



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“COLETAR SANGUE: um trabalho intenso e fundamental para garantir a vida”

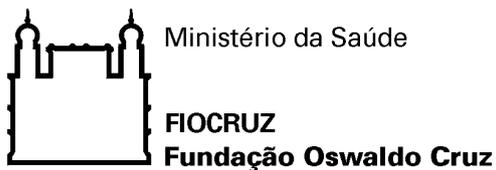
por

Katia Butter Leão de Freitas

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

*Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Jussara Cruz de Brito
Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Simone Santos Silva Oliveira*

Rio de Janeiro, março de 2011.



Esta dissertação, intitulada

“COLETAR SANGUE: um trabalho intenso e fundamental para garantir a vida”

apresentada por

Katia Butter Leão de Freitas

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. José Marçal Jackson Filho

Prof.^a Dr.^a Lúcia Rotenberg

Prof.^a Dr.^a Jussara Cruz de Brito – Orientadora

Dissertação defendida e aprovada em 28 de março de 2011.

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

F866 Freitas, Katia Butter Leão de
Coletar sangue: um trabalho intenso e fundamental para garantir
a vida. / Katia Butter Leão de Freitas. -- 2011.
89 f. : il. ; graf.

Orientador: Brito, Jussara Cruz de
Oliveira, Simone Santos Silva

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011

1. Coleta de Amostras Sanguíneas. 2. Serviço de Hemoterapia.
3. Transfusão de Sangue - história. 4. Engenharia Humana.
5. Saúde do Trabalhador. 6. Gestão de Qualidade. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.1784

*Dedico esta dissertação a **Igor**, meu filho e grande tesouro que Deus me deu; e a **Irai**, marido e valioso companheiro.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela possibilidade de realizar mais uma conquista no longo caminho do conhecimento.

Ao meu pai e a minha mãe, que sempre me estendem as mãos, em todos os momentos, demonstrando um amor imenso e incondicional.

À minha família, que compartilhou comigo e entendeu os muitos momentos de dedicação, alegria e cansaço, necessários na realização deste Mestrado.

Ao meu filho Igor, pela preciosa contribuição dos seus conhecimentos em informática, mesmo tendo ainda apenas treze anos.

À minha irmã Karla, por contribuir com sugestões que enriqueceram este estudo.

À Laura Campelo, pelo convite e oportunidade de colaborar na saúde dos trabalhadores do Hemorio.

À Jussara Brito, pelo privilégio de compartilhar comigo seus conhecimentos e sabedoria, norteando meus caminhos para compreender e transformar a atividade de trabalho de coleta de sangue.

À Simone Oliveira pelas palavras sábias e esclarecedoras que contribuíram para a construção desta pesquisa.

Ao Paulo Azevedo por possibilitar concretizar no desenho e em objeto, subjetividades contempladas nesta pesquisa.

Ao meu amigo Valter Pinto pelo incentivo de estudar e pelo carinho da nossa amizade.

À amiga Sarita, que acompanhou minhas angústias e me motivou.

Aos colegas de trabalho do Laboratório de Educação Profissional em Manutenção de Equipamentos de Saúde - LABMAN que de alguma maneira colaboraram nesta minha conquista.

Aos colegas do Grupo Pistas, que lapidaram este estudo com seus diferentes e relevantes olhares.

Aos professores da Banca do Mestrado, que com suas críticas enriquecem este estudo.

A todos os professores do Mestrado que me ensinaram um pouquinho do grande conhecimento de cada um.

Aos colegas de Turma que por meio das críticas e companheirismo, contribuíram no desenvolvimento desta pesquisa.

Ao INCA pela oportunidade de realização deste estudo.

À instituição de saúde Hemorio por me possibilitar desenvolver a pesquisa.

A toda equipe de trabalho do Salão de Doadores pela forma acolhedora e profissional que me receberam.

A todos aqueles que de alguma maneira contribuíram para a realização deste estudo.

*“Evitemos decretar o que é bom para as
pessoas em seu lugar. Não levar em
consideração o ponto de vista da pessoa é
tratá-la como um objeto, se recusar a
considerá-la como um sujeito que existe,
semelhante a si. Esse risco atravessa todo o
universo do trabalho”*

(Louis Durrive)

RESUMO

O presente estudo busca uma análise das situações de trabalho da Sala de Coleta de Doadores e sua relação com a saúde dos trabalhadores, em uma instituição pública de saúde. Demonstra que a Hemoterapia ao longo dos anos necessitou de desenvolvimento tecnológico e científico. No Brasil, a AIDS foi o acontecimento que apontou a fragilidade da Saúde Pública, favorecendo a elaboração de políticas públicas. Para compreender a saúde, necessariamente devemos compreender o trabalho, pois ambos são indissociáveis. As prescrições não são suficientes para contemplarem o conjunto de requisitos que a atividade de trabalho possui. Assim, o trabalhador cria e recria estratégias para dar conta das requisições da organização do trabalho. O método utilizado foi baseado na Análise Ergonômica do Trabalho (AET) e englobou as seguintes técnicas: observação participante, diário de campo e aplicação de questionário (INSATS-Br). Este estudo mostrou que, embora exista uma forte campanha para se doar sangue, os trabalhadores da saúde que desenvolvem a atividade de coleta de sangue não são valorizados e não se sentem reconhecidos no trabalho. O quantitativo de doadores, as intercorrências e a composição da equipe de trabalho foram os principais problemas destacados pelos trabalhadores. As queixas de dores apontadas no INSATS-Br possuem relação com a coleta de sangue, com a forma de organização do trabalho e com o quantitativo de doadores atendidos. Os resultados contribuíram para a transformação da atividade de trabalho, por meio da elaboração de um protótipo da mesa de coleta de sangue que foi validado pelos trabalhadores. Os saberes do coletivo foram considerados e representaram as soluções para as possíveis transformações no campo pesquisado.

Palavras-chave: Hemoterapia. Ergonomia da Atividade. Ergologia. Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT

The present study attempts an analysis of work situations Room Collection Donors and their relationship to health workers in a public health institution. It shows that over the years Hemotherapy required technological and scientific development. In Brazil, AIDS was the event that showed the fragility of Public Health, favoring the development of public policies. To understand health, we must necessarily understand work, as both are inseparable. Prescriptions are not enough to contemplate the set of requirements that have work activity. Thus, the worker creates and recreates strategies to cope with the requests of the organization of work. The method used was based on Ergonomic Work Analysis (EWA) and included the following techniques: participant observation, field diary and questionnaire (INSATS-Br). This study showed that while there is a strong campaign to donate blood, health care workers who develop the activity of blood collection are not valued and do not feel recognized at work. The quantity of donors, the complications and the composition of the workforce are the main problems highlighted by the workers. Complaints of pain indicated in INSATS-BR are related to the collection of blood in the form of work organization and with the number of donors met. The results contributed to the transformation of work activity, through the development of a prototype of the table to collect the blood that has been validated by the workers. The knowledge of the collective were considered and accounted for solutions to the possible changes in the field of research.

Keywords: Hematology. Ergonomic of Activity. Ergology. Occupation Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quadro básico dos problemas do Salão de Doação de Sangue.....	53
Tabela 2:- Síntese do quadro do bloco de perguntas do INSATS-Br referente a problemas de saúde.....	75
Tabela 3 – Características do protótipo da mesa de coleta de sangue.....	81

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fluxograma do doador no Hemorio.....	46
Gráfico 1: O que falta na mesa de coleta de sangue.....	42

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Aparelho Agote	15
Figura 2 - Seringa de Jube	16
Figura 3 - Adaptação do Dispositivo Dinâmico de Três Pólos.....	34
Figura 4 - Mesa de coleta	63
Figura 5 - Bolsa de sangue	67
Figura 6 - Caixa metálica após a coleta de sangue	67
Figura 7 - Design do protótipo da mesa de coleta de sangue para os futuros homogeneizadores	77
Figura 8 - Protótipo da mesa de coleta de sangue com os homogeneizadores atuais.....	78

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1. BASES HISTÓRICAS E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SANGUE NO BRASIL	13
1.1. A Transfusão Sanguínea no Mundo: Períodos Pré-Histórico, Pré-Científico e Científico.....	13
1.2. Doação de Sangue Remunerada <i>versus</i> Doação Voluntária.....	17
1.3. Aids nos Anos 80.....	20
1.4. Gestão da Qualidade em Saúde.....	22
2. SAÚDE E TRABALHO: RELAÇÕES ENTRE AS PERSPECTIVAS ERGONÔMICA E ERGOLÓGICA	26
2.1. Uma aproximação à Ergonomia da Atividade.....	30
2.2. O Dispositivo de Três Pólos.....	32
2.3. Os sentidos do trabalho.....	34
3. OS CAMINHOS METODOLÓGICOS PERCORRIDOS	37
3.1. Referenciais e procedimentos.....	37
3.1.1 Etapas metodológicas.....	39
3.2. Aspectos éticos.....	43
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
4.1. Compreendendo para Transformar: O Hemorio.....	44
4.2. Aspectos Gerais e Organizacionais do Trabalho	48
4.3. O campo da pesquisa sob o olhar à lupa.....	52
4.4. A análise do Inquérito Saúde e Trabalho – INSATS.Br.....	68
4.5. O processo de transformação	76
CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS	84
APÊNDICES	
Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE	88
Apêndice 2 - Instrumento de Validação da Mesa de Coleta de Sangue	89

INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objetivo analisar as situações de trabalho do Salão de Doação de Sangue do Hemorio e sua relação com a saúde dos trabalhadores. Assim como, verificar as variabilidades presentes na atividade de coleta de sangue; apreender os sentidos que os trabalhadores atribuem ao seu fazer; identificar os riscos existentes no ambiente de trabalho; conhecer a percepção dos trabalhadores na relação saúde e trabalho e compreender para transformar a atividade de trabalho.

A presente pesquisa foi motivada por demanda recebida do Hemorio. Segundo o Serviço de Assistência a Saúde do Trabalhador – SAST, há diversas queixas osteomusculares e de “estresse”¹ dos trabalhadores do Salão de Doação de Sangue. Sendo assim, buscamos respostas para algumas questões: Que elementos existentes no trabalho podem se relacionar com as queixas de saúde desses trabalhadores? Quais são as formas tecidas pelos trabalhadores, para solucionar os desafios do cotidiano do trabalho? Quais os sentidos que os trabalhadores atribuem ao seu fazer? Como os trabalhadores conseguem “dar conta” das variabilidades existentes no trabalho? Que percepção os trabalhadores possuem na relação da saúde deles com o trabalho?

Certamente, este estudo não demonstra todas as variáveis que possam responder estes questionamentos, mas pode apresentar pistas que contribuam para construção de conhecimentos e das práticas necessárias na relação saúde e trabalho.

O Hemorio, instituição pesquisada, pertencente à Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, é um serviço de saúde especializado em Hematologia e Hemoterapia. Atualmente emprega cerca de 1.500 trabalhadores com diferentes vínculos empregatícios, atende à demanda de cerca de 200 unidades de saúde públicas e conveniadas ao Sistema Único de Saúde - SUS, emergenciais, maternidades, UTIs neonatais, sendo o coordenador da política de sangue de todo o Estado.

O referido serviço de saúde busca garantir a qualidade transfusional que alcançou ao longo da história e, para isso, preocupa-se com a captação de doadores, triagem clínica e laboratorial, coleta e processamento, armazenamento e com o processo de suprimento clínico. Desde 1995 o hospital alcançou a excelência da gestão, com o Programa de Gestão pela Qualidade Total – PGQT. A partir do ano de 1997 a gestão utiliza um Plano de Indicadores,

¹ A palavra ‘estresse’ utilizada nesta pesquisa, não se refere a uma patologia, mas a um desconforto por parte dos trabalhadores.

que fornece informações ao Sistema de Medição do Desempenho Organizacional, para elevar e/ou sustentar o desempenho com qualidade do hospital.

Buscando uma melhor compreensão do campo desta pesquisa, o indivíduo doador de sangue não é um paciente. Paciente e doador possuem significados diferentes. No Dicionário etimológico da língua portuguesa, o autor Cunha (2007) descreve que paciente vem do latim *patiens*, de *patior*, significa sofrer, suportar, aturar, revela paciência, aguarda pacientemente. Já o doador é um indivíduo que voluntariamente, procura um serviço de saúde que possua um serviço especializado em Hemoterapia, para então doar sangue (ou seria doar vida?).

O trabalho de coleta de sangue é marcado por uma variação constante da demanda de doadores, influenciando diretamente na organização do trabalho e na saúde dos trabalhadores. A doação de sangue é voluntária e por isso não existe um número fixo de doadores por dia, o que ocasiona aos gestores a elaboração de estratégias (campanhas de doação, parcerias institucionais, etc.) que busquem contemplar o abastecimento de sangue para suprir as necessidades da instituição. Como resultado dessas estratégias, um quantitativo elevado de voluntários pode comparecer ao hospital ocasionando um grande aumento no tempo de espera para realizar a doação de sangue, assim como aumento expressivo de trabalho.

Os trabalhadores coletores de sangue buscam realizar a coleta de sangue o mais rápido possível, de forma segura e com qualidade para que os doadores fiquem motivados a doar sangue e se possível se tornarem doadores de repetição, pois estes estão conscientizados sobre a política da doação de sangue e de hábitos saudáveis (alimentação, vida sexual, prática regular de atividade física, etc.) necessários à qualidade de vida. O doador de sangue só pode ser puncionado uma vez por doação, o que exige habilidade do coletor em não errar a veia a ser puncionada. Errar a veia significa perder uma doação, podendo gerar constrangimentos e sofrimento do trabalhador.

A realização desta pesquisa pode contribuir com o campo da Saúde do Trabalhador e valorizar os trabalhadores da Hemoterapia que para realizarem o trabalho dependem dos próprios conhecimentos e das habilidades singulares como também da equipe de trabalho. Observamos que a produção científica, na atividade de coleta de sangue, ainda hoje é incipiente, e apresenta uma maior carência quando procuramos a aproximação com abordagens da Ergonomia e da Ergologia que possibilitam a compreensão da relação saúde-trabalho tendo a atividade como ponto central.

Com este propósito o estudo foi estruturado em quatro capítulos.

No capítulo 1, apresentamos um breve histórico da Hemoterapia no mundo e no Brasil. Demonstramos a necessidade de existir políticas públicas que garantam o padrão da

qualidade relacionado ao sangue (medicamentos industrializados, hemoderivados) no sistema privado e público. Destacamos as situações dramáticas vivenciadas nas décadas de 80 e 90, quando diversos pacientes hemofílicos foram contaminados pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) devido ao uso de produtos industrializados contaminados derivados do plasma ou a má qualidade do controle das bolsas de sangue. Buscamos compreender o porquê da gestão da qualidade se faz presente nos serviços de saúde.

No capítulo 2, desenvolvemos os temas saúde e trabalho sob as perspectivas ergonômica e ergológica.

A perspectiva ergonômica sob o ponto de vista da Ergonomia da Atividade não se foca nas doenças do trabalho, mas as considera como ponto inicial para realizar a análise ergonômica. Aprecia a dimensão coletiva do trabalho, compreende fenômenos fisiológicos, cognitivos, psíquicos e sociais do qual o trabalhador se utiliza para realizar a tarefa (GUÉRIN et al, 2001).

A perspectiva ergológica entende existir uma relação intrínseca entre a atividade, o universo de valores e os saberes envolvidos e construídos nas atividades, pois a atividade de trabalho é sempre mutável, portanto, não se pode padronizá-la (DURRIVE, 2010). Ao se referir ao trabalho esta perspectiva valoriza o diálogo entre os diferentes saberes, seja disciplinar ou dos saberes construídos no trabalho que enriquecem as vivências dos trabalhadores, tendo como fio condutor a atividade (SCHWARTZ, 2010a).

No capítulo 3, descrevemos o caminho metodológico percorrido, que se baseou na Análise Ergonômica do Trabalho (AET) e englobou as seguintes etapas: observação participante, diário de campo, aplicação de questionário (Inquérito Saúde e Trabalho em Serviços-Brasil - INSATS-Br). A pesquisa traz uma abordagem qualitativa e busca analisar o trabalho com base no conceito de atividade com aporte nos conhecimentos de Guérin et al (2001), Daniellou e Béguin (2007), Dejours (2008), Schwartz (2010b), dentre outros autores conhecedores do presente tema.

Por fim, no capítulo 4, temos a apresentação dos resultados e discussão do presente estudo, valorizando a fala dos trabalhadores. Compreendemos os fluxos percorridos pelo doador e alguns aspectos organizacionais e gerais existentes no Salão de Doação de Sangue; apresentamos a análise do INSATS-Br e o processo de transformação da atividade de coleta de sangue.

1. BASES HISTÓRICAS E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SANGUE NO BRASIL

Este capítulo mostra o quanto o sangue possui um significado cultural, religioso, econômico, social e político no mundo e no Brasil. Historiciza a evolução da Hemoterapia apontando algumas políticas públicas relevantes para a Saúde Pública.

Traz como fundamentação teórica, principalmente os conhecimentos dos autores Fidalarczyk e Ferreira (2008), Junqueira (1979), Junqueira et al (2005), dentre outros pesquisadores.

1.1. A TRANSFUSÃO SANGUÍNEA NO MUNDO: PERÍODOS PRÉ-HISTÓRICO, PRÉ-CIENTÍFICO E CIENTÍFICO.

O sangue desde o início da humanidade foi associado à vida, expresso por meio dos mitos e símbolos presentes em diferentes e diversas culturas. Este líquido possui papel relevante na Medicina, assim como na vida humana. Historicamente, o sangue foi utilizado de várias maneiras para curar patologias, mas devido à falta de conhecimento científico e tecnológico, muitas dessas tentativas de cura foram desastrosas, ocasionando a morte dos pacientes.

A Hemoterapia, ramo especializado da Medicina responsável pelas transfusões de sangue, pode ser dividida em três períodos distintos: período pré histórico - até o início do século XVII ; período pré-científico - de 1616 ao início do século XX e período científico - de 1900 em diante (FIDALARCZYK e FERREIRA, 2008).

No **período pré-histórico**, o sangue era considerado um elemento energético e por isso a ingestão deste era uma prática comum. No Egito, faraós e princesas acreditavam que banhar-se em sangue poderia restaurar o organismo. Suicídios por meio da exsanguinação foram realizados pelos nobres romanos que antes do falecimento deixavam ordens para presentear aos amigos íntimos com o sangue deles. Os povos primitivos acreditavam que banhar-se e beber o sangue de jovens e valentes guerreiros, lhes daria qualidades de vigor, coragem e força. O sangue de animais que expressavam força (leão), astúcia (tigre), virilidade (touro) eram utilizados pelas pessoas enfermas (FIDALARCZYK e FERREIRA, 2008).

Galeno (131-210), em torno de 170 d.C. foi o primeiro cientista a descrever que as artérias conduzem sangue e não ar, como se acreditava. Assim, o sangue passou a ser retirado do corpo com a visão da cura.

Em 1492, uma experiência empírica fora realizada com o Papa Inocêncio VIII, que recebera por via oral sangue de três jovens; objetivava a recuperação da saúde, porém não foi bem sucedida.

O **período pré-científico** foi marcado pelo médico inglês William Harvey (1578-1657) na descoberta da circulação sanguínea e o papel central do coração ao qual o sangue fluía em uma direção única, do órgão coração para os tecidos, através das artérias ou fluía no sentido inverso, ou seja, pelas veias, num “circuito fechado: coração-artéria-tecidos-veias-coração” (FIDALARCZYK e FERREIRA, 2008, p.3). Tais descobertas causaram resistência na época, porém com o apoio do cientista Descartes (1596-1650) a descoberta foi aceita e divulgada, sendo também apoiada na obra *A Propósito dos Movimentos do Coração e do Sangue* em 1628 por William Harvey.

Outros cientistas, Tevergo (1638) e Richard Lower (1666) realizaram transfusões de sangue entre animais. Historicamente, aponta-se Jean Denis como tendo sido o primeiro cientista a ter realizado uma transfusão de sangue entre um animal (vitela) e um ser humano, no ano de 1667 (FIDALARCZYK e FERREIRA, 2008).

Mas as transfusões de sangue entre animais e seres humanos obtiveram muitos insucessos devido ao pouco conhecimento científico. Em 1673, na França, em consequência do elevado número de mortes, o governo proibiu as transfusões durante 150 anos, fato este primordial no desencadeamento da primeira crise da medicina transfusional.

Somente no ano de 1818, em Londres, James Blundell foi autorizado a realizar uma transfusão de sangue humano em mulheres que apresentaram hemorragias pós-parto. Mas, houve registros de diversos acidentes (embolias, coágulos, incompatibilidade, infecções) que contribuíram para desencadear a segunda crise da medicina transfusional.

O **período científico** se caracteriza pela descoberta dos grupos sanguíneos pelo cientista austríaco Karl Landsteiner, em 1900, e com a presença dos cirurgiões Carrel, Crille, De Bakey, dentre outros que realizavam as transfusões. Landsteiner classificou o sangue humano nos grupos A, B e O (Zero que no decorrer do tempo se lê como vogal “O”) e pouco depois, De Castello e Sturli, em 1902 descobriram o tipo sanguíneo AB (FIDLARCZYK e FERREIRA, 2008). A classificação dos grupos sanguíneos (A, B, AB e O) permitiu conhecer e relacionar as compatibilidades e incompatibilidades entre os indivíduos, evitando-se erros, tornando o sangue um agente de tratamento da saúde.

A estocagem do sangue coletado se dificultava pela inexistência de soluções anticoagulantes. Assim, os anos de 1914 e 1915 foram marcados pelo cientista Agote em

Buenos Aires, Hustin na Bélgica e Lewisohn em Nova York que utilizaram o citrato de sódio como anticoagulante em suas experiências.

Em 1921, em Londres, patrocinado pela Cruz Vermelha Britânica, foi fundado o primeiro Serviço de Transfusão de Sangue, o *Voluntary Service* (Junqueira, 1979).

No ano de 1940, Landsteiner e Wiener, realizaram experiências com macacos do gênero *Rhesus*. Descobriram que ao se injetar em coelhos o sangue desta espécie de macaco, ocorre a formação de anticorpos específicos que conseguem aglutinar as hemácias dos macacos *Rhesus* e de grande parte (85%) dos indivíduos de pele branca. Esta descoberta possibilitou que os referidos cientistas concluíssem que “em suas hemácias, esses indivíduos possuem antígenos denominados *fator Rh* (de Rhesus)” (FIDLARCZYK e FERREIRA, 2008, p.6).

No Brasil, o século XIX foi marcado pelo conhecimento acadêmico sobre Hemoterapia, através da tese de doutorado de José Vieira Marcondes, filho do Barão e da Baronesa de Taubaté, apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1879 e no mesmo ano sustentada pela Faculdade de Medicina da Bahia. Abordava experimentos empíricos sobre transfusão sanguínea tanto entre os seres humanos quanto entre o animal e o homem, questionando qual seria a melhor forma de transfusão.

A transfusão sanguínea no Brasil vem ao longo da história evoluindo, tendo os Estados do Rio de Janeiro e São Paulo líderes da evolução da Hemoterapia brasileira. Destacaram-se os médicos Brandão Filho e Armando Aguinaga, pioneiros no Estado do Rio de Janeiro. Foi em Salvador que o professor Garcez Fróes utilizou o aparelho *Agote*, por ele idealizado, pela primeira vez na prática da transfusão de 129 ml de sangue entre um doador e um paciente com metrorragia grave.

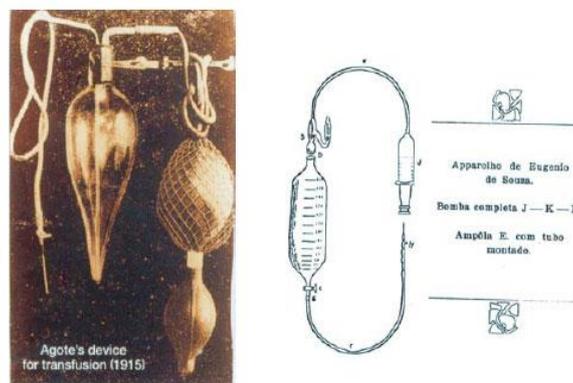


Figura 1. Aparelho de Agote e adaptação de Eugenio de Souza

Fig.1: Aparelho Agote
Fonte: JUNQUEIRA *et al*, 2005, p.202.

Os serviços especializados em Hemoterapia surgiram pouco depois da primeira década de 1900. Eram compostos por um médico transfusionista e um corpo de doadores universais, ou seja, pessoas que possuíam o grupo sanguíneo universal (O). A seringa de *Jubé* era o instrumento utilizado para a transferência de sangue entre o doador e o receptor.

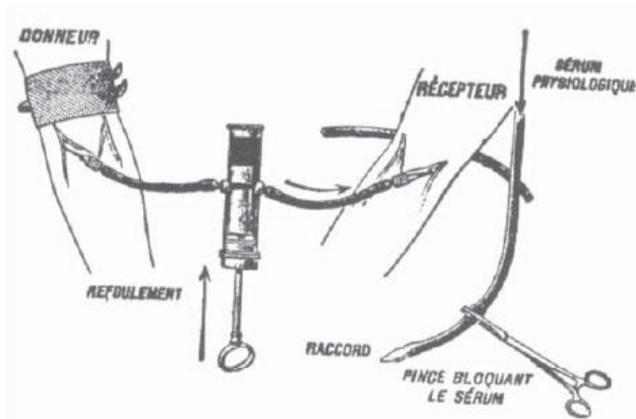


Figura 2. Seringa de Jubé

Fig.2: Seringa de Jubé
Fonte: JUNQUEIRA et al, 2005, p.202.

Em 1933, fundou-se no Rio de Janeiro, o Serviço de Transfusão de Sangue – STS pelos trabalhadores Nestor Rosa Martins, Heraldo Maciel e Affonso Cruvinel. Esses profissionais “aliaram à assistência médica um enfoque científico voltado ao exercício da especialidade e às transfusões de sangue de forma geral” (JUNQUEIRA et al, 2005, p.202).

