



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



Joseane Pessanha Ferreira

**A restituição de resultados como proposta de pesquisa-intervenção em Saúde do Trabalhador:** contribuições para a ampliação do poder de agir de profissionais de enfermagem de hospitais municipais do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro

2016

Joseane Pessanha Ferreira

**A restituição de resultados como proposta de pesquisa-intervenção em Saúde do Trabalhador:** contribuições para a ampliação do poder de agir de profissionais de enfermagem de hospitais municipais do Rio de Janeiro.

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de doutor em ciências.

Orientadora: Dra. Lúcia Rotenberg  
Coorientadora: Dra. Claudia Osorio da Silva

Rio de Janeiro

2016

## Catalogação na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

F383r      Ferreira, Joseane Pessanha  
A restituição de resultados como proposta de pesquisa - intervenção em Saúde do Trabalhador: contribuições para a ampliação do poder de agir de profissionais de enfermagem de hospitais municipais do Rio de Janeiro. / Joseane Pessanha Ferreira. -- 2016.  
186 f. : il. color.

Orientador: Lúcia Rotenberg.  
Coorientadora: Claudia Osorio da Silva.  
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

1. Saúde do Trabalhador. 2. Pesquisa. 3. Hospitais Municipais.  
4. Enfermagem. 5. Recursos Humanos de Enfermagem no Hospital.  
6. Vigilância em Saúde do Trabalhador. 7. Condições de Trabalho.  
8. Avaliação de Resultados (Cuidados de Saúde). I. Título.

CDD – 22.ed. – 363.11098153

Joseane Pessanha Ferreira

**A restituição de resultados como proposta de pesquisa-intervenção em Saúde do Trabalhador:** contribuições para a ampliação do poder de agir de profissionais de enfermagem de hospitais municipais do Rio de Janeiro.

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de doutor.

Aprovada em 31 de março de 2016.

Banca Examinadora

---

Dra. Maria Elizabeth Barros de Barros, UFES

---

Dr. Helder Pordeus Muniz, UFF

---

Dr. Jorge Mesquita Huet Machado, ENSP

---

Dra. Simone Santos Oliveira, ENSP

---

Dra. Lúcia Rotenberg, ENSP

Rio de Janeiro

2016

*“Mamãe, mas o que você tem é um emprego ou um trabalho?”*

Mas o que você entende por trabalho? E por emprego?

*Nada....*

Entende alguma coisa sim, filho! Você falou dos dois...

Então, o que você acha que é emprego e o que você acha que é trabalho?

*Emprego é um trabalho comum... E trabalho é quando você aprende, ensina, faz as coisas.”*

Pra você, meu filho mais que amado João Pedro, pelos nossos afetos e pelo encantamento que me proporciona nesse *trabalho* de ser mãe!

A todos que estiveram comigo nesse caminho!

## AGRADECIMENTOS

Às minhas queridas orientadoras! Obrigada pela competência compartilhada de maneira tão responsável, serena e compreensiva. Obrigada pelo cuidado com o nosso trabalho e comigo. Lúcia e Cláudia, vocês são especiais!

Aos professores membros da banca, pelas contribuições cuidadosas com esse trabalho.

Aos professores e colegas de disciplinas cursadas ao longo do doutorado, pelas discussões acadêmicas enriquecedoras e pela convivência fraterna.

Ao CNPq, pelo apoio financeiro para o desenvolvimento desse trabalho.

Às trabalhadoras e trabalhadores de enfermagem dos hospitais onde as atividades dessa pesquisa se realizaram. Obrigada pela parceria!

À SMS-Rio, pela aceitação desse trabalho. Agradeço especialmente à Márcia Agostini (coordenadora do NUSAT, à época da pesquisa), Carla Brasil (assessora do subsecretário dos Hospitais de Urgência e Emergência, à época da pesquisa), Marco Esser (da Coordenadoria de Gestão de Pessoas) e Ana Brum (da Gerência de Ambiente e Relações de Trabalho) e suas equipes, pelo apoio direto nas atividades e por acreditarem nas nossas propostas.

Às colegas de turma, Cláudia, Dani, Karen, Louise e Mariana. Pela amizade que construímos, pelos afetos que nos permitimos. Somos uma turma especial!

Aos participantes do NUTRAS, pelos nossos bons encontros, pela acolhida e apoio. Pena que não participei mais intensamente...

À Juliana, Danielle e Jeane, pelas ajudas nos trabalhos de campo. Vocês foram essenciais para que tudo isso acontecesse.

Aos amigos do grupo de pesquisa da Fiocruz. Que gratificante poder trabalhar com vocês! Um beijo e agradecimento especial para Lulu, Kâli, Thiago e Ju, que tanto me ouviram e afa-garam, dando-me coragem para seguir nesse caminho por vezes tão tenso.

Àqueles que amo muito!

Ao meu filho, que me encoraja, alegre, compreende e entusiasma! Te amo mais que um milhão de céus vezes infinito, e mais um pouco!

Ao meu marido, pelo bom humor e abraços nos momentos mais difíceis, marcando seu apoio e companheirismo.

Aos meus pais, que sempre me incentivam e encorajam na vida. Obrigada pelas orações e pelo amor infinito.

Às minhas irmãs e cunhados, pelas conversas amigas, pelas risadas, pelo sossego que o carinho de vocês me passa.

Às minhas sobrinhas, pela alegria sincera que contagia.

À família do Pedro, que hoje também é minha, pelos momentos de descontração importantes nesse processo por vezes angustiante.

À Andréia, Maurício e Gabriel, pela amizade e ajudas carinhosas e calorosas com o João, nos momentos em que precisei ter mais tempo para a tese.

A Deus, pela presença serena e forte, constante em minha vida.

*... que a importância de uma coisa não se mede com fita métrica nem com balanças nem barômetros etc. Que a importância de uma coisa há que ser medida pelo encantamento que a coisa produza em nós.*

*Manoel de Barros*



## RESUMO

A presente tese volta-se para a restituição dos resultados de um estudo epidemiológico, o “Estudo da Saúde dos Enfermeiros”. Trata-se de uma pesquisa-intervenção em saúde do trabalhador, na qual procurou-se aprimorar as atividades de restituição dos resultados de pesquisa sobre relações saúde-trabalho com profissionais de enfermagem de hospitais públicos do Rio de Janeiro. O processo de restituição dos resultados desenvolvido, constituído de modo grupal e dialógico, buscou sair de uma devolução de resultados de pesquisa como prática instituída. Contou-se com a Análise Institucional francesa e a Clínica da Atividade como aportes teórico-metodológicos. O objetivo foi problematizar os modos instituídos de devolução de resultados de pesquisa, buscando engendrar situações que contribuíssem para a ampliação do poder de agir dos trabalhadores no que se refere à saúde e ao trabalho em enfermagem. Os métodos abrangeram etapas informativas e participativas, com a distribuição dos folhetos de resultados, palestras interativas sobre os resultados e a realização de Grupos de Discussão de Resultados. Foram realizados dois Encontros de Saúde do Trabalhador de Enfermagem dos Hospitais de Urgência e Emergência do município do Rio de Janeiro que promoveram a elaboração – por trabalhadores e Direção Geral e de Enfermagem – de um problema-solução viável no âmbito da gestão daquele Hospital, bem como o acompanhamento das propostas pela equipe de pesquisa. Os Grupos de Discussão de Resultados funcionaram positivamente como atividades prévias aos Encontros. Com relação aos problemas e soluções propostas pelos dois hospitais analisados, no caso do HMSF teve-se o adoecimento dos trabalhadores e o estar de enfermagem, que foram encaminhadas. Já no HMMC, a falta de atendimento médico para o trabalhador dentro da unidade e a falta de comunicação entre a equipe de enfermagem, que não foram encaminhadas até o 2º Encontro. Avaliou-se que a pesquisa-intervenção pôde contribuir para a ampliação do poder de agir dos trabalhadores de enfermagem do HMSF no que se refere a melhorias das suas relações saúde-trabalho. Já com relação ao HMMC, pode-se dizer que as atividades dessa pesquisa-intervenção, apesar de problematizarem o processo de restituição dos resultados de pesquisa, não indicaram resultados satisfatórios em relação a uma possível contribuição para o desenvolvimento do poder de agir dos trabalhadores de enfermagem, no que se refere às suas relações trabalho-saúde. Tais análises devem-se, principalmente, ao fato de perceber ou não, no curso das atividades desenvolvidas nesses hospitais, indicadores dessa ampliação, como, por exemplo, deslocamentos das posturas e lugares ocupados pelos atores envolvidos acerca das questões de saúde e trabalho, assim contribuindo para o desenvolvimento de si mesmos e da sua atividade. O uso dos resultados de uma pesquisa epidemiológica a partir de uma lógica diferenciada daquela majoritariamente adotada nessa modalidade de investigação produziu efeitos no campo de investigação como no próprio grupo de pesquisa. Percebe-se, então, um processo de construção em mão-dupla, onde pesquisador e objeto de pesquisa se (re)criam-se em concomitância. A conjugação entre a análise institucional francesa e a Clínica da Atividade se mostrou profícua para os objetivos propostos. Além disso, avaliou-se que as intervenções realizadas combinam com pressupostos das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, tendo culminado em ações concretas de intervenção, a partir da atuação dos trabalhadores, mesmo que em nível micro no que se refere à complexidade do trabalho.

Palavras-chave: restituição; pesquisa-intervenção; saúde do trabalhador; poder de agir; enfermagem.

## ABSTRACT

The present thesis is related to the return of results of an epidemiological study, “The Study of Nurses’ Health”. It was an intervention-research in the Workers’ Health field, which sought to improve activities of restitution of results from the research on the work-health relationships with nursing professionals of public hospitals in Rio de Janeiro. The process of restitution of results developed, constructed in a collective and dialogical way, tried to avoid the restitution of research results as an established practice. The French Institutional Analysis and the Clinics of Activity were used for theoretical-methodological support. The goal was to question the established research result returns modes, seeking to devise situations which would contribute to the expansion of workers’ power to act in relation to health and work in nursing. The methods covered informative and participative steps, with the distribution of results leaflets, interactive speeches on the results and the achievement of Results Discussion Groups. Two Encounters on Nursing Workers’ Health in Emergency and Urgency Hospitals of the municipality of Rio de Janeiro (Hospital Municipal Salgado Filho – HMSF and Hospital Municipal Miguel Couto - HMMC) were achieved, which promoted the development - by workers plus General and Nursing Management – of a problem-solution viable for the management of that hospital and the monitoring of proposals by the research team. The Results Discussion Groups worked positively as prior activities to Encounters. As for problems and solutions proposed by the two hospitals analysed, in the case of HMSF there were worker illnesses and a resting place for nurses, which were forwarded. As for HMMC, the lack of medical care for workers within the unit and the communication gap among the nursing team that were not forwarded until the second Encounter. The intervention-research was evaluated as being able to contribute to the expansion of nursing worker’s power to act at HMSF in what refers to the improvement of their health-work relations. As for HMMC, it can be said that activities of this research-intervention, despite problematizing the return of research results process, did not indicate satisfactory results toward a possible contribution for the development of nursing worker’s power to act in what refers to their work-health relations. Such analyses are, mainly, due to the fact of perceiving or not indicators of this expansion in the course of activities developed in these hospitals, as, for example, change of postures and places occupied by actors involved in health and work matters, therefore contributing for self-development and of their activity. The use of results of an epidemiological research form a differentiated logic from that majorly adopted in this modality of investigation, produced effects in the field of investigation as in the research team itself. Therefore, a two way construction process can be perceived, where researcher and object of research (re)create themselves in concomitance. The combination between the French Institutional Analysis and the Clinics of Activity proved fruitful for the proposed objectives. In addition, it evaluates that interventions accomplished are in line with assumptions of the Workers’ Health Surveillance actions, culminating in concrete actions of intervention, from the worker’s performance, even at micro level in relation to the complexity of work.

Keywords: return; intervention-research; workers’ health; power to act; nursing

**LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 -	Artigos oriundos da busca em site geral da internet.....	43
Quadro 2 -	Artigos oriundos da busca em base de dados específica (BVSPsi).....	45

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

BVSPsi	Biblioteca Virtual em Saúde – Psicologia Brasil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CGP	Coordenadoria de Gestão de Pessoas
Cofen	Conselho Federal de Enfermagem
Coren	Conselho Regional de Enfermagem
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESE	Estudo da Saúde dos Enfermeiros
ESTE HUE	Encontro de Saúde do Trabalhador de Enfermagem dos Hospitais de Urgência e Emergência
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GART	Gerência de Ambiente e Relações de Trabalho
HMMC	Hospital Municipal Miguel Couto
HMSF	Hospital Municipal Salgado Filho
IOC	Instituto Oswaldo Cruz
LEAS	Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde
MS	Ministério da Saúde
NUSAT	Núcleo de Saúde do Trabalhador
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
SMS-Rio	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SubHUE	Subsecretaria dos Hospitais de Urgência e Emergência
SubVISA	Subsecretaria de Vigilância Sanitária
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	14
<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	19
<b>OBJETIVO.....</b>	20
<b>REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....</b>	21
ALGUNS CONCEITOS DA ANÁLISE INSTITUCIONAL.....	22
CONTRIBUIÇÕES DA CLÍNICA DA ATIVIDADE.....	25
<b>Considerações acerca do conceito de poder de agir em artigos sobre as relações saúde-trabalho no Brasil .....</b>	32
<b>MÉTODOS E TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO.....</b>	46
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	53
A RESTITUIÇÃO COMO PESQUISA-INTERVENÇÃO NO HOSPITAL MUNICIPAL SALGADO FILHO.....	58
A RESTITUIÇÃO COMO PESQUISA-INTERVENÇÃO NO HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO.....	79
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	98
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	105
<b>ANEXOS.....</b>	109
<b>APÊNDICES.....</b>	146

## INTRODUÇÃO

---

A presente tese volta-se para a restituição dos resultados do estudo epidemiológico “Estudo da Saúde dos Enfermeiros” (ESE)<sup>1</sup>, desenvolvido, entre 2010 e 2011, pelo grupo de pesquisa do Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde (LEAS) do Instituto Oswaldo Cruz (IOC)/ FIOCRUZ.

A devolução de resultados de pesquisa sempre foi uma prática privilegiada nesse grupo, a partir de uma postura ética. No entanto, se realizava de maneira individual, personalizada e apenas informativa. A partir do mestrado da pesquisadora autora dessa tese (entre os anos de 2007 e 2009), a devolução de resultados de pesquisas neste grupo passou a incluir atividades que privilegiam o diálogo e a participação dos trabalhadores, a partir do conceito de restituição da Análise Institucional francesa, no sentido da produção de novos resultados, vistos aqui como dados em construção e que não se encerram com a etapa de coleta e análise realizada de maneira unilateral, pela equipe de pesquisa (Lourau, 1993). Desta forma, a restituição dos resultados é vista nesse grupo como um momento privilegiado de pesquisa, tão relevante quanto os outros que compõem seus estudos.

Tais atividades de restituição, à época do mestrado, partiram do diálogo entre, principalmente, trabalhadores e pesquisadores, e voltaram-se para a análise coletiva dos resultados obtidos e produção de novos resultados, a partir do diálogo entre os saberes da academia e da experiência. Buscávamos, assim, a ampliação do poder de agir dos trabalhadores e possíveis desdobramentos em prol das suas condições de trabalho e saúde, apostando na potência do debate para essa ampliação.

Apesar de, em alguns momentos, se estabelecer esse diálogo entre os saberes da experiência e da academia, a ampliação do poder de agir dos trabalhadores que foi possível observar foi considerada insatisfatória (Pessanha, Osório-da-Silva e Rotenberg, 2013). A partir das limitações apontadas por esse estudo, os novos encaminhamentos para essa pesquisa de tese envolveram (i) a inclusão de novos atores, no caso, aqueles que ocupavam posições-chave na gerência dos hospitais, bem como (ii) o foco em questões cuja solução dependesse principalmente de pactuação entre esses atores. Procuramos, então, com esta tese, aprimorar as atividades de restituição dos resultados de pesquisa sobre relações saúde-trabalho com profissionais de enfermagem de hospitais públicos do Rio de Janeiro.

---

<sup>1</sup> Maiores informações sobre o estudo no site <http://www.ioc.fiocruz.br/enfsaude/saude.php>  
Em anexo (anexo 1), informações sobre a pesquisa e a devolução dos resultados, a partir da página da internet citada acima.

Acreditamos que atividades como as realizadas nessa pesquisa, por meio do conhecimento compartilhado, entre pesquisadores, trabalhadores e gerentes, seus debates e a proposta de construção coletiva de ações, poderiam contribuir para o desenvolvimento, principalmente dos trabalhadores, no sentido de se deslocarem do lugar da queixa para passar à ação, assim transformando a sua situação de trabalho e vida. Esperamos, então, que as atividades de restituição de resultados previstas como atividades de campo dessa pesquisa de tese, construídas a partir do percurso ao longo dos anos desse grupo de pesquisa, pudessem se configurar como uma ferramenta para a ampliação do poder de agir dos trabalhadores.

Este estudo se insere no campo da Saúde do Trabalhador, que tem como principal compromisso a mudança do quadro de saúde da população brasileira, marcado pela precariedade dos processos de trabalho. Trata-se de um campo<sup>2</sup> prático-teórico interdisciplinar, que, a partir de influências como a da experiência do Movimento Operário Italiano, preconiza a participação dos trabalhadores em sua práxis (Minayo-Gomez e Thedim-Costa, 1997). Em um artigo muito conhecido e referenciado no campo, publicado em 1997, Minayo-Gomez e Thedim-Costa afirmavam que a saúde do trabalhador “é uma meta, um horizonte, uma vontade que entrelaça trabalhadores, profissionais de serviços, técnicos e pesquisadores sob premissas nem sempre explicitadas e consensualizadas” (p.24)<sup>3</sup>. Trata-se, então, de um campo relativamente recente, de grande complexidade quanto ao seu objeto e âmbito de atuação e produção de conhecimento, de forma que ainda apresenta lacunas e desafios a serem enfrentados (Costa et al, 2013; Minayo-Gomez, Machado e Pena, 2011; Minayo-Gomes e Lacaz, 2005).

Para Minayo-Gomez, Machado e Pena (2011), apesar dos inegáveis avanços teóricos e empíricos no campo da Saúde do Trabalhador, “há lacunas importantes na

---

<sup>2</sup>Sabemos acerca da discussão sobre classificar a saúde do trabalhador como campo ou área. Em breve busca bibliográfica, percebemos que alguns autores usam ambas as expressões (Vasconcellos, Minayo-Gomez e Machado, 2014; Minayo-Gomez, Machado e Pena, 2011) e outros optam por privilegiar uma delas, especialmente “campo” (Osório-da-Silva e Ramminger, 2013; Costa et al, 2013). Em referência direta a essa discussão, Minayo-Gomez, (2011) aponta na direção da inexistência de uma resposta definitiva. A partir da concepção de campo de Bourdieu, o autor indica que deveríamos falar de um “‘campo de relações trabalho-saúde’ e entendermos que dentro dele estaria a saúde do trabalhador como proposta da saúde coletiva.” No entanto, ainda usando a concepção de Bourdieu, que diz que o campo se configura como uma construção coletiva que cria *habitus*, o autor questiona se “Poderíamos, por exemplo, afirmar hoje que os profissionais pesquisadores e trabalhadores que atuam na chamada área de saúde do trabalhador compartilham um mesmo paradigma (...) Será que quando verbalizamos que o nosso é um campo ‘em construção’, não queremos dizer que estamos pouco institucionalizados, com limitado acordo entre os pares (pesquisadores, gestores e profissionais de saúde e trabalhadores) sobre conceitos e categorias estruturantes (...)?” (p. 29-30). No caso desta tese optamos pela utilização de campo da saúde do trabalhador.

<sup>3</sup> Vale ressaltar que tal afirmação foi confirmada por um dos autores em publicação mais recente (Minayo-Gomez, 2011).

construção do conhecimento que só serão superadas por meio da intensificação da articulação entre as análises teóricas, as propostas políticas e as ações de intervenção, conforme tem sido a tradição desse campo” (p. 21). Em 2011, então, Minayo-Gomez, em relação ao campo das relações saúde-trabalho, chama a atenção para a necessidade de investir “no aprofundamento teórico, no encontro de todos os atores e em planos de ação que promovam maior consenso” (p.33), o que para ele permitirá avançar em uma construção sólida desse campo. Em relação à contribuição dos trabalhos acadêmicos, o autor aponta que “faltam propósitos implícitos ou explícitos para que os produtos do conhecimento científico produzam consequências benéficas e constituam subsídios para a elaboração de políticas públicas” (p. 33).

No entanto, é extremamente relevante para o campo a instituição da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), em 2012 (Ministério da Saúde, 2012). Esta política constituiu um grande avanço para o campo das relações saúde-trabalho, visto que responde à proposta que a sociedade civil e profissionais da saúde aspiravam desde a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (Minayo-Gomez, 2014). Para o autor, “No documento da PNSTT, está expresso de forma bastante consistente e pormenorizada o patrimônio reflexivo e de prática acumulado ao longo das últimas décadas.” (p.4614). De toda maneira, em outro artigo chama a atenção de que há um árduo caminho a se trilhar no que se refere à aplicação das diretrizes previstas e implementação de ações efetivas (Minayo-Gomez, 2013). Para ele:

*“Temos para frente uma tarefa coletiva, que demanda empenho de todos os atores no estabelecimento de pactos entre instituições públicas, centros acadêmicos e instâncias organizativas da sociedade civil de tornar realidade prática uma política que construímos. É um imenso desafio a ser enfrentado com realismo e dedicação por todos os que acreditam ser possível investir em uma classe trabalhadora com mais saúde, mais ciente de seus direitos e mais participante na sua conquista.” (p.24).*

A PNSTT prevê, como uma de suas estratégias, o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (capítulo III, art.9º, VII), pressupondo “a articulação estreita entre os serviços e as instituições de pesquisa” e “o desenvolvimento de projetos de pesquisa-



intervenção que possam ser estruturantes para a saúde do trabalhador no SUS” (MS, 2012, p.8), dentre outros. Nesse sentido, acreditamos que, por mais que não tenhamos atuado junto àquelas instâncias previstas como campos específicos de atuação e desenvolvimento dessa política (como os CERESTs), ao atingir os objetivos da presente proposta podemos contribuir para avanços nesse campo<sup>4</sup>.

Com este processo de restituição dos resultados constituído de modo grupal e dialógico, que se configura como objeto dessa tese, buscamos sair de uma devolução de resultados de pesquisa como prática instituída, e para isso contamos com o apoio da Análise Institucional francesa. O percurso mais recente do Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde em sua prática marca-se por ouvir o que a sua realidade social, no caso as atividades de pesquisa em hospital na área da saúde do trabalhador de enfermagem, nos diz: mais que resultados teóricos, aos trabalhadores interessa “sentir” os resultados, perceber resultados práticos dessa pesquisa que investiga a relação trabalho-saúde. Desta forma, tem-se em mente que “A articulação que os analistas institucionais buscam fazer, entre movimentos sociais, teoria, prática e intervenções concretas, advém da necessidade de se criar incessantemente novas estratégias, de não se deixar cair nas malhas do instituído, nas tentações do poder” (Coimbra, 1995, p.73). Frente ao questionamento dos trabalhadores<sup>5</sup>, que ecoou como questionamento também da equipe de pesquisa, além de corroborar uma questão relevante ao campo no qual essa pesquisa se insere, produziram-se, então, novos encaminhamentos para a prática da pesquisa nesse grupo a partir dessa busca por novas ações, através das atividades de restituição dos resultados da pesquisa. Com relação a este aspecto, Lapassade, um dos principais autores dessa corrente teórica, chamava a atenção para a possibilidade de a Análise Institucional institucionalizar-se, assim como outras teorias: “Constatam que os sistemas teóricos, de um modo geral, são extremamente fechados, com suas “verdades”, que se situam à margem do que a realidade social lhes está dizendo. Ao ignorar a transversalidade, estão decididamente mortos, institucionalizados” (Coimbra, 1995, p. 73). A partir deste referencial, acreditamos que foi essencial estabelecer parcerias com os trabalhadores envolvidos, no sentido de discutir os resultados dessa pesquisa, vistos

---

<sup>4</sup> Ressaltamos que a pesquisa-intervenção desenvolvida nessa tese compôs um projeto de pesquisa que recebeu financiamento da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, a partir de edital dessa secretaria que buscava estabelecer parcerias com instituições de ensino e pesquisa, e contemplou a área de Vigilância em Saúde do Trabalhador. (MS, 2012a)

<sup>5</sup> Era comum sermos questionadas, nas ocasiões de trabalho de campo anterior, sobre a utilidade da pesquisa no que se referia a ações concretas para melhorias das condições saúde-trabalho dos profissionais de enfermagem daqueles hospitais. Essa encomenda foi, de certa maneira, recebida e trabalhada pela equipe de pesquisa, culminando com as propostas de pesquisa-intervenção aqui apresentadas.

por nós como dados em construção, passíveis de novas análises, bem como com outras instâncias de alguma maneira relacionadas à saúde desse grupo de trabalhadores.

A Clínica da Atividade, clínica do trabalho proposta por Yves Clot, também é um referencial teórico-metodológico que nos auxiliou no desenvolvimento dessa pesquisa-intervenção. O termo clínica é aí empregado, segundo o autor, no sentido de que se tem “como objeto uma doença nas situações reais de trabalho”, buscando-se transformar essa situação e restaurar a saúde (Clot, 2006a, p. 101). Segundo Clot, o importante não seria propor uma outra psicologia do trabalho, mas mudar a forma de fazê-la, deslocando o protagonismo das ações para os trabalhadores<sup>6</sup>. O interesse central do autor não reside no conhecimento em si, mas no uso desse conhecimento como mecanismo para o desenvolvimento da ação (Clot, 2006a).

Tomamos como principal conceito-ferramenta dessa abordagem o conceito de poder de agir. Ao longo dos anos de desenvolvimento das atividades de pesquisa referentes à restituição de resultados em nosso grupo, desenvolvemos também nosso próprio entendimento acerca, em especial, desse conceito, o que influenciou nos modos de pesquisar, objetivos e análises das referidas pesquisas. Há o cuidado, dentro da própria clínica da atividade, de que a expressão “poder de agir” não seja relacionada apenas a ideia de “um acesso fácil à ação” (Clot, 2010, p.15). Ressaltamos que aqui também seguimos nesse caminho, entendendo que o conceito é bem mais abrangente que essa noção, conforme trabalhado mais adiante, no próprio texto da tese. No entanto, configurou-se como uma meta dessa pesquisa a proposta e efetivação de ações de saúde do trabalhador, coincidindo inclusive com o que preconiza a vigilância em saúde do trabalhador – ação de saúde pública com a qual acreditamos que essa tese pode dialogar. E, além disso, acreditamos que um possível deslocamento dos trabalhadores do lugar de quem demanda para o lugar daquele que pode atuar na produção da sua saúde no trabalho, também fala de uma ampliação do seu poder de agir.

---

<sup>6</sup>Clot tem a influência de Oddone, que propôs a “comunidade científica ampliada”, e de Schwartz com a “comunidade ampliada de pesquisa”.

## JUSTIFICATIVA

---

No âmbito do campo de saúde do trabalhador, a relevância deste estudo se refere à participação dos trabalhadores nas discussões sobre o trabalho e a saúde, com vistas à elaboração de propostas de ações para melhores condições de saúde no trabalho, o que ainda precisa avançar no mundo do trabalho brasileiro contemporâneo.

Neste sentido, a disponibilização dos resultados de pesquisa epidemiológica para debate e coanálise entre trabalhadores e pesquisadores constituiu um ganho da proposta a este campo do conhecimento. O entendimento destes resultados como dados “em construção” - e não inquestionáveis, já que totalmente demonstradas pelo poder soberano da ciência, neste caso, da Epidemiologia - contribui para a formação desses atores, ampliando seus conhecimentos (Pessanha, 2009). De fato, experiência anterior de debate de resultados e sua análise com trabalhadores de enfermagem apontaram nuances do trabalho para as quais o questionário epidemiológico não era suficientemente sensível, portanto trazendo novos elementos para os pesquisadores. Além disso, ressaltamos a potência dos diálogos para promover, entre os trabalhadores, a observação da sua situação de saúde no trabalho e, em alguns casos, a problematização do processo de trabalho, a partir dos resultados da pesquisa epidemiológica (Pessanha e cols., 2012).

A proposta de analisar o processo da pesquisa-intervenção realizada (ver Métodos e Técnicas de Investigação) remete à crítica de Minayo-Gomez e Lacaz (2005) em relação à tímida contribuição da ciência ao campo da saúde do trabalhador. Segundo os autores, “é evidente o predomínio da construção de conhecimento fragmentado, disperso, unidisciplinar” (p. 802), o que é atribuído ao foco apenas na epidemiologia ou só nas ciências sociais e humanas, ou só na toxicologia.

Dessa maneira, a proposta de discutir coletivamente os resultados epidemiológicos constitui uma estratégia de cunho transdisciplinar no sentido de uma comunicação frutífera entre representantes da ciência e os trabalhadores. A nosso ver, também pode ser vista como uma possibilidade de enfrentamento de desafios atuais de implantação da PNSTT, visto que tratou-se de pesquisa-intervenção, vinculada a uma instituição de pesquisa, que se articulou com serviços de saúde (no caso hospitais municipais e secretaria municipal de saúde) com vistas a colaborar, mesmo que a nível micro, com a saúde do trabalhador desses hospitais.

## OBJETIVOS

---

A partir de experiência prévia na realização de análises participativas em hospitais federais no Rio de Janeiro (na ocasião do mestrado), pudemos observar que os Grupos de Discussão de Resultados se configuraram como método potente para a restituição dos resultados de pesquisa epidemiológica. A partir da realização desses Grupos, trabalhadores e pesquisadores puderam compartilhar e aprimorar seu conhecimento acerca da saúde do trabalhador de enfermagem, bem como ampliar os resultados obtidos com a etapa epidemiológica da pesquisa (Pessanha, 2009).

Porém, no que se refere à ampliação do poder de agir dos trabalhadores em direção a melhores condições de saúde e trabalho, percebemos que era necessário desenvolver o método, assim como a atuação dos pesquisadores (Pessanha, Osorio-da-Silva e Rotenberg, 2013). Dessa maneira, este estudo visou realizar uma pesquisa-intervenção com trabalhadores da enfermagem de dois hospitais municipais no Rio de Janeiro. Para isso, nos utilizamos do momento de devolução dos resultados de um novo estudo epidemiológico, o “Estudo da Saúde dos Enfermeiros” (ESE).

O presente estudo, apresentado nessa tese, teve por objetivo problematizar os modos instituídos de devolução de resultados de pesquisa, buscando engendrar situações que contribuíssem para a ampliação do poder de agir dos trabalhadores no que se refere à saúde e ao trabalho em enfermagem.

## REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

---

Realizamos, nessa pesquisa de tese, um percurso de investigação marcado por um modo de fazer ciência que difere daquele ainda hegemônico no meio acadêmico. Apesar de usarmos como ponto de partida para essa pesquisa os resultados de uma primeira investigação de cunho epidemiológico, buscamos romper com algumas dicotomias muito características desses métodos mais tradicionais de pesquisa, como objetividade e subjetividade, pesquisador e pesquisado, teoria e prática.

Barros e Barros (2013), ao discutirem sobre a análise em pesquisas de abordagem cartográfica (concepção de ciência e posição com relação à política de pesquisa das quais compartilhamos nessa tese), apontam que não há relação hierárquica ou gradual entre as fases de pesquisa nesse modo de fazer ciência. Para elas, não se parte de um problema de pesquisa já existente no campo a ser investigado, tampouco se chega, ao final, a dados coletados a partir da atuação objetiva do pesquisador, para sua análise. As autoras concebem pesquisa como ato criador (seja do objeto ou do próprio pesquisador), comprometido com a análise de um processo, conforme mostra o trecho a seguir:

*“Ao compreender o conhecimento como um ato criador, como indicavam Maturana e Varela (2005), a cartografia se compromete de maneira significativa com a análise do processo de pesquisa a ser empreendido, ainda que tal análise não se exerça sobre dados, isto é, sobre uma objetividade tida como independente da própria pesquisa.”*(p. 374)

Em consonância com essa ideia acerca do que pode ser fazer ciência, partimos da devolução dos resultados epidemiológicos, em uma abordagem crítica acerca dos modos instituídos de devolução, buscando engendrar situações que contribuíssem com a ampliação do poder de agir dos trabalhadores de enfermagem no que se refere às suas relações trabalho-saúde. Para tanto, tomamos por base a Análise Institucional francesa e a Clínica da Atividade. Osorio-da-Silva, Zamboni e Barros (no prelo), ao tratarem das possíveis conversações entre Clínicas do Trabalho e Análise Institucional, apontam que

*“Os limites desses territórios de práticas e saberes (...) se forjam meios de intercessão entre um e outro, nos quais já não se reconhecem limites definidos, mas*

*afirmam-se movimentos inventivos. (...) O que há tecendo esses variados trabalhos que aqui se juntam é uma linha disparatada, que recusa purismos acadêmicos e afirma a vontade de fazer conversarem territórios de conhecimentos separados tradicionalmente pelas disciplinas.”*

Apresentamos, em seguida, os principais conceitos dessas abordagens que nos permitiram desenvolver a presente pesquisa-intervenção que procurou fazer conversar “diferentes territórios de conhecimento tradicionalmente separados”.

#### **ALGUNS CONCEITOS DA ANÁLISE INSTITUCIONAL**

Esta tese se insere no espaço conceitual da Análise Institucional francesa, que conta com René Lourau (1993) como um dos seus principais autores. A partir do conceito de instituição, o referido autor fundamenta a Análise Institucional. Para Lourau, a instituição é aquilo “que faz, cria, molda, forma e é o grupo” (1993, p.29) e a existência de um grupo só é garantida por passar por esse campo institucional. Dessa maneira, tem uma dimensão transversal e é movimento, e não deve ser entendida como um nível de intervenção (como grupos e organizações), mas como aquilo que atravessa todos os níveis de uma formação social determinada (Coimbra, 1995). As instituições se constituem em práticas produzidas em um contexto social e histórico, marcadas por valores e tradições. A partir delas, as ações que poderiam ser tomadas como naturalizadas ou verdades absolutas e universais podem ser questionadas, assim produzindo-se e reproduzindo-se as relações sociais (Rocha, 2006).

O modelo de análise, de acordo com esta abordagem, se funda na compreensão daquilo que é invisível apesar de fortemente presente no grupo, ou seja, a instituição. Segundo Lourau, o método de intervenção da Análise Institucional consiste em criar um dispositivo de análise social coletiva, e pode-se definir dispositivo (analisador) como máquinas de fazer ver e de fazer falar (Deleuze, 1989).

Assim como outras disciplinas, a Análise Institucional tem forças de teor instituinte (relacionadas ao estranhamento, ao questionamento do que é tido como natural), ou seja, entra em contradição com o já conhecido, o instituído que é definido por Lourau (1993) como aquilo que “atua com um jogo de forças extremamente violento para produzir uma certa imobilidade” (p.12). Para ele, toda nova disciplina ou novo espaço de saber entra em

contradição com o saber então instituído, buscando o que ele denomina novo campo de coerência, formado por novas explicações.

L'Abbate (2013), tratando da articulação entre a Análise Institucional e a Saúde Coletiva, chama a atenção das coincidências entre esses dois campos (apesar de suas claras distinções de contexto e campos de referência) no que se refere ao “seu caráter inovador/instituinte em relação aos conjuntos de saberes e práticas existentes até então em suas respectivas áreas.” (p.32)

Ainda de acordo com Lourau (1993), a noção de implicação seria a grande inovação desta teoria, já que quase todas as formas de fazer ciência se relacionam com a não implicação ou desimplicação. Por implicação pode-se entender o grau de envolvimento do pesquisador com o objeto de estudo em contraposição à neutralidade científica. De acordo com essa abordagem, esse envolvimento sempre existe, e pode ser de diversas ordens: política, ideológica, afetiva entre outras (Baeta Neves e cols. 1991). A partir dessa noção – de implicação – a Análise Institucional rompe com a concepção de pureza e objetividade da ciência, questionando a posição do pesquisador frente à sua produção, assim como algumas tendências da Sociologia, da Antropologia e da Psicanálise<sup>7</sup>.

Nesse contexto, a pesquisa-intervenção (formulada pela corrente da Análise Institucional, nas décadas de 1960/70, na França) se caracteriza pela ruptura com o modo positivista de investigação e pela ênfase na desnaturalização das práticas e das instituições, assim questionando e desconstruindo o que é tido como natural (Santos e Barone, 2007). Nesse tipo de abordagem a noção de intervenção não se separa da noção de pesquisa, entendendo que teoria e prática não têm uma relação de precedência entre si. Sujeito e objeto de conhecimento se produzem ao mesmo tempo e o momento da pesquisa é também o momento da produção teórica (Passos e Barros, 2000), rompendo-se com a dicotomia pesquisador que sabe e pesquisado a saber, e teoria e prática. Para Lourau (1993), “intervir é criar dispositivos de análise coletiva” (p. 30). A partir de uma pesquisa-intervenção podemos, então, interrogar alguns sentidos cristalizados nas diferentes instituições. Em outras palavras, o dispositivo, ou analisador construído, é criado para promover a desconstrução, no caso dessa tese, da devolução de resultados de pesquisa. Trata-se, portanto, de desafiar o que está instituído em relação à devolução, criando outras maneiras de devolver.

---

<sup>7</sup> A Análise Institucional propõe, então, a multi-referencialidade de ideias, que significa mais que uma justaposição de diferentes disciplinas, mas o apelo a alguns conceitos já formulados na busca de construir um novo campo de coerência, esgarçando os limites disciplinares.

Para Rodrigues (2012), toda análise é uma análise de implicação. Dessa maneira, o pesquisador está sempre enredado na realidade em que está inserido, e a análise vai buscar dar visibilidade à dinâmica instituído-instituinte que compõe a instituição a ser analisada (Barros e Barros, 2013). De acordo com essas autoras:

*“Nessa dinâmica, se expressam manifestações de não conformidade com o instituído, o revelado, que são os analisadores. É o analisador que realiza a análise; ao pesquisador cabe a construção de analisadores. Analisar é evidenciar, por meio dos analisadores, o processo de produção histórica das instituições, desnaturalizando-as. A análise faz aparecer esse esquecimento, essa ignorância institucional instituída, esse silêncio sobre o que e como se institui dada realidade. (...) Modos de análise surgem insurgindo-se contra qualquer palavra de ordem que decreta haver eterna e infinitamente uma ordem predeterminada. (...) Análise implica atitude. É ethos analítico. A análise se faz por problematização e tem dimensão participativa.” (p. 376)*

Como comenta Lourau (1993) “O movimento, ou força de autodissolução, está sempre presente na instituição, embora esta possa ter a aparência de permanente e sólida” (p.13). Pode-se dizer que este pensamento se relaciona com o método proposto neste estudo, que buscou a construção coletiva de novos resultados, a partir da problematização do modo instituído de devolução dos resultados de questionário epidemiológico, que de acordo com outros modos de fazer ciência poderiam ser pensados como encerrados em si, indiscutíveis, dados.

Em consonância e apoiando essa ideia temos o conceito de restituição, do qual se lança mão nesse estudo. A restituição é uma ferramenta da Análise Institucional francesa, e mais do que devolver os resultados, o conceito se relaciona com a transformação desses em outros possíveis, a partir da ideia de cultivo ou colheita de dados (Barros, Passos e Eirado, 2014; Barros e Barros, 2013), assim como do pressuposto de que esses “dados” não se encerram em si e na interpretação do pesquisador. Desse modo, este conceito se distancia da devolução de resultados tradicionalmente utilizada em pesquisas epidemiológicas, com



caráter informativo e final.

De acordo com Lourau (1993),

*“a restituição não é um ato caridoso, gentil; é uma atividade intrínseca à pesquisa, um feedback tão importante quanto os dados contidos em artigos de revistas e livros científicos ou especializados. (...) A pesquisa, para nós, continua após a redação final do texto, podendo, até mesmo, ser interminável. Se a população estudada recebe essa restituição, pode se apropriar de uma parte do status do pesquisador, se tornar uma espécie de “pesquisador-coletivo”, sem a necessidade de diplomas ou anos de estudos superiores, e produzir novas restituições (...). Isso seria, efetivamente, a socialização da pesquisa.” (p. 56)*

Vale ressaltar que a restituição é um processo que ocorre a todo instante e busca permitir que pesquisador e pesquisado saiam de seus papéis cristalizados, produzindo uma discussão coletiva de análise dos conhecimentos produzidos (Ayres e cols. 2005).

Acreditamos que uma das principais contribuições da Análise Institucional francesa ao campo da saúde do trabalhador se refere às ferramentas que questionam criticamente o processo de trabalho enquanto dinâmico, como algo que é produzido e que produz ao mesmo tempo, e à disponibilização de conceitos como o de restituição, que norteia e (re)cria a prática de devolução de resultados desenvolvida pelo grupo de pesquisa, bem como os de implicação e análise de implicação, que de certa maneira permitiram o surgimento e desenvolvimento dessa pesquisa.

#### **CONTRIBUIÇÕES DA CLÍNICA DA ATIVIDADE:**

Se buscamos ainda, com a realização da pesquisa-intervenção aqui proposta, contribuir para mudanças no que se refere à saúde do trabalhador de enfermagem dos hospitais envolvidos nessa pesquisa, apostando na ampliação do poder de agir desses trabalhadores, podemos contar também com o referencial teórico-metodológico da Clínica da Atividade.

A Clínica da Atividade centra-se na abordagem da subjetividade em relação ao trabalho pela via das possibilidades de (re)criação inerentes à atividade de trabalho, na ampliação do

poder de agir dos trabalhadores (Osorio-da-Silva, 2002). Clot assume uma concepção de sujeito a partir daquela desenvolvida por Vygotski.

*“Para Vygotski, o indivíduo se torna sujeito do ponto de vista psicológico quando faz, sozinho e de outro modo, o que já havia experimentado com os outros, (...) Ele reconstrói, então, para si de outro modo, o que havia produzido e o que se produziu com os outros. A replicação da atividade produtiva, a transformação da atividade produtiva mediatizada em atividade produtiva mediatizante: eis a sede das construções do pensamento. Nesse ponto, é que o sujeito apreende as regularidades da ação: em vez de negar a variação, ele empreende a via de seu desenvolvimento. “Funcionando é que o organismo se forma”, observa Rubinstein (2007, p.139). E é funcionando com os outros que o homem se transforma, correndo até o risco, como se sabe, de se deformar.” (Clot, 2010, p. 28)*

A partir desse entendimento de sujeito, podemos dizer que o poder de agir dos sujeitos se relaciona aos encontros com os outros, reais ou virtuais, e ao poder de afetar e ser afetado nesses encontros. Ou seja, o aumento do poder de agir se relaciona diretamente a essa capacidade de fazer “sozinho”<sup>8</sup>, refazendo(-se) no encontro com os outros.

