Brasil.

- 103-Azambuja EPP, Pires D, Vaz MRC. Prevenção e controle da infecção hospitalar; as interfaces como o processo de formação do trabalhador. Rev. Texto & contexto de enfermagem 2004; 13 n.(esp.).
- 104-Braga D. Acidente de trabalho com material biológico em trabalhadores da enfermagem do Centro de Pesquisas Hospital Evandro Chagas [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2000. 75p.
- 105-National Occupational Health & Safety Commission. Practice for the control of work-related exposure to hepatitis and HIV (blood-borne) viruses. Rev. Canberra Commonwealth of Austrália. Austrália, 2003, p.66.
- 106-Raffone AM, Hennington EA. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. Rev. Saúde Pública journal public health. 2005; 39(4): 669-76.
- 107-Moreira AMR, Mendes R. Fatores de risco dos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho de enfermagem. Rev enferm UERJ. 2005; 13: 19-26.
- 108- Penteadó EVBF. Tuberculose no ambiente hospitalar: uma questão da saúde do trabalhador [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 1999.
- 109-Steinhofel EP, Marister MM. A utilização de equipamentos de proteção individual pela equipe de enfermagem na área de limpeza e desinfecção de materiais: revisando a literatura. Rev.Ciências, cuidado e saúde. 2002; 1(2).
- 110-Tenório LR, Tancredi ML. Riscos ocupacionais no ambiente hospitalar do hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE)- Universidade do estado do Rio de Janeiro (UERJ). In: Cadernos de saúde do trabalhador e Meio Ambiente 2000; 1(1).
- 111-Silva CER. O processo de Trabalho da limpeza e coleta do lixo hospitalar na emergência do Hospital Municipal Paulino Werneck [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 1999.
- 112-Schwartz RZ, Baldin N. Saúde do Trabalhador de enfermagem diante do trabalho em centro cirúrgico. Rev. SOBECC 2005; 10(4).
- 113-Starling PBJ. Biossegurança e AIDS: as dimensões psicossociais do acidente com material biológico no trabalho hospitalar [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2000.
- 114-Sznelwar L, Uchida S. Ser auxiliar de enfermagem: um olhar da psicodinâmica do trabalho. Rev. Produção 2004; 14(3): 87-97.
- 115-Guevara CA, Henao DP, Herrera JA. Síndrome de desgaste profissional em médicos internos y residentes no Hospital Universitário Del Valle, Cali. Rev. Colômbia Médica 2002; 35(4): 173-78.

116-Silvino ZR. O desgaste mental no trabalho dos enfermeiros: entre o real e o prescrito [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002. 112 p.

117-Carvalho S, Machado JMH, Brás M. A ética nas relações de trabalho em hospital: reconhecimento e sofrimento psíquico dos trabalhadores. In: Anais IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, XIV Congresso da Associação Internacional de Políticas de Saúde X Congresso Latino-Americano de Medicina Social; 2007 jul 13-18, Salvador, Brasil.

118-Brant LC, Gómez CM. O sofrimento e seus destinos na gestão do trabalho. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10(4): 939-52.

119-Merlo ARC, Traesel SE. Trabalho e subjetividade: o reconhecimento como estratégia potencializadora de saúde mental no trabalho hospitalar. In: Anais IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. XIV Congresso da Associação Internacional de Políticas de Saúde X Congresso Latino-Americano de Medicina Social; 2007 jul 13-18, Salvador, Brasil.

120-Santana MTBM, Colares PI, Brito DV. Valorização do trabalhador de saúde como sujeito do acolhimento do usuário em uma unidade de emergência hospitalar. In: Anais IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, XIV Congresso da Associação Internacional de Políticas de Saúde X Congresso Latino-Americano de Medicina Social; 2007 jul 13-18, Salvador, Brasil.

121-Branco VMC, Robin M. Contribuindo para o desenvolvimento pessoal do profissional de saúde. *Revista Saúde em Foco/ Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva- Secretaria Municipal de Saúde Coletiva do Rio de Janeiro* n 23 julho de 2002 Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro – Superintendência de Saúde Coletiva.

122-Lara SR, Silva AN. A terapia floral como facilitadora no equilíbrio físico e mental dos trabalhadores de saúde em ambulatório hospitalar. *Rev. Nursing* 2001; 4(35): 9-24.

123-Santana MTBM, Jorge MSB. Espacialidade do trabalhador de saúde no mundo instituição hospitalar ao cuidar do doente morrendo. In: Anais IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, XIV Congresso da Associação Internacional de Políticas de Saúde X Congresso Latino-Americano de Medicina Social; 2007 jul 13-18, Salvador, Brasil.

124-Vidal MCR, Soares PS, Lima FCB, Leitão CLRA, Almeida CS, Santos PRA, Mattos CM. A análise ergonômica do trabalho nas enfermarias de clínica médica de um hospital universitário: projeto de iniciação científica em ergonomia e de implantação do programa de capacitação em ergonomia hospitalar – PROCEH/HUPE/DEIN/UERJ e o GENTE/COOPE/UFRJ. Anais ABERGO. Rio Grande do Sul, 2001.

125-Organización Panamericana da Salud. Seguridad en infraestructura de salud. Anais da Jornada Técnica Nacional de Ingeniería y arquitectura. Panamá, Ministério de Salud, caja de seguro social 2001; v. 6 p.282.

126-Fischer FM, Moreno CRC, Rotenberg L. A dimensão temporal e o contexto da saúde do trabalhador da área da saúde. In: Santos I, David HSL, Silva D, Tavares CMM, organizadores.

Enfermagem e campos de prática em saúde coletiva: realidade, questões e soluções. Rio de Janeiro: Atheneu, 2008; v. 4, p. 107-116.

127-Santos PR. Estudo do processo de trabalho da enfermagem em hemodinâmica: desgastes, cargas de trabalho e fatores de riscos a saúde do trabalhador [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.

128-Santos PR, Mattos UAO. As condições de trabalho e saúde da equipe de enfermagem do setor de hemodinâmica de um hospital do Rio de Janeiro. In: Anais VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 2003 jul/ago; Brasília, Brasil.

129-Almeida G, Paiva EP, Ramos EEO, Santos IA, Pina JÁ, Oliveira MNP. A fotografia como instrumento de pesquisa em ciências sociais em saúde: análise do processo de trabalho em lavanderia hospitalar. In: Anais IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, XIV Congresso da Associação Internacional de Políticas de Saúde X Congresso Latino-Americano de Medicina Social; 2007 jul 13-18, Salvador, Brasil.

130-Schwartz Y. Trabalho e gestão: níveis, critérios, instâncias. In: Figueiredo M, Athayde M, Brito J, Alvarez D. Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

131-Brito JC, Gomes L. Um estudo sobre as relações entre saúde, trabalho e subjetividade dos profissionais da farmácia de um hospital público. In: Anais IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, XIV Congresso da Associação Internacional de Políticas de Saúde X Congresso Latino-Americano de Medicina Social; 2007 jul 13-18, Salvador, Brasil.

132-Schwartz Y, Durrive L. (org.) Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana. In: Reflexões em torno de um exemplo de trabalho operário. Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2007.

133-Telles AL, Alvarez D. Interfaces, ergonomia-ergologia: uma discussão sobre trabalho prescrito e normas antecedentes. In: Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004, p.63-90.

134-Sznelwar LI, Lancman S, Wu MJ, Alvarinho E, Santos M. Análise do trabalho e serviço de limpeza hospitalar: contribuições da ergonomia e da psicodinâmica do trabalho. Rev. Produção 2004; 14(3): 45-57.

135-Hokerberg YHM, Santos MAB, Passos SRL, Rozemberg B, Cotias PMT, Alves L, Mattos UAO. O processo de construção de mapas de risco em um hospital público. Revista Ciência & Saúde Coletiva 2006; 11:503-13.

136-Coelho CD. Sistema de informação gerenciais e gestão hospitalar. In: Anais IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, XIV Congresso da Associação Internacional de Políticas de Saúde X Congresso Latino-Americano de Medicina Social; 2007 jul 13-18, Salvador, Brasil.

- 137-Jorge AO. A gestão hospitalar sob a perspectiva da micropolítica do trabalho em saúde. In: Anais VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva 2005.
- 138-Leal MB, Ferla AA, Possa LB, Fert MHB. Inovação institucional e gestão participativa: mudanças na modelagem da atenção e da gestão hospitalar no Grupo Hospitalar Conceição (GHC) - Porto Alegre/ RS. In: Anais IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, XIV Congresso da Associação Internacional de Políticas de Saúde X Congresso Latino-Americano de Medicina Social; 2007 jul 13-18, Salvador, Brasil.
- 139-Carvalho AGC, Moreira AM, Barros MF. A. Análise comparativa do modelo de gestão da qualidade nas organizações Hospitalares Públicas e Privadas. In: Anais IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, XIV Congresso da Associação Internacional de Políticas de Saúde X Congresso Latino-Americano de Medicina Social; 2007 jul 13-18, Salvador, Brasil.
- 140-Bittencourt JR, Hortale VA. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente do município do Rio de Janeiro. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12(4): 929-34.
- 141-Mendes AV. Os diferentes vínculos trabalhistas e as condições de trabalho dos trabalhadores de saúde num hospital de ensino. In: Anais IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, XIV Congresso da Associação Internacional de Políticas de Saúde X Congresso Latino-Americano de Medicina Social; 2007 jul 13-18, Salvador, Brasil.
- 142-Teixeira CP. Cooperativas de profissionais de saúde dos serviços municipais e município do Rio de Janeiro e a Cooperativa do Hospital Geral de Bonsucesso [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2000.
- 143-Costa SML, Carvalho AGC, Moreira AM, Barros MFA. As redes de conhecimento e a melhora da qualidade assistencial das organizações hospitalares In: Anais IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, XIV Congresso da Associação Internacional de Políticas de Saúde X Congresso Latino-Americano de Medicina Social; 2007 jul 13-18, Salvador, Brasil.
- 144-Cecagno D, Cecagno SS, Hedi CH. Trabalhador de enfermagem: agente colaborador no cumprimento da missão institucional. *Rev. Brasileira de Enfermagem* 2005; 58(1).
- 145-Silva JR. A (dês) humanização das relações sociais em serviço social: um estudo de caso do hospital municipal Souza Aguiar – RJ. In: Anais IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, XIV Congresso da Associação Internacional de Políticas de Saúde X Congresso Latino-Americano de Medicina Social; 2007 jul 13-18, Salvador, Brasil.
- 146-Sá MC, Carreiro CT, Fernandes MIA. Limites do cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. *Cad Saúde Pública* 2008; 24 (6): 1334-41.

- 147-Oliveira PTR. Sofrimento psíquico e o trabalho hospitalar um estudo de caso 7 realizado em um hospital publico no Pará [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 1998.
- 148-Neto OB. Estudo sobre carga de trabalho e processo de desgaste das auxiliares de enfermagem de um hospital universitário em Pernambuco [dissertação]. Recife: Instituto Aggeu de Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 1998.
- 149-Bastos MFP. Estresse e trabalho: considerações sobre as condições de saúde dos servidores da UERJ e possibilidades de intervenção, a partir da atuação do Serviço Social do DESSAÚDE. In: Cadernos de saúde do trabalhador e Meio Ambiente 2001; 2(2).
- 150-Pinho AM, Camargo KR. Síndrome de burnout na equipe de enfermagem: o cotidiano em uma unidade pediátrica de um hospital universitário [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2005.
- 151-Stacciarine JMR, Tróccoli BT. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2001; 9 (2):17-25.
- 152-Costa COB. “Readaptar” ou reconstruir o trabalho no serviço público: um estudo em um hospital universitário [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.
- 153-Robazzi MLCC, Marziale MHP. Alguns problemas ocupacionais decorrente do trabalho de enfermagem no Brasil. Rev. Bras. Enfermagem. 1999; 52 (3): 331-8.
- 154-Marziale MHP. Abordagem ergonômica do trabalho de enfermagem [tese de doutorado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2000.
- 155-Marziale MHP, Rodrigues CM. A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2002; 10 (4): 571-7.
- 156-Brevidelli MM, Cianciarullo TI. Análise dos acidentes com agulhas em um hospital universitário: situações de ocorrência e tendências. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2000; 10 (6):780-6.
- 157-Marinho J. Profissão Perigo. COREN-SP. 2004; (52): 7-11.
- 158-Silva ALA, Abbate LS. O hospital e suas instituições um ensaio socioanalítico. Anais VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva 2005.
- 159-Barros BME, Santos FSB. Saúde do trabalhador: construindo uma metodologia de análise /intervenção – a experiência da PNH – Programa Nacional de Humanização. In: I Simpósio Brasileiro de Saúde do Trabalhador. Rio de Janeiro. ABRASCO, out. 2007
- 160-Silva CO, Machado JMH, Minayo CG. Proposição de um método de análise coletiva dos acidentes de trabalho no hospital. Cad Saúde Pública 2005; 21 (2): 524-71.