A Hemoterapia brasileira iniciou como especialidade médica, na década de 40 no Rio de Janeiro e São Paulo. Em dezembro de 1942, surgiu o primeiro banco de sangue nacional no Instituto Fernandes Figueira, localizado no Rio de Janeiro, objetivando conseguir sangue para as necessidades internas do mesmo hospital, além de colaborar com os hospitais das frentes de batalha, enviando plasma humano para esses. Participaram desse Banco de Sangue Mário Pereira de Mesquita, Raymundo Muniz de Aragão e Vera R. Leite Ribeiro, todos médicos, além do industrial Francis Hime, colaborando no custeio da instalação e manutenção do referido serviço.

Outros Bancos de Sangue surgiram na mesma década, como em Porto Alegre (1942) e no Distrito Federal (1944). Em 25 de novembro de 1944, no Rio de Janeiro foi inaugurado o Banco de Sangue da Lapa, tendo como diretor o médico Miguel Meira de Vasconcelos. Também no ano de 1944, em 12 de janeiro, Pedro Clovis Junqueira fundou a Central Hemoterápica juntamente com Helio Gelli Pereira e o Prof. Monteiro de Carvalho.

1.2. DOAÇÃO DE SANGUE REMUNERADA *VERSUS* DOAÇÃO VOLUNTÁRIA.

No Brasil, o sistema transfusional teve sua origem na doação remunerada, diferentemente dos países europeus. Na década de 40 surgiram os bancos de sangue privados que pagavam aos doadores. Os médicos transfusionais recebiam honorários, e os doadores de sangue eram remunerados, entre 500 réis por cm³ de sangue ou quando eram doadores imunizados pagava-se 750 réis/ cm³ (JUNQUEIRA *et al*, 2005). Com uma população que desconhecia sobre o ato de doação de sangue, caracterizou-se um comércio e o lucro, além da proliferação de doenças transmissíveis pelo sangue e o baixo rendimento transfusional.

A ética nos Bancos de Sangue era questionável, pois a ‘indústria de hemoderivados’ não primava pela saúde dos doadores, além de se estimular doadores sem condições adequadas fisicamente e nutricionalmente (JUNQUEIRA *et al*, 2005). Este fato poderia contribuir para que a doação se tornasse uma atividade “profissional”, pois o doador podia ser voluntário no período permitido em mais de um banco de sangue, gerando distorções de importantes informações epidemiológicas.

Com o surgimento de diversos bancos de sangue, ocorreram na década de 40 eventos científicos como o Curso de Hematologia, por Walter Oswaldo Cruz, em Manguinhos, no Instituto Oswaldo Cruz – IOC. Também se destacou em agosto de 1949 o I Congresso Paulista de Hemoterapia que lançou as bases para a fundação da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia em 1950.

Com o passar dos anos, as especialidades de Hematologia, especialidade que cuida das doenças do sangue e de Hemoterapia, especialidade que cuida das transfusões de sangue, foram mostrando uma grande relação e nos anos de 50 fundou-se a Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia (SBHH).

A partir de 1949, Arthur de Siqueira Cavalcanti criou a Associação de Doadores Voluntários do Brasil, objetivando tornar a distribuição de sangue gratuita, tendo como presidente a Sra. Nair Aranha.

Em 1956, o embaixador Negrão de Lima, que na época era prefeito do Distrito Federal, determinou que o Banco de Sangue da Lapa se transformasse no Instituto de Hematologia. Posteriormente passou se denominar Instituto Estadual Arthur de Siqueira Cavalcanti, homenageando o renomado médico Arthur de Siqueira Cavalcanti pelas suas pesquisas de câncer nas áreas de hematologia e hemoterapia.

A década de 50 foi marcada pelo grande descaso e descuido dos serviços de transfusão. A ausência de normas técnicas permitia que os bancos de sangue funcionassem com grande autonomia, a prestação de serviço dependia da ética e do compromisso de cada

profissional de saúde, além de muitas vezes possuir um aspecto meramente comercial. O Estado se limitava ao funcionamento das unidades existentes nos hospitais públicos (CASTRO SANTOS et al, 1991).

Com uma política de sangue carente, o Brasil tinha uma fiscalização precária dos serviços e crescia a demanda por transfusão. Estes aspectos contribuíram para que os bancos de sangue privados tornassem um negócio lucrativo, pois estes compravam sangue dos doadores a baixo custo e os revendiam aos hospitais a preços mais altos, sem se preocuparem com a qualidade do sangue.

Em 27 de março de 1950, foi promulgada a primeira Lei Federal, nº 1075 que dispõe sobre a Doação Voluntária de Sangue, porém se limita ao abono do ponto do servidor público que realizasse doação sanguínea, de forma voluntária a um banco de sangue mantido pelo Governo. Já em 1964, o governo militar instituiu o dia 25 de novembro como Dia Nacional do Doador Voluntário.

No ano de 1965, por meio do Ministério da Saúde, instituiu-se a Comissão Nacional de Hemoterapia. Juntos, a Comissão e o Ministério da Saúde, utilizando-se de legislação,

[...] estabeleceu o primado da doação voluntária de sangue e a necessidade de medidas de proteção a doadores e receptores, disciplinou o fornecimento de matéria-prima para a indústria e exportação de sangue e hemoderivados. Entre as suas atividades destacam-se a implantação de registro oficial dos bancos de sangue públicos e privados, a publicação de normas básicas para atendimento a doadores e para prestação de serviço transfusional e a determinação da obrigatoriedade dos testes sorológicos necessários para segurança transfusional (JUNQUEIRA *et al*, 2005, p.204-205).

Apesar de existir legislação e normas para a Hemoterapia, entre 1964 e 1979, a fiscalização e a política de sangue se apresentavam carentes, o que refletia na qualidade do sistema de hemoterapia dos serviços públicos e privados.

As bolsas de sangue em substituição aos recipientes de vidro, apresentavam má qualidade; a falta de conhecimento científico para a prescrição de transfusão sanguínea e o descontrole das prescrições colaborou para o alto índice de transfusões, maximizando o problema de obtenção de doadores.

Assim, na década de 1970 diversas campanhas para mobilizar doadores de sangue foram realizadas, com o apoio da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia (SBHH). Assim, diversas ações no campo da transfusão sanguínea ocorreram: estimulação dos programas de capacitação de doadores voluntários de sangue; iniciação da transfusão

seletiva; obrigatoriedade dos testes sorológicos nas unidades de sangue coletadas e início da coleta de sangue através das aféreses².

No ano de 1980 o sistema de sangue foi reorganizado e foi criado o Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados (Pró-Sangue) que gerou uma rede de hemocentros no Brasil, tornando o Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti em Hemocentro Coordenador do Estado do Rio de Janeiro – o HEMORIO. Nessa época, cerca de 80% das doações de sangue no Brasil eram realizadas de forma remunerada. Em 1985, o Jornal do Brasil, edição de 30 de agosto, divulgou que os bancos de sangue privados pagavam entre Cr\$ 8 mil a Cr\$ 10 mil por meio litro de sangue (BRASIL, 2008).

O sangue, tecido vital para o ser humano, é composto por plasma e células (eritrócitos, leucócitos e plaquetas) que quando coletado e separado os seus componentes, pode constituir diversos produtos hemoterápicos. Com o passar dos anos, a ciência aliada à tecnologia, possibilitaram a redução da utilização total do sangue, tornando uma prática a separação dos componentes e derivados. Mas para tanto, se fazia necessário novos recursos seguros e eficientes que permitissem separar os componentes sanguíneos. Então, na década de 80, surgiram as bolsas de sangue plásticas, reguladas pela Portaria 03/88 (CARNEIRO e LOPES, 2002) e as centrífugas refrigeradas.

O Governo acabou com a doação de sangue remunerada e conseqüentemente com o comércio, por meio da Assembléia Nacional Constituinte de 1988. Mas segundo Fidlarczyk e Ferreira (2008) ainda hoje podemos sentir as conseqüências do sistema remunerado na doação de sangue ocorrida no passado, tais como:

- . Maior percentual de doadores de reposição (aqueles que doam sangue quando alguém da família ou amigo necessita), em detrimento dos doadores voluntários (aqueles que doam sangue sem necessidade de qualquer tipo de convocação), o que transforma a doação e algo esporádico, vinculado a um determinado paciente.
- . Falta de sangue para atender às situações emergenciais, pois as doações de reposição nem sempre atendem às necessidades.
- . Delegação da função de captador aos familiares dos receptores (FIDLARCZYK e FERREIRA, 2008, p.9).

No Brasil, grande parte das necessidades de sangue ocorre em prontos-socorros e emergências. A falta de sangue coloca o sistema constantemente em risco, podendo não abastecer a demanda de pacientes e levá-los a morte. Alguns hospitais delegam à família do paciente que necessita de transfusão, a responsabilidade da reposição sanguínea. A doação

² Palavra de origem grega que significa remoção. No campo da hemoterapia “aférese é um procedimento que envolve a remoção seletiva de componentes do sangue de doadores ou clientes, utilizando-se separadoras de sangue automáticas (aférese por equipamento), ou bolsas múltiplas (aférese manual)” (FIDLARCZYK e FERREIRA, 2008, p.119).

regular ou habitual é a maneira pela qual se consegue regular o estoque de sangue, dispondo deste a qualquer pessoa que dele precise (AMORIM FILHO, 2000).

A prática de doadores de reposição ou dirigidos – aqueles que doam exclusivamente para uma determinada pessoa – realizada pelos bancos privados, consolida o hábito de doar sangue quando alguém conhecido necessita. Este fato contraria a lógica de atender as necessidades da população e da ética da doação de sangue. Mas o que fazer para que o Brasil tenha quantidade e qualidade de sangue para suprir as necessidades da população? Como tornar a doação voluntária de sangue um hábito?

Segundo o médico hemoterapeuta Filho (2000) se faz necessário estabelecer uma política e um programa nacional para captar doadores de sangue, buscando-se conhecer os motivos que levam as pessoas a doação e a não doação; utilizar os meios de comunicação na mídia para divulgar a doação de sangue; realizar parcerias com empresas, órgãos públicos, sindicatos, ONGS e criar associações de doadores voluntários de sangue para divulgação deste tipo de doação.

Vale ressaltar que o atendimento aos doadores com qualidade, ambientes limpos, acolhedores, com tecnologia e com trabalhadores capacitados são condições imprescindíveis para a existência de um sistema hemoterápico que rompa os paradigmas construídos ao longo da História.

1.3. AIDS NOS ANOS 80.

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) colaborou de forma significativa para as mudanças no sistema hemoterápico brasileiro ao reconhecer que as transfusões de sangue, componentes e derivados poderiam ser consideradas fontes de transmissão.

No Brasil, anos 80, 2% dos casos de AIDS foram transmitidos por transfusão e um percentual acima de 50% dos hemofílicos estava infectado pelo vírus HIV. O Brasil ocupava o terceiro lugar em número de casos de Aids, no quadro mundial tendo os Estados Unidos e a Inglaterra à frente. Assim, a Saúde Pública brasileira se apresentava calamitosa, principalmente para os hemofílicos, transfundidos, homossexuais e usuários de drogas endovenosas. A imprensa mundial demonstrava um Brasil doente. Essa situação favoreceu entre os anos de 1987 e 1988 uma mobilização nacional da sociedade pelo controle e qualidade do sangue. (JUNQUEIRA et al, 2005).

Faziam-se necessários novos procedimentos como doação com identificação do voluntário (a), desenvolvimento dos métodos de autotransfusão, disciplina do uso do sangue e

seus componentes e derivados, pela avaliação dos riscos, benefícios e custos (HAMERSCHLAK e PASTERNAK apud JUNQUEIRA et al, 2005).

Mas, só em 1988, com a publicação da Lei 1215/87, o Ministério da Saúde tornou obrigatório o teste anti HTLV-1 nos serviços hemoterápicos (SANTOS, 1995). Porém, os bancos de sangue não a cumpriram justificando o alto custo dos testes e a ausência de profissionais capacitados para realizá-los. Soma-se também a incapacidade da fiscalização; a importação de bolsas plásticas para o armazenamento de sangue, pois as de origem nacional haviam tido a fabricação suspensa pela Vigilância Sanitária Federal, devido a inadequação da matéria-prima e a existência de apenas 17 hemocentros coordenadores e oito regionais instalados até 1988 (BRASIL, 2008).

Ainda em 1987, foi sancionada a Lei nº 7.649, instituindo o Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados (Planashe). Este estabeleceu cinco anos para a consolidação do Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados (Sinashe), que objetivava:

[...] assegurar que o sangue e seus derivados, usado para fins terapêuticos, não se constituirá em veículo de patologias nem será objeto de interesses mercantes, sendo dever do Estado estabelecer as condições institucionais indispensáveis às ações cooperativas dos setores público e particular no concernente ao disposto na legislação, à aplicação de conhecimentos científicos e tecnológicos atualizados e à criação e gestão do Sinashe. (BRASIL, 2008, p. 44).

E em 1988, por meio da Constituição Federal, no Artigo 199, seção II da Saúde, estabeleceu-se que a assistência à saúde seja livre à iniciativa privada, expressando em seu parágrafo 4º que:

A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização (BRASIL, 1988, p.89).

Ainda em 1988 dois atos legais reforçam as políticas públicas na Hemoterapia, a promulgação da Lei 7649, em 25 de janeiro, tornando obrigatório o cadastramento de doadores e de exames e a Portaria MS nº725, em 26 de dezembro, que cria o Conselho Nacional de Hemoterapia para supervisionar a Política Nacional de Sangue.

No ano de 1989, foi publicada a Portaria nº 721, de 11 de agosto, que regulamentava as atividades hemoterápicas.

Já a década de 1990, foi marcada pelo crescente número de serviços de hemoterapia que valorizavam a qualidade, mediante certificações e creditações por meio de órgãos nacionais e internacionais.

Em 1993, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 1376 que dispõe de Normas Técnicas para Coleta, Processamento e Transfusão de Sangue, Componentes e Derivados.

Em 1999 a gestão do sangue foi assumida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. E em 2001, criou-se o Decreto 3990, que regulamentou o Artigo 26 da Lei 10205, de 21 de março, que criava o Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados (SINASAN), dispondo sobre coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados e estabelecendo ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades.

A epidemia da AIDS fez com que a política brasileira de saúde, a ética e a cidadania que não estavam sendo tratadas adequadamente, tivesse uma outra dimensão nas agendas das diversas esferas governamentais. Movimentos sociais, partidos políticos, organizações não governamentais passaram a se envolver com as questões sanguíneas. Enfrentar a AIDS foi, sobretudo reafirmar o direito de saúde.

A Aids levantou a preocupação dos pesquisadores sanitários no campo da Hemoterapia, pois qualquer pessoa poderia adquirir a nova doença contaminando-se também por via transfusional. Assim, o debate sobre a crise do sangue foi destaque na Oitava Conferência Nacional de Saúde realizada no ano de 1986. O medo do sangue por parte da população pressionava a formulação de uma política de saúde.

Então, no Rio de Janeiro proibiu-se em 1985 a doação remunerada e no Estado de São Paulo ocorreu a obrigatoriedade do teste da Aids em 1986 por meio da Lei Estadual 5190.

Nesse período, surgiram diversos atores (Associação Brasileira Interdisciplinar da Aids-ABIA, Associação Brasileira dos Hemofílicos, Cremerj, OAB, dentre outros) que debateram o problema do sangue, manifestando a insatisfação da sociedade. Mas também surgiram atores que eram a favor da continuidade do comércio do sangue, como a Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, a indústria de derivados e a Federação Brasileira dos Hospitais (CASTRO SANTOS et al, 1992).

Apesar das diversas mudanças no sistema hemoterápico brasileiro a evolução da Hemoterapia vem apontando algumas necessidades como a renovação dos equipamentos, a automação e computação, além de sistemas da qualidade que contribuam no complexo trabalho dos serviços de saúde. Atualmente, este conjunto de tecnologias faz parte do processo de trabalho dos profissionais de saúde que muitas vezes se utilizam de verdadeiros “malabarismos” para contemplar as exigências das atividades.

1.4. GESTÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE

Segundo Moraes (2004, p.34), os serviços de saúde solicitam do trabalhador de saúde diversas habilidades e responsabilidades “de dimensões – humanas, técnicas e científicas

inigualáveis”. Se por um lado representam locais hostis, de sofrimento e de dor, por outro, se caracterizam pela assistência, esperança, acolhimento e humanização. As habilidades dos trabalhadores de saúde são carregadas de sentimentos e que muitas vezes, quando o trabalhador possui envolvimento direto com os pacientes, pode ser afetado no seu biopsicossocial.

Assim, compreende-se que o desenvolvimento tecnológico e científico ao longo dos anos, favoreceu com que os usuários dos EAS se tornassem mais exigentes quanto a aptidão técnico-profissional e rapidez, estimulando aos gestores adotarem estratégias para garantir a otimização dos serviços prestados.

O sistema gerencial conhecido como gestão pela qualidade se desenvolveu na segunda metade do século XX, impulsionado pelo capitalismo e a abertura das fronteiras econômicas. O mercado precisava de um diferencial para garantir a competição.

O conceito de Qualidade, segundo a Norma Internacional ISO 9000 é a “capacidade de um conjunto completo de características inerentes de um produto, sistema ou processo, atender aos requisitos dos clientes e de outras partes interessadas” (MORAES, 2004,p.41).

Entende-se que a qualidade inicialmente se apresentava sendo um diferencial nos serviços de saúde, porém contemporaneamente vem sendo um pré-requisito básico dentro destes. A qualidade aborda o desempenho dos trabalhadores, a satisfação dos usuários e busca a ausência de falhas e defeitos. A percepção do usuário, o saber ouvi-lo e produzir melhor são pontos fundamentais aos quais o gestor de saúde deve estar atento para definir a qualidade.

Mas, as relações dos trabalhadores com a organização devem ser boas pois são estes quem se relacionam com os usuários. Portanto, a satisfação dos trabalhadores se torna relevante no tangente a qualidade total.

No Brasil, o Ministério da Saúde lançou em 1999 o Programa de Acreditação Hospitalar, coordenado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). Os instrumentos de avaliação são flexíveis e se diferenciam conforme as características regionais e complexidade dos hospitais (KLÜCK e PROMPT, 2004). A Acreditação é um processo voluntário e as equipes avaliadoras são constituídas por um médico, um enfermeiro e um administrador. A certificação de acreditação possui três níveis – simples, pleno ou de excelência. A Acreditação é uma ferramenta disponível para avaliar e padronizar a qualidade prestada pelos serviços de saúde. Acreditar significa tornar digno de confiança.

Para Donabedian (1988 apud MORAES, 2004) a avaliação da qualidade e saúde possui três eixos: estrutura (instalações físicas, recursos humanos, tecnologia); processo

(procedimentos, responsabilidades, documentação) e resultado (produto, indicadores medidos).

Entende-se que a Acreditação aborda o desenvolvimento da qualidade em saúde, tais como “o acesso e a garantia da continuidade do atendimento; os processos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação/recuperação; a segurança dos procedimentos e atos médicos; o desempenho dos recursos humanos; equipamentos” (MORAES, 2004, p.35).

Segundo Moraes (2004) o sistema de Acreditação inicialmente surgiu com o objetivo de proteger a profissão médica e os pacientes contra os efeitos nocivos de ambientes e organizações que não apresentavam adequadas à prática. Porém, este sistema expressa uma imagem positiva ante a opinião pública e a imprensa, o que favorece a confiança da comunidade. Adotam-se padrões na concepção de práticas e condutas que devem estar presentes no trabalho.

Compreende-se que este conjunto de padrões auxiliará os trabalhadores a monitorar seu próprio comportamento e dessa forma, assegurar que estes atuem profissionalmente dentro de um padrão aceitável pelo serviço de saúde, explícito e definido por profissional competente.

Campos (1992) ressalta que:

As organizações humanas (empresas, escolas, hospitais, etc.) são meios (causas) destinados a se atingir determinados fins (efeitos). Controlar uma organização significa detectar quais foram os fins, efeitos ou resultados não alcançados (que são os problemas da organização), analisar estes maus resultados buscando suas causas e atuar sobre estas causas de tal modo a melhorar os resultados“ (CAMPOS, 1992 apud MORAES, 2004, p.36)”.

Para Fleury e Fleury (1995 apud SCOPINHO, 2003, p.65) “[...] a qualidade deve ser entendida tanto do ponto de vista da introdução de novas técnicas e procedimentos de produção, quanto do ponto de vista dos valores das normas que regem as relações entre os homens no processo produtivo”. Portanto, a gestão da qualidade é um sistema que contempla mudanças nas relações de trabalho, que busca principalmente satisfação do usuário e que apresenta uma característica dinâmica e contínua.

A busca por qualidade total leva as instituições de saúde a repensarem os aspectos de saúde e segurança no trabalho, buscando estratégias preventivas como também na construção de uma imagem no mercado de trabalho de respeito aos direitos humanos em consonância com a produção.

No Brasil, atualmente os modelos utilizados para o processo de Acreditação é o ligado à *Joint Commission* e da ISO – *International Standard Organizational*. No campo da Hemoterapia o mais utilizado é o da *American Association of Blood Banks*.

A Qualidade na Hemoterapia, por meio da Acreditação pode demonstrar o que se faz e como se faz. Buscar práticas que assegurem a obtenção de hemocomponentes e hemoderivados, conforme os processos aprovados se tornam necessárias para garantir a qualidade do sangue e dessa forma diminuir o risco transfusional, que por sua vez pode-se tornar um risco sanitário com potencial de provocar grandes danos à saúde da população mundial.

Porém, se o trabalho é dinâmico, como equilibrar tecnologias, prescrições e subjetividades humanas neste contexto enigmático? A qualidade não deve ser gerida apenas por meio de um olhar técnico e contemplar aspectos objetivos. Qualidade no trabalho é muito mais abrangente, pois deve ser voltada para o atendimento das necessidades e singularidades humanas, que as prescrições não contemplam. As variabilidades do trabalho que levam aos trabalhadores a regulações também devem ser consideradas.

Se “trabalhar é gerir as variabilidades” (SCHWARTZ, 2010e, p.93) a qualidade deve ser gerida considerando a legislação, as técnicas, as determinações, assim como os desejos, as necessidades e as singularidades dos diferentes protagonistas, sejam doadores de sangue ou sejam trabalhadores.

Indicadores pontuais de qualidade expressados por estatísticas atendem de maneira genérica, mas não ajudam a entender fenômenos particulares relacionados à saúde e à produção de serviços de saúde. Assim, a qualidade deve ser discutida e rediscutida, num processo constante, envolvendo os sujeitos participantes com suas experiências, sugestões e críticas, numa construção coletiva.

2. SAÚDE E TRABALHO: RELAÇÕES ENTRE AS PERSPECTIVAS ERGONÔMICA E ERGOLÓGICA.

O conceito de saúde se transformou ao longo da história. Hoje a OMS – Organização Mundial da Saúde considera que “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social” e não a ausência de uma patologia (DOPPLER, 2007, p.52). Mas é possível estar perfeitamente bem?

Esta questão nos leva a refletir sobre a saúde como algo diferente de um estado, de algo estático. Nesse sentido, Dejours (2008) compreende que a saúde se apresenta dinâmica, num processo de constante construção em que o trabalho ocupa um lugar de destaque, pois é através deste que o indivíduo se sente inserido na sociedade, se identifica e se realiza. Laurell (1981) destaca que o trabalho é uma categoria social, não é simplesmente a geração de bens e por isso, a sua análise deve considerar múltiplas determinações. Portanto, saúde e trabalho possuem uma relação direta, onde a primeira é construída ao longo da história de vida de cada sujeito e o trabalho é um dos meios para se alcançá-la, é um mediador constante.

Sob o olhar da Ergonomia, o trabalho é a unidade que provém da atividade, das condições e do resultado da atividade (GUÉRIN *et al*, 2001). Assim, ao se buscar compreender o trabalho sob este enfoque, observamos que os diferentes conceitos de trabalho se complementam, ajudando a caracterizar sua complexidade.

Para a ergonomista Catherine Teiger o trabalho:

[...] es una actividad finalizada, realizada de manera individual o colectiva en un tiempo dado, por un hombre o una mujer dados, situada en un contexto particular que fija las limitaciones inmediatas de la situación. Esta actividad no es neutra, compromete y transforma, asimismo, al que la realiza” (TEIGER, 1992, p.113).

Do ponto de vista do sociólogo Tersac:

O trabalho é uma ação coletiva finalística. É uma ação ‘organizada’ porque ela se situa num contexto estruturado por regras, convenções, culturas. É também uma ação ‘organizadora’ porque ela visa, não somente preencher as lacunas provenientes das imprecisões da prescrição, mas produzir um acordo, um espaço de ações pertinentes. É pela ação que se define, de forma interativa, o problema e a solução. É na ação que se operam as trocas de informações e que se constroem as formas de agir. (TERSAC, 1995 apud FERREIRA, 2000, p.72).

E, para a Psicodinâmica do Trabalho, segundo Dejours:

O trabalho é a atividade coordenada de homens e mulheres para defrontar-se com o que não poderia ser realizado pela simples execução prescrita de uma tarefa de caráter utilitário com as recomendações estabelecidas pela organização do trabalho. (DEJOURS, 2008, p.137)

Mas o que é trabalhar na perspectiva ergológica? “*É gerir defasagens continuamente renovadas*” (SCHWARTZ, 2010c, p.68), ou seja, trabalhar é gerir as distâncias existentes entre o trabalho prescrito (tarefa) e o trabalho real (atividade).

E o que é **Ergologia**? Yves Schwartz (2010a, p.30) compreende que a “Ergologia é a aprendizagem permanente dos debates de normas e de valores que renovam indefinidamente a atividade: é o ‘desconforto intelectual’”. Nesta mesma linha de raciocínio a autora Brito (2006a, p.284) afirma que a Ergologia “É uma perspectiva de produção de conhecimento que busca intervir nos mundos do trabalho a partir de uma dupla confrontação: dos diferentes saberes e desses com os produzidos na atividade de trabalho”.

Portanto, na perspectiva ergológica a construção dos conhecimentos sobre o trabalho deverá incorporar as experiências, os saberes dos trabalhadores produzidos no e pelo trabalho, além de sua confrontação com os saberes produzidos nos variados campos científicos.