Para a Clínica da Atividade, apoiando-se em Vygotski interessa o desenvolvimento humano, a partir das situações de trabalho; interessa(m) o(s) movimento(s) possíveis nessa situação. Entende o desenvolvimento não como uma ruptura com os modos de funcionar anteriores, passando a um modo de funcionar mais evoluído. Mas, considerando que nenhuma atividade se dá de modo igual a outra, o desenvolvimento, a partir de Vygotski, não se caracteriza por uma progressão, mas metamorfose das funções psicológicas. Para Clot, a atividade tem um inacabamento estrutural, ou seja, é sempre inacabada e nenhuma atividade se repete de maneira idêntica. Dessa maneira, sempre comporta uma nova maneira, uma nova funcionalidade em seu funcionamento, um desenvolvimento. No entanto considerando,

---

<sup>8</sup> Redijo “sozinho” entre aspas na tentativa de marcar a concepção de sujeito adotada nessa tese, não baseada na idéia de individualização, mas reforçando o caráter coletivo de um único sujeito.

por exemplo, a organização do trabalho, podemos dizer que por vezes esse desenvolvimento não é favorecido, e que a atividade está sendo impedida, que o poder de agir está sendo mais amputado que ampliado.

Dessa maneira, “Esse “poder de agir” tem se mostrado como um operador conceitual importante na Clínica da Atividade, pois afirma o potencial inventivo próprio da vida, que no trabalho humano não se deixa aprisionar pela lógica capitalista.” (Teixeira e Barros, 2009). Nesse caminho, as intervenções propostas a partir da Clínica da Atividade têm como principal meta o desenvolvimento/ampliação do poder de agir dos sujeitos em situação de trabalho.

Para nos apropriarmos e tentarmos desenvolver de maneira mais adequada a compreensão do conceito de poder de agir, que será privilegiado nessa tese, faz-se necessário comentar outros conceitos da clínica da atividade, como o de atividade, gênero e estilo.

Para Clot, a atividade não se resume à tarefa executada, à atividade realizada a partir da prescrição dada pela organização. Atividade também engloba o que não se fez, o que se tenta fazer sem ser bem sucedido, o que se deveria fazer. Trata-se do processo entre o que deveria ser feito e o que se fez, processo esse que engloba os conflitos do real (Clot, 2010). A atividade engloba intenções concorrentes, exigindo escolhas e mobilização constantes do trabalhador, convocando assim a subjetividade no trabalho. (Clot, 2006b). E, considerando a função psicológica do trabalho, se trata da subjetividade que é convocada pelo trabalho, que o faz esse e se faz nesse trabalho, em mão dupla.

A atividade contrariada ou mesmo impedida fala de uma atividade sobre a qual não se pode ou consegue agir. E, para Clot, aí está a causa principal do sofrimento no trabalho, quando o trabalhador tem o seu poder de agir amputado.

*“É esse gesto ao mesmo tempo prescrito e interdito que mais custa ao trabalhador. Sem poder aboli-lo, procura-se pôr sua atividade entre parênteses. Na realidade, ela é somente levada a gerar ‘sofrimento’... Ninguém tem o poder de aniquilar a atividade pessoal do trabalhador. Na melhor das hipóteses, ela é deslocada ou alienada.” (Clot, 2006b, p. 14)*

Para essa corrente da psicologia do trabalho, ao considerar a atividade também

considera-se a subjetividade. Assim como na psicologia ergonômica, para a Clínica da Atividade “O homem no trabalho não se limita a um sistema de tratamento da informação, tampouco uma simples ferramenta de trabalho dotada de uma força mecânica mais ou menos sob controle” (Clot, 2010, p.4). Dessa maneira, Clot defende que, ao preocupar-se em suscitar o problema da atividade real escapa-se da dicotomia emoção-cognição. E ainda, que estes não podem ser vistos como aspectos psicológicos paralelos e independentes, e que suas relações não são estáveis, a depender, por exemplo, de para quem a atividade for dirigida. Dessa maneira, uma mesma atividade pode ser motivo de orgulho e de ressentimento. Quando motivo de orgulho, o intelecto (ou cognição) serviria ao desenvolvimento da emoção. Já quando ressentimento, a emoção acabaria por inibir o intelecto. Sendo assim, o sentido da atividade também não é único e estável, e “a transformação do sentido da atividade é que leva à mudança das relações entre as emoções e cognições.” (p.5) Dessa maneira, nem as emoções nem as cognições se dão de maneira independente da atividade. Mais ainda, as emoções e cognições contribuem para a realização das atividades (Clot, 2010). Ressaltamos, ainda, que a emoção não pode ser adicionada como mais um aspecto a ser avaliado, mas deve-se reconsiderar o sentido dado à atividade ao privilegiar os diferentes aspectos psicológicos que com ela se relacionam, em mão dupla.

Apoiando-se em Leplat (1997, apud Clot, 2010), Clot chama a atenção que o sujeito não realiza a tarefa prescrita apenas pela tarefa, mas também por objetivos de ordem pessoal. Nesse caminho, então, a partir de Canguilhem, defende que atividade e saúde são muito próximas, apesar de não identificáveis. Para Canguilhem, o sujeito se sente bem na medida em que é capaz de se responsabilizar por aquilo que faz. Ou seja, quando consegue perceber que por sua interferência pode criar coisas ou relações entre elas que, sem a sua interferência, não existiriam. (Canguilhem, 2002, apud Clot 2010). Por esses mesmos motivos o sujeito pode sentir-se ativo.

*“Considerada desse modo, a atividade é, na realização efetiva da tarefa – a seu favor, assim como, às vezes, contra ela –, produção de um meio de objetos materiais ou simbólicos, de relações humanas ou, mais exatamente, recriação de um meio de vida. A atividade prática de um sujeito não é jamais somente um efeito das condições externas, tampouco é a resposta a essas condições; por sua vez, a atividade psíquica não é mais também a reprodução interna dessas condições. A*

*atividade – prática e psíquica – é sempre a sede de investimentos vitais: ela transforma os objetos do mundo em meios de viver ou fracassa ao fazê-lo. Em vez de ser determinada mecanicamente por seu contexto, a atividade dos sujeitos no trabalho implica a metamorfose desse contexto. Ela livra – correndo sempre o risco de fracassar nessa tentativa – o sujeito das dependências da situação concreta e subordina a si o contexto em questão.” (Clot, 2010, p.7-8).*

Clot vai defender que a atividade só existe em um contexto ao passo que produz um contexto para existir. Precisa-se considerar, obviamente, as possíveis resistências à atividade oriundas do meio externo (por exemplo, a organização do trabalho, as relações com os outros), mas entendendo que, para se apropriar desse meio e fazê-lo seu, de modo que possa ser ativo sobre ele, é necessário que o sujeito coloque algo de si, que se transforme nesse meio para fazê-lo seu. Dessa maneira, o poder de agir, a capacidade de estar em atividade, relaciona-se ao poder de afetar e de ser afetado, tomando a noção de afeto de Spinoza (Rauter, 2013; Pelbart, 2008). Nos casos em que os sujeitos não conseguem “viver no trabalho”, no sentido de afetá-lo por sua iniciativa, a pessoa “age”, realiza a tarefa (ao passo que cumpre sua tarefa de trabalho), mas sem se sentir ativa. Essa situação, nessa perspectiva clínica do trabalho, é vista como bastante desfavorável à saúde.

*“De fato, nesse caso, o círculo dos processos psíquicos se confina em si mesmo, e eles se tornam intransformáveis. (...) A atividade psicológica não passa pelas emoções. Elas param aí. O desenvolvimento abortado da atividade se perde em emoções que degeneram em “paixões tristes”, novos obstáculos ao desenvolvimento, em defesas psíquicas – até mesmo coletivas – cuja manutenção pode se tornar uma verdadeira tarefa fictícia (Scheller, 2003).” (Clot, 2010,p.9)*

Sobre o sentido da atividade, o autor chama a atenção que esse se refere aos objetivos impostos ao trabalhador, os resultados que precisa atingir e o que é verdadeiramente

importante para ele. Uma atividade desprovida do seu sentido se torna desvitalizada. A tarefa pode ser cumprida, inclusive da maneira prevista e imposta, mas essa perde sua função psicológica caso os sujeitos não se reconheçam nela. “Excesso de atividade e sentimento de insignificância formam, nesse caso, uma mistura explosiva. De qualquer modo, o mínimo que se pode dizer é que a atividade se encontra atingida, então, em seu desenvolvimento possível.”(p. 11)

A ampliação ou amputação do poder de agir relaciona-se ao gênero profissional, conceito da Clínica da Atividade que se relaciona com o coletivo de trabalho. Tomando a noção de gênero de discurso, de M. Bakhtin<sup>9</sup>, Clot vai dizer que o gênero profissional permite que um trabalhador desempenhe uma função, mesmo sem experiência prévia. É o gênero que vai dizer como se comportar de maneira adequada em diferentes situações (Clot, 2010). Trata-se de uma espécie de memória, que “instala as condições iniciais da atividade em curso, prévias à ação. Pré-atividade.” (Clot, 2010, p.124), são recursos para se evitar errar, ou ao menos não errar sozinho. O “gênero profissional é um instrumento decisivo do poder de agir” (p.34) visto que empresta aos trabalhadores meios de uma história coletiva que se é história social a prosseguir.

Assim o gênero tem uma estabilidade momentânea, transitória, exposta ao real. Dessa maneira, não pode ser considerado como algo acabado, imutável, pois se tem caráter processual, passível de atualizações a partir da atividade dos trabalhadores. Não se trata somente de “obrigação a respeitar, mas também recurso a renovar e método a ajustar.” (Clot, 2010, p.125)

O gênero existe em movimento. Quando o gênero se encontra mais enfraquecido, menos capaz de contribuir para a ação dos trabalhadores, faz-se mais necessário estilizá-lo. Pode-se então dizer que é o estilo que renova o gênero, mas só é possível estilizar a partir de um domínio do gênero. “Os gêneros continuam vivos, graças às recriações estilistas. Mas, inversamente, o não domínio do gênero e de suas variantes impede a elaboração do estilo. Servir-se com certa liberdade dos gêneros implica sua refinada apropriação.” (p.126). Dessa maneira, são as estilizações (que se tornam possíveis a partir de um gênero fortalecido, mas não engessado) que mantêm o gênero vivo, conservando as qualidades de “um instrumento

---

<sup>9</sup> M. Bakhtin traz a noção de gênero de discurso, que se relaciona à atividade languageira. “Segundo ele, as relações entre o sujeito, a língua e o mundo não são diretas. Elas se manifestam em gêneros de discursos disponíveis, aos quais o sujeito deve chegar a dispor para entrar no intercâmbio. “Se tivéssemos necessidade de criar, pela primeira vez na troca, cada um dos nossos enunciados, essa troca seria impossível” (Bakhtine, 1984, p. 285).” (Clot, 2010, p. 120)

de ação, quando as condições da ação se transformam.” (p.127).

Podemos, então, dizer que o conceito de poder de agir não diz respeito à capacidade de executar a tarefa proposta, mas sim ao poder de afetar e ser afetado, no que se refere à atividade (Pacheco, Barros e Osorio-da-Silva, 2012). De acordo com Clot, “o conceito de poder de agir diz respeito à atividade. A tarefa, por si só, não é suficiente. Até mesmo sob coação o poder de agir se desenvolve ou se atrofia na “caixa preta” da atividade de trabalho.” (Clot, 2010, p.15) Dessa maneira, o poder de agir é característico do sujeito, e a atividade de trabalho, tal como se organiza, pode ampliá-lo ou diminuí-lo, amputá-lo.

Como observa Bendassolli (2011), a Clínica da Atividade propõe uma recuperação do sujeito da ação, apostando na ampliação do poder de agir, em vez de analisar o trabalho a partir da questão do sofrimento, como se pode observar em outras vertentes. Yves Clot diz que a Clínica da Atividade “visa restaurar o ambiente do trabalho normal<sup>10</sup>. (...) Trata-se de redescobrir ou de reencontrar o recurso interno do meio profissional considerado.” (Clot, 2006a, p.106). Clot ressalta que, para ele, o que mais importa é desenvolver a interpretação do trabalhador, e não desenvolver diferentes modos possíveis de interpretação do real, pelo pesquisador. Define a Clínica da Atividade também como “recurso para que os protagonistas da observação e da interpretação se transformem. Os operadores, os trabalhadores, transformam-se em sujeitos da interpretação e da observação e não se reduzem a objeto da interpretação e da observação dos pesquisadores.” (Clot, 2006a, p.103). Esse pensamento, a nosso ver, coincide com as atividades de restituição de resultados de pesquisa, objeto dessa tese.

Dessa maneira, a escolha da Clínica da Atividade como uma ferramenta teórica-metodológica, como aponta Osório (2008) “é sobretudo uma escolha relacionada a uma concepção de trabalho como um processo coletivo e singular, de criação e recriação da história de um ofício; e da atividade de trabalho como processo de produção não só de coisas ou serviços, mas também de subjetividades. Intervindo na atividade, estamos intervindo no subjetivo.”

Para a Clínica da Atividade a questão do reconhecimento também deve ser privilegiada. Segundo Clot, “Ele é menos o reconhecimento pelo outro, que a psicodinâmica do trabalho colocou no centro das suas investigações, que é a possibilidade que tem os

---

<sup>10</sup> Na sua proposta de Clínica da Atividade o autor trabalha com o conceito de saúde, normal e patológico de George Canguilhem. Ao falar em restauração do ambiente de trabalho normal faz um contraponto com o ambiente patológico que pode configurar o ambiente de trabalho, no qual os trabalhadores não atuam sobre o meio, não o renormalizam frente às adversidades inerentes a ele.

trabalhadores de se reconhecer no que fazem” (Clot, 2011, p.73). Trata-se de um reconhecimento do próprio trabalhador no que se refere à sua atividade. Reconhecer-se no trabalho, para a Clínica da Atividade, está relacionado a se orgulhar da atividade que desenvolve, entendendo-a como importante, da maneira que é feita, de acordo com a posição que ocupa no seu trabalho. “Poder se reconhecer no que se faz significa, precisamente, fazer alguma coisa de sua atividade para tornar-se único no seu gênero ao renová-la.” (Clot, 2011, p.73)

Sendo assim, podemos apontar como contribuição dessa abordagem para a pesquisa aqui proposta a busca da ampliação do poder de agir dos trabalhadores, a partir também do seu reconhecimento como indispensáveis e protagonistas para as ações de saúde no trabalho.

Para ampliar nosso desenvolvimento enquanto pesquisadoras interessadas na ampliação do poder de agir dos trabalhadores de enfermagem envolvidos na pesquisa-intervenção que realizamos, buscamos analisar o uso do conceito de poder de agir, proposto pela Clínica da Atividade, em artigos publicados no Brasil, que tratam das relações saúde-trabalho. A seguir apresentamos os resultados encontrados com essa análise.

#### Considerações acerca do conceito de poder de agir em artigos sobre as relações saúde-trabalho no Brasil

A Clínica da Atividade busca métodos de estudo e intervenção que favoreçam ações de mudança nas situações de trabalho a partir da ampliação do poder de agir dos trabalhadores, entendidos como protagonistas dessas ações.

*“Em nossa leitura, uma abordagem clínica da transformação das situações de trabalho se distingue das estratégias clássicas de intervenção que redundam em recomendações. Mudar uma situação não pode constituir o objeto da intervenção de uma expertise externa” (Clot, 2010, p.117)*

Sendo assim, considerando o conceito de poder de agir tal como propõe a Clínica da Atividade, entendemos que esse configura-se como importante ferramenta para pesquisas e intervenções na área da Saúde do Trabalhador no Brasil. Avaliamos, então, como relevante a proposta de investigação, sobre o uso do conceito de poder de agir em estudos brasileiros sobre as relações saúde-trabalho.



Na clínica da atividade parte-se do conceito de atividade já bem trabalhado na ergonomia, buscando desenvolvê-lo. Dá-se mais relevo a aspectos subjetivos do processo que se dá entre a tarefa prescrita pela organização e a atividade efetivamente realizada. Atividade, nessa abordagem, além da tarefa realizada comporta o que não se fez, o que se tenta fazer sem ser bem sucedido, o que se deveria fazer. É processo entre o que deveria ser feito e o que se fez, processo esse que considera os conflitos do real, as intenções concorrentes que convocam a subjetividade no trabalho (Clot, 2010; Clot, 2006).

Consideramos que a investigação sobre o uso do conceito de poder de agir aqui apresentada pode ser relevante para estudos sobre as relações saúde-trabalho, em especial para aqueles que lançam mão da Clínica da Atividade como ferramenta de pesquisa e intervenção. Dessa maneira, essa revisão pode contribuir com futuras discussões e ações, incluindo a própria pesquisa-intervenção por nós desenvolvida, que tem como objetivo geral a ampliação do poder de agir dos trabalhadores de enfermagem de hospitais do município do Rio de Janeiro com vistas a melhores condições de saúde e trabalho.

Para investigar como o conceito de “poder de agir”, proposto pela Clínica da Atividade, tem sido utilizado em artigos científicos brasileiros que tratam das relações trabalho-saúde realizamos buscas por via eletrônica<sup>11</sup>,

A princípio realizamos a pesquisa bibliográfica a partir de bases de dados de artigos científicos, especialmente o Scielo. No entanto, nos defrontamos com uma dificuldade: os principais termos de interesse (poder de agir ou poder de ação) não constam da lista dos Descritores em Saúde, que origina as buscas nessas bases. Buscamos pelos descritores que julgamos se aproximarem do que buscávamos, quais sejam “saúde do trabalhador”, “potência de ação” e “clínica da atividade”. Uma primeira busca compatível ao objetivo inicial da pesquisa bibliográfica, a partir da adição desses três descritores, não resultou em nenhum artigo. Optamos, então, por buscas a partir da combinação de dois descritores, e também não obtivemos nenhum artigo. Realizamos, então, a busca pelos descritores em separado.

A partir do descritor “potência de ação”, em todos os índices, encontramos três artigos (Miura e Sawaia, 2013; Sawaia, 2009; Hinkel e Maheirie, 2007). Dentre estes artigos, apenas um se referia as relações saúde-trabalho, mas não tinha a referência da Clínica da Atividade. Dessa maneira, não se adequava ao objetivo de nossa investigação.

---

<sup>11</sup> Tais buscas foram realizadas entre novembro de 2013 e fevereiro de 2014.

Com o descritor “Clínica da Atividade”, em todos os índices, encontramos outros três artigos (Lima, 2007; Teixeira e Barros, 2009; Barros e Zamboni, 2012). Nesses buscamos pela ocorrência do termo “poder de agir”, que apareceu em dois deles, o que os tornava, a princípio, adequados ao nosso objetivo. Sendo assim, desse primeiro método de pesquisa bibliográfica obtivemos apenas dois artigos de interesse, o que dificultaria a realização de uma revisão acerca do uso do conceito. Buscamos, então, outros métodos de pesquisa.

Recorremos a um site geral de buscas na internet. Realizamos a pesquisa com os seguintes termos: “saúde do trabalhador” *and* “poder de agir” *and* “Clot”, exatamente dessa maneira. Com essa busca encontramos cerca de cinquenta textos acadêmicos, como artigos, teses ou dissertações, resumos para congressos, resenhas de livros, projetos de pesquisa. Os artigos totalizaram quatorze, dos quais partimos para realizar a investigação e análise propostas nessa parte do texto (ver quadro 1 p.43).

Além dessa busca, realizamos uma pesquisa bibliográfica em base de dados específica, visto que grande parte dos artigos oriundos da busca anterior não eram publicados em revistas indexadas. Dessa maneira, incluímos a BVSPsi, base de dados específica da área de Psicologia. Inicialmente, buscamos por todos os termos de interesse (poder de agir, clínica da atividade, Clot), em intersecção, e não obtivemos nenhum resultado. Então, realizamos buscas em separado: buscamos por “poder de agir”, uma nova busca por “clínica da atividade”, e uma última por “Clot”. Dessa maneira obtivemos resultados em diversas bases, e privilegiamos os encontrados nas bases PePSIC, Scielo e LILACS, por entendermos serem essas as mais adequadas a nossa busca.

Analisamos os resultados de cada uma das buscas, nas diferentes bases, e selecionamos os artigos de acordo com nosso objetivo de investigação, considerando: (i) se tratavam de questões relacionadas ao trabalho e saúde, (ii) se o termo “poder de agir” ocorria em alguma parte do texto, e (iii) se havia referência à Yves Clot, proponente do conceito de interesse no bojo da Clínica da Atividade.

Após essa análise, obtivemos dez artigos de interesse, sendo que um deles já tinha resultado da busca anterior no site genérico. Dessa maneira, obtivemos outros nove artigos (ver quadro 2, p.45). Alguns artigos se repetiram nas diferentes buscas na BVSPsi, e foram considerados apenas uma vez.

Frente aos vinte e três artigos oriundos das duas diferentes buscas<sup>12</sup>, realizamos a

---

<sup>12</sup>As buscas por via eletrônica foram realizadas de modo não convencional em relação ao preconizado, em geral, para artigos científicos e trabalhos acadêmicos em geral. Isso se deve, primordialmente, ao fato de os termos de interesse (como poder de agir, clínica da atividade) não constarem da lista de Descritores em Saúde.

leitura desses de maneira direcionada, buscando avaliar a ocorrência do termo “poder de agir” e seus diferentes usos pelos autores. Para auxiliar na análise que pretendíamos realizar, foram criados quadros (adiante) com informações sobre cada artigo, como o título, ano de publicação, autores, objetivo, métodos e observações sobre o uso do poder de agir. Além disso, levantamos a afiliação dos autores e os periódicos de publicação, buscando mapear as revistas e as áreas de atuação dos autores.

A partir da metodologia utilizada para a análise dos vinte e três materiais encontrados nas buscas pudemos mapear a ocorrência do termo “poder de agir”, de acordo com a proposição de Yves Clot. Optamos por realizar esse mapeamento inicial a partir da subdivisão dos artigos oriundos da busca geral na internet (quatroze) e aqueles encontrados na busca no portal da BVSPsi (dez, sendo nove novos em relação à busca anterior). Apenas um artigo (Vilela, Silva e Jackson Filho, 2010) foi encontrado em ambas as buscas, e aqui foi tratado dentre os quatorze oriundos da primeira busca. Com relação aos usos do conceito, esses serão tratados após o referido mapeamento inicial, considerando o conjunto total dos artigos encontrados.

Com relação ao mapeamento sobre a ocorrência do termo “poder de agir”, dentre os quatorze artigos oriundos da busca geral na internet, quatro eram estudos teóricos e os outros dez, empíricos. Todos os artigos são de autoria de pesquisadores/professores vinculados à academia (universidades ou escola de pós-graduação). Além disso, seis dos artigos empíricos contam também com a participação na autoria, de profissionais da área de serviços onde a pesquisa se realizou, como educação, saúde e segurança

Dos quatorze artigos, seis eram de autores exclusivamente da área da Psicologia, principalmente vinculados à academia (apenas uma das autoras de um artigo era vinculada a um Centro de Atenção Psicossocial/Caps). Outros cinco tinham autoria na Psicologia e em outras áreas (Linguística, Fisioterapia, Ciências Biológicas e dois artigos de autor da área de Saúde Pública – especificamente Saúde do Trabalhador). Três artigos eram exclusivamente de autores de outros campos, sendo um na Saúde Coletiva, um na Linguística e um de uma pedagoga doutoranda na área da Educação.

Dentre os artigos provenientes da busca no portal BVSPsi, seis são de caráter empírico e três teóricos. Apenas um artigo não foi publicado em periódico da área de Psicologia, mas na Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, da Fundacentro/SP. Tal resultado era esperado, visto que a busca foi realizada em base de dados específica da área da Psicologia.

Com relação à afiliação dos autores, o artigo que foi publicado na Revista Brasileira

de Saúde Ocupacional é o único de autores afiliados à Escola Nacional de Saúde Pública/ENSP-Fiocruz, sendo um deles graduado em Psicologia. Todos os demais são de autores da área de Psicologia, vinculados a departamentos de psicologia de universidades de diversos estados brasileiros. Em dois dos nove artigos oriundos da busca realizada na BVSPsi participaram da autoria profissionais vinculados aos serviços nos quais as pesquisas descritas foram realizadas, como uma autora atuante na Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos do Rio Grande do Sul / ECT-RS, e outra do Instituto Geral de Perícias do Rio Grande do Sul / IGP-RS.

Dessa maneira podemos dizer, a partir da pesquisa realizada em vias eletrônicas, que a maioria dos artigos que trabalham com o conceito de poder de agir é de autores da área da Psicologia, vinculados à academia, e foram publicados principalmente em periódicos dessa área, além das áreas de Educação e Saúde. Tais resultados podem apontar uma coerência no que se refere à definição do conceito de poder de agir e publicações que o usam, visto que esse se desenvolve no bojo da Clínica da Atividade, abordagem de psicologia clínica do trabalho.

Em grande parte dos artigos, o termo “poder de agir” é citado raras vezes. Em quatorze dos vinte e três artigos, a menção ao “poder de agir” ocorreu apenas uma vez. Dentre esses, em doze deles aparecem termos oriundos de outras abordagens privilegiadas pelos autores, que, a nosso ver, podem se relacionar com a noção de poder de agir da Clínica da Atividade, como renormatização e autonomia. Segue um exemplo de como esses outros conceitos aparecem:

*“Frente às normas impostas (antecedentes), os trabalhadores – para tornarem o meio vivível – criam estratégias em um movimento contínuo de renormatização. Não se limitando a procedimentos dirigidos à regulação do processo, o trabalhador tenta modificar o meio de trabalho (inclusive as prescrições) mesmo que em escala infinitesimal, com renormatizações que são orientadas pela busca de saúde (incluindo formas de defesa contra as adversidades).” (Oliveira, Rezende e Brito, 2006, p. 127)*

Aparecem ainda, em alguns artigos, termos que podem ser entendidos como

sinônimos de poder de agir, como “poder de ação” ou apenas “agir”.

*“Para os pesquisadores da Clínica da Atividade, a confrontação dos profissionais com seu próprio métier possibilita seu (re)conhecimento acerca do que eles fazem e sobre o gênero da atividade que participam, bem como o desenvolvimento de si e da sua área ocupacional ou métier. Portanto, para Clot (et al., 2001), a autoconfrontação é um dispositivo metodológico que pode ser qualificado como clínica-desenvolvimentista, visto que ela serve como um meio para o desenvolvimento do agir do trabalhador e do próprio trabalho.” (Messias e Perez, 2013, p. 94)*

Dentre os artigos em que o termo “poder de agir” aparece mais de uma vez, nove deles são de autores da área da Psicologia. Apenas um tem autores da área de Saúde Coletiva, e foi publicado na Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, com foco em Segurança e Saúde do Trabalhador.

O conceito de poder de agir, tal qual propõe a Clínica da Atividade de Yves Clot, se relaciona a outros conceitos também propostos por esse autor, como gênero profissional e estilo.

*“Sem os recursos para ação disponibilizados pelo gênero da atividade profissional – dimensão transpessoal do ofício –, os trabalhadores sozinhos, diante de si mesmos, têm o seu poder de agir enfraquecido. (...)*

*Ao (pré)organizar as operações, o gênero convoca uma reconstrução de regras, de novas formas de fazer, exigindo um estilo que se apropria de elementos transpessoais, mas também imprime pessoalidade à ação, um modo próprio de fazer. (...)*

*Os estilos são, portanto, uma reformulação dos gêneros, isto é, a transformação dos gêneros pelos*

*trabalhadores em recursos para agir nas situações reais de trabalho, promovendo seu desenvolvimento.”*  
(Pacheco, Barros e Osorio-da-Silva, 2012, p.259)

Além disso, a amputação do poder de agir dos trabalhadores se relaciona diretamente com o sofrimento no trabalho, e sua ampliação se constitui como meta das intervenções inspiradas na Clínica da Atividade, como preconiza o autor. Sendo assim, o termo “poder de agir” aparece nos artigos analisados sempre em relação a algum desses outros conceitos, ou associado à atividade impedida (relacionada a sua amputação, gerando sofrimento no trabalho), ou como meta da Clínica da Atividade, no sentido de sua ampliação. O trecho a seguir reúne essas relações observadas:

*“A possibilidade de o sujeito contribuir com o trabalho a partir de sua singularidade, de seu potencial inventivo, intervindo ao mesmo tempo sobre o mundo e sobre si mesmo, é tratada por Yves Clot pelo conceito de poder de agir. A expansão da capacidade de agir dos trabalhadores sobre as situações vivenciadas (incluindo a atividade, si próprio e a atividade dos outros), coletiva e individualmente, assume um papel fundamental na Clínica da Atividade, sendo considerado o maior interesse dessa abordagem (Bendassolli&Soboll, 2011; Clot, 2006b, 2011). Por outro lado, quando a atividade está impedida e não se tem a possibilidade de criar e modificar, diz-se que há uma perda – ou amputação – do poder de agir. Desse desenvolvimento impedido emergiria o sofrimento do sujeito (Lhuilier, 2011; Teixeira & Barros, 2009).”*  
(Machado Moro, Amador. 2012. p. 231)

Apesar de ter sido citado, ao menos uma vez, em todos os artigos analisados, não houve a preocupação em definir diretamente o conceito de poder de agir em todos. A menção ao conceito por vezes ocorreu em meio a constatações de sua amputação no processo de trabalho analisado, ou ainda em relação a outros conceitos.

Em grande parte dos artigos analisados, o poder de agir (ou algum outro termo em

sinônimo) aparece vinculado ao objetivo da Clínica da Atividade, no sentido de sua ampliação, como nos seguintes trechos:

*“Assim o objetivo da clínica da atividade é desenvolver a capacidade de agir dos trabalhadores sobre eles mesmos e sobre o campo profissional” (Clot, 2006, p.101).” (Ribeiro, Silva e Vieira, 2013)*

*“Assim, o objetivo principal perseguido pela clínica da atividade não é criar “espaços de escuta” nos contextos de trabalho, como se isso fosse suficiente para desatar os nós que amarram a atividade; o objetivo é intervir no concreto da atividade, ou seja, no modo de operar dos sujeitos em seu confronto com o real a fim de potencializar sua ação.” (Bendassolli, 2011, p.90)*

Em diversos contextos de trabalho analisados observam-se atividade impedida. A amputação do poder de agir se relaciona com a atividade impedida, e em tendo o poder de agir amputado ou diminuído, o sofrimento no trabalho pode ser observado. O trecho a seguir, sobre a atividade de peritos no RS, pode ilustrar essa situação:

*“O sofrimento diz respeito a uma atividade impedida, sem possibilidade de expansão ou de criação. Para a perícia, tal questão se encaixa em casos de laudos inconclusivos ou em situações em que não são identificados vestígios que possibilitem uma análise relevante. A frustração por não conseguir elaborar um laudo que auxilie na resolução de um crime é a experimentação do limite e da impossibilidade. Amputação de sua capacidade e sensação de impotência frente ao ocorrido. (...) A estas situações pode-se relacionar o conceito de Amputação do Poder de Agir, uma vez que, não tendo o retorno de seu trabalho, o profissional não tem noção se o que produz em seu cotidiano laboral está alcançando os objetivos aos quais se destina. Pode ocorrer de seus*

*laudos serem tornados nulos em função de alguma falha na elaboração, por exemplo, e o trabalhador continuar a elaborá-los da mesma forma, por não possuir um retorno sobre a efetividade e sua produção.” (Cavedon e Amador, 2012, p. 196)*

A Clínica da Atividade é reconhecida como uma abordagem norteada pelas possibilidades de vida e criação a partir de uma relação mais criativa e prazerosa com o trabalho (Osorio-da-Silva, 2002; Bendassolli, 2011). Não se trata de negar a o sofrimento no trabalho. No entanto, esse sofrimento é entendido em relação ao impedimento da ação de um sujeito que se constitui por sua ação, daí a importância de se buscar ampliar o poder de agir dos trabalhadores, intervindo sobre e no processo de trabalho (Bendassolli, 2011).

Pudemos observar a ampliação do poder de agir (nesses termos ou equivalentes) como objetivo diretamente citado de quatro intervenções apresentadas em artigos analisados:

*“Este artigo trata de uma experiência de compartilhamento dos resultados quantitativos da pesquisa “A Saúde e o Trabalho em Enfermagem,” no sentido de contribuir para a ampliação do poder dos trabalhadores de interferir em suas condições de trabalho e saúde. (...) Além da referência da análise institucional, lançou-se mão da perspectiva ergológica (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007; BRITO; ATHAYDE, 2003), que preconiza o diálogo entre os saberes da experiência e da academia, com vistas à ampliação dos resultados e desenvolvimento do poder de agir (CLOT, 2010) dos trabalhadores na busca por melhorias das suas condições de saúde e trabalho.” (Pessanha, Osorio-da-Silva e Rotenberg, 2013, p.33).*

*“Este estudo busca dar visibilidade às criações que os trabalhadores do mármore e do granito de uma indústria no Espírito Santo engendram em seus fazeres diários, utilizando, com esse objetivo, as ferramentas teórico-metodológicas da Clínica da Atividade. Visa,*



*ainda, a propiciar que outras relações mais potentes possam ser (re)criadas por meio da ampliação de suas possibilidades de ação.” (Pacheco, Barros e Osorio-da-Silva, 2012, p. 255)*

*“O dispositivo de análise não visou senão assessorar os vigilantes, ajudando num enquadramento dialógico permitindo que o trabalho voltasse a ser uma ocasião de ampliar o seu raio de ação, a fonte de uma regeneração da atividade conjunta.” (Santorum et al, 2008, p.9)*

*“Apostamos, assim, em uma concepção de crítica e clínica (Deleuze, 1997) para fecundar a concepção de clínica sustentada por Clot (2008), que a define como prática voltada para a expansão do poder de agir acionado pelo afrontamento com os dilemas do trabalho e cujo traçado se faz pelos deslocamentos na ação individual e coletiva realizada. Assim o fazemos porque Deleuze (2006) se refere, a partir do pensamento de Espinosa, tal como o faz Clot (2008) no âmbito da clínica da atividade, a uma elevação do agir à sua mais alta potência, ou seja, à sua mais alta possibilidade de variar, de garantir sua existência por essa via. Tomamos, assim, o empreendimento clínico como afirmação do que está em vias de diferir, como ativação de possibilidades de vida no trabalho, como dispositivo para operações de criação frente aos poderes subjetivantes que o atravessam.” (Amador, 2011, p. 360)*

Os quatro artigos citados acima utilizaram-se de diferentes métodos em diversos grupos de trabalhadores, a saber: “Encontros de discussão de resultados de pesquisa em saúde do trabalhador de enfermagem”, com trabalhadores de enfermagem de hospitais públicos do RJ; “Oficina de fotos”, com profissionais da indústria do mármore e granito do

ES; “Encontros sobre o trabalho e Autoconfrontação cruzada”, com agentes de Vigilância em Saúde do Trabalhador do RS; e produção de imagens sobre o trabalho prisional, com mulheres agentes penitenciárias do RS, respectivamente. Com exceção do primeiro estudo, todos encontraram em seus resultados indicações de ampliação do poder de agir dos trabalhadores a partir da metodologia desenvolvida na intervenção.

Em suma, chama-nos a atenção nos artigos analisados, o quanto o termo “poder de agir” aparece acompanhado de adjetivos como amputado, diminuído, relacionando-se com o sofrimento no trabalho. Podemos avaliar que a maioria dos trabalhos utilizam este conceito a partir do viés da sua amputação, de certa maneira privilegiando o sofrimento no trabalho para analisar a atividade, mesmo recorrendo ao aporte teórico da Clínica da Atividade. Chama a atenção o caráter inovador da Clínica da Atividade ao propor uma visão mais otimista da análise do trabalho. Em lugar de privilegiar o sofrimento, trata-se de pensar o poder de agir a partir da potência da atividade como possibilidade de (re)criação e produção de saúde. Parece-nos, no entanto, que essa concepção não tem sido facilmente absorvida em estudos que se utilizam desse conceito e referencial. Essa aparente dificuldade pode, então, nos indicar a imprescindível necessidade de cuidar dos nossos percursos de pesquisas e intervenções em clínica do trabalho, buscando evitar que desviemos de nossos legítimos objetivos, em meio à organização do trabalho atual.

QUADRO 1

ARTIGOS ORIUNDOS DA BUSCA EM SITE GERAL DA INTERNET			
	AUTOR(ES) / TÍTULO DO ARTIGO	AFILIAÇÃO DOS AUTORES	REVISTA DE PUBLICAÇÃO
01	Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela, Reginalice Cera da Silva e José Marçal Jackson Filho <b>Poder de agir e sofrimento: estudo de caso sobre Agente Comunitários de Saúde*</b> (* artigo encontrado em ambas as buscas)	Faculdade de Saúde Pública da USP; Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) de Piracicaba, SP; Fundacentro, RJ.	Revista Brasileira de Saúde Ocupacional (Fundacentro/SP)
02	Carlos Eduardo Carrusca Vieira e Rosemary Carrusca Vieira <b>Transtornos mentais e trabalho: o caso de um agente de visitação</b>	Psicologia do Trabalho e Organizações (PTO) da PUC Minas São Gabriel; e Prefeitura Municipal de Belo Horizonte	Cadernos de Psicologia Social do Trabalho (Instituto de Psicologia da USP)
03	Nair Monteiro da Silva e Helder Pordeus Muniz <b>Vivências de trabalhadores em contexto de precarização: um estudo de caso em serviço de emergência de hospital universitário.</b>	Depto. de Psicologia da Universidade Federal Fluminense/UFF.	Estudos e Pesquisas em Psicologia (Instituto de Psicologia da UERJ)
04	Fernanda Spanier Amador e Maria Elizabeth Barros de Barros <b>Cartas a Foucault: em que estamos em vias de nos tornar em meio ao trabalho no contemporâneo?</b>	Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS; e Depto. de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo/UFES.	Mnemosine (Instituto de Psicologia da UERJ)
05	Joseane Pessanha, Claudia Osorio da Silva, Lúcia Rotenberg <b>Uma experiência de restituição de resultados em saúde do trabalhador</b>	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca ENSP/FIOCRUZ; Depto. de Psicologia da Universidade Federal Fluminense/UFF; e Instituto Oswaldo Cruz, Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde / IOC-Fiocruz.	ECOS – Estudos da Subjetividade Contemporânea (Curso de Psicologia da UFF – Pólo Universitário de Campos dos Goytacazes/RJ)
06	Carla Messias e Deivis Perez <b>A autoconfrontação e seus usos no campo da linguística aplicada ao estudo do trabalho do professor</b>	Secretaria de Educação do Estado de Mato Grosso; e Depto. de Psicologia Evolutiva, Social e Escolar da UNESP – Câmpus de Assis	Revista Educação e Linguagens (revista das áreas de Letras e Pedagogia da Univ. Estadual do Paraná – Campo Mourão)
07	Katia Maria Teixeira Santorum, Maria Luisa Wunderlich dos Santos de Macedo, Géli Bringmann e Letiere Zingler <b>Análise coletiva da atividade de vigilância em saúde do trabalhador: a autoconfrontação cruzada como dispositivo de formação</b>	Depto. de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC; Vigilância em Saúde do Trabalhador na 13ª Coordenadoria Regional de Saúde/SES-RS	Reflexão e Ação (Depto. de Educação e Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado da UNISC)
08	Maria Elizabeth Barros de Barros, Ana Paula Louzada e Dani Vasconcellos <b>Clínica da atividade em uma via deleuziana: por uma psicologia do trabalho</b>	Depto. de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo/UFES; e Depto. de Psicologia da Faculdade Salesiana de Vitória	INFORMÁTICA NA EDUCAÇÃO: teoria & prática (Pós-Graduação em Informática na Educação da UFRGS)
09	Jussara Bueno de Queiroz Paschoalino <b>(De) formação docente: o antagonismo entre a idealização da profissão e os entimemas construídos</b>	Doutorado em Educação da Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG e Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.	Trabalho & Educação (Faculdade de Educação/UFMG)
10	Milton Athayde e Jussara Brito <b>Vida, saúde e trabalho: dialogando sobre qualidade de vida no trabalho em um cenário de precarização</b>	Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ; e Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz / CESTEH/ENSP/Fiocruz	Trabalho, Educação e Saúde (Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fiocruz)

11	Luiz Paulo Ribeiro, Raquel Miranda Silva e Carlos Eduardo Carrusca Vieira <b>Repercussões do trabalho docente para o cotidiano e subjetividade de professoras.</b>	Faculdade de Nova Serrana/MG (Gestão de Pessoas); Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-I) de Santo Antônio do Monte/MG; e Depto. de Psicologia da PUC Minas.	Revista Interdisciplinar de Estudos Contemporâneos – RIEC (Faculdade de Nova Serrana/MG)
12	Edil Ferreira da Silva, Jussara Brito, Mary Yale Neves e Milton Athayde <b>A Promoção da Saúde a partir das situações de trabalho: considerações referenciadas em uma experiência com trabalhadores de escolas públicas.</b>	Depto. de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba/UEPB; Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz / CESTE/ENSP/Fiocruz; Depto. de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba/UFPB; e Instituto de Psicologia da Universidade Estadual do Rio de Janeiro/UERJ.	Interface – Comunicação, Saúde, Educação (Universidade Estadual de São Paulo – Botucatu/SP)
13	Pedro Fernando Bendassolli e Lis Andrea Pereira Soboll <b>Clínicas do trabalho: filiações, premissas e desafios</b>	Depto. de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN; e Programa de Mestrado Interdisciplinar em Organizações e Desenvolvimento do Centro Universitário Franciscano e Depto. de Psicologia da Universidade Federal do Paraná/UFPR.	Cadernos de Psicologia Social do Trabalho (Instituto de Psicologia da USP)
14	Décio Rocha e Bruno Deusdará <b>Avaliação e prescrição do trabalho do professor de pós-graduação stricto sensu</b>	Instituto de Letras da Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ	Veredas on-line (Programa de Pós-Graduação em Linguística da UFJF)

ARTIGOS ORIUNDOS DA BUSCA EM BASE DE DADOS ESPECÍFICA (BVSPsi)			
ARTIGO	AFILIAÇÃO DOS AUTORES	REVISTA DE PUBLICAÇÃO	
01	Ariele Binoti Pacheco, Maria Elizabeth Barros de Barros e Claudia Osório da Silva <b>Trabalhar o mármore e o granito: entre cores e ritmos</b>	Depto. de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo/UFES; e Depto. de Psicologia da Universidade Federal Fluminense/UFF.	Cadernos de Psicologia Social do Trabalho (Instituto de Psicologia da USP)
02	Cibele Vargas Machado Moro e Fernanda Spanier Amador <b>Ofício de carteiro e atividade: por uma gestão pelas variações</b>	Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (Porto Alegre, RS); e Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS	Cadernos de Psicologia Social do Trabalho (Instituto de Psicologia da USP)
03	Danielle Vasconcelos Teixeira e Maria Elizabeth Barros de Barros <b>Clínica da Atividade e Cartografia: construindo metodologias de análise do trabalho</b>	Depto. de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo/UFES.	Psicologia & Sociedade (Associação Brasileira de Psicologia Social/ABRAPSO)
04	João César de Freitas Fonseca <b>A psicologia do trabalho e os processos de formação de educadores na educação profissional de nível básico: itinerários diversos, encruzilhadas constantes</b>	Laboratório de Psicologia Organizacional e do Trabalho (LaPOT) da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, PUC Minas	Psicologia em Revista (Faculdade de Psicologia da PUC-Minas)
05	Maria Elizabeth Barros de Barros, Diego Arthur Lima Pinheiro e Jésio Zamboni <b>Psicologia do estilo: nas bordas da atividade</b>	Depto. de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo/UFES	Arquivos Brasileiros de Psicologia (Instituto de Psicologia da UFRJ)
06	Fernanda Spanier Amador <b>Produção de Imagens, Subjetivação e Trabalho Penitenciário: Uma Contribuição às Clínicas do Trabalho</b>	Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS	Psicologia: Ciência e Profissão (Conselho Federal de Psicologia/CFP)
07	Bárbara Zaffari Cavedon e Fernanda Spanier Amador <b>Quando a morte é o começo da atividade: análise do trabalho pericial sob o ponto de vista da clínica da atividade</b>	Instituto-Geral de Perícias do RS – Brasil; Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS	Barbarói (Depto. de Ciências Humanas e Depto. de Psicologia da UNISC)
08	Pedro F. Bendassolli <b>Mal-estar no trabalho: do sofrimento ao poder de agir</b>	Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN.	Revista Mal-estar e Subjetividade (Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UNIFOR)
09	Simone Oliveira, Marcello Santos Rezende e Jussara Brito <b>Saberes e estratégias dos operadores de telemarketing frente às adversidades do trabalho</b>	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca ENSP/FIOCRUZ	Revista Brasileira de Saúde Ocupacional (Fundacentro/SP)

## MÉTODOS E TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO

---

A presente proposta de estudo utilizou a restituição dos resultados da pesquisa “Estudo da Saúde dos Enfermeiros” (ESE) como momento para promover um conjunto de ações que problematizassem os modos instituídos de devolução de resultados de pesquisa. Através da pesquisa-intervenção aqui proposta, buscamos engendrar situações que contribuíssem para a ampliação do poder de agir dos trabalhadores no que se refere à saúde e ao trabalho em enfermagem.