161- Cirne AMB, Carvalho SG. A construção da saúde do trabalhador em um Hospital: uma ação coletiva. In: Anais IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, XIV Congresso da Associação Internacional de Políticas de Saúde X Congresso Latino-Americano de Medicina Social; 2007 jul 13-18, Salvador, Brasil.

162-Lavinia B, Starling P. Exame periódico em saúde em hospital público no Rio de Janeiro. Anais VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva 2005.

163-Barros MEB, Evangelista OP, Carvalho RAA. Desafios para a construção de um programa de formação em saúde e trabalho na coordenação de recursos humanos/atenção ao servidor/ministério da saúde. In: Trabalhador da saúde muito prazer!

164- Martins FAD, Garcez M, Oliveira BLM, Losekann SD, Oliveira VT. Proposta de implantação do serviço de saúde do trabalhador do hospital geral de Bonsucesso [monografia de conclusão curso de especialista em Saúde do trabalhador]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2004.

165-Haddad MCL. Proposta de implantação de um programa interdisciplinar de apoio ao trabalhador de enfermagem. Rev. Escola de Enfermagem USP 1998; 32(4): 307-13.

166-Brani R, Lima SP, Alves JCA, Santos PR, Hokerberg I, Passos RL. Levantamento das demandas por atividades físicas na promoção da saúde dos profissionais de saúde. In: VIII Congresso Brasileiro de saúde coletiva ABRASCO. Rio de Janeiro, 2007

167-Neubejamia RSL, Machado CE, Jorge MSB, Análise da qualidade de um serviço de saúde do trabalhador. Anais VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva 2005.

168-Almeida VCF, Damasceno MMC, Araújo TL. Saúde do trabalhador de saúde: análise das pesquisas sobre o tema. Rev. bras. Enfermagem. 2005; 58(3):335-40.

169-Universidade Federal de Minas Gerais. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. In: Oficina “Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde”. Relatório final. Ouro Preto: UFMG, 2007.

170- Serafim BSF. Um Olhar Sobre o Trabalho em Saúde nos Marcos Teórico-Político da Saúde do Trabalhador e do HumanizaSUS: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In:Serafim BSF, Barros MEB. Trabalhador da Saúde. Região do Noroeste do estado do Rio Grande do Sul (RS): ABEU; 2007. p.74-93.

171- BRASIL, Ministério da Saúde. Anuário Estatístico de Saúde do Brasil 2001 (Notas Metodológicas) Brasília 2002. Disponível em:
<<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/anuario2001/recfis/notas.cfm> > Acesso em: 17/08/2007.

172-Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Serviços de Saúde. www.saude.rj.gov.br/secretaria/serviços_saúde_shtml (acessado em 25/abr/2007).

173-Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro. Saúde-Rio. <http://www.saude.rio.rj.gov.br/> (acessado em 26/abr/2007).

174-Ministério da Saúde. Hospitais Federais ministeriodasaude.gov.br (acessado em 27/jun/2007).

175-Universidade do Estado do Rio de Janeiro DATA-UERJ NIESC-VR, 2008, www.uerj.br (acessado em 09/set/2008).

176-Mendes LAA. Diretrizes para implantação da gestão ambiental na Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Campus Francisco Negrão de Lima [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2005.

177-Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Documento. Cargos destinados a Divisão de saúde ocupacional, Ato Executivo nº 1465/86 Rio de Janeiro, 1986. Fonte: DESSAUDE/SRH.

178- Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Documento. Reestruturação da Superintendência de Recursos Humanos (SRH). Do departamento de segurança e saúde no trabalho. Seção XI, Art. 32 competências. Da divisão de segurança no trabalho. Seção XIII, Art. 35 competências. Das divisões de saúde (do campus e do HUPE), Seção XIV, Art.37 competências. Fonte: DESSAUDE/SRH.

179-Universidade do Estado do Rio de Janeiro 2003. Documento. Sistema de competências e atribuições. Do Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho. Seção IV, Art. 28 Fonte: DESSAUDE/SRH.

180-Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000. Documento. Dimensionamento para o quadro de pessoal do DESSAUDE. Proposta contratual para o período de 2000/2 Fonte: DESSAUDE/SRH.

181-Universidade do Estado do Rio de Janeiro 2000. Documento. Estrutura administrativa: Serviço Social do trabalho. Competências. Fonte: DESSAUDE/SRH.

182-Universidade do Estado do Rio de Janeiro 2000. Documento. Proposta de reestruturação do DESSAUDE: competências e atribuições do serviço de enfermagem de saúde do trabalhador. Minuta. Equipe de enfermagem - Serviço de enfermagem de Saúde do trabalhador (SENSAT) Fonte: DESSAUDE/SRH.

183-Silva ER, Mendes LAA. Gerenciamento integrado de resíduos em instituições de ensino e pesquisa: o caso da universidade do Estado do Rio de Janeiro. In: Branquinho F, Felzenszwalb I, organizadores. Meio ambiente: experiências em pesquisa multidisciplinar e formação de pesquisadores. Rio de Janeiro: ed. Mauad X FAPERJ; 2007.

184-Barreto MCM. Programa de prevenção de riscos ambientais- PPRA-da universidade do estado do Rio de Janeiro (UERJ). In: Cadernos de saúde do trabalhador e Meio Ambiente 2001; 2(2).

- 185-Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2004. Documento Atividades desenvolvidas pelas divisões de saúde. Atividades do DISHUPE. Relatório de atividades. Mimeo. Fonte: DESSAUDE/SRH.
- 186- Franklin SL. A qualidade do ar em um laboratório climatizado de anatomia patológica: avaliação dos agentes biológicos [dissertação] Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.
- 187-Bettini DR. Qualidade do ar em laboratório climatizado de anatomia patológica avaliação de agentes químicos: faculdades de ciências médicas [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.
- 188- Fundação Oswaldo Cruz. 2006. Documento. INDEX. Ministério da saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Fonte: Presidência e Coordenação de comunicação Social da fundação Oswaldo Cruz (CCS/Fiocruz)
- 189- Minayo MCS; Machado JMH; Matos LBF; Oda LM; Vieira VM; Monteiro TCN Fiocruz Saudável- uma experiência institucional. Revista Ciência & Saúde Coletiva 1998; 3(2)
- 190- Fundação Oswaldo Cruz. Relatório FIOCRUZ saudável/ ABRASCO 2003 p.1.
- 191- Fundação Oswaldo Cruz. 1997. Documento Relatório do Programa Fiocruz Saudável . Fonte: CST/DIREH/FIOCRUZ.
- 192- Fundação Oswaldo Cruz. 2004. Sistema Integral de saúde do trabalhador. Fonte: CST/DIREH/FIOCRUZ.
- 193- Fundação Oswaldo Cruz. 2004. O programa Fiocruz saudável. Mimeo. Fonte: CST/DIREH/FIOCRUZ.
- 194- Fundação Oswaldo Cruz. 2005. O Sistema Integrado de Saúde do trabalhador (SIST) NUST, FIOPREV, NIST, Assistência, Vigilância. Mimeo. Fonte: CST/DIREH/FIOCRUZ.
- 195- Fundação Oswaldo Cruz. 2007. Sistema Integral de saúde do Trabalhador. Apresentação das propostas e ações de saúde do trabalhador no âmbito da FIOCRUZ. Portifólio. Fonte: CST/DIREH/FIOCRUZ.
- 196- Fundação Oswaldo Cruz. 2000. Anais do I Seminário Nacional Saúde e Ambiente no Processo de Desenvolvimento. Série: FIOCRUZ Eventos Científicos. Rio de Janeiro.
- 197- Fundação Oswaldo Cruz. 2007. Fundação Oswaldo cruz - O melhor ambiente para ensino, pesquisa e produção. In: Radis, Rio de Janeiro, nº 60, agosto de 2007.
- 198-Alves CA, Yuan EC, Pinheiro ES, Santos LC. Reconstruindo a história para pensar a atividade: um processo de auto-análise e autogestão do núcleo de saúde do trabalhador do Instituto Fernandes Figueira e sua interface com o Programa Fiocruz Saudável. In: Monografia. Especialização em saúde do trabalhador e ecologia humana CESTE/ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2004.

199- Fundação Oswaldo Cruz. Portifólio CST/DIREH –Relatórios do projeto Fiocruz saudável 2008.

Bibliografia Consultada

Antunes, R.; Alves, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. vol. 25. n. 25. Rev. Educ. Soc., Campinas, maio/ago. 2004 <http://www.cedes.unicamp.br> (acessado em 20/set/2007).

Antunes, R. Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 6ª. ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2002.

Assunção AÁ, Belisário SA. O trabalho no setor saúde, o trabalho no setor de serviços. I Simpósio Brasileiro de Saúde do Trabalhador. Rio de Janeiro. ABRASCO, out. 2007

Brasil, Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988. Título VII – Da Ordem Social, Cap. II – Da Seguridade Social, Seção II – Da Saúde.

Brasil, Ministério do Trabalho, NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde, Portaria MTE n.º 485, de 11 de Novembro de 2005 (DOU de 16/11/05 – Seção 1) http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_32.pdf (acessado em 15/abr/2007).

Brito J. Saúde do trabalhador: reflexões a partir da abordagem ergológica. In: Figueiredo M, Athayde M, Brito J, Alvarez D organizadores.. Labirintos do trabalho interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004; p.91-114.

Bulhões, I. Riscos do trabalho de enfermagem. Rio de Janeiro, 1994.

Câmara VM, Tambellini AT, Castro HÁ, Waissmann W. Saúde ambiental e saúde do trabalhador: epidemiologia das relações entre a produção, o ambiente e a saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida-Filho N. Epidemiologia e Saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, p.469-497.

Ceccim RB. Residência integrada de saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção a saúde. In: Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2004.

Daniellou, F. (Coord.) A ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos São Paulo: ed. Edgar Blücher, 2004.

De Masi D. O futuro do trabalho: fadiga e ócio na sociedade pós-industrial. 2ª. ed. Rio de Janeiro: José Olympio; Brasília: Ed. UnB, 1999.

Dejours C. A banalização da injustiça social. 2ª ed. Rio de Janeiro: ed. FGV, 1999.