O filósofo francês Yves Schwartz aponta que o trabalho deve ser considerado sob as **vertentes enigmática e mecânica**, entendendo que ambas são inseparáveis (DURRIVE, 2007).

O trabalho é enigmático, pois não temos como conhecê-lo antecipadamente em sua integralidade e porque para realizá-lo necessitamos de um “fazer de outra forma” (SCHWARTZ, 2010a, p.35) que depende do pensar e do criar de quem o executa.

Do ponto de vista taylorista, acreditava-se que as subjetividades dos sujeitos, durante a execução do trabalho, poderiam ser deles excluídas bastando seguir as instruções técnicas. Contemporaneamente redescobre-se que existe um enigmático ‘alguém’ no trabalho (SCHWARTZ, 2010d, p.189), que traz consigo sentimentos, valores e experiências únicas, contrariando os modelos tayloristas.

O trabalho jamais se limita à execução, principalmente porque o meio é sempre infiel (CANGUILHEM, 1990). Um ambiente de trabalho compreende um conjunto de técnicas, cultura e seres humanos, que não são exatamente iguais e que não se repetem no dia seguinte.

Ao se realizar uma **tarefa** (trabalho prescrito) se torna necessário um conjunto de ações e resultados predefinidos, que serão objetivados pelo trabalhador. O trabalhador apreende e transforma de forma singular as diversas situações de trabalho para cumprir o que lhe é determinado e realiza ajustes/regulações que buscam não prejudicar e/ou interromper a produção do trabalho. Mas o trabalhador se confronta com uma variabilidade de situações que dependem do conhecimento único adquirido na trajetória histórica e/ou cultural da equipe ou dele próprio. Dentre as inúmeras variabilidades destacamos as **panes** em equipamentos,

dificuldades em instalações diversas, falta ou inadequação de materiais, comunicação, fadiga, diferenças de ritmos, mudanças tecnológicas e organizacionais (BRITO, 2006a).

Por mais que se busque a melhor padronização do método de trabalho, visando adaptar o homem ao trabalho, conforme Taylor defendia, o trabalho real sempre envolve o uso do cognitivo e afetivo do trabalhador, pois não se limita a sua execução.

A **atividade de trabalho** (trabalho real), compreendida por Brito (2006b, p.289), se traduz “como um processo de regulação e gestão das variabilidades e do acaso” e nos faz refletir o quanto o trabalho real é imprevisível, contraditório e que necessita de estratégias singulares para torná-lo possível, construindo uma história única e coletiva. A Ergonomia mostra que as prescrições existentes para a execução de um trabalho esperado não conseguem contemplar todas as situações que ocorrem durante o labor, mas quando bem definidas as prescrições podem muito colaborar para o desenvolvimento das atividades. Ainda assim existem lacunas entre o trabalho real e o trabalho prescrito, que são “fonte produtora de conhecimento em ergonomia” (FERREIRA, 2000, p.76).

A atividade não se limita ao comportamento e ao que é possível de observação, mas inclui o inobservável, ou seja, a atividade mental, a inteligência, que está por trás do comportamento (FALZON, 2007). O caráter dinâmico existente no trabalho solicita ao sujeito a realização de ajustes no que está prescrito para solucionar os problemas e, portanto, a criação e recriação das normas estabelecidas-prescritas.

A transgressão de normas pelos trabalhadores não deve ser considerada simples arbitrariedade, mas como estratégia para atingir melhor os objetivos, conseguir resultados com mais qualidade, minimizar o uso de ferramentas, etc. Portanto, violar as normas pode estar vinculado à tentativa de compreender, planejar e resolver problemas, para que o sujeito consiga contemplar as exigências de uma situação de trabalho.

Ao se refletir sobre o agir dos trabalhadores, busca-se o conceito de **norma antecedente** utilizado pela Ergologia, que se remete ao trabalho prescrito originário da Ergonomia. Para Brito (2006c), tal conceito se reporta ao que é dado e exigido ao trabalhador, antes deste realizar o trabalho, tem caráter exterior e anterior a atividade humana. Para Durrive & Schwartz (2008) as normas antecedentes apresentam duas características: a anterioridade e o anonimato. Estas evidenciam aspectos abrangentes como a construção histórica, valores monetários e de bem comum (SCHWARTZ, 1995; 2001 apud TELLES e ALVAREZ, 2004).

Portanto, as normas são elaboradas antes mesmo dos trabalhadores ingressarem no trabalho como também não são do conhecimento dos trabalhadores quem as elaborou. Assim,

as normas antecedentes não consideram as especificidades dos trabalhadores, que estão renormalizando sucessivas vezes no dia-a-dia do trabalho, mas elas permitem que a atividade humana seja realizada.

Para Schwartz (2010d, p.190), a tentativa do trabalhador de seguir completamente as normas impostas é patológico, pois “A vida é sempre tentativa de criar-se parcialmente, talvez com dificuldade, mas ainda assim, como centro em um meio e não como algo produzido por um meio.”

Yves Schwartz (2010d) propõe a idéia de que toda atividade é sempre uso e não execução. Conforme Canguilhem (apud SCHWARTZ, 2010d), a infidelidade é uma característica do meio e deverá ser gerida por recursos e escolhas próprias que permitam realizar o trabalho e não somente pela execução. Se as normas antecedentes são insuficientes é preciso que o trabalhador tente criar formas que contemplem as necessidades do trabalho. Para tanto, ele deverá fazer escolhas para suprir as lacunas existentes entre o trabalho real e o trabalho prescrito, singularizando e ressingularizando o meio.

Quando fazemos escolhas estamos agindo de forma individual, mas também coletiva, pois não se trabalha totalmente sozinho, outros sujeitos estão presentes mesmo que não pessoalmente, mas por meio da preparação do trabalho, da prescrição, e da avaliação. Desse modo, o trabalho ao mesmo tempo em que é singular também é uma realidade coletiva. Mas, quando fazemos escolhas, estamos também arriscando, podemos acertar, errar ou criar outros problemas. Portanto, na perspectiva ergológica, todo trabalho remete o sujeito a um drama, onde há o uso de si ‘por si’ e ‘pelos outros’.

O **trabalho é uso de si**, pois é o lugar de constantes tensões, espaço de prováveis conflitos que devem ser negociados. O trabalhador deve gerir essas situações e mesmo as tarefas do cotidiano requisitam recursos e capacidades que ultrapassam o prescrito (DURRIVE & SCHWARTZ, 2009). Acreditar que a prescrição é perfeita, é pensar que o meio é fiel e que não há variabilidades.

O **trabalho é uso de si por si**, pois o sujeito reelabora constantemente a atividade de trabalho, utiliza o seu corpo, a sua inteligência, a sua história e a sua sensibilidade, criando estratégias próprias, modificando pela atividade humana o que está normatizado e prescrito para dar conta dos diversos desafios existentes no trabalho (SCHWARTZ, 2010d).

O **trabalho é uso de si pelo outro**, pois em parte é determinado por um conjunto de normas (científicas, técnicas, organizacionais, hierárquicas, etc.) e valores históricos que devem ser considerados pelo trabalhador (SCHWARTZ, 2010d).

Portanto, saúde e trabalho exprimem uma complexidade e apresentam influências mútuas que nos impede de se pensar em cada um separadamente. A Ergonomia e a Ergologia compreendem que a atividade de trabalho comporta uma variedade de determinantes presentes nas situações de trabalho que aos olhos de um analista são imperceptíveis. Assim, a construção do conhecimento do trabalho do indivíduo deve ser realizada com o diálogo e a participação deste. Estes dois campos de conhecimento buscam construir um conjunto de saberes particulares para a compreensão do trabalho e para isso, necessariamente requerem conhecimento de outras disciplinas tais como a Biomecânica, a Antropometria, a Engenharia, a Psicologia, a Toxicologia, a Eletrônica, a Informática, dentre outras.

2.1. UMA APROXIMAÇÃO À ERGONOMIA DA ATIVIDADE

Pode-se afirmar que a Ergonomia nasceu “oficialmente” em 12 de julho de 1949, na Inglaterra, em uma reunião entre pesquisadores e cientistas que buscavam formalizar este novo olhar interdisciplinar da ciência (IIDA, 2005). Etimologicamente a palavra ergonomia vem dos radicais gregos *ergon* que significa trabalho e *nomos* que significa leis, normas e regras. O termo Ergonomia foi utilizado pela primeira vez em 1857 pelo polonês Wojciech Yastembowsky que publicou um artigo intitulado "Ensaio de ergonomia, ou ciência do trabalho, baseada nas leis objetivas da ciência sobre a natureza" (VIDAL, 2002, p.29).

Porém, na pré-história, quando o primeiro homem escolheu uma pedra mais adequada às mãos e aos movimentos para usá-la como uma arma na caça para sua sobrevivência, ele usou seus saberes práticos para facilitar sua tarefa, que pode ser entendido como uma ação simples do tipo ergonômica.

Mas a Segunda Guerra Mundial (1939-1945) foi marcante para a Ergonomia, sobretudo no campo da aviação. Fazia-se necessário criar modos de informações que possibilitasse um maior quantitativo de pilotos manejarem melhor e mais facilmente, de organizar, evitar erros e minimizar acidentes e incidentes. As conseqüências desta levaram os países europeus a buscarem modernização dos meios de produção. Melhorar as condições de trabalho era imprescindível para aumentar a produtividade.

O interesse por este conhecimento se destacou, principalmente, na Inglaterra e nos Estados Unidos. Em 1949, na Inglaterra, o engenheiro e psicólogo Murrell, cria a primeira associação científica de ergonomia - Ergonomics Research Society, com característica multidisciplinar. Este acontecimento foi fundamental para a Ergonomia, pois esta foi difundida não só na área militar, mas também na área industrial, por meio dos conhecimentos

dos pesquisadores participantes desta sociedade. Nos Estados Unidos, em 1957, foi criada a Human Factors Society e, então, diversos países, em destaque os industrializados, propagaram a Ergonomia.

Em 1963 é criada a Société d’Ergonomie de Langue Française – SELF e no período de 1963 a 1970 a Ergonomia francófona mostrou especificidade do estudo centrado na análise da atividade, considerando o contexto técnico e organizacional nas relações entre os constrangimentos de produção (LAVILLE apud FALZON, 2007).

No âmbito internacional, a Internacional Ergonomics Association, fundada em 1961, em Estocolmo, define que “Ergonomia (ou Fatores Humanos) é a disciplina científica que estuda as interações entre os seres humanos e outros elementos do sistema, e a profissão que aplica teorias, princípios, dados e métodos, a projetos que visem otimizar o bem estar humano e o desempenho global de sistemas”. (IEA, 2000 apud VIDAL, 2002, p.14).

No âmbito nacional, a Associação Brasileira de Ergonomia – ABERGO, fundada em agosto de 1983, afirma que “Entende-se por Ergonomia o estudo das interações das pessoas com a tecnologia, a organização e o ambiente, objetivando intervenções e projetos que visem melhorar, de forma integrada e não dissociada, a segurança, o conforto, o bem-estar e a eficácia das atividades humanas.” (IIDA, 2005, p. 2).

No Brasil, a Ergonomia se destaca a partir da década de 1970, com a influência da Ergonomia da Atividade, desenvolvida nos países de língua francesa e difundida pelo ergonomista e professor Alain Wisner. Segundo Lima e Jackson - Filho (2004, p.11), esta perspectiva da Ergonomia contribui para “mostrar a inteligência prática dos trabalhadores, a importância do coletivo e a necessidade de desenhar sistemas de produção a partir da visão ampla do homem, tradicionalmente reduzido a seus componentes físicos”. Os mesmos autores compreendem que esta abordagem possui uma metodologia científica que valoriza a participação constante dos trabalhadores nos “momentos da intervenção, da formulação da demanda à elaboração de soluções, incluindo a análise propriamente dita, normalmente domínio reservado aos ‘especialistas.’” (LIMA e JACKSON – FILHO, 2004, p.11).

A Ergonomia é contemplada na legislação brasileira, por meio da Norma Regulamentadora do Trabalho nº 17 – Ergonomia, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, que aponta a obrigatoriedade da Análise Ergonômica do Trabalho em situações de trabalho que demandem problemas ergonômicos. Embora a Ergonomia da Atividade introduzida no Brasil, busque compreender a atividade para transformá-la, com a voz ativa do trabalhador, Lima e Jackson-Filho (2004), compreendem que ainda são realizados trabalhos

com a perspectiva da Ergonomia dos Fatores Humanos (*Human Factors*), dando-a um enfoque técnico e desconsiderando as variadas dimensões do trabalho humano.

A perspectiva ergonômica sob o ponto de vista da Ergonomia da Atividade não se foca nas doenças do trabalho, mas as considera como ponto inicial para realizar a análise ergonômica. Aprecia a dimensão coletiva do trabalho, compreende fenômenos fisiológicos, cognitivos, psíquicos e sociais do qual o trabalhador se utiliza para realizar a tarefa (GUÉRIN et al, 2001).

Segundo Tersac e Maggi (2004), o método de análise do trabalho na perspectiva da Ergonomia da Atividade, deve abordar três aspectos: a variabilidade dos contextos e dos indivíduos (consideram-se aqui as variações das condições externa e interna do meio e dos sujeitos); a diferenciação entre a tarefa e a atividade (existe uma lacuna entre o prescrito e o real que deve ser compreendido); e a atividade de regulação (o controle do trabalho, por meio de ações singulares do indivíduo que mantém o equilíbrio para dar conta das determinações da organização).

Desta forma, a prática da Ergonomia da Atividade exige uma aproximação muito íntima com o campo de trabalho para compreender a atividade e transformá-la. Apresenta-se em consonância com a perspectiva da Saúde do Trabalhador e se afasta de uma visão restrita, simplista e seguidora de normas prescritas que podem limitar a um agir analítico, crítico e transformador por parte dos trabalhadores.

2.2. O DISPOSITIVO DE TRÊS PÓLOS.

A luta dos trabalhadores por uma relação harmônica e humana entre saúde e trabalho, a partir de questionamentos e de mudanças no processo de trabalho e nas relações sociais, aponta a necessidade de um novo ‘modelo de saúde’ que contemple um contexto participativo, não hegemônico, coletivo, com ações socializadas e integradas - a Saúde do Trabalhador (por volta de 1970).

É nesse sentido que Lacaz (1996, p.54) afirma que no campo da Saúde do Trabalhador “[...] o coletivo de trabalhadores é percebido como produtor e não mais consumidor de condutas, prescrições/orientações, medicamentos, etc.”.

A Saúde do Trabalhador, campo da Saúde Pública aborda os riscos inerentes do trabalho, por meio da prevenção e promoção da saúde, pois os variados elementos que compõem o ambiente de trabalho podem ser causadores de doenças e agressões aos trabalhadores. Mas apesar deste ‘modelo de saúde’ ter sido construído com a participação de

diferentes sujeitos sociais e políticos, e de ter sido reconhecido legalmente, ainda carece de novas práticas que o efetive.

Nessa linha de pensamento, entendemos que a perspectiva ergológica, surgida na França na Universidade de Provence, na década de 80, muito tem a contribuir na construção da Saúde do Trabalhador. Ambas compreendem que os trabalhadores têm um papel fundamental na produção de conhecimentos sobre o trabalho e a saúde, através de sua participação ativa e expressando suas experiências. Isto porque, são os trabalhadores os conhecedores das situações de trabalho, das possíveis ‘armadilhas’ do cotidiano, como também da história.

Nesse sentido, Yves Schwartz (2010b) apresenta o **dispositivo dinâmico de três pólos**, que busca compreender o que é a atividade de trabalho, conhecer as normas antecedentes e desenvolver uma maneira de intervir, para transformar o trabalho em algo positivo. Para Schwartz este dispositivo é,

[...] o lugar do encontro, o lugar de trabalho em comum onde se ativa uma espécie de espiral permanente de retrabalho dos saberes, que produz retrabalho junto às disciplinas, umas em relação às outras, portanto que transforma eventualmente um certo número de hipóteses, de conceitos entre as disciplinas. (SCHWARTZ, 2010b, p.267).

O **primeiro pólo** é constituído pelos saberes disponíveis ou das disciplinas (Ergonomia, Economia, Ciências da Linguagem, Direito, Sociologia, dentre outras) que tentam construir uma teoria para entender uma realidade e estão se redefinindo permanentemente.

O **segundo pólo** corresponde aos saberes investidos na atividade (saberes informais, adquiridos da experiência, por meio das trajetórias individuais e coletivas), aqueles que não são científicos.

O **terceiro pólo** é o das exigências ético-epistemológicas, que traz uma filosofia de humanidade, traz um desconforto intelectual, pois enfatiza que teorias devem ser repensadas e que os saberes do conhecimento (primeiro pólo) e os saberes das experiências (segundo pólo) se completam.

A idéia deste dispositivo abarca um conjunto de experiências do coletivo, entendendo que a validade de uma interpretação deve ser discutida e reavaliada em cada encontro. Também possibilita conhecer os saberes disponíveis e os saberes investidos, permitindo a discussão de normas e procedimentos relacionados com as situações de trabalho e com os sujeitos envolvidos (SCHWARTZ, e DURRIVE, 2003 apud OLIVEIRA, 2007).

Portanto, podemos compreender que o dispositivo de três pólos reforça a concepção histórica do homem e é potencialmente criador de transformações das relações humanas. Sendo assim, podemos entender que a análise do trabalho deve envolver valores subjetivos que são inseparáveis dos seres humanos.

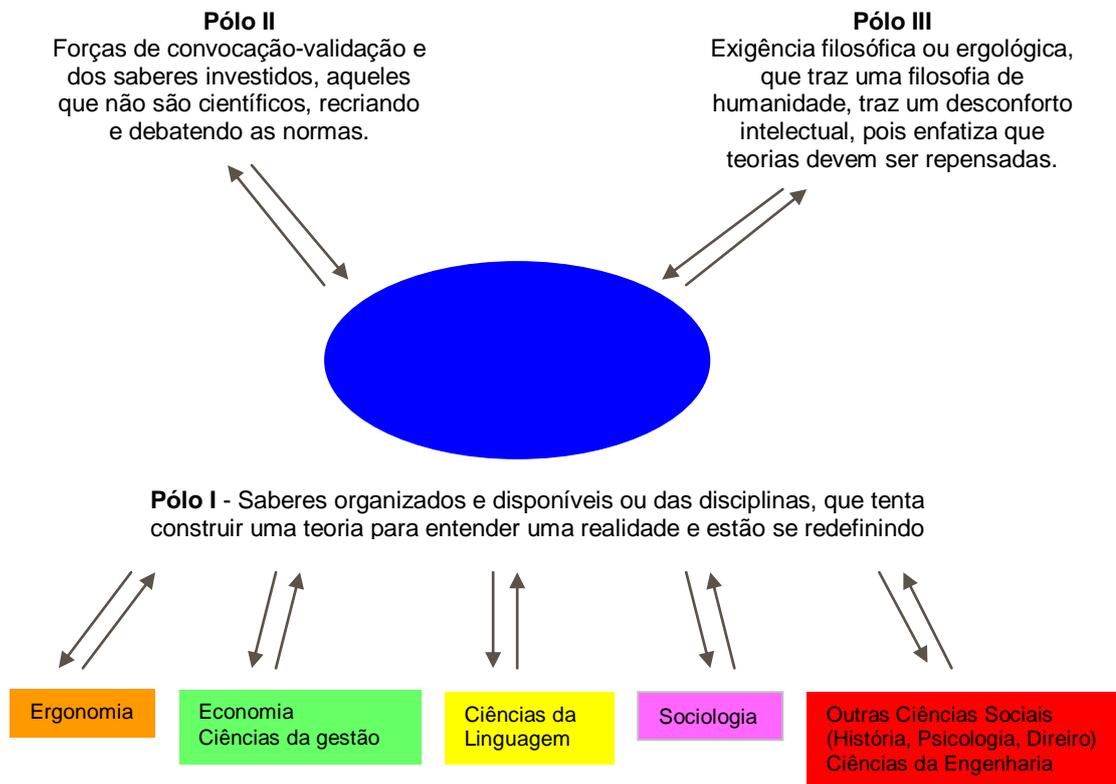


Fig.3: Adaptação do Dispositivo Dinâmico de Três Pólos
Fonte: SCHWARTZ, 2010b, p.265

2.3. OS SENTIDOS DO TRABALHO

O sentido do trabalho compreende a busca da identidade do sujeito e o reconhecimento do sujeito em um grupo. O trabalho é uma forma de identificação do indivíduo e afirmação da sua identidade, além de possibilitar se sentir inserido no grupo e ser reconhecido por este (DEJOURS, 2008). Portanto, a organização do trabalho pode ser fonte causadora de constrangimentos aos trabalhadores e tem influência na saúde mental dos trabalhadores, pois pode levá-los a perder o sentido na realização das tarefas. Não considerar a dimensão subjetiva do trabalho leva os trabalhadores a sofrerem e a resistirem em seu

sofrimento com sistemas de defesa, com possíveis efeitos negativos sobre a produtividade e a saúde.

Para a Psicodinâmica do Trabalho, a construção da identidade individual e social do sujeito é possibilitada pelo trabalho, pois existem relações de trocas materiais e afetivas, onde o sujeito busca o que se tem em comum e diferente nos outros sujeitos. Sendo assim, o trabalhador não pode ser pensado apenas como mais um recurso humano, pois ele possui um conjunto de subjetividades que deve ser considerado (DEJOURS, 2008).

Segundo Morin (2001, p.9), a organização do trabalho “[...] deve oferecer aos trabalhadores a possibilidade de realizar algo que tenha sentido“. Reconhecer um trabalho significa que o fazer do trabalhador (trabalho realizado) passou por um julgamento individual ou coletivo de uma organização do trabalho. Se a dinâmica do reconhecimento não ocorrer, poderá gerar sofrimento deixando de se ter prazer no trabalho. O trabalhador pode acumular sofrimento que se torna patogênico, e então, cria estratégias defensivas ao adoecimento. Assim, a Psicodinâmica do Trabalho, compreende existir uma seqüência do reconhecimento que pode ser representada pela figura geométrica do triângulo, onde na base estão o sofrimento e o reconhecimento, e no vértice, o trabalho (DEJOURS, 2008).

Sob o olhar de Dejours (2008), o trabalhador espera ser retribuído pelo trabalho por meio do reconhecimento, que apresenta duas dimensões. A primeira se refere ao reconhecimento no *sentido de constatação* daquilo que representou uma contribuição do indivíduo à organização do trabalho. Demonstra que as prescrições são falhas, que existem erros na organização do trabalho e que os conhecimentos e a inteligência do trabalhador são necessários para que o trabalho seja realizado, portanto confronta-se com as resistências das hierarquias de assumir as lacunas presentes.

A segunda dimensão se refere ao reconhecimento *no sentido da gratidão*, ou seja, pela demonstração de que as contribuições à organização do trabalho foram avaliadas positivamente. Portanto, o reconhecimento envolve os diferentes sujeitos da organização (hierarquia, colegas de equipe, comunidade, etc.), que avaliam e formulam um juízo sobre o trabalho realizado.

As diferentes dimensões de reconhecimento podem retribuir de forma simbólica aos desejos dos indivíduos e à realização de si mesmo. Mas o sofrimento no trabalho perpassa por todas as situações, pois os indivíduos passam por constrangimentos para dar conta dos objetivos da organização. Desse modo, apoiamo-nos em Dejours (2008) quando afirma que o

trabalho, conforme a situação poderá fortalecer a saúde mental, quanto poderá ser patogênico. Daí podemos afirmar que tanto a saúde quanto o trabalho se constroem quotidianamente.

Estudos de Hackman e Oldman (1976 apud MORIN, 2001) apontam que um trabalho tem sentido quando é importante, útil e legítimo para quem o realiza. Estes autores destacam algumas características fundamentais para dar sentido ao trabalho: a variedade das tarefas (que possibilitaria ao trabalhador se utilizar de competências variadas; a identidade do trabalho), a capacidade do trabalho em não ser alienante (onde o trabalhador conhece o processo de trabalho da concepção à finalização) e o significado do trabalho (sua capacidade de impactar positivamente outras pessoas, a organização ou a sociedade).

A pesquisadora Vanda D'Acri (2003) ao analisar o sentido do trabalho para os trabalhadores da indústria têxtil de amianto no Rio de Janeiro, concluiu que apesar das condições extremamente insalubres, esforços e sofrimento, existe a satisfação pela realização e criação por parte do ser humano. Mesmo em um trabalho alienado, é possível que o trabalhador encontre algum sentido para ele.

Assim, o trabalho produz o adoecer, mas também é ao mesmo tempo uma forma de criação, que permite ao ser humano se realizar, sobreviver, contribuir com a sociedade e buscar a sua identidade.

3. OS CAMINHOS METODOLÓGICOS PERCORRIDOS

3.1. REFERENCIAIS E PROCEDIMENTOS

Os principais recursos metodológicos utilizados nesta pesquisa foram a observação participante, o diário de campo e a aplicação do questionário (Inquérito Saúde e Trabalho em Serviços-Brasil - INSATS-Br).

Para realização da observação participante, buscou-se inspiração na Análise Ergonômica do Trabalho – AET, fazendo adaptações que contemplassem os objetivos propostos neste estudo. Simultaneamente fizemos registros fotográficos do que observamos.

O diário de campo foi o instrumento onde se registrou todas as informações e experiências das relações estabelecidas pela pesquisadora “[...] Observação como forma complementar de captação da realidade empírica” (MINAYO, 1993, p.135). A escrita pode nos levar a compreender o campo pesquisado, à reflexão sobre o acontecido no trabalho, permite releituras e nos mostra as diversas dimensões existentes. Muitas vezes, no primeiro momento, não podemos enxergar aquilo que buscamos, a releitura pode nos possibilitar encontrar as respostas que escaparam aos limites dos olhos.

Henss e Savoye (1988) entendem que o uso do diário é progressivo e dinâmico, construindo o sujeito e o objeto. Abarca o imaginário e o real; analisa as relações do sujeito, da organização e da instituição.