O ESE é uma pesquisa epidemiológica que buscou conhecer a situação de saúde dos enfermeiros de modo a, possivelmente, subsidiar futuras propostas de melhoria das condições de trabalho da categoria. Abrangeu os 18 maiores hospitais (aqueles com mais de 150 leitos) da rede pública (municipal, estadual, federal e universitário) do município do Rio de Janeiro. Todos os enfermeiros que prestavam assistência a pacientes foram convidados a preencher um questionário (anexo 2) sobre seu trabalho, saúde e história pessoal. A coleta de dados, concluída em dezembro de 2011, gerou um banco de dados referente a 3229 enfermeiras e enfermeiros.

Com relação aos aspectos éticos, tanto o projeto referente ao ESE quanto à restituição de resultados (englobando a pesquisa-intervenção discutida nessa tese) foram submetidos, apreciados e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FIOCRUZ, conforme parecer em anexo (anexo 3). Esta aprovação foi apresentada e aceita pelo CEP da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na qual se desenvolveu esse doutorado.

Esta tese se ateve exclusivamente às atividades desenvolvidas em dois hospitais da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio), vinculados à Subsecretaria dos Hospitais de Urgência e Emergência do Rio de Janeiro (SubHUE). A opção por focar nos hospitais municipais foi influenciada por uma parceria entre as pesquisadoras responsáveis pela etapa da restituição dos resultados (objeto dessa tese) e a coordenadora, à época, do Núcleo de Saúde do Trabalhador (NUSAT) da Subsecretaria de Vigilância Sanitária (Sub-VISA). Ao longo do tempo essa parceria se fortaleceu e agregaram-se novos atores vistos como relevantes para a efetivação da proposta dessa pesquisa-intervenção, no caso a Subsecretaria dos Hospitais de Urgência e Emergência (SubHUE) e a Coordenadoria de Gestão de Pessoas (CGP). A proposta foi apresentada a esses novos parceiros, que apoiaram e contribuíram para a efetivação de diversas ações posteriormente descritas. Abaixo apresentaremos

a descrição das atividades realizadas considerando, exclusivamente, os dois hospitais municipais privilegiados nessa tese, quais sejam Hospital Municipal Salgado Filho (HMSF) e Hospital Municipal Miguel Couto (HMMC).

Vale ressaltar que essas mesmas atividades de pesquisa-intervenção ocorreram nos outros dois hospitais ligados à SubHUE – Hospital Municipal Lourenço Jorge e Hospital Municipal Souza Aguiar. No entanto, não privilegiamos as análises das atividades nesses dois últimos hospitais nessa tese, por entendermos que já tínhamos material suficiente para discussão com os primeiros hospitais, além de serem esses os dois casos mais consistentes entre as quatro experiências. No entanto, em momentos de análises gerais da pesquisa-intervenção, em especial àqueles que se referem aos Encontros de Saúde do Trabalhador que reuniram os quatro hospitais, poderão aparecer observações referentes aos quatro hospitais, se relevantes para nossas análises.

Em cada hospital as atividades abrangeram i) a distribuição dos folhetos de resultados a todos os enfermeiros e demais profissionais de enfermagem interessados (etapa informativa); ii) a disponibilização de um relatório com todos os resultados daquele hospital, no caso de interesse (etapa informativa); iii) o oferecimento de Palestras Interativas sobre os resultados (gerais e específicos) da pesquisa (etapa de transição entre a informação e a participação); e iv) a possibilidade de realização de Grupos de Discussão de Resultados nos hospitais interessados (etapa participativa).

As atividades referentes ao conjunto dos hospitais municipais incluíram dois Encontros de Saúde do Trabalhador de Enfermagem dos Hospitais de Urgência e Emergência (ESTEHUE) do município do RJ.

As etapas de cunho informativo incluíram a elaboração e distribuição de Folhetos personalizados por hospital com a descrição das características do grupo estudado, do trabalho e condições de saúde (anexos 4 e 5). Membros da equipe de pesquisa visitaram todos os hospitais pesquisados no Estudo da Saúde dos Enfermeiros (ESE), nos diferentes plantões e turnos para entregar os folhetos em mãos ao número máximo de participantes, buscando garantir a eficácia da devolução informativa.

Além da distribuição dos folhetos, realizaram-se dezoito Palestras Interativas nos hospitais municipais. Em cada um realizou-se mais de uma palestra, em diferentes horários, que foram divulgadas nos setores dos hospitais por meio de visitas das pesquisadoras e cartazes (anexos 6 e 7). Estas Palestras incluíam a apresentação dos principais resultados com estímulo à participação de todos através de uma dinâmica que visava desenvolver atividades participativas, mesmo em situações de palestras (anexo 8). Tal dinâmica se

baseava em falas de trabalhadores de enfermagem sobre o seu trabalho e saúde, oriundas de outros estudos dessa equipe de pesquisa. Estas falas eram afixadas anteriormente sob algumas cadeiras, sendo utilizadas caso não houvesse participação espontânea dos trabalhadores nas Palestras, comentando os resultados de pesquisa apresentados a partir da sua experiência. Desta forma, essas falas serviam como dispositivo para esse primeiro momento de diálogo entre os saberes da academia e da experiência. Para possibilitar a participação dos trabalhadores, foram programadas Palestras nos períodos diurnos e noturnos, seguindo a prática que temos desenvolvido nos hospitais públicos.

Com relação à etapa de caráter participativo, os Grupos de Discussão de Resultados visaram promover um processo de restituição dos resultados da pesquisa epidemiológica, disponibilizando-os para um processo de coanálise a partir do diálogo entre trabalhadores e pesquisadores.

Algumas etapas prévias foram essenciais para a realização dos Grupos de Discussão, aqui referidos como Grupos. Uma delas se refere a reuniões do grupo de pesquisa com os parceiros, como as gerências de enfermagem dos respectivos hospitais, membros da Comissão e Núcleo de Saúde do Trabalhador e, em alguns casos o Serviço de Educação Continuada. As gerências de enfermagem dos hospitais estudados têm sido grandes parceiras da equipe de pesquisa, tanto facilitando a inserção dos pesquisadores nos setores, quanto auxiliando na construção das metodologias das oficinas de discussão dos resultados (no caso dessa tese denominadas Grupos) (Pessanha, 2009).

Além disso, para efetivar os Grupos foram necessárias outras etapas que buscaram, principalmente, divulgar a atividade, estimulando a participação dos trabalhadores, como observado em experiências anteriores (Pessanha, 2009). Repetimos este processo, que se mostrou relevante para a adesão e sucesso dos Grupos. Ressaltam-se como primordiais as atividades anteriores de divulgação dos Grupos, a busca ativa<sup>13</sup> de participantes imediatamente antes do início das atividades e a parceria mais fortalecida com parceiros como a gerência de enfermagem, que também ajudavam na divulgação aos trabalhadores.

---

<sup>13</sup> Mais comumente esse termo se relaciona a uma estratégia importante de vigilância epidemiológica em serviços de saúde, que tem por objetivo a identificação de casos suspeitos ou adicionais, ainda não notificados (Brasil, 2005). No caso dessa pesquisa essa etapa referiu-se às visitas aos setores dos hospitais, pouco antes do início das Palestras Interativas e Grupos de Discussão de Resultados, para lembrar àqueles trabalhadores que previamente demonstraram interesse em participar, ou ainda convidar àqueles que não tinham conhecimento da Palestra prevista. Tratou-se então, em nosso caso, de uma busca ativa de trabalhadores interessados em participar das referidas etapas de pesquisa.



Houve visitas, nos diferentes turnos e plantões, a todos os setores dos hospitais, nos dois plantões que antecediam àquele para o qual estava previsto o Grupo. Nessas visitas, as pesquisadoras convidaram os trabalhadores de enfermagem (participantes ou não do ESE) para participar dos Grupos, explicando a proposta e distribuindo cartazes de divulgação nos setores (anexo 9). Além dessas visitas, poucos minutos antes do início previsto dos Grupos, realizaram uma busca ativa para lembrar aos trabalhadores sobre a atividade, ou ainda divulgá-la para algum trabalhador que não tivesse tomado conhecimento anteriormente.

Os Grupos (anexo 10) consistiram em encontros nos hospitais, durante a jornada de trabalho, para discussão das relações entre o trabalho e a saúde. Nestes Grupos os participantes se reuniram em volta de uma mesa, sobre a qual eram disponibilizados diversos resultados do ESE em forma de gráficos de pizza ou tabelas, figuras de revistas e/ou internet que se relacionavam aos temas tratados no questionário e falas sobre as relações saúde-trabalho, oriundas das Palestras Interativas anteriormente realizadas nesses hospitais. A equipe de pesquisa solicitava aos trabalhadores que escolhessem dois ou três materiais que mais lhe chamassem a atenção, pensando na sua saúde e trabalho, considerando sua vivência cotidiana. Depois, foi solicitado aos participantes que comentassem a sua escolha.

Ao explicarem essas escolhas, em grande parte das vezes, os trabalhadores concordaram, ou não, com os resultados da pesquisa, de acordo com a sua experiência. Em alguns momentos relacionaram diferentes temas, e ainda acrescentaram informações sobre o seu trabalho e saúde que não puderam ser apreendidas com a pesquisa epidemiológica. Também podiam comentar (e por vezes fizeram) possíveis soluções que vislumbrassem para as situações que identificavam como desfavoráveis para o seu trabalho e saúde.

Nesses grupos, além do debate sobre as relações saúde-trabalho (a partir dos resultados da pesquisa – tanto resultados epidemiológicos quanto falas oriundas das Palestras Interativas –, figuras relacionadas aos temas tratados na pesquisa e a vivência dos trabalhadores), pedíamos que os trabalhadores participantes construíssem um cartaz. Para sua confecção disponibilizávamos uma folha de papel pardo com interferências prévias da equipe de pesquisa. Na folha havia o seguinte título: “Vamos nos envolver com a melhoria dessas situações?”, e subtítulos que dividiam o cartaz em três níveis de resolutividade: “Local (gestão do hospital)”, “Municipal (gestão da prefeitura)” e “Ampla (como Sindicatos, Coren, Cofen)”. Como os cartazes seriam utilizados no momento dos Encontros, essa subdivisão buscou facilitar a decisão naquele futuro momento sobre qual o problema buscariam enfrentar, considerando principalmente os problemas locais.

Dessa maneira, pedíamos que os trabalhadores elencassem as questões que avaliavam como mais importantes no que se referia à relação saúde-trabalho, a partir do debate realizado, para confeccionarem o cartaz, utilizando-se do material disponibilizado pela equipe de pesquisa (a própria folha de papel pardo, canetas coloridas, cola e os materiais já disponibilizados antes ao debate, além de papéis com os temas debatidos naquele grupo, escritos durante a discussão por uma das pesquisadoras). O principal objetivo desses cartazes era dar visibilidade ao que viria a ser discutido futuramente em um evento que reuniria trabalhadores e gestores dos quatro hospitais, representantes das Subsecretarias etc., além das pesquisadoras (ver adiante, Encontro de Saúde do Trabalhador de Enfermagem dos Hospitais de Urgência e Emergência do município do Rio de Janeiro). Além disso, com os cartazes buscávamos chamar a atenção dos trabalhadores para a possibilidade de enfrentamento de questões referentes à saúde e trabalho nos diferentes níveis, micro e macro, assim percebendo-se também como atores de um possível processo de mudança. As fotos dos cartazes construídos nos Grupos dos dois hospitais privilegiados nessa tese encontram-se em anexo (anexos 11 e 12).

Cada rodada de atividades abrangeu a possibilidade de realizar seis Grupos em cada hospital, de forma a cobrir três plantões diurnos e três plantões noturnos. As atividades dos grupos foram gravadas em áudio, após a aquiescência dos participantes.

Em uma conversa, com os parceiros da SMS-Rio, sobre a programação do evento que reuniria trabalhadores e gerentes dos hospitais e da Secretaria, o parceiro da Coordenação de Gestão de Pessoas (CGP) chamou a atenção para a relevância de se propor um Grupo de Discussão dos resultados também com os gerentes dos hospitais. Dessa maneira, todos os gerentes (geral e de enfermagem) foram convidados a participar de um Grupo, que aconteceu no prédio-sede da Prefeitura do Rio de Janeiro. Nesse Grupo os gerentes discutiram, a partir dos folhetos de resultados de cada hospital e sua vivência, os principais problemas relacionados à saúde do trabalhador de enfermagem desses hospitais. Durante o debate uma das pesquisadoras anotou os principais assuntos tratados, em pedaços de papel (tal como era feito nos Grupos com os trabalhadores). Como não houve tempo hábil para a confecção do cartaz, pelos gerentes, ficou acordado, entre eles e as pesquisadoras, que os assuntos e possíveis sugestões de soluções tratados no debate, seriam organizados em um cartaz, assim compondo o cartaz referente ao Grupo de gerentes.

A parceria estabelecida entre a equipe de pesquisa e a SMS-Rio viabilizou a realização de uma outra atividade que compôs a restituição dos resultados do ESE, englobando

o conjunto de hospitais: os Encontros de Saúde do Trabalhador de Enfermagem dos Hospitais de Urgência e Emergência (ESTEHUE) da SMS-Rio. Esses Encontros tiveram como principal objetivo construir coletivamente, a partir da interação entre pesquisadores, trabalhadores, gerentes dos hospitais e da SMS-Rio, uma proposta de ação para a saúde do trabalhador de enfermagem desses hospitais. Houve visitas prévias aos hospitais, para distribuição de cartazes de divulgação do 1º Encontro e convites nominais (anexo 13) àqueles que já tivessem participado de alguma das atividades de pesquisa anteriores, incluindo os gerentes geral e de enfermagem de cada unidade. Ainda fizemos contato por e-mail ou telefônico com a maioria dos trabalhadores que participaram das etapas anteriores, afim de reforçar o convite à participação no Encontro.

Sendo assim, em setembro de 2012, foi realizado o 1º Encontro no prédio de uma universidade particular, no centro do Rio de Janeiro, onde já havia acontecido eventos anteriores da SMS-Rio. Este Encontro se organizou em três momentos. No primeiro, a equipe de pesquisa apresentou para o grupo de participantes (trabalhadores de enfermagem, gerentes dos hospitais, gerentes e profissionais da SMS-Rio) um compilado das atividades de pesquisas realizadas nesses hospitais, bem como a proposta do daquele Encontro. Esse momento inicial (anexo 14) aconteceu em um auditório, no qual estavam expostos todos os cartazes produzidos anteriormente, seja nos Grupos de Discussão de Resultados realizados nos hospitais, seja no Grupo com os gerentes. O principal objetivo da exposição dos cartazes era divulgá-los para todos os participantes do Encontro.

Num segundo momento, realizaram-se quatro grupos, um de cada hospital, reunidos cada um em uma sala (proposta de programação desse momento em anexo – anexo 15). Nesse momento, os cartazes de cada hospital, antes expostos no auditório, já haviam sido colocados nas suas respectivas salas (anexo 16). Também havia, em cada sala, uma reprodução do cartaz oriundo do Grupo dos gerentes. A exposição dos cartazes de cada hospital nesse momento objetivava, principalmente, sensibilizar os trabalhadores para as questões referentes aos seu trabalho e saúde já discutidas nos Grupos, facilitando a atividade que seria agora proposta. Esses grupos deveriam, então, construir coletivamente uma proposta de ação sobre, pelo menos, um problema (relacionado à saúde do trabalhador de enfermagem) identificado por eles como relevante para atuação, ao mesmo tempo que possível de ser enfrentado, a partir da pactuação e atuação dos gerentes e trabalhadores dos hospitais, que eram os participantes daquela atividade. A proposta de cada hospital foi exposta em um novo cartaz previamente intitulado “Uma proposta construída coletivamente tem mais chance de dar certo” (esses cartazes do HMSF e HMMC em anexo – anexo 17). Num terceiro momento,

os quatro novos cartazes foram apresentados (anexo 18), no auditório, para o conjunto geral de participantes do 1º Encontro.

Com o objetivo de acompanhar as propostas oriundas desse 1º Encontro, em julho de 2013, realizamos o 2º Encontro de Saúde do Trabalhador de Enfermagem dos Hospitais de Urgência e Emergência da SMS-Rio. Nos meses anteriores à realização desse 2º Encontro, retomamos o contato com as gerentes de enfermagem dos hospitais, solicitando que estas apresentassem (na ocasião do 2º ESTEHUE) o que foi realizado (ou não) no respectivo hospital, a partir das propostas oriundas do 1º Encontro. Também como na ocasião do 2º Encontro, foram distribuídos cartazes de divulgação nos setores dos hospitais, bem como convites nominais (anexo 19) àqueles trabalhadores que participaram de quaisquer uma das etapas anteriores, além dos contatos telefônico ou por e-mail para reforço.

Esse Encontro realizou-se no auditório do Centro de Administração São Sebastião, prédio-sede da prefeitura do Rio de Janeiro, de novo através da parceria com os gerentes da SMS-Rio (anexo 20). Foram convidados os trabalhadores dos quatro hospitais e seus gerentes gerais e de enfermagem. Estiveram presentes estes convidados, exceto a parceira do NUSAT – SubVISA e os diretores gerais de três hospitais (esteve presente apenas o gerente geral do HM Lourenço Jorge).

Todos os participantes, ao chegarem, receberam um material de síntese do 1º Encontro, com foto e transcrição dos cartazes relativos a cada hospital (anexo 21). Dessa maneira, mesmo aqueles que não participaram do 1º Encontro tiveram acesso ao que foi discutido naquela ocasião, podendo contribuir com a discussão daquele momento. Além disso, tais cartazes (produzidos no 1º Encontro) estavam expostos no auditório, de modo a facilitar a apresentação das gerentes de enfermagem acerca dos encaminhamentos das propostas.

Para facilitar o entendimento do percurso no que se refere às diferentes etapas realizadas nessa pesquisa-intervenção, colocamos em anexo um esquema explicativo (anexo 22).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

---

Nesse momento do texto buscamos analisar os resultados da pesquisa-intervenção desenvolvida nos hospitais de urgência e emergência da SMS-Rio, privilegiando os Hospitais Municipais Salgado Filho e Miguel Couto. Para tanto, além das nossas bases teóricas de referência, tomamos em auxílio a proposta avaliativa de Santos-Filho (2007a, 2007b). O autor, ao trazer reflexões e caminhos sobre a avaliação de políticas e ações em saúde (em especial aquelas relacionadas à Humanização no SUS) busca inovar no que se refere às concepções majoritárias de avaliação, relacionadas à quantificação de resultados de ações. Chama a atenção para a importância de se considerar a complexidade das políticas e ações a serem avaliadas, assim como seu caráter processual. Propõe a criação de indicadores de avaliação considerando, no entanto, que esses não devam reproduzir a ideia clássica e reduzida de quantificação, mas ampliá-la ou mesmo desestabilizá-la para que venham a dar visibilidade à realidade que se quer avaliar.

Para uma construção de indicadores favoráveis à avaliação que se pretende, segundo o autor, é preciso ter muita clareza sobre o que se busca avaliar (considerando as bases, pressupostos, conceitos envolvidos). Somente assim se poderá atentar para aspectos que possam efetivamente auxiliar na avaliação pretendida. E, com relação a esses aspectos, é preciso ter cuidado para o risco de considerar apenas aqueles que mais facilmente possam ser observados, mas que acabem não interessando ou não contemplando o que se pretende avaliar de fato. Por outro lado, é real o desafio de construir indicadores baseados em aspectos possíveis de serem identificados no processo, assim viabilizando a avaliação.

Ao buscarmos essa proposta avaliativa para nos auxiliar na análise dessa pesquisa podemos perceber que ela condiz com os nossos referenciais teóricos e nos aponta, ao menos, duas possibilidades. Se entendemos que o processo de restituição realizado no âmbito dessa pesquisa pode ser visto como dispositivo de intervenção também na atividade das pesquisadoras nela envolvidas, trata-se de uma avaliação de um dispositivo (a pesquisa-intervenção) em permanente construção. Ou seja, estamos avaliando um processo ainda corrente, no caso, o próprio processo de pesquisar. E essa avaliação pode (e deve) produzir novos resultados na atividade das pesquisadoras. Assim teríamos uma restituição da pesquisa para as pesquisadoras, indicando o caráter cíclico que o próprio conceito de restituição, segundo Lourau (1993), comporta. Trata-se, a nosso ver, de uma consequência vantajosa desse modo de pesquisar e avaliar, que não devia ser desconsiderada.

No entanto, no que se refere mais diretamente ao objetivo dessa tese, qual seja

“problematizar o processo de restituição de resultados como dispositivo de intervenção que possa contribuir para o desenvolvimento do poder de agir dos trabalhadores de enfermagem dos hospitais municipais pesquisados”, não se trata de uma avaliação de um processo em desenvolvimento ou implementação. Tratou-se de uma avaliação de uma experiência já finalizada<sup>14</sup>, que foi o processo de restituição de resultados do Estudo da Saúde dos Enfermeiros (ESE) em dois hospitais municipais do RJ. Dessa maneira, ao propormos realizar essa avaliação em processo, fizemos um uso nosso da proposta do autor, de certa maneira, reajustando o foco da avaliação.

Tomando como inspiração a proposta de Santos-Filho (2007a, 2007b), buscamos avaliar a contribuição da pesquisa-intervenção para a ampliação do poder de agir dos trabalhadores a partir do referido conceito (tomado aqui como nosso principal indicador de avaliação), no escopo da Clínica da Atividade. Buscamos identificar e analisar os possíveis indícios dessa ampliação, considerando o percurso da pesquisa e seus desdobramentos. Tratou-se de uma avaliação que considera o movimento (a partir da pesquisa-intervenção desenvolvida), e não uma avaliação que buscou elencar momentos ou fatos estanques, indicativos de ampliação desse poder de agir.

Conforme já detalhado anteriormente (em “Métodos e Técnicas de Investigação”), tivemos diversos momentos de restituição dos resultados nos hospitais municipais do Rio de Janeiro, com etapas de caráter informativo e etapas participativas.

A primeira etapa, de cunho informativo, foi a distribuição dos Folhetos de resultados, que era o compromisso básico firmado entre a equipe de pesquisa e o hospital, a partir de uma postura ética de divulgação dos resultados de pesquisa aos seus participantes. Para a elaboração desse material, a própria equipe de pesquisa selecionou, dentre os assuntos tratados no questionário, aqueles que avaliaram (a partir de experiências anteriores de divulgação de resultados e também de seus maiores interesses de pesquisa) serem de interesse dos trabalhadores. Dessa maneira, cada hospital tinha o seu Folheto correspondente que, apesar de seguir um modelo padronizado no que se refere aos assuntos, trazia os resultados da sua unidade.

Concomitante à elaboração desse material, as pesquisadoras envolvidas nas etapas da restituição nos hospitais reuniram-se com a chefia de enfermagem da unidade, ou com

---

<sup>14</sup> A partir do próprio conceito de restituição (Lourau, 1993), entendemos que as atividades realizadas podem produzir efeitos ao longo prazo, que podem até mesmo não ser de nosso conhecimento. No entanto, ao considerarmos que analisamos um processo finalizado, referimo-nos ao término das atividades de pesquisa previstas naqueles hospitais.

algum representante indicado, para lembrar o compromisso da restituição dos resultados e acordar sua realização, considerando todas as etapas. Ainda, sempre que possível, agendavam as palestras interativas a acontecerem naquela unidade hospitalar, que, em sendo marcada, poderiam ser divulgadas já no folheto informativo. Dessa maneira, já haveria nos folhetos um convite para as atividades participativas da restituição dos resultados, a partir do seguinte texto: “Enfermeiro, nós podemos conversar sobre o seu trabalho e saúde, a partir desses resultados e da sua experiência. Que tal?! Para isso, propomos Palestras e Oficinas de Discussão de Resultados no seu horário de trabalho, tanto de dia quanto à noite, aqui mesmo no hospital.”

Realizamos Palestras Interativas naqueles hospitais que se interessaram por essa atividade, nas quais apresentamos outros resultados das pesquisas, além de já buscarmos iniciar um debate acerca da saúde dos trabalhadores de enfermagem, a partir dos nossos resultados e do cotidiano desses trabalhadores. Nos quatro hospitais municipais realizamos dezoito Palestras ao todo, em diferentes turnos e plantões. Essas Palestras, além de marcarem uma etapa de transição entre as etapas informativa e participativas propostas nessa pesquisa, também serviram como um primeiro momento de integração dos demais profissionais de enfermagem às atividades de pesquisa nesses hospitais, originalmente realizadas apenas com enfermeiros (no questionário e distribuição de folhetos).

As Palestras realizadas foram gravadas em áudio, e estes foram ouvidos, buscando capturar aqueles assuntos que mais nos chamavam a atenção com relação à saúde e trabalho da enfermagem. Assim, a partir dessa audição, alguns trechos foram transcritos, mesmo que não literalmente, precedidos do tema ao qual se referiam. A seleção dos referidos trechos também se deu a partir da recorrência deles nas diferentes palestras. Dessa maneira, há mesmos temas (por exemplo: diferença entre setores) com trechos semelhantes, oriundos de diferentes palestras interativas, ou de diferentes momentos de uma mesma Palestra. Os trechos selecionados foram, então, usados como material de resultados de pesquisas, disponibilizado aos trabalhadores para apreciação e colaboração para o debate nos Grupos de Discussão realizados nos hospitais.

A terceira etapa da restituição dos resultados nesses hospitais deu-se com os Grupos de Discussão de Resultados, onde buscamos debater as relações saúde-trabalho dos profissionais de enfermagem dessas unidades, a partir dos resultados de pesquisas e do saber dos trabalhadores. Ainda tivemos a produção de cartazes (um em cada Grupo, anexos 11 e 12), que buscavam sintetizar o que tinha sido discutido e seriam posteriormente utilizados nos Encontros que reuniriam todos os hospitais municipais. Tivemos ainda um grupo com

os gerentes dos hospitais, nesses mesmos moldes, visando principalmente sensibilizá-los para os futuros Encontros.

Foram realizados vinte e dois Grupos nos quatro hospitais municipais, sendo dez em horário diurno e doze em horário noturno; e um grupo com os gerentes. Considerando as Palestras Interativas (que aconteceram anteriormente aos Grupos) e os Grupos, nos quatro hospitais, contamos com a participação de cerca de 250 profissionais de enfermagem. Nos hospitais municipais Salgado Filho (HMSF) e Miguel Couto (HMMC) realizamos seis Grupos em cada um, sendo três diurnos e três noturnos.

Para análise dos Grupos de Discussão dos resultados com os trabalhadores do HMSF e HMMC consideramos, principalmente, os cartazes neles produzidos, visto a sua relevância e função de reproduzir, nos Encontros, o que tinha sido discutido nos Grupos, além de sua capacidade de síntese. Também realizamos a audição dos debates ocorridos nesses Grupos, o que nos auxiliou na confirmação do caráter sintético e representativo do cartaz, bem como facilitou a sua interpretação.

Para essas análises, em um primeiro momento, consideramos todos os cartazes de cada unidade hospitalar, tomando, em separado, as suas colunas: local, municipal e amplo. Observando o material utilizado e as intervenções feitas pelos trabalhadores para a construção dos cartazes, apontamos os temas trazidos em cada cartaz referente a cada coluna. Assim, pudemos observar temas que se repetiam, mesmo que sem utilizar o mesmo nome, e esses foram, então, tratados a partir de um nome mais geral. Por exemplo, observamos em diferentes cartazes questões que chamamos de “sobrecarga de trabalho”. Foram agrupadas nesse mesmo signo o que por vezes apareceu (a partir do material escrito pela pesquisadora durante o debate) como a palavra “sobrecarga” (no caso do cartaz 1 do HMSF), e outra vez apareceu a partir do trecho que se segue (material oriundo de uma palestra): *EXIGÊNCIAS – Cai tudo sobre a enfermagem. Qualquer função dentro do hospital que não tenha dono é função da enfermagem. Ai acaba que você trabalha muitas vezes no improvisado.* (no caso do cartaz 3 do HMSF).

Criamos, então, três quadros (cada uma referente à uma dessas colunas) para cada hospital (anexo 23), que trazem os principais temas tratados nos cartazes. Esse material nos auxiliou nas análises desse momento da pesquisa e, a partir dele, pudemos ver quais os temas foram recorrentes nos diferentes Grupos; aqueles que apareceram em diferentes níveis de resolutividade (o que pode indicar uma complexidade referente ao assunto); bem como algumas formulações síntese, que trazem em seu bojo a relação entre diferentes problemas.



Ainda para tratamento dos cartazes, em um outro momento transcrevemos literalmente o que continha em cada cartaz, criando seis quadros (cada um referente a um dos cartazes) (anexo 24). Dessa maneira, pudemos agregar novos resultados e análises, não observadas antes, com as primeiras tabelas a partir das colunas.

O 1º Encontro de Saúde do Trabalhador de Enfermagem dos Hospitais de Urgência e Emergência da SMS-Rio reuniu a equipe de pesquisa, os trabalhadores de enfermagem dos quatro hospitais municipais envolvidos na pesquisa, os gerentes desses hospitais (seus diretores gerais e diretoras de enfermagem) e representantes da gerência da SMS-Rio, vinculados a instâncias parceiras da equipe de pesquisa para realização dessas atividades (Subsecretaria dos Hospitais de Urgência e Emergência; Subsecretaria de Vigilância Sanitária, em especial o Núcleo de Saúde do Trabalhador a ela vinculado; e Coordenadoria de Gestão de Pessoas). Esse Encontro se organizou em três momentos. O primeiro reuniu todos os participantes para apresentação breve das etapas da pesquisa já desenvolvidas nos hospitais e da proposta do Encontro. No segundo momento, cada hospital se concentrou em uma sala para discutir as questões relacionadas à saúde e ao trabalho de enfermagem na sua unidade, buscando a construção coletiva de uma proposta de ação sobre problemas considerados importantes e possíveis de resolver a partir da pactuação dos atores que estavam ali reunidos (trabalhadores e gerentes das unidades). E, finalmente, um terceiro, onde novamente se reuniu todo o grupo de participantes para expor brevemente o que cada grupo tinha discutido e proposto.

Como última atividade prevista nessa pesquisa-intervenção, tivemos o 2º Encontro, no qual buscamos conversar sobre os encaminhamentos das ações propostas no Encontro anterior, em cada uma das unidades. Para tanto, mais uma vez reunimos pesquisadoras, trabalhadores de enfermagem dos hospitais, gerentes dos hospitais e da secretaria de saúde em um auditório do prédio da prefeitura do RJ. Em visitas aos hospitais, anteriores à data do 2º Encontro, solicitamos que as gerentes de enfermagem apresentassem tais encaminhamentos em suas unidades, o que se configurou como a principal atividade desse Encontro, bem como o debate acerca dessas apresentações.

Para realizarmos as análises tomamos, em separado, cada um dos dois hospitais aqui privilegiados e consideramos todas as etapas da pesquisa-intervenção desenvolvida em cada uma das unidades. Essa escolha se deveu ao fato de termos vivido diferentes experiências nas etapas da restituição em cada uma das unidades, em especial nas duas que privilegiamos analisar, o que certamente precisou ser considerado nas apreciações feitas.

## **A RESTITUIÇÃO COMO PESQUISA-INTERVENÇÃO NO HOSPITAL MUNICIPAL SALGADO FILHO**

De início vamos considerar o Hospital Municipal Salgado Filho (HMSF). Para isso, segue uma descrição das diferentes etapas do processo de restituição desenvolvidas nesse hospital, assim como algumas características dessa unidade hospitalar, que puderam ser observadas nas diferentes atividades da pesquisa.

Para iniciar nossas atividades dessa pesquisa no HMSF, realizamos visita de retorno à unidade após a aplicação do questionário epidemiológico e apresentamos, para a chefia de enfermagem da época (composta por duas enfermeiras, além das enfermeiras supervisoras que as apoiavam), um modelo do folheto a ser distribuído (Folheto do HMSF em anexo – anexo 4). Conseguimos agendar as Palestras para três datas, de dia e de noite. Assim havia a possibilidade de participação dos trabalhadores dos diferentes plantões, nos seus horários de trabalho no hospital. Sendo assim, incluíamos na capa do Folheto (anexo 4) um quadro com a seguinte chamada “Teremos palestras no hospital” PARTICIPE!!!”. E, logo na página seguinte, além do texto descrito acima para convite às atividades participativas, havia outro quadro com as datas e horários previstos para as Palestras.

A distribuição dos Folhetos se deu nas datas para as quais estavam agendadas as Palestras. Assim, aproveitamos um mesmo momento para essa distribuição e busca ativa dos trabalhadores de enfermagem para participarem da palestra interativa. Essa estratégia (de distribuição dos folhetos no mesmo dia das Palestras) nos foi sugerida pela enfermeira da Educação Continuada do Hospital Municipal Lourenço Jorge, parceira da equipe de pesquisa naquela unidade. Foi uma experiência bastante exitosa, visto que o material impresso também funcionou como estímulo à participação dos trabalhadores para a atividade que aconteceria logo após a distribuição do Folheto.

Para entrega dos Folhetos, circulamos todos os setores do hospital, em todos os plantões. Buscávamos o posto de enfermagem de cada setor, e explicávamos que estávamos ali para entregar os resultados da pesquisa aos enfermeiros, e convidar toda a equipe de enfermagem para participar da Palestra, que aconteceria naquele dia, conforme cartaz (anexo 6) que estava no setor e divulgação anterior feita pela chefia de enfermagem (conforme combinado com a equipe de pesquisa). A princípio o Folheto era distribuído para os enfermeiros dos setores, visto o direcionamento do questionário apenas para esse grupo. Porém, caso outro profissional de enfermagem do setor, técnico ou auxiliar, se interessasse pelo Folheto, esse também recebia o material.

Durante essa atividade pudemos ouvir de alguns poucos trabalhadores a insatisfação quanto à realização da pesquisa apenas com enfermeiros.

A estratégia que utilizamos para incluir os demais trabalhadores de enfermagem nas atividades da pesquisa-intervenção foi, além do convite estendido a eles, incluir, nas Palestras Interativas, resultados referentes a todo o grupo de enfermagem, a partir de investigações realizadas anteriormente, em outros hospitais, pelo grupo de pesquisa. Mas, por mais que explicássemos os motivos e expuséssemos que, a partir das Palestras, as atividades de pesquisa eram voltadas para todos os trabalhadores de enfermagem, não podemos considerar que esse incômodo foi resolvido, visto que tivemos uma participação maciça de enfermeiros, mas não dos técnicos de enfermagem, em todas as atividades realizadas no HMSF.

Tal fato pode ser explicado pela característica do estudo epidemiológico original e também pelo estímulo, por parte da chefia de enfermagem, para a participação apenas de enfermeiros nas atividades, o que pudemos verificar em conversas na ocasião dos Grupos de Discussão no hospital (mais detalhadas nesse texto, mais adiante).

Porém não podemos desconsiderar que algumas de nossas ações podem ter contribuído para essa não-adesão dos demais profissionais da equipe de enfermagem. Dentre elas, destacamos (1) a opção de priorizar a distribuição dos resultados aos enfermeiros; (2) o próprio texto do Folheto, que continha uma chamada à participação endereçada ao “Enfermeiro”; e (3) o texto do cartaz de divulgação para participação nas Palestras, que não ressaltava a intenção de incluir os demais profissionais da equipe de enfermagem, além de fazer alusão direta ao ESE (pesquisa epidemiológica realizada somente com os enfermeiros da unidade).

Por outro lado, nos outros três hospitais da SMS-Rio realizamos os mesmos procedimentos, reproduzindo esses textos nos Folhetos e cartazes, e pudemos contar com a participação de profissionais de toda a equipe de enfermagem. Então, podemos avaliar que a maior influência para a participação maciça de enfermeiros nas atividades de pesquisa nesse hospital se deveu mesmo ao modo de funcionar em equipe presente na organização do trabalho em enfermagem no HMSF, como veremos em outros momentos desse texto.

Com relação às Palestras, estas aconteceram nas datas e horários previstos, mas com a presença de poucos trabalhadores, e estes eram todos enfermeiros. Além do baixo quórum, na maioria das Palestras a participação dos trabalhadores não foi muito expressiva. Frente a essa situação, a enfermeira responsável pela Educação Continuada à época, que participou de uma dessas Palestras, sugeriu que tal atividade fosse realizada novamente, na ocasião da

Semana de Enfermagem do hospital. Segundo ela, assim conseguiríamos atingir um maior número de trabalhadores, visto que já estariam mobilizados para o evento programado pelo hospital. No entanto, próximo à data, retomamos o contato com a chefia de enfermagem, que disse não haver possibilidade para mais uma atividade no referido evento.

Enquanto aconteciam as atividades de pesquisa no HMSF houve uma mudança na chefia de enfermagem da unidade. Ainda na etapa de questionário epidemiológico e durante a distribuição dos folhetos informativos e realização de Palestras Interativas, o hospital contava com uma chefia (liderada por duas enfermeiras). Nas etapas subsequentes já havia acontecido a mudança, e apesar de ambas as chefias concordarem com a realização da pesquisa na unidade, a segunda (liderada, agora, por uma enfermeira) mostrou-se mais estimulada com a proposta, demonstrando maior apoio e contribuindo para a realização dos Grupos de Discussão na unidade, os quais não tínhamos conseguido agendar com a chefia anterior.

No entanto, uma mesma característica percorreu todas as etapas da pesquisa, com as diferentes chefias: por mais que disséssemos, em diferentes momentos e para diferentes pessoas (incluindo chefias e trabalhadores nos setores de assistência), que buscávamos a participação de todos os profissionais da enfermagem nas atividades participativas da pesquisa, nesse hospital tivemos a participação exclusiva de enfermeiros em todas as etapas de pesquisa.

No HMSF aconteceram os seis Grupos de Discussão de Resultados com os trabalhadores de enfermagem, conforme o previsto. Além do debate a partir dos materiais disponibilizados pelas pesquisadoras, em cada Grupo tivemos a produção de um cartaz (anexo 11). Avaliamos que a produção dos cartazes foi um momento importante dos Grupos, visto que reforçavam a nossa proposta de pensar as relações saúde-trabalho também como questões sobre as quais os próprios trabalhadores poderiam atuar (a partir, principalmente, do título “Vamos nos envolver com a melhoria dessas situações?!”). Além disso, a construção do cartaz demandava o exercício de decidir quais temas, dentre os debatidos, aqueles trabalhadores priorizariam, considerando os diferentes níveis de resolutividade. Ainda era acordado com os trabalhadores de que o cartaz seria usado no Encontro de Saúde do Trabalhador a ser realizado com os quatro hospitais, seus trabalhadores de enfermagem e gerentes, além dos gerentes da SMS-Rio. Dessa maneira, tratava-se de uma atividade dirigida para interlocutores específicos. Então, os cartazes não eram, apenas um produto de síntese, mas uma ferramenta que viria a subsidiar futuras discussões, com a inclusão de outros atores. Uma ferramenta que retrataria o que tinha sido discutido nos Grupos,

mostrando as principais questões relacionadas à saúde e trabalho, além de possíveis sugestões dos trabalhadores de como atuar sobre elas.

Para análise dos Grupos de Discussão de Resultados com os trabalhadores do HMSF consideramos, principalmente, os cartazes neles produzidos e podemos avaliar que a maioria deles cumpriu seu papel de síntese acerca das questões debatidas pelos trabalhadores no que se referia à saúde e trabalho, além de trazerem algumas recomendações nesse sentido, também discutidas nos Grupos. Porém, cabe ainda ressaltar características peculiares de três cartazes, dentre os seis produzidos nos Grupos desse hospital.

O quarto Grupo (segundo do horário diurno) realizado no HMSF teve uma duração bem mais curta em relação aos demais (cerca de vinte minutos, enquanto os demais duraram cerca de uma hora, conforme a previsão). Isso porque foi marcada uma atividade da equipe médica do hospital no mesmo local (auditório) e com início previsto para menos de uma hora depois do início do Grupo, apesar de nosso agendamento prévio. Fomos alertadas sobre isso pela chefe do centro de estudos do hospital, imediatamente antes do início do Grupo e, como não havia outro lugar que pudéssemos ocupar, decidimos (pesquisadoras e trabalhadores) diminuir o tempo da atividade, o que influenciou tanto o debate quanto o cartaz desse Grupo. Tivemos um debate mais curto, até porque antes ainda do término do Grupo os profissionais, para os quais o auditório estava reservado em seguida, já ocuparam o espaço para preparar os instrumentos para a sua apresentação. A presença deles desconfigurou aquele espaço como um espaço para conversas livres, tampouco com a garantia do sigilo preconizado pelo TCLE. Sendo assim, o cartaz (cartaz 4 – anexo 11 [foto], anexos 23 e 24 [quadros]) não foi apenas sintético (apesar de trazer temas debatidos), mas também funcionou, mesmo sem nenhuma prescrição nesse sentido, como uma continuidade do debate, visto que alguns assuntos que não foram debatidos foram colocados no cartaz. Além disso, salta aos olhos o uso majoritário, especificamente nesse cartaz, de falas das Palestras (dentre os materiais disponibilizados), o que pode corroborar nosso entendimento da continuidade do debate, como se os trabalhadores priorizassem os materiais que continham falas que não tiveram tempo de falar, sobre assuntos que não puderam discutir.