- Demo P. Pesquisa e construção do conhecimento Metodologia científica no caminho de Habermas. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 3ª ed. 1997,p. 09-115
- Dias EC. A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia ou utopia? [tese de doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1994.
- Dias EC, Melo EM. Políticas Públicas em Saúde e Segurança no Trabalho. Patologia do Trabalho Atualizada e Ampliada 2003; 2ª ed. São Paulo: ATHENEU, p.1684-720.
- Eco H. Metodologia: como se faz uma tese. São Paulo: Ed. Perspectiva S.A., 2ª ed. 1985.
- Estryun-Behar M. Conditions de travail et difficultés sociales de femmes travaillant á hospitaux. In: Equilibre ou fadigue par le travail. Paris, 1980 p.141-151.
- Faria NM. Organização do trabalho. São Paulo: Atlas; 1984.
- Feuerwerker LCM, Cecílio LCO. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. Rev. Ciência & Saúde Coletiva. ABRASCO 2007; 12(4): 965-71.
- Fourez G. O método científico: a ciência como disciplina intelectual. In: A construção das ciências: introdução à filosofia e à ética das ciências. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 1995, p. 103-137.
- Garrett A. A entrevista, seus princípios e métodos. Tradução: Maria de Mesquita Sampaio e outros. 6ª ed. Rio de Janeiro: Agir, 1974.
- Goldim JR. Manual de iniciação à pesquisa em saúde. 2ª ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000.
- Habermas J. Dialética e hermenêutica. Porto Alegre: LPM, 1987.
- Hennington EA. Entre o criativo e o precário: reflexões sobre constrangimentos e possibilidades do trabalhador da saúde em tempos líquidos. I Simpósio Brasileiro de Saúde do Trabalhador. Rio de Janeiro. ABRASCO, out. 2007
- Lima SML. Definição e implementação de objetivos nas organizações públicas de saúde. Rev. da Escola Brasileira de Administração Pública. v. 28. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, out/dez. 1996.
- Lima Jr JHV. Trabalhador de enfermagem: de anjo de branco a profissional [tese de doutorado]. São Paulo: Escola de Administração de Empresa de São Paulo; 1998.
- Machado SP, Kuchenbecker R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. Rev. Ciência & Saúde Coletiva 2007; 12(4): 871-77.
- Mattoso J. A desordem do trabalho. 1ª reimpressão. São Paulo: Página Aberta, 1996.
- Menezes,R. M. Em busca da boa morte – antropologia dos cuidados paliativos. Ed. Garamond-FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2004

Merhy EE, Magalhães Jr HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

Minayo MC. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Editora Vozes, 1996.

Minayo-Gomez, C.; Revisão sistemática da produção científica brasileira no campo da saúde dos trabalhadores. In: Anais IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, XIV Congresso da Associação Internacional de Políticas de Saúde X Congresso Latino-Americano de Medicina Social; 2007 jul 13-18, Salvador, Brasil.

Ministério do Trabalho e Emprego (Br). PORTARIA 3.214 de 8 de junho de 1978.

Ministério da Saúde (Br). Lei Orgânica da Saúde. Lei 8.080/90. Brasília, 1990.

Ministério da Saúde (Br). Saúde Brasil 2004 uma análise da situação de saúde. Secretaria de Vigilância da saúde. Departamento de análise de situação de saúde. II Título, III Série. 2004

Ministério da Saúde (Br). 2007. “Saúde do trabalhador –um desafio institucional com foco na organização, implantação e/ou implementação de serviços”. In: GT de saúde do trabalhador do Ministério da Saúde e demais instituições federais do Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, dezembro de 2007

Ministério da Saúde (Br). PORTARIA 3.908/GM de 30 de outubro de 1998.

Ministério da Saúde (Br). 2007. “A coletividade construindo modos de fazer “ in: I Fórum de saúde do trabalhador no âmbito do Ministério da Saúde. CGRH- Coordenação Geral de Recursos Humanos/MS, CAS – Coordenação de Atenção Integral à Saúde do Servidor, Fundação Oswaldo Cruz/MS, CST/DIREH Coordenação de Saúde do Trabalhador/ Diretoria de Recursos Humanos, Rio de Janeiro, 2007.

Ministério da Saúde (Br). Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caderno de saúde do trabalhador: legislação. Série E. Legislação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Ministério da Saúde (Br). Conselho Nacional de Saúde. Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no SUS (Nost – SUS). Portaria MS n° 3.908, de 30 de outubro de 1998.

Ministério da Saúde (Br). Conselho Nacional de Saúde. Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador. Portarias MS n° 3.120, de 1° de julho de 1998.

Mintzeberg, H. Burocracia profissional. In: Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações. 2ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 2003, p. 212-238.

Mony, A.T. ; Druck,G. Terceirização: a erosão dos direitos dos trabalhadores na França e no Brasil . In: Druck G, Franco T, organizadores. A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização. São Paulo: ed. Boitempo, 2007, p.24-58.

Nardir HC, Tittoni J, Bernardes JS. Subjetividade e Trabalho. In: CATTANI, A.D. Dicionário sobre trabalho e tecnologia. 4ª ed. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2002, p. 302-8.

Oliveira MHB, Oliveira SSB, Ribeiro FSN Vasconcellos LCF Análise comparativa dos dispositivos de saúde do trabalhador nas constituições estaduais brasileiras. *Cad Saúde Pública* 1997; 13 (3):425-33.

Oliveira MHB. As políticas públicas brasileiras de saúde do trabalhador tempos de avaliação. *Rev. Saúde em Debate*. v. 24. n. 55. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), 2000; p.92-103.

Pena PGL. Aspectos conceituais do setor de (auto) serviços e a saúde do trabalhador. I Simpósio Brasileiro de Saúde do Trabalhador. Rio de Janeiro. ABRASCO, out. 2007

Pochmann M. O emprego na globalização: a nova divisão internacional do trabalho e os caminhos que o Brasil escolheu. São Paulo: Biotempo Editorial, 2002.

I SIMPÓSIO sobre condições de saúde e trabalho no setor saúde. Condições de saúde e trabalho no setor saúde. Belo Horizonte: NESCON/UFMG. nov. 2007.

I SIMPÓSIO Brasileiro de Saúde do Trabalhador. Rio de Janeiro. ABRASCO, out. 2007.

Rosenfield C. Autonomia outorgada e apropriação do trabalho, sociologias. ano 6. n. 12. Porto Alegre, jul/dez. 2004.

Rosso SD. Intensidade e imaterialidade do trabalho e saúde. *Rev. Trabalho, Educação e Saúde*. V. 4. n. 1. Rio de Janeiro, 2006.

Santos-Filho, S.B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. ABRASCO. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*. 2007;12(4): 999-1010.

Sato L. Replanejamento do trabalho como processo de construção e de negociação de significados. In: BORGES, L.H.; MOULIN, M.G.B.; ARAÚJO, M.D.(orgs). *Organização do trabalho e Saúde: múltiplas relações*. Vitória: EDUFES, 2001, p.71-85.

Silva, CO. Curar, adoecendo [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 1994.

Simoni M. Trabalhar é preciso: reflexões sobre o conceito de trabalho humano e suas implicações para a engenharia de produção [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1996.

Waissmann W. A “cultura de limites” e a desconstrução médica das relações entre saúde e trabalho [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2000.

ANEXOS E APÊNDICES

Anexo 1

Tabela 1: Demonstrativo de Tipos de Produções Científicas Levantadas na Revisão Sistemática

| TIPO | FREQÜÊNCIA | % |
|------------------------------------|------------|------|
| Artigos em periódicos | 80 | 55,2 |
| Dissertações e teses | 38 | 26,2 |
| Livros | 10 | 6,9 |
| Manuais técnicos (OIT/OPAS/OMS) | 12 | 8,3 |
| Artigos em anais de eventos | 3 | 2,1 |
| Relatórios técnicos | 2 | 1,3 |
| TOTAL | 145 | 100 |

Fonte: Elaboração própria

Anexo 2

Tabela 2: População X Empregos em Saúde

| Local | População 1992 | | Emprego 1992 | | População 2002 | | Emprego 2002 | |
|--------------------|----------------|------|--------------|------|----------------|------|--------------|------|
| | Freq. | % | Freq. | % | Freq. | % | Freq. | % |
| Rio de Janeiro | 12.916.221 | 8,7 | 194.958 | 13,6 | 14.724.479 | 8,4 | 249.704 | 11,5 |
| Demais localidades | 135.767.899 | 91,3 | 1.243.750 | 86,4 | 159.908.453 | 91,6 | 1.930.894 | 88,5 |
| Total/Brasil | 148.684.120 | 100 | 1.438.708 | 100 | 174.632.932 | 100 | 2.180.598 | 100 |

Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde: trabalhadores de Saúde em números, 2006.

Obs: Dados analisados pela AMS de 1992-2002.

Anexo 3

Tabela 3: Capacidade Instalada: leitos hospitalares

| Localidade | Leitos | | Tipo estabelecimentos de saúde | | | |
|--------------------|---------|-------|----------------------------------|-------|--------------------------------------|-------|
| | Freq. | % | Leitos SUS (público/privados) | | Leitos exclusivamente privados | |
| | | | Freq. | % | Freq. | % |
| Rio de Janeiro | 45.055 | 10,17 | 36.175 | 9,26 | 8.880 | 16,86 |
| Demais localidades | 398.155 | 89,83 | 354.369 | 90,74 | 43.786 | 83,14 |
| Total/ Brasil | 443.210 | 100 | 390.544 | 100 | 52.666 | 100 |

Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde: Indicadores de Gestão do Trabalho em Saúde 2007 (IBGE/AMS, 2005).

Anexo 4

Quadro 6: Força de trabalho de profissionais de saúde no estado do Rio de Janeiro

| Profissões de saúde | Número de profissionais | Média de horas semanais | Salários médios | Empregos |
|----------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------|----------|
| Médicos | 51.480 | 24,37 | R\$ 1.719,21 | 63.606 |
| Enfermeiros | 24.882 | 38,64 | R\$ 1.449,99 | 14.005 |
| Téc. Enfermagem | 46.013 | 40,75 | R\$ 575,51 | 20.888 |
| Aux. Enfermagem | 60.895 | 40,75 | R\$ 575,51 | 41.310 |
| Psicólogos | 24.449 | 34,88 | R\$ 1.152,13 | 2.662 |
| Fisioterapeutas | 18.071 | 34,77 | R\$ 804,33 | 4.876 |
| Nutricionistas | 6.833 | 42,14 | R\$ 1.135,72 | 2.393 |
| Farmacêuticos | 7.774 | 40,78 | R\$ 1.440,17 | 2.174 |
| Assistentes sociais* | 7.289 | 37,38 | R\$ 1.273,46 | 2.039 |

Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde: Indicadores de Gestão do Trabalho em Saúde 2007 (UFMG/ NESCOM, CAGED/ MTE, e IBGE/AMS 2005).

*Não-profissional de saúde, mas está incluído na atenção hospitalar.

Anexo 5

Quadro 7: Força de Trabalho de Profissionais de Saúde no Brasil

| Profissões de saúde | Número de profissionais | Média de horas semanais | Salários médios | Empregos |
|----------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------|----------|
| Médicos | 310.264 | 25,74 | R\$ 2.373,01 | 527.625 |
| Enfermeiros | 117.871 | 38,24 | R\$ 1.693,14 | 116.126 |
| Téc. Enfermagem | 242.996 | 39,52 | R\$ 663,93 | 161.336 |
| Aux. Enfermagem | 360.868 | 39,52 | R\$ 663,93 | 401.753 |
| Psicólogos | 148.699 | 34,41 | R\$ 1.197,77 | 20.091 |
| Fisioterapeutas | 76.163 | 30,66 | R\$ 1.008,56 | 32.266 |
| Nutricionistas | 38.081 | 40,86 | R\$ 1.128,99 | 24.754 |
| Farmacêutico | 99.737 | 41,23 | R\$ 1.381,24 | 33.165 |
| Assistentes Sociais* | 61.655 | 37,77 | R\$ 1.230,40 | 15.337 |

Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde: Indicadores de Gestão do Trabalho em Saúde 2005. (UFMG/ NESCOM, CAGED/ MTE, e IBGE/AMS 2005)

* Não-profissional de saúde, mas está incluído na atenção hospitalar.