O questionário Inquérito Saúde e Trabalho em Serviços-Brasil - INSATS-Br foi utilizado para analisar os efeitos das condições de trabalho sobre a saúde dos trabalhadores. Foi construído, tendo como pilares os inquéritos Surveillance Médicale des Risques Professionnels - SUMER, Évolutions et Relations em Santé au Travail - EVREST e Saúde, Idade e Trabalho - SIT. Embora cada inquérito tenha particularidades, todos os três buscam:

[...] criar condições para que sejam declarados os problemas que consistem fonte de sofrimento, mesmo aqueles que se revelam transitórios e que não se consolidam num quadro de patologia, embora possa ser identificada uma associação com o trabalho (BARROS-DUARTE et al, 2007, p. 7).

O INSAT objetiva estudar as conseqüências do trabalho e das condições de trabalho, presentes e anteriores, ao nível da saúde e do bem-estar. Se utiliza uma amostra para caracterizar os principais riscos profissionais do setor pesquisado, além de compreender a influência dos constrangimentos de trabalho na saúde dos trabalhadores (BARROS-DUARTE et al, 2007).

Este questionário foi adaptado ao Trabalho em Serviço no Brasil pelas pesquisadoras Jussara Cruz de Brito, Ana Maria R. Z. Souza, Luciana Gomes, Simone Oliveira, gerando o

INSATS – Br - Inquérito Saúde e Trabalho em Serviços-Brasil, e aplicado aos trabalhadores do Salão de Doação de Sangue do Hemorio. Este instrumento metodológico se apresentou como uma estratégia para compreender e transformar a atividade de trabalho de coleta de sangue. Sua aplicação neste estudo nos permitiu conhecer e refletir sobre alguns aspectos do trabalho de coleta de sangue que não foram percebidos por meio da observação participante, tais como: a vida fora do trabalho; o percurso profissional; o estado de saúde; a percepção do trabalhador sob os efeitos do trabalho na saúde deste e o conhecimento dos riscos do trabalho que estão expostos.

O INSATS-Br é um questionário que contempla um universo de questões sobre a organização do trabalho e a saúde do trabalhador. Possui perguntas fechadas na sua maioria, sendo, necessário ter aproximadamente trinta minutos disponíveis para respondê-lo. Segundo Barros-Duarte et al (2007) este deve ser aplicado sob a forma de entrevista.

Durante a permanência no campo de pesquisa, buscamos convocar os saberes que emergem dos trabalhadores, estabelecendo o diálogo. Este olhar vai ao encontro da abordagem ergológica de Yves Schwartz (2010a), compreendendo o trabalho como um lugar constante de micro-escolhas, de debate de normas e de valores.

O local de estudo foi o **Salão de Doação de Sangue**, pertencente ao Setor de Enfermagem de Atendimento ao Doador, do Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti (HEMORIO), localizado no Rio de Janeiro, na Rua Frei Caneca, 08 – no Centro. Órgão da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, especializado em Hematologia e Hemoterapia.

Esta pesquisa contemplou **21 trabalhadores**, homens e mulheres. Este quantitativo representa aproximadamente 50% do total de trabalhadores que geralmente realizam a atividade de coleta de sangue no Salão de Doação de Sangue. Não estamos considerando neste quantitativo, as ocorrências de rodízios provisórios de trabalhadores que podem acontecer para suprir as necessidades do trabalho. Alguns trabalhadores participaram em todas as etapas e outros não. No preenchimento do questionário INSATS-Br e na validação do design da mesa de coleta de sangue, participaram 12 trabalhadores e no preenchimento do instrumento de validação do protótipo da mesa, participaram 21 trabalhadores. Todos os sujeitos participantes do presente estudo são trabalhadores do serviço de saúde pesquisado e realizam a atividade de coleta de sangue.

3.1.1. Etapas metodológicas

Neste estudo, a demanda, que partiu do Hemorio, refere-se às queixas de dores osteomusculares e de ‘estresse’, por parte dos trabalhadores do Salão de Doação de Sangue. Para realização desta pesquisa, foram realizadas 31 visitas ao Salão de Doação de Sangue, sendo distribuídas em cada etapa realizadas a seguir:

1) Análise da Demanda – Dialogamos com 5 trabalhadores com função de chefia do Salão de Doação de Sangue (1 da coordenação de enfermagem, 1 do setor e 3 dos plantões) e com mais 16 trabalhadores (independente desses serem coletores de sangue), visando a identificação das divergências, exigências das tarefas, assim como, procurando informações que se relacionavam com os problemas levantados, para possibilitar a elaboração de um quadro descritivo dos dados coletados. Esta etapa foi realizada em cinco visitas (duas no período da manhã - e três no período da tarde). Também buscamos conhecer o contexto geral da instituição tais como: a história do hospital, o mercado, as sazonalidades, exigências dos usuários, tipos de contratos de trabalho, faixa etária dos trabalhadores, tempo de trabalho, relações sociais, dentre outros aspectos.

Mas em qual atividade focar a pesquisa? Para responder esta pergunta e nortear o estudo, nos aproximamos das tarefas do Salão de Doação de Sangue para compreender a natureza e a dimensão dos problemas apresentados. Acordamos com os dois trabalhadores das chefias (da coordenação e do setor), que a pesquisa não ultrapassaria o mês de março de 2011.

2) Análise da tarefa - Envolveu conhecer, por meio das observações e explicações dos trabalhadores, o conjunto de prescrições existentes que os trabalhadores devem cumprir. Nesta etapa é importante conhecer as ambiências físicas, pois segundo Millanvoye (2007) toda tarefa se desenvolve em um contexto que abarca diversos aspectos que possuem potencial nocivo e/ou positivo para saúde dos trabalhadores. Foram realizadas quatro visitas (duas no período da manhã e duas no período da tarde).

3) Primeiro olhar sobre o trabalho – Com base nas duas etapas anteriores, elaboramos um pré-diagnóstico que expressa num determinado momento a compreensão sobre o trabalho no Salão de Doação de Sangue, abrindo pistas para possíveis ações futuras e o validamos por meio de diálogo, com 12 trabalhadores, no Salão de Doação de Sangue, em dupla ou/e trio,

durante o expediente de trabalho. Foram realizadas duas visitas (ambas no período da manhã) para realização desta etapa.

4) *Análise da atividade* – Buscamos compreender a atividade de coletar sangue; como o trabalhador procede para alcançar os objetivos atribuídos a ele, as regulações e adaptações. Como ele se relaciona com as regras, normas, máquinas, equipamentos, o fluxo de trabalho, a variação do tempo de atendimento aos doadores, o diálogo existente entre o trabalhador e o doador, a organização do atendimento aos doadores, como os trabalhadores interagem entre eles, os constrangimentos e as variabilidades, dentre outros aspectos relacionados à atividade de trabalho.

Para contemplar esta etapa, foram realizadas sete visitas, durante todos os dias de uma semana (quatro foram no período da manhã e três no período da tarde).

Para uma melhor compreensão, dividimos a atividade de coletar sangue em 10 macros etapas: preparação do posto de trabalho para iniciar a atividade de coleta de sangue; conferência dos dados do doador; escolha da veia a ser puncionada; realização da anti-sepsia do local de punção venosa periférica; realização da punção venosa para enchimentos dos tubos de coleta de sangue e da bolsa; controle visual do funcionamento do equipamento homogeneizador e o bem estar do doador; ordenha da bolsa; arrumação da mesa de trabalho; preenchimento dos dados na Ficha de Controle de Doação e informação ao doador sobre os procedimentos após a doação e encaminhamento do mesmo para a Lanchonete.

5) *Aplicação do questionário INSATS-Br* - Foram realizadas quatro visitas (duas pela manhã e duas pela tarde) para aplicação do questionário. Dentre o total de participantes (12), somente dois profissionais conseguiram preenchê-lo durante a atividade, assim mesmo, com interrupções. Assim, foi um consenso entre a pesquisadora e os trabalhadores participantes da pesquisa de levar o instrumento para casa e respondê-lo. Nas semanas seguintes da entrega deste ao trabalhador participante, recolhemos e perguntamos se houve alguma dúvida. Somente um trabalhador apontou ter dúvida, tendo sido esclarecida.

6) *Validação dos resultados* - Validar é permitir que os trabalhadores participem do processo de construção. Segundo Daniellou e Béguin (2007), os comentários dos trabalhadores enriquecem as observações realizadas e produz conhecimentos no trabalho e sobre o trabalho. Com o cruzamento dos dados obtidos pelos métodos e instrumentos, realizamos análises para

verificar as relações existentes nas situações de trabalho com a demanda do serviço de saúde pesquisado. Por meio de planilhas gráficas, os resultados foram apresentados aos trabalhadores participantes, no Salão de Doação de Sangue, em pequenos grupos de dois e/ou três, que comentaram, confrontando os vários pontos de vista. Foram necessárias três visitas no campo de trabalho (duas pela manhã e uma pela tarde) para realizar a validação.

Nesta etapa definiram-se as perspectivas de transformação e acordou-se com os trabalhadores a necessidade de apresentar proposta para transformar a mesa utilizada na atividade de coleta de sangue.

Perguntamos aos doze trabalhadores que participaram do INSATS-Br o que falta na mesa de trabalho para realizar a atividade de coleta de sangue, objetivando buscar algum aspecto que até esta etapa não havia sido considerado.

7) Elaboração e validação de design gráfico da mesa de coleta de sangue – Elaboramos um novo design gráfico da mesa de coleta de sangue, por meio das informações compreendidas e analisadas durante as visitas e após aplicação do questionário INSATS-Br. Para concretização das informações, buscou-se a ajuda de um profissional designer. Este novo design da mesa foi validado durante o mês de dezembro de 2010, com o trabalhador da coordenação de Enfermagem e com o trabalhador da chefia do Setor do Salão de Doação de Sangue e após aprovado, também validado por 12 trabalhadores coletores, um de cada vez, no posto de trabalho, para buscar elementos que num primeiro momento não foram contemplados. Explicamos os aspectos apreciados (desenho do formato da mesa; pontas arredondadas nos vértices da estrutura; altura da mesa; espaço para organizar materiais e instrumentos; prateleira móvel para preenchimento da ficha de controle de doação; gaveta para acondicionar materiais; puxador para a locomoção da mesa; rodas siliconizadas com travas; local para as caixas de descarte de resíduos; acesso à abertura das caixas de descarte de resíduos e área útil de alcance do trabalhador) e perguntamos se faltava algum outro a ser contemplado.

Os participantes destacam que a altura deve ser mais baixa (11), a existência de gaveta para guarda de materiais (9), local para se colocar as caixas de descarte dos resíduos (8) e a necessidade de existir mais espaço na mesa (7). Este resultado reforçou a necessidade de transformar a mesa de trabalho.

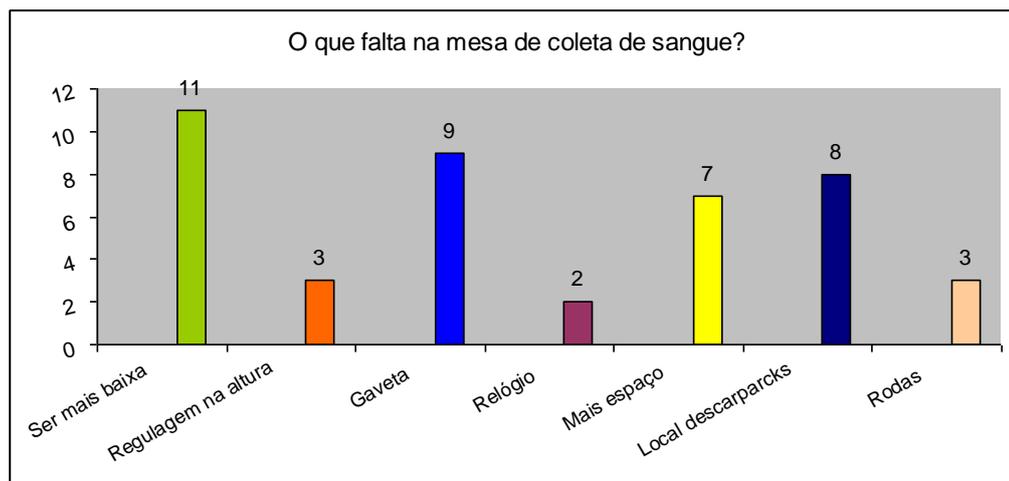


Gráfico 1: O que falta na mesa de coleta de sangue

Entendemos que o diálogo com os diversos trabalhadores sobre o design da mesa é uma forma de confrontar os diferentes pontos de vista. Foram necessárias três visitas no campo de trabalho (uma pela manhã e duas pela tarde) para realizar a validação.

Após validação, o design foi modificado, contemplando os requisitos dos trabalhadores e considerando-os a todo tempo sujeitos participantes na concepção da mesa e na transformação da atividade de trabalho.

8) *Elaboração e validação de protótipo da mesa de coleta de sangue* - Entregamos um protótipo da nova mesa, no mês de janeiro de 2011 e durante cinco dias, na segunda quinzena do mês de fevereiro, este mobiliário foi validado com 21 trabalhadores, individualmente, no posto de trabalho. Conversamos sobre os aspectos da nova mesa, buscando tornar os trabalhadores co-autores do conhecimento produzido, potencial para as transformações.

Aplicamos um instrumento de validação para possibilitar a compilação das opiniões dos trabalhadores. O instrumento de validação (Apêndice 2) apresenta legenda referente a uma escala numérica, que permitiu aos trabalhadores indicarem a opinião deles a respeito de cada item. A legenda compreende o número 1 para muito ruim; 2 para ruim; 3 para médio; 4 para bom e 5 para muito bom. Existe também um campo para considerações. Foram analisados neste instrumento os mesmos aspectos apontados durante a validação do design da mesa descritos acima, acrescido de cor preferida e local para colocar suporte do equipamento seladora.

A validação do protótipo da mesa foi por meio de diálogo com os trabalhadores, no Salão de Doação de Sangue, individualmente, em dupla e às vezes com três ou mais trabalhadores, conforme disponibilidade destes. O diálogo com o coletivo de trabalhadores, é

um meio de dar movimento aos conhecimentos e diferentes olhares. Procuramos estabelecer um diálogo entre o conhecimento técnico-científico (saberes constituídos) e o da experiência (saberes investidos).

Após tabulação e análise do instrumento de validação, realizaram-se as modificações no protótipo, elaborou-se o design final da mesa e foram compartilhados os resultados com 21 trabalhadores, individualmente e/ou em pequenos grupos (dois e três), no Salão de Doador de Sangue, durante o horário de trabalho.

3.2. ASPECTOS ÉTICOS

Antes de se iniciar a pesquisa, foi explicado aos trabalhadores o objetivo da mesma e a metodologia a ser utilizada. Ao concordar, o entrevistado assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice 1), conforme estabelece a Resolução 196 (BRASIL, 1996) que aborda o indivíduo e a coletividade nos aspectos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, dentre outros, buscando assegurar os direitos e deveres relacionados à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado, procurando estabelecer uma relação de confiança entre sujeito de pesquisa e pesquisador.

Vale ressaltar que o presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa – CEP da Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP, da Fundação Oswaldo Cruz e do Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti - HEMORIO.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. COMPREENDENDO PARA TRANSFORMAR: O HEMORIO

O Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti (HEMORIO), foi fundado no ano de 1944 como o primeiro banco de sangue público do Brasil. Refere-se a um serviço de saúde especializado em hematologia e hemoterapia e que atualmente emprega cerca de 1.500 trabalhadores com diferentes vínculos empregatícios. Atende hoje cerca de 200 unidades de saúde públicas e conveniadas ao SUS, emergenciais, maternidades, UTIs neonatais e é coordenador da política de sangue de todo o Estado do Rio de Janeiro.

O Hemorio busca garantir a qualidade transfusional que alcançou ao longo da história, para isso, preocupa-se com a captação de doadores, triagem clínica e laboratorial, coleta e processamento, armazenamento e com o processo de suprimento clínico. Desde 1997 a instituição conquistou o Prêmio Gestão Rumo a excelência PqRio, concedido pela Secretaria de Estado de Ciência e Tecnologia do Estado do Rio de Janeiro. Em 2001, o Hemorio foi o primeiro hemocentro da América Latina a conquistar a certificação pela American Association of Blood Banks (AABB) a que alcançou a excelência da gestão, com o Programa de Gestão pela Qualidade Total – PGQT. Trabalha-se com Plano de Indicadores, que fornece o Sistema de Medição do Desempenho Organizacional, para elevar e/ou sustentar o desempenho com qualidade do hemocentro.

O Setor de Enfermagem de Atendimento ao Doador apresenta um fluxograma que pode, de uma maneira geral, ser assim descrito: Recepção – Espera da Triagem – Cadastro – Lanchonete - Espera da Triagem – Triagem Clínica – Espera da Coleta – Salão de Doação de Sangue – Lanchonete.

As pessoas que querem doar sangue passam pela **Recepção**, recebem um número, aguardam o atendimento na Sala de Espera da Triagem para serem atendidos no Cadastro.

No **Cadastro**, o doador deve cumprir requisitos necessários à doação voluntária, que caso não sejam atendidos impossibilita o ato de doar, tais como: não apresentar documento de identificação original com foto; ser portador de alguma doença e ultrapassar o número de doações permitidas por ano. De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, RDC 153, de 14/06/2004 - Regulamento Técnico para os procedimentos hemoterápicos, incluindo a coleta, o processamento, a testagem, o armazenamento, o transporte, o controle de qualidade e o uso humano de sangue, e seus componentes, obtidos do sangue venoso, do cordão umbilical, da placenta e da medula óssea, é permitido realizar

quatro coletas por ano, com intervalo de dois meses para os homens e três coletas por ano, com intervalo de três meses para as mulheres.

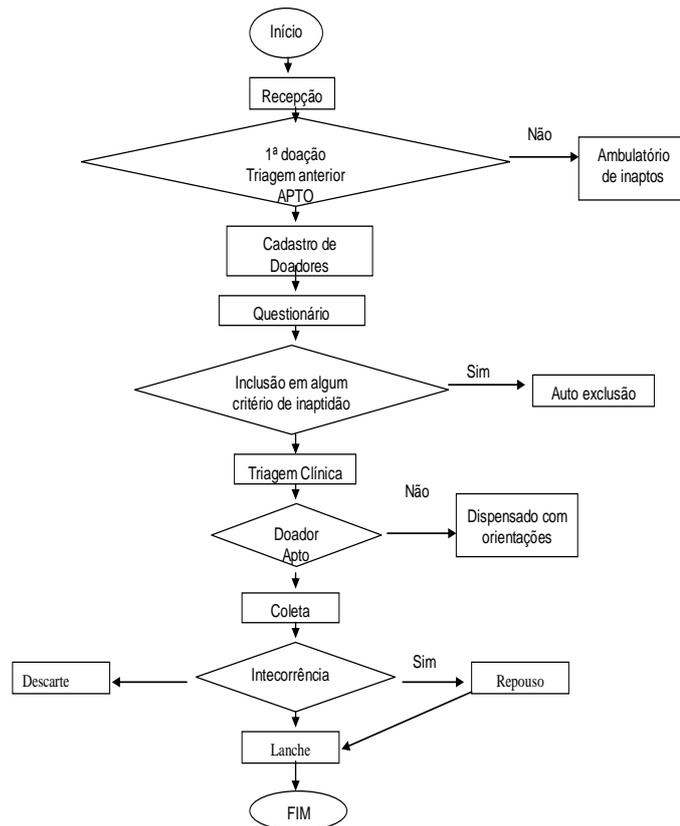
Após cumprimento das exigências para doação de sangue, é entregue ao doador voluntário um questionário com quarenta e oito perguntas a ser preenchido pelo doador que aguardará ser atendido pelo Setor de Triage Clínica.

A **Triagem Clínica** é composta por sete consultórios e o trabalho é realizado com a presença de dois profissionais de saúde. O doador é entrevistado e examinado por profissional capacitado, respeitando a privacidade e o sigilo das respostas. O Ministério da Saúde determina Normas Técnicas que buscam proteger a saúde de quem vai receber o sangue. São alguns requisitos básicos para a doação: estar bem de saúde, ter entre 18 e 65 anos, pesar no mínimo 50 kg, não estar grávida, dentre outras. São tarefas dos trabalhadores neste setor: aferição da pressão arterial, dos batimentos cardíacos, do peso corporal e da temperatura; avaliação de hemoglobina; leitura e conferência do questionário para doadores de sangue e realização de diversas perguntas ao doador voluntário. Para o trabalhador da chefia de Enfermagem, quando é verificada a possibilidade de algum risco de transmissão de doença, conforme reações do doador voluntário, os trabalhadores vão realizando “ajustes” e utilizando, segundo este, *“formas diferenciadas de falar, para que o doador voluntário entenda e aceite o porquê de não poder realizar a doação”*. O triador é quem define o volume de sangue a ser coletado - de 420 a 470 ml.

O **Salão de Doação de Sangue** possui capacidade para vinte e uma cadeiras de doador, onde é possível trabalhar onze profissionais – Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. Atualmente a Aférese ocupa provisoriamente o mesmo espaço e por isso 18 cadeiras são utilizadas por doadores, com 9 postos de trabalho. O tempo em média para cada coleta realizada, mensurado pela pesquisadora, variou entre 12 a 15 minutos por doador. É comum um trabalhador atender dois doadores ao mesmo tempo, inclusive o layout da estação de trabalho contempla este tipo de atendimento. Segundo informações da chefia do serviço, a capacidade de coleta do Hemorio é de seiscentos doadores por dia. Existem indicadores de qualidade para a atividade de doação.

A produção do Hemorio não é constante, existem picos de produção que podem afetar diretamente o Setor de Enfermagem de Atendimento ao Doador, como por exemplo, nas doenças epidêmicas de dengue e na pandemia de gripe H1N1, que atualmente fazem parte da nossa realidade. Por mais que se precise de doadores o espaço físico não tem como se expandir, nem como se contar com mais equipamentos, mobiliário e pessoal capacitado.

A **Lanchonete** oferece aos doadores antes do ato de doar sangue - 4 pacotes de biscoito salgado (10 gramas cada), 5 balas, 3 copos de refresco e após a doação um lanche reforçado - 1 pedaço de bolo doce, 1 achocolatado, 1 copo de refresco e 1 salgado. Uma nutricionista elabora o cardápio



Fluxograma do doador no Hemorio
Fonte: Coordenação de Enfermagem - Salão de Doação

O Hemorio atualmente atende em torno de 8.000 doadores por mês (segundo informação de profissional da Coordenação de Enfermagem). As intercorrências fazem parte desta realidade e por isto estão inseridas no fluxograma.

Durante diálogo com a trabalhadora da chefia do Setor de Enfermagem de Atendimento ao Doador, esta afirmou que o trabalho no Salão de Doação de Sangue envolve diversas atividades e apresenta algumas demandas, que merecem um olhar da Ergonomia, pois podem afetar diretamente o ritmo de produção e a saúde dos trabalhadores. Destacou que a repetitividade e as posturas adotadas pelas atividades existentes neste ambiente são possíveis fontes de queixas de lombalgias e dores nos membros superiores dentre a equipe de trabalhadores, porém existem poucos afastamentos médicos.

O Salão de Doação de Sangue apresenta divisão distinta em seis macro tarefas: Etiquetagem, Coleta, Inclusão, Circulante, Repouso do Doador e Sala da Chefia.

O trabalho se inicia quando o profissional da **Etiquetagem** apanha nos consultórios da Triagem Clínica as Fichas de Controle de Doação dos doadores aptos. São geradas 9 etiquetas com código de barras, com identificação de cada doador que serão afixadas na Ficha de Controle de Doação, nas bolsas coletoras, nos seguimentos destas e nos tubos de ensaio. Quando existem pesquisas diversas (ferritina, HIV, NAT, etc.), autorizadas pelo doador, acrescentam-se quantos tubos de coleta forem necessários. Todo este material é colocado dentro de um caixote metálico – kit de doação.

O trabalhador na função de **Circulante** é aquele que, escalado pelo profissional da chefia do plantão, pega o kit de doação, realiza a leitura do número do doador, e o digita no Filamatic (equipamento digital). Este número digitado aparece no painel eletrônico localizado na Sala de Espera de Doação fazendo um canal visual com o doador, informando-o que este deve entrar no Salão de Doação de Sangue. Assim que o doador apontar na porta de entrada principal, o circulante o orienta aonde irá se sentar e se estiver portando alguma bolsa ou objeto, de colocá-los nas prateleiras existentes no Salão de Doação de Sangue. Se o circulante perceber que o doador não entendeu para aonde ir, ele o acompanha até a cadeira de doação. Observou-se que muitas das vezes, o trabalhador coletor sinaliza por meios de gestos, levantando um dos braços, acenando com a mão e verbalizando “*Hei doador!*”, “*Aqui doador!*”, mostrando o doador para onde se dirigir.

Ao dialogar com seis trabalhadoras, na função de circulante sobre a atividade de trabalho, a maioria apontou queixas de dores nas pernas, varizes e que piora quando estão menstruadas. “*E nessa de ficar pra lá e pra cá, meus pés estão queimando que é uma beleza!*”

Quando o doador se senta na cadeira, inicia-se a captação sanguínea – **a Coleta**. O ciclo de coleta mensurado pela pesquisadora para cada doação, variou entre 12 a 15 minutos de duração.

Após coletar o sangue, se o doador estiver passando bem, irá para a **Lanchonete**. Caso ao contrário, será levado por meio de cadeira de rodas por alguém da equipe de trabalho (Circulante, Coletor, Enfermeira do plantão) para o **Repouso do Doador**. Neste espaço físico existem 3 cadeiras para os doadores que apresentam reações adversas e que necessitam de cuidados médicos e/ ou observação. Identificamos que as reações mais comuns foram: palidez, sudorese e calor intenso e nestes casos, os doadores foram colocados em posição

trendelemburg (o corpo deitado na cadeira de doação com a face voltada para cima, com a cabeça sobre a cadeira inclinada para baixo cerca de 40°).

Logo após ter encerrado a captação de sangue, o kit de coleta é carregado do posto de trabalho pelo trabalhador Circulante e levado à **Inclusão**, onde o profissional realiza a conferência no monitor de vídeo do computador se a doação está cadastrada, caso não esteja deverá incluir. São encaminhadas as bolsas e os tubos de coleta devidamente cheios de sangue para o setor de fracionamento, localizado no 2º andar, por meio de elevador monta-carga. O trabalhador deste ambiente deverá montar os kits agora com os caixotes metálicos vazios, com tubos de ensaio vazios, colocá-los no carrinho de transporte existente e encaminhá-los para a Etiquetagem e assim, recomeçar o ciclo.