A adversidade inesperada nesse Grupo, em especial no que se refere à presença dos médicos no auditório inibindo a conversa entre os trabalhadores e pesquisadoras, poderia ter impedido a atividade de debate acerca das relações saúde-trabalho na enfermagem a partir da vivência dos trabalhadores e dos resultados da pesquisa. No entanto, por mais que não possa ser desconsiderada sua influência sobre essa atividade, o uso do cartaz como ferramenta para continuar o debate iniciado no Grupo nos mostra uma capacidade dos

trabalhadores de atuarem nessa situação imprevista. Podemos dizer, por conta do privilégio dado à atividade do grupo dos médicos em detrimento àquela previamente agendada pela enfermagem, que as interferências médicas pautadas em uma hierarquia bastante verticalizada como se observa, em especial em unidades hospitalares, não devem ser tão incomuns para o grupo de trabalhadores de enfermagem desse hospital. Sendo assim, mesmo sem uma prescrição ou acordo prévio no Grupo de Discussão, os trabalhadores conseguiram dar conta da atividade, o que pode nos indicar uma certa potência do cartaz como ferramenta para continuidade do debate naquele momento impedido. No entanto, não podemos desconsiderar a naturalização dos trabalhadores de enfermagem presentes no Grupo com relação à hierarquia dos médicos em ambiente hospitalar.

Um outro cartaz (cartaz 5 – anexo 11 [foto], anexos 23 e 24 [quadros]), produzido no quinto Grupo, terceiro Grupo no horário noturno nesse hospital, se diferencia dos demais. O cartaz continha apenas, dentre os materiais disponibilizados, duas figuras (uma sobre estresse, tratado no nível amplo; e uma sobre local / setor de trabalho, no nível municipal) e duas anotações da pesquisadora sobre temas debatidos (“alto nível de estresse por conta de muitos empregos, alta carga de trabalho”, no amplo, e “poder da enfermagem se relaciona ao próprio poder de regular, respeitar os seus limites”, no local). Todo o restante era escrito à caneta, com recomendações daqueles profissionais para a saúde do trabalhador de enfermagem, nos diferentes níveis de resolutividade, a partir do que tinham debatido.

Uma outra peculiaridade a ser considerada, ainda na análise dos cartazes, refere-se àquele (cartaz 2 – anexo 11 [foto], anexos 23 e 24 [quadros]) confeccionado no segundo Grupo, também segundo Grupo do horário noturno, no qual os trabalhadores atuaram sobre o material de resultados de pesquisas disponibilizado pelas pesquisadoras, em especial complementando-os com as suas vivências e avaliações. Podemos avaliar, então, a partir desse cartaz e de experiências anteriores do grupo de pesquisa (Pessanha, Rotenberg e Osorio-da-Silva, 2013), que os Grupos de Discussão de Resultados puderam funcionar como um momento de validação e ampliação dos resultados de pesquisas, visto que tais resultados são apreciados pelos trabalhadores e confrontados com a sua realidade de vida e trabalho, podendo assim serem modificados, complementados ou validados.

Considerando, novamente, os seis Grupos desenvolvidos nesse hospital, traremos a seguir os principais temas debatidos e priorizados pelos trabalhadores nos cartazes (para melhor visualização, ver quadros nos anexos 23 e 24). De maneira geral, os temas elencados como de resolutividade local, relacionados à gestão do trabalho dentro do próprio hospital, relacionavam-se à (1) sobrecarga de trabalho da enfermagem, incluindo tarefas que a

princípio não são de sua competência e acabam sendo a ela delegadas; (2) condições desfavoráveis e precárias de trabalho; (3) problemas de comunicação e de relacionamento com a chefia (falta de apoio, inflexibilidade nas decisões); (4) falta de reconhecimento profissional (pela chefia, por outros profissionais, pelos usuários); (5) readaptação inadequada, desconsiderando a saúde dos trabalhadores readaptados e as características dos setores; (6) rodízio de setores ao longo dos anos de trabalho, visto por alguns trabalhadores como favorável e por outros como desfavorável à saúde no trabalho; (7) acomodação dos profissionais de enfermagem frente aos problemas relacionados ao trabalho; (8) falta de autonomia da enfermagem no trabalho; (9) adoecimento dos trabalhadores e necessidade de cuidados e (10) “espírito maternal” da enfermagem, que a impede de respeitar seus limites, trabalhando em condições desfavoráveis e, por isso, muitas vezes não fazendo um trabalho bem feito.

É interessante perceber que os temas, muitas vezes, aparecem relacionados a outros, e não como um problema isolado. No caso do que chamam de “espírito maternal”, se tomado isolado pode ser visto, ao menos por alguns trabalhadores, como relevante ao trabalho da enfermagem, a partir da sua característica de cuidar da assistência ao paciente. No entanto, trazem o “espírito maternal” relacionado ao desrespeito do seu próprio limite de saúde, aceitando condições de trabalho precárias, culminando em um trabalho que não sentem como bem feito. Dessa maneira, podemos dizer que, ter que trabalhar em condições precárias é um fator que pode ser entendido como não promotor de saúde, ao passo que não favorece o reconhecimento do trabalhador no sentido preconizado pela Clínica da Atividade, de se orgulhar do que faz e fazer a diferença em sua atividade.

Em relação à necessidade de cuidados para a saúde dos trabalhadores discutida nesses Grupos (item 9, acima), podemos avaliar que se relacionava a diferentes âmbitos de atuação: cuidado de si, pelo próprio trabalhador; cuidado direcionado ao trabalhador pela instituição hospitalar, a partir da proposta de exercícios laborais e uso de terapias já oferecidas no hospital (como acupuntura e técnicas de relaxamento); e cuidados sobre o processo de trabalho. Sobre esse último, podemos entender que, (i) se ao debaterem e confeccionarem os cartazes os trabalhadores associaram questões relacionadas à organização do trabalho com a sua saúde (ou falta dela); e (ii) se sugerem recomendações para melhorias das condições de trabalho em um debate em que o principal pedido era que pensassem a sua saúde no trabalho a partir da sua vivência e dos resultados de pesquisa; esses trabalhadores demonstram certa clareza sobre as relações entre o trabalho e a saúde. No entanto, pelo menos ainda nesse momento da pesquisa-intervenção, não podemos afirmar que esta contribuiu para a atuação

dos trabalhadores sobre o processo de trabalho, buscando mudanças favoráveis à saúde. Porém, esse reconhecimento das relações trabalho-saúde pode ser uma indicação favorável para viabilização de ações nesse sentido, assim como já observado pelas pesquisadoras em experiências anteriores (Pessanha, Osório-da-Silva, Rotenberg, 2013).

Com relação ao que foi eleito pelos trabalhadores como questões a serem tratadas no nível municipal, de gestão da prefeitura, algumas já tinham aparecido naquelas trazidas a nível local; como condições desfavoráveis de trabalho; falta de reconhecimento profissional; sobrecarga de trabalho; adoecimento do trabalhador. Esse fato pode nos indicar que tratam-se de problemas complexos, e por isso não se relacionam precisa e claramente para o grupo de trabalhadores como relacionado a um único nível. Corroborando essa ideia, dessa vez muitas das questões se relacionavam com outras questões de competência de um nível de resolutividade mais abrangente. Como exemplos podemos trazer: (1) a sobrecarga de trabalho e múltiplos empregos relacionada ao baixo salário (aparecendo a aprovação de plano de cargos e salários como sugestão de ação); (2) problemas na readaptação dos profissionais relacionados a avaliação, vista como inadequada, do setor de perícia da prefeitura, responsável pela decisão acerca das licenças de saúde; (3) sobrecarga de trabalho nos setores relacionada à presença de trabalhadores na escala de trabalho que não conseguem trabalhar o quanto o serviço demanda, por questões de saúde (o que também se relaciona à inadequação das avaliações do setor de perícia). Além dessas, outras questões apareceram, como necessidade de preparação dos trabalhadores para a aposentadoria, melhoria das instalações hospitalares e considerações acerca da capacidade de atuação da unidade.

Com relação às questões vistas como de competência em nível mais amplo, como sindicatos e conselhos de representação da categoria, percebemos que apareceram mais precisamente reivindicações referentes à precariedade do trabalho, como: (1) maior piso salarial; (2) redução da carga horária de trabalho; bem como uma relação entre elas: (3) baixos salários implicando em elevadas jornadas de trabalho. Em continuidade, apareceu a questão de (4) múltiplos empregos. Podemos entender que esse item seria uma formulação síntese referente aos anteriores, já que foi trazido pelos trabalhadores como uma questão cultural dentre os trabalhadores de enfermagem, mas também diretamente relacionado aos baixos salários, e incidindo em altas jornadas de trabalho. Além dos itens anteriormente citados, ainda apareceram: (5) adoecimento do trabalhador; (6) falta de poder da enfermagem, apesar da força da categoria.

Podemos avaliar, então, que os Grupos de Discussão de Resultados de pesquisa foram favoráveis para a sensibilização dos trabalhadores do HMSF no que se refere às questões



relacionadas à saúde e o trabalho e suas possibilidades de mudanças, direcionadas a condições de trabalho mais favoráveis. Sendo assim, os Grupos funcionaram positivamente como atividades prévias aos Encontros, propostos como continuidade da pesquisa-intervenção desenvolvida nos hospitais da SMS-Rio, incluindo o HMSF.

Consideraremos agora a reunião dos trabalhadores do HMSF nesse 1º Encontro, trazendo algumas características gerais e trechos de falas ou diálogos ilustrativos para nossas análises.

A reunião iniciou-se com a presença dos trabalhadores daquele hospital, tanto da assistência quanto da gerência (no caso, diretor geral e diretora de enfermagem do hospital). Assim como nas reuniões dos outros hospitais, estavam também presentes representantes das instâncias da SMS-Rio que foram parceiras da equipe de pesquisa. No caso desse hospital, contamos com a presença de dois profissionais da Coordenação de Gestão de Pessoas que estavam participando das atividades de pesquisa pela primeira vez. Não haviam participado de nenhuma reunião prévia com a equipe de pesquisa, e não atuavam a nível de gerência nessas instâncias parceiras, diferente do que aconteceu nas salas de reunião dos demais hospitais (das quais participaram parceiros que já tinham maior aproximação com a equipe de pesquisa e ocupavam cargos de gerência). Sendo assim, esses profissionais atuaram nesse momento como observadores, apenas realizando sua apresentação pessoal, mas não participando ativamente do debate sobre os problemas e construção da proposta de ação. Vale ressaltar que nos demais hospitais houve participação mais ativa dos parceiros da SMS-Rio, nesses momentos de debate e construção coletiva de propostas. Poderemos observar essa diferença ao trazermos os resultados do HMMC.

A solicitação feita pela pesquisadora durante essa reunião era que cada participante, primeiro, escolhesse um problema relacionado à saúde e ao trabalho em enfermagem, visto como importante e possível de ser solucionado a partir de ação que pudessem compactuar entre trabalhadores e gerentes. Ação essa que deveria ser construída coletivamente, por trabalhadores e gerentes, após elegerem dentre os problemas que apareceram, sobre o(s) qual(ais) atuariam. Segue trecho ilustrativo:

*Pesquisadora: A ideia (...) é que a gente agora reúna os trabalhadores dos hospitais, os trabalhadores da assistência e os gestores, para que conversemos sobre a saúde do trabalhador do Salgado Filho, pensando qual é o principal problema que cada um identifica, seja por ser o principal problema, porque acha o mais grave, mas tentem pensar um problema que seja grave e que seja*

*passível de solução. Porque a ideia hoje é que a gente consiga alguma ação, (...) E esse é o nosso desafio e a nossa tentativa aqui hoje, de que a gente saia um pouco da queixa a partir de parceria entre trabalhadores e gestores e que pensemos em uma proposta de ação. Então para isso a gente começa, eu gostaria que vocês (...) que vocês coloquem nesse papelzinho qual é esse problema que vocês identificam como um principal problema para a saúde do trabalhador de enfermagem. Certo?*

Dessa maneira, o principal objetivo<sup>15</sup> do 1º Encontro era a construção coletiva de propostas de ações em saúde do trabalhador de enfermagem para cada hospital, conforme enunciado do cartaz (“Uma proposta construída coletivamente tem mais chance de dar certo!”) que os participantes deveriam compor, como produto daquela reunião.

Logo no início da reunião, ao decidirem quem começaria a falar, uma enfermeira sugeriu começar e outra, colega do mesmo setor, diz para que ela comece porque elas tinham pensado a mesma coisa. O diálogo entre elas e a pesquisadora pode indicar a existência do gênero de atividade profissional em enfermagem, no sentido do recurso coletivo que possibilita a atividade do trabalhador dentro de um grupo (Clot, 2010).

*Enfermeira 1: Eu posso começar.*

*(...)*

*Enfermeira 2: Ela pode começar porque nós pensamos a mesma coisa.*

*Pesquisadora: Ah é? (risos) Transmissão de pensamento? (risos)*

*Enfermeira 2: Nós fizemos aqui uma comunicação. Uma cola coletiva.*

*Enfermeira 1: Teve uma cola coletiva.*

---

<sup>15</sup>Tal objetivo construiu-se ao longo do percurso das atividades de pesquisas realizadas no grupo de pesquisa do LEAS. Trabalhadores de enfermagem de outros hospitais, desde o início das investigações nessa área por esse grupo de pesquisadoras, já solicitavam mudanças em prol da sua saúde a partir das pesquisas realizadas, anunciadas como pesquisa “em saúde do trabalhador”. Por mais que essa solicitação tenha sido criticada pela equipe, ela influenciou nas atividades de pesquisa-intervenção que passaram a realizar, promovendo o diálogo entre os saberes de trabalhadores e pesquisadoras para a restituição de resultados de pesquisa epidemiológicas. Essas experiências anteriores da equipe de pesquisa indicaram que poderia ser favorável incluir outros atores ao diálogo para vislumbrar ações de saúde do trabalhador, em especial atores com maior grau de autonomia para viabilizá-las (Pessanha, 2009). Por isso a construção de parceria com instâncias da gerência da SMS-Rio, e convite à participação dos gerentes dos hospitais.

*Pesquisadora: Então uma complementa a outra.*

Apareceu nesse momento uma característica do grupo de enfermeiros desse hospital que já havíamos observado na ocasião das Palestras Interativas e Grupos de Discussão na unidade, que relaciona-se à diferenciação severa entre o enfermeiro e os demais profissionais da enfermagem (técnicos e auxiliares), conforme trecho a seguir:

*Enfermeira 1: Bom, eu pontuei alguns problemas que dentro do hospital me incomodam mais. É... O Estar de enfermagem. Eu nunca entendi e acho que nunca vou entender, porque que **O** enfermeiro não tem um local adequado para o descanso dele. A gente improvisa como pode. Eu estava até falando que o meu local é debaixo da mesa do meu chefe imediato da ortopedia, a gente coloca um colchonete ali e eu durmo embaixo da mesa dele, porque a sala dele é pequena e minha colega dorme nas cadeiras. Então isso incomoda a gente porque tem sim o Estar de enfermagem, mas é para o auxiliar de enfermagem e eles tem que revezar ali, tem um beliche, as vezes tem quatro ou cinco, e tem um beliche e eles se revezam ali e a gente fica onde dá. Não tem esse local. (...) Me incomoda bastante da gente não ter. Ter sim um Estar médico, sempre tem e tal, mas porque não ter para a enfermeira? Enfermeira que eu falo assim, não equipe de enfermagem, auxiliares e tal, um local pras enfermeiras descansarem. De repente se tivesse uma sala grande, a gente poderia colocar três, quatro beliches ali e as enfermeiras descansarem ali e os seus setores serem informados de onde elas estariam. Os auxiliares saberiam onde encontrar os enfermeiros.*

Esse trecho, especialmente quando a enfermeira fala enfaticamente sobre um estar para **O** enfermeiro (artigo também grifado na transcrição do trecho acima, justamente para marcar a ênfase dada na fala) corrobora tal diferenciação já observada em etapas anteriores.

Chama a atenção, ainda, que desse Encontro também participaram apenas enfermeiros, e em nenhum momento houve alguma oposição direta com relação à colocação dessa enfermeira, por parte dos participantes. Porém, precisamos destacar a fala de duas enfermeiras que, de certa maneira, pareceram valorizar a característica de trabalho em equipe na enfermagem. Uma delas sugere na sua fala (a seguir) que melhorias nos locais de descanso da enfermagem são relevantes, mas não necessariamente a criação de um estar somente para

enfermeiros.

*Enfermeira 3: E a questão do Estar que foi bem comentada aqui, que eu acho que tem condições de fazer porque é um prédio grande, algumas salas que não são utilizadas e a Enfermeira 2 até deu a ideia dessa questão de tipo, fazer por ala, por exemplo, lá no terceiro andar, a gente tem cardio, unicor e vascular. Aí tem o centro cirúrgico e a central de material, ver uma ala, um setor dentro dessa ala, que abrange isso tudo, para poder fazer um Estar ali, digno, digamos assim, pros funcionários da enfermagem. Porque assim, pelo menos lá comigo, eu tenho uma beliche para cinco, então eu tenho que dividir isso para todo mundo ficar bem, entendeu?*

A segunda traz como problema a integração entre a equipe, além de sua avaliação sobre a importância do trabalho em equipe na enfermagem, conforme o trecho a seguir:

*Enfermeira 4: (...) Mas eu botei também, o poder de comunicação entre a equipe de enfermagem, entre os auxiliares e os enfermeiros. É, pelo menos lá no meu setor, eu vejo que parece, assim, os auxiliares ficam como se fosse um cabo de guerra entre a enfermagem e eles. (...) Nós não estamos contra. A enfermagem não tá contra os auxiliares, estamos juntos, né. Tem que ser junto para poder crescer. Então, talvez, se fizesse tipo um questionário com os auxiliares pra saber o que que incomoda a eles, o que que eles gostariam que a enfermagem fizesse a eles pra poder tornar o... o serviço deles melhor. Talvez fosse uma maneira também de melhorar o trabalho da equipe toda.*

Convém chamar à atenção que ambas haviam ingressado no hospital há pouco tempo (diferente dos demais participantes do Grupo) e a última fala trazida acima mostra a experiência da enfermeira sobre a presença de uma certa rivalidade entre os profissionais de enfermagem no seu setor, especialmente a partir do termo “cabo de guerra”.

Considerando as falas trazidas acima (assim como nenhum estranhamento, por parte dos participantes, excetuando as colocações das enfermeiras mais novas no hospital) e a participação exclusiva de enfermeiros nas atividades desse hospital, podemos dizer que essa diferenciação muito marcante é uma questão bastante naturalizada por esses trabalhadores.

É interessante relembrar que a relação com a gerência da enfermagem, incluindo a

inflexibilidade nas decisões, foi uma questão que apareceu em diferentes Grupos de Discussão com os trabalhadores desse hospital (conforme mostrado em alguns cartazes). Tal questão tratava de uma relação hierárquica mais verticalizada vista pelos trabalhadores como danosa a sua saúde no trabalho. Podemos considerar, então, um certo paradoxo entre a hierarquia naturalizada entre enfermeiros e demais profissionais de equipe de enfermagem do hospital, e a hierarquia problemática entre enfermeiros-chefes e enfermeiros-não-chefes presente no discurso do grupo de trabalhadores desse hospital.

Dessa maneira, se consideramos que “o gênero profissional é um instrumento decisivo do poder de agir” (Clot, 2010, p. 35), o fato que observamos a partir dessas falas não favorece a ampliação do poder de agir desses trabalhadores, ao menos no que se refere a melhorias das relações entre os profissionais da equipe de enfermagem, seja entre chefes e não-chefes, seja entre enfermeiros e não-enfermeiros. Sendo assim, essa não foi uma questão discutida, com indicação para seu enfrentamento, em nenhum momento da pesquisa.

Na reunião do HMSF, por mais que o pedido da coordenadora da atividade tenha sido o de apresentarem, primeiramente, apenas o problema escolhido, os trabalhadores já comentavam brevemente as soluções que vislumbravam. As cadeiras das salas estavam organizadas em roda, e uma trabalhadora da assistência foi quem iniciou, por livre vontade, a exposição do problema escolhido. Depois, resolveram seguir a ordem da roda. Foi possível perceber que todos os trabalhadores da assistência apresentaram o seu problema e indicação de solução, quando existia, com o olhar direcionado aos gerentes geral e de enfermagem do hospital. No momento em que a gerente de enfermagem deveria expor seu problema, de acordo com a ordem da roda seguida até então, ela sugeriu que um último trabalhador da assistência (que, pela ordem, deveria falar depois dela e do diretor geral do hospital) apresentasse seu problema. Depois da apresentação dele, a gerente de enfermagem iniciou a sua fala no sentido de responder ao que tinha sido colocado pelos trabalhadores da assistência. Conforme trecho a seguir, podemos perceber que a pesquisadora chamou a atenção da gerente de enfermagem para o fato de ainda estarem no momento de, inicialmente, apresentar o problema, o que foi ratificado pelo gerente geral do hospital.

*Gerente de Enfermagem (GE): É... a gente foi anotando umas coisas aqui. Acho que eu anotei, e ele também anotou algumas coisas aí, faz parte, né... Acho que assim, a questão principal do descanso, o Salgado Filho é um hospital pequeno, né. Ele não foi planejado, né... com toda a construção antiga, e...*

*Pesquisadora: Só... vcs chegaram a pensar num problema.*

*Anterior...*

*Gerente Geral (GG): É! Pensa no seu problema primeiro*

*GE: Só o problema? Ah tá!*

*GG: risos. Isso!*

*Pesquisadora: Vamos primeiro pensar o problema que vc elegeu.*

*GE: Ah tá, apresenta o problema*

*GG: Isso!*

*Pesquisadora: Vc me antecipou... rs É o segundo momento...*

*GE: Não, é porque eu vi aqui todo mundo olhando pra gente, né?  
risos*

*Pesquisadora: Também percebi isso.*

*GE: então eu já fui pegando...*

Não podemos desconsiderar que não faz parte dos hábitos, em geral, que um gerente apresente problemas para consideração de todos. No entanto, também permeava as nossas atividades de pesquisa uma clara intenção de problematizar algumas práticas fortemente instituídas, com vistas a novos modos de fazer. No caso dessa atividade específica, buscávamos atuar sobre um problema visto por aquele grupo como relevante, a partir de uma construção coletiva de proposta de ação. Sendo assim, tanto a postura da pesquisadora, quanto a do gerente geral do HMSF, pode ter contribuído para marcar mais fortemente o objetivo da construção coletiva da proposta, a partir de pactuação entre os diferentes atores daquele grupo. E assim, saindo de uma solução endereçada e resolvida pela chefia de enfermagem.

Com relação aos principais problemas a serem enfrentados, o grupo do HMSF apresentou a falta de espaços adequados para o descanso no trabalho e o adoecimento dos trabalhadores de enfermagem. Também apareceram problemas referentes à falta de colaboração entre a equipe de enfermagem (trecho já trazido anteriormente), falhas de comunicação e falta de aceitação e de preparo dos trabalhadores para a aposentadoria.

*Enfermeira 5: Eu reforço essa questão realmente da falta do espaço, que certamente, principalmente pra equipe da noite, né, o horário do descanso, né. É... Mesmo o pessoal do dia, porque a gente não aguenta, né, ficar doze horas de plantão, naquele estresse, então é um momento realmente de relax, né. A questão do vestiário mesmo, né, de vc trabalhar numa ala e precisar de tomar um banho na hora*

*de sair de lá, né, e falta esse espaço demais lá no hospital. Essa questão do preparo do funcionário pra poder se aposentar também é válido. Têm muitos que estão lá e tem uma grande resistência. Aham até mesmo agora que a gente com algumas mudanças de setores de achar que a gente tá fazendo pouco caso deles, né. Preparar a cabeça, esse preparo psicológico. Acho que é basicamente assim... É isso, né... Eu acho.*

*Enfermeiro 6: Não..eu tinha colocado aqui a criação de núcleo, né, de saúde dentro do hospital. (...) Outro dia eu tava presenciando lá uma enfermeira lá que tava com uma dor horrível. Ela chegava a chorar, então, ela realmente tava mal, não estava mentindo. Tava lá num canto, esperando um neuro chegar para examiná-la. Não deram muita atenção pra ela e ela ficou lá, choramingando, lá pela emergência, e a gente não pode fazer nada, né... tendo um local que ela possa ser atendida. Qualquer pessoa, né? Tá mal, olha vai lá que vai ser atendida. Alguém vai ter que atender! Isso é... Parecer que tá pedindo um favor. “Dr., olha eu to passando mal.” Mas... o doutor não tá nem aí, né? Eu acho que minha queixa é essa. (...)*

*Gerente de Enfermagem (GE): Então, assim, o que eu vejo, né, e a gente como experiência como gestão, como coordenação, eu vejo o profissional de enfermagem muito doente, né? A gente vê isso pelos excessos de bim, às vezes licenças que são rotineiras. (...)Vejo o profissional de enfermagem muito doente, e é cada vez mais, e a gente se assusta com isso. Baixa em psiquiatria, a gente tem vários casos... pessoas que estão retornando pro hospital, ainda em tratamento, e você vê que não teria condição de voltar, mas que a psiquiatria liberou pra trabalhar, né. (...) Então eu acho que o profissional tá muito doente. (...) E uma coisa que a gente nota muito, por causa dessa sobrecarga, de a pessoa ter múltiplos empregos, o profissional não se cuida, né? A gente tem o exemplo aqui do ZL, que infartou lá no hospital, né? Tivemos uma colega aqui fez um AVE hemorrágico, lá no hospital, né? E assim, pessoa trabalhando, de repente começou a sentir uma dor de cabeça, em menos de meia hora tava sendo operada pela neurocirurgia. Então,*

*assim, vc vê que o profissional não se cuida.*

A decisão por aqueles problemas que comporiam o cartaz foi discutida por todo o grupo de trabalhadores. O diretor geral do hospital, que foi o último a apresentar o problema que identificou, continuou sua fala sugerindo problemas sobre os quais deveriam atuar, a partir da sua avaliação daqueles mais recorrentes no debate. Dessa maneira, o grupo escolheu como problemas a serem enfrentados o local para descanso da equipe de enfermagem (estar) e o adoecimento desses trabalhadores. E, frente a essa escolha, as soluções foram debatidas, a partir de sugestões do grupo do hospital, conforme ilustram os trechos a seguir:

*Gerente Geral (GG): pois é. Não, quer dizer... qual é a minha proposta, assim só pra fechar. Vou passar pra outro, to falando muito. É, uma... diagnóstico da real, é... diagnóstico detalhado da necessidade de estar.*

*Enfermeira 1: eu acredito que isso aconteça, de um enfermeiro sair do seu setor e ir pra outro pra descansar.*

*GG: isso! É... resolvido isso é encaminhar pra área interna, (...) o arquiteto responsável, pra gente estudar, é... identificar o melhor local. Existe um contrato de manutenção, né, predial ..... Tem como fazer as intervenções, principalmente, dessa obra... Agora, identificar a necessidade, depois identificar o local pra implementar. Eu não vejo grande dificuldades, tá...*

*Gerente de Enfermagem (GE): É, e a questão, assim, da questão do cuidar uma proposta até que a gente fez lá, lá no departamento, né, discutindo com o grupo, nossos coordenadores, e tal, é a proposta do enfermeiro cuidando da enfermagem. Porque hj em dia a gente não tem.... Instalar consulta de enfermagem dentro da unidade para os profissionais da unidade, né? Então, o enfermeiro fazendo a consulta de enfermagem com o auxiliar, com o enfermeiro, criar... a ideia de criar uma vez por ano aquele exame periódico que antigamente existia que hoje a gente sabe que contar com o profissional médico é difícil, né? A gente não tem nem pra atender aos doentes, né, aos pacientes de lá. Tá? Um clínico, é uma coisa complicada. Mas uma coisa que o enfermeiro faz muito bem é a consulta da enfermagem, porque a consulta de enfermagem nada é*



*que levantar problemas e orientações, né? E a gente tem mão de obra dentro do hospital pra isso, né, você tem como revezar, fazer... nós temos uma equipe de enfermagem grande. (...) Levantar o problema, orientar... coisa que a gente sabe fazer muito bem! A gente faz isso com os nossos pacientes. (...) Orientação, de onde procurar atendimento, se dentro da unidade ou fora da unidade, quais os melhores lugares, aonde eu acompanho, onde tem pólo de diabetes, onde tem pólo de hipertensos, né. O nosso índice maior foi hipertensão. O índice maior do Salgado Filho no levantamento do trabalho delas foi hipertensão. E com certeza muitos nem fazem tratamento, ou se fazem, fazem de uma forma até errada e não valorizam isso. Então a proposta em cima do cuidar é a consulta de enfermagem dentro da unidade, para os profissionais.*

*Enfermeiro 6: É! Vai facilitar muita coisa!*

*GE: E assim, a gente trabalhar com orientação. A gente pode trazer a nutrição pra orientar, a gente pode trazer a psicologia pra trabalhar junto. Isso aí pode ser semestral, pode ser anual, é uma coisa que a gente vai ter que avaliar, né, as condições, como a gente pode criar isso. A proposta é fazer... seria começar na semana do hospital, que é em outubro. A gente faz nesse dia pra... a consulta de enfermagem para o profissional de enfermagem.*

*Enfermeiro 6: até mesmo, agendamento médico, né? Poderíamos fazer um agendamento... daqui a um mês, daqui a quinze dias.*

*GE: a gente tentar, assim, na orientação. A gente tem um médico lá da casa, que ele, ele atende... (TA2: já fazem isso, né?) atende aos profissionais da casa. Mas, assim... Eu não sei se daria vazão pra tudo*

*GG: Bom, Hoje, é... hoje esse ambulatório de funcionário ele é muito incipiente, ele é uma coisinha pequena. É um médico, que parte da carga horária dele, e clínica... como ela falou, não adianta botar um neurocirurgião pra fazer essa consulta. Não adianta botar um cirurgião vascular pra isso. É o clínico, cardiologista, em algumas situações, e justamente são as categorias que estão em melhor número na unidade.*

*Enfermeira 4: Mas talvez, até algumas dessas pessoas que vai procurar o médico lá, talvez nem chegue ao médico porque a enfermagem dá conta antes. (algumas pessoas falam juntas, parecendo concordar)*

O cartaz (anexo 17) foi escrito por uma trabalhadora da assistência, por conta de sua letra legível. No entanto, todos do grupo opinaram na redação do texto, em especial a trabalhadora que escreveu e o gerente geral, já que os demais se dispersaram um pouco no final da reunião.

A apresentação do cartaz, que foi o terceiro momento desse Encontro, foi feita pela gerente de enfermagem, por indicação do grupo. Durante a apresentação do cartaz, a ideia da consulta de enfermagem foi muito bem vista por todos os participantes do 1º Encontro, inclusive aqueles dos outros dois hospitais não considerados diretamente nas análises dessa tese. Acreditamos que a potência percebida nessa proposta esteja relacionada a sua relação direta com o principal problema apontado por todos os grupos, qual seja a questão do adoecimento do trabalhador de enfermagem. Porém, mais do que isso, se trata de uma ação realmente factível a partir da pactuação do grupo de trabalhadores envolvidos na proposta, além de, a partir da consulta de enfermagem, poderem se reconhecer enquanto protagonistas da saúde do trabalhador, a partir de uma ação pela qual são reconhecidos por seus pares, por outros profissionais e pelos pacientes, e que sabem que desempenham muito bem, conforme também ilustrado no trecho acima.

A consulta de enfermagem faz parte do rol de atividades a ser desempenhada pelos enfermeiros, de acordo com o que é prescrito para essa categoria profissional. Mais uma vez, nos chama a atenção que a ação proposta baseia-se em uma atividade exclusiva de enfermeiros, quando se considera a equipe de enfermagem. Mas, não podemos desconsiderar que essa diferença na formação e funções é bastante marcada entre os profissionais de enfermagem, histórica e culturalmente, o que pode facilitar a naturalização da divisão social do trabalho tal como observamos.

Por outro lado, a proposta de utilização desse método com os próprios colegas de trabalho, enfermeiros e técnicos, mostrou uma capacidade de estilização, ao passo que deu um novo sentido a essa ferramenta.

Com o objetivo de acompanhar as propostas oriundas desse 1º Encontro, realizamos o 2º Encontro de Saúde do Trabalhador de Enfermagem dos Hospitais de Urgência e Emergência da SMS-Rio. Foram convidados os trabalhadores dos quatro hospitais e seus

gerentes gerais e de enfermagem. No entanto, não tivemos a participação do NUSAT – SUBVisa e esteve presente apenas um gerente geral (do HM Lourenço Jorge), além do número de trabalhadores participantes ter sido menor no caso de todos os hospitais, exceto o HM Miguel Couto.

Conforme combinado, entre a pesquisadora e a gerente de enfermagem em visita anterior ao HMSF, no 2º Encontro essa gerente apresentou como havia se dado os encaminhamentos das propostas de ação oriundas no 1º Encontro, naquele hospital.

Pôde-se verificar que as duas propostas de ação (adequação do estar e realização da consulta de enfermagem para diagnóstico da saúde dos profissionais de enfermagem) foram encaminhadas na unidade, conforme trechos a seguir:

*Gerente de Enfermagem (sobre o estar de enfermagem): (...) o primeiro problema foi o Estar da enfermagem, a questão do descanso. Como proposta, o que o hospital está fazendo? As vezes é uma coisa que independe um pouquinho da nossa vontade, de fatores que a gente não pode estar resolvendo esse problema, mas o hospital pensou o seguinte. Ele está passando por uma obra, o laboratório saiu do segundo andar, a anatomia patológica que fica no subsolo vai subir e estão pensando em construir no lugar da anatomia patológica um grande vestiário para a enfermagem, onde vão ser colocado todos os armários. E essa proposta é o que? Tirar os armários dos andares para gente poder estar melhorando o Estar da enfermagem, que eles acabam ficando pequenos, porque eles têm a cama para o descanso do profissional mais o armário. Então a gente tirando o armário, a gente consegue melhorar um pouco essa área de descanso. O hospital não tem como crescer, ele cresce para dentro, então cada vez ele fica mais apertadinho, mas essa é uma proposta que o hospital já está levando adiante, mas é uma coisa a longo prazo, que a gente depende das obras e que continue sem tendo a verba, toda essa aprovação toda da Secretaria em torno das obras, mas essa é um proposta mais a longo prazo.*

*Gerente de Enfermagem (sobre a consulta de Enfermagem): E o segundo problema foi o profissional da enfermagem doente, a gente nosso grupo muito doente. (...) Em relação a nossa consulta de enfermagem o objetivo nosso seria melhorar a qualidade de saúde*

*dos profissionais e com isso a gente diminuiria o índice de absenteísmo que é enorme. A nossa metodologia foi uma busca ativa através da consulta de enfermagem e o público foram auxiliares e enfermeiros do hospital Salgado Filho. A gente criou essa consulta de enfermagem, um instrumento, em que a gente colocava o nome, a categoria, tempo de serviço, sexo e os exames. Era aferido: pressão arterial, glicemia, peso e a consulta propriamente dita. A gente usou como apoio o pessoal do acolhimento, os enfermeiros que trabalham acolhimento que já fazem isso com os olhos fechados, ajudou os profissionais da casa a estarem fazendo essa consulta. Porque a consulta não é só saber que ele está doente, isso a gente já sabe? Qual a orientação? Quanto à dieta, quanto a algumas coisas que a gente pode estar auxiliando. Dentro do hospital existe um ambulatório para o funcionário. A gente tem um médico lá que atende esses profissionais só que ele é um só, mas para casos mais de continuidade de tratamento, a gente tem esse apoio, que é o Dr. Humberto, ele faz isso no ambulatório regularmente. E aí a gente perguntou se fez o preventivo, se não fez porque, é por tempo? Então o que o departamento de enfermagem pode fazer para aquele profissional, de repente ele marcar a consulta e a gente estar liberando ele naquela hora da consulta para ele fazer o preventivo? Porque profissional que trabalha em dois empregos, às vezes ele não tem horário. Ele trabalha de segunda a segunda, quase, às vezes coloca final de semana, só que nesse horário ginecologista não funciona. Então se detectasse um profissional que ele não conseguia fazer o exame por falta de tempo, a gente estaria abrindo naquele dia, naquele horário, um espaço para que ele pudesse estar se tratando. A questão das vacinas, porque o hospital tem as campanhas, da vacina de tétano, hepatite, da gripe. Será que ele fez? Tomou as vacinas? Às vezes a gente tem contato com H1N1, todo ano há vacinação, mas há uma resistência do profissional em tomar a vacina e quando ele tem contato fica em desespero. Foi só mais a questão em termo de orientações. Então esse era nosso impreso que a gente usou para tabular os dados. A gente fez isso na Semana do*

*Hospital, outubro do ano passado. Esse ano a gente mostrou os dados para o grupo e a nossa intenção é fazer ele anualmente, mudando de plantão, porque a gente sabe que, infelizmente, o profissional não retorna ao hospital o dia que ele não está de plantão. A gente não conseguiu fazer isso em todos os plantões, mas cada ano a gente vai priorizar um determinado plantão. Foram 81 profissionais, sendo 59 auxiliares e 22 enfermeiros. Outras categorias, porque os funcionários quando começaram a ver qual era a proposta, porque você media a pressão, media a glicemia, peso, consulta, alguns insistiram. A gente tentou mostrar que eram só os profissionais de enfermagem, mas não teve jeito. Teve um médico, um fisioterapeuta, quase ajoelhou querendo participar e a gente acabou abrindo uma exceção que não era nossa proposta. A média de tempo de serviço dos nossos profissionais é 21 anos, a média de idade é 47 anos, 73 foram femininos, oito masculinos.*

Podemos perceber que a consulta de enfermagem foi uma atividade considerada muito positiva pela gerente de enfermagem, assim como por outros profissionais da unidade (segundo a sua fala) e por outros trabalhadores da enfermagem, conforme o trecho a seguir:

*Enfermeira 7: Só dois minutinhos. Só dentro do que a (nome da gerente de enfermagem) falou, que eu brinquei “eu gorda?”. Eu fui uma das que participou(referindo-se à consulta de enfermagem), e eu estava apenas 12 quilos acima do meu peso, tudo meu estava ruim, nada prestava. Gente, que vergonha uma profissional de saúde trabalhando, não cuidando, não fazendo. Então a partir dali eu comecei, eu procurei a nutrição, eu mudei minha alimentação, eu comecei a fazer uma atividade física regular. Eu não fiz nada assim de absurdo não. E desses oito meses para cá, eu já consegui emagrecer 10 quilos e sem fazer nada de absurdo não, só estou fazendo uma atividade física regular que é uma hidroginástica à noite e levando uma alimentação mais saudável. Mas então foi uma coisa que partiu de dentro de casa e que de repente acendeu uma luzinha na minha cabeça, surtiu efeito, exatamente. Só isso.*

Dessa maneira, não podemos desconsiderar o benefício dessa ação para a saúde dos

trabalhadores de enfermagem daquele hospital, em especial no que se refere a uma ação de atenção a sua saúde, vista como tão necessária e inexistente, antes da efetivação dessa proposta.

No que se refere ao objetivo da nossa pesquisa-intervenção, a fala da gerente de enfermagem no 2º Encontro, assim como a sua apresentação dessa experiência num congresso científico da SMS e o convite à pesquisadora para participar do evento da semana de enfermagem quando realizaram a consulta de enfermagem no HMSF, nos mostram um reconhecimento dela sobre a sua atividade. E, para a Clínica da Atividade, a questão do reconhecimento também deve ser privilegiada, e refere-se ao sujeito reconhecer-se no trabalho, tendo orgulho pela atividade que desenvolve. “Poder se reconhecer no que se faz significa, precisamente, fazer alguma coisa de sua atividade para tornar-se único no seu gênero ao renová-la.” (Clot, 2011, p.73).

Dessa maneira, avaliamos que a pesquisa-intervenção realizada nesse hospital pôde, em alguns momentos, contribuir para a ampliação do poder de agir dos trabalhadores de enfermagem no que se refere a melhorias das suas relações saúde-trabalho. O novo uso da consulta de enfermagem pode contribuir para o desenvolvimento do gênero profissional, no que tange à atuação sobre o adoecimento dos profissionais, o que pode indicar um caminho de ampliação do poder de agir desse grupo de trabalhadores, que construiu um modo de atuar também como promotores de sua saúde.

No entanto, alguns fatores ainda dificultam uma percepção mais clara de ampliação do poder de agir dos trabalhadores, seja no que se refere aos métodos utilizados, seja no que se refere aos valores e concepções presentes no grupo de trabalhadores.

## **A RESTITUIÇÃO COMO PESQUISA-INTERVENÇÃO NO HOSPITAL MUNICIPAL**

**MIGUEL COUTO**

O Hospital Municipal Miguel Couto (HMMC) foi o primeiro hospital municipal com o qual restabelecemos contato na ocasião da etapa da restituição dos resultados do Estudo da Saúde dos Enfermeiros (ESE), respeitando a ordem de participação nesse Estudo. Como já colocado anteriormente, a restituição dos resultados do ESE se deu de maneira diferenciada nos hospitais municipais (em relação àqueles das redes estadual e federal). Tal fato deveu-se, principalmente, à parceria estabelecida entre a equipe de pesquisa e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio, em especial por conta do contato com uma pesquisadora da Fiocruz que ocupava, à época, a coordenação do Núcleo de Saúde do Trabalhador (NUSAT) do município.

Para essa retomada de contato com a unidade estivemos presentes (a coordenadora do NUSAT e pesquisadoras) em uma reunião mensal da equipe de enfermagem, da qual participavam a gerência de enfermagem do hospital e as chefes de enfermagem dos setores. Assim como em outros hospitais, o compromisso da equipe de pesquisa em restituir os resultados foi avaliado positivamente por aquele grupo de trabalhadores da enfermagem. Além disso, a presença da coordenadora do NUSAT veio ao encontro de uma expectativa daquela unidade, em especial da sua gerência de enfermagem, em relação à implantação de um núcleo de saúde do trabalhador dentro do hospital. Existia um projeto acerca da criação de um núcleo já elaborado por alguns trabalhadores da gerência da unidade, mas que se mantinha no papel, não efetivado até aquele momento. Dessa maneira, desenvolver atividades de pesquisa em saúde do trabalhador foi algo que pareceu ecoar com entusiasmo nesse grupo, sensibilizado previamente ao tema. Pudemos perceber esse entusiasmo e boa recepção desde a primeira visita a esse hospital, na ocasião da proposta e apresentação do Estudo da Saúde dos Enfermeiros (ESE). Logo nessa primeira reunião de retomada de contato, para restituição dos resultados, ficaram acordadas as visitas aos setores para distribuição dos Folhetos (anexo 5) e datas e horários para realização das Palestras Interativas.

As visitas para distribuição dos Folhetos aconteceram nos diferentes plantões, de dia e noite, como de costume em nossas etapas de pesquisa. As pesquisadoras chegavam ao hospital e acompanhavam as supervisoras de enfermagem nas suas visitas de rotina aos setores, e eram por elas apresentadas à equipe. Distribuía-se os Folhetos aos enfermeiros do setor, e convidavam para as Palestras Interativas, já anunciadas nos Folhetos e por meio de cartazes que eram afixados nos setores (anexo 7). A partir da experiência nesse hospital (que

foram as primeiras atividades dessa etapa de Grupos de Discussão), pudemos avaliar a necessidade de algumas modificações no que se referia à abordagem dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais e, também, aos rumos da pesquisa.