Anexo 6

Tabela 4: Unidades Hospitalares por Região do Estado do Rio de Janeiro

| Região | Público | Privado | Total |
|-----------------------|---------|---------|-------|
| Baia da Ilha Grande | 2 | 2 | 4 |
| Baixada Litorânea | 10 | 6 | 16 |
| Centro-Sul Fluminense | 4 | 17 | 21 |
| Médio Paraíba | 7 | 19 | 26 |
| Metropolitana I | 86 | 66 | 152 |
| Metropolitana II | 21 | 27 | 48 |
| Noroeste Fluminense | 4 | 22 | 26 |
| Norte Fluminense | 5 | 13 | 18 |
| Serrana | 11 | 20 | 31 |
| TOTAL | 150 | 192 | 342 |

Fonte: Secretaria do Estado de Saúde do Rio de Janeiro (Janeiro/2007)

Anexo 7

Quadro 8: Estimativa do quantitativo de formação de profissionais especialistas em saúde do trabalhador-estado do Rio de Janeiro

| Profissões | Varição do número de especialista formado/ano | Total em 05 anos |
|-------------------|---|------------------|
| Médicos | 02 | 10 |
| Engenheiro | 01 | 08 |
| Enfermeiro | 04 | 15 |
| Fisioterapeuta | 03 | 12 |
| Psicólogo | 05 | 23 |
| Assistente social | 03 | 15 |
| Farmacêutico | 01 | 03 |
| Biólogo | 01 | 03 |
| Cientista social | 02 | 04 |

Fonte: CESTEJ, 2009

Anexo 8

Quadro 9: Estimativa do quantitativo de formação de profissionais especialistas e com qualificação em saúde ocupacional-estado do Rio de Janeiro

| Profissões saúde ocupacional/número de estabelecimento de ensino | Varição do número de especialista formado/ano | Dimensionamento do SESMT/NR-4 (serviços de saúde acima de 500 e com 5.000 trabalhadores – grau de risco 3) |
|--|---|--|
| Médico do Trabalho/06 | 120 (*) (média de 20 alunos/ano) | 01 (tempo parcial-3h) |
| Engenheiro de segurança do trabalho/06 | 150 (média de 35 alunos/ano) | 01 (tempo parcial-3h) |
| Enfermeiro do trabalho/08 | 310(**) (média de 35 alunos/ano) | 01 (tempo integral-8h) |
| Técnico de segurança do trabalho/10 | 250 (média de 25 alunos/ano) | 03 (tempo integral-8h) |
| Aux. Enf. Do trabalho/08 | 320 (***)(média de 40 alunos/ano) | 01 (tempo integral-8h) |
| | | |

Fone: MEC/INEP, 2009 e secretaria de pós-graduação e escolas de ensino médio técnico

(*) residência médica RJ – 06 vagas, (**) residência RJ-03 vagas, (***) qualificação de 06 meses

Anexo 9

Quadro 12: Demonstrativo por títulos de periódicos

| TÍTULO | QUANTIDADE |
|--|------------|
| PERIÓDICOS NACIONAIS | |
| Acta paul. Enferm. | 1 |
| Acta sci., Health sci | 1 |
| Arq. Ciênc. Saúde | 1 |
| Cad. Saúde colet., (Rio J.) | 4 |
| ad. Saúde Pública | 4 |
| Ciênc. Cuid. Saúde | 1 |
| Ciênc. saúde coletiva | 7 |
| comum. Ciênc. Saúde | 1 |
| Esc. Anna Nery Rev. Enferm | 3 |
| Hosp. Adm. Saúde | 1 |
| J. bras. Psiquiatr | 1 |
| Med. Infant | 1 |
| Momento & perspectiv. Saúde | 2 |
| Mundo saúde (1995) | 2 |
| Nursing (São Paulo) | 1 |
| Online braz. J. Nurs. (Online) | 3 |
| Produção | 1 |
| Rev. bras. Enferm | 4 |
| Rev. bras. Fisioter | 1 |
| Rev enferm UERJ | 7 |
| Rev. Esc. Enferm. USP | 2 |
| Rev. gaúch. Enferm | 2 |
| Rev. HCPA & Fac. Med. Univ. Fed. Rio Gd. do Sul | 1 |
| Rev. med. Hosp. Univ | 1 |
| Rev. méd. Minas Gerais | 1 |
| Rev. Paul. Hosp | 1 |
| Rev. saúde pública | 2 |
| Rev. SOBECC | 2 |
| Revista eletrônica de enfermagem | 1 |
| São Paulo med. J | 1 |
| Saúde debate | 1 |
| Semina cienc. biol. saude | 1 |
| Texto & contexto enferm | 2 |
| SUB-TOTAL | 65 |
| | |
| PERIÓDICOS ESTRANGEIROS | |
| Colomb. Med | 1 |
| Enfermería | 1 |
| Infectol. Microbiol. clin | 1 |
| Invest. Educ. enferm | 1 |
| Med. & soc | 1 |
| Notas enfer. (Córdoba) | 1 |
| Rev. cienc. adm. financ. segur. Soc | 1 |
| Rev. Latino am. enfer | 7 |
| Revista peruana de medicina experimental y salud pública | 1 |
| SUB-TOTAL | 15 |
| TOTAL | 80 |

Fonte: Elaboração própria

Anexo 10

Quadro 10: Demonstrativo de Teses e Dissertações por Instituições

| INSTITUIÇÃO | QUANTIDADE | | |
|---|------------|------|-------|
| | Dissert | tese | Total |
| UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA | | | |
| Engenharia da Produção | 5 | - | 5 |
| UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA | | | |
| Faculdade de Ciências da Saúde | 1 | - | 1 |
| UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO | | | |
| Escola de Enfermagem Anna Nery | 3 | 4 | 7 |
| UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO | | | |
| Faculdade de Enfermagem | 6 | - | 6 |
| FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ | | | |
| Escola Nacional de Saúde Pública | 5 | 1 | 6 |
| Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães | 1 | - | 1 |
| UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS | | | |
| Escola de Veterinária | 2 | - | 2 |
| UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO | | | |
| Faculdade de Saúde Pública | 2 | - | 2 |
| Escola de Enfermagem | 3 | - | 3 |
| Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto | 1 | 1 | 2 |
| UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA | | | |
| Centro de Ciências da Saúde | 2 | - | 2 |
| OUTRAS | | | |
| Escola de Admin. de Empresas de São Paulo | - | 1 | 1 |
| TOTAL | 31 | 7 | 38 |

Fonte: Elaboração própria

Anexo 11

Quadro 11: Demonstrativo de outros tipos de publicações

| TIPO | QUANTIDADE |
|------------------------------|------------|
| Livros | |
| Nacionais | 6 |
| Estrangeiros | 4 |
| Manuais | |
| Nacionais | 1 |
| Estrangeiros | 11 |
| Anais de eventos científicos | |
| Nacionais | 2 |
| Estrangeiros | 1 |
| Relatórios | |
| Nacionais | 2 |
| Estrangeiros | - |
| TOTAL | 27 |

Fonte: Elaboração própria

Anexo 12

Quadro 3: Instrumento metodológico para levantamento da produção científica

| QUESITOS | CONTEÚDO |
|---|--|
| Autor/ pesquisador ¹ | formação e instituição |
| Título do trabalho ² | ano, país, cidade, estado e fonte (indicar se tem pesquisa) |
| Descritores ³ | articulação com conceitos da saúde coletiva |
| Objeto e objetivo do trabalho | |
| Metodologia ⁴ | formas de abordagem e compreensão, embasamento teórico, variedade de métodos (técnica e instrumentos), população/amostra, serviço/setor |
| Diagnóstico situacional ⁵ | pesquisa em lócus; avaliação de resultados e discussão |
| Formulação de proposições/ intervenções ⁶ | Intervenção sugerida e/ou aplicada; relação teoria e prática; Proposta de Ação de VST; sugestões de atuação |

Fonte: Elaboração própria

Anexo 13

Quadro 13: Demonstrativo de Descritores Empregados nas Produções Científicas

| DESCRITORES | FREQUÊNCIA |
|--|------------|
| Hospitais Públicos | 4 |
| Infecção Hospitalar | 4 |
| Medidas de Segurança | 4 |
| Prática Profissional | 4 |
| Serviço Hospitalar de Emergência | 4 |
| Serviço Hospitalar de Limpeza | 4 |
| Enfermeiras | 5 |
| Fatores de Risco | 5 |
| Pessoal de Saúde | 5 |
| Saúde Mental | 5 |
| Recursos Humanos de Enfermagem no Hospital | 6 |
| Serviço Hospitalar de Enfermagem | 6 |
| Trabalhadores | 7 |
| Equipe de Enfermagem | 9 |
| Centros de Saúde | 10 |
| Engenharia Humana | 10 |
| Acidentes de Trabalho | 11 |
| Enfermagem do Trabalho | 14 |
| Condições de Trabalho | 16 |
| Hospitais | 16 |
| Riscos Ocupacionais | 16 |
| Saúde do Trabalhador | 77 |

Fonte: Elaboração própria

Anexo 14

Quadro 2 Revisão sistemática: variáveis e categorias de análise

| Variáveis | Categorias de análise |
|---|---|
| Autor/ pesquisador | Formação e instituição |
| Título do trabalho | Ano, país, cidade, estado e fonte (indicar se tem pesquisa) |
| Descritores | Articulação com conceitos da saúde coletiva |
| Objeto e objetivo do trabalho | - |
| Metodologia | Formas de abordagem e compreensão, embasamento teórico, variedade de métodos (técnica e instrumentos), população/amostra, serviço/setor |
| Diagnóstico situacional | Pesquisa em <i>lócus</i> ; avaliação de resultados e discussão |
| Formulação de proposições/ intervenções | Intervenção sugerida e/ou aplicada; relação teoria e prática; proposta de ação de VST; sugestões de atuação |

Fonte: Elaboração própria

Anexo 15

Quadro 14: Demonstrativo da Produção Científica Publicada sobre as Unidades Hospitalares da Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro

| Unidade hospitalar | Setor estudado | Problema | Intervenção proposta | Eixo de ação |
|---|--------------------------------|---|---|---|
| Hospitais municipais RJ | Quimioterapia | Risco ocupacional para quimioterápicos | Avaliação condições de trabalho | Engenharia de segurança (riscos ocupacionais) |
| IPEC | Geral | Acidente perfuro cortante | Estudo dos acidentes | VST |
| HM Campos Goytacazes | Geral | Condições de trabalho | Estudo de caso | Engenharia de segurança /ergonomia |
| HUPE | Geral | Infecção por tuberculose | Avaliação da infecção | Patologias do trabalho |
| Rede particular de hospitais do município de Campos de Goytacazes | Centro de Tratamento Intensivo | Condições de trabalho | Estudo de caso | Engenharia de segurança/ergonomia |
| HUPE | Hemodinâmica | Exposição radiação ionizante | Estudo risco físico | Engenharia de segurança/ radioproteção |
| Hospital Geral público do RJ | Geral | Saúde mental | Estudo de caso | Saúde mental |
| HUCFF | Geral | Treinamento profissional | Estudo instituição educacional hospitalar | Saúde coletiva e educação |
| Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) | Geral | Ensino e pesquisa hospitalar | Análise produção científica | Saúde coletiva e educação |
| INCA | Geral | Administração | Metodologia SISPLAN | Gestão de recursos e tecnologias |
| Hospital público estadual especializado atendimento à tuberculose | Lavanderia | Identificação do trabalhador com o processo de trabalho | Roteiro de documentação fotográfica do processo de trabalho, mapa de risco por fotografia | Saúde coletiva segurança do trabalho |
| HMSA | Geral | Sentido da humanização nas relações de trabalho | Envolvimento da gestão com o processo de humanização | Saúde coletiva, administração, gestão |
| INCA | Geral | Atenção saúde do trabalhador | Discussão coletiva sobre o trabalho | Saúde coletiva |