Segundo informações de trabalhador do Salão de Doação de Sangue, no Procedimento Operacional Padrão (POP) consta a necessidade de ter duas pessoas neste local, porém, muitas das vezes observou-se ter apenas uma. Às vezes algum colega da equipe aparecia no local para colaborar “*Estou aqui dando uma mão à colega*”. Observou-se que esta cooperação entre a equipe foi constante e que ocorreu voluntariamente.

4.2. ASPECTOS GERAIS E ORGANIZACIONAIS DO TRABALHO.

A organização do trabalho refere-se “à definição de tarefas e preparação do trabalho” (TELLES e ALVAREZ, 2004, p.75), que se construíram ao longo da existência da instituição de trabalho e, portanto possui um caráter histórico que é fundamental na compreensão do trabalho.

Apontamos alguns aspectos gerais e organizacionais que contribuem para o entendimento do trabalho do Salão de Doação de Sangue, do Hemorio, tais como:

a) *Jornada de Trabalho* – A doação de sangue funciona de domingo à segunda-feira, inclusive nos feriados, no horário de 07h00min as 18h00min. Porém, todos os doadores que se encontram internamente no Salão de Doação de Sangue, independente do horário de fechamento são atendidos. Somente em dias atípicos, quando comparece um quantitativo acima da capacidade de atendimento diário (600 bolsas coletadas), pode ocorrer de ultrapassar este horário.

Quanto aos trabalhadores, cumprem carga horária de 24 horas e 40 horas semanal.

Os plantões são distribuídos conforme a carga horária contratual dos trabalhadores. Para aqueles com 24 h/semanais - dois plantões de 12 horas/dia e para aqueles com 40 h/semanais - três plantões de 12 horas/dia e um dia de 4 horas.

Existem trabalhadores que são diaristas com 24 h/semanais que cumprem 4 plantões de 6 horas/dia; aqueles com 40 h/semanais realizam 8 horas/dia, de 2ª a 6ª feira de 07h00min as 15h30min.

b) Vínculo empregatício - Existem 4 tipos diferentes de vínculo empregatício: Estatutários; Fundação Pró-Instituto de Hematologia - RJ (Fundarj); Secretaria de Estado e Defesa Civil (SESDEC) e Cooperativa. O Setor de Enfermagem de Atendimento ao Doador, no mês de dezembro de 2010, contempla 89 trabalhadores, nos quais 6 possuem dois vínculos (estatutário e Fundarj): 2 Enfermeiros; 1 Técnico de Enfermagem e 3 Auxiliares de Enfermagem.

- 33 trabalhadores vinculados a SESDEC: 20 Enfermeiros, 13 Técnicos e Enfermagem.
- 44 trabalhadores estatutários: 14 Enfermeiros, 10 Técnicos de Enfermagem e 20 Auxiliares de Enfermagem.
- 06 trabalhadores vinculados à Fundarj: 2 Enfermeiros, 1 Técnico Enfermagem e 3 Auxiliares de Enfermagem.
- 12 trabalhadores Cooperativados: todos Técnicos de Enfermagem

c) Política de Remuneração – A política de remuneração depende do vínculo empregatício. Segundo informação da trabalhadora da coordenação de Enfermagem os profissionais estatutários não recebem aumento há 13 anos aproximadamente. Os profissionais celetistas recebem decídio anual conforme as categorias. Quanto aos profissionais cooperativados, o trabalhador da coordenação de enfermagem, não soube informar.

d) Divisão de Tarefas – Os trabalhadores Enfermeiros são triadores e supervisores, os Técnicos e Auxiliares de Enfermagem são coletores, etiquetadores, circulantes e inclusores.

e) Escala de funcionários - A equipe tem conhecimento dos dias da semana que os membros da mesma trabalham, a partir da escala de funcionários mensal elaborada pela chefia. Observou-se que alguns trabalhadores evidenciam o fato da troca do plantão, “*Hoje é dia de seu plantão?*”.

No Salão de Doação de Sangue ficam diariamente cerca de doze trabalhadores - 1 Enfermeira da Coordenação, 1 Enfermeira do setor, 1 Enfermeira do plantão, e aproximadamente 9 Auxiliares e/ou Técnicos distribuídos na coleta, etiquetagem, circulante e inclusão.

f) Rotatividade - Geralmente ocorre entre as seções e por meio de exonerações espontâneas. Durante o mês de outubro de 2010, observou-se ocorrer mudanças no quadro de recursos humanos do Salão de Doação de Sangue. Ao questionar este fato à chefia e trabalhadores, informaram que houve término de contrato e alguns solicitaram exoneração.

g) Produção e Indicadores - Existe controle de produção mensal por meio dos indicadores:

√ Número de doadores triados aptos.

√ Número de doadores inaptos provisoriamente (com gripe, vacinados recente, e outras situações).

√ Número de doadores inaptos definitivos (que possuem doenças já definidas – cardiopatia, por exemplo).

√ Índice de desistência (passou pela Triagem e por algum motivo desistiu)

√ Total de bolsas descartadas (por erro técnico, medida de segurança, por baixo ou por excesso de volume coletado, etc.).

√ Tipos de intercorrências.

√ Tempo de espera de atendimento (da Portaria até o trabalhador coletor lançar no sistema informatizado a hora de término da coleta - (até 1 h; de 1h01m a 1h30m; 1h31m a 2h; 2h31m a 3h; 3h1m a 3h30m; 3h31m a 4h; 4h1m a 4h30m; 4h31m a 5h e acima 5h).

h) Controle de Ocorrências diárias - Existe Livro de Ordem e Ocorrências, constando data, nome dos trabalhadores, função de cada um, especificação se alguém está cobrindo o plantão de outro, total de doadores no dia, especificação de tipo e total de materiais recebidos. E também o total de bolsas descartadas e o motivo, total de desistentes a doação, saídas antecipadas dos trabalhadores, e qualquer outra informação pertinente ao trabalho do dia.

i) Controle de Temperatura - A temperatura ambiente deve ser entre 22 à 24 °C , para o conforto dos usuários. Esta é registrada pelo Serviço de Manutenção três vezes ao dia, às 08h00min, 12h00min e 16h00min. Existe planilha de registro afixada em local visível no Salão de Coleta.

j) *Capacitação* – Existe capacitação diferenciada para cargos de níveis superior e secundário. Ambos os cargos tomam conhecimento da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC 153 e dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP). Recebem capacitação quanto o: EPI; teste de segregação de bolsas de coleta; anti-sepsia do local da punção venosa, coleta de sangue de doadores, atendimento às reações adversas à doação de sangue, registros obrigatórios, aférese não terapêutica e coleta externa.

k) *Escolaridade* – Quanto às exigências da legislação brasileira referente aos cargos, tem-se:

Nível superior – Enfermeiro

Nível médio – Técnico de Enfermagem

Nível fundamental – Auxiliar de Enfermagem

l) *Representatividade* - Existe um Conselho Funcional no Hemorio, composto por um representante de cada setor, escolhidos pela equipe trabalhadora. Uma vez por mês, este representante acolhe dos trabalhadores, os problemas pertinentes ao trabalho que estão acima das possibilidades de resolução da chefia do setor e leva à reunião com a Direção. Ao se conversar com o trabalhador representante, este apontou que as queixas ergonômicas (mesas e cadeiras) tem se destacado entre os trabalhadores do Salão de Doação de Sangue.

m) Programas de Qualidade de Vida – O Serviço de Atendimento à Saúde do Trabalhador – SAST, possui Programa de Ginástica Laboral para todo o Hemorio. No Salão de Doação de Sangue, ocorre de segunda-feira à sexta-feira, às 08h00min, quando geralmente tem um quantitativo pequeno de doadores e, portanto, maiores possibilidades de participação dos trabalhadores.

Ao se perguntar aos doze sujeitos de pesquisa, que participaram do questionário INSATS-Br, se existe algum programa de qualidade de vida para eles, todos responderam sim – Ginástica Laboral. Um trabalhador disse que *“Eu já fiz umas 3 vezes, mas o que acontece, quase sempre eu estou com doador, aí quando acaba ela já foi!”* e outro afirmou que *“Existe ginástica laboral, porém nem sempre dá para fazer, o serviço continua e é uma vez só no plantão”*. Porém, segundo informação da Fisioterapeuta responsável, embora ocorram queixas de dores osteomusculares, a média de participação neste setor é baixa (aproximadamente 15%), varia de três a cinco participantes por dia e a maioria dos trabalhadores ainda não participa.

Após ser conhecedora do baixo número de participantes na Ginástica Laboral, questionei uma trabalhadora sobre qual a opinião dela sobre a participação dos trabalhadores neste projeto. Esta respondeu “*Acho que falta a cultura da postura, do exercício físico*”. Será que a baixa participação pode estar relacionada à falta de cultura desta prática? Será que os profissionais com as funções de chefias do Salão de Doação de Sangue podem de alguma forma motivar os demais trabalhadores a participar?

O Serviço de Assistência à Saúde do Trabalhador – SAST, também oferece aos trabalhadores do Hemorio atendimento individual de fisioterapia. De acordo com as queixas e o quadro clínico apresentado pelos trabalhadores, podem ser atendidos uma vez ou duas vezes na semana, nos dias de trabalho. As informações de profissional fisioterapeuta do SAST apontam que do Salão de Doação de Sangue, seis trabalhadores são atendidos. Deste total existe um quantitativo que sente muitas dores e outros que fazem por prevenção. Existem aqueles que sentiam muitas dores e hoje não sentem mais.

Embora o Hemorio tenha programas que objetivam favorecer a qualidade de vida e a saúde dos trabalhadores do Salão de Doação de Sangue, a organização do trabalho ainda deve buscar meios que possibilitem a participação destes trabalhadores.

4.3.O CAMPO DA PESQUISA SOB O OLHAR DA LUPA

O quantitativo de bolsas de sangue coletadas diariamente no Hemorio, é variável, pois a demanda de doadores não é fixa. Existem eventos e situações que podem influenciar no número de pessoas que buscam o Hemorio para doar sangue. Para entendermos melhor este quadro de variabilidade da demanda atendida, no mês de setembro de 2010, houve uma variação de 49 a 330 doações/dia (dados fornecidos pelo Livro de Ordem e Ocorrência do Salão de Doação de Sangue). Mas, durante as visitas houve uma sexta-feira (atípica segundo os trabalhadores) que diversos garis foram doar sangue. Era uma manifestação de greve, e como o ato de doar sangue dá o direito a licença médica de um dia de trabalho, os garis conseguiram realizar a greve com a garantia de não terem desconto no salário. Esta manifestação resultou em mais de trezentas bolsas de sangue coletas.

Outra situação que contribuiu para o aumento do quantitativo de doadores foi a catástrofe provocada pelo alto volume de chuva ocorrida no mês de janeiro de 2011 na Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro, nas cidades de Petrópolis, Teresópolis e Nova Friburgo. Entre os dias 13 a 21 de janeiro, compareceram 8.017 pessoas ao Hemorio para doar sangue.

Deste total, 7.102 pessoas foram triados, 915 desistiram, tendo sido coletadas 5.558 bolsas de sangue, quantitativo expressivo para suprir a demanda deste Hemocentro.

A partir de uma análise mais detalhada da atividade de coleta de sangue, das observações em campo, construímos um quadro básico que possibilitou relacionar os problemas apontados pelos trabalhadores do Salão de Doação de Sangue.

ELEMENTOS	DADOS
	Salão de Doação de Sangue: 13 postos de trabalho (Coleta, Etiquetagem, Inclusão e Circulante)
Lista de Problemas (Demanda Gerencial)	<ul style="list-style-type: none"> • Troca da força de trabalho a cada 2 anos • Remanejamento de pessoal • Quantitativo de trabalhadores inferior ao que é necessário • Grande pressão interna do Hemorio e da mídia • Baixos salários • Queixas de dores na coluna e dos membros superiores • Não conseguir participar da ginástica laboral
Tarefa	<ul style="list-style-type: none"> • Posturas inadequadas e forçadas • Aparelhos homogeneizadores obsoletos • Alicates expressor inadequado • Falha no interfaceamento do sistema de inclusão • Seladoras com defeitos constantes • Receio de errar e receber repreensão • Falta de fixação do estofamento da cadeira do doador • Caixotes metálicos pesados • Mesas de coleta de sangue alta • Layout inadequado • Caixas coletoras de resíduos no chão • Falta de visão da abertura das caixas coletoras de resíduos • Ausência de rodas na mesa de coleta • Ausência de gavetas na mesa de coleta • Cadeiras desconfortáveis e danificadas
Ambiência Física	Desconforto térmico, Desconforto lumínico e ruído
Riscos	<ul style="list-style-type: none"> • Acidentes por meio de material perfurocortante contendo sangue • Acidentes por meio de queda de seladora homogenizador, leitor ótico e caixote metálico • Queimaduras com a seladora • Posturas inadequadas, movimentos repetitivos, sobrecarga de contração estática dos membros superiores, exigência de atenção, pressão na produção e da mídia, mobiliário e equipamentos inadequados, transporte e carregamento de peso.

Tabela1: Quadro básico dos problemas do Salão de Doação de Sangue

Após diálogo com a coordenadora de Enfermagem e diversos trabalhadores do Salão de Doação de Sangue, *acordamos ser a atividade de coleta de sangue a atividade a ser pesquisada*, pois envolve um maior quantitativo de trabalhadores e, portanto, maior possibilidade de contribuir nas condições de trabalho.

Para Dejours (1993 apud DOPPLER, 2007, p. 55) o trabalho possui papel fundamental na construção da saúde, “[...] o da conquista da identidade no campo social, o da realização”. Portanto, saúde e trabalho possuem uma relação direta, onde a primeira é construída ao longo da história de vida de cada sujeito e o trabalho é um dos meios para se alcança-la, é um mediador constante.

Durante a *análise da tarefa*, observou-se que para realizar a atividade de coleta de sangue os trabalhadores devem usar alguns Equipamentos de Proteção Individual - EPIs: luva de látex estéril; óculos de proteção; sapato fechado e jaleco descartável com punho sanfonado. Observou-se que alguns trabalhadores utilizam jalecos de tecido, na cor branca. Também existe orientação no campo da Biossegurança por meio de cartaz afixado em parede onde se recomenda os EPIs para trabalho com materiais biológicos.

Os trabalhadores sabem da existência dos Procedimentos Operacionais Padrões (POPs) e aonde ficam guardados. Durante a pesquisa houve uma trabalhadora que pegou um POP para se certificar que um determinado procedimento estava fora da prescrição.

Destacam-se alguns destes aspectos e fontes de prescrições observadas:

- √ Doadores do sexo masculino que possuem de 50 a 57 kg – captar 420ml de sangue.
- √ Doadores do sexo feminino que possuem de 50 a 60 kg – captar 420 ml de sangue.
- √ Bolsas com mais de 495 ml e com menos de 300 ml de sangue deverão ser descartadas, pois o excesso do volume de sangue pode comprometer a qualidade do sangue em relação ao anticoagulante.
- √ Lavar as mãos a cada doador atendido – Esta questão de biossegurança é orientação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Apresenta-se conflitante, pois não existem pias no Salão de Doação de Sangue. Atualmente existem suportes com álcool gel, presos nas paredes do Salão de Doação de Sangue, mas estes não podem substituir a lavagem das mãos. Segundo trabalhador da chefia do setor, já foi solicitado ao Setor de Manutenção uma solução para esta não conformidade junto à certificação de qualidade.
- √ Durante a coleta de sangue se o trabalhador observar existir qualquer fator possível gerador de coleta insegura que pode comprometer a qualidade do sangue, mesmo tendo o doador passado pela Triagem, o trabalhador sinaliza a situação ao profissional Enfermeiro do plantão.

Este irá avaliar a situação dialogando com o doador e checando o questionário preenchido pelo doador e se for preciso, a coleta é interrompida e descartada a bolsa de sangue.

No que se refere às ambiências físicas, neste estudo não houve realização de medidas quantitativas, por meio de equipamentos de medição de ruído, temperatura, umidade relativa do ar, luminância, dentre outros aspectos. Porém, pode-se perceber por meio das expressões dos trabalhadores o seguinte: que a fala dos trabalhadores e doadores é fonte de incômodo; principalmente em dias nublados e no final da tarde (17 e 18 horas), a luminância do Salão de Doação de Sangue pode melhorar e que a climatização do ambiente diversas vezes estava desconfortável (frio) *“Ontem estava 19 °C aqui, ninguém merece!”*.

Apontam-se algumas características de infra-estrutura do Salão de Doação de Sangue para melhor compreensão do campo pesquisado:

- existem luzes de emergência;
- existe uma TV fixada na parede, localizada de frente para os doadores e de costas para os trabalhadores coletores;
- o salão possui piso cerâmico;
- as paredes são revestidas em laminado melamínico;
- a iluminação predominante é artificial por meio de lâmpadas fluorescentes;
- todo Salão de Doação possui basculantes de vidro com estrutura de alumínio com barreira contra incidência de raios solares;
- o pé direito de todo o Salão de Doação de Sangue é de aproximadamente 3 metros;
- o teto é rebaixado com placas retangulares de papelão engessado;
- existem 02 equipamentos de refrigeração tipo split;
- presença de 2 extintores de incêndio, tipo PQ (1 de 4 e 1 de 6 kg);
- banheiro feminino, com armários e 3 boxes com vasos sanitários e 1 box com chuveiro;
- banheiro individual masculino; e
- sala com armários para guarda de pertences dos trabalhadores (as), com uma mesa, bebedouro e cafeteira.

A análise da demanda e da tarefa nos possibilitou ter uma **primeira compreensão sobre o trabalho no Salão de Doação de Sangue**. Parece-nos que a atividade de coleta de sangue leva os trabalhadores coletores de sangue a assumir freqüentemente posturas que podem prejudicar a saúde. A altura da mesa de trabalho utilizada na coleta de sangue exige que os trabalhadores realizem movimentos de extensão e flexão dos membros superiores e flexão de tronco e cabeça, que podem contribuir para o aparecimento de desconforto postural,

gerando possíveis queixas de dores osteomusculares; aumentar o tempo de coleta do doador e reduzir a qualidade de atendimento.

Durante a **análise da atividade** seis aspectos se destacaram para compreender a atividade de coleta de sangue:

1) *Os equipamentos/instrumentos.*

Existe um Setor de Engenharia Clínica no Hemorio, responsável por realizar a manutenção dos equipamentos/instrumentos.

Destacamos alguns equipamentos/instrumentos utilizados pelos trabalhadores na atividade de coleta de sangue.

a) *Seladora*: Este equipamento vem apresentando defeitos constantes e é utilizado para selar os segmentos da bolsa de coleta.

b) *Alicate expressor*: Este instrumento é utilizado na ordenha do segmento da bolsa coletora. Percebido por grande parte dos trabalhadores como responsável pelo surgimento de dores nos punhos, dedos e braços. Apontado como uma necessidade de melhoria e destacado na fala de um trabalhador,

O alicate é ruim, é pesado, tem outro melhor – de alumínio, deveria ter ajuste próprio para cada bolsa. As bolsas têm segmentos diferentes, mais finos, os alicates são horríveis [...] Tem um ruim, um mais ou menos, e só um bom, quem chega primeiro, pega o melhor. Na hora de ordenhar, ele não faz o trabalho que deve.

c) *Caixote metálico (kit de coleta)*: Quase todos os trabalhadores apontaram que os caixotes metálicos são muito pesados, e que contribuem para o surgimento de dores nas mãos, dedos e ombros dos trabalhadores. Tal fato é exposto na fala do trabalhador “*Há muito tempo que a gente pede para trocar. A gente agüenta tudo, mas as nossas mãos doem. A gente tem que agüentar também*”.

Também apontaram que estes quando caem no chão, fazem muito barulho, mas são resistentes. Medem 18,5 x 17, 5 cm e pesam em torno de 1,5 kg vazios e 2 kg quando cheios.

d) *Garrote*: Utilizado para facilitar a punção venosa do doador. Segundo informações dos trabalhadores, apresenta duas características importantes: a espessura e a elasticidade. Os menos espessos geralmente são mais flexíveis e são utilizados em dupla com um nó entre eles. Os de média espessura e flexibilidade são os preferidos pelos trabalhadores. Já os de maior espessura são menos flexíveis e alguns trabalhadores se queixam que estes são motivos de provocar dores nos ombros, quando garroteiam os braços dos doadores, além de existir a possibilidade de provocar incômodo aos doadores. Mas também existem trabalhadores, que preferem os menos flexíveis, pois entendem que os muito flexíveis podem dificultar a punção

venosa. Ao se perguntar como resolver esta questão um trabalhador respondeu “*Alguns trabalhadores deixam os garrotes menos flexíveis expostos ao sol, para que estes fiquem mais flexíveis*”. Apontam-se aqui questões muito subjetivas na escolha do uso do garrote. Segundo informações do profissional chefe do setor, os garrotes são solicitados ao Almoxarifado, mas não se especifica a espessura.

e) *Homogeneizador*: Segundo informações dos trabalhadores estes equipamentos são obsoletos. Os trabalhadores da coordenação de Enfermagem e da chefia do setor informaram que o Estado já realizou processo de aquisição de novos modelos.

f) *A cadeira*: Embora em maio de 2010, todas as cadeiras do Salão de Doação de Sangue tenham sido trocadas, por meio de doação, ainda não contemplam as necessidades da atividade. Existem queixas quanto ao assento ser pequeno, o encosto ser desconfortável, o material não ser resistente, e algumas já apresentam defeitos.

2) Os Códigos Próprios de Comunicação.

Durante o campo de pesquisa foi possível observar que a equipe de trabalho construiu alguns códigos próprios de comunicação. Comunicações estas que segundo Guérin et al (2007), podem ser explícitas (palavras dirigidas a um colega da equipe, sinais, gestos combinados, etc.) e implícitas (a postura adotada pelo colega de trabalho, o som produzido pelo colega por meio de um objeto ou ferramenta, etc.).

Quando algum trabalhador quer se comunicar com o outro, ele justifica o seu deslocamento do posto de trabalho, verbalizando ajuda em voz alta “*Fulano (por questões éticas a pesquisadora omitiu o nome), vê esta veia para mim!*”. Por meio de um olhar muito rápido para a colega, a trabalhadora solicitada entendeu o código, levantou-se e foi até o posto da solicitante que estava atendendo um doador e dialogaram.

Segundo compreensão de uma trabalhadora, quando os caixotes metálicos são motivos de muito barulho significa o quanto o (a) colega está cansado (a). “*Eu considero. Não é nada pessoal, já está que não se agüenta!*”.

Existem alguns nomes que representam um (a) determinado (a) profissional da instituição - a Eponina, a Dona Lourdes, ou uma situação - a Jabulândia (a (o) profissional que se apresenta com algum conflito no trabalho e que a chefia chamará para conversar, portanto “*É a bola da vez*”, o nome é uma analogia a Jabulane³).

³ “Jabulane” é o apelido dado pelos jogadores da seleção brasileira à bola da Copa do Mundo de 2010 que ocorreu na África do Sul.

3) A variabilidade e a diversidade.

Com o aporte em Garrigou et al (2007), apresentamos neste estudo algumas variabilidades e diversidades. A atividade de coleta de sangue é basicamente realizada por trabalhadores do sexo feminino (90%). Apresentam uma diversidade de idade (20 a 60 anos); de características antropométricas (altura – entre 1,50 cm à 1,90 cm aproximadamente ; peso entre 50 à 100 kg aproximadamente); tempo de experiência na profissão e na instituição (entre 1 ano e 30 anos aproximadamente).

Através das observações e do INSATS-Br, destacamos como variabilidades enfrentadas pela gestão do Salão de Doação de Sangue: a composição da equipe de trabalho, as intercorrências e o quantitativo de doadores.

No tangente a composição da equipe de trabalho, constatamos que as faltas de trabalhadores, o término de contratos e as solicitações de demissão são elementos que influenciam no quantitativo da equipe e conseqüentemente na produção e na saúde dos trabalhadores.

As intercorrências demonstram que algo no processo de trabalho relacionado ao trabalhador, ao doador e/ou na organização do trabalho, não ocorreu conforme se esperava.

Quanto o quantitativo de doadores, durante as visitas, um dia percebemos que este se apresentava elevado. Então, perguntamos a uma trabalhadora como ela se sentia sabendo que o Salão de Doação de Sangue estava cheio. Esta respondeu que *“No início eu me estressava muito, aprendi a vir trabalhar e me desligar mesmo. Eu me estressava em olhar os caixotes e saber que tem um monte de gente lá fora”*. Buscamos compreender quais estratégias esta trabalhadora utiliza para não lidar com esta situação de trabalho. Assim, questionamos como agia para se “desligar”. Respondeu que *“Eu evito olhar para a mesa onde estão os caixotes metálicos”*.

Daniellou (1996 apud DANIELLOU e BÉGUIN, 2007, p.285) compreende que as situações das variabilidades devem ser geridas pelos trabalhadores individualmente e/ou coletivamente “em condições eficazes e compatíveis com sua saúde.“. Portanto, as variabilidades não devem ser motivos de desconforto ou de adoecimento.

Existem algumas situações em que é possível realizar uma previsão da produção do Hemorio: quando a mídia intensifica a solicitação da doação de sangue; quando a instituição comemora algum evento; quando uma determinada instituição marca a doação de um quantitativo significativo no Hemorio, finais de semana, carnaval, festas de fim de ano, dentre outras.

Nesta pesquisa, as intercorrências durante a doação são variabilidades previsíveis e não desejadas. Segundo informações do profissional da coordenação de Enfermagem, do quantitativo mensal de doadores (aproximadamente 8.000, no ano de 2010), cerca de 6% (480) tiveram alguma intercorrência na cadeira de doador, durante o processo de coleta de sangue. Observamos que as intercorrências são relativas somente àquelas que foram registradas pelo trabalhador no sistema informatizado coletor, ou seja, aquelas notificadas. Porém, estas também ocorrem após a doação, no próprio Salão de Doação de Sangue ou na Lanchonete e este quantitativo não faz parte da estatística. Será que o percentual de intercorrências real é expressivo? O que é necessário fazer para gerir esta realidade? Estas questões apontaram a necessidade de elaboração, por parte da gestão, de mecanismos de controle que possibilitem expressar e compreender o percentual real de intercorrências diárias.