Para restituir os resultados do ESE, prevíamos a primeira etapa (majoritariamente informativa) de distribuição dos Folhetos Informativos com os principais dados desse Estudo (que aconteceu por meio de questionários respondidos pelos enfermeiros do hospital); seguida de uma etapa de cunho transitório entre a informação e a participação, que temos chamado Palestras Interativas e, por fim, os Grupos de Discussão acerca das relações saúde-trabalho. Percebemos que, ao devolvermos os Folhetos Informativos apenas para o grupo alvo do questionário, que eram os enfermeiros do hospital, acabávamos reafirmando que a pesquisa não englobaria toda a equipe, mas apenas os enfermeiros. No entanto, essa não era nossa intenção, tampouco condizente com a nossa trajetória de pesquisa desde 2000, que sempre considerou todo o grupo de enfermagem. Precisávamos, então, ultrapassar esse limite de um estudo primário realizado apenas com os enfermeiros. Fazia-se necessária a inclusão de toda a equipe de enfermagem nas atividades propostas para restituição dos resultados, já que buscávamos atuar, com esses trabalhadores, nas situações que afetam a sua saúde. Frente a isso, remodelamos nossa estratégia: acordamos com a gerência de enfermagem que as atividades de restituição seriam ampliadas para toda a equipe de enfermagem e, durante as visitas, estendemos os convites para a Palestra Interativa, verbalmente e por meio do cartaz, a todos da equipe. O Folheto Informativo continuou sendo distribuído prioritariamente aos enfermeiros, exceto nos casos em que algum outro profissional da equipe o solicitasse.

As Palestras Interativas estavam programadas para as 11 e 21 horas, por sugestão daquele grupo participante da reunião de retomada de contato com o hospital (gerência de enfermagem e chefia de setores), considerando os horários de pico nas atividades de assistência da equipe. Ainda durante a distribuição dos Folhetos, alguns trabalhadores diziam que o horário previsto para as Palestras noturnas não era muito favorável à participação, por coincidir com o horário de jantar. No entanto, não avaliaram como necessária a mudança de horário já nesse momento, confirmando que buscariam participar nos horários previstos.

Realizamos busca ativa nos setores, em novas visitas, momentos antes dos horários programados para as Palestras. Dessa maneira, as Palestras Interativas aconteceram, começando com algum atraso. Contamos com a participação de trabalhadores de toda a equipe de enfermagem (assim como nas demais etapas da pesquisa-intervenção), que participaram desse momento inicial de debate acerca das relações saúde-trabalho, em



especial quando recorriamos às falas anteriormente colocadas sob as cadeiras, para que fossem por eles comentadas. Alguns trabalhadores relataram que houve um acordo prévio nos setores para liberação de uma parte da equipe para participar da Palestra. Se, por um lado, isso mostrava uma organização da equipe para garantir a participação na atividade, por outro mostrava certo grau de imposição para que alguns trabalhadores participassem, como se para cumprir uma regra. Podemos fazer essa avaliação por percebermos, especialmente por conversas informais com alguns trabalhadores antes do início das Palestras, que estavam participando em obediência a uma ordem superior, e não por vontade própria. Ainda relatavam que essa era uma prática comum, por exemplo, com relação à participação de trabalhadores da equipe nas ações propostas pelo setor de Educação Continuada da unidade. No entanto, ao final das Palestras pudemos ouvir comentários positivos acerca da atividade, bem como pudemos contar com a participação de alguns desses trabalhadores nas etapas seguintes da restituição dos resultados.

Vale ressaltar que a coordenadora do NUSAT participou da primeira Palestra realizada nessa unidade, ressaltando o apoio do NUSAT às ações de pesquisa e aproveitando o momento também para uma reunião com a equipe de pesquisa, sobre a continuidade do processo de restituição não só no HMMC como nos demais hospitais da prefeitura.

Com relação aos Grupos de Discussão de Resultados, tivemos dificuldades, de início, para efetivá-los nessa unidade. Os Grupos eram a quarta etapa de pesquisa na unidade (já tendo acontecido as etapas de questionário, distribuição de Folhetos Informativos e Palestras Interativas), e aquela que podemos avaliar como mais inovadora no que se refere às atividades de pesquisas comumente desenvolvidas. Não podemos desconsiderar também a expectativa, em especial da gerência de enfermagem da unidade, quanto à facilitação da implantação do núcleo de saúde do trabalhador, anteriormente previsto por eles, no hospital. As ações de pesquisa propostas não respondiam diretamente a essa encomenda o que, a nosso ver, pode ter contribuído para uma participação pouco motivada da gerência de enfermagem da unidade. Avaliamos essa pouca motivação, por exemplo, quando percebemos que as atividades de pesquisa não foram tomadas por essa gerência como uma ação que demandava uma parceria mais estreita entre pesquisadores e gerentes, podendo inclusive funcionar como atividades primárias para um movimento de implantação de um núcleo de saúde do trabalhador na unidade, como desejavam. Podíamos perceber que a gerência de enfermagem (chefe geral e supervisoras, especialmente) não se opunha e, mais ainda, considerava a relevância das atividades dessa pesquisa sobre a saúde do trabalhador, mas não se apropriou dessas atividades, com uma atuação mais ativa, no sentido do estabelecimento de uma

parceria mais estreita com a equipe de pesquisa e maior estímulo à participação dos trabalhadores da unidade. Sendo assim, durante todo o percurso da pesquisa no hospital foi preciso que reforçássemos nossos objetivos e as etapas necessárias para cumpri-los, relembrando à gerência e demais parceiros (especialmente às enfermeiras supervisoras) a necessidade de continuidade das atividades.

Para facilitar a realização dos Grupos de Discussão, propusemos o primeiro Grupo no plantão de uma enfermeira supervisora que se mostrara mais mobilizada com o campo da saúde do trabalhador. Ainda na ocasião das Palestras, ela se destacou das demais no que se referia ao incentivo à participação da equipe, e assim contamos com o maior número de trabalhadores participantes no plantão sob sua liderança. Dessa maneira, conseguimos realizar esse primeiro Grupo no mês seguinte à realização das Palestras. Mas não conseguimos dar continuidade nos demais plantões. Assim, apenas mais próximo da data que tínhamos previsto acontecer o 1º Encontro de Saúde do Trabalhador de Enfermagem dos Hospitais de Urgência e Emergência da SMS-Rio (cerca de seis meses após a realização das Palestras e do primeiro Grupo), conseguimos realizar os demais Grupos nesse hospital. Para tanto, tivemos outras reuniões com a gerente de enfermagem desse hospital, sempre reafirmando a relevância da realização dos Grupos nos demais plantões. Além disso, nesse ínterim, tivemos ainda uma reunião no nível central de gerência da SMS-Rio, onde foi colocada para os gestores das unidades a importância da realização dos Grupos nas unidades, nos diferentes plantões, para realizarmos com maior êxito os futuros Encontros previstos.

Apesar das primeiras dificuldades nesse hospital, realizamos os Grupos nos seis diferentes plantões, de dia e de noite, com o debate e confecção do cartaz em todos eles (cartazes em anexo – anexo 12 [fotos], anexos 23 e 24 [quadros]). Porém, ainda que tenha sido o primeiro hospital municipal a retomarmos o contato, não foi onde as atividades de restituição se findaram primeiramente.

Em todos os quatro hospitais municipais os Grupos foram realizados com os mesmos métodos, materiais e objetivos. Para a análise dos resultados desses Grupos no HMMC, assim como nos demais hospitais, utilizamos os cartazes como principais produtos para avaliação dos Grupos, visto sua capacidade de retratar o que foi discutido pelos trabalhadores naquele momento.

No caso dos cartazes do HMMC, chama a atenção a grande utilização dos materiais abordados durante o debate no próprio Grupo (escritos pelas pesquisadoras), em especial naquele do primeiro Grupo (cartaz 1, anexo 12 [foto], anexos 23 e 24 [quadros]), que continha majoritariamente esse tipo de material, além de sete trechos de falas oriundas das

Palestras Interativas. Esse fato corrobora a capacidade de síntese dos cartazes em relação ao que foi debatido. Além disso, nos debates também emergiam ideias de possíveis ações para lidar com os problemas identificados, que também eram contempladas nesse material escrito pelas pesquisadoras, utilizados nos cartazes. Dessa maneira, os cartazes também puderam cumprir o papel de multiplicadores do debate em outros espaços e momentos, tal qual a sua proposta previa. Além disso, o fato de usarem no cartaz falas do debate em Grupos e das Palestras Interativas mostrou uma continuidade entre os vários momentos da pesquisa, falando a favor de um processo de pesquisa-intervenção, que se faz em curso.

Em dois cartazes os trabalhadores usaram o artifício de utilizar o espaço entre duas das colunas previamente estabelecidas (Local, Municipal e Amplo), seja pela falta de consenso sob em qual âmbito seria melhor alocá-las, ou ainda pelo entendimento de complexidade das situações. No caso do terceiro cartaz (anexo 12 [foto], anexos 23 e 24 [quadros] – cartaz 3), entre a coluna referente ao nível local (gestão do hospital) e municipal (gestão da prefeitura), colaram figuras referentes à: (1) necessidade da enfermagem não se calar, (2) jornada de trabalho doméstico e (3) falta de cuidado com a enfermagem que grita por socorro; além de fala oriunda de Palestras que dizia “Cuidado da saúde – Os profissionais de enfermagem do hospital deveriam ter que fazer exame periódico, como nas empresas. Trabalha tanto e não se cuida. Ao longo dos anos sente a consequência: prestes a se aposentar, doente, desviado de função.” Já no quarto cartaz (cartaz 4 – anexo 12 [foto], anexos 23 e 24 [quadros]), utilizaram o espaço entre o nível municipal e amplo (relacionados aos Sindicatos, Coren, Cofen) para colar figura relacionada ao desrespeito entre chefias e trabalhadores; resultados da pesquisa relacionados ao pensamento de abandono da enfermagem e saída do plantão noturno; e fala de Palestras sobre condições de trabalho: “Você trabalha em condições tão desfavoráveis, com falta de recursos humanos, falta de material ou material de qualidade muito ruim. Isso acaba gerando tensão e estresse na equipe.”

Os principais assuntos representados nos cartazes em relação à gestão do trabalho no próprio hospital (local) referiram-se principalmente: (1) ao adoecimento (físico e psíquico) do trabalhador; (2) relacionamento interpessoal, ora como problema (desvalorização, desrespeito, competitividade, falta de reconhecimento e falta de apoio na unidade) ora com caráter positivo (importância do bom relacionamento com colegas, que acabam sendo como família); (3) condições desfavoráveis e precárias de trabalho, gerando estresse e adoecimento; (4) acomodação do grupo de enfermagem, tanto gerência quanto demais trabalhadores; (5) rodízio de setores como fator de proteção ou de exposição ao adoecimento – tema controverso; (6) necessidade de preparação para a aposentadoria; (7) alta carga

horária de trabalho e falta de tempo (para o cuidado de si e da família, para dormir); (8) sobrecarga de trabalho sobre a enfermagem; (9) falta de autonomia; (10) trabalho noturno e estresse; (11) jornada de trabalho doméstica; e (12) diferenças entre setores, havendo aqueles mais adequados à situação de saúde/adoecimento do trabalhador e aqueles que propiciam mais adoecimento. Outros dois assuntos também apareceram nessa coluna de governabilidade local, como perdas de direitos anteriormente adquiridos (como aposentadoria especial dos profissionais da saúde aos 25 anos de trabalho e premiações dadas pela gestão municipal anterior) e baixos salários.

Em dois diferentes Grupos os trabalhadores discutiram acerca da questão da sua acomodação com relação à precariedade do trabalho (item 4, acima), seja no que se refere às condições físicas e materiais, seja no que se refere à organização do trabalho desfavorável à ampliação do poder de agir, contribuindo para o impedimento da atividade (por exemplo com decisões arbitrárias acerca das mudanças de setores). Em especial no cartaz do primeiro Grupo (cartaz 1 – anexo 12 [foto], anexos 23 e 24 [quadros]), assim como no debate, falaram da acomodação com relação à chefia e com relação aos próprios trabalhadores. No que se refere à acomodação da chefia, os trabalhadores apontavam uma piora na qualidade do atendimento, relacionada à implantação arbitrária de políticas ou mudanças na organização do trabalho (como no caso da nova organização da emergência do hospital e da cegonha carioca), frente à qual a gerência local não se posicionava, o que viam como desfavorável à assistência. E, assim como a gerência, os trabalhadores também se acomodavam, acabando por aceitar as precariedades do trabalho. A identificação dessa questão como relacionada às relações saúde-trabalho poderia indicar a relevância da superação dessa acomodação, no sentido de uma atuação mais autônoma no que se refere aos aspectos do processo de trabalho que acabam por impedir a atividade. No entanto, a única sugestão de atuação sobre os problemas elencados nesse cartaz (referente ao debate no primeiro Grupo de Discussão) referiu-se à necessidade de “condições para aumentar a autoestima”. Podemos avaliar tal fato no sentido de um entendimento, por esse grupo de trabalhadores, acerca da saúde do trabalhador principalmente pelo espectro nosológico e individualizado, desprivilegiando a relação da saúde (ou adoecimento) com a organização do processo de trabalho.

No que se refere ao adoecimento dos trabalhadores (item 3, acima), este sempre aparece relacionado com as condições desfavoráveis de trabalho. Podemos trazer como exemplo o cartaz do segundo grupo (cartaz 2 – anexo 12 [fotos], anexos 23 e 24 [quadros]), onde utilizam o material que contem a seguinte frase, dita pelos trabalhadores durante a discussão: “Condições de trabalho precárias. Falta EPI, mas tem que prestar assistência. E a

minha saúde?” Ainda, no terceiro cartaz (cartaz 3 – anexo 12 [foto], anexos 23 e 24 [quadros]) uma participante do Grupo escreve no cartaz: “Quero ser cuidada já trabalhei 30 anos”. No entanto, as indicações de ações no sentido de melhorias dessas condições de saúde parecem perder a sua vinculação com o processo de trabalho, referindo-se à necessidade de melhorar a autoestima do trabalhador, importância de atendimento ao trabalhador do hospital no hospital, realização de exames periódicos e construção de núcleo de saúde do trabalhador no hospital, visando especialmente atendimento clínico. Dessa maneira, podemos avaliar que predomina a ideia de saúde do trabalhador como prática assistencialista delegada a outro, e não como algo a ser construído em meio ao processo de trabalho, considerando seus agentes, incluindo os próprios trabalhadores.

Vale ainda ressaltar que, com relação aos horários de trabalho, em um dos grupos (cartaz 6 – anexo 12 [foto], anexos 23 e 24 [quadros]) os trabalhadores avaliaram que o estresse é maior durante o trabalho noturno, especialmente porque a rede de apoio ao trabalho é menor, além da necessidade do descanso como direito durante o trabalho noturno. No terceiro cartaz (cartaz 3 – anexo 12 [foto], anexos 23 e 24 [quadros]) sugerem uma possível vantagem da organização do trabalho em plantões de 24 horas, considerando o seu uso do tempo, em especial aquele despendido para o deslocamento até o hospital. Podemos avaliar, então, que o método proposto com essas atividades de pesquisa-intervenção, incluindo a criação dos cartazes, produziram efeitos que puderam, em algum grau, contribuir com a redução da naturalização do que é prescrito pela organização do trabalho, por exemplo no que se refere à organização de horário dos plantões.

Com relação ao que foi elencado nos cartazes como questões a serem tratadas no nível de gestão da prefeitura, recorrem muitas daquelas já trazidas no âmbito local, como (1) adoecimento dos trabalhadores (e realização de exames periódicos, criação de núcleo de saúde do trabalhador no hospital e assistência à saúde física e psíquica do trabalhador no hospital); (2) sobrecarga de trabalho; (3) alta carga horária de trabalho e falta de tempo; (4) plantão de 24 horas para facilitar a organização do tempo; (5) acomodação do grupo de enfermagem; (6) Desvalorização do profissional; e (7) condições de trabalho desfavoráveis, gerando estresse. Dessa vez, essa última questão aparece relacionada ao número reduzido de funcionários. Por sua vez, na avaliação dos trabalhadores, o número reduzido de funcionários (ou de trabalhadores com condições de saúde que não impeçam a sua atuação no trabalho) se relaciona diretamente a outras questões, elencadas no nível municipal, como: (1) trabalhador que trabalha doente para não ter perda salarial decorrente de licença; (2) necessidade de reposição daqueles trabalhadores afastados ou aposentados; (3) profissionais

adoecidos realocados; (4) idade mais avançada dos trabalhadores; (5) preparação para a volta da licença. Podemos dizer que essas questões se relacionam ao adoecimento dos trabalhadores e às impossibilidades que essas podem gerar, para o trabalho e a vida. Durante diferentes momentos dos debates ocorridos nos Grupos pudemos identificar críticas negativas relacionadas aos procedimentos do setor de perícias da prefeitura, que parece desconsiderar questões muito relevantes às relações saúde-trabalho. A maioria das críticas se relacionava ao trabalhador ainda adoecido (seja física ou psiquicamente), sem efetivas condições de exercer as suas atividades, “devolvido” ao trabalho pelo setor de perícia, assim constando na escala de trabalho como trabalhador ativo, o que acaba por sobrecarregar a equipe, favorecendo o adoecimento de outros.

Uma outra questão que já havia aparecido como de nível local (apenas uma vez), agora é recorrente (aparecendo em quatro cartazes) como de resolutividade da gestão municipal, qual seja a indicação da necessidade de alguma preparação para aposentadoria. Em um dos Grupos houve um esclarecimento, por parte de uma trabalhadora, da já existência desse tipo de serviço na prefeitura, o que era desconhecido da grande maioria.

Outro assunto já tratado em âmbito local, mas trazido agora no nível municipal de maneira diferenciada, relacionava-se à desvalorização profissional. Nesse segundo momento os trabalhadores a relacionam com uma desmotivação do profissional, por conta de falta de condições mais dignas de trabalho e de reconhecimento por parte da gestão municipal, o que acaba gerando um círculo vicioso, de influência mútua entre a desvalorização e a desmotivação dos trabalhadores.

Ainda com relação às questões trazidas pelos trabalhadores nos Grupos, como referentes ao nível municipal, temos: (1) autoritarismo da gestão (com relação à implantação de políticas e mudanças na organização do trabalho); (2) falta de instância com a qual se possa reclamar os direitos à saúde e trabalho; (3) necessidade de múltiplos vínculos relacionada ao baixo salário (piso salarial indigno) e a necessidade de complementação da renda; (4) crise na saúde e saúde como direito de todos; (5) pensamento de abandonar a enfermagem; (6) possibilidade de saída do plantão noturno; (7) espírito maternal da enfermagem que faz trabalhar em prol da saúde do paciente mesmo que em condições precárias, de forma similar à comentada em relação ao HMSF; (8) garantia da jornada de 30 horas não só para os funcionários municipais (já que tinham notícia de que o prefeito assinara o decreto de 30 h no município recentemente); (9) falta de conhecimento acerca do NUSAT (Núcleo de Saúde do Trabalhador, vinculado à SubVisa – SMS-Rio): “Se existe Saúde do

Trabalhador na prefeitura ninguém sabe e não funciona!”<sup>16</sup>.

As principais questões elencadas pelos trabalhadores como de competência de sindicatos, conselhos e outras instâncias de abrangência mais ampla foram: (1) necessidade de mobilização, em especial para questões referentes à remuneração e carga horária de trabalho; (2) (re)avaliar se a principal luta da enfermagem deve ser por menor carga horária ou por piso salarial digno; (3) adoecimento dos trabalhadores de enfermagem relacionado às características do processo de trabalho, como longas jornadas e sobrecarga de trabalho, descanso inadequado especialmente nos plantões noturnos, múltiplos empregos relacionados ao baixo salário; (4) enfermagem como uma categoria de trabalhadores com força mas sem poder. Além desses, outros assuntos já apresentados nas esferas local e municipal também apareceram, como preparação para a aposentadoria; idade avançada dos trabalhadores e falta de funcionários. Todos os assuntos tratados nos Grupos, considerando os cartazes neles produzidos, foram listados nos quadros em anexo (anexos 23 e 24).

Continuando as atividades de pesquisa-intervenção previstas, tivemos os dois Encontros de Saúde do Trabalhador de Enfermagem dos Hospitais de Urgência e Emergência da SMS-Rio. No 1º Encontro não estiveram presentes o diretor geral e diretora de enfermagem do HMMC. Ressaltamos que esse foi o único caso dessas ausências. Dos demais hospitais participantes do Encontro estavam presentes os gerentes geral e de enfermagem de cada unidade. No caso do HMMC, duas profissionais médicas da diretoria da unidade compareceram ao Encontro, representando as gerências. No entanto, ambas chegaram ao Encontro no seu segundo momento, já tendo iniciado os grupos que reuniam os trabalhadores de cada hospital em uma sala, assim não participando da etapa prévia de apresentação e mobilização para a proposta de uma construção coletiva de ação para saúde do trabalhador do hospital.

Dessa maneira, o grupo do HMMC contou, no início, apenas com a presença de trabalhadoras da assistência de enfermagem e profissionais das instâncias parceiras da SMS, especialmente da CGP e do GART (Gerência de Ambiente e Relações do Trabalho, vinculada à CGP), que participaram ativamente desse debate.

---

<sup>16</sup> Com relação ao NUSAT, sua finalidade primária só foi entendida pelas pesquisadoras na ocasião das reuniões de preparação para os Encontros de Saúde do Trabalhador. O NUSAT, ao menos àquela época, não tinha como público alvo os trabalhadores da SMS-Rio, tampouco os trabalhadores da prefeitura. Tratava-se de um núcleo para vigilância e atendimento de trabalhadores do município do Rio de Janeiro, em geral. Esse fato pode esclarecer o desconhecimento dos trabalhadores de enfermagem acerca da existência desse Núcleo da SMS-Rio.

No caso dos profissionais empregados da prefeitura do Rio o principal setor de atendimento às questões relacionadas à saúde ou adoecimento era o setor de perícias, vinculado à secretaria de administração.

A ausência da gerência do hospital, ou suas representantes, não era uma situação favorável para a atividade proposta, que objetivava a escolha de um problema importante e construção coletiva de ação possível, a partir da pactuação, especialmente, entre os trabalhadores da assistência e da gerência do hospital. Sendo assim, a solução encontrada pelas coordenadoras (pesquisadoras) desse grupo foi dispensar mais tempo na revisão dos cartazes produzidos nesse hospital, expostos na sala (previsto como momento inicial de mobilização), enquanto esperavam a chegada das representantes da gerência do HMMC, que avisaram estarem a caminho. Por isso, o tempo disponível para as atividades de apresentação dos problemas, por cada trabalhador, e definição do problema a ser enfrentado e proposta de ação, pelo grupo, ficou prejudicado, menor que nos grupos dos demais hospitais. A estratégia criada, pelas pesquisadoras coordenadoras desse Grupo, frente a essa situação de tempo diminuído foi solicitar a cada trabalhador, após a apresentação do seu problema, a apresentação individual de uma solução que vislumbrasse, conforme trecho a seguir:

*Trabalhadora da assistência em enfermagem: “chefia local não se movimentava”*

*Coordenadora: “Tem uma solução?”*

*Trabalhadora da assistência em enfermagem: “Eu pensei algo em termo de treinamento.”*

*Coordenadora: “Então põe treinamento, só pra gente ter uma solução.”*

Sendo assim, as atividades (de apresentação individual do problema visto como importante e criação coletiva de proposta de ação possível) acabaram se misturando, e de certa maneira contribuindo para uma elaboração individual do possível. Além disso, as representantes da gerência do hospital não participaram do momento anterior à divisão dos grupos, que buscava uma sensibilização para essa etapa de construção coletiva de uma proposta de ação. Avaliamos, então, que tais características do grupo do HMMC no 1º Encontro podem ter prejudicado a construção coletiva das propostas de ação.

Outros problemas trazidos pelas trabalhadoras da assistência do HMMC foram: (i) a necessidade de reuniões para melhorar a comunicação entre a enfermagem do hospital; (ii) camas muito antigas, que exigem muito esforço para manuseio, causando dores e problemas de coluna; (iii) falta de assistência, na unidade, ao profissional que adoce no trabalho. Para cada um dos problemas, houve uma sugestão de solução, que seriam, respectivamente: (i) reuniões setoriais periódicas entre a chefia e a equipe de enfermagem; (ii) troca das camas;



e (iii) atendimento de saúde formalizado, dentro do próprio hospital, para os trabalhadores de enfermagem.

Os profissionais da gerência participantes do grupo do HMMC, seja do próprio hospital ou da SMS, não apresentaram problemas que identificaram como relevantes para a saúde do trabalhador. Em meio à discussão do grupo, tais profissionais apresentaram, principalmente, propostas já elaboradas e ações que diziam já realizar, confrontando-as com os problemas colocados pelas trabalhadoras. Além disso, alguns problemas trazidos pelos trabalhadores foram minimizados ou desconsiderados pelos profissionais da gerência, a partir de uma aparente avaliação (unilateral e provavelmente equivocada) de que não seriam problemas relevantes para a saúde do trabalhador.

Podemos perceber isso com relação à queixa sobre a presença e atuação dos acompanhantes de pacientes nos setores de internação, trazida pelas trabalhadoras como algo relevante para a sua saúde no trabalho. O trecho a seguir nos mostra que esse problema foi minimizado, ou mesmo desconsiderado, pela gerência da SMS.

*Gerente da SMS (GS) 1- CGP: Só uma pergunta. Mas no que que isso interfere diretamente na saúde do trabalhador da enfermagem?*

*Trabalhadora da Assistência (TA) 1: Pô!!!Estressante!!!*

*Trabalhadora da Assistência (TA) 2: O acompanhante fica de uma enfermaria pra outra, se mete no serviço...*

*TA1: Fica dando palpite. “Oh! Enfermeira, o remédio dele, hein!!!”*

*Gerente da SMS (GS) 2 - GART: Só uma pergunta, só uma pergunta como enfermeira, que eu tive a oportunidade de fazer uma cartilha em dois hospitais que eu trabalhei, que tão aqui, no Souza Aguiar e no Salgado Filho. Vcs já levaram isso pra enfermagem, pra chefia ou pra direção?*

*TA1: Não.*

*GS 2 - GART: Não... Nunca... Então, gente, a importância de a gente tá falando como a gente tá hoje aqui. O que incomoda a muitos, de repente quando muitos falam, né, quem sabe...*

*Pesquisadora L: Você estava falando que não tem...*

*TA2: Eu acho assim... Eu não comecei a trabalhar já em serviço público, eu comecei a trabalhar em clínica particular. Já trabalhei inclusive com enfermagem do trabalho. Eu acho importante a reunião. Ouvir o trabalhador da ponta, porque ele tá ali*

*diariamente, 12 h trabalhando, então vê as coisas. Isso que ela tá falando aí, é... não é que a gente tenha que tirar o direito dos acompanhantes. Em relação aos acompanhantes, alguns são mal educados, entendeu? E eles desrespeitam o trabalhador. E isso num parece, que num tem a ver com a saúde do trabalhador. Tem! Porque você tá trabalhando, eu que trabalho de noite, né... já tá fora de casa... aí você tá ali, você tá tentando... “Num mexe aqui não. O ar condicionado é importante...” Aí você explica a importância do ar. Vai lá, mete a mão e desliga. Entendeu? Porque tá muito frio. Aí vai lá, abre a porta. Mexe no soro do outro. (Outra pessoa fala: Mexe no soro! “Ah, não, tá muito rápido!”) E isso é um desrespeito. Muitas pessoas falam juntas, comentando a “falta de educação” comum, e também a falta de orientação, que não é dada.*

Nesse mesmo trecho podemos ver também a questão da comunicação entre a equipe de enfermagem, apresentada como um problema pelas trabalhadoras. Avaliamos que foi mais uma questão minimizada por uma das gerentes (GART), visto que em sua fala refere-se à falta de ação por parte das trabalhadoras no sentido de uma comunicação com a direção, como se as culpasse por não fazê-lo. Mas, por outro lado, as trabalhadoras entendiam que a comunicação entre a gerência de enfermagem e a equipe do hospital era insuficiente, visto que se resumia a reuniões periódicas entre a gerência e chefes de equipe, não acessando, de fato, os trabalhadores da assistência direta ao paciente.

Em diferentes momentos desse grupo pudemos perceber que os gerentes da SMS e do HMMC ocuparam uma posição de defesa das suas atuações, colocando-se como gerentes que trabalham para promover a saúde dos trabalhadores de enfermagem dos hospitais. No entanto, essa possível naturalização dos lugares dos trabalhadores como denunciadores de problemas e demandantes de soluções para instâncias superiores que devem atender essas demandas, não contribuiu para o objetivo desse momento da pesquisa.

No que se refere à construção do cartaz (anexo 17), essa foi feita sem muita negociação entre os participantes do grupo. Partiu da avaliação de um representante do NUSAT (instância parceira da pesquisa, vinculada a SMS-Rio), de que todos os problemas trazidos falavam sobre a necessidade de atenção à saúde do trabalhador. Então, esse deveria ser o principal problema a ser colocado no cartaz, além da necessidade de comunicação entre a equipe. Assim foi feito. Como ações possíveis, sugeriram a implementação do projeto de

Saúde do Trabalhador já elaborado pela direção da unidade (conforme dito pelas representantes dessa gerência durante o debate) e reuniões periódicas e setoriais.

A apresentação do cartaz foi feita por uma das trabalhadoras da assistência, por sugestão da coordenadora do Grupo. Em sua apresentação, a trabalhadora reforçou que, apesar de não ter conhecimento anterior sobre tais ações, de acordo com as representantes da gerência do hospital as propostas expostas no cartaz já estariam encaminhadas na unidade, precisando apenas serem aperfeiçoadas.

A atuação dos gerentes, especialmente, pareceu-nos não contribuir para o objetivo daquela atividade. Os problemas trazidos pelas trabalhadoras não foram devidamente considerados e discutidos, mas rebatidos a partir de uma posição de defesa, com o anúncio de ações já realizadas na unidade, mesmo que não fossem de conhecimento das trabalhadoras participantes do grupo, naquele momento, representantes dos trabalhadores de enfermagem do HMMC. Esse é mais um fato que pode nos indicar que, no caso desse hospital, não conseguimos grande êxito no que se refere à ampliação do poder de agir a partir da nossa proposta e atuação. Se considerarmos que a ampliação do poder de agir relaciona-se à possibilidade de estilizações a partir de um gênero profissional fortalecido, nesse caso percebemos gêneros enrijecidos, logo enfraquecidos no que se refere às suas possibilidades de estilização e renovação, tanto no que se refere aos gerentes, quanto no que se refere às trabalhadoras da assistência de enfermagem. Os primeiros se mantiveram na posição daqueles que devem atuar para a solução de problemas, bem como as trabalhadoras tiveram dificuldade de sair da posição de queixosas e denunciantes dos problemas. Manteve-se um ambiente pouco fértil ao diálogo entre os diferentes atores participantes desse Grupo.

Avaliamos, no entanto, que as trabalhadoras da assistência, pareceram mais afetadas pela atividade proposta, no sentido de apontarem algum deslocamento, mesmo que ínfimo, da posição de denunciantes de problemas. Afinal, elas sugeriram soluções, e questionaram, mesmo que minimamente, (inclusive com um delicado tom irônico no momento da apresentação do cartaz) a existência das atividades para saúde do trabalhador e efetiva comunicação no hospital, declarada pela gerência. Porém, podemos avaliar que não houve um encontro potente o bastante que possibilitasse que os atores envolvidos nessa atividade fossem afetados por ela e a afetassem ao ponto de ampliar o seu poder de agir, produzindo algum deslocamento no que se refere à produção de saúde no trabalho.

Como já relatado anteriormente nesse texto, para realizarmos o 2º Encontro, voltamos aos hospitais para retomar contato com os trabalhadores e gerentes, a fim de que participassem desse último momento de pesquisa previsto. Para convidarmos as gerentes de

enfermagem para apresentar os encaminhamentos das atividades propostas nos seus hospitais, levávamos o cartaz produzido por cada hospital na ocasião do 1º Encontro. Considerando a pouca participação da gerente de enfermagem nas etapas anteriores da pesquisa, na visita ao HMMC reforçamos bastante a importância da sua participação nesse segundo Encontro. Nessa visita, a gerente, mais uma vez, fala do projeto do Núcleo de Saúde do Trabalhador a ser implementado na unidade. Pedimos, então, para ver esse projeto. Esse pedido buscava funcionar como uma intervenção clínica, tal qual propõe a clínica do trabalho que nos dá fundamento teórico-metodológico, ao passo que visava produzir algum movimento da gerente em relação ao tão falado projeto que, até então, em nenhum momento fora apresentado ou discutido coletivamente. Então, para mostrar o projeto, a gerente convidou para a conversa uma trabalhadora da administração do hospital que, junto com ela e outro profissional da gestão do hospital, realizaram um curso de pós-graduação e propuseram o referido projeto como trabalho de conclusão desse curso. Tratava-se, então, de um projeto acadêmico que era de conhecimento dos seus autores e de alguns outros profissionais da gerência, com os quais já haviam comentado quanto à intenção de implantação. Durante a conversa, questionamos acerca do compartilhamento do projeto com os trabalhadores do hospital (especialmente porque aqueles que estavam presentes no 1º Encontro disseram não ter conhecimento), e acerca da possibilidade de desenvolver alguma atividade de saúde do trabalhador, visto seu empenho para implantação do Núcleo, mesmo que ainda não completamente como previsto. Em resposta, entendiam que já havia um projeto finalizado, mas que os resultados da pesquisa (dados do questionário, resultados dos debates nas Palestras e Grupos) poderiam funcionar como norteadores para as ações do Núcleo. Ou seja, os resultados da pesquisa podiam apontar quais as principais doenças que estavam acometendo os trabalhadores, quais as suas principais queixas com relação à saúde no trabalho, contribuindo para uma atuação mais direcionada ao atendimento dessas questões. Avaliaram também que poderiam já ter realizado alguma ação no sentido da atenção à saúde do trabalhador (visto que tinham um médico do quadro de funcionários que era médico do trabalho e se dispunha a ajudar), mas não da maneira como achavam que deveria ser e previam no projeto. Essa avaliação se confirma no seguinte trecho da fala inicial da gerente de enfermagem, na ocasião do 2º Encontro:

*Gerente de Enfermagem (GE): “mas a principal proposta que o Miguel Couto faz em relação à saúde do trabalhador é a criação realmente do Núcleo de Saúde do Trabalhador; porque a gente acredita que não adianta muitas ações isoladas e que vão se perder*

*com o tempo.”*

Para, então, implementarem o Núcleo tal qual previam no projeto e desejavam esbarravam, principalmente, na falta de espaço físico adequado e falta de verba para compra de equipamentos, o que poderia ser facilitado pela SMS-Rio, segundo sua avaliação. Dessa forma, os momentos da pesquisa que previam a participação dos gerentes dos hospitais e da Secretaria foram vistos como propícios para essas negociações avançarem. Relataram, então, interesse por participar do 2º Encontro, confirmando suas presenças.

Diferente dos outros três hospitais, no 2º Encontro havia mais trabalhadores do HMMC presentes do que no 1º Encontro, inclusive a gerente de enfermagem, que não pôde estar presente naquela ocasião. A partir da tarefa que lhe propusemos, acerca da apresentação dos encaminhamentos das propostas oriundas do 1º Encontro no seu hospital de origem, a gerente de enfermagem preparou uma apresentação de slides que continha o projeto de criação do Núcleo de Saúde do Trabalhador elaborado para a conclusão do curso de pós-graduação. Convém dizer que disponibilizamos os cartazes de todos os hospitais no auditório, para ser usado como recurso para a apresentação, caso necessitassem.

Durante sua apresentação, em diferentes momentos, a gerente de enfermagem claramente privilegia a proposta de criação do Núcleo a partir do projeto acadêmico como sendo essa a proposta do hospital, desconsiderando o que havia sido discutido e produzido no 1º Encontro, conforme mostra o trecho a seguir:

*GE: “Então as propostas do Miguel Couto são a partir da prevenção e promoção. Então a gente tem um projeto de saúde do trabalhador, que não tem objetivo de atender ambulatorialmente ninguém. Ele tem objetivo de trabalhar com os riscos que o trabalhador se expõe no exercício da sua profissão e em cima disso prevenir doenças ocupacionais. O funcionário que já está doente a gente já não tem mais o que fazer a não ser encaminhar para a perícia, plano de saúde, não tem como mais fazer nada ali. Até porque a gente não tem essa estrutura para atender o funcionário. Então a proposta que a gente tem é essa aí”*

Na continuidade de sua fala, ela comenta sobre o que foi discutido no 1º Encontro, avaliando a solução proposta como inadequada no que se refere à ação de saúde do trabalhador:

GE: *“Então houve esses encontros, num deles eu não estava presente e foram tiradas algumas propostas das pessoas que estavam reunidas. Então, nesse primeiro encontro o que mais me preocupou foi isso aí, a falta de atendimento médico para o trabalhador dentro da unidade de trabalho. Isso não é a saúde do trabalhador; isso é ambulatório médico e a gente para isso tem o plano de saúde, a perícia médica, tem o GART que a gente pode encaminhar as pessoas. Então a gente tem esse projeto, ele é um projeto antigo que está em construção desde que a gente fez o MBA em saúde, Serviço de Saúde e ele vem crescendo e procurando espaços para poder se alocar. A saúde do trabalhador é um espaço enorme, é um projeto muito grande que envolve muitas coisas e precisa estar bem estruturado, então a proposta é essa aí.”*

Podemos concordar com a avaliação da gerente acerca da ação proposta no 1º Encontro se configurar mais como uma ação de ambulatório do que ações de prevenção e promoção de saúde no trabalho. No entanto seu posicionamento corrobora a nossa análise referente aos resultados do 1º Encontro no que se refere à desvalorização daqueles problemas trazidos pelos trabalhadores da assistência, impedindo um diálogo nesse sentido, entre gerentes e trabalhadores. Não, necessariamente, essa seria a única forma de lidar com uma discordância entre trabalhadores da assistência e gerentes. A solução proposta no 1º Encontro poderia não ser acatada, mas debatida. No entanto, não houve qualquer movimento nesse sentido, conforme reforça o trecho a seguir, oriundo do final da fala da gerente de enfermagem no 2º Encontro:

GE: *“E é isso, o Miguel Couto se propõe a isso. Infelizmente atendimento ambulatorial a gente não tem condição de fazer. E é isso aí.”*

Podemos avaliar, ainda, que tal encaminhamento não colaborou para um possível desvelamento da controvérsia (categoria tão prezada pela Clínica da Atividade) existente entre trabalhadores e gerentes acerca das soluções para os problemas relacionados à saúde e ao trabalho. Se, por um lado, a postura da gerência do HMMC (em ambos os Encontros) não contribuiu para isso, por outro a atuação das pesquisadoras não foi suficiente para uma intervenção clínica sobre essa atividade de trabalhador que pode/deve atuar sobre a sua saúde e trabalho, colaborando para o desvelamento, tampouco manutenção, da controvérsia entre

trabalhadores da assistência e gerentes.

Em outros momentos de sua apresentação, a gerente de enfermagem do HMMC traz as ações previstas no referido projeto. Podemos perceber que se tratam de ações ainda muito marcadas pelo referencial da saúde ocupacional, que desconsideram aspectos relevantes e estruturais da área da Saúde do Trabalhador, como as relações entre o processo de trabalho e a saúde. Porém, vale ressaltar que, conforme o trecho a seguir, ela inicia sua fala definindo essa área como “*campo do saber que visa compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde e doença*”.

*GE: “Aí a gente define no projeto o que é a saúde do trabalhador, que é um campo do saber que visa compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde e doença, o que é acidente de trabalho, porque esses acidentes acontecem,(...). Então, o que a gente se propõe a fazer é o programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional e ele foi estruturado pela NF7, portaria 3214 e a gente tem que definir o ramo de atividade, o grau de risco dos hospitais que é grau três, saber o número total de funcionários, que no caso do Miguel hoje são 1833 profissionais concursados, contratados e sem contratos terceirizados. E define quem é homem e quem é mulher, o exame médico periódico que vai ser definido em função dos riscos ocupacionais de cada trabalhador. Então a saúde ocupacional está indefinida, consiste na promoção de condições laborais que garantem mais elevado grau de qualidade de vida no trabalho, protegendo a saúde dos trabalhadores, promovendo bem estar físico, mental e social, prevenindo e controlando os acidentes e as doenças, através da redução das condições de risco.*

*(...) Fora isso ainda tem todo o acompanhamento de vacinação, que o funcionário tem que ter, o funcionário tem que ter o prontuário, a vacina tem que ser controlada, os exames tem que ser controlados de acordo com o grau de risco e atividades que ele exerce EPI dos funcionários. EPI dos funcionários e um monte de campanhas educativas, visando isso aí. Que o funcionário use o EPI, que ele reclame quando estiver em situação de risco. Não é assim?”*

Podemos dizer, então, considerando o objetivo dessa tese, que as atividades de

pesquisa-intervenção desenvolvidas no HMMC, apesar de problematizarem o processo de restituição dos resultados de pesquisa, não indicaram resultados satisfatórios em relação a uma possível contribuição para o desenvolvimento do poder de agir dos trabalhadores de enfermagem desse hospital, no que se refere às suas relações trabalho-saúde. Tal análise deve-se, principalmente, ao fato de não percebermos, no curso das atividades desenvolvidas nesse hospital, indicadores dessa ampliação, como, por exemplo, deslocamentos das posturas e lugares ocupados pelos atores envolvidos acerca das questões de saúde e trabalho, desenvolvendo a si mesmos e a sua atividade.

De modo geral, em relação aos métodos, a pesquisa-intervenção que desenvolvemos não partiu de um método já proposto pela Clínica da Atividade, tampouco buscou desenvolver ou criar novo método nesse sentido. Avaliamos que, ao menos não diretamente, não visamos a análise da atividade do trabalho em enfermagem, mas realizamos uma pesquisa-intervenção, a partir da restituição dos resultados que buscou, em última instância, desenvolver o poder de agir dos trabalhadores em prol de suas condições de trabalho e saúde.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

No texto dessa tese podemos perceber como principal proposta a realização de atividades de restituição de resultados de pesquisa como ferramenta para ampliação do poder de agir dos trabalhadores de enfermagem dos hospitais pesquisados, assim contribuindo para a saúde desses trabalhadores. Então, a partir do aporte teórico-metodológico da Análise Institucional francesa e da Clínica da Atividade, além dos próprios pressupostos do campo da Saúde do Trabalhador, foram realizadas diversas atividades de pesquisa-intervenção, que mostraram avanços e limites no sentido do objetivo desta tese.

Considerando as ações realizadas nos dois hospitais para o desenvolvimento dessa pesquisa de tese, pudemos perceber que não há uma unidade nas experiências vividas. Os resultados encontrados nos indicam uma maior ampliação do poder de agir entre os trabalhadores do HMSF em comparação àqueles do HMMC. Para entender melhor tal diferenciação, podemos trilhar algumas pistas.

No caso do HMMC já existia uma intenção, anterior a nossa inserção nesse espaço, de ação referente à saúde dos trabalhadores, a partir da concepção da gerência daquela unidade acerca do assunto. Tinham como meta a institucionalização de um núcleo de saúde do trabalhador na unidade. Esse fato, que a primeira vista poderia ser entendido como de contribuição para nossa pesquisa-intervenção, não funcionou dessa maneira, ao passo que a proposta existente baseava-se em um modelo mais duro, a partir de pressupostos afinados com posturas pautadas na medicina do trabalho, por exemplo, privilegiando o saber e atuação do especialista.