Fonte: Elaboração própria

Anexo 16

Quadro 16: Demonstrativo da Produção Científica Publicada sobre as Unidades Hospitalares das Unidades Federativas do Brasil

| Unidade hospitalar | Setor estudado/ sujeito do estudo | Estado Brasileiro | Problema | Intervenção proposta | Eixo de ação |
|--|-------------------------------------|-------------------|--|---|---|
| Grupo Hospitalar Conceição | Geral | RS Porto Alegre | Gestão participativa | Mudanças modelagem da atenção | Administração e gestão do trabalho |
| Hospitais públicos e privados de João Pessoa | Geral | PB João Pessoa | Gestão serviços | Qualidade da assistência | Gestão de serviços e qualidade |
| Hospital público Pará | Geral | PA | Sofrimento psíquico | Estudo de caso | Psicodinâmica do trabalho |
| Hospital Geral do Estado da Bahia | Geral | BA | Sentido e significado do próprio corpo | Sensibilização e valorização do trabalhador | Saúde mental |
| HU Campinas/SP | Central de material e esterilização | SP | Estresse ocupacional | Estudo questionário LIPP (1990) | Patologia do trabalho |
| HUEFJF | Rede SUS | MG | Ética, equidade e direito a saúde | Estudo do modelo de gestão | Administração, planejamento, saúde pública. |
| HU UFJF | Serviço social | MG | Acolhimento e cuidado a saúde | Estudo do conceito de saúde | Saúde coletiva |
| HU de Pernambuco | Auxiliar de enfermagem | PE | Cargas e processo de desgaste | Estudo de caso | Ergonomia |

Fonte: Elaboração própria

Anexo 17

Tabela 5: Leitos Hospitalares por Região do Estado do Rio de Janeiro

| Região/ SES | Hospital Público | Hospital Privado | Total |
|-----------------------|------------------|------------------|---------------|
| Baia da Ilha Grande | 103 | 197 | 300 |
| Baixada Litorânea | 488 | 392 | 880 |
| Centro-Sul Fluminense | 142 | 2.909 | 3.051 |
| Médio Paraíba | 493 | 1.749 | 2.242 |
| Metropolitana I | 11.322 | 9.102 | 20.424 |
| Metropolitana II | 2.258 | 3.763 | 6.021 |
| Noroeste Fluminense | 205 | 2.490 | 2.695 |
| Norte Fluminense | 433 | 2.186 | 2.619 |
| Serrana | 997 | 2.598 | 3.595 |
| TOTAL | 16.441 | 25.386 | 41.827 |

Fonte: Secretaria do Estado de Saúde do Rio de Janeiro (Janeiro/2007)

Anexo 18

Quadro 15: Capacidade Instalada: serviços e estabelecimentos por esfera administrativa

| | Federal | Estadual | Municipal | Total estabelecimentos públicos | Total de estabelecimentos |
|--------------------|---------|----------|-----------|---------------------------------|---------------------------|
| Rio de Janeiro | 57 | 61 | 1.864 | 1.982 | 5.085 |
| Demais localidades | 987 | 1.435 | 40.685 | 43.107 | 71.919 |
| Brasil | 1.044 | 1.496 | 42.549 | 45.089 | 77.004 |

Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde: Indicadores de Gestão do Trabalho em Saúde 2007 (IBGE/AMS, 2005).

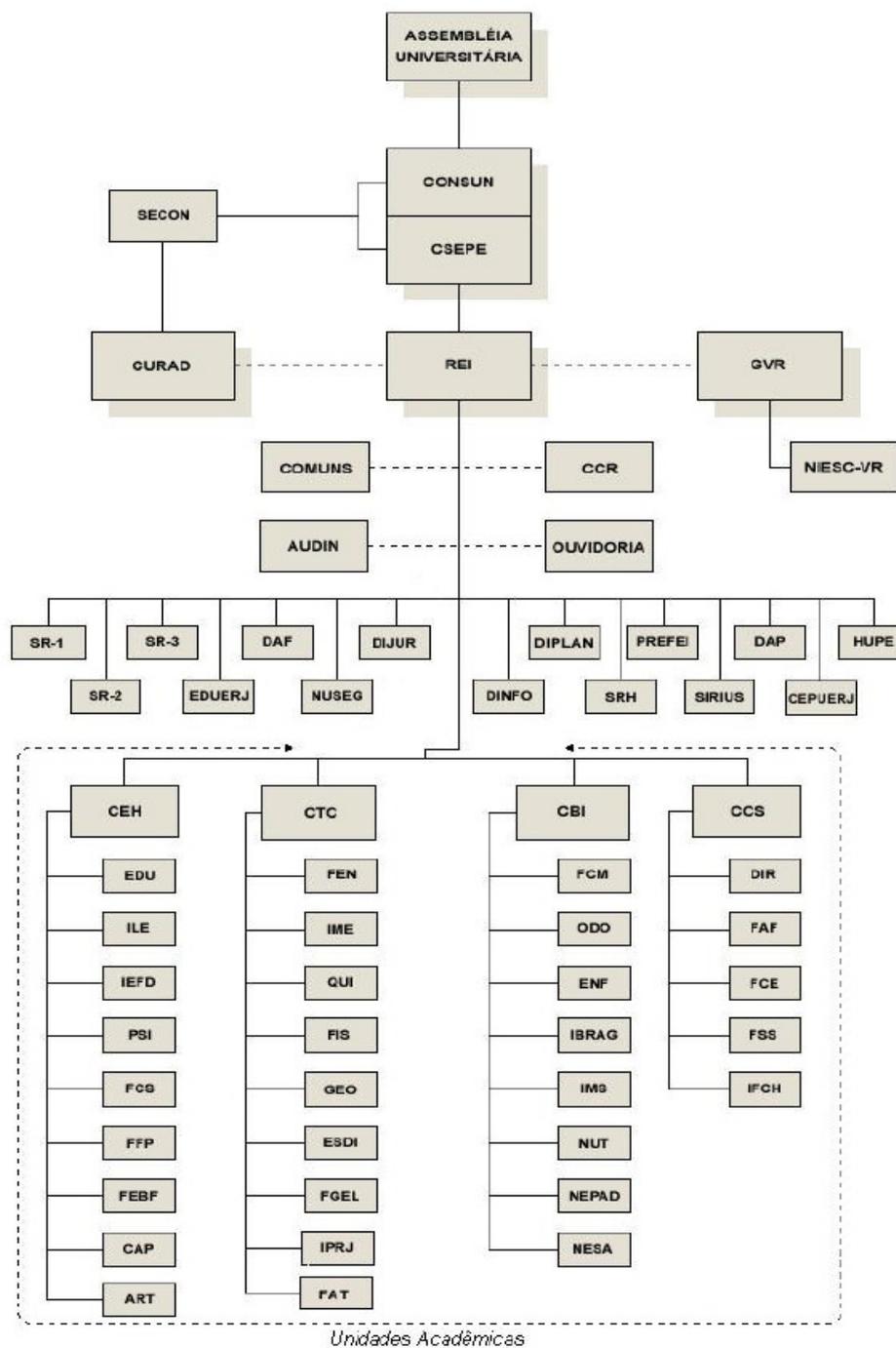
Anexo 19

Quadro 17: Ações em Saúde do Trabalhador das Unidades Hospitalares Federais do Município do Rio de Janeiro

| Ações Atuais em Saúde do Trabalhador | HGB | INC | HSE | GJ | NTO | NCA | FF | L | A | PEC |
|---|-----|-----|-----|----|-----|-----|----|---|---|-----|
| Perícia Médica Simples | T | S | S | T | | | | | T | S |
| Perícia Médica Composta (posterior a 30 dias) | T | S | T | T | | T | T | T | T | T |
| Licença para Tratamento de Saúde do Servidor | T | | T | T | | | | T | T | S |
| Constatação de Invalidez de Dependentes | T | S | T | T | T | T | T | T | T | T |
| Remoção por Motivo de Saúde | T | S | T | T | | T | | T | T | S |
| Licença para Acompanhamento de Familiar | T | S | T | T | | | T | T | T | S |
| Aposentadoria por Invalidez | T | S | T | T | T | T | T | T | T | S |
| Laudo para Análise de Nexo Causal (doença ocupacional) | T | S | T | T | T | | | T | T | S |
| Reintegração Funcional | T | S | T | T | T | | | T | T | S |
| Trabalho Protegido | T | T | T | T | | | | T | T | S |
| Readaptação | T | S | T | | | | | | T | |
| Reabilitação | T | S | T | T | T | T | T | T | T | S |
| Levantamento do Absenteísmo e suas Causas | T | T | T | T | T | | | T | I | I |
| Mapeamento de Riscos | T | T | | T | S | | T | T | I | |
| Laudo para Concessão de Insalubridade, Periculosidade e Radiação Ionizante e Gratificação por Exposição a Raios-X | T | S | T | T | | | | | T | S |
| Gerenciamento de Riscos Ocupacionais | | | | | | | | | | |