Observamos que uma coletora realizava movimentos de ordenha durante a coleta. Ao se questionar do porque, esta explicou que quando o fluxo sanguíneo está lento, este movimento ajuda. Muitas vezes o coletor permaneceu por alguns minutos ou até que a captação de sangue se encerrasse, realizando movimentos de abrir e fechar as mãos do doador, conseguido assim concluir a doação.

Segundo Abrahão (2000) a capacidade do trabalhador em gerir as variabilidades das situações, ou seja, em realizar as regulações, torna-o competente, pois o coloca a todo tempo confrontando o real e o prescrito, exigindo do trabalhador estratégias diferentes, reformulando as prescrições.

4) Modos Operatórios

Os modos operatórios segundo Guérin et al (2007, p.65) são “o resultado de um compromisso” que os trabalhadores consideram “os objetivos exigidos, os meios de trabalho, os resultados produzidos ou ao menos a informação de que dispõe o trabalhador sobre eles, o seu estado interno”.

Ao buscar conhecer os modos operatórios dos trabalhadores de coleta, perguntamos: Por que você faz desta maneira o seu trabalho? “*Dentro da técnica você tem que criar a sua própria técnica*”, assim respondeu o trabalhador.

Alguns trabalhadores pegam o esparadrapo, cortam em diversas tiras de tamanhos parecidos e fixam as pontas na estante, dobram-se as pontinhas de cada tira buscando facilitar no momento de ter que usá-las.

Antes de colocar as luvas descartáveis alguns trabalhadores retiram os invólucros dos band-aids, pois estas dificultam este processo.

A caixa de luvas estéril e descartável é em alguns postos de trabalho fixada no motor da seladora, ligeiramente inclinada, pois segundo a trabalhadora *“Facilita a minha utilização”*.

Observamos que dois trabalhadores fixam um plástico ou papel ao redor das caixas coletoras para material pérfurocortante. Ao se perguntar o que leva a fazer assim, uma trabalhadora respondeu: *“Você já viu a cor dos meus sapatos? Branquinhos, se eu não colocar isto aqui, mancha todinho”*.

Na mesa de coleta não existe um espaço específico para apoiar a Ficha de Controle de Doação, sendo assim, os trabalhadores realizam o preenchimento desta apoiando-a dobrada na beira da mesa, apoiando-a no colo ou até mesmo mantendo-a segura suspensa por uma das mãos e com a outra mão preenchendo os dados determinados pelo trabalho.

5) Aspectos Posturais do Trabalho

Observamos que os trabalhadores realizam diversas posturas durante a atividade de trabalho. Destacam-se: extensão e flexão de punhos, antebraços, braços, pescoço e tronco. Todas possuem relação com a mesa de trabalho.

Alguns trabalhadores não usam o dispositivo de regulagem das cadeiras e permanecem com as pernas suspensas, sem apoio dos pés no chão. Disseram que se abaixarem a cadeira terão que levantar mais os membros superiores e aí sentirão dores *“Os membros superiores doem mais do que os inferiores. Chega ao final do plantão você tá que não se agüenta”*.

Perguntamos a um trabalhador se este toma algum cuidado postural durante a atividade de trabalho, afirmou que *“A gente atende dois ao mesmo tempo e quando um doador fala ou se queixa ai, ai, você não tem tempo para se preparar para virar”*. Entendemos aqui existir uma relação expressiva entre postura e intensidade de trabalho.

6) Os sentidos do Trabalho

O campo pesquisado permitiu compreender que existem razões que podem motivar e desmotivar a trabalhar na atividade de coleta de sangue. Dentre as razões motivadoras destacam-se: a identidade social – a capacidade do trabalho de impactar sobre a saúde e/ou a vida de uma pessoa, o trabalhador reconhece o seu papel na sociedade, tem prazer e orgulho de contribuir para a sociedade *“Já coletei muito, eu sei a importância do sangue!”*; e a atividade de trabalho – capaz de desenvolver um potencial de aprendizagem ao trabalhador.

Das razões desmotivadoras, o salário foi destacado entre os participantes desta pesquisa. Um trabalhador aponta que apesar de ganhar muito aquém do que acha merecer: *“É*

melhor viver com menos e ser feliz. Aqui eu sou feliz!”. Outro, afirma que *“A coleta de doadores é o quindim do Hospital. Realmente é, mas se paga um preço muito alto!”*.

Estas diferentes faces do trabalho demonstram que um trabalho tem sentido para uma pessoa quando este o acha útil e/ou importante.

O não reconhecimento do trabalhador pelas esferas internas da organização e por parte do Estado se destacou como fonte de desprazer e sofrimento. *“Aqui já foi bom, hoje, não ligam para a gente! O Estado nem lembra que a gente existe, sabe quanto é o nosso salário, viu nossa mesa de trabalho, as cadeiras quebradas e com defeito? Veja, tem duas mesas paradas, pois o equipamento tá quebrado. Só existimos, só somos importantes quando a televisão vem aqui. Depois, continua tudo igual!”*.

Constatamos que a organização do trabalho permite realizar troca dos dias de trabalho entre os trabalhadores, assim como a substituição do plantão, entre os mesmos. Porém, do ponto de vista de uma profissional, a realização de plantões entre os colegas está relacionada com as pessoas com menor tempo de trabalho na instituição, pois *“Este povo novo paga todo o plantão, acho que deve se perguntar se gosta do trabalho”*.

Como já citado anteriormente, na tragédia ocorrida na Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro, neste ano, o Salão de Doação de Sangue recebeu um quantitativo tão expressivo de doadores que a gestão organizacional teve que solicitar ajuda tanto interna no Hemorio, quanto externa. Diversos trabalhadores que estavam de férias compareceram ao trabalho e trabalhadores responsáveis pelos diversos setores cederam profissionais.

Ao dialogarmos com os trabalhadores sobre este período de trabalho, disseram que embora eles cumprissem com o seu papel ‘dando o melhor de si’ o trabalho gerou procedimentos exaustivos e não foi possível atender a todos os que compareceram. Aponta-se aqui existir um sentimento de decepção do trabalhador para si mesmo e com a organização do trabalho.

No ambiente de Espera da Triagem existem diversos cartazes contendo a frase “Doar + Sangue = Vida”, reafirmando o caráter altruísta da doação de sangue, que foi construído na história, simbolizando um ato humanitário para vida, expressão de amor. Portanto, a doação de sangue expressa bondade e generosidade naturalmente, opondo-se ao egoísmo.

Percebemos existir uma grande preocupação por parte dos trabalhadores coletores de não conseguir puncionar a veia do doador e este não mais retornar ao Hemorio. Segundo informação de um profissional do Salão de Doação de Sangue, os trabalhadores coletores buscam relaxar os doadores, por meio do diálogo, brincadeiras e sorrisos, como uma estratégia para facilitar a punção venosa.

Nesta pesquisa, observamos existir significantes aspectos que fazem parte da atividade de coleta de sangue. Assim, dividimos esta atividade em dez etapas e apontamos considerações em cada etapa distinta:

1 - Preparar o posto de trabalho para iniciar a atividade de coleta de sangue.

Os trabalhadores ao entrarem no Salão de Doação de Sangue, cumprimentam-se, dialogam, separam os materiais e equipamentos que necessitam para compor o posto de trabalho. Não existe um posto de trabalho específico para cada trabalhador, cada sujeito escolhe aonde irá trabalhar. Observamos existir uma determinada preferência deste local e que de uma maneira geral a equipe reconhece. Ao perguntar a uma trabalhadora sobre aonde ela prefere trabalhar, respondeu “*Fico sempre aqui, não faço rodízio, eu me coloco aqui, mas se precisar...*”.

Partindo-se da observação da atividade de coleta de sangue, do momento em que o trabalhador organiza o posto de trabalho, constatamos que sobre a mesa de trabalho os profissionais colocam os equipamentos (seladora, alicate, EPI), os utensílios (2 caixas plásticas, garrote, tesoura, borracha macia, pinça, alicate de ordenha) e os materiais (compressas de gaze estéril, esparadrapo, grampos, álcool, polvidine tópico 1%, polvidine degermante 10 %, clorohexidina 4%, caixa de luvas de látex para procedimentos cirúrgicos, band-aids, 2 caixas descartáveis, scalpels, etc.).

Observamos que a forma de se organizar os utensílios utilizados pelos trabalhadores na atividade de coleta de sangue, não possui uma padronização, demonstram existir um modo próprio, singular. A preparação da mesa de trabalho nos remete a pensar na dimensão pessoal do trabalho, onde os sujeitos buscam de um jeito próprio expressar estratégias que possibilitam a realização de suas tarefas. Para Guérin et al (2001, p.19), a atividade de trabalho faz com que o trabalhador busque uma organização do seu “espaço sensorial e motor”.



Fig.4: Mesa de coleta
Fonte: Da pesquisadora, 2011

2 - Conferir os dados do doador.

Quando o doador se aproxima da cadeira de doação e se senta, o trabalhador cumprimenta-o e pega a Ficha de Controle de Doação, perguntando-o nome completo e data de nascimento. Verifica o volume a ser coletado com as bolsas de coleta recebidas, se estas, os seguimentos destas e os tubos de coleta estão íntegros e etiquetados/identificados; passa o seguimento da bolsa no clamp do homogeneizador; verifica se o painel do homogeneizador está constando zero grama e ajusta-se o volume a ser coletado. Existem dois tipos de bolsas – a bolsa dupla para 420 ml e a bolsa tripla para 470 ml de sangue coletado.

Por não existir um local na mesa de trabalho apropriado para se apoiar e conferir a Ficha de Controle de Doação, o trabalhador é levado a adotar posturas desconfortáveis.

3 - Escolher a veia a ser puncionada.

Este momento possui grande relevância para todo o processo de coleta. Só é permitido puncionar a veia do doador uma única vez, caso o trabalhador não consiga acertar na primeira tentativa, está normatizado que não se poderá tentar novamente. Garroteia-se o braço e verifica-se a melhor veia a ser puncionada. O trabalhador verifica atentamente os dois braços do doador, e quando sente qualquer grau de dificuldade, qualquer possibilidade de erro, solicita ajuda a outro trabalhador *“Te quero um pouco!”*.

Durante as observações, constamos ser comum a solicitação de ajuda a uma trabalhadora, então perguntamos: O que te leva a chamá-la? *“Ela é experiente, não erra uma veia,”* respondeu. Nas diversas vezes que presenciamos a solicitação de ajuda entre os

membros da equipe de coleta de sangue, não percebemos descontentamento por parte dos trabalhadores solicitados, passando a impressão de que gostam de serem solicitados verbalmente. Com aporte em Dejours (2008), compreendemos que o ato do trabalhador solicitar ajuda ao outro demonstra que houve um julgamento e reconhecimento sobre o fazer do trabalhador, ou seja, que a qualidade do trabalho que ele realiza é apreciada. O reconhecimento pelo trabalho dá sentido ao fazer e ao ser do trabalhador, contribuindo para a construção da identidade e da realização pessoal.

4 - Realizar anti-sepsia do local de punção venosa periférica.

A higienização do local a ser realizada a punção periférica é de grande importância na garantia da qualidade do sangue coletado. É realizada pelo trabalhador coletor, por meio de movimentos circulares de uma das mãos, utilizando gazes estéreis embebidas primeiramente com polvidine degermante 10%, após polvidine tópico 1%. É perguntado ao doador se este tem alergia a iodo, caso afirmativo usa-se clorhexidina 4%. Existe prescrição apontando como deve ser realizada a higienização do local a ser puncionado, mas o trabalhador analisa o estado de assepsia do local e a faz quantas vezes este achar necessário, buscando garantir um resultado positivo nesta ação.

5 – Realizar a punção venosa para enchimentos dos tubos de coleta de sangue e da bolsa.

Realizada a assepsia local, utiliza-se uma tesoura sem corte para ‘pinçar’ o seguimento da bolsa, impedindo que o sangue vá para a bolsa de sangue logo após o puncionamento da veia. Punciona-se a veia, quebra-se o lacre do segmento da bolsa, possibilitando se preencher todos os tubos de coleta determinados. Após coletar o último tubo, retira-se a ‘pinça’ e o fluxo sanguíneo segue em direção da bolsa coletora. Utiliza-se a seladora para selar em dois pontos diferentes o segmento que possibilita preencher de sangue os coletores; após, utiliza-se de tesoura para cortar o segmento da bolsa; descarta-se esse material na caixa coletora para material perfurocortante, localizada no chão ao lado da mesa coletora.

Ao perguntar sobre a utilização da bolinha ou coração de borracha e o pacote de gaze, que alguns doadores com as mãos apertam e abrem num movimento constante durante toda a captação sanguínea para facilitar o fluxo sanguíneo, os trabalhadores afirmaram que isto não é ensinado na capacitação dada pela instituição.

Alguns trabalhadores entendem que quando o doador é do sexo feminino o melhor é entregar o pacote de gaze, pois é mais delicado e faz o mesmo efeito que a bolinha; outros trabalhadores não gostam de dar alguma coisa, pois entendem que alguns doadores acham não

ser higiênico e, portanto apenas os orienta a realizarem o movimento de abrir e fechar a mão. Muitas vezes é o doador quem solicita a bolinha ou o coração.

6 - Controlar visualmente o funcionamento do equipamento homogeneizador e o bem estar do doador.

O equipamento homogeneizador possui dispositivo sonoro que dispara avisando o trabalhador quando algo está errado e ao término da coleta. Possui display frontal que possibilita ao trabalhador acompanhar o volume de sangue coletado.

O horário de funcionamento do Salão de Doação de Sangue é de 7h:00min às 18h:00min. Durante o período de maio a dezembro de 2010, observou-se ser comum os doadores fidelizados chegarem entre 7h:00min e 8h:00min. De 10h:00min até 14h:00min é comum o ritmo de trabalho ser mais intenso, pois chegam mais doadores. Este período é reconhecido pelos trabalhadores como “*É o trem das dez*”. Após o horário de almoço dos trabalhadores, geralmente de 11h:00min às 14h:00min, foi mais frequente a ocorrência de intercorrências durante a doação. Ao questionar este fato, a coordenadora de Enfermagem explicou que apesar do Hemorio orientar que não precisa de jejum para doar, ainda é uma prática comum. Se somar o fato deste doador não ter jantado no dia anterior, além de outros fatores conjugados, as possibilidades de ocorrer as intercorrências aumentam.

Portanto, o controle visual do bem estar dos doadores é fundamental neste período que pode ser considerado crítico. Deve ser observado se o doador apresenta sinais e sintomas de reações adversas, durante a doação, assim como estar atento à dinâmica do ambiente.

Quando é percebida alguma reação, o trabalhador mantém um diálogo constante com o doador, coloca-o em posição trendelemburg, e o monitora visualmente todo o tempo; muitas vezes a enfermeira do plantão fica ao lado acompanhando. Caso este doador já tenha doado acima de 300 ml e o trabalhador perceber que o doador não está melhorando, se for preciso interrompe a doação e é prestado atendimento imediato pela enfermeira do plantão e se for preciso por médico. O profissional coletor desliga o homogeneizador; sela-se o segmento em dois pontos diferentes; corta-se este seguimento; retira-se a agulha do braço do doador e descarta-se na caixa coletora para pérfurocortantes parte do segmento da bolsa e a agulha retrátil. Apóia-se a bolsa cheia de sangue na mesa para possibilitar a ordenha. Nas situações de intercorrências em que a doação for interrompida antes de preencher o mínimo de sangue (300 ml), as bolsas são descartadas.

7 - Ordenhar a bolsa.

O que é ordenhar a bolsa? “*Ordenhar a bolsa é fazer o refluxo do sangue para dentro da bolsa coletora, por meio de um alicate expressor, mantendo o segmento fechado com uma pinça plástica pequena, colocada próxima ao segmento e bolsa coletora*” explicou o trabalhador para a pesquisadora.

Por meio de movimento de extensão e flexão dos braços, utilizando o alicate expressor, o trabalhador realiza a ordenha que vai do fim do seguimento à direção da bolsa. Se este conseguir uma ‘boa ordenha’ na primeira vez, coloca-se um grampo pequeno de plástico, no seguimento bem próximo a bolsa, evitando que o sangue que estava no seguimento retorne. Logo depois se ordenha ao contrário, do grampo pequeno de plástico até o fim do seguimento da bolsa. Verifica-se se a ordenha ‘está boa’ e selam-se duas ou três vezes no final do seguimento, corta-se com a própria seladora e descarta-se este pequeno pedaço do seguimento. Quando a ordenha não ‘está boa’, ou seja, ainda se percebe visualmente sangue no seguimento, se repete até que esta esteja adequada. Após, enrola-se o segmento ao redor da bolsa coletora e coloca esta dentro do caixote metálico, localizado em cima da segunda prateleira da mesa de trabalho. Observou-se existir compressão mecânica sobre as estruturas das mãos e desvio ulnar causados pelo alicate expressor durante a ordenha.

8 – Arrumar a mesa de trabalho.

A arrumação desta pode ser realizada em diferentes momentos, pois dependerá do tempo disponível do trabalhador. Se este estiver atendendo um doador, poderá ser realizada durante o processo de enchimento da bolsa coletora. Mas se este estiver atendendo dois doadores simultaneamente, isso talvez não seja possível, pois durante o enchimento da bolsa de sangue do doador atendido primeiro, o trabalhador inicia a etapa de doação do segundo doador, conferindo os dados desse até o momento de enchimento da bolsa coletora e mantendo-o sob observação visual durante todo o procedimento.

Quando o primeiro doador alcança o volume de sangue na bolsa coletora, o trabalhador realiza as etapas até a liberação do mesmo. Durante este período, o acompanhamento visual do segundo doador é mantido, além de se comunicar verbalmente com este “*Está tudo bem? Está sentindo alguma coisa?*”. Logo depois de liberar o primeiro doador, volta-se a atenção total para o segundo.

Entre o atendimento de um doador e outro, poderá se arrumar à mesa de trabalho. Portanto, esta etapa depende do ritmo do trabalho e da própria necessidade do trabalhador.

9 – Preencher os dados na Ficha de Controle de Doação

Nessa ficha o trabalhador deve anotar: o volume coletado, o tempo de coleta (início e término), o código do coletor, a assinatura do coletor e os códigos das intercorrências quando ocorrerem.

Observamos não existir um local específico ou apropriado para que o trabalhador coletor apóie a referida ficha para o preenchimento, fazendo com que cada um se utilize de estratégias diferentes. Alguns trabalhadores a apóiam nas pernas, adotando movimentos posturais de flexão da cabeça e do tronco, outros apóiam na beira da segunda prateleira da mesa coletora, outros seguram a ficha com uma das mãos e se utilizam desta para apoio, enquanto a outra mão preenche a ficha.

10 - Informar ao doador os procedimentos após a doação e encaminhá-lo para a Lanchonete.

Durante a ordenha do segmento da bolsa coletora, o doador permanece aproximadamente dois minutos pressionando com gaze a veia puncionada. Após a bolsa ordenhada, é realizado curativo (colocação de bandaid, limpeza com álcool para retirar a mancha de chorexidina no braço puncionado, gaze dobrada e fixada com esparadrapo). Durante a realização deste curativo o trabalhador agradece o ato de doação e orienta ao doador quanto aos cuidados após a doação: *“Não pode fazer esforço físico, não dobrar o braço puncionado, não fumar durante duas horas após a doação, beber bastante líquido, menos bebida alcoólica”*.

Após orientações o trabalhador mostra o doador onde fica a Lanchonete, para realizar o lanche reforçado e entrega o comprovante de doação.



Figs. 5 e 6 : Bolsa de sangue e caixote metálico após a coleta de sangue
Fonte: Da pesquisadora, 2011

4.4. A ANÁLISE DO INQUÉRITO SAÚDE E TRABALHO EM SERVIÇOS – INSATS - Br

Ao analisar o resultado do INSATS-Br, no bloco de *identificação pessoal e profissional*, observamos que o grupo de sujeitos participantes deste questionário é formado por mulheres na sua maioria. Quanto ao grau de instrução 4 profissionais possuem o nível médio completo, 3 o superior incompleto, 2 o superior completo, e 3 a pós-graduação completa. Dentre estes, três são enfermeiras, 5 são técnicos de enfermagem e 4 são auxiliares de enfermagem e possuem entre 30 a 60 anos de idade.

Quanto ao tempo de admissão, 2 profissionais possuem dois anos aproximadamente; 5 em torno de dez anos e 5 com mais de vinte anos. Ressaltamos que a rotatividade de trabalhadores, um dos problemas apontado pela gestão e pelos trabalhadores, não foi constatado no INSATS-Br. Este resultado pode ser explicado pelo fato de que a maioria dos trabalhadores participantes são estatutários.

No tangente ao vínculo empregatício, 1 é cooperativado, 2 possuem contrato com tempo temporário e 9 são estatutários. Entendemos que a aceitação em participar do preenchimento deste instrumento metodológico pode estar relacionada com o vínculo empregatício. Profissionais estatutários possuem uma estabilidade no trabalho que os demais (temporários e cooperativados), portanto se sentem mais à vontade em expor o que pensam sobre o trabalho, e a participação na pesquisa é uma maneira de ser escutado. A maioria dos participantes do INSATS-Br são trabalhadores estatutários, fato este que talvez possa fragilizar os resultados obtidos neste estudo.

Verificamos que os auxiliares de enfermagem recebem valores salariais semelhantes e que todos possuem o mesmo vínculo empregatício. Quanto aos técnicos de enfermagem, observamos que os de contrato com tempo temporário e estatutário recebem a mesma faixa salarial. Já o cooperativado recebe acima destes, mas não possuem alguns direitos trabalhistas que os demais recebem (ticket alimentação, vale transporte, etc.).

Conversando com uma trabalhadora, esta afirmou que o Estado remunera muito mal e que ele deveria “(...) *fazer mais pelos trabalhadores da saúde*”. Porém, outra trabalhadora ao ser perguntada sobre o que ela acha da remuneração que recebe afirmou que “*Aqui tem muita coisinha para o trabalhador, ginástica laboral, passeio, capacitação, que compensa*”.

No bloco *jornada de trabalho* constatamos ocorrência de plantões extras. Entre o total de participantes, sete se enquadram na carga horária de 24 horas e de 40 horas semanais. Dentre os cinco sujeitos de pesquisa restantes, três cumprem uma carga horária de trabalho em torno de 60 horas, deitando após a meia noite e/ou levantando antes das cinco horas da

manhã. Os outros dois participantes, um possui carga horária de 44 horas e o outro de 48 horas, ambos levantam antes das cinco horas da manhã.

A fala de um trabalhador reafirma a realização de plantões extras por parte da enfermagem, “*A gente tem que fazer sim, o salário não dá. Ou a gente faz, ou não sobra dinheiro para pagar as contas*”. De acordo com Spíndola (2000) a dupla ou tripla jornada é uma das características do trabalho de enfermagem. Este fato contribui ao desenvolvimento do estresse emocional, pois os afazeres do trabalho sobrepõem ao tempo necessário ao lazer e a família, podendo causar algum tipo de malefício a saúde.

O bloco *condições e características do trabalho*, quanto ao *ambiente físico*, mostra que a maioria dos participantes (10) aponta a *exposição aos riscos* de agentes biológicos (sangue), 3 ao frio intenso. Porém, o frio a que se referem expressa o aspecto de desconforto, relaciona-se com a existência de aparelho de climatização artificial tipo split no ambiente de trabalho e os trabalhadores não possuem controle da temperatura. Dois profissionais apontam o ruído constante ou incômodo e outro a radiação (materiais radioativos, RX). Será que marcou a opção errada ou que não tem a compreensão dos riscos da atividade? Acreditamos que tenha marcado a opção errada.

Quanto às *exigências físicas*, quase todos (11) apontam existência de gestos repetitivos; permanecer muito tempo sentado (7); posturas penosas (4); permanecer muito tempo no mesmo local (4) e permanecer muito tempo de pé com deslocamento (1). É possível identificar estes aspectos nas falas dos trabalhadores: “*Tem hora que tem que levantar, a coluna dói*” e ainda “*Parece que dá umas câimbras...*”. Também foi observado que uma trabalhadora no intervalo de atender o doador fez gestos de alongamento, apertou com a própria mão a coluna dorsal, passando a impressão de desconforto postural e/ou de dor.

Quanto às *instalações*, a maioria (8) aponta existir vestiários e banheiros suficientes e/ou adequados; 8 apontam não existir espaços adequados para pausas, lanches ou repousos; 10 apontam existir espaço de trabalho adequado para a tarefa que se realiza; 10 apontam não existir mobiliário (mesas, cadeiras, etc.) e 09 não existir equipamentos e ferramentas adequados.

Ao relacionarmos a fala de uma trabalhadora “*Aqui as coisas são muito antigas e o Estado é omissivo!*” com os dois últimos aspectos acima (não existir mobiliário (mesas, cadeiras, etc.) e equipamentos e ferramentas adequados), nos apoiamos em Dejours (2008), sobre o não reconhecimento do trabalho, que pode gerar um sofrimento patológico.

Com referência ao *ritmo de trabalho*, somente o item influência do ritmo de uma máquina ou equipamento não foi citado. Os itens marcados por cinco ou mais participantes foram: ter que atuar a partir da demanda/necessidade dos clientes ou usuários; normas de produção ou prazos rígidos a cumprir (controle da qualidade, tempos curtos impostos, horários fixos, horários rígidos); ter que suprimir ou encurtar uma refeição, ou nem realizar a pausa por causa do trabalho; ter que depender do trabalho de colegas e ter que estar atento aos sinais/informações de uma máquina ou equipamento.

Em diálogo com trabalhadores perguntamos qual a relação existente entre o ritmo de trabalho com a atividade que ele executa. Respondeu que “*Eu não venho todos os dias, isso me alivia*”. A fala expressa a maneira pela qual o profissional encontrou para ressignificar as exigências e os desafios do trabalho que geram sofrimento. Identificamos nesta fala a existência de um determinado desgaste seja físico e/ou psicológico no trabalho e que o trabalho intenso pode ser fator determinante na saúde dos trabalhadores. De acordo com Dejours (2008), o trabalhador busca por meio da mobilização subjetiva uma fonte de prazer no trabalho, fazendo uso da sua inteligência para contrapor o que é posto pela organização do trabalho.