Nesse cenário, e considerando também a nossa atuação naquele momento, não conseguimos muito êxito no que se referiu a um deslocamento dessa postura por parte da gerência. Avaliamos que as atividades de pesquisa ali desenvolvidas não culminaram em construções coletivas de ações no sentido de melhorias no que se refere às relações saúde-trabalho em enfermagem nesse hospital, ou mesmo em estranhamentos inquietantes ou mobilizadores. Ou seja, não podemos avaliar, de maneira geral, a experiência no HMMC como terreno fértil para desenvolvimento dos nossos objetivos de pesquisa, considerando especialmente a impermeabilidade observada na postura da gerência da unidade quanto a outras possibilidades de atuação no que se refere às questões de saúde e trabalho.

Com relação ao HMSF, avaliamos que a pesquisa-intervenção realizada com seus trabalhadores (incluindo os gerentes) mostraram maiores sinais de contribuição para a ampliação do poder de agir dos trabalhadores de enfermagem no que se refere a melhorias

das suas relações saúde-trabalho. O novo uso da consulta de enfermagem, a nosso ver, mostra mais diretamente tal ampliação. Isso porque acreditamos que o uso dessa ferramenta “consulta de enfermagem” para um novo público, no caso os próprios trabalhadores de enfermagem do hospital, contribuiu para o desenvolvimento desse gênero profissional, por possibilitar um deslocamento com relação à sua atuação acerca do adoecimento dos profissionais (já observado, a partir da sua vivência e discussão dos resultados da pesquisa). A consulta de enfermagem, a partir de um desenvolvimento dessa atividade de trabalho, passou a ser utilizada com os trabalhadores de enfermagem (por eles e para eles) como ferramenta para prevenção de agravos e promoção de saúde no trabalho. Além desse, outros momentos da experiência de pesquisa-intervenção nesse hospital mostraram indicações de movimentos no sentido da ampliação do poder de agir dos trabalhadores, conforme já trazido nos resultados desse texto.

No entanto, acreditamos que os efeitos de uma pesquisa-intervenção fogem ao controle dos pesquisadores. Dessa maneira, e entendendo que não há uma coincidência temporal entre o término das ações de pesquisa de campo e os efeitos que essa produz, não podemos garantir que nossa intervenção não venha a produzir efeitos (ou até mesmo já tenha produzido efeito(s) que desconhecemos) no sentido da ampliação do poder de agir dos trabalhadores desses hospitais, além daqueles observados por nós. Em pesquisa anterior (Pessanha, 2009), por exemplo, em uma visita anos depois ao hospital participante da pesquisa-intervenção naquela ocasião, soubemos que haviam conseguido garantir locais para repouso dos trabalhadores em todos os setores de hospital.

Com relação à pesquisa-intervenção apresentada nessa tese já podemos citar alguns exemplos desses efeitos posteriores a nossa estada no campo. Em ocasião de um evento científico da SMS, a gerente de enfermagem e trabalhadores do HMSF realizaram apresentação da experiência das consultas de enfermagem no hospital. Naquele momento, fomos convidadas para comparecer à apresentação. Além disso, também fomos convidadas a participar do evento comemorativo de aniversário do hospital, durante o qual os trabalhadores realizaram as consultas com os demais trabalhadores de enfermagem do hospital. Estivemos presentes em ambos os momentos, que nos indicaram o reconhecimento por parte desses trabalhadores acerca da sua atividade, o que se relaciona com o desenvolvimento do seu poder de agir, de acordo com a Clínica da Atividade (Clot, 2010).

Pudemos perceber que a concepção acerca da saúde do trabalhador é bastante plural, e ainda muito marcada pelos pressupostos da medicina do trabalho e saúde ocupacional, em especial dentre os gerentes dos hospitais e da secretaria. No decorrer das atividades de

pesquisa partimos de uma concepção de saúde do trabalhador condizente com os pressupostos dessa área teórico-prática que, de alguma forma, conseguimos perceber nos Grupos de Discussão com os trabalhadores. No entanto, em conversas com os gestores da secretaria (para programação dos Encontros), bem como nos Encontros, em especial no grupo do HMMC, prevaleciam posturas que desconsideravam questões do processo de trabalho como relacionadas à saúde, mesmo que assim avaliadas pelos trabalhadores como, por exemplo, a presença dos acompanhantes nos setores de trabalho relatada pelas trabalhadoras do HMMC no 1º Encontro. Precisamos analisar nossos percursos e nossas implicações nessas situações.

Considerando que nossa primeira atividade de pesquisa (relacionada ao projeto mais amplo) nesses hospitais foi a aplicação do questionário epidemiológico, em alguns momentos dessa pesquisa-intervenção (que acabava por questionar esse modo de fazer pesquisa que nosso próprio grupo também realiza) devemos ponderar alguns “deslizes” no que se refere à coerência entre a nossa atuação e nossos referenciais teórico-práticos.

Nos Folhetos Informativos, por exemplo, reproduzimos a organização presente no questionário epidemiológico, dividindo-o em colunas sobre as características do grupo, o trabalho e a saúde, como se uma não se conectasse com as outras. Além disso, há um destaque (inclusive visual) para a tabela com os “problemas de saúde mais comuns”, ou seja, as principais doenças referidas pelos trabalhadores na ocasião de resposta ao questionário.

Com vistas a desenvolver a pesquisa-intervenção nos hospitais da SMS-Rio, na ocasião da sua apresentação àqueles que almejávamos como parceiros, privilegiamos os Folhetos Informativos e slides com resultados estatísticos que entendíamos como mais impactantes no que se refere ao adoecimento (físico e psíquico) dos trabalhadores. À época, tal estratégia foi pensada a partir da ideia de que tais resultados provocariam maior mobilização desses parceiros com relação à relevância do desenvolvimento das demais atividades de pesquisa. Realmente, pudemos perceber que a estratégia nos favoreceu quanto ao apoio para realização da pesquisa-intervenção, bem como na aposta nessa pesquisa, por parte dos gerentes da Secretaria, como contributiva para melhoria das condições de saúde dos trabalhadores de enfermagem dos hospitais, favorecendo a parceria. No entanto, não podemos desconsiderar que essa primeira aproximação, nesses moldes, pode ter reforçado a concepção de nossos parceiros acerca da saúde do trabalhador como calcada, apenas, na oposição ao adoecimento ou sofrimento destes. Tal posição possivelmente (re)afirmada acabou atravessando e dificultando nossa própria atuação e seus efeitos, em especial nos momentos dos Encontros, quando reunimos trabalhadores e gerentes dos hospitais e da

secretaria.

Dessa maneira, apesar de acreditamos que todos os envolvidos nesse processo de pesquisa-intervenção compartilhavam uma mesma meta, qual seja a melhoria da saúde dos trabalhadores de enfermagem desses hospitais, percebemos, ao longo da pesquisa, que diversas concepções acerca de saúde do trabalhador atravessaram nossas ações. Por parte dos gerentes, como dito acima, a maioria parecia entender saúde como oposição à doença, e vislumbravam ações de saúde do trabalhador no sentido da minimização dos riscos ou acesso à serviços de tratamento (expresso, por exemplo, com a valorização do plano de saúde disponibilizado ao trabalhador). Com relação aos trabalhadores, pudemos perceber flutuações: desde esse sentido de maior circulação entre os gerentes, passando por uma reivindicação urgente por atenção à sua saúde (percebendo-se muito adoecidos ou em processo de adoecimento), até uma percepção vivida por eles de uma relação muito clara entre a organização do trabalho e sua saúde, ou adoecimento, que também demandava atenção.

Apesar de não acreditarmos como possível e profícua uma homogeneidade de concepções e modos de agir, considerando as diferentes inserções e lugares ocupados, as diferentes singularidades dos sujeitos participantes das atividades de pesquisa, percebemos que tal heterogeneidade configurou-se como um limite para nossa atuação nessa pesquisa-intervenção. Isso aponta, então, um desafio para nossa atuação em futuras pesquisas-intervenções no sentido de ir além, não nos encerrando em mundos separados e excludentes. Se, inseridas nesse campo da saúde do trabalhador, valorizamos o protagonismo dos diferentes sujeitos participantes da pesquisa, nos lançamos ao desafio de buscar ampliar nosso poder de agir desenvolvendo nossa atividade de pesquisa na direção da construção conjunta de planos comuns e heterogêneos (Kastrup e Passos, 2013).

Dessa maneira, e partindo da concepção de pesquisa-intervenção, avaliamos que a pesquisa não produz efeitos apenas nos trabalhadores, mas em todos os seus sujeitos. Com relação à atividade das pesquisadoras, partimos de uma ideia de colheita de dados, no sentido de que os resultados de uma pesquisa não estão prontos para serem coletados, mas precisam ser cultivados, cuidados, (re)trabalhados no processo do pesquisar (Barros, Passos e Eirado, 2014; Barros e Barros, 2013). Considerando que toda análise é análise de implicação e não se limita a um momento final da pesquisa, e se precisamos cuidar para que nossos modos de pesquisa não “se transformem em tranquilizantes (e perigosas) disciplinas” (Rodrigues, 2012, p.39), percebemos ao longo de nossa atividade nessa pesquisa alguns tropeços e avanços nesse sentido.

No que se refere aos avanços, podemos pontuar que o uso dos resultados de uma pesquisa epidemiológica a partir de uma lógica diferenciada daquela majoritariamente adotada nessa modalidade de investigação produziu efeitos em todo o nosso grupo de pesquisa. Assim, ao longo de mais de uma década, a busca por pesquisas-intervenção voltadas para a Saúde do Trabalhador reflete mudanças nas práticas de restituição do grupo de pesquisa que, por sua vez, sob influência da própria restituição, tem modificado seu escopo no sentido de favorecer a ampliação do poder de agir dos trabalhadores (incluindo novos atores etc). Também percebemos nesse grupo movimentos no sentido de uma problematização, em suas ações, com relação aos possíveis modos de fazer pesquisas, considerando as suas potências. Percebemos, então, um processo de construção em mão-dupla, onde pesquisador e objeto de pesquisa se (re)criam em concomitância.

Com relação a um possível aspecto clínico dessa pesquisa, a partir da adoção da Clínica da Atividade como referencial teórico-metodológico, podemos avaliar que não atuamos no sentido de uma clínica da atividade de enfermagem. Não partimos da análise da atividade de trabalho da enfermagem, mas dos "resultados" de pesquisas anteriores e do que os trabalhadores experimentam com relação à sua saúde e trabalho.

Pode ser que tenhamos caminhado, brevemente, na direção de uma clínica da atividade de co-construção de suas relações saúde-trabalho, ao passo que visamos acessar a atividade (no sentido de dar visibilidade ao que os trabalhadores podem fazer no seu trabalho e saúde) e desenvolvê-la, por meio da discussão dos resultados. Mas, se caminhamos nessa direção, o fizemos de maneira ainda incipiente. Assim, consideramos que, com essa pesquisa-intervenção de grandes proporções no que se refere ao campo de pesquisa, não tivemos muitas oportunidades de um trabalho clínico forte, que exige definições mais claras e maior constância. Porém, não podemos deixar de considerar que essa pesquisa pode ser entendida como um bom encaminhamento clínico para uma pesquisa epidemiológica, que pode avançar nesse sentido onde o terreno é mais fértil.

Podemos avaliar, então, como aponta Osorio-da-Silva (2002) que a conjugação entre a análise institucional francesa (que busca questionar o que está instituído, promovendo desconstruções) e a Clínica da Atividade (que se preocupa com métodos que contribuam para o desenvolvimento dos sujeitos e de seu poder de agir, a partir de situações de trabalho) se mostrou, no nosso caso, profícua para os objetivos propostos com essa pesquisa-intervenção no campo da Saúde do Trabalhador.

Com as ações propostas em nossa pesquisa não buscamos diretamente

transformações de impacto no trabalho de enfermagem nos hospitais pesquisados, apesar de considerarmos a relevância dos problemas estruturais e complexos desse universo do trabalho em saúde, bem como a busca por possíveis melhorias nesse âmbito. No entanto, apostamos na ideia de que pequenas mudanças no cotidiano e atividade de trabalho contribuem para a saúde dos trabalhadores, mesmo que em nível micro. A relação da pesquisa desenvolvida com ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador não era vislumbrada no início desta pesquisa-intervenção. No entanto, no decorrer de seu desenvolvimento e análises, percebemos que as atividades desenvolvidas têm proximidade com atividades que podem contribuir para a Vigilância em Saúde do Trabalhador, em especial na área da saúde (Machado e Assunção, 2012).

Podemos dizer que as intervenções que realizamos estão em consonância com pressupostos das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, tendo favorecido “ações concretas de intervenção no mundo do trabalho” (Vasconcellos et al, 2014, p. 4619) a partir da atuação dos trabalhadores, mesmo que em nível micro no que se refere a complexidade do trabalho.

De acordo com Machado (2012)

*“O pressuposto central da deflagração de ações de Visat é o registro da ausculta dos trabalhadores e de suas representações, em um processo de análise coletiva que permite vislumbrar o que é relevante. As situações-problema se constituem em objeto de um segundo processo: a ação de construção dos programas de intervenção.” (p.160).*

Podemos apontar, então, como principais pontos favoráveis de nossa pesquisa, nesse sentido, (i) a própria metodologia de pesquisa-intervenção, preconizada como relevante para a Vigilância em Saúde do Trabalhador, visto a integração do saber científico com o saber prático; (ii) os métodos utilizados, que buscaram reunir diferentes atores (gerentes da secretaria municipal, gerentes e trabalhadores de enfermagem dos hospitais, além dos pesquisadores) para (re)pensar e buscar atuar sobre a saúde dos trabalhadores de enfermagem desses hospitais; (iii) a articulação entre um estudo epidemiológico que permitiu diagnóstico da situação de saúde e trabalho desses trabalhadores e atividades com participação dos trabalhadores nesse processo de coanálise desses resultados. Sendo assim, acreditamos que esse parece ser também um encaminhamento futuro possível para

pesquisas-intervenção realizadas por esse grupo.

## REFERÊNCIAS

AYRES LSM, RODRIGUES DO, MACIEL FM, SOUZA FAM, RIBEIRO FML, FLORES D, et al. **Redesenhando o lugar da pesquisa – Experimentando a prática da restituição.** *Mnemosine* 2005; 1 n.1: 394-406.

BAETA NEVES CEA, LASALVIA AG, SILVA RCF, HECHERT ALC, CARVALHEIRA LP. **Relato e análise de uma experiência numa instituição escolar: nossos medos, nossas buscas e nossas implicações.** *In: Saidon O, Kamkhagi V (orgs). Análise Institucional no Brasil.* Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1991. 2ª edição. p. 66-85.

BARROS, LETÍCIA MARIA RENAULT DE ; BARROS, MARIA ELIZABETH BARROS DE . **O problema da análise em pesquisa cartográfica.** *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 25, p. 373-390, 2013.

BARROS, M. E. B.; PASSOS, E. ; SILVA, A. E. . **Psicologia e análise da atividade docente.** *Psicologia & Sociedade (Online)*, v. 26, p. 20-36, 2014.

BARROS, MARIA ELIZABETH BARROS DE AND ZAMBONI, JÉSIO GILLES **Deleuze, clínico da atividade filosófica: paradoxo do filósofo trabalhador.** *Fractal, Rev. Psicol.*, Dez 2012, vol.24, no.3, p.579-598.

BENDASSOLLI PF. **Mal-estar no trabalho: do sofrimento ao poder de agir.** *Revista Mal-estar E Subjetividade*, Universidade de Fortaleza, 2011, vol. XI, núm. 1, pp. 65-99.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da União 2012; 24 ago.

CLOT Y. **A função psicológica do trabalho.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2006b.

CLOT Y. **Clínica do Trabalho e clínica da atividade.** *In: Bendassolli PF, Soboll LAP (orgs). Clínicas do Trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade.* São Paulo: Editora Atlas S.A.; 2011. p. 71-83.

CLOT Y. **Entrevista à Leny Sato.** *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 2006a, vol.9, n.2, p. 99-107.

CLOT Y. **Trabalho e Poder de Agir.** Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

COIMBRA CMB. **Os caminhos de Lapassade e da Análise Institucional: uma empresa possível?** *Revista do Departamento de Psicologia – UFF* 1995; 7 n.1: 52-80.

COSTA, DANILO; LACAZ, FRANCISCO ANTONIO DE CASTRO; AND VILELA, RODOLFO ANDRADE GOUVEIA. **Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública.** *Rev. bras. saúde ocup.*[online]. 2013, vol.38, n.127, pp. 11-21.

DELEUZE G. **O que é um dispositivo?** *In Michel Foucault Philosophe.* Paris: Seuil, 1989 (tradução livre)

GOMEZ, CARLOS MINAYO. **Avanços e entraves na implementação da política**



**Nacional de Saúde do Trabalhador.** *Rev. bras. saúde ocup.* [online]. 2013, vol.38, n.127, pp. 21-25.

GOMEZ, CARLOS MINAYO. **Implementação e desafios da Vigilância em Saúde do Trabalhador.** *Ciênc. saúde coletiva*[online]. 2014, vol.19, n.12, pp. 4614-4615.

HINKEL, JAISON AND MAHEIRIE, KÁTIA **Rap-rimas afetivas da periferia: reflexões na perspectiva sócio-histórica.***Psicol. Soc.*, 2007, vol.19, no.spe2, p.90-99.

KASTRUP, VIRGÍNIA AND PASSOS, EDUARDO. **Cartografar é traçar um plano comum.** *Fractal, Rev. Psicol.* [online]. 2013, vol.25, n.2, pp. 263-280. ISSN 1984-0292.

LIMA, MARIA ELIZABETH ANTUNES. **Contribuições da Clínica da Atividade para o campo da segurança no trabalho.** *Rev. bras. saúde ocup.*, Jun 2007, vol.32, no.115, p.99-107.

LOURAU R. **René Lourau na UERJ: Análise Institucional e Práticas de Pesquisa.** Rio de Janeiro: UERJ; 1993.

MACHADO, JMH e ASSUNÇÃO, AA. (orgs.) **Panorama da Saúde dos Trabalhadores de Saúde.** Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Medicina. 2012.

MACHADO, JMH. **Proposta de uma matriz de vigilância em saúde do trabalhador da saúde.** In: MACHADO, JMH e ASSUNÇÃO, AA. (orgs.) *Panorama da Saúde dos Trabalhadores de Saúde.* Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Medicina. 2012. p. 150-161

MINAYO-GOMEZ C, LACAZ FAC. **Saúde do Trabalhador: novas-velhas questões.***Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10 n.4: 797-807.

MINAYO-GOMEZ C, MACHADO JMH, PENA PGL. **Apresentação.**In: *Minayo-Gomez C, Machado JMH, Pena PGL (orgs). Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p. 13-22.

MINAYO-GOMEZ C, THEDIM-COSTA SMF. **A construção do campo da Saúde do Trabalhador: percursos e dilemas.***Cadernos de Saúde Pública* 1997; 13(2 Suppl):21-32.

MINAYO-GOMEZ C. **Introdução. Campo da Saúde do Trabalhador: trajetória, configuração e transformações.** In: *Minayo-Gomez C, Machado JMH, Pena PGL (orgs). Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p. 23-34.

MIURA, PAULA ORCHIUCCI AND SAWAIA, BADER BURIHAN **Tornar-se catador: sofrimento ético-político e potência de ação.***Psicol. Soc.*, 2013, vol.25, no.2, p.331-341.

OLIVEIRA, S.; REZENDE, M. S. ; BRITO, J. . **Saberes e estratégias dos operadores de telemarketing frente às adversidades do trabalho.** *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 31, p. 125-134, 2006.

OSORIO C. **Experimentando a fotografia como ferramenta de análise da atividade de trabalho.** *Informática na educação: teoria & prática*. 2010; v.13, n.1, p. 41-49.

OSORIO C. **Oficina de Fotos: uma atividade para re-inventar a atividade de trabalho.** Trabalho apresentado no Seminário Nacional de Saúde Mental e Trabalho - São Paulo, 2008. Acessado em [http://www.advt.com.br/cartilhas2/Oficina%201%20-%20Claudia%20Osorio%20da%20Silva%20\\_texto\\_.pdf](http://www.advt.com.br/cartilhas2/Oficina%201%20-%20Claudia%20Osorio%20da%20Silva%20_texto_.pdf)

OSORIO-DA-SILVA C, BARROS MEB. **Oficina de fotos: um métodos participativo de análise do trabalho.** *Universitas Psychologica* 2013, 12(4), p.1325-1334.

OSÓRIO-DA-SILVA C. **Vida de hospital: a produção de uma metodologia para o desenvolvimento da saúde do profissional de saúde.** Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro(2002).

PACHECO AB, BARROS MEB, OSORIO-DA-SILVA C. **Trabalhar o mármore e o granito:entre cores e ritmos.** *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 2012, vol. 15, n. 2, p. 255-270

PASSOS E, BARROS RB. **A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade.** *Psicologia: Teoria e Pesquisa*2000; 16 n.1: 71-9.

PÉLBART P.P. **Elementos para uma cartografia da grupalidade.** In: SAADI, F.; GARCIA, S. (Org.). *Próximo ato: questões da teatralidade contemporânea*. São Paulo: Itaú Cultural, 2008. Disponível em: . Acesso em 24 maio 2010.

PESSANHA J, OSÓRIO-DA-SILVA C, ROTENBERG L. **Uma experiência de restituição de resultados em saúde do trabalhador.***ECOS – Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 2013, vol.3, n.1, p. 33-44.

PESSANHA J. **A restituição dos resultados de pesquisa: em busca do diálogo entre pesquisadores e trabalhadores de enfermagem.** Dissertação de Mestrado em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), 2009.

PESSANHA, J., OSORIO-DA-SILVA C, ROTENBERG L. **Proposal for training of workers and researchers as from the participatory return of research results in workers health.** *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, v. 41, p. 4584-4589, 2012.

RAUTER, 2013. **Do Medo do Crime à Rebelião: Algumas Indicações para Pensar a Experiência Coletiva Brasileira a partir da Filosofia de Spinoza.** *Rev. Polis e Psique*, 2013; 3(2):151-161

ROCHA ML. **Psicologia e as práticas institucionais: A pesquisa-intervenção em movimento.***Psico – Porto Alegre PUCRS* 2006; 37 n.2: 169-174.

RODRIGUES, H. C. DE B. **Analisar.** In: FONSECA, T.; NASCIMENTO, L.; MARASCHIN, C. (Org.). *Pesquisar na diferença*. Porto Alegre: Sulina, 2012.

SANTORUM, K.; MACEDO, M. L. ; BRINGMAN, G. ; ZINGLER, L. . **Análise coletiva**

**da atividade de vigilância em saúde do trabalhador: a autoconfrontação cruzada como dispositivo de formação.** *Reflexão e Ação (Online)*, v. 16, p. 77-96, 2008.

SANTOS NIS, BARONE LR. **Uma pesquisa-intervenção em análise: militância, sobreimplicação ou ato político?** In: Machado AM, Fernandes AMD e Rocha ML (orgs). *Novos possíveis encontros da psicologia com a educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007. p. 65-86.

SANTOS-FILHO, S. B **Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4):999-1010, 2007a.

SANTOS-FILHO, S. B. **Indicadores de valorização do trabalho e trabalhadores da saúde: construindo o conceito de valorização a partir de uma perspectiva analítica.** In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M.E.B. (org). *Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007b.

SAWAIA, BADER BURIHAN. **Psicologia e desigualdade social: uma reflexão sobre liberdade e transformação social.** *Psicol. Soc.*, Dez 2009, vol.21, no.3, p.364-372

SILVA, CLAUDIA OSORIO DA, RAMMINGER, TATIANA **O trabalho como operador de saúde.** *Ciênc. saúde coletiva*, Dez 2014, vol.19, no.12, p.4751-4758. ISSN 1413-8123

TEIXEIRA DV, BARROS MEB. **Clínica da atividade e cartografia: Construindo metodologias de análise do trabalho.** *Psicologia & Sociedade* 2009; 21 (1): 81-90.

TEIXEIRA, DANIELLE VASCONCELOS AND BARROS, MARIA ELIZABETH **BARROS DE Clínica da atividade e cartografia: construindo metodologias de análise do trabalho.** *Psicol. Soc.*, Abr 2009, vol.21, no.1, p.81-90.

VASCONCELLOS, LUIZ CARLOS FADEL DE; GOMEZ, CARLOS MINAYO AND MACHADO, JORGE MESQUITA HUET. **Entre o definido e o por fazer na Vigilância em Saúde do Trabalhador.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2014, vol.19, n.12, pp. 4617-4626.

VILELA, RAG. SILVA, RC. JACKSON FILHO, JM. **Poder de agir e sofrimento: estudo de caso sobre Agentes Comunitários de Saúde.** *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 35 (122): 289-302, 2010.

# ANEXOS

15/01/2016

Estudo da Saúde dos Enfermeiros

# Estudo da Saúde dos Enfermeiros

Uma pesquisa da FIOCRUZ em parceria com a Escola de Enfermagem Anna Nery-UFRJ, com o Sindicato dos Enfermeiros do RJ e com a Federação Nacional dos Enfermeiros

Indique o site. →



## A saúde dos enfermeiros

O trabalho do enfermeiro sofre os impactos das transformações no mundo do trabalho do século XXI. Compreender como estas transformações têm afetado a qualidade de vida e a saúde dos trabalhadores é um desafio para as pesquisas atuais. Desde os anos 70, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) junto com a Organização Mundial da Saúde (OMS) elabora documentos que reforçam a relevância do exercício do trabalho da enfermagem, e alertam para os riscos aos quais a categoria está exposta diariamente. Segundo a OMS, a escassez de profissionais, as baixas condições de trabalho, e o abandono da profissão são destacados como dificuldades a serem superadas, principalmente nos países em desenvolvimento (OIT, 2003).

As longas jornadas de 12 horas e 24 horas, plantões noturnos, e o multiemprego são exemplos de algumas modalidades de trabalho exercidas pelos enfermeiros. Estas características têm sido associadas a distúrbios musculoesqueléticos, à obesidade e hábitos de vida pouco saudáveis, tais como: dormir menos de 6h/dia, maior consumo de bebidas alcoólicas e cigarro. Estes fatores aumentam a chance de desenvolvimento de diversos problemas de saúde, em especial, problemas cardiovasculares.

O trabalho em turnos, particularmente o trabalho noturno, está associado a agravos à saúde: distúrbios digestivos, problemas psíquicos, queixas do sono, doença coronariana e problemas na saúde reprodutiva. No caso dos trabalhadores de enfermagem que trabalham à noite, deve-se considerar que as consequências da privação de sono não incidem apenas sobre os trabalhadores, mas também sobre a assistência prestada aos pacientes, resultando na maior possibilidade de erros nos cuidados de enfermagem, já que podem diminuir o desempenho psicomotor. No entanto, os horários de sono durante o plantão noturno ainda não estão regulamentados no trabalho de enfermagem.

Os problemas de saúde entre os trabalhadores têm gerado manifestações de presenteísmo e absenteísmo. O afastamento do trabalho por motivos de saúde resulta em grandes perdas tanto para o trabalhador quanto para as instituições. As consequências do presenteísmo, que se refere à "presença física do indivíduo no trabalho; porém com mau desempenho e baixa produtividade", ainda são pouco conhecidas no contexto da enfermagem. Muitas vezes, os trabalhadores comparecem ao trabalho, porém doentes, aspecto este que pode estar relacionado tanto a problemas de saúde propriamente ditos, como relacionado ao grau de motivação, engajamento ou satisfação com o trabalho.

Desta forma, ressalta-se a importância de estudos sobre o efeito da organização do trabalho na saúde dos profissionais de enfermagem, que se expressa também através dos horários de trabalho, duração da jornada e ritmo de trabalho. A obtenção de evidências mais acuradas sobre as relações entre o trabalho e a saúde poderá contribuir para justificar a importância dos exames periódicos de saúde integrados aos cuidados preventivos entre os trabalhadores de turnos, além de oferecer dados para subsidiar legislações específicas que protejam a saúde destes trabalhadores.

**Para saber sobre os principais resultados do Estudo da Saúde dos Enfermeiros, acesse o link [Resultados do Estudo](#).**

Steman/Knoerr

# Estudo da Saúde dos Enfermeiros

Uma pesquisa da FIOCRUZ em parceria com a Escola de Enfermagem Anna Nery-UFRJ, com o Sindicato dos Enfermeiros do RJ e com a Federação Nacional dos Enfermeiros

Indique o site. →



## Sobre a pesquisa

O estudo "Trabalho noturno e sua associação com fatores de risco para doenças cardiovasculares entre enfermeiros" foi divulgado nos hospitais como o "Estudo da Saúde dos Enfermeiros". Foi coordenado por Rosane Härter Griep e Lúcia Rotenberg, pesquisadoras do Instituto Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, em parceria com a Federação Nacional de Enfermagem, o Sindicato dos Enfermeiros do Rio de Janeiro e a Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ, financiado pela FAPERJ, CNPq, FIOCRUZ e Mount Sinai School of Medicine. Trata-se de um estudo epidemiológico seccional, cujo objetivo principal foi avaliar a associação entre características do trabalho e a saúde do conjunto dos enfermeiros e enfermeiras, que prestam assistência nos grandes hospitais públicos do Município do Rio de Janeiro. Buscou-se um diagnóstico que pudesse fornecer subsídios para futuras propostas de melhoria das condições de trabalho nos hospitais públicos.

Para a obtenção da população de estudo foram selecionados todos os hospitais públicos com mais de 150 leitos, de todas as Regiões Administrativas do Município, disponibilizados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). A partir desse cadastro, 19 hospitais foram considerados elegíveis: quatro hospitais municipais, cinco hospitais estaduais, cinco hospitais federais ligados ao Ministério da Saúde, três hospitais universitários (sendo um deles de uma universidade estadual) e dois institutos ligados ao Ministério de Ciência e Tecnologia. Um dos hospitais estaduais sofreu um incêndio na época da coleta dos dados, foi desativado e a população de trabalhadores transferida para outro hospital estadual que fez parte do estudo. Portanto, os trabalhadores enfermeiros de 18 hospitais responderam a pesquisa. Foram realizadas reuniões junto às chefias de enfermagem destes hospitais para a divulgação da metodologia e dos objetivos. Foi feito contato com cada enfermeiro convidando-o a participar, através do preenchimento de um questionário que abordava, entre outros aspectos, a saúde, o bem-estar no ambiente de trabalho, a satisfação com o trabalho e a qualidade de vida.

Por se tratar de um estudo epidemiológico seccional a participação de um grande número de enfermeiros foi essencial para que se pudesse chegar o mais próximo possível da realidade de saúde da categoria. É com satisfação que informamos que 3229 trabalhadores aderiram ao estudo, o que representa 82,7% dos enfermeiros(as) dos hospitais pesquisados. A coleta dos dados foi feita entre Março de 2010 e Novembro de 2011.

Esta é de fato uma pesquisa de interesse dos enfermeiros, dos gestores e chefias da enfermagem, das comissões de saúde do sindicato, da federação de enfermeiros e dos conselhos da categoria. Os principais resultados de cada hospital foram divulgados para os enfermeiros(as), por meio de folhetos. Além disso, realizamos palestras de divulgação dos resultados nos hospitais interessados. Entendemos que a saúde destes profissionais não é apenas uma responsabilidade individual, mas compromisso social de toda uma categoria de trabalhadores que tem como missão cuidar de pessoas com diferentes necessidades em suas etapas de vidas. Além dessas duas modalidades de devolução de resultados (folhetos e palestras), realizamos Grupos de Discussão das relações saúde-trabalho nos hospitais municipais envolvidos na pesquisa. A partir desses Grupos, realizados nos locais e horários de trabalho, foi promovido o I Encontro de Saúde do Trabalhador de Enfermagem dos Hospitais de Urgência e Emergência da SMSDC-Rio, em setembro de 2012. O principal objetivo desse Encontro foi a construção coletiva de, ao menos, uma proposta de ação - factível - para a saúde do trabalhador de enfermagem de cada hospital, a partir da parceria entre a equipe de

15/01/2016

Estudo da Saúde dos Enfermeiros

pesquisa, os trabalhadores de enfermagem e os gestores dos hospitais e da SMSDC-Rio.

Sistema Lector

**Agradecemos muito a você que participou da pesquisa e mobilizou seus colegas enfermeiros e enfermeiras! Para esclarecer dúvidas ou para maiores informações, entre em contato com a coordenação da pesquisa, pelo endereço eletrônico: [enfsaude@fiocruz.br](mailto:enfsaude@fiocruz.br) ou pelo telefone: 2562-1557.**

Clique aqui e acesse os artigos publicados pela equipe do estudo.

# Estudo da Saúde dos Enfermeiros

Uma pesquisa da FIOCRUZ em parceria com a Escola de Enfermagem Anna Nery-UFRJ, com o Sindicato dos Enfermeiros do RJ e com a Federação Nacional dos Enfermeiros

Indique o site. →



## Resultados do Estudo

De maneira geral, os resultados do "Estudo da Saúde dos Enfermeiros" apontaram que a maioria do grupo é formada por mulheres (87%). A média de idade dos enfermeiros(as) foi 40 anos; o mais novo tinha 22 anos e o mais velho, 68 anos. Mais da metade (57%) dos enfermeiros(as) era casada/união estável e 56% tinham filhos. Os problemas de saúde referidos com maior frequência foram varizes (47%), pressão alta (37%), gastrite (35%), colesterol alto (35%) e DORT/LER (32%). A maior parte do grupo (91%) considera que o seu trabalho demanda emocionalmente e 50% já pensou em abandonar a enfermagem.

Para maiores informações, veja aqui um folheto ([frente](#) / [verso](#)) com os principais resultados referentes aos 18 hospitais participantes da pesquisa. Nesse folheto você também encontrará resultados de outras pesquisas realizadas por nossa equipe sobre a saúde e o trabalho de profissionais de enfermagem, desde 2000.

A devolução dos resultados é um compromisso ético desse grupo de pesquisa com aqueles que participam dos estudos realizados por nós. Mais que isso, a restituição dos resultados tem se mostrado um momento de ampliação dos resultados da pesquisa e desenvolvimento do poder de agir dos trabalhadores, no sentido da saúde no trabalho. Temos nos aprimorado no que se refere aos métodos de devolução de resultados, conjugando etapas informativas (distribuição de folhetos de resultados) e participativas (palestras participativas e grupos de discussão) em busca do diálogo entre pesquisadores e trabalhadores.

Dessa maneira, os resultados do "Estudo da Saúde dos Enfermeiros" foram divulgados aos enfermeiros(as) dos 18 hospitais envolvidos na pesquisa por meio de folhetos (nos anos de 2011 e 2012) com os principais resultados sobre a caracterização do grupo, o trabalho e a saúde para os enfermeiros(as) de cada hospital. Além disso, naqueles hospitais que se interessaram, realizamos palestras para ampliar a divulgação dos resultados do Estudo. As palestras aconteceram em doze dos dezoito hospitais, sendo seis federais (dois vinculados ao Ministério da Saúde, dois universitários e dois institutos), dois estaduais e quatro municipais. Tratou-se do que temos chamado de "palestras participativas", porque buscou-se estimular o diálogo entre pesquisadores e trabalhadores sobre a saúde e o trabalho em enfermagem, a partir dos resultados de pesquisas e da vivência dos trabalhadores.

Com relação aos grupos de discussão, esses aconteceram nos quatro hospitais municipais envolvidos na pesquisa, inicialmente priorizados por conta de uma parceria estabelecida entre a equipe de pesquisa e a Secretaria de Saúde e Defesa Civil do município do Rio de Janeiro (SMSDC-Rio). Nesses grupos aconteceram debates sobre as relações saúde-trabalho na enfermagem, produzindo uma co-análise de resultados, ou mesmo novos resultados, a partir do diálogo entre o saber acadêmico e o saber oriundo da experiência dos trabalhadores.

Podemos citar como alguns dos problemas vivenciados por esse grupo de trabalhadores: (i) o próprio adoecimento físico e, principalmente, psíquico; (ii) falta de recursos humanos e de material adequado para trabalhar; e (iii) espaço inadequado para repouso. Possíveis sugestões de ações para mudanças nas situações desfavoráveis para as relações trabalho-saúde surgiram nos debates, como maior atenção à saúde do trabalhador (desde a criação de Núcleos até disponibilização adequada de EPIs) e ouvir mais os trabalhadores, no sentido de entender melhor suas demandas e sugestões.

<http://www.ioc.fiocruz.br/enfsaude/resultados.php>



A partir dos resultados e materiais produzidos nesses Grupos de Discussão (incluindo um Grupo realizado com os gestores dos quatro hospitais), contando com a parceria da Secretaria de Saúde e Defesa Civil do município do Rio de Janeiro (SMSDC-Rio), foi possível realizar o 1º Encontro de Saúde do Trabalhador de Enfermagem dos Hospitais de Urgência e Emergência da SMSDC-Rio, em setembro de 2012, que reuniu pesquisadores, trabalhadores de enfermagem, gestores dos hospitais e da prefeitura do Rio de Janeiro. O principal objetivo desse Encontro foi a construção coletiva de uma proposta de ação factível para a saúde dos trabalhadores desses hospitais. Os principais problemas apontados referiram-se à falta de atenção à saúde dos trabalhadores de enfermagem nas próprias unidades, e a solução apontada referiu-se a ações de promoção de saúde (consultas de enfermagem, criação de espaço terapêutico e de núcleos de saúde do trabalhador nas unidades).

Sumari Kaer

Em março de 2013 realizaremos uma reunião de avaliação do Encontro e dos encaminhamentos das ações propostas.

**Mais uma vez, agradecemos a participação de todos os envolvidos no sucesso da pesquisa!**

[Clique aqui e acesse os artigos publicados pela equipe do estudo](#)

ANEXO 2



Ministério da Saúde  
 FIOCRUZ  
 Fundação Oswaldo Cruz  
 Instituto Oswaldo Cruz  
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS-CEP FIOCRUZ-IOC

Rio de Janeiro, 18 de janeiro de 2016.

PARECER APROVADO

Título do Projeto: **“Propostas coletivas de melhoria do trabalho em hospitais públicos a partir do diálogo entre pesquisadores e equipes de enfermagem”.**

Registro do Projeto no CEP Fiocruz-IOC: **CAAE 02079312.4.000.5248**

Pesquisadora Responsável: **Dra. Lúcia Rotenberg**

Instituição: **IOC/Fiocruz**

Subprojeto: **“Propostas coletivas de melhoria das condições de trabalho nos hospitais municipais do Rio de Janeiro: A restituição de resultados como pesquisa-intervenção em saúde do trabalhador”.**

Pesquisadora responsável: **Dra. Lúcia Rotenberg**

Aluna de Doutorado em Saúde Pública/ENSP: **Joseane Pessanha Ferreira**

Informamos que o projeto de doutorado intitulado **“Propostas coletivas de melhoria das condições de trabalho nos hospitais municipais do Rio de Janeiro: A restituição de resultados como pesquisa-intervenção em saúde do trabalhador”**, conduzido pela doutoranda Joseane Pessanha Ferreira, inscrita no Doutorado em Saúde Pública da ENSP, e que tem como orientadora a Dra. Lúcia Rotenberg, faz parte de um dos objetivos do projeto **“Propostas coletivas de melhoria do trabalho em hospitais públicos a partir do diálogo entre pesquisadores e equipes de enfermagem”**, que foi aprovado por este CEP, sob parecer 16256, datado de 27 de abril de 2012, com CAAE: 02079312.4.0000.5248.

**Objetivos:** Investigar a potência de encontros de discussão de resultados epidemiológicos em gerar propostas coletivas de melhoria das condições de trabalho em enfermagem nos hospitais de urgência e emergência do município do Rio de Janeiro.

*por Henrique da Silva Pilotto*

**José Henrique da Silva Pilotto**  
 Coordenador  
 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos  
 (CEP Fiocruz-IOC)

## ANEXO 4

Enfermeiro,

nós podemos conversar sobre o seu trabalho e saúde, a partir desses resultados e da sua experiência.

Que tal?!

Para isso, propomos **Palestras e Oficinas de Discussão de Resultados** no seu horário de trabalho, tanto de dia quanto à noite, aqui mesmo no hospital.

**ATENÇÃO!!!**  
Teremos **PALESTRAS** nos dias **19, 21 e 23 de março, às 14 e 22 horas.** Escolha o melhor dia e horário para você, e **PARTICIPE!**

#### ESTUDO DA SAÚDE DOS ENFERMEIROS

Folheto de Devolução de Resultados  
2012

Pesquisadoras Responsáveis:

Rosane Harter Griep e Lúcia Rotenberg

Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde

LEAS / IOC / FIOCRUZ

Telefones: (21) 2562-1557 / 2562-1599

www.ioc.fiocruz.br/enfsaude

enfsaude@fiocruz.br



Estudo da Saúde  
dos Enfermeiros

**Teremos palestras no hospital! PARTICIPE!!!**

Enfermeiro,

queremos falar com você sobre os resultados da pesquisa!

Somos um grupo de pesquisa da Fiocruz que se interessa pelas condições de vida, saúde e trabalho dos enfermeiros.

Realizamos o "Estudo da Saúde dos Enfermeiros" nos 18 maiores hospitais da rede pública do município do Rio de Janeiro.

Neste folheto apresentamos os resultados gerais da pesquisa realizada no Hospital Municipal Salgado Filho

#### CARACTERÍSTICAS DO GRUPO ESTUDADO

Nesse hospital 75 enfermeiros responderam à pesquisa.

##### Sexo

Como sabemos, a enfermagem é uma profissão predominantemente feminina. Isso se confirmou no grupo estudado, no qual 80% são mulheres.

##### Idade

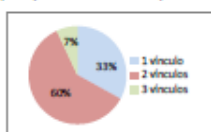
A idade média dos enfermeiros é de 48 anos; o mais novo tem 22 anos e o mais velho, 65 anos.

##### Família

Mais da metade dos enfermeiros que respondeu à pesquisa é casada (72%) e 67% têm filhos.

##### Vínculo

Dos enfermeiros entrevistados, mais da metade têm dois ou três vínculos de trabalho; grande parte (84%) são funcionários públicos.



##### Formação

61% dos enfermeiros participantes da pesquisa têm pós-graduação (especialização e/ou residência) e 3% têm mestrado.

#### E O TRABALHO...

##### Trabalho Profissional

No grupo pesquisado, o tempo médio de trabalho profissional foi de 64 horas por semana.

##### Trabalho Doméstico

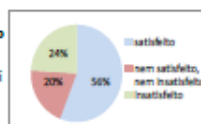
Ao trabalho profissional, soma-se o trabalho realizado em casa. O grupo pesquisado costuma dedicar, em média, 16 horas por semana ao trabalho doméstico.

##### Trabalho noturno

Como sabemos, o trabalho em enfermagem envolve atividades noturnas. Neste grupo, um pouco mais da metade (57%) trabalha à noite em algum emprego.

##### Satisfação com seu trabalho

A satisfação com o seu trabalho na enfermagem foi relatada por 56% dos pesquisados.



Com relação ao salário / renda, quase a totalidade dos enfermeiros (97%) considera inadequado, levando em conta todo seu esforço ou conquistas.

Praticamente a metade (47%) já pensou em abandonar a enfermagem pelo menos uma vez no último ano.

##### Respeito e reconhecimento no trabalho

Um pouco mais da metade dos enfermeiros (59%) referiram não receber o reconhecimento e respeito que merecem, considerando seu esforço e conquistas. Mas, a maioria avalia que é tratado com respeito pelos supervisores, chefes e colegas de trabalho.

#### E A SAÚDE, COMO VAI?

O enfermeiro cuida da saúde de outros. Mas, e o cuidado de si?