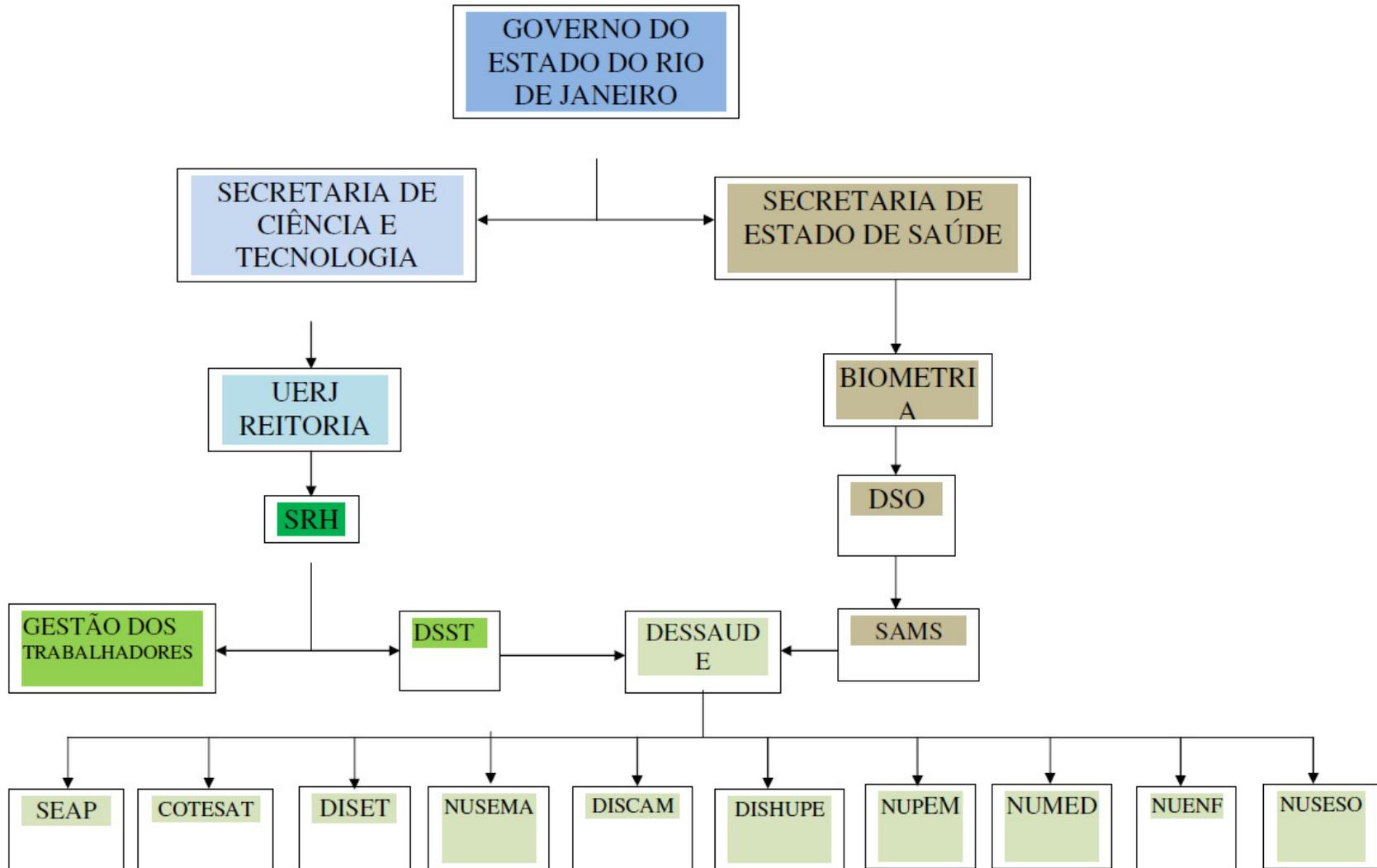
Anexo 20

Figura 2 – Organograma Institucional UERJ 2007



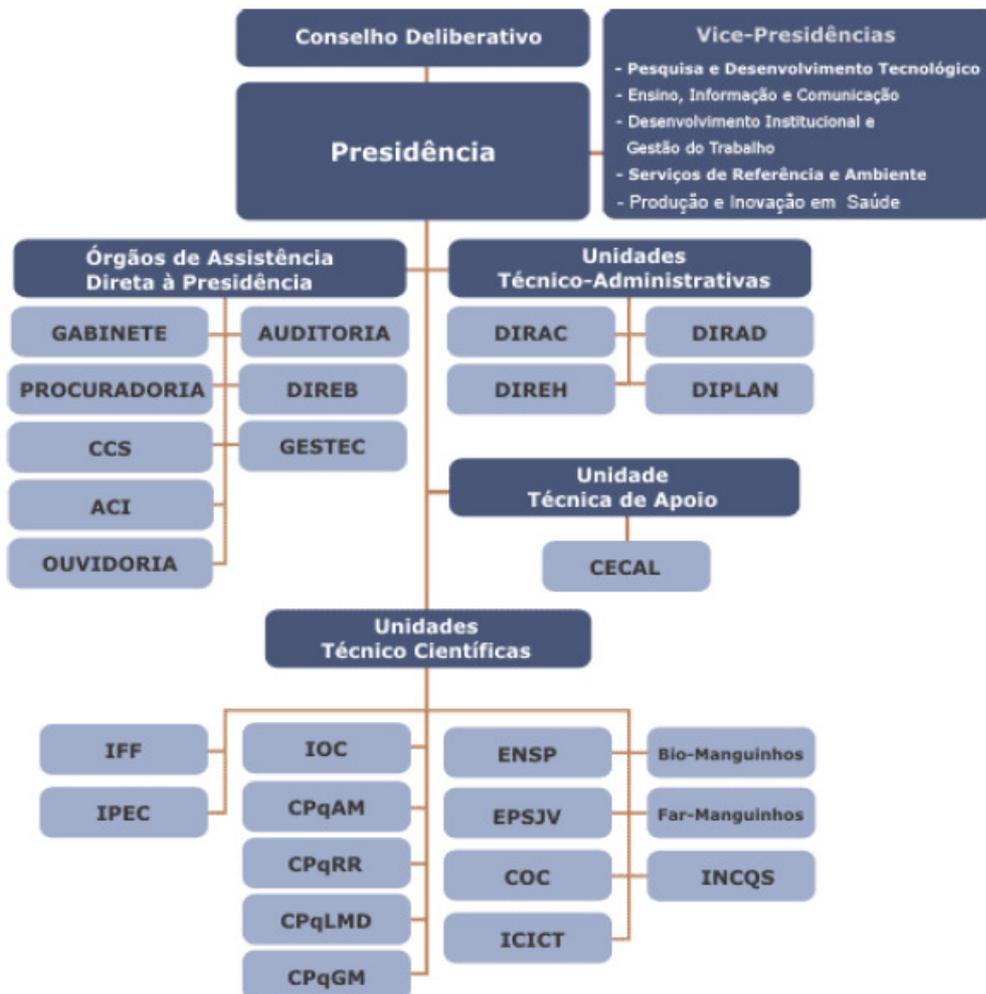
Anexo 21

Figura 3 – Organograma Saúde do Trabalhador UERJ



Anexo 22

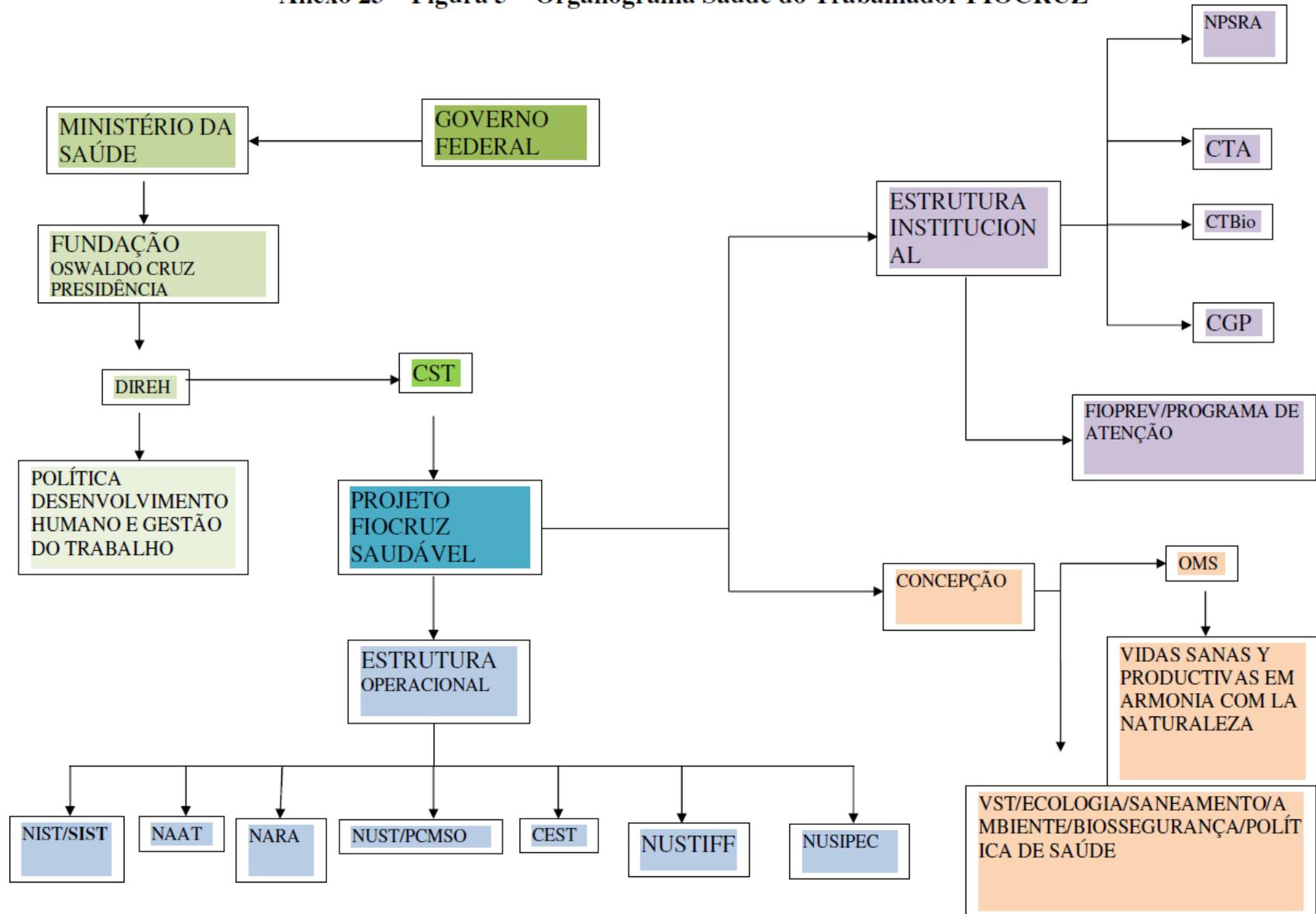
Figura - 4 Organograma Institucional FIOCRUZ 2007



CAMPUS Sede: Av. Brasil, 4365 - Manguinhos, Rio de Janeiro CEP: 21040-360 Tel.:(0xx21) 2598-4242 |

Copyright © Fundação Oswaldo Cruz - Ministério da Saúde - 2005. É permitida reprodução parcial deste sítio, desde que citada a fonte

Anexo 23 – Figura 5 – Organograma Saúde do Trabalhador FIOCRUZ



Anexo 24

Quadro 20: Normas em Saúde e Trabalho

| Prescrição de ações | Norma antecedente Mundial | Norma antecedente Brasil |
|--|--|--|
| Tipo: atribuição | Convenção 161 – OIT | SESMT |
| Ambiente de trabalho | Identificar e avaliar riscos para a saúde, presentes nos locais de trabalho; Fazer a vigilância dos fatores do ambiente e das condições de trabalho. incluir: instalações sanitárias, cantinas, locais de alojamento . | Aplicar os conhecimentos de engenharia de segurança e de medicina do trabalho ao ambiente de trabalho, incluir: máquinas e equipamentos, de modo a reduzir até eliminar os riscos ali existentes à saúde do trabalhador. |
| Organização do trabalho | Assessorar o planejamento e a organização do trabalho, com a concepção dos locais de trabalho, a escolha, manutenção e estado das máquinas, equipamentos e materiais utilizados no processo de trabalho. | Colaborar, quando solicitado, nos projetos e na implantação de novas instalações físicas e tecnológicas da empresa. |
| Prevenção de acidentes | Participar na elaboração de programas de melhoria das práticas de trabalho, dos testes e de avaliação de novos equipamentos. | Promover a realização de atividades de conscientização, educação e orientação dos trabalhadores para a prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, realizar campanhas e programas de duração permanente. |
| Assessoria de proteção individual e coletiva | Assessorar tecnicamente os procedimentos que envolvam questões de saúde, segurança, de higiene do trabalho, ergonomia e a definição dos equipamentos de proteção coletiva e individual; | Determinar, quando esgotados todos os meios conhecidos para a eliminação do risco - EPI, de acordo com o que determina a NR 6, desde que a concentração, a intensidade ou característica do agente assim o exija. Responsabilizar-se tecnicamente, pela orientação quanto ao cumprimento do disposto nas NR aplicáveis às atividades executadas pela empresa e/ou seus estabelecimentos. |
| Readaptação profissional do trabalhador | Acompanhar as condições de saúde dos trabalhadores, privilegiando a adaptação do trabalho aos trabalhadores e os procedimentos de readaptação profissional; | Não expressa. |
| CIPA | Não expressa | Manter permanente relacionamento com a CIPA, valendo-se ao máximo de suas observações, além de apoiá-la, treiná-la e atendê-la, conforme dispõe a NR 5. |

Anexo 25

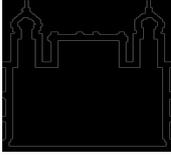
Quadro 23: Problemas e Orientações para Metodologias de Intervenção em Saúde do Trabalhador: trabalho hospitalar

| Problema/demanda | Eixo teórico metodológico | Ação de intervenção | Atividade de Trabalho | Grau de complexidade exigido | Recursos mínimos necessários | Fluxos de encaminhamento |
|--|---|--|---|--|---|---|
| Acidente de trabalho | VST | Notificação Investigação | Registrar protocolos, traçar perfil e avaliar riscos | Sistema de informação E acompanhamento | Equipe treinada recursos de informática | SINAN, investigação das causas, Planejamento da prevenção |
| Falhas na gestão do trabalho | Administração e gestão do trabalho | Avaliar grau de coordenação e fragmentação do trabalho | Grupos de avaliação da gestão e controle social organizacional | Níveis hierárquicos e de comando do trabalho em saúde | Desenvolvimento de metodologias de construção e análise coletiva do trabalho | Pequenos grupos setoriais, capacitação e envolvimento dos trabalhadores e gestores em grupos de trabalho, Planejamento estratégico situacional (PES) |
| Patologias do trabalho/ disfunções músculo-esqueléticas e psicopatologias relacionadas ao trabalho | VST | Diagnóstico ambulatorial com nexos causais Identificação das causas | Avaliação dos ambientes de trabalho, estudos dos processos de trabalho Tratamento e acompanhamento com reabilitação do trabalhador adoecido | Conhecimentos em ergonomia, discussão dos processos de trabalho, cargas e desgastes. Encaminhamento para serviços especializados, monitoramento da evolução de casos | Profissionais e serviços de atenção Sistema de informação, planejamento da prevenção, promoção mudanças nos processos e ambientes de trabalho | Rede de serviços especializados avaliando grau de complexidade, cronograma de intervenção nos processos e ambientes de trabalho, PES |
| Sofrimento psíquico | Saúde mental, ergonomia-psicodinâmica do trabalho | Diagnóstico das situações geradoras do sofrimento | Discussão em grupos de trabalho, oficinas laborais de avaliação das condições de trabalho, elaboração coletiva de programas de atenção específica aos problemas apresentados pelos coletivos de trabalhadores | Equipe de saúde abordagem em mental capacitada no entendimento dos processos de adoecimento no trabalho e de elaboração de intervenção para relação de escuta e de ajuda | Espaços físicos para oficinas de criação e reavaliação dos processos subjetivos e objetivos da relação com a organização do trabalho | Suporte terapêutico, grupos de discussões coletivas de trabalho e atendimento individual e coletivo. Construção de registros em prontuários e notificações em impressos próprios. Encaminhamentos assistenciais e monitoramento dos casos de adoecimentos |
| Humanização | Saúde coletiva | Intersubjetividade | Metodologia da proposta | Capacitação metodológica da equipe de trabalho | Referências profissionais | Gestão e grupos ampliados |
| Mobiliário, espaço físico e ambientes | | AET | Metodologia da proposta | Capacitação metodológica e/ou contratação | Grupo de trabalho e monitoramento | Planejamento, orçamentos e mudanças |

FIG 6 - DIAGRAMA DO PLANEJAMENTO E INTEGRAÇÃO NA ATENÇÃO A SAÚDE DO TRABALHADOR



Apêndice A



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO INSTITUCIONAL

Dados de identificação do projeto de tese de doutorado:

Título do Projeto: Atenção à saúde do trabalhador: experiências e possibilidades de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST) aplicada a hospitais.