Os aspectos que tangem a *autonomia e iniciativa*, a análise do INSATS-Br demonstra que: 9 participantes não têm a possibilidade de alterar a ordem de realização das tarefas; 7 não têm a liberdade para decidir como realizar as tarefas e não têm a possibilidade de escolher os momentos de pausa; 8 não têm a possibilidade de, freqüentemente, tomar decisões por si mesmo, porém têm a possibilidade de influenciar o ritmo ou a velocidade de trabalho.

Nos aspectos da *relação no trabalho*, todos os participantes apontam que é frequente a necessidade de ajuda entre os colegas, mostrando o caráter coletivo em saúde. Também apontam ter contato com o público e que este contato é desgastante e todos os participantes têm conhecimento da existência de guias, protocolos ou manuais de orientação.

Vale ressaltar que durante o diálogo no campo de pesquisa, foi abordada a questão da relação com o público e nenhum profissional se referiu ser desgastante, só foram apontadas questões positivas como - gratificante, animado, que não é um público doente e sim saudável.

Para Waldow (2007) existe relação entre a enfermagem e o cuidado. Historicamente as atividades da enfermagem se relacionam com a redução da dor e da incapacidade causadas por alguma enfermidade. Porém, neste estudo, os trabalhadores da enfermagem não estabelecem relação com pessoas doentes, ao contrário, somente pessoas saudáveis estão aptas para realizar a doação de sangue.

Ao voltar ao campo, resgatamos a questão da relação com o público, devido a dualidade apontada entre o INSATS-Br e o diálogo entre pesquisadora e sujeitos de pesquisa. Compreendemos que o público doador de sangue que ‘salva e doa vidas’ é o mesmo público que pode reclamar do atendimento recebido, podendo colocar o trabalhador sob uma situação de constrangimento. Segundo informações de uma das chefias do Salão de Coleta, quando se tem alguma reclamação, esta recebe a reclamação, identifica e chama o trabalhador para dialogar. Se for falha técnica rastreia se é frequente, se não for apenas avisa ao coletor. Se for frequente a reclamação, encaminha o trabalhador ao treinamento. “*É bem vinda a reclamação*”. Informa que as maiores reclamações dos doadores se referem ao tempo de espera e ao atendimento inapto, pois acredita que o doador “*Vê como algo pessoal, não querem o meu sangue*”.

Ainda neste bloco, buscamos saber se é boa a proporção entre o número de trabalhadores e as tarefas a cumprir. A resposta por meio do INSATS-Br leva-se a concluir que sim, porém ao buscá-la por meio dos diálogos no campo de pesquisa, esta se apresenta contrária. Entretanto, segundo informações da chefia “*Hoje o serviço está aquém do número de trabalhadores para o dimensionamento, mais ou menos 16 por dia*”. Constatamos durante os meses de julho, agosto e setembro, existirem nos dias de campo da pesquisa, a presença de sete a nove trabalhadores coletores. Este fato colabora para caracterizar o trabalho de coleta como um trabalho intenso, pois expressa quase que a metade do total de trabalhadores necessários para dar conta das atividades realizadas no Salão de Coleta.

Quanto ter a disposição os recursos técnicos necessários (materiais, instrumentos, equipamentos), de doze participantes que responderam somente quatro apontaram não ter na atividade de coletar sangue. Porém, durante todo tempo da pesquisa de campo, escutou-se reclamações diversas sobre o garrote ser inadequado (muito fino ou muito duro), o alicate expressor não estar bom, de a seladora falhar e quebrar, dos caixotes metálicos serem pesados e fazerem barulho, das cadeiras serem desconfortáveis e frágeis.

A pergunta *o que é mais marcante no meu trabalho* aponta que 10 participantes percebem que o trabalho possui exigências excessivas relacionadas com momentos de atenção e concentração, devido a ritmos de trabalho elevado. Também 7 participantes apontam que no trabalho se aprende coisas novas, mas que este não é criativo.

O quadro referente aos aspectos de *reconhecimento e satisfação no trabalho* não apontam uma percepção positiva. A maioria dos sujeitos participantes (9) nunca, às vezes e raramente é reconhecida pela chefia e mais da metade (7) do total de participantes respondeu

o mesmo quanto ao reconhecimento por parte dos colegas, público e sociedade. Embora 8 participantes apontem que o trabalho é gratificante pelo resultado atingido, 11 participantes não gostariam que seus filhos realizassem o trabalho que eles fazem. Destaca-se aqui, os sentidos do trabalho, pois mesmo que os trabalhadores achem que o trabalho deles não é reconhecido como gostariam, este trabalho possui um significado que fazem com que estes trabalhadores o achem gratificante.

No bloco *o que mais me incomoda no trabalho*, destacou-se como resposta: estar exposto a um ambiente físico nocivo (ruído, temperaturas baixas, radiação, agentes biológicos, etc.); não dispor de condições necessárias para atender demandas do público; as exigências corporais (gestos, posturas, esforços, deslocamentos); o ritmo de trabalho (horários imprevisíveis, pressa, fazer várias coisas ao mesmo tempo) e ter um trabalho em que me sinto insatisfeito).

No que tange ao bloco de *educação e trabalho*, embora aponte que é necessário curso específico para realizar o trabalho, é preciso aprendizagem diretamente no local de trabalho, através de treinamento oferecido pela instituição empregadora, observando colegas de trabalho e por orientação destes.

As observações permitiram entender que quando um trabalhador novo chega ao setor, primeiro este é apresentado à equipe, conhece o ambiente e as normas, atua como circulante, e senta-se ao lado de um coletor experiente, mais antigo na casa para ser orientado por este na atividade de coleta de sangue.

No bloco *vida familiar, trabalho doméstico e lazer*, 5 participantes são casados e moram com companheiras; 4 são separados, desquitados, divorciados ou viúvos e 3 são solteiros. Todos moram com pelo menos uma pessoa e dois possuem alguém na moradia que precisa de cuidados especiais e 8 apontam ter filhos ou enteados. Somente 3 afirmam conseguir conciliar o trabalho com a vida fora deste com facilidade, 5 sempre e 3 com dificuldade. De uma maneira geral quase todos cuidam da limpeza da casa; fazem compras; cozinham; lavam e passam roupas e fazem serviços de manutenção da casa (reparos). Considerando os diferentes cargos (auxiliares, técnicas e enfermeiras) não houve qualquer item que se destacasse.

No bloco *o meu estado de saúde*, procura investigar o quanto o trabalho afeta ou afetou na saúde do trabalhador. Na pergunta, minha saúde está sendo ou foi afetada devido ao trabalho que realizo, responderam mais ou menos (6), pouco (4) e nada (2). O trabalho

realizado anteriormente pelos profissionais afetou mais ou menos (4), pouco (2) e nada (5) e uma pessoa não respondeu esta questão.

O *quadro de saúde* abarca uma série de possíveis problemas de saúde causado, agravado ou que não tem alguma relação com o trabalho. Observa-se que os auxiliares de enfermagem apresentam mais problemas do que os técnicos e os enfermeiros. Vale destacar que três do total (4) de auxiliares são trabalhadoras com mais de dez anos de trabalho no Hemorio e uma tem cinco anos; com faixa etária entre 40 a 65 anos.

Neste quadro os três problemas de saúde que se destacaram foram o estresse (3 apontam ser causados pelo trabalho e 5 agravados por este), as dores musculares crônicas (2 apontam ser causada pelo trabalho e 3 agravada por este) e problemas musculares e das articulações (3 apontam ser causados pelo trabalho e 3 agravados por este).

No que se refere à emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), observa-se que houve seis notificações num quantitativo de sete acidentes e/ou doenças, onde deste total um foi por motivo de tendinite e outro devido a tenossinovite, doenças que estão relacionadas com movimentos repetitivos. Dois acidentes se relacionam com contato/espirro de sangue nos olhos; um por fratura no tornozelo e um por acidente biológico sem especificar o ocorrido.

Tenho ou tive este problema de saúde. Este problema de saúde foi causado (C), agravado ou acelerado (A), não tem alguma relação com o meu trabalho (N)	Auxiliar de Enfermagem 4 participantes	Técnico de Enfermagem 5 participantes	Enfermeira 3 participantes
<i>Ferimentos por acidente</i>	1 Causado	1 Causado	-
<i>Problemas de visão</i>	2 Agravado	1 Não tem relação	1 Agravado 1 Não tem relação
<i>Problemas respiratórios</i>	1 Agravado 1 Não tem relação	1 Agravado	-
<i>Problemas de sono (sonolência, insônia)</i>	1 Causado 1 Agravado	1 Agravado	1 Agravado
<i>Problemas de voz</i>	1 Agravado	-	1 Causado
<i>Dores de cabeça</i>	1 Causado	2 Não têm relação	1 Agravado
<i>Problemas musculares e das articulações</i>	1 Causado 1 Agravado	1 Causado 1 Agravado	1 Causado 1 Agravado 1 Não tem relação
<i>Problemas digestivos (má digestão, vômito, diarreia, etc)</i>	1 Causado	1 Não tem relação	-
<i>Problemas no trato urinário</i>	1 Causado	-	-
<i>Problemas associados à menstruação ou da próstata</i>	1 Não tem relação	-	1 Não tem relação
<i>Problemas ligados ao sistema nervoso</i>	1 Agravado	-	1 Agravado

<i>Dores no estômago</i>	1 Causado 1 Agravado 1 Não tem relação	2 Não tem relação	1 Agravado 1 Não tem relação
<i>Alergias</i>	1 Causado	1 Causado 1 Agravado	1 Agravado 1 Não tem relação
<i>Stress</i>	1 Causado 2 Agravado	1 Causado 1 Agravado 1 Não tem relação	1 Causado 2 Agravado
<i>Fadiga geral</i>	2 Causado	2 Agravado	1 Agravado 1 Não tem relação
<i>Dores musculares crônicas</i>	2 Causado 1 Agravado	1 Causado 1 Não tem relação	1 Agravado
<i>Problemas da coluna vertebral</i>	2 Causado 1 Agravado	-	2 Agravado
<i>Adormecimento frequente dos membros</i>	2 Agravado	-	
<i>Varizes</i>	1 Causado 1 Agravado	1 Agravado	1 Causado 1 Agravado 1 Não tem relação
<i>Depressão(tristeza)</i>	1 Agravado	-	-
<i>Irritabilidade</i>	1 Agravado	1 Agravado	1 Agravado
<i>Ansiedade</i>	1 Agravado	1 Agravado 1 Não tem relação	2 Agravado
<i>Problemas de pele</i>	-	1 Causado	-
<i>Problemas cardio-circulatório</i>	-	1 Causado	-
<i>Doenças infecciosas</i>	-	-	1 Não tem relação
<i>Mudanças bruscas do humor ou alterações de comportamento</i>	-	-	1 Agravado
<i>Problemas em engravidar ou na gravidez</i>	-	-	1 Não tem relação
<i>Tenho os seguintes diagnósticos de doença confirmados:</i>	(1) Rinite alérgica (1) Dores coluna (1) Varizes (1) Osteopenia (1) Anemia	(1) Gastrite (1) Rinite (1) Sinusite (1) Hipertensão (1) Dermatose de contato	(1) Hipotireoidismo (1) Varizes (1) Escoliose (1) Alergia respiratória, e dermatológica 1TPM
<i>Uso frequentemente medicamentos, são: Os motivos são:</i>	(1) Analgésicos / dores musculares	(1) Dorflex/ dores (1) Cálcio /ossos (1) Polivitamínico /anemia	(1) Puran T4/hipertireoidismo (1) Anti-histamínico /rinite
<i>Já tive um acidente de trabalho ou doença relacionada ao trabalho</i>	3 Sim 1 Não	3 Sim 2 Não	1 Sim 1 Não
<i>Este acidente ou doença foi ...</i>	(1) Tendinite (1) Pérfurocortante (1) Tenossinovite	(1) Sangue espirrado no rosto (1) Acidente biológico (1) Contato de sangue com mucosa ocular	(1) Fratura no tornozelo
<i>Foi necessária licença médica</i>	2 Sim 1 Não	3 Não	1 Sim
<i>Foi registrada ou emitida CAT</i>	3 Sim	2 Sim 1 Não	1 Sim

<i>Fiquei com incapacidade reconhecida decorrente deste acidente ou desta doença...</i>	2 Não	3 Não	1 Não
---	-------	-------	-------

Tabela 2: Síntese do quadro do bloco de perguntas do INSATS-Br referente a problemas de saúde.

Quanto ao que se refere ao bloco de *proteção e cuidados* a análise dos questionários mostra que os trabalhadores sentem necessidade de ter mais informação sobre os riscos ligados ao ambiente físico do trabalho de coleta de sangue. Do quantitativo de dez trabalhadores que responderam este campo do INSATS-Br, 3 afirmaram ter muita informação, 5 mais ou menos, 2 pouca e 1 não respondeu. Todos (12) responderam ter proteção individual.

Quanto à questão de ter à disposição proteção coletiva parece não haver uma compreensão por parte dos sujeitos de pesquisa do significado de equipamentos de proteção coletiva, pois 3 responderam sim, 3 não se justifica e 3 não responderam. Sobre a pergunta relativa se os EPIs dificultam realizar a atividade, o INSATS-Br aponta que apesar de 2 participantes responderem pouco, 2 mais ou menos, 7 nada e 1 não respondeu, observou-se que em alguns momentos da coleta, vários coletores não usavam óculos de proteção, uma das mãos com luvas e outra não. Durante a observação perguntamos aos trabalhadores por que em alguns momentos da coleta de sangue não usam o EPI. Uma trabalhadora afirmou que *“Algumas vezes você tem que tirar as luvas para sentir qual é a melhor veia a ser punccionada, você perde a sensibilidade e pode errar a veia.”*

Compreendemos aqui existir um constrangimento da trabalhadora, pois ao mesmo tempo em que tem conhecimento da necessidade de proteção individual, se expõe não utilizando a luva, pois errar a punção significa perder uma doação, mostrar um ‘erro’ perante a si, à doadora e à equipe de trabalho. Não utilizar as luvas em momentos específicos da atividade de coleta de sangue, é buscar alcançar resultados na produção e também contemplar o desejo do doador em doar o sangue. Portanto, a transgressão da norma é uma estratégia para alcançar os resultados da atividade.

Este conflito acima, nos leva às idéias de Schwartz (2010d), que compreende que toda atividade de trabalho é sempre *“uso de si por si e pelos outros”*, ou seja, que o trabalho envolve a uma dramática.

As respostas para a questão dos cuidados tomados pelos trabalhadores para que a saúde destes não seja afetada pelo trabalho foram: cuidados posturais (2), evitar carregar pesos excessivos (1), agasalhar bem para evitar crises alérgicas (1), uso de EPI (4), cuidados com

pérfurocortante (1), atenção (1), alongamento (1) e levar uma vida saudável fora do trabalho (1).

A análise das respostas do INSATS-Br evidenciou nos aspectos das *exigências físicas*: gestos repetitivos, permanência muito tempo sentada, posturas penosas. Já no aspecto das *instalações* a maioria dos trabalhadores apontou não existir mobiliário (mesas, cadeiras) adequado. Assim como no quadro de problemas de saúde causados ou agravados pelo trabalho, os três problemas que se destacaram foram o estresse, as dores musculares crônicas e problemas musculares e das articulações.

4.5. O PROCESSO DE TRANSFORMAÇÃO

Durante esta pesquisa e antes de se analisar os resultados do INSATS-Br, constatamos existir por parte dos trabalhadores, queixas sobre o posto de trabalho, especificamente da altura da mesa de coleta que associam com os movimentos dos membros superiores realizados, que podem provocar dores músculo esqueléticas, contribuir no tempo de atendimento ao doador e na qualidade do atendimento. Apontaram também que o ritmo de trabalho atrelado ao quantitativo de doadores são aspectos que influenciam diretamente este quadro.

Sendo assim, o INSATS-Br reafirmou os resultados da etapa metodológica - primeira compreensão sobre o trabalho. Assim, acordaram-se em consenso com os chefes da coordenação de enfermagem e do setor e com os demais trabalhadores, a realização de um ***novo design da mesa de coleta, pois abarca um quantitativo maior de trabalhadores e que pode ser objeto de transformação neste momento da instituição.***

O protótipo da mesa elaborado possui relação direta com o trabalho no que tange aos aspectos de ritmo, organização, postura e visão do ambiente. Segundo trabalhador do Salão de Doação de Sangue, *“Ela é uma concretização dos desejos de todos”*. A mesa atual também possui design inadequado para os novos modelos dos futuros homogeneizadores.

Considerando que *“As transformações da situação de trabalho vão introduzir modificações na atividade dos operadores, que podem ter efeitos favoráveis ou desfavoráveis sobre a saúde e sobre a produção”* (GUÉRIN et al, 2001, p.182), encontramos através da realização de validação do design e de protótipo da mesa, um meio de antecipar a atividade de coleta de sangue porvir dos trabalhadores.

Compreendemos que validar é confrontar os diferentes saberes existentes no trabalho. Então, buscamos na perspectiva ergológica o dispositivo de três pólos para formar os saberes,

reconhecer o saber do outro, o que conseqüentemente, “[...] envolve estar igualmente disponível para aprender com ele” (SCHWARTZ, 2010b, p. 265).

Sendo assim, solicitamos aos 12 trabalhadores que participaram do INSATS-BR que apontassem o que poderia melhorar na mesa de coleta para contemplar a atividade de coleta de sangue. Deste total, oito apontaram a necessidade de ter apoio para se colocar a seladora.

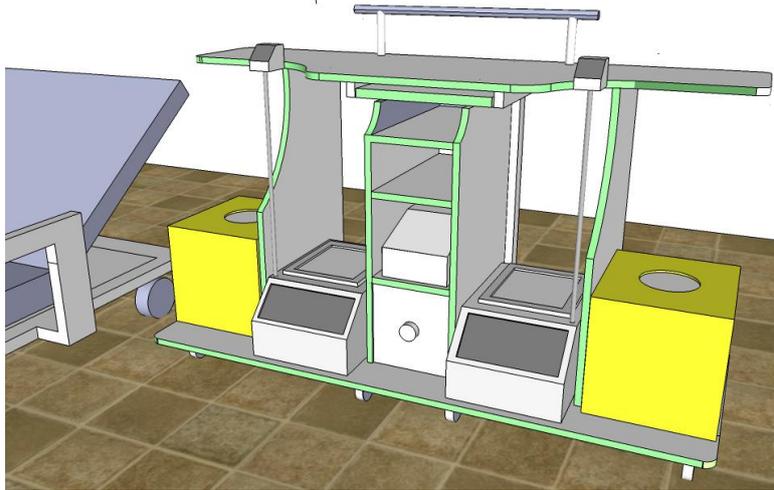


Fig.7: Design do protótipo da mesa de coleta de sangue para os futuros homogeneizadores
Fonte: Da pesquisadora,2011

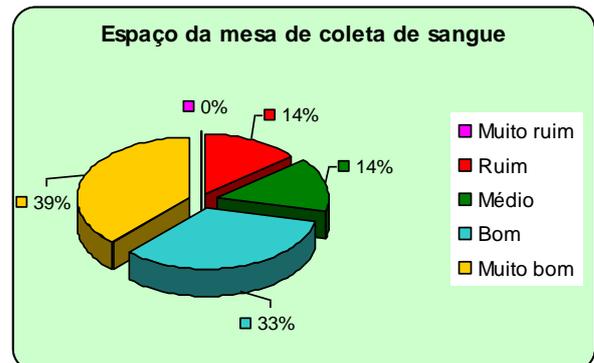
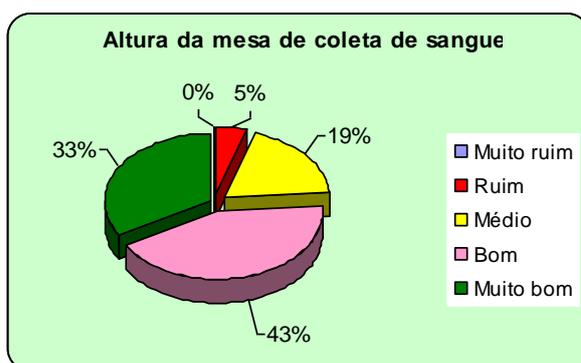
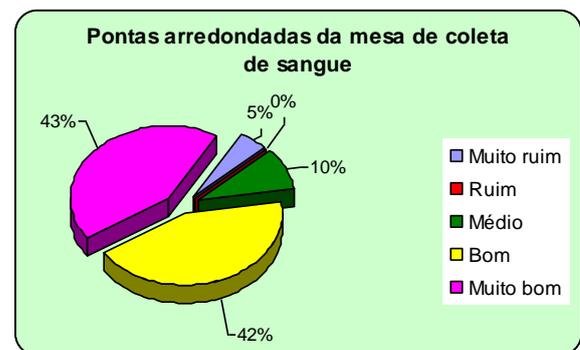
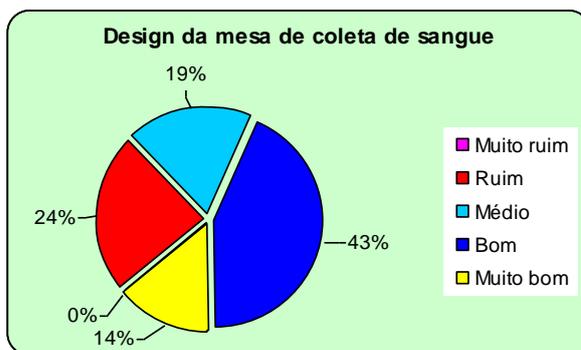
Depois de realizado o design da mesa de coleta de sangue, o validamos com os mesmos sujeitos participantes do INSATS-Br.

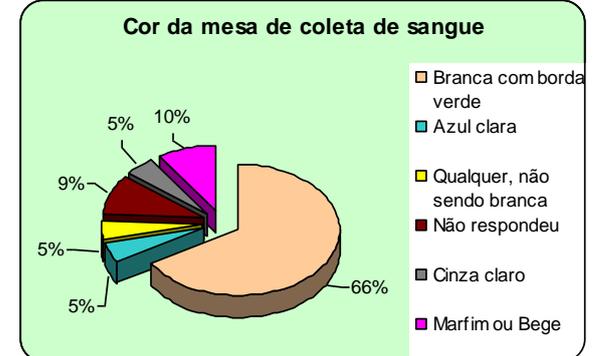
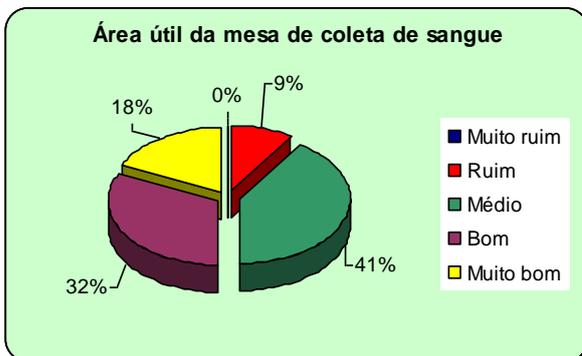
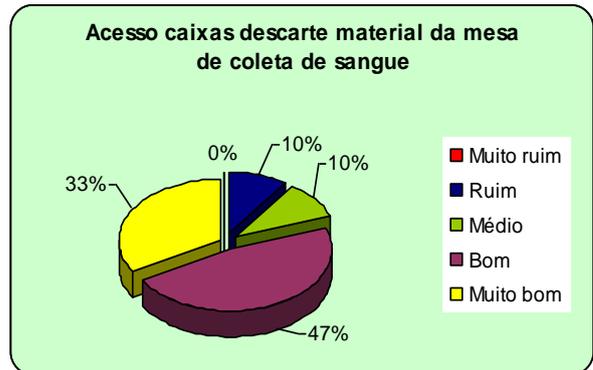
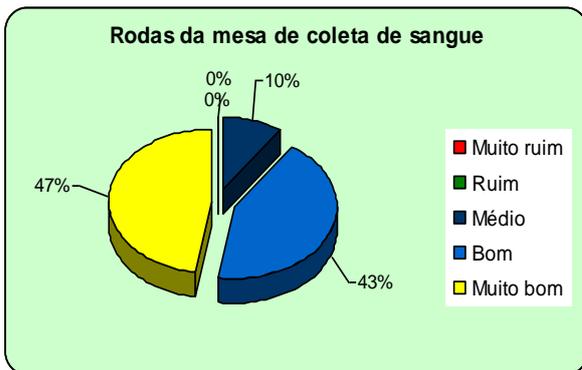
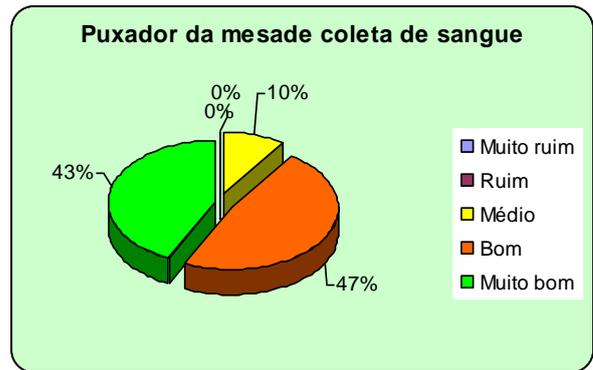
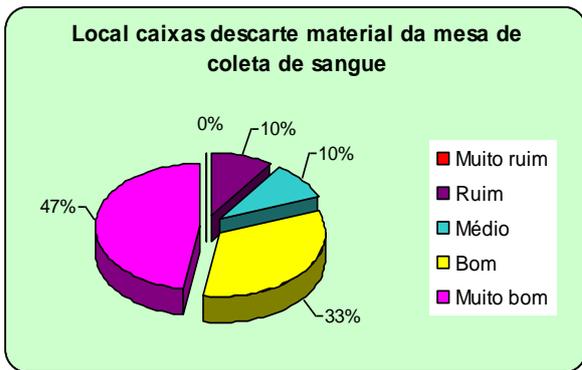
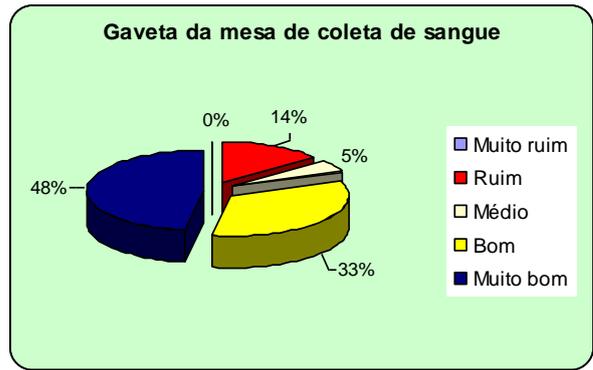
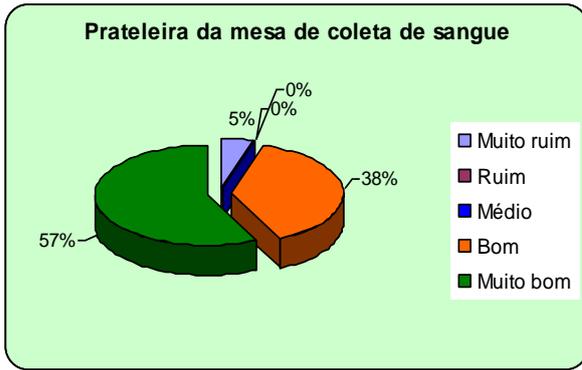
Validado o design, elaboramos o protótipo da mesa e realizamos a validação deste. É importante apontar que o protótipo apresentado, foi projetado para o novo modelo do homogeneizador, fornecido pelos chefes da coordenação de enfermagem e do setor. Por isso, as prateleiras existentes onde se apóiam os homogeneizadores atuais são provisórias e estão no local onde ficarão as caixas para descarte do material utilizado na atividade de coleta de sangue. Não foi possível ter estes novos equipamentos na validação, pois o Estado ainda não os adquiriu.