##### Problemas de saúde mais comuns

As doenças abaixo são as relatadas com maior frequência pelos enfermeiros que participaram da pesquisa.

Pressão alta	48%
Colesterol Alto	43%
Varizes	42%
DORT ou LER	40%
Gastrite	32%
Problemas nas articulações	22%
Doença do rim	19%
Hérnia de disco	13%

##### Percepção da sua saúde

Quando perguntados sobre como consideram seu estado de saúde em comparação às outras pessoas da sua idade, 62% consideram bom.

##### Absenteísmo

Cerca de 45% dos enfermeiros se afastaram do trabalho por conta de problema de saúde, consulta médica ou para fazer exames pelo menos por 1 dia nos últimos 12 meses.

##### Hábitos e Estilo de Vida

Hoje já se sabe que alguns hábitos de vida estão diretamente ligados à saúde. No grupo pesquisado:

- 69% não pratica exercício físico;
- 80% se considera acima do peso;
- 12% fuma;
- 19% ingere bebida alcoólica mais de duas vezes por semana.
- 24% consome alimentos fritos mais de quatro vezes por semana;

##### Sono

O sono é outro fator importante para a saúde. Quando perguntados sobre a satisfação com o seu sono, 42% dos enfermeiros se sentem insatisfeitos.

## ANEXO 5

Enfermeiro,  
nós podemos conversar sobre o seu  
trabalho e saúde, a partir desses  
resultados e da sua experiência.  
Que tal?!

Para isso, propomos **Palestras e  
Oficinas de Discussão de  
Resultados** no seu  
horário de trabalho, tanto de dia  
quanto à noite, aqui mesmo no  
hospital.

**ATENÇÃO!!!**  
Teremos **PALESTRAS** nos dias **21,22  
e 23 de novembro**, às **11 e 21 horas**,  
no Auditório (Garagem).  
Escolha o melhor dia e horário para  
você, e **PARTICIPE!**

**PARTICIPE!**

ESTUDO DA SAÚDE DOS ENFERMEIROS  
Folheto de Devolução de Resultados  
Novembro / 2011  
Pesquisadoras Responsáveis:  
Rosane Harter Griep e Lúcia Rotenberg  
Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde  
LEAS / IOC / FIOCRUZ  
Telefones: (21) 2562-1557 / 2562-1599  
www.ioc.fiocruz.br/enfsaude  
enfsaude@fiocruz.br



Estudo da Saúde  
dos Enfermeiros

**Teremos palestras no  
hospital! PARTICIPE!!!**

Enfermeiro,  
queremos falar com você sobre os  
resultados da pesquisa!

Somos um grupo de pesquisa da  
Fiocruz que se interessa pelas  
condições de vida, saúde e trabalho  
dos enfermeiros.

Realizamos o "Estudo da Saúde dos  
Enfermeiros" nos 18 maiores hospitais  
da rede pública do município do  
Rio de Janeiro.

Neste folheto apresentamos os  
resultados gerais da  
pesquisa realizada no  
**Hospital Municipal  
Miguel Couto.**

#### CARACTERÍSTICAS DO GRUPO ESTUDADO

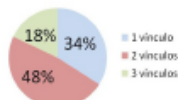
Nesse hospital 79 enfermeiros  
responderam à pesquisa.

**Sexo**  
Como sabemos, a enfermagem é uma profissão  
predominantemente feminina. Isso se confirmou  
no grupo estudado, no qual 92% são mulheres.

**Idade**  
A idade média dos enfermeiros é de 46 anos; o mais  
novo tem 24 anos e o mais velho, 66 anos.

**Família**  
Pouco mais da metade dos enfermeiros que  
respondeu à pesquisa é casada (52%) e 60%  
têm filhos.

**Vínculo**  
Dos enfermeiros entrevistados, mais da metade  
têm dois ou três vínculos de trabalho; grande parte  
(85%) são funcionários públicos.



**Formação**  
Um número expressivo de enfermeiros participantes  
da pesquisa (70%) têm pós-graduação (especialização  
e/ou residência).

#### E O TRABALHO...

##### Trabalho Profissional

No grupo pesquisado, o tempo médio de trabalho  
profissional foi de 65 horas por semana.

##### Trabalho Doméstico

Ao trabalho profissional, soma-se o trabalho  
realizado em casa. O grupo pesquisado costuma  
dedicar, em média, 17 horas por semana ao  
trabalho doméstico.

##### Trabalho noturno

Como sabemos, o trabalho em enfermagem envolve  
atividades noturnas. Neste grupo, grande parte  
(61%) trabalha à noite em algum emprego.

##### Insatisfação com relação ao trabalho

A insatisfação com o trabalho  
na enfermagem foi relatada  
por 27% dos pesquisados.

Com relação ao salário / renda, quase a totalidade dos  
enfermeiros (94%) considera inadequado, levando em  
conta todo seu esforço ou conquistas.

Praticamente a metade (49%) já pensou em abandonar  
a enfermagem pelo menos uma vez no último ano.

##### Respeito e reconhecimento no trabalho

Alguns enfermeiros (38%) referiram não receber o reco-  
nhecimento e respeito que merecem, considerando seu  
esforço e conquistas. Mas, a maioria avalia que é trata-  
do com respeito pelos supervisores, chefes e colegas de  
trabalho.



#### E A SAÚDE, COMO VAI?

O enfermeiro cuida da saúde de outros.  
Mas, e o cuidado de si?

##### Problemas de saúde mais comuns

As doenças abaixo são as relatadas com  
maior frequência pelos enfermeiros  
que participaram da pesquisa.

Varizes	51%
Colesterol Alto	47%
Pressão Alta	41%
Gastrite	38%
DORT ou LER	37%
Doenças do rim	19%
Problemas na articulação	19%
Hérnia de Disco	18%

##### Percepção da sua saúde

Quando perguntados sobre como consideram seu  
estado de saúde em comparação às outras pessoas  
da sua idade, 68% consideram bom.

##### Absenteísmo

Cerca de 35% dos enfermeiros se afastaram do  
trabalho por conta de problema de saúde,  
consulta médica ou para fazer exames pelo  
menos por 1 dia nos últimos 12 meses.

##### Hábitos e Estilo de Vida

Hoje já se sabe que alguns hábitos de vida estão  
diretamente ligados à saúde. No grupo pesquisado:

- 72% não pratica exercício físico;
- 73% se considera acima do peso;
- 13% fuma;
- 12% ingere bebida alcoólica mais de duas vezes por semana.

##### Sono

O sono é outro fator importante para a saúde. Quando  
perguntados sobre a satisfação com o seu sono, 43%  
dos enfermeiros se sentem insatisfeitos.

## ANEXO 6



ESTUDO DA SAÚDE DOS ENFERMEIROS

Estamos devolvendo os resultados da pesquisa  
neste hospital!

Além dos folhetos distribuídos, teremos **PALESTRAS** para  
começar a debater com vocês sobre sua saúde e trabalho!  
Escolha o melhor dia e horário, e **PARTICIPE!!!**  
**19, 21 ou 23 de março, às 14 ou 22 horas.**  
**Auditório**  
**ESPERAMOS VOCÊS!**

Equipe de Pesquisa da Fiocruz

## ANEXO 7



ESTUDO DA SAÚDE DOS ENFERMEIROS

Estamos devolvendo os resultados da pesquisa  
neste hospital!

Além dos folhetos distribuídos, teremos **PALESTRAS** para  
começar a debater com vocês sobre sua saúde e trabalho!  
Escolha o melhor dia e horário, e **PARTICIPE!!!**  
**21, 22 ou 23 de novembro, às 11 ou 21 horas.**  
**Auditório (garagem)**  
**ESPERAMOS VOCÊS!**

Equipe de Pesquisa da Fiocruz

## ANEXO 8



## ANEXO9



## ESTUDO DA SAÚDE DOS ENFERMEIROS

Conversamos um pouco sobre a sua saúde e seu trabalho nas palestras que realizamos aqui.

Agora queremos aprofundar os assuntos que apareceram, e traçar propostas de melhorias! Para isso, teremos uma

**OFICINA DE DEBATES** no dia **19/12/2012 – 2ª. feira,**  
**às 22:30h, no Auditório.**

**CONTAMOS COM VOCÊ!**

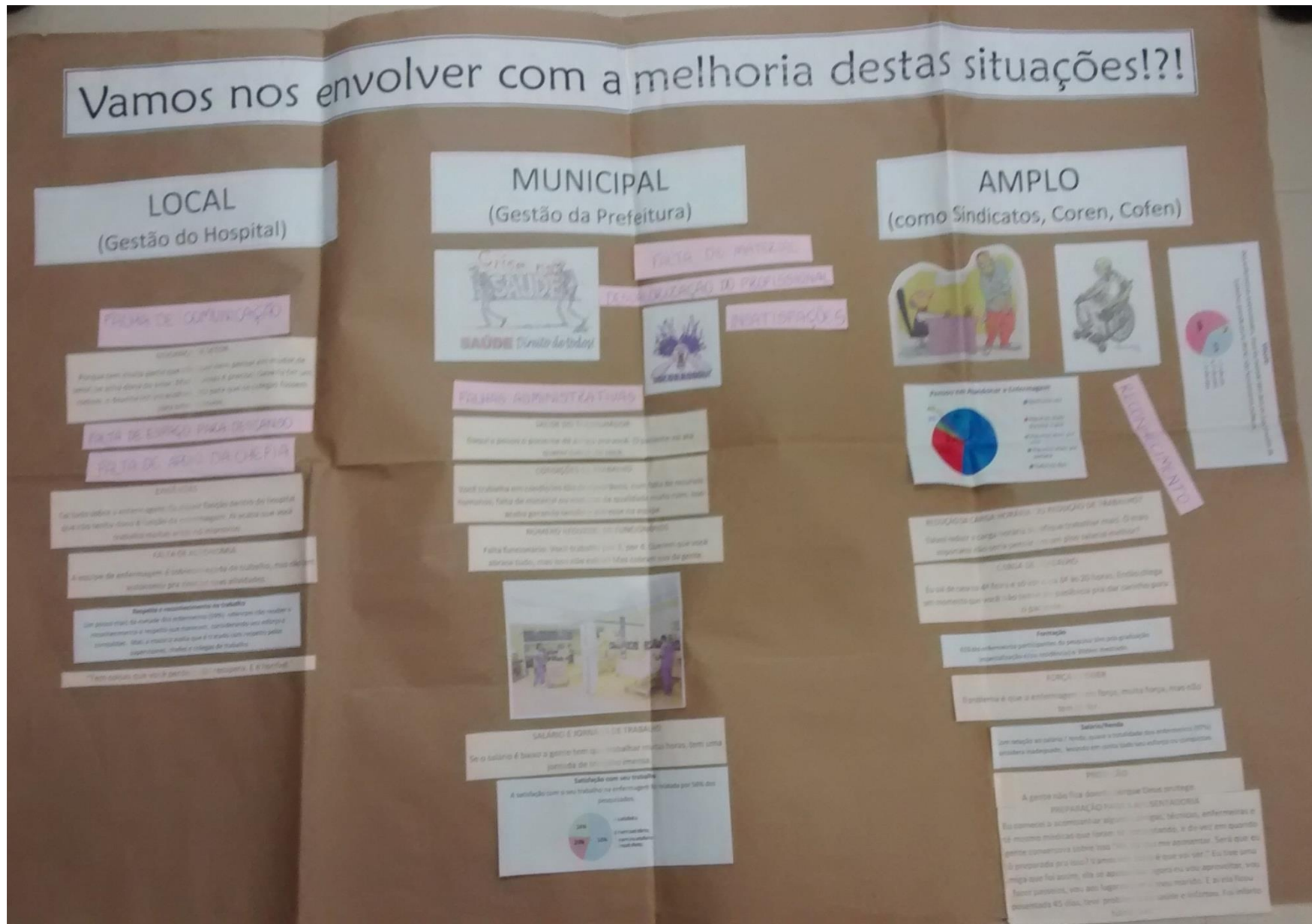
Equipe de Pesquisa da Fiocruz

Ressaltamos que, de início, utilizávamos o nome “Oficina de Debates” para o que depois chamamos “Grupos de Discussão de Resultados”. Por isso essa diferença nesse modelo de cartaz de divulgação.

**ANEXO 10**







# Vamos nos envolver com a melhoria destas situações!?!

## LOCAL (Gestão do Hospital)

### BUDGETARIA DE SETOR

Parece ter muita gente que não quer nem pensar em mudar de setor, se acha dona do setor. Mas, se ocorre o processo, deveria ter um rolê, e deveria ter um acolhimento para que os colegas fossem para outros setores.

ESTAR

### ESPIRITO MATERNAL

A gente se trabalha com isso, a enfermagem tem um espírito maternal. Quer fazer tudo por nós, mas as autoridades não quer isso aqui. A gente se trabalha com isso, a enfermagem tem um espírito maternal. Quer fazer tudo por nós, mas as autoridades não quer isso aqui.

ACABAR ESPIRITO MATERNAL PARA TER MAIS TEMPO COM DIA GROSSO DE ENFERMAGEM.

SAÚDE DO TRABALHADOR

ACABAR POLÍTICO

### CONDIÇÃO DE TRABALHO

Quando o profissional trabalha em condições de trabalho, com falta de estrutura, falta de material, falta de qualidade, muito custo, não vale a pena trabalhar. Melhor não trabalhar.

## MUNICIPAL (Gestão da Prefeitura)

- MEMÓRIA DAS INSTITUIÇÕES  
HISTÓRICAS

- CONTINUIDADE DO PROFISSIONAL NA ESCALA DE TRABALHO

- DIGNIDADE DO CARIÓTIPO

### SAÚDE

Tem gente que fica muito tempo de licença e não tem nenhum preparo pra voltar. Cultura de quem quer voltar, isso não ajuda nem a enfermagem nem ao setor de saúde que não consegue trabalhar.

- A BIOMETRIA LIBERA O SERVI-  
DOR QUE AINDA NÃO TEM CONDIÇÕES DE TRABALHO  
SUAS ATIVIDADES. DEVERIA FAZER  
UMA AVALIAÇÃO MAIS CUIDADOSA, JÁ QUE  
É "SOBERANO" EM RELAÇÃO O DEPARTAMENTO E LDO  
CUIDADO DA INSTITUIÇÃO.

A APROVAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE E SALÁRIOS

Quando o profissional trabalha em condições de trabalho, com falta de estrutura, falta de material, falta de qualidade, muito custo, não vale a pena trabalhar. Melhor não trabalhar.

## AMPLO (como Sindicatos, Coren, Cofen)

PROJETO SAÚDE  
LÓGICA HOSPITALAR

TRABALHO PRECÁRIO, EM PROTEÇÃO COM O PACIENTE  
NÃO É O CUIDADO COM O TRABALHADOR

MAIS TEMPO FAMÍLIA



SAÚDE Direito de todos!

### SAÚDE DO TRABALHADOR

Parar quando você está doente, de novo não são férias, são férias. Você não consegue mais trabalhar, você não consegue mais trabalhar. Quando você está doente, de novo não são férias, são férias. Você não consegue mais trabalhar, você não consegue mais trabalhar.



CARTAZ 3

Vamos nos envolver com a melhoria destas situações!?!

LOCAL  
(Gestão do Hospital)

**ADMINISTRAÇÃO**  
O grupo de enfermagem é muito acomodado. A gestão acaba acobertando todas as particularidades do trabalho.

**ADAPTAÇÃO**  
Porque tem setores que são mais adequados para alguns profissionais que já não podem fazer algum tipo de trabalho. Acho que tem setores mais adaptáveis para a situação de saúde do enfermeiro. Precisa preparar o profissional pra isso.

ADJUNTOS



PARCELAMENTO

**DIFERENÇA ENTRE SETORES**  
Tem setor que é muito complicado trabalhar com número de pessoal reduzido. Às vezes tem que trabalhar demais, e não se cuida mesmo.

PLANEJAMENTO REALIZADO

MUNICIPAL  
(Gestão da Prefeitura)

**NÚMERO REDUZIDO DE FUNCIONÁRIOS**  
Falta funcionário. Você trabalha por 3, por 4. Querem que você abrace tudo, mas isso não existe! Mas cobram isso da gente.

PREPARAÇÃO PARA A APOSENTADORIA

criação de núcleo interno de SAÚDE DO TRABALHADOR (NAS UNIDADES DE SAÚDE)

**DOENÇAS MAIS REFERIDAS**

Pressão alta	48%
Colo cervical alto	43%
Varizes	42%
Doença da L2/3	41%
Distúrbio	30%
Problemas nas articulações	27%
Doença da pele	18%
Hérnia de disco	15%

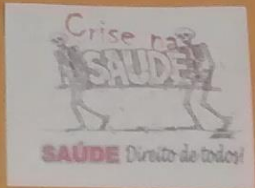
AMPLO  
(como Sindicatos, Coren, Cofen)

**REDUÇÃO DA CARGA HORÁRIA OU REDUÇÃO DE TRABALHO?**  
Talvez reduzir a carga horária signifique trabalhar mais. O mais importante não seria pensar em um piso salarial melhor?

CARGA HORÁRIA DE TRABALHO EXTENSA

**VÁRIOS EMPREGOS**  
Essa cultura de mais de um emprego vem desde a faculdade. As pessoas não pensam em ter um emprego, mas em vários.

**SALÁRIO E JORNADA DE TRABALHO**  
Se o salário é baixo a gente tem que trabalhar muitas horas, tem uma jornada de trabalho intensa.



# Vamos nos envolver com a melhoria destas situações!?!

## LOCAL (Gestão do Hospital)

**CUIDADO E TRATAMENTO**  
Porque a enfermagem é a única profissional que cuida. O médico trata, a fisioterapia trata, o psicólogo trata. Todo mundo trata e vai embora. O enfermeiro fica ali e trata todo. Todo mundo trata a enfermagem cuida.

**MUDANÇAS NO MODO DE TRABALHAR**  
"Não foi mal pra gente também. Não é que você reclama de tudo que é que você gosta de fazer coisas que você não pode e não tem como. E aí você quer fazer mudanças. Não pode. Usar seu conhecimento. Não pode. É se você quer não é bem gostoso e acha que essa postura positiva é uma estratégia pra poder mudar algo que não se mudar. Não se mudar, não fazer, não falar, não entrar. É um sinal de patologia também."

**DESCRIÇÃO**  
Tem gente que fica muito tempo do hospital e não tem nenhum problema pra sair. Cansa um pouco mais. Não têm gente que a enfermagem não se sentir, porque ele acha que não consegue trabalhar.

**CAUSAS**  
Tem muita coisa e enfermagem. Quando função dentro do hospital que não tenha dentro e função da enfermagem. Aí acaba que você trabalha muitas vezes no hospital.

**A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO NA VIDA**  
"Você sente felicidade por não ser físico, aí não sei se é patologia (Pois) é que eu gosto de trabalhar, eu gosto de trabalhar, o trabalho é a minha vida. É fundamental porque é onde você ganha o maior parte do tempo, onde você se relaciona com as pessoas. Mas sempre ali que você ganha com a sua família, não é muito grande. Você vive trabalhando com você não trabalha. É do jeito que não é extremamente importante, porque a enfermagem precisa estar ali."

## MUNICIPAL (Gestão da Prefeitura)

**MUDANÇAS NA ACESSIBILIDADE**  
"Não sei se é acessibilidade..."

**COMO TRABALHAR**  
"Como trabalhar..."

**PREPARAÇÃO PARA O TRABALHO**  
"Não é necessário ter uma preparação para se preparar. Tem muita gente que não quer parar de trabalhar. E a gente sabe que não quer que nunca vamos de preparar."

## AMPLO (como Sindicatos, Coren, Cofen)

**REDUÇÃO DA CARGA HORÁRIA OU REDUÇÃO DE TRABALHAR**  
"Temas reduzir a carga horária significa trabalhar menos. É bem importante não está porque em um caso reduzir melhorar?"

**MODALIDADE DE TRABALHO**  
"Trabalhar de 27 e 28 hora de 8 a 8 é o mais comum. Se trabalhar 27 e 28 e 29, então tem. Mas tem que trabalhar com horas por semana para poder ter uma vida que eu não quero no tempo que eu quero."

**SUBSIDIO SUBSTITUIÇÃO DE TRABALHO**  
"Se o enfermeiro não tem a gente tem que trabalhar outras coisas. Tem uma jornada de trabalho diferente."

**RECURSOS HUMANOS E ENFERMAGEM**  
"Trabalhar com enfermeiros é muito importante e importante para quem não tem enfermeiro."

CARTAZ 5

Vamos nos envolver com a melhoria destas situações!?!

**AMPLO**  
(como Sindicatos, Coren, Cofen)

- Pés Salários
- Votação da carga horária



Este não é o endereço de uma unidade hospitalar, mas sim de uma clínica.

**MUNICIPAL**  
(Gestão da Prefeitura)

- Redimensionamento da área de atuação da unidade
- Revisão da capacidade instalada.

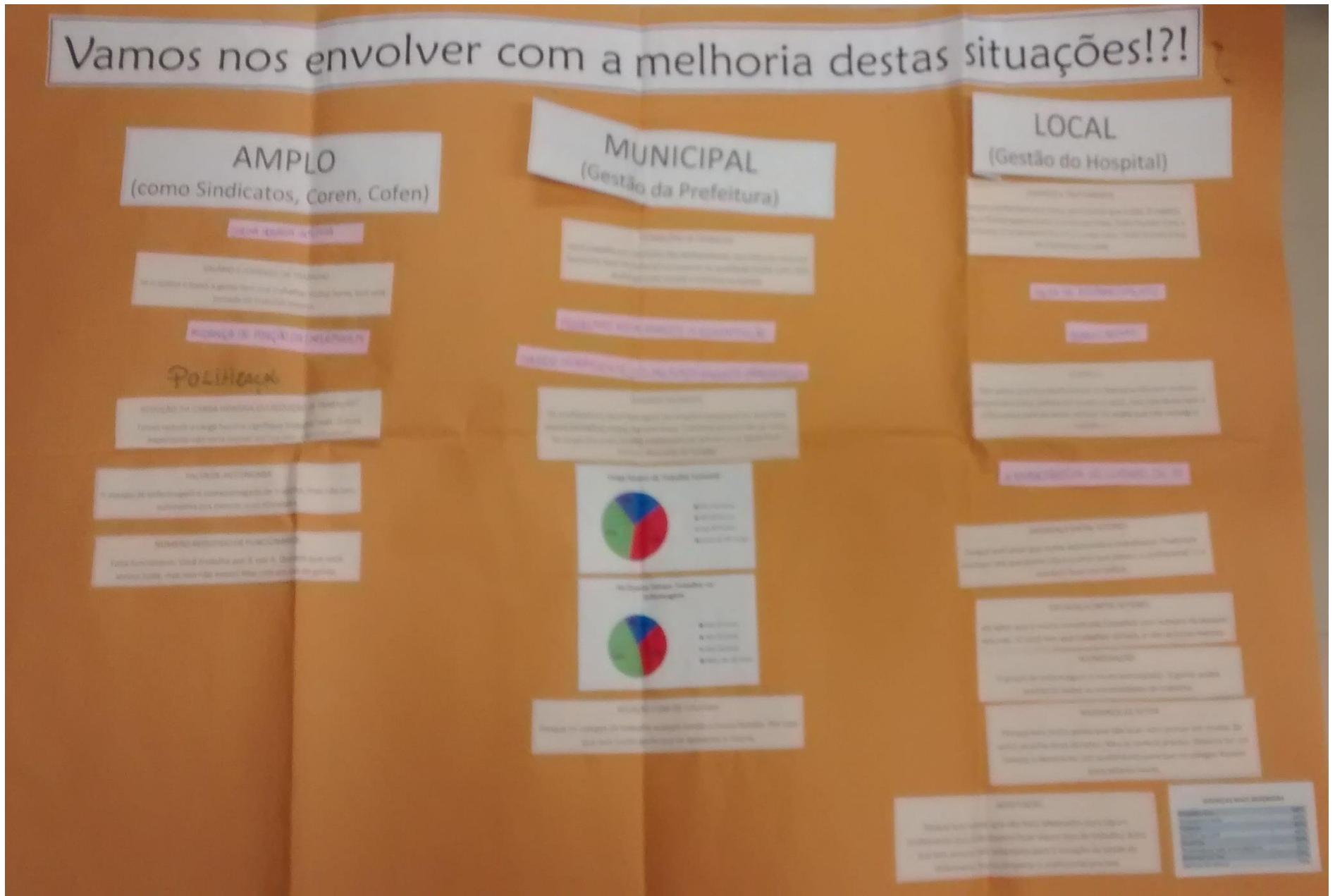


**LOCAL**  
(Gestão do Hospital)

- Melhor condições de trabalho/turnos
- Melhor definição das competências de cada categoria profissional
- Motivação da equipe de enfermagem.

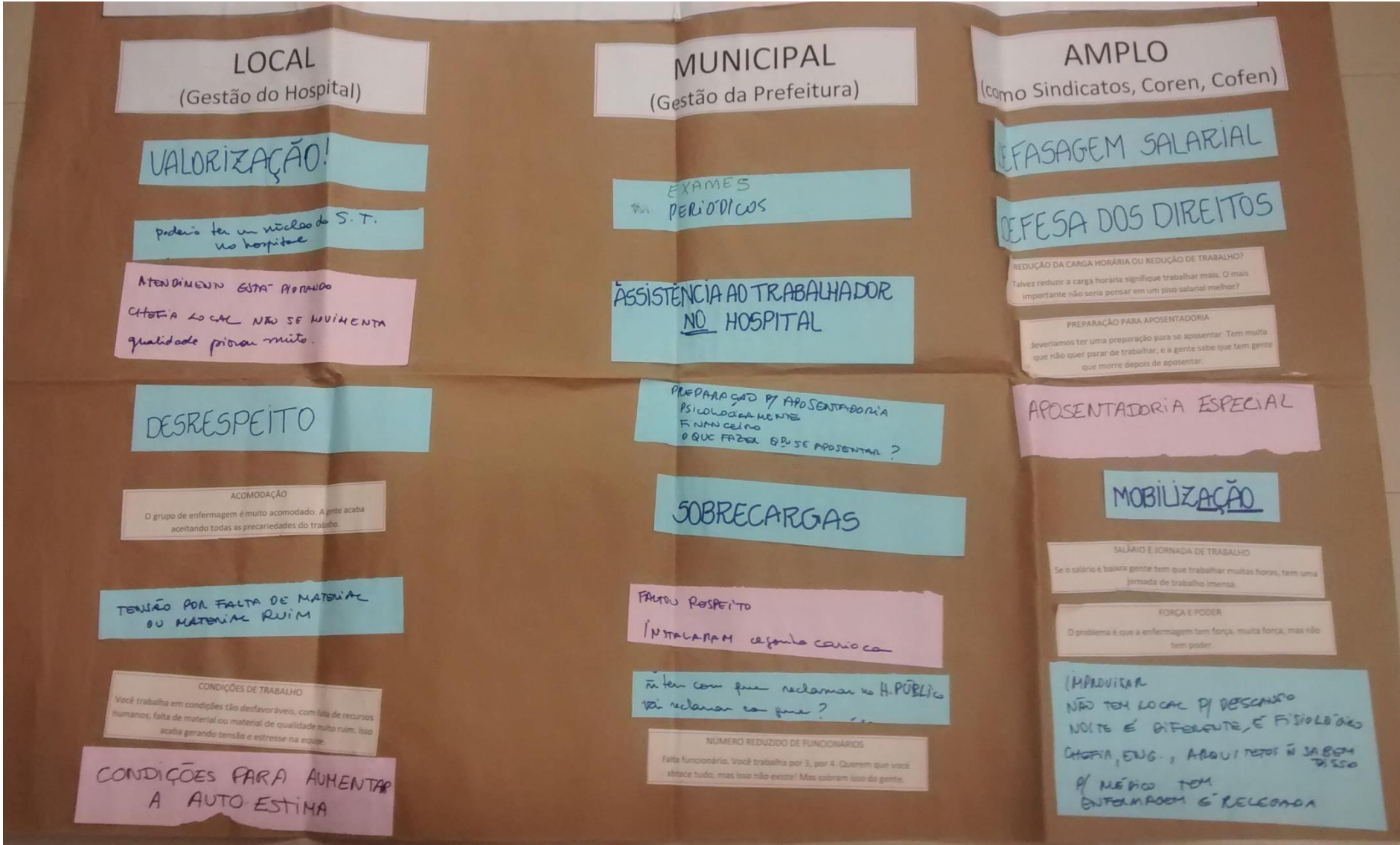
Este não é o endereço de uma unidade hospitalar, mas sim de uma clínica.

- Turnos laborais



**ANEXO 12 –  
Cartazes do HMMC**

**CARTAZ 1**



**LOCAL**  
(Gestão do Hospital)

**VALORIZAÇÃO!**

podem ter um núcleo de S.T. no hospital

ATENDIMENTO ESTÁ PIORANDO  
CATEGORIA LOCAL NÃO SE MANTÉM  
qualidade profissional muito.

**DESPREZEU**

**ACOMODAÇÃO**  
O grupo de enfermagem é muito acomodado. A gente acaba aceitando todas as precariedades do trabalho.

**TENSÃO POR FALTA DE MATERIAL OU MATERIAL RUIM**

**CONDIÇÕES DE TRABALHO**  
Você trabalha em condições tão desfavoráveis, com falta de recursos humanos, falta de material ou material de qualidade muito ruim. Isso acaba gerando tensão e estresse na equipe.

**CONDIÇÕES PARA AUMENTAR A AUTO-ESTIMA**

**MUNICIPAL**  
(Gestão da Prefeitura)

**EXAMES PERIÓDICOS**

**ASSISTÊNCIA AO TRABALHADOR NO HOSPITAL**

PREPARAÇÃO PSICOLÓGICA PARA APOSENTADORIA  
FINANCIAMENTE  
O QUE FAZEM QUANDO SE APOSENTAM?

**SOBRECARGAS**

**FALTA DE RESPEITO**  
INSTALARAM caçula como caçula

já tem com quem reclamar no H.PÚBLICO  
já reclamar com quem?

**NUMERO REDUZIDO DE FUNCIONÁRIOS**  
Falta funcionário. Você trabalha por 3, por 4. Querem que você abraze tudo, mas isso não existe! Mas cobram isso da gente.

**AMPLO**  
(como Sindicatos, Coren, Cofen)

**DEFASAGEM SALARIAL**

**DEFESA DOS DIREITOS**

REDUÇÃO DA CARGA HORÁRIA OU REDUÇÃO DE TRABALHO?  
Talvez reduzir a carga horária signifique trabalhar mais. O mais importante não seria pensar em um piso salarial melhor?

PREPARAÇÃO PARA APOSENTADORIA  
Severíamos ter uma preparação para se aposentar. Tem muita gente que não quer parar de trabalhar, e a gente sabe que tem gente que morre depois de aposentar.

**APOSENTADORIA ESPECIAL**

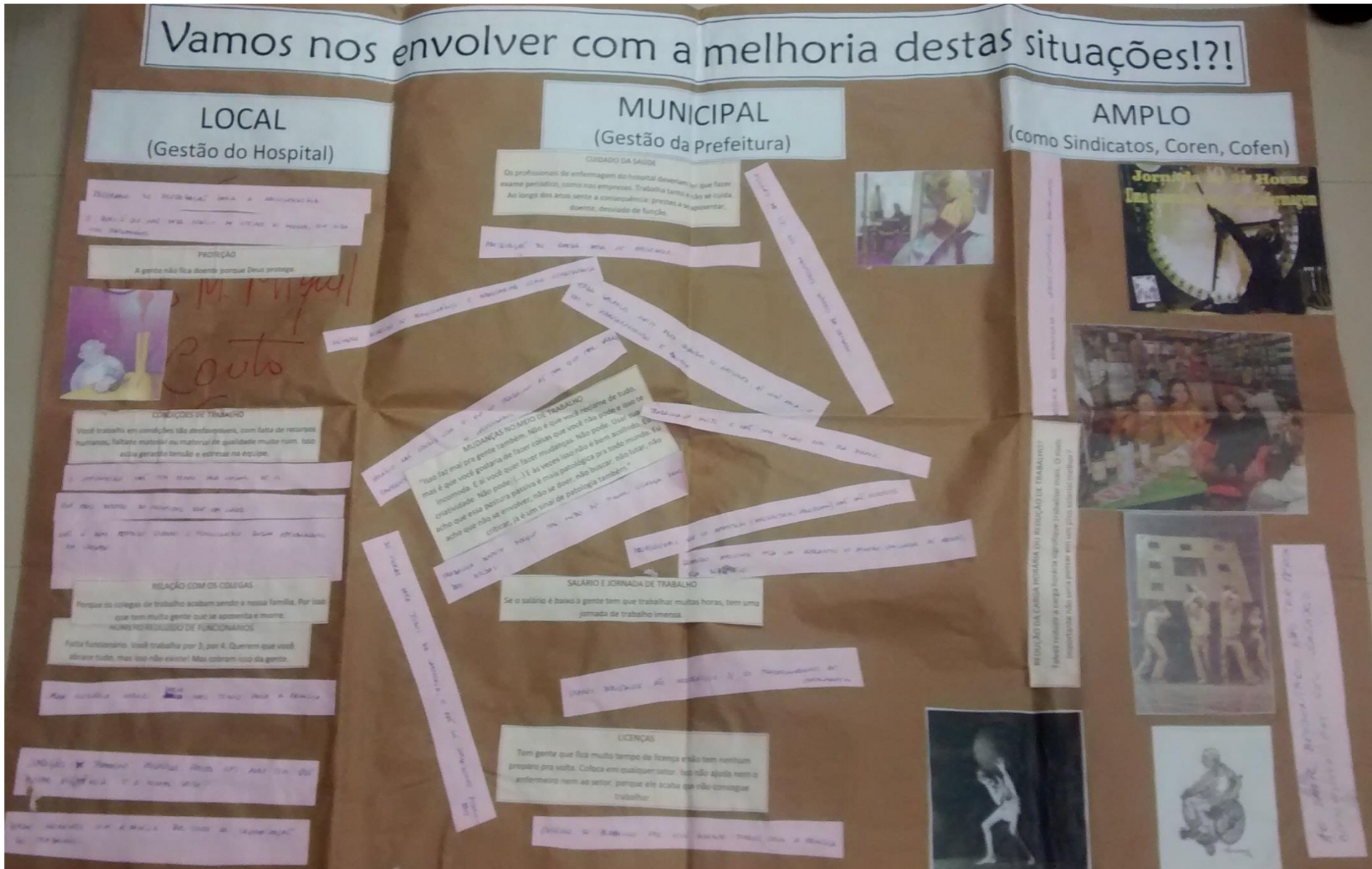
**MOBILIZAÇÃO**

**SALÁRIO E JORNADA DE TRABALHO**  
Se o salário é baixo a gente tem que trabalhar muitas horas, tem uma jornada de trabalho imensa.

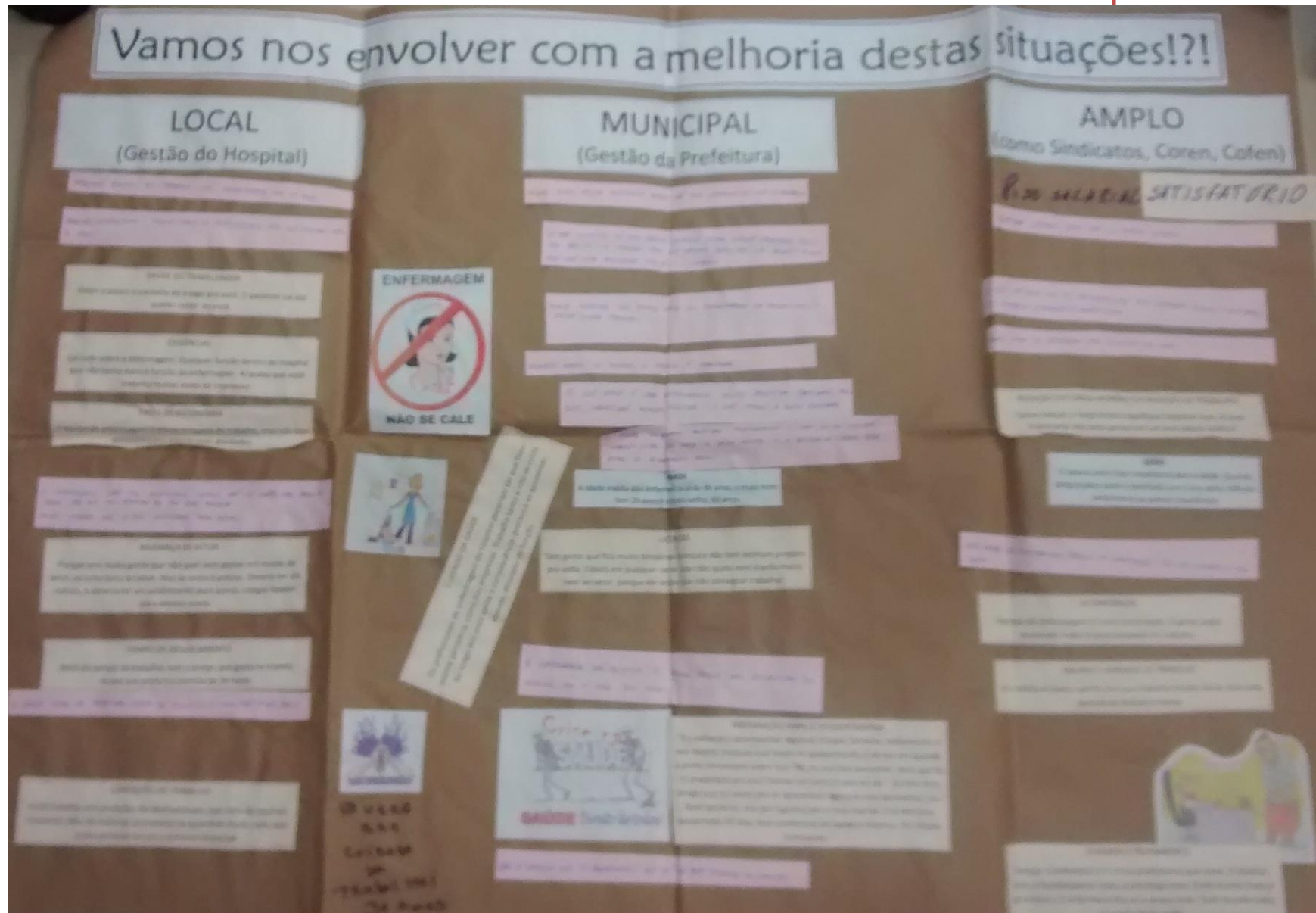
**FORÇA E PODER**  
O problema é que a enfermagem tem força, muita força, mas não tem poder.

**IMPROVIAÇÃO**  
NÃO TEM LOCAL DE DESCANSO  
NOITE É DIFERENTE, É FISIOLÓGICO  
CATEGORIA, ENG., AQUI TEMOS QUE SABER DISSO  
O MÉDICO TEM  
DIFERENÇA E RELEGADA

CARTAZ 2







CARTAZ 4

Vamos nos envolver com a melhoria destas situações!?!

**LOCAL**  
(Gestão do Hospital)

FALTA DE NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DO PACIENTE

**ADAPTAÇÃO**  
Porque tem setores que são mais adequados para alguns profissionais que já não podem fazer algum tipo de trabalho, logo que tem setores mais adaptados para a situação de saúde dos enfermeiros. Precisa preparar o profissional pra isso.

**CUIDADO DA SAÚDE**  
Os profissionais de enfermagem do hospital deveriam ter aquele exame periódico, como nas empresas. Trabalha tanto e não se cuida. Ao longo dos anos sente a consequência: pressões e se aposenta doente, desviado de função.

**FALTA DE AUTONOMIA**  
A equipe de enfermagem é sobrecarregada de trabalho, mas autonomia pra exercer suas atividades.



**DIFERENÇA ENTRE SETORES**  
Tem setor que é muito complicado trabalhar com número de pessoal reduzido. Ai você tem que trabalhar demais, e não se cuida mesmo.

FUNICIONARIO QUE ABRENDE TEM QUE SER BEM TRATADO

**PROTEÇÃO**  
A gente não fica doente porque Deus protege.

**MUNICIPAL**  
(Gestão da Prefeitura)

NECESSIDADE DE UM ACOMODAMENTO CONVULSIVO DO FUNCIONARIO

FALTA DE PAO SALGADO BOM

FALTA DE CARIÓ TIPO

DEPRECAÇÃO DO PROFISSIONAL  
DES MOTIVACÃO DO PROFISSIONAL

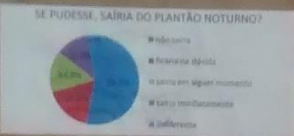
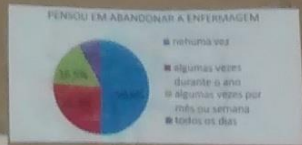
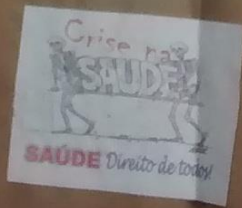


**EMPREGO ANCIANO**  
Eu queria ter um emprego ideal. A minha família quando vai marcar festa de família tem que se preparar se eu não estiver trabalhando na casa.  
"Tem coisas que você perde e não recupera. É a família."

**TEMPO DE DESLIZAMENTO**  
Além do tempo de trabalho, tem tempo que gasta no trânsito. Acaba que preferir o plantão 24 horas.

**ACOMODACÃO**  
O grupo de enfermagem é muito acomodado. A gente aceita aceitando todas as precariedades do trabalho.

**FAMÍLIA**  
Pouco mais da metade dos enfermeiros respondeu a pesquisa é casada (52%) e 68% tem filhos.

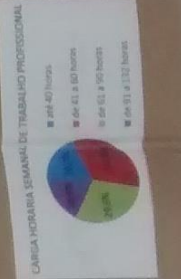


**CONDIÇÕES DE TRABALHO**  
Você trabalha em condições tão desfavoráveis, com falta de recursos humanos, falta de material ou material de qualidade muito ruim. Isso acaba gerando tensão e estresse na equipe.

**AMPLO**  
(como Sindicatos, Coren, Cofen)

PREPARACÃO PARA APOSENTADORIA

**PREPARACÃO PARA APOSENTADORIA**  
Nós deveríamos ter uma preparação para se aposentar. Tem muita gente que não quer parar de trabalhar, e a gente sabe que tem gente que morre depois de aposentar.



**NÚMERO REDUZIDO DE FUNCIONÁRIOS**  
Ista funcionário. Você trabalha por 3, por 4. Querem que você abraçe tudo, mas isso não existe! Mas cobram isso da gente.

VALE A PENA SE APOSENTAR?

**IDADE**  
A idade média dos enfermeiros é de 46 anos, o mais novo tem 24 anos e o mais velho, 66 anos.

APOSENTADORIA REPRESENTAÇÃO DE PERDA?

**FORÇA E PODER**  
O problema é que a enfermagem tem força, muita força, mas não tem poder.

# Vamos nos envolver com a melhoria destas situações!?!

## LOCAL (Gestão do Hospital)

FALTA DE AUTONOMIA PARA O ENFERMEIRO

POUCO RESPEITO AO PROFISSIONAL ENTRE PROFISSIONAIS

### SONO

"Eu não tomo remédio pra dormir, eu tenho tranquilidade. Não tenho e tempo. Meu sono de consumo é realmente doce."

### SAÚDE DO TRABALHADOR

Daqui a pouco o paciente dá a vaga pra você. O paciente vai lá querer cuidar de você.

### DIFERENÇA ENTRE SETORES

Tem setor que é muito complicado trabalhar com número de pessoal reduzido. Ai você tem que trabalhar demais, e não se cuida mesmo.

### CUIDADO X TRATAMENTO

Porque o enfermeiro é o unico profissional que cuida. O médico trata, o fisioterapeuta trata, o psicólogo trata. Todo mundo trata e vai embora. O enfermeiro fica ali o tempo todo. Todo mundo trata, só o enfermeiro cuida.

## MUNICIPAL (Gestão da Prefeitura)

A SAÚDE PRECISA DE DENTE!

DETERMINAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS

HOSPITALISMO



### PREPARAÇÃO PARA A APOSENTADORIA

"Eu comecei a conversar algumas amigas, técnicas, enfermeiras e até mesmo médicas que foram se aposentando, e de vez em quando a gente conversava sobre isso "Ah, eu vou me aposentar. Será que eu tô preparado pra isso? Vamos ver como é que vai ser". Eu tive uma amiga que foi assim, ela se aposentou, agora eu vou aproveitar, vou fazer passinhos, vou aos lugares com o meu marido. E aí ela ficou aposentada 45 dias, teve problemas de saúde e infartou. Foi infarto fulminante."

## AMPLO (como Sindicatos, Coren, Cofen)

MÚLTIPLOS VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS PREJUDICAM A SAÚDE E O TRABALHO DO PROFISSIONAL

ATUAÇÃO IDENTIFICADORA DO COREN E DO ANDIATO

### ENFERMAGEM



NÃO SE CALE

### EXIGÊNCIAS

Cai tudo sobre a enfermagem. Qualquer função dentro do hospital que não tenha dono é função da enfermagem. Ai acaba que você trabalha muitas vezes no improvisado.

### VÁRIOS EMPREGOS

Essa cultura de mais de um emprego vem desde a faculdade. As pessoas não pensam em ter 1 bom emprego, mas em vários.

### FORÇA E PODER

O problema é que a enfermagem tem força, muita força, mas não tem poder.

### FALTA DE AUTONOMIA

A equipe de enfermagem é sobrecarregada de trabalho, mas não tem autonomia pra exercer suas atividades.

# Vamos nos envolver com a melhoria destas situações!?!

## LOCAL (Gestão do Hospital)

*Handwritten notes on yellow sticky paper:*

- Qual é o papel da enfermagem na gestão do hospital?
- Qual é a importância da enfermagem na gestão do hospital?
- Qual é a importância da enfermagem na gestão do hospital?
- Qual é a importância da enfermagem na gestão do hospital?

**COMPETITIVIDADE NA ENFERMAGEM**  
A enfermagem é muito competitiva. Às vezes é difícil trabalhar em equipe por isso.



**INFORMALIZAÇÃO DO FUNCIONAMENTO**  
Uma enfermagem não precisa ser 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100.

**DIFERENÇA ENTRE SETORES**  
Tem setor que é muito complicado trabalhar com número de pessoal reduzido. Às vezes tem que trabalhar demais, e não se cuida mesmo.

**HABITOS E ESTILO DE VIDA**  
Hoje já se sabe que alguns hábitos de vida estão diretamente ligados à saúde. No grupo pesquisado:

- 72% não pratica exercício físico;
- 73% se considera acima do peso;
- 13% fuma;
- 12% ingere bebida alcoólica mais de duas vezes por semana;
- 19% consome alimentos frios mais de quatro vezes por semana.



**CUIDADO DA SAÚDE**  
Os profissionais de enfermagem do hospital deveriam ter que fazer exames periódicos, como nas empresas, trabalha tanto e não se cuida. Ao longo dos anos sente a consequência: pressões e se aposentar doente, derivado de longo.

## MUNICIPAL (Gestão da Prefeitura)



**PREPARAÇÃO PARA APOSENTADORIA**  
Nos deveríamos ter uma preparação para se aposentar. Tem muita gente que não quer parar de trabalhar, e a gente sabe que tem gente que mora depois de aposentar.

**SALÁRIO E JORNADA DE TRABALHO**  
Tem o salário e tem o que trabalhar mesmo. Tem uma jornada de trabalho normal.



*Handwritten note:* A falta de um bom salário é a maior dificuldade.



**CURRÍCULO MATERNA**  
A gente já trabalhou sem isso. A enfermagem tem um espírito maternal. Quer fazer tudo pra dar conta das atribuições que não são suas. Ai não dá pra cuidar da saúde, da qualidade de vida.

**QUANTO MAIS TEM, MAIS QUER**  
Falta tempo pra fazer qualquer coisa fora do trabalho. Mas também porque quanto mais a gente tem, mais a gente quer. É a sociedade estimula cada vez mais a gente, aí você tem que trabalhar em muitos lugares pra suprir essas necessidades.

## AMPLO (como Sindicatos, Coren, Cofen)



**REDUÇÃO DA CARGA HORÁRIA OU REDUÇÃO DE TRABALHO?**  
Talvez reduzir a carga horária signifique trabalhar mais. O mais importante não seria pensar em um pós salarial melhor?



## 1º Encontro de Saúde do Trabalhador de Enfermagem dos Hospitais de Urgência e Emergência do município do RJ

Em busca da melhoria da saúde dos  
trabalhadores de enfermagem  
e da qualidade da assistência.



### 11 de setembro

13:30 – 18:00 h

Equipe de enfermagem e  
gestores do hospital,  
convidamos vocês para  
participar deste Encontro!

*Uma proposta construída  
coletivamente tem mais chances  
de dar certo!*

### Local

**Auditório da Unigranrio –  
Rua da Lapa, 86 – Lapa / RJ**

Tanto o cartaz de divulgação quanto os convites individuais distribuídos apresentavam-se da mesma maneira, conforme figura acima. A diferença foi em relação ao tamanho, e os convites foram entregues em envelopes nominais.

**ANEXO 14**  
**1º ESTEHUE – Abertura (1º momento)**



**ANEXO 15**  
**Grade de Programação dos Grupos por Hospital, no 1º ESTEHUE**

HORÁRIO	ATIVIDADE	MATERIAL NECESSÁRIO
15:00 até 15:05	<p style="text-align: center;"><b>APRESENTAÇÃO – Uma proposta construída coletivamente tem muito mais chance de dar certo!</b></p> <p>Relembrar dos Grupos de Discussão das relações saúde-trabalho que aconteceram, em diferentes momentos, com todos que estão ali. Nesses Grupos, tivemos a produção dos cartazes que estão expostos na sala. Nesses Grupos avisamos sobre o Encontro de hoje, que tem como principal <u>OBJETIVO: Melhorar a saúde do trabalhador e a qualidade da assistência, a partir de alianças entre trabalhadores e gestores dos hospitais de urgência e emergência do município do Rio de Janeiro.</u></p> <p style="text-align: center;"><i>Uma proposta construída coletivamente tem mais chances de dar certo!</i></p> <p>Para estimular a construção coletiva, é interessante que os participantes dos grupos sejam tratados como “trabalhadores do hospital X”, independente de cargo, pois a ideia é que o grupo funcione a partir de uma “quebra” da hierarquia, em uma relação mais horizontal. Lembrando que teremos expostos os cartazes produzidos nos grupos dos trabalhadores (realizados nos diferentes plantões, nos hospitais) e pelo grupo de gestores (um cartaz dos gestores dos 4 hospitais, produzido em uma reunião na prefeitura).</p>	. Cartazes expostos na sala
15:06 até 15:15	<p style="text-align: center;"><b>REVISÃO DOS CARTAZES E ESCOLHAS</b></p> <p>1. Os participantes do grupo devem, rapidamente, olhar os cartazes expostos para se inspirarem para:</p> <p>2. escolher o problema, DE GOVERNANÇA LOCAL (ou seja, no âmbito do hospital), que mais lhe chama a atenção (seja por estar nos cartazes ou por não estar) e <u>com o qual gostaria de se envolver diretamente na solução.</u> Enfim, deve escolher o <u>problema de governança local que para ele é o principal problema, e que gostaria de enfrentar, seja porque acha que é o problema mais grave, seja porque acha que é o que tem mais recursos para ser enfrentado, no âmbito local.</u></p> <p>Cada participantes deve <u>escrever esse problema em um pedaço de papel</u> previamente distribuído pelos coordenadores do grupo (<i>o papel já podem estar sobre a cadeira, ou serem distribuídos pelo co-coordenador, para facilitar</i>).</p>	. Cartazes expostos na sala . Pedacos de papel a4 . Canetas (cada participante receberá uma na pasta com caneta, distribuída na recepção do Encontro)
15:16 até 15:35	<p style="text-align: center;"><b>ESCOLHA/ SELEÇÃO FINAL</b></p> <p>1. Com os principais problemas escolhidos, escritos no papel, sobre a mesa, o grupo deve escolher qual é aquele que seleciona como <u>o que deve e pode ser enfrentado, dentro do hospital.</u> Devem atentar para que seja <u>um problema de governança local, e que seu enfrentamento dependa exclusivamente ou em maior parte, da cooperação entre trabalhadores e gestores da unidade hospitalar.</u></p> <p>O coordenador do grupo deve fazer o pedido da seleção considerando os aspectos citados acima, e durante a escolha, deve acontecer o debate sobre as sugestões de enfrentamento. O coordenador deve estar atento sobre a construção coletiva – se a escolha está sendo discutida entre o grupo, assim como suas sugestões de enfrentamento. Caso a construção coletiva não esteja acontecendo, é importante que os coordenadores do grupo tentem estimulá-la.</p> <p style="text-align: center;"><i>(É possível que queiram selecionar mais de um problema. Se acontecer, será necessário que haja uma gradação dos eleitos. Havendo sugestões de enfrentamento para mais de um problema, todas devem compor o cartaz.)</i></p>	. papéis com o problema escolhido sobre a mesa
15:36 até 15:45	<p style="text-align: center;"><b>CONFECÇÃO DO CARTAZ</b></p> <p>1. Após a seleção do principal problema, este deve ser colado na folha de papel pardo disponibilizada pelo coordenador do grupo.</p> <p>2. Ao lado, devem escrever uma síntese da proposta de ação para o enfrentamento do problema.</p> <p>O coordenador deve avisar que haverá um próximo momento, após o coffee break, onde um representante de cada grupo deve apresentar o que foi discutido no grupo, a partir do cartaz. Esse representante deve, preferencialmente, ser escolhido nesse momento. Então, é importante a produção do cartaz para que a discussão do grupo seja apresentada para todo o grupo, no próximo momento do encontro. Com o término do Encontro, o cartaz pode ser levado para a unidade, para que estimule a efetividade da proposta que surgiu no Encontro.</p>	. papel com o principal problema . folha de papel pardo . cola branca . canetas pilot

**ANEXO 16**  
1° ESTEHUE – Salas de reuniões por hospital (2° momento)





## ANEXO 17

MIGUEL COUTO

Uma proposta construída coletivamente tem mais chances de dar certo!

- Falta de atendimento médico para o Trabalhador dentro da unidade de trabalho
- Implantar o Projeto de Saúde do Trabalhador já elaborado pela Direção
- Falta de comunicação
- Reuniões periódicas e setoriais

Uma proposta construída coletivamente tem mais chances de dar certo!

\*ESTAR DE ENFERMAGEM. →

\*PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM DEBENTE. →

- DIAGNÓSTICO DA NECESSIDADE REAL E DAS EXPECTATIVAS;
- PROJETO DE ADEQUAÇÃO DO ESPAÇO.
- CONSULTA DE ENFERMAGEM
- AMPLIAÇÃO DO AMBULATORIO DOS FUNCIONÁRIOS.
- CRIAÇÃO DE GRUPO DE PROMOÇÃO EM SAÚDE PARA O TRABALHADOR.

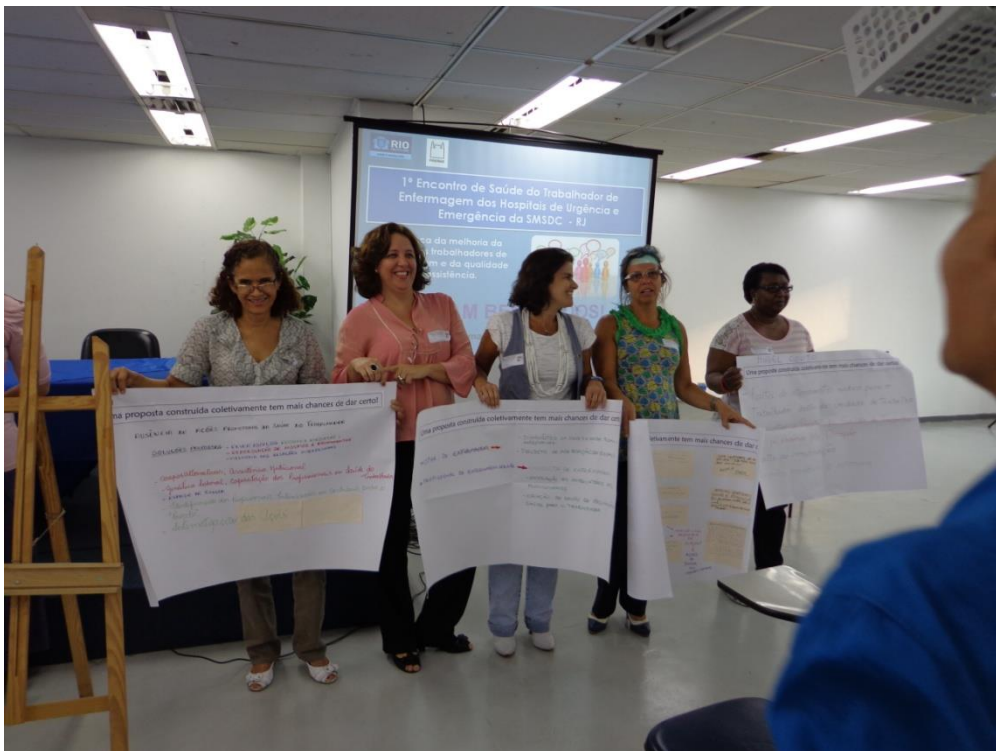
**ANEXO 18**  
**1º ESTEHUE – Apresentação dos cartazes “Uma construção coletiva tem muito mais chance de dar certo” (3º momento)**



**HMSF**



**HMMC**



## ANEXO19

**IOC**  
Instituto Oswaldo Cruz

Ministério da Saúde  
**FIOCRUZ**  
Fundação Oswaldo Cruz

Ministério da  
Saúde

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

**RIO**  
PREFEITURA  
SAÚDE E DEFESA CIVIL

Em setembro de 2012 realizamos o *1º Encontro de Saúde do Trabalhador de Enfermagem dos Hospitais de Urgência e Emergência da SMSDC, RJ.*

Neste Encontro, a Direção e trabalhadores deste Hospital pensaram em propostas coletivas para a saúde do trabalhador.

**AGORA É HORA DE CONVERSARMOS SOBRE O ENCAMINHAMENTO DAS PROPOSTAS!**

**2º ENCONTRO DE SAÚDE DO TRABALHADOR DE ENFERMAGEM  
ACOMPANHAMENTO DAS PROPOSTAS DE AÇÃO**

**09/07/2013 – 3ª feira – 9:00h**

no Auditório do CASS / Prefeitura  
Rua Afonso Cavalcanti, 455 – Cidade Nova.



**CONTAMOS COM VOCÊ!!!**

**Uma proposta construída coletivamente  
tem mais chances de dar certo!**

Assim como no I Encontro, tanto o cartaz de divulgação quanto os convites individuais distribuídos apresentavam-se da mesma maneira, conforme figura acima. A diferença foi em relação ao tamanho, e os convites foram entregues em envelopes nominais.

**ANEXO 20**  
**2° ESTEHUE**



No dia 11 de setembro de 2012 realizamos o *1º Encontro de Saúde do Trabalhador de Enfermagem da SMSDC-Rio*. Nesse Encontro, reunimos os trabalhadores de enfermagem e gestores dos hospitais (diretores gerais e de enfermagem) e da prefeitura, visando a construção coletiva de uma proposta de ação para a saúde do trabalhador de enfermagem. Para tanto, o grupo de cada hospital se reuniu e decidiu qual o problema viam como importante e possível de ser resolvido. O resultado dessa decisão compôs os cartazes apresentados nesse caderno.

Hoje pretendemos conversar sobre o encaminhamento dessas propostas em cada hospital, seus avanços e limites. Contamos com a sua participação!

## ANEXO 21

IOC  
Instituto Oswaldo Cruz

Ministério da Saúde  
FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz

Ministério da  
Saúde

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

RIO  
PREFEITURA  
SAÚDE E DEFESA CIVIL

2º ENCONTRO DE SAÚDE DO TRABALHADOR DE ENFERMAGEM  
ACOMPANHAMENTO DAS PROPOSTAS DE AÇÃO

09/07/2013 - Auditório do CASS / Prefeitura



**Uma proposta construída coletivamente  
tem mais chances de dar certo!**

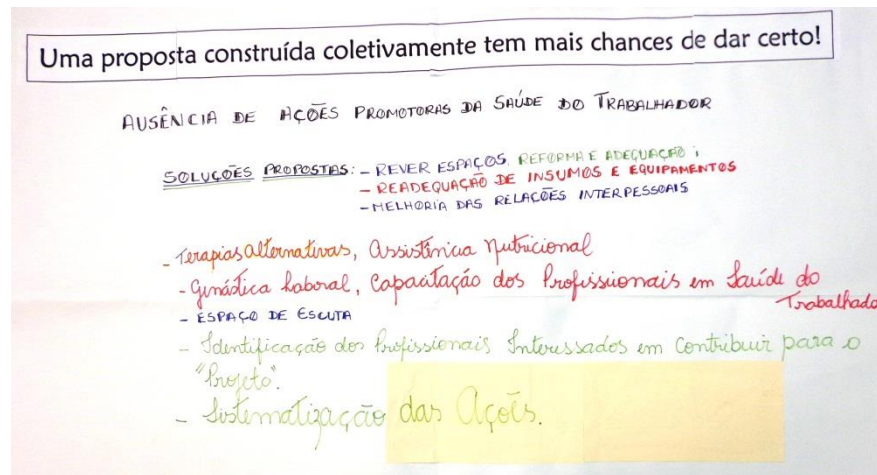
Um objetivo desse encontro é acompanharmos os encaminhamentos das propostas coletivas de ação em Saúde do Trabalhador oriundas do 1º Encontro, realizado em setembro de 2012.

Por isso, a seguir, você verá a

**TRANSCRIÇÃO DOS CARTAZES**

de cada hospital e as suas respectivas propostas.

## HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE



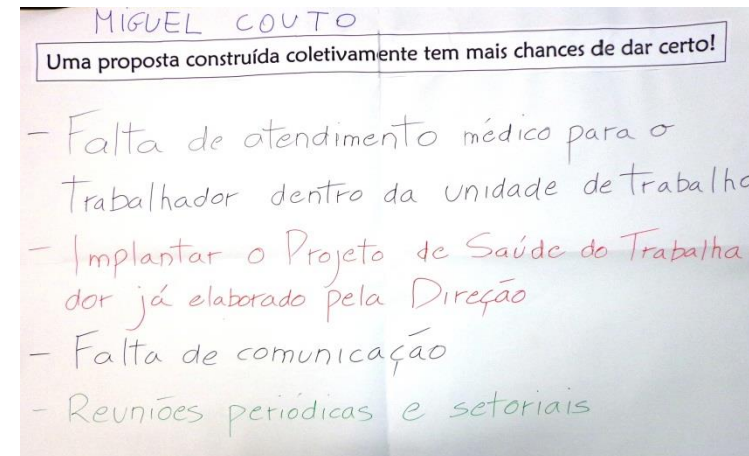
### Problema identificado:

AUSÊNCIA DE AÇÕES PROMOTORAS DE SAÚDE DO TRABALHADOR

### Soluções Propostas:

- REVER ESPAÇOS – REFORMA E ADEQUAÇÃO
- READEQUAÇÃO DE INSUMOS E EQUIPAMENTOS
- MELHORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS
- Terapias Alternativas, Assistência Nutricional
- Ginástica Laboral, Capacitação dos Profissionais em Saúde do Trabalhador
- ESPAÇO DE ESCUTA
- Identificação dos Profissionais Interessados em Contribuir para o "Projeto"
- Sistematização das Ações

## HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO



1º

### Problema identificado:

Falta de atendimento médico para o trabalhador dentro da unidade de trabalho

### Solução Proposta:

- Implantar o Projeto de Saúde do Trabalhador já elaborado pela Direção

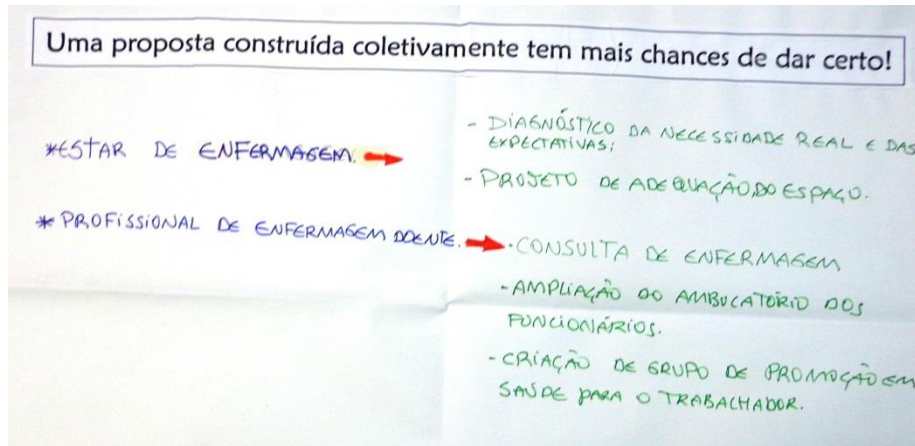
### 2º Problema identificado:

Falta de comunicação

### Solução Proposta:

- Reuniões periódicas e setoriais

**HOSPITAL MUNICIPAL SALGADO FILHO**



### 1º Problema identificado:

ESTAR DE ENFERMAGEM

#### Soluções Propostas:

- DIAGNÓSTICO DA NECESSIDADE REAL E DAS EXPECTATIVAS
- PROJETO DE ADEQUAÇÃO DO ESPAÇO

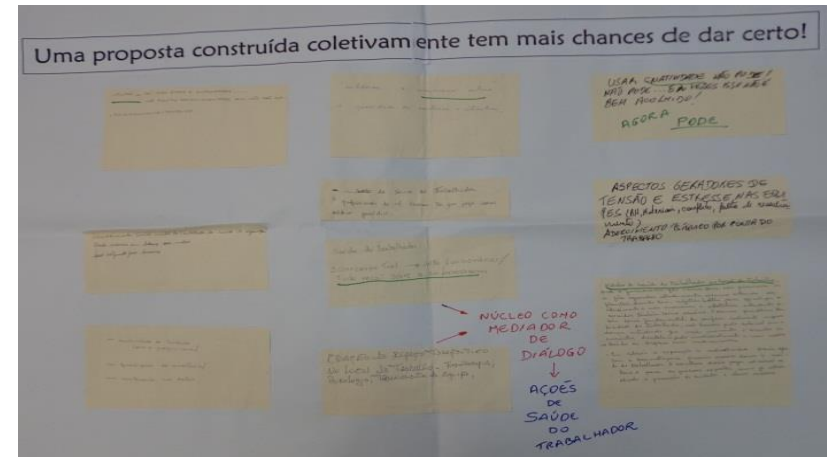
### 2º Problema identificado:

PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM DOENTE

#### Soluções Propostas:

- CONSULTA DE ENFERMAGEM
- AMPLIAÇÃO DO AMBULATÓRIO DOS FUNCIONÁRIOS
- CRIAÇÃO DE GRUPO DE PROMOÇÃO EM SAÚDE PARA O TRABALHADOR

**HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR**



### 1º Problema identificado:

FLUXO – CAI TUDO SOBRE A ENFERMAGEM

#### Soluções Propostas:

- NÃO ASSUMA RESPONSABILIDADE QUE NÃO É SUA.
- Melhoria do fluxo (Falado na apresentação)

### 2º Problema identificado:

Cuidado da saúde do trabalhador

#### Solução Proposta:

- Profissionais de enfermagem deveriam ter que fazer exames médico periódico

### 3º Problema identificado:

USAR CRIATIVIDADE NÃO PODE! NÃO PODE... EM VEZES ISSO NÃO É BEM ACOLHIDO!

Solução Proposta: AGORA PODE

**HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR**

(continuação)

### Outros problemas identificados:

#### RELACIONAMENTO / RESPEITO

Reconhecimento, Saúde Mental do Trabalhador, da saúde de enfermagem.

Perdas salariais em licença médica

Local adequado para descanso

Necessidade do cuidado com o profissional

Qualidade do material

Melhoria no estar

Qualidade de assistência X estatística

Saúde do Trabalhador

Sobrecarga Trab. – falta de funcionários / tudo recai sobre a enfermagem

ASPECTOS GERADORES DE TENSÃO E ESTRESSE NAS EQUIPES (RH, Materiais, conflito, falta de reconhecimento)

ADOCIMENTO PSÍQUICO POR CONTA DO TRABALHO

### Soluções Propostas:

- Melhorar a comunicação interna
- CRIAÇÃO DE ESPAÇO TERAPÊUTICO NO LOCAL DE TRABALHO – FISIOTERAPIA, PSICOLOGIA, TREINAMENTO DA EQUIPE
- Núcleo de saúde do trabalhador no local de trabalho, onde o funcionário quando necessitasse não precisasse ir a fila aguardar atendimento, mesmo estando de plantão, devendo sim, registrar boletim para oficializar o atendimento e não mascarar a estatística entendendo o servidor também como usuário. Exames periódicos também seria fundamental. Ao verificar realmente impossibilidade do trabalhador, não houvesse perda

salarial com a doença entendendo que nesse momento o servidor se encontra desestabilizado emocionalmente e com maiores→devido a despesa com medicamentos.

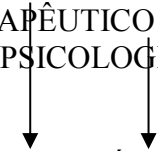
Em relação a exposição à radioatividade deveria aferir com o dosímetro para prevenir maiores danos à saúde do trabalhador. A secretaria deveria pagar adicional de Raio X para as pessoas expostas, como já citado aliado a prevenção de cuidados e danos maiores.

### Uma relação feita no cartaz:

Sobrecarga Trab. – falta de funcionários / tudo recai sobre a enfermagem

CRIAÇÃO DE ESPAÇO TERAPÊUTICO NO LOCAL DE TRABALHO – FISIOTERAPIA, PSICOLOGIA, TREINAMENTO DA EQUIPE

NÚCLEO COMO MEDIADOR DO DIÁLOGO → AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR





A  
N  
E  
A  
N  
E  
X  
O  
2  
0  
X  
A  
N  
E  
X  
O  
2

# APÊNDICES

APÊNDICE 1
------------

## DESCRIÇÃO DAS ETAPAS DA PESQUISA-INTERVENÇÃO

### Estudo da Saúde dos Enfermeiros (ESE)

Estudo epidemiológico através de questionário com informações sobre trabalho e a saúde, com vistas a analisar as relações entre o trabalho (jornada, trabalho noturno, etc) e o adoecimento

### Folhetos Informativos

Sumário dos dados epidemiológicos relativos a cada Hospital, apresentados através de gráficos, tabelas e breves textos

### Disponibilização de Relatório

Inclui todos os resultados epidemiológicos de um determinado Hospital

### Palestras Interativas

Apresentação de resultados do ESE mesclada com comentários dos trabalhadores sobre o trabalho e a saúde, a partir de falas oriundas de oficinas com enfermeiros e técnicos de enfermagem, realizadas em estudos anteriores do grupo de pesquisa

### Grupos de Discussão

Disponibilização de resultados do ESE (gráficos, tabelas), imagens sobre os temas do questionário e falas sobre as relações trabalho-saúde, oriundas de Palestras Interativas. Os trabalhadores comentavam materiais que chamassem sua atenção, a partir dos quais produziam o cartaz "Vamos nos envolver com a melhoria dessas situações?" com subdivisão entre questões no âmbito local (gestão do hospital), municipal (gestão da prefeitura) e amplo (Sindicatos, Coren, Cofen).

### Encontro de Gestores (Direção geral e de enfermagem)

Reunião entre pesquisadoras, gestores dos hospitais e da prefeitura com discussão sobre os problemas relativos à saúde do trabalhador, a partir da disponibilização dos Folhetos Informativos. Produção de um cartaz com os principais assuntos tratados no debate e possíveis soluções.

### I Encontro de Saúde do Trabalhador de Enfermagem dos Hospitais de Urgência e Emergência

Apresentação da pesquisa-intervenção em local que expunha os 22 cartazes produzidos nos Grupos de Discussão. Realocação dos cartazes em 4 salas (uma por Hospital). Discussão coletiva com membros de cada hospital e identificação, por trabalhadores e gestores, de um problema de saúde do trabalhador de enfrentamento possível naquele Hospital e sua respectiva solução.

### II Encontro de Saúde do Trabalhador de Enfermagem dos Hospitais de Urgência e Emergência

Acompanhamento das propostas de solução em cada Hospital, com a participação de trabalhadores e gestores dos hospitais e da SMS.

18 maiores hospitais públicos no município do Rio de Janeiro

Quatro hospitais municipais de Urgência e Emergência do RJ em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde. Dois destes hospitais são objeto da Tese: HM Salgado Filho e HM Miguel Couto

## HOSPITAL MUNICIPAL SALGADO FILHO – LOCAL

<b>CARTAZ 1</b>	<p><i>falha na comunicação;</i>  <i>mudança de setor, rodízio – controverso;</i>  <i>estar de enfermagem (falta espaço: “o enfermeiro tem que sair a tapa com o auxiliar para poder descansar” – pelo debate);</i>  <i>falta de apoio da chefia;</i>  <i>diversas tarefas sobre a enfermagem;</i>  <i>sobrecarga e falta de autonomia;</i>  <i>falta de reconhecimento;</i>  <i>perdas irrecuperáveis.</i></p>
<b>CARTAZ 2</b>	<p><i>Mudança de setor – rodízios, controvérsias (um relatou não gostar de mudar de setor – nos plantões das 40h – pq avalia que não favorece o trabalho, já que não conhece o setor. Outro diz que é bom pq vc cresce, aprendendo com as diferenças entre os setores – fica clara a controvérsia – pelo debate);</i>  <i>estar (falta de espaço para descanso também como falta de reconhecimento – pelo debate);</i>  <i>tem que acabar com o espírito maternal da enfermagem (trabalha sem luvas, sem condições, dá conta de atribuições que não são da enfermagem, assim não cuida da saúde nem da qualidade de vida), para ter mais tempo para o “diagnóstico em enfermagem”;</i>  <i>falta de autonomia para exercer as atividades;</i>  <i>condições desfavoráveis de trabalho.</i></p>
<b>CARTAZ 3</b>	<p><i>Precariedade do trabalho e grupo de enfermagem acomodado com essa situação;</i>  <i>(re)adaptação: setores mais adequados para condição de saúde do enfermeiro, prepará-lo para isso; acolhimento;</i>  <i>sobrecarga de trabalho;</i>  <i>setores são diferentes, alguns mais complicados para trabalhar com número de pessoal reduzido, aí não dá pra se cuidar;</i>  <i>flexibilidade nas decisões.</i></p>
<b>CARTAZ 4</b>	<p><i>Todos tratam, só o enfermeiro cuida;</i>  <i>mudanças no trabalho avaliadas como necessárias, mas nem sempre possíveis de serem realizadas pelos enfermeiros (não é bem-vindo), mas ser passivo frente a isso é patológico para todos;</i>  <i>falta de preparo para volta de licença, ruim para setor e para enfermeiro que não consegue trabalhar; tudo cai sobre a enfermagem, que acaba trabalhando sempre no improvisado;</i>  <i>“o trabalho é a nossa vida”, passa mais tempo no trabalho que com a família, vive relações que não escolhe, e isso contribui para o crescimento pessoal.</i></p>

**CARTAZ 5**

*melhor condição de trabalho e repouso;  
melhor definição das competências de cada categoria profissional;  
motivação da equipe de enfermagem;  
poder da enfermagem se relaciona ao poder de respeitar seus limites;  
exercício laboral.*

**CARTAZ 6**

*Todos tratam e enfermeiro cuida;  
falta de reconhecimento;  
sobrecargas;  
volta da licença sem preparo;  
importância do cuidado de si;  
existem setores mais adequados para a condição de saúde do profissional;  
existem setores que adoecem mais os profissionais, então precisaria se pensar em rodízio – que é controverso, porque tem profissional que não quer sair, mas deveria ter um acolhimento da equipe, porque rodízio as vezes é necessário;  
setor que é mais difícil trabalhar com número reduzido de funcionários;  
profissional adoecido, doenças referidas.*

## MUNICIPAL – HMSF

<b>CARTAZ 1</b>	<p><i>falta de material;</i>  <i>desvalorização do profissional;</i>  <i>insatisfações;</i>  <i>falhas administrativas;</i>  <i>saúde do trabalhador – trabalhador doente, saúde em crise, saúde como direito de todos;</i>  <i>condições de trabalho desfavoráveis;</i>  <i>salários baixos implicando em jornadas de trabalho altas;</i>  <i>satisfação com o trabalho.</i></p>
<b>CARTAZ 2</b>	<p><i>melhoria das instalações hospitalares;</i>  <i>contemplar número de profissionais corretamente na escala;</i>  <i>igualdade de bônus e benefícios dos servidores e unidades;</i>  <i>aprovação do plano de cargos e salários;</i>  <i>avaliação (in)adequada pelo setor da biometria (que é “soberana” à direção hospitalar), que faz com que os trabalhadores voltem ao trabalho sem condições, sendo realocados Tb de maneira inadequada, atrapalhando o setor e o enfermeiro, que não consegue trabalhar;</i>  <i>diversas funções sobre a enfermagem (e sem ser valorizado por isso, podendo até contribuir para a desvalorização – pelo debate).</i></p>
<b>CARTAZ 3</b>	<p><i>número reduzido de funcionários;</i>  <i>preparação para a aposentadoria;</i>  <i>criação de núcleo de saúde do trabalhador nas unidades de saúde (exames periódicos como possibilidade de algum cuidado – pelo debate);</i>  <i>tabela das doenças mais referidas (talvez as duas últimas para retratar o adoecimento do profissional, tratado no debate – pelo debate).</i></p>
<b>CARTAZ 4</b>	<p><i>preparação para a aposentadoria (2x);</i>  <i>carga horária excessiva implicando em saúde e qualidade de vida prejudicadas.</i></p>
<b>CARTAZ 5</b>	<p><i>redimensionamento da área de atuação da unidade;</i>  <i>revisão da capacidade instalada (referindo-se a infra-estrutura física, leitos, de acordo com figura utilizada no cartaz)</i></p>
<b>CARTAZ 6</b>	<p><i>condições de trabalho desfavoráveis gerando estresse;</i>  <i>problemas pela readaptação;</i>  <i>salários baixos implicando em múltiplos empregos;</i>  <i>exame periódico obrigatório - trabalhador não se cuida e sente conseqüências depois quando se aposenta doente e desviado de função;</i>  <i>carga horária de trabalho;</i>  <i>tempo de trabalho na enfermagem;</i>  <i>colegas de trabalho acabam sendo a nossa família, por isso alguns se aposentam e morrem.</i></p>

## AMPLO – HMSF

<b>CARTAZ 1</b>	<p><i>Baixos salários; adoecimento do trabalhador – proteção divina / falta de proteção; múltiplos vínculos; abandono da enfermagem; reconhecimento (falta de, levando a pensar em abandonar a enfermagem – pelo debate); diminuição da carga horária pode significar trabalhar mais: diminuir carga horária ou brigar por piso maior?; formação da equipe(sendo inversamente proporcional a valorização – pelo debate); categoria tem força mas não tem poder; salários inadequados; preparação para a aposentadoria.</i></p>
<b>CARTAZ 2</b>	<p><i>Piso maior e carga horária menor (30h); emprego anormal – desencontro social e precisa mais tempo para a família; saúde em crise, saúde para todos; problemas de sono por conta do trabalho noturno (trabalho noturno Tb como “emprego anormal” que atrapalha a qualidade de vida (questionada: vc trabalha mais pra ter qualidade de vida, mas que qualidade é essa? Pelo debate) – “não quero isso pra sempre” – pelo debate).</i></p>
<b>CARTAZ 3</b>	<p><i>diminuição da carga horária pode significar trabalhar mais: diminuir carga horária ou brigar por piso maior?; carga horária de trabalho extensa; vários empregos como cultura desde a faculdade; baixo salário implicando em altas jornadas; crise na saúde, saúde como direito de todos.</i></p>
<b>CARTAZ 4</b>	<p><i>diminuição da carga horária pode significar trabalhar mais: diminuir carga horária ou brigar por piso maior?; tem que trabalhar muito para conseguir salário mais digno; baixo salário implicando em altas jornadas; abandono da enfermagem.</i></p>
<b>CARTAZ 5</b>	<p><i>Piso salarial; votação da carga horária; estresse por conta dos múltiplos empregos e elevada carga de trabalho.</i></p>

**CARTAZ 6**

*carga horária intensa;  
salário baixa e jornada de trabalho elevada;  
mudança de posição da enfermagem / politização;  
diminuição da carga horária pode significar trabalhar mais: diminuir carga horária ou brigar por piso maior?;  
sobrecarga de trabalho e falta de autonomia para trabalhar na enfermagem;  
número reduzido de funcionário implicando em trabalhar por 2, 3.*

**HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO – LOCAL**

<b>CARTAZ 1</b>	<p><i>(des)Valorização;</i>  <i>Núcleo de saúde do trabalhador no hospital;</i>  <i>Qualidade de atendimento piorando;</i>  <i>chefia local não se movimenta;</i>  <i>desrespeito;</i>  <i>grupo de enfermagem acomodado, que acaba aceitando as precariedades do trabalho;</i>  <i>condições de trabalho desfavoráveis gerando estresse (tensão por falta de material ou material ruim);</i>  <i>(necessidade de) condições para aumentar a auto-estima.</i></p>
<b>CARTAZ 2</b>	<p><i>Programa de preparação para a aposentadoria; muitos se aposentam e morrem;</i>  <i>Rodízio de setor – o ideal é que não aconteça. Se acontecer que seja com treinamento;</i>  <i>profissional doente, se não fica doente é porque Deus protege;</i>  <i>condições de trabalho muito precárias (não tem EPI, por exemplo), mas tem que prestar assistência – onde fica a saúde do trabalhador?;</i>  <i>condições de trabalho desfavoráveis gerando estresse;</i>  <i>Falta de funcionários – tem que trabalhar por 3 ou 4;</i>  <i>Mais tempo no hospital que em casa, alta carga horária – falta tempo para cuidar de si e da família;</i>  <i>Falta de atendimento (ou de atendimento de qualidade) ao funcionário na unidade;</i>  <i>Importância da relação com os colegas, que acabam sendo família.</i></p>
<b>CARTAZ 3</b>	<p><i>Perdas de direitos anteriormente adquiridos, como aposentadoria com 25 anos de serviço;</i>  <i>(necessidade de) Respeito entre os profissionais;</i>  <i>Trabalhador adoecido: daqui a pouco o paciente vai até querer cuidar de você. “Quero ser cuidada, já trabalhei 30 anos.”</i>  <i>tudo cai sobre a enfermagem, que acaba trabalhando sempre no improviso;</i>  <i>falta de autonomia para exercer as atividades, especificamente nessa unidade; enfermeiros não se impõem;</i>  <i>Rodízio de setor – às vezes necessário e deveria ter acolhimento nos novos setores;</i>  <i>Plantão de 24 horas, por conta do tempo de deslocamento que se soma ao de trabalho;</i>  <i>condições de trabalho desfavoráveis gerando estresse;</i>  <i>Falta de apoio na unidade – gosta da unidade, gosta de trabalhar, mas não tem apoio;</i>  <i>Jornada de trabalho doméstica.</i></p>



<b>CARTAZ 4</b>	<p><i>Trabalhadores adoecidos: Funcionário que adoecer tem que ser tratado; Falta de prioridade no atendimento de funcionários; Necessidade de cuidados com o trabalhador que adoecer com o passar dos anos no trabalho: Exames periódicos; Sobrecarga de trabalho e falta de autonomia para exercer as atividades; Baixos salários; Diferenças entre setores: setores que são mais complicados para trabalhar com número reduzido de funcionários, aumentando a sobrecarga, adoecendo mais; existem setores mais adequados para a condição de saúde do profissional.</i></p>
<b>CARTAZ 5</b>	<p><i>Falta de autonomia do enfermeiro; Pouco respeito aos e entre os profissionais; Falta de tempo para dormir; Trabalhador adoecido: daqui a pouco o paciente vai querer cuidar de você. Diferenças entre setores: setores que são mais complicados para trabalhar com número reduzido de funcionários, aumentando a sobrecarga, adoecendo mais; Todos os profissionais tratam e enfermeiro cuida.</i></p>
<b>CARTAZ 6</b>	<p><i>Trabalho noturno: Direito ao descanso; estresse maior, porque o apoio é menor – requer força psíquica e física; Desgaste físico e mental no trabalho da enfermagem; Escassez de profissionais faz com que tenha muitas atividades a desempenhar; Competitividade na enfermagem dificulta trabalho em equipe; Sobrecarga de trabalho; Falta de funcionários – tem que trabalhar por 3 ou 4; Diferenças entre setores: setores que são mais complicados para trabalhar com número reduzido de funcionários, aumentando a sobrecarga, adoecendo mais; Necessidade de cuidados com o trabalhador que adoecer com o passar dos anos no trabalho: Exames periódicos; Falta de tempo para cuidar da saúde e ter hábitos de vida mais saudáveis (prática de exercícios físicos, por exemplo).</i></p>

## MUNICIPAL – HMMC

<b>CARTAZ 1</b>	<p><i>Exames periódicos;</i>  <i>Assistência ao trabalhador NO hospital;</i>  <i>Preparação para a aposentadoria – psicológica e financeiramente;</i>  <i>sobrecargas;</i>  <i>instalação de políticas de maneira desrespeitosa – “Faltou respeito. Instalaram cegonha carioca”;</i>  <i>em hospital público se reclama com quem? Não tem com quem reclamar;</i>  <i>número reduzido de funcionários.</i></p>
<b>CARTAZ 2</b>	<p><i>Necessidade de cuidados com o trabalhador que adoecer com o passar dos anos no trabalho: Exames periódicos;</i>  <i>Núcleo de Saúde do Trabalhador na unidade;</i>  <i>Preparação para aposentadoria: adequação da renda, e preparo psicológico;</i>  <i>necessidade de múltiplos vínculos para aumentar renda – salários incoerentes com o quanto se trabalha;</i>  <i>Trabalha muito e não tem tempo nem para dormir, nem para a família;</i>  <i>Trabalha doente para não ter perdas salariais decorrentes das licenças;</i>  <i>Reposição de profissionais afastados ou aposentados (necessidade de);</i>  <i>Preparação para volta de licença, para ajudar ao funcionário e ao setor que o receberá.</i>  <i>30 horas de trabalho não só para os servidores municipais;</i>  <i>mudanças no trabalho avaliadas como necessárias, mas nem sempre possíveis de serem realizadas pelos enfermeiros (não é bem-vindo), mas ser passivo