Pesquisador Responsável: Paula Raquel dos Santos

Rua Leopoldo Bulhões nº 1480 – Manguinhos – CEP: 21041-240. Tel.: 2598-2682 / CESTEJH – Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador – ENSP / FIOCRUZ (paula.raquel@ensp.fiocruz.br)

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / ENSP:

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Sala 314 - Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ

CEP. 21041-210 email: cep@ensp.fiocruz.br Tel: 2598-2863

Identificação da instituição hospitalar voluntária:

Nome:

CNPJ:

Endereço:

Responsável (chefe, gestor, diretor):

Contato: Identificação do serviço/núcleo de atenção à saúde do trabalhador voluntário:

Nome:

CNPJ:

Endereço:

Responsável (chefe, gestor, diretor):

Contato:

Convido a instituição hospitalar _____ a participar como voluntária da pesquisa intitulada “**Atenção à saúde do trabalhador: experiências e possibilidades de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST) aplicada a hospitais**” que tem como objetivo geral sistematizar o estudo do tema dando ênfase à intervenção da saúde do trabalhador no ambiente de trabalho dos serviços de saúde, com especificidade para o trabalho hospitalar.

Devido à existência de um serviço/núcleo de atenção à saúde do trabalhador nesta unidade hospitalar do Estado do Rio de Janeiro, a mesma foi selecionada para integrar a amostra de nossa pesquisa. A qualquer momento a instituição pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A recusa não trará nenhum prejuízo na relação com o pesquisador.

A pesquisa terá **duração total** de 1 ano e 3 meses, em dias e meses consecutivos a serem agendados. Durante este período estaremos aplicando os métodos de observação participante, roteiro de avaliação dos espaços de intervenção e atenção à saúde do trabalhador, e entrevista semi-estruturada com um dos representantes do espaço de intervenção e atenção à saúde do trabalhador. O referido espaço da instituição poderá ser fotografado para servir de ilustração dos dados coletados. As fotografias serão incluídas no material de análise junto ao roteiro de ergonomia.

Os **dados coletados** serão utilizados apenas nesta pesquisa de tese de doutorado e divulgação em literaturas científicas. A participação da instituição nesta pesquisa consistirá em fornecer dados referentes ao serviço/núcleo próprio de atenção à saúde do trabalhador.

A priori, não há riscos relacionados com a vossa participação e os benefícios dela obtidos poderão ser estendidos a outros serviços/núcleos de atenção à saúde do trabalhador e a área de conhecimento. A instituição receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal, podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou em qualquer momento que assim desejar.

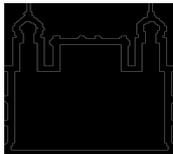
Eu, (representante institucional) _____, RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Assinatura do Participante

Assinatura do pesquisador

Rio de Janeiro, _____ de _____.

Apêndice A (cont.)



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

TERMO DE COMPROMISSO DA INSTITUIÇÃO

A pesquisa de doutorado intitulada “**Atenção á saúde do trabalhador: experiências e possibilidades de vigilância em Saúde do trabalhador (VST) aplicada a hospitais**” aprovada pelo COMITÊ de ÈTICA da ENSP/FIOCRUZ com o número de protocolo de pesquisa CEP/ENSP – n 43/07 CAAE n 0043.0.031.000-07, classificada no grupo III ciências da saúde e saúde coletiva, segue em avaliação junto ao Comitê de Ètica e Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz.

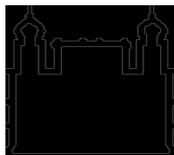
A doutoranda é aluna do curso de doutorado em Saúde Pública, na área temática saúde do trabalhador, vinculada ao departamento Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (CESTEH), da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e tem como orientador o Drº Jorge Mesquita Huet Machado.

A doutoranda Paula Raquel dos Santos, CPF 883.461.027 04 será a responsável pela pesquisa e estará aplicando os instrumentos de pesquisa aprovados pelas instâncias do Comitê de Ètica em Pesquisa (CEP). Estando a unidade hospitalar e o espaço de atenção à saúde do trabalhador, cientes e informados acerca do projeto de tese, e de acordo com a sua execução, mediante a apresentação da autorização do Comitê de Ètica e Pesquisa da instituição da FIOCRUZ –, sendo após sua aprovação, aplicada a pesquisa no _____ (sigla e nome do espaço de intervenção).

Atenciosamente,

(Diretor)

Apêndice B



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO **Roteiro entrevista semi-estruturada**

Dados de identificação do projeto de tese de doutorado

Título do Projeto: **Atenção à saúde do trabalhador: experiências e possibilidades de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST) aplicada a hospitais.**

Pesquisador Responsável: Paula Raquel dos Santos

Rua Leopoldo Bulhões nº 1480 – Manguinhos – CEP: 21041-240. Tel.: 2598-2682 / CESTEJH – Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador – ENSP / FIOCRUZ (paula.raquel@ensp.fiocruz.br)

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / ENSP:

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Sala 314 - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ

CEP. 21041-210 e-mail: cep@ensp.fiocruz.br Tel: 2598-2863

Identificação do voluntário integrante da amostra: Idade: ____ anos, atividade de trabalho _____ formação profissional _____

Pertencente a unidade da instituição hospitalar: _____ (identificação da unidade hospitalar do espaço de atenção em saúde do trabalhador) convido-o a participar como voluntário da pesquisa intitulada “**Atenção à saúde do trabalhador: experiências e possibilidades de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST) aplicada a hospitais**” que tem como objetivo o estudo das metodologias intervenção da saúde do trabalhador aplicadas ao trabalho em serviços de saúde, com especificidade para o trabalho hospitalar.

Selecionamos como amostra os profissionais dos espaços de atenção à saúde do trabalhador das unidades hospitalares do estado do Rio de Janeiro, a fim de aplicarmos os instrumentos metodológicos da pesquisa de tese. O direcionamento da **entrevista semi-estruturada** obedecerá à cronologia pretérita e contemporânea, em que você o entrevistado terá liberdade de discorrer sobre o tema da pesquisa. **De acordo com a proposta autorizo e permito a filmagem, com vistas a compor conteúdos de imagens e falas para um futuro documentário sobre a proposta de construção de “espaços de intervenção e atenção à saúde do trabalhador”.**

A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo na relação com o pesquisador ou com a instituição. Ressaltamos que a “**qualquer momento você participante pode se excluir e ser excluído da pesquisa sem nenhum problema**”. A pesquisa terá **duração total** de 1 ano e 3 meses, tendo sua participação a duração de 1 hora para que possamos realizar as perguntas e a filmagem durante a entrevista. A data ficará a critério do entrevistado em acordo com o pesquisador responsável.

As informações obtidas serão inseridas ao banco de dados desta pesquisa. As respostas serão tratadas de forma ética e profissional pelo entrevistador/pesquisador. O direito de imagem do participante será protegido de acordo com os preceitos da pesquisa envolvendo seres humanos. O registro em vídeo será utilizado para a análise hermenêutica-dialética e para o formato de vídeo educativo sobre o conteúdo abordado.

Os **dados coletados** serão utilizados apenas nesta pesquisa de tese de doutorado e divulgação em literaturas científicas e videotecas, mediante sua autorização após a editoração do documentário. *A priori*, não há riscos relacionados com a sua participação e os benefícios dela obtidos poderão ser estendidos a outros serviços/núcleos de saúde do trabalhador e ao campo de conhecimento.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal, podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou em qualquer momento que assim desejar.

Eu, _____, RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrita.

Assinatura do Participante

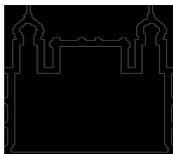
Nome: _____

E-mail: _____

(Assinatura do pesquisador)

Rio de Janeiro, _____ de _____.

Apêndice C



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO **Bases da observação participante**

Dados de identificação do projeto de tese de doutorado

Título do Projeto: Atenção à saúde do trabalhador: experiências e possibilidades de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST) aplicada a hospitais.

Pesquisador Responsável: Paula Raquel dos Santos

Rua Leopoldo Bulhões nº 1480 – Manguinhos – CEP: 21041-240. Tel.: 2598-2682 / CESTEHE – Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador – ENSP / FIOCRUZ (paula.raquel@ensp.fiocruz.br)

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / ENSP:

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Sala 314 - Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ CEP. 21041-210 e-mail: cep@ensp.fiocruz.br Tel: 2598-2863

Identificação do voluntário integrante da amostra: Idade: ____ anos, atividade de trabalho _____
formação profissional _____

Pertencente a unidade da instituição hospitalar: _____ (identificação da unidade hospitalar do espaço de atenção em saúde do trabalhador) convido-o a participar como voluntário da pesquisa intitulada “**Atenção à saúde do trabalhador: experiências e possibilidades de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST) aplicada a hospitais**” que tem como objetivo o estudo das metodologias intervenção da saúde do trabalhador aplicadas ao trabalho em serviços de saúde, com especificidade para o trabalho hospitalar.

Selecionamos como amostra os profissionais dos espaços de atenção à saúde do trabalhador das unidades hospitalares do estado do Rio de Janeiro, a fim de aplicarmos os instrumentos metodológicos da pesquisa de tese. A pesquisa terá **duração total** de 1 ano e 3 meses. A coleta de dados na instituição será realizada no prazo de 1 a 5 dias consecutivos a serem previamente agendados.

Você participará da aplicação do instrumento roteiro de observação participante. Suas informações irão fazer parte do banco de dados desta pesquisa. A observação terá duração máxima de 6 meses, em momentos com direito de fala e de sua transcrição. **Autorizo e permito a observação** e a aplicação deste instrumento. Você recebeu previamente orientações sobre a pauta condutora da discussão focal, e foi avisado com antecedência no momento do convite sobre estes momentos de observação participante. O direito de imagem do participante será protegido de acordo com os preceitos da pesquisa envolvendo seres humanos.

Suas respostas serão tratadas de forma ética e profissional. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa de tese de doutorado e divulgação em literaturas científicas. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo na relação com o pesquisador ou com a instituição, “**qualquer momento você participante pode se excluir e ser excluído da pesquisa sem nenhum problema**”.

A priori, não há riscos relacionados com sua participação e os benefícios dela obtidos poderão ser estendidos a outros núcleos e serviços de saúde do trabalhador e ao campo de conhecimento. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal, podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou em qualquer momento que assim desejar.

Eu, _____, RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

_____ (Assinatura do Participante)

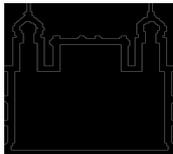
Nome: _____

E-mail: _____

_____ (Assinatura do pesquisador)

Rio de Janeiro, _____ de _____.

Apêndice D



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) **Roteiro de avaliação dos espaços de intervenção e atenção à saúde do trabalhador**

Dados de identificação do projeto de tese de doutorado:

Título do Projeto: Atenção à saúde do trabalhador: experiências e possibilidades de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST) aplicada a hospitais.

Pesquisador Responsável: Paula Raquel dos Santos

Rua Leopoldo Bulhões nº 1480 – Manguinhos – CEP: 21041-240. Tel.: 2598-2682 / CESTEHE – Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador – ENSP / FIOCRUZ (paula.raquel@ensp.fiocruz.br)

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / ENSP:

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Sala 314 - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ

CEP. 21041-210 e-mail: cep@ensp.fiocruz.br Tel: 2598-2863

Identificação do voluntário integrante da amostra: Idade: ____ anos, atividade de trabalho _____
formação profissional _____

Pertencente a unidade da instituição hospitalar: _____ (identificação da unidade hospitalar do espaço de atenção em saúde do trabalhador) convido-o a participar como voluntário da pesquisa intitulada “**Atenção à saúde do trabalhador: experiências e possibilidades de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST) aplicada a hospitais**” que tem como objetivo o estudo das metodologias intervenção da saúde do trabalhador aplicadas ao trabalho em serviços de saúde, com especificidade para o trabalho hospitalar.

Selecionamos como amostra os profissionais dos espaços de atenção à saúde do trabalhador das unidades hospitalares do estado do Rio de Janeiro, a fim de aplicarmos os instrumentos metodológicos da pesquisa de tese. A pesquisa terá **duração total** de 1 ano e 3 meses. A coleta de dados na instituição será realizada no prazo de 1 a 5 dias consecutivos a serem previamente agendados.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder e acompanhar a aplicação de do **roteiro para a avaliação estrutural e organizacional do espaço de atenção à saúde do trabalhador local**. As informações obtidas serão elementos de informação integrante ao banco de dados desta pesquisa.

Suas respostas serão tratadas de forma ética e profissional. Os **dados coletados** serão utilizados apenas nesta pesquisa de tese de doutorado e divulgação em literaturas científicas. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo na relação com o pesquisador ou com a instituição. Ressaltamos que a “**qualquer momento você participante pode se excluir e ser excluído da pesquisa sem nenhum problema**”.

A priori, não há riscos relacionados com sua participação e os benefícios dela obtidos poderão ser estendidos a outros serviços/núcleos de saúde do trabalhador e ao campo de conhecimento. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal, podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou em qualquer momento que assim desejar.

Eu, _____, RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Assinatura do Participante

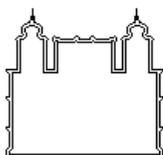
Nome: _____

E-mail: _____

Assinatura do pesquisador _____

Rio de Janeiro, _____ de _____.

Apêndice E



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP
CESTEH Centro de Estudo em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana

Carta de apresentação às instituições para pesquisa

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Prezado senhor (a) diretor (a)

Estamos desenvolvendo uma pesquisa de campo para a elaboração de uma tese de doutorado referente ao tema “a atenção à saúde do trabalhador no trabalho hospitalar”. Nosso projeto de tese se intitula “Atenção à saúde do trabalhador: experiências e possibilidades de vigilância em saúde do trabalhador – VST – aplicada a hospitais”. Teremos como campo de pesquisa os hospitais do Estado do Rio de Janeiro, que possuem espaços de intervenção e de atenção ao trabalhador da unidade hospitalar.

Para darmos continuidade ao processo de submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz – CONEP. Necessitamos determinar a amostra de unidades autorizadas a participar da pesquisa, o que assegurará a ética e integridade da mesma. Mediante as fases da pesquisa, forneceremos os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) às instituições e aos indivíduos voluntários participantes.

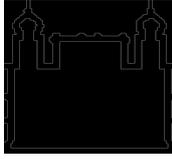
Sendo o objeto da tese os espaços de intervenção de atenção à saúde do trabalhador em hospitais, pretendemos aplicar os instrumentos metodológicos da pesquisa (o resumo do projeto em anexo fornece maiores detalhes) em vossa unidade inclusa na listagem de hospitais do estado do Rio de Janeiro que possuem serviços e/ou outras formas de espaço para a atenção á saúde do trabalhador. Solicitamos a vossa autorização para a participação e inclusão da unidade hospitalar _____ na que se encontra sob vossa direção na amostra do estudo.

Atenciosamente,

Jorge Mesquita Huet Machado
Pesquisador e orientador FIOCRUZ

Paula Raquel dos Santos
Doutoranda pesquisadora FIOCRUZ

Apêndice F

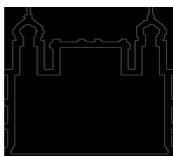


**Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP**

BASES DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

- 1 - Quais são os conjuntos de regras formuladas ou implícitas nas atividades dos componentes dos espaços de intervenção e atenção à saúde do trabalhador?
- 2 - Como essas regras são obedecidas ou transgredidas?
- 3 - Que sentimentos de simpatia, antipatia e amizade permeiam as relações dos membros e dos seus usuários?
- 4 - Como são as relações sociais entre os membros da equipe multiprofissional?
- 5 - Que tradições e costumes têm seus membros e qual o grau de importância é atribuído pelos profissionais ao espaço de intervenção e atenção à saúde do trabalhador?
- 6 - Quais são as ideias, motivos e sentimentos que movem os atores do espaço de intervenção e atenção à saúde do trabalhador?
- 7 - Que compreensões da vida são verbalizados ou evidenciadas nos gestos e atitudes pelos membros da equipe multiprofissional ?

Apêndice G



**Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP**

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA: QUESTÕES NORTEADORAS

Momento pretérito

- 1 - Que estrutura e contextos cercaram o momento de concepção do espaço de intervenção e atenção à saúde a luz do paradigma “saúde do trabalhador”?
- 2 - O que motivou a sua participação na construção da área de saúde do trabalhador? Como você pensava e se sentia neste momento?
- 3 - Que grupos /entidades sociais estavam inseridos na interlocução de construção da área da saúde do trabalhador?
- 4 - Qual a participação das DRT's e dos SESMT's e como se comportavam frente à adesão às mudanças e conflitos no mundo do trabalho
- 5 - Qual o ano e um fato marcantes e decisivos na trajetória de construção da saúde do trabalhador para você?
- 6 - Qual reflexão você faz hoje sobre o rumo do campo da saúde do trabalhador?

Momento contemporâneo

- 1 - Que vivencias você tem em programas e /ou serviços /núcleos de atenção à saúde do trabalhador?
- 2 - Qual programa e /ou serviço /núcleo se destaca hoje no Estado do Rio de Janeiro na sua opinião?
- 3- Você continua participando da construção /consolidação da área de saúde do trabalhador hoje? Qual a sua vertente de pesquisa?
- 4- A construção de uma rede de atenção à saúde do trabalhador permeia os relatórios e anais das conferências e debates sobre intervenção e vigilância em saúde do trabalhador. O que você acrescenta a estas questões e conceitos?

Apêndice H



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP

ROTEIRO DE AVALIAÇÃO DOS ESPAÇOS DE INTERVENÇÃO E ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR

1-O processo de formação dos espaço de intervenção e atenção à saúde do trabalhador

- 1.1 Identificação nome, sigla, logomarca, pessoa jurídica...
- 1.2 Constituição da formação histórica.
- 1.3. Contexto e objetivos das propostas de formatação e método de intervenção.
- 1.4 Como se mantém vivo e atuante na instituição?
- 1.5 Que processo de trabalho em saúde destacam-se nesta estrutura organizacional ?

2- Estrutura do espaço físico e organizacional de trabalho

- 2.1 Há espaço específico para desenvolver das atividades e atendimentos aos trabalhadores.
- 2.2 A área física ocupada é compatível aos processos de trabalho.
- 2.3 O ambiente é confortável e acolhedor?
- 2.4 Há disponibilidade de recursos materiais permanentes e de consumo suficientes?
- 2.5 Dispõe de computador, Internet, sistema de informação e de comunicação institucional?

3- Recursos Humanos e atividades dos processo de trabalho

- 3.1 A organização do trabalho é disposta sobre que formato em relação ao quantitativo de pessoas que trabalham nos processos de trabalho?
- 3.2 Qual a formação e especialidades dos profissionais e como é constituída a equipe de trabalho?
- 3.3 Os profissionais dispõem de conhecimento nas áreas de saúde do trabalhador, saúde coletiva e/ou saúde ocupacional?
- 3.4 Há disponibilidade de recursos para qualificação dos profissionais?
- 3.5 Há acesso as e interlocução com a rede de atenção à saúde do trabalhador?
- 3.6. Tem ocorrido produção científica e participação em eventos científicos?

4 - Identificação dos processos de trabalho e das atividades

- 4.1 No cotidiano da estrutura organizacional quais as atividades veem sendo desenvolvidas?
- 4.2 Quais as demandas dos processos de trabalho?
- 4.3 Quais são as atividades prioritárias?
- 4.4 Que variabilidades vivenciam ao longo dos processos de trabalho?
- 4.5 Quais as demandas e o diagnóstico das situações concretas de trabalho identificados na unidade hospitalar?
- 4.6 Que demandas e de que setores da unidade hospitalar são apresentadas para a equipe multiprofissional ?
- 4.7 No momento, quais os desafios em saúde do trabalhador para o cenário local?
- 4.8 Sobre que processo produtivo do hospital são aplicados os maiores esforços de intervenção e atenção?

5- Dinâmica organizacional do processo de trabalho em saúde do trabalhador

- 5.1 Sobre que legislação e normas antecedentes se desenvolve a prática de intervenção?
- 5.2 Vocês são inclusos no organograma e fluxograma da unidade hospitalar?
- 5.3 Possuem um organograma próprio?
- 5.4 Reproduzem o organograma da instituição em que está inserido?
- 5.5 Que dificuldades estruturais e organizacionais são vivenciadas no cotidiano?
- 5.6 Desenvolvem algum tipo de planejamento e /ou de construção de metas?
- 5.7 Possuem o diagnóstico situacional das demandas e problemas a serem investigados para intervenção em saúde do trabalhador?
- 5.8 Há análise e diagnóstico específico das atividades/demandas desenvolvidas pela equipe multiprofissional em saúde do trabalhador?

6- Avaliação da interlocução e representatividade junto aos trabalhadores

- 6.1 Vocês se sentem representante dos trabalhadores?
- 6.2 Há interlocução com os trabalhadores? De que tipo?
- 6.3 Possuem projetos de trabalho e de pesquisa voltados para as demandas e diagnósticos encontrados?
- 6.4 Quais são as propostas concretas para intervenção em saúde do trabalhador?
- 6.5 Desenvolvem programas específicos de vigilância em saúde do trabalhador?
- 6.6 Há algum tipo de veículo de comunicação direta com os trabalhadores?

7- Avaliação final do espaço de intervenção e atenção à saúde do trabalhador

- 7.1 A atividade realizada com maior frequência é avaliada de que forma pela equipe de trabalho e pelos trabalhadores?
- 7.2 Quais os recursos mínimos disponíveis para execução das atividades de planejamento e de projeto de trabalho em equipe multiprofissional?
- 7.3 Que conceitos e métodos constituem o arcabouço de técnicas e teorias das metodologias de intervenção?
- 7.4 Os relatórios técnicos e trabalhos científicos são contínuos e expostos aos trabalhadores e comunidade institucional e extra-institucional?
- 7.5 Utilizam o sistema de informação em saúde do SUS?
- 7.6 Divulgam junto aos trabalhadores e à instituição relatórios e periódicos informativos?
- 7.7 Qual o grau de envolvimento e interação entre os componentes do serviço/núcleo?
- 7.8 Qual o nível de comprometimento e entusiasmo dos profissionais?