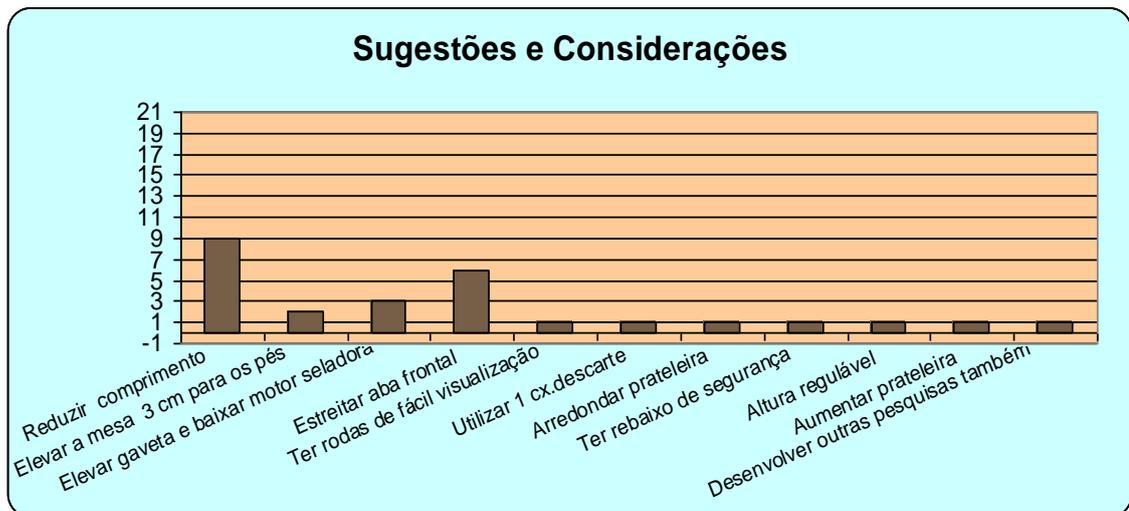
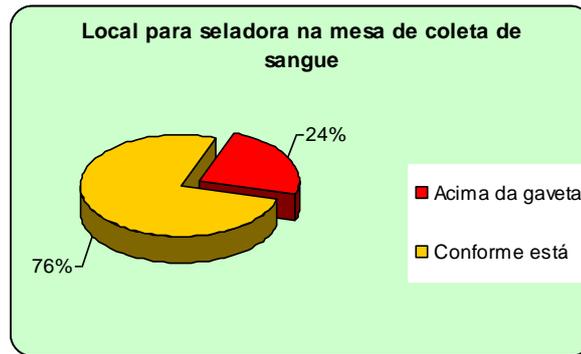


Fig.8: Protótipo da mesa de coleta de sangue com os homogeneizadores atuais.
Fonte: Da pesquisadora, 2011

Abaixo, apresentamos os resultados do instrumento de validação do protótipo da mesa realizado pelos trabalhadores (21) que realizam a atividade de coleta de sangue. Vale ressaltar que durante o período que compreendeu o dia 12 ao dia 18 do mês de fevereiro de 2011, compareceram no Salão de Coleta, 30 trabalhadores coletores de sangue, portanto a validação representa 70% dos trabalhadores presentes no referido período.







Os gráficos demonstram que os aspectos design e área útil, em torno de 50%, foram qualificados como bom e muito bom. A maioria dos outros aspectos ultrapassa 80 % na qualificação de bom e muito bom.

As sugestões e considerações destacam que um pouco menos da metade dos trabalhadores participantes percebem a necessidade de reduzir o comprimento da mesa, pois segundo eles *“Pode dificultar um pouco atender duas intercorrências ao mesmo tempo”*. Ao se comparar o comprimento da mesa de coleta de sangue existente com o comprimento da mesa proposta neste estudo, houve um acréscimo de 20 centímetros. Este aumento se justifica pela obrigatoriedade da retirada dos coletores de resíduos do chão, acoplando-os no protótipo da mesa, pois segundo os chefes da coordenação de enfermagem e do setor a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) solicitou a retirada destes do chão.

Com base nas sugestões e considerações dos trabalhadores, entendemos que ainda podemos realizar algumas modificações no protótipo da mesa de coleta. Não possuímos a intenção de solucionar todas as dificuldades que todos os trabalhadores da atividade de coleta de sangue possuem, pois as variabilidades e diversidades apontadas neste estudo justificam

esta impossibilidade, assim como o caráter dinâmico e enigmático do trabalho. Mas, compreendemos que possibilitamos um espaço de diálogo, escuta e circulação de saberes, fundamental na compreensão e transformação da atividade de trabalho e na construção da saúde do trabalhador.

Abaixo, apresentamos o objeto de transformação da atividade de coleta de sangue (a mesa) com as características construídas coletivamente, compilados neste estudo.

	<p>Ser na cor escolhida pela maioria dos trabalhadores, pois a cor é um elemento humanizador que proporciona maior acolhimento dos usuários e beleza.</p>
	<p>Ser revestida em fórmica, para melhor higienização e cumprimento de normas da ANVISA.</p>
	<p>Ter local para as caixas de descarte, deixando de ser um item de não conformidade apontado pela ANVISA.</p>
	<p>Possuir acesso livre a caixa de descarte dos materiais perfurocortantes, atenuando as posturas com curvatura da coluna vertebral do trabalhador.</p>
	<p>Ter puxador para facilitar a pega na locomoção desta durante a higienização do piso.</p>
	<p>Possuir rodas siliconizadas e com travas, para reduzir o impacto nos equipamentos eletrônicos quando for necessário locomover a mesa e mantê-la fixa para realizar a atividade de coleta.</p>
	<p>Ter um design que permita aos trabalhadores uma visão da dinâmica do salão de coleta.</p>
	<p>Apresentar pontas arredondadas nos vértices da estrutura, minimizando possíveis riscos de acidentes.</p>
	<p>Possuir prateleira móvel para preenchimento de dados de controle da doação.</p>
	<p>Ter gaveta para acondicionar materiais utilizados diariamente.</p>
	<p>Otimizar a área de alcance dos trabalhadores.</p>
	<p>Ser mais baixa que a mesa anterior, reduzindo a elevação dos membros superiores.</p>
	<p>Ter local apropriado para a seladora.</p>

Tabela 3: Características do protótipo da mesa de coleta de sangue

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As transformações sócio-econômicas e tecno-científicas na Hemoterapia avançaram no decorrer dos anos. No Brasil, a AIDS contaminou e ocasionou a morte de muitas pessoas, mostrando existir uma fragilidade na Saúde Pública. Neste contexto, Políticas Públicas foram e ainda são necessárias para garantir a busca da qualidade de coleta de sangue, transformando o trabalho daqueles que estão na linha de frente desta ação. A gestão pela qualidade nos aspectos da saúde e segurança tornou-se algo fundamental nas instituições de saúde privadas como também públicas, porém ainda carece de um olhar que contemple o caráter subjetivo e enigmático do trabalho.

Compreendemos que a saúde e o trabalho são inseparáveis. A saúde pode ser construída ou desconstruída no e pelo trabalho. O trabalho possui um papel fundamental na vida social, política, econômica e psicológica do ser humano. As prescrições não contemplam todos os requisitos da atividade de trabalho. Sempre haverá uma necessidade de uma dinâmica criadora e recriadora, característica do ser humano para gerir a melhor maneira de dar conta das exigências da organização do trabalho. No momento em que o trabalhador busca soluções para contemplar as requisições do trabalho, deve fazer escolhas no aspecto singular e coletivo.

Concluimos que quando a população brasileira é solicitada a doar sangue, os meios de comunicação caracterizam a doação com um ato de altruísmo e amor ao próximo. Porém, a pesquisa mostrou existir uma carência de recursos econômicos e políticos para o desenvolvimento do trabalho de coleta de sangue, que se reflete nas instalações, equipamentos e quantitativo de profissionais capacitados inadequados ou insuficientes. As principais dificuldades destacadas pelos trabalhadores foram: o quantitativo de doadores, as intercorrências e a composição da equipe de trabalho.

Embora neste estudo, os trabalhadores tenham demonstrado um grande amor e orgulho pelo trabalho que realizam, este não é reconhecido pela sociedade e pelo Estado, o que se expressa pelos baixos salários que recebem e pelas condições do trabalho desfavoráveis.

Quanto a relação saúde e trabalho, compreendemos que o estresse, as dores musculares crônicas e os problemas musculares e das articulações na percepção dos trabalhadores possuem relação com a atividade de coletar sangue, com a organização do trabalho e com a quantidade de doadores atendidos. A escuta dos trabalhadores na construção de uma nova mesa de trabalho, apontada por eles como possibilidade e necessidade de mudança, possui relação com o tempo e qualidade de coleta, como também sua saúde.

No que tange aos riscos, embora seja realizada capacitação para os trabalhadores que realizam diferentes funções e atividades no Salão de Doação de Sangue, este estudo demonstrou existir a necessidade de um maior olhar para a educação continuada.

A presente pesquisa certamente não contempla todas as situações do trabalho, mas aponta pistas para a compreensão da atividade pesquisada, a valorização do trabalhador e a transformação da atividade de trabalho por meio da construção coletiva dos saberes.

REFERÊNCIAS

- BARROS-DUARTE, C.; CUNHA, L. & LACOMBLEZ, M. **INSAT: uma proposta metodológica para análise dos efeitos das condições de trabalho sobre a saúde**. Laboreal 3, (2), p.54-62, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde-MS. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. 1996.
- BRASIL. **Constituição: República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC 153**, de 14 de junho de 2004. REGULAMENTO Técnico para os procedimentos hemoterápicos. Brasília-DF; COFEN, 2004.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Do risco à qualidade: a vigilância sanitária nos serviços de saúde**. Carlos Dias Lopes e Flávia Freitas de Paula Lopes. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2008.
- BRITO, Jussara. Trabalho Prescrito. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Observatório dos Técnicos em Saúde (org). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, p. 282-287. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006a.
- BRITO, Jussara. Trabalho Real. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Observatório dos Técnicos em Saúde (org). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, p. 288-294. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006b.
- BRITO, Jussara. **Corpo e trabalho: Em busca de outras formas de intervenção sobre os riscos**. In: Sentidos do Trabalho Humano: Miguel de Simoni, presença e inspiração/Marcelo Firpo Porto e Roberto Bartholo (orgs). Rio de Janeiro: E.Papers Serviços Editoriais, 2006c.
- CANGUILHEM, G. **O Normal e o patológico**. São Paulo: Forense Universitária, 1990.
- CARNEIRO, A.R.; LOPES, M.E.D. (org). **Coletânea de legislação em hemoterapia e hematologia – SBHH**. Rio de Janeiro: Graph Editora, 2002.
- CASTRO SANTOS, L.A.; MORAES, C.; COELHO, V.S.P. **A hemoterapia no Brasil de 64 a 80**. Physis, Rio de Janeiro, v.1, p.161-182, 1991.
- CUNHA, Antonio Geraldo da. **Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa**. 1ª.ed., Lexicon Editorial, 2007.
- D'ACRI, Vanda. **Trabalho e saúde na indústria têxtil de amianto**. São Paulo Perspectiva. 2003, vol. 17, n. 2, p.13-22. ISN 0102-8839.
- DEJOURS, Christophe. **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Tradução de Franck Soudant. 2ª ed. Selma Lancman e Laerte Idal Sznelwar (orgs.). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, Brasília: Paralelo 15, 2008.

- DANIELLOU, François e BÉGUIN, Pascal. Metodologia da Ação Ergonômica: abordagem do trabalho real. In: **Ergonomia**. Pierre Falzon editor, tradução Giliane M.J. et al, revisão técnico-científica: Laerte Idal Sznelwar, Fausto Leopoldo Mascia, Leila Nandin Zidam; revisão bibliográfica: Vera Lúcia Duarte; coordenação da tradução: Laerte Idal Sznelwar. Editora Blücher Ltda, 2007.
- DOPPLER, Françoise. Trabalho e saúde. In: **Ergonomia**. Pierre Falzon editor, tradução Giliane M.J. et al, revisão técnico-científica: Laerte Idal Sznelwar, Fausto Leopoldo Mascia, Leila Nandin Zidam; revisão bibliográfica: Vera Lúcia Duarte; coordenação da tradução: Laerte Idal Sznelwar. Editora Blücher Ltda, 2007.
- DURRIVE, L. O formador ergológico ou “ergoformador”: uma introdução à ergoformação. In: **Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Org. de Yves Schwartz e Louis Durrive. trad. Jussara Brito e Milton Athayde et al. Niterói, p.297-309, 2010.
- DURRIVE, L. & SCHWARTZ, Y. **Glossário da Ergologia**. Laboreal, 4.(1).23-28, 2008. Disponível em: <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=48u560TV6582234396587;63882>. Acesso em 06/08/2009.
- FALZON, Pierre. Natureza, objetivos e conhecimentos da ergonomia. Elementos de uma análise cognitiva da prática. In: **Ergonomia**. Pierre Falzon editor, tradução Giliane M.J. et al, revisão técnico-científica: Laerte Idal Sznelwar, Fausto Leopoldo Mascia, Leila Nandin Zidam; revisão bibliográfica: Vera Lúcia Duarte; coordenação da tradução: Laerte Idal Sznelwar. Editora Blücher Ltda, 2007.
- FERREIRA, Mario César. Atividade, categoria central na conceituação de trabalho em ergonomia. **Revista Alethéia**, Canoas.RS, v.1, n.11, p.71-82, 2000.
- FIDLARCZYK, Delaine; FERREIRA, Sonia Saragosa. **Enfermagem em Hemoterapia**. Medbook Editora Científica Ltda, 2008.
- FILHO, Luiz Amorim. **Textos de Apoio em Hemoterapia: uma abordagem histórica e social**. In: Hemoterapia. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio(org). Volume 1. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
- GARRIGOU, A.; PEETERS, S.; JACKSON, M.; SAGORY, P.; CARBALLEDA, G. Contribuições da ergonomia à prevenção dos riscos profissionais. In: **Ergonomia**. Pierre Falzon editor, tradução Giliane M.J. et al, revisão técnico-científica: Laerte Idal Sznelwar, Fausto Leopoldo Mascia, Leila Nandin Zidam; revisão bibliográfica: Vera Lúcia Duarte; coordenação da tradução: Laerte Idal Sznelwar. Editora Blücher Ltda, 2007.
- GUÉRIN, F; LAVILLE, A; DANIELLOU, F; DURRAFOURG, J e KERGUELEN, A. **Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia**. Trad. Giliane M.J.Ingratta e Marcos Maffei. Editora Blücher Ltda, 2001.
- HENS, R. e SAVOYE, A. (coord.). **Perspectives de l'Analyse Institutionnelle**. Paris: Méridiens Klincksieck, 1988.
- IIDA, Itiro. **Ergonomia, Projeto e Produção**. Editora Edgar Blücher Ltda. São Paulo, 2005.

- JUNQUEIRA, P.C. **O Essencial da transfusão de sangue**. São Paulo: Organização Andrei, 1979.
- JUNQUEIRA, P. C.; ROSENBLIT, J.; HAMERSCHLAK, N. História da Hemoterapia no Brasil. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, 27 (3), p. 201-207, 2005.
- KLÜCK, Mariza e PROMPT, Carlos Alberto. O Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar na Gestão da Qualidade Assistencial. In: **Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas**. Antonio Quinto Neto; Olimpio J.Noueira V. Bittar (orgs.). Porto Alegre: Dacasa, 2004.
- LACAZ, Francisco Antonio de Castro. **Saúde do Trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical**. 1996. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.
- LAUREL, Asa Christina. **Processo de Trabalho e Saúde**. Revista Saúde em Debate, nº. 38. Rio de Janeiro: Ed. Muro, 1981.
- LIMA, F.P. A. e JACKSON-FILHO, J.M. Prefácio à Edição Brasileira. In: **A Ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos**. Coordenador François Daniellou; coordenadora da tradução Maria Irene Stocco Betiol; revisão técnico-científica Laerte Idal Sznelwar, Leila Nadim Zidan. São Paulo: Edgard Blücher, 2004.
- MILLANVOYE, Michel. As ambiências físicas no posto de trabalho. In: **Ergonomia**. Pierre Falzon editor, tradução Giliane M.J. et al, revisão técnico-científica: Laerte Idal Sznelwar, Fausto Leopoldo Mascia, Leila Nandin Zidam; revisão bibliográfica: Vera Lúcia Duarte; coordenação da tradução: Laerte Idal Sznelwar. Editora Blücher Ltda, p. 73-95, 2007.
- MINAYO, M.C. de S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1993.
- MORAES, Cecília Arlene. Inibição do processo de acreditação em vista da cultura organizacional. In: **Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas**. Antonio Quinto Neto; Olimpio J.Noueira V. Bittar (orgs.). Porto Alegre: Dacasa, 2004.
- MORIN, Estelle M. Os Sentidos do Trabalho. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v.41, nº 3, p.8-19 .Jul./Set. 2001.
- OLIVEIRA, Simone Santos Silva. Um olhar sobre a saúde a partir da dimensão gestonária do trabalho: contradições e ambigüidades no telemarketing. **Tese de doutorado da Escola Nacional de Saúde Pública -ENSP-FIOCRUZ**, 2007.
- SANTOS, Luiz Antonio de Castro. Doação, transfusão e laços de sangue: cultura e sociedade no Brasil Contemporâneo. **História, Ciências, Saúde -Manguinhos**, v. 2, nº1. RJ-Mar/Jun, 1995. ISSN 0104-5970.

- SCHWARTZ, Yves. O Trabalho e Ergologia. In: **Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Yves Schwartz; Louis Durrive (orgs.) Trad. Jussara Brito; Milton Athayde et al. p. 25-46, Niterói: Eduff, 2010a.
 - SCHWARTZ, Yves. O homem, o mercado e a cidade. In: **Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Schwartz & Durrive (orgs.), p. 249-276, Niterói: Eduff, 2010b.
 - SCHWARTZ, Yves. O trabalho e o ponto de vista da atividade. In: **Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Schwartz & Durrive (orgs.), p. 47-82, Niterói: Eduff, 2010c.
 - SCHWARTZ, Yves. Trabalho e uso de si. In: **Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Schwartz & Durrive (orgs.), p. 191-206, Niterói: Eduff, 2010d.
 - SCHWARTZ, Yves. Técnicas e Competências. In: **Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Schwartz & Durrive (orgs.), p. 187-204, Niterói: Eduff, 2010e.
- I
- SCOPINHO, Rosemeire Aparecida. **Vigiando a vigilância: saúde e segurança no trabalho em tempos de qualidade total**. São Paulo: Annablume: Fapesp, 2003.
 - SPINDOLA, Thelma. Mulher, mãe e... trabalhadora de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 34, n. 4, Dec. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342000000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Jun. 2011.
 - TELLES, A.L. ; ALVAREZ, D. Interfaces ergonomia-ergologia: uma discussão sobre trabalho prescrito e normas antecedentes. In: **Labirintos do Trabalho:interrogações e olhares sobre o trabalho vivo**. Marcelo Figueiredo; Milton Athayde; Jussara Brito; Denise Alvarez (orgs.). Rio de Janeiro: DP&A,2004. (capitulo 3)
 - TEIGER, Catherine. Lê travail, cet obscur objet de l'ergonomia. In: **Actes du Colloque Interdisciplinaire" Travail: recherche et prospective"**. Thème Transversal n° 1. Concept de Travail. CNRS, PIRTTEM, ENS de Lyon. p 111-126, 1992.
 - TERSAC, G.; MAGGi, B. O trabalho e a abordagem ergonômica. In: **A Ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos**. Coordenador François Daniellou; coordenadora da tradução Maria Irene Stocco Betiol; revisão técnico-científica Laerte Idal Sznelwar, Leila Nadim Zidan. São Paulo: Edgard Blücher, 2004.
 - VIDAL, Mario César. **Ergonomia na Empresa: útil, prática e aplicada**. Mário César Vidal, 2ª edição. Rio de Janeiro: Ed. Virtual Científica, 2002.
 - WALDOW, Vera Regina. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem**. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa Coletar Sangue ou Coletar Vida? Um Estudo Sobre a Saúde dos Trabalhadores de Um Serviço de Hemoterapia.

Você foi selecionado por ser trabalhador da Sala de Coleta de Doadores e exercer a atividade de coletar sangue. Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Os objetivos deste estudo são analisar as situações de trabalho da Sala de Coleta de Doadores e sua relação com a saúde dos trabalhadores; verificar as variabilidades presentes na atividade de coleta de sangue; apreender os sentidos que os trabalhadores atribuem ao seu fazer e identificar os riscos existentes no ambiente de trabalho.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário, que levará aproximadamente 30 minutos para ser preenchido e fazer parte de uma análise ergonômica do trabalho, na qual a pesquisadora estará realizando observações quanto ao trabalho realizado e dialogando com os participantes desta pesquisa para compreender a atividade de trabalho. A aquisição das imagens, adquiridas pela máquina fotográfica não terão a identificação do rosto ou quaisquer dispositivos (crachá, nome no jaleco, etc.) que permitam a identificação dos sujeitos participantes, serão focadas apenas as posições corporais objetivando favorecer a compreensão das posturas utilizadas na atividade de trabalho. Todo material coletado na pesquisa será arquivado durante cinco anos a partir da data do término da mesma.

Não decorrerão da sua participação nesta pesquisa quaisquer riscos físicos, morais ou constrangimentos, pois seu sigilo será garantido.

Ao participar desta pesquisa você estará beneficiando compreender a atividade de coleta de sangue para possibilitar transformações que favoreçam a saúde dos trabalhadores da Sala de Coleta de Doadores.

As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, pois não existirá identificação do participante no questionário e somente a pesquisadora terá acesso às informações obtidas.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional da pesquisadora principal e o do CEP⁴, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Katia Butter Leão de Freitas
Pesquisadora Responsável⁵

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

⁴ Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti-HEMORIO – Rua Frei Caneca, 8 sala 324 –Centro-Rio de Janeiro -CEP.20211-030 - Tel: (21) 2299-9442 r. 2215 – fax: 2242-4250 - <http://www.hemorio.rj.gov.br> – cep@hemorio.rj.gov.br

⁵ Katia Butter Leão de Freitas Endereço: ENSP - Rua Leopoldo Bulhões 1480, Mangunhos, Rio de Janeiro - RJ. CEP. 21041-210 - Telefone: (21) 97651952 – katia.butter@gmail.com.

APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DO PROTÓTIPO DA MESA DE COLETA DE SANGUE

Sou pesquisadora do Curso de Mestrado em Saúde Pública, subárea Saúde, Trabalho e Ambiente da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca-FIOCRUZ. Você está sendo convidado para participar da **validação da mesa para a atividade de coletar sangue**, objeto resultante da pesquisa - Coletar Sangue ou Coletar Vida? Um Estudo Sobre a Saúde dos Trabalhadores de Um Serviço de Hemoterapia. Você terá o sigilo de sua identidade preservado ao participar na resposta desta ferramenta e estará nos auxiliando a melhor compreender a atividade de coleta de sangue, a propor oportunidades de melhoria aos postos de trabalho e na saúde dos trabalhadores que realizam esta atividade.

Sua participação é muito importante!

Katia Butter Leão de Freitas

Data:.....

Hora:.....

Para o preenchimento desta ferramenta, deve-se observar a escala na legenda ao lado, indicando a sua opinião a respeito das condições de cada item, referente a mesa de coleta para a atividade de coleta de sangue.

LEGENDA	
1	<i>muito ruim</i>
2	<i>ruim</i>
3	<i>médio</i>
4	<i>bom</i>
5	<i>muito bom</i>

- () Desenho do formato da mesa
- () Pontas arredondadas nos vértices da estrutura
- () Altura da mesa
- () Espaço para organizar materiais e instrumentos
- () Prateleira móvel para preenchimento da ficha de controle de doação.
- () Gaveta para acondicionar materiais
- () Puxador para a locomoção da mesa
- () Rodas siliconizadas com travas
- () Local para as caixas de descarte de resíduos
- () Acesso à abertura das caixas de descarte de resíduos
- () Área útil de alcance do trabalhador

A mesa deve ser na cor

Local para o suporte da seladora.....

Sugestões e considerações:

.....

.....

.....

.....

.....

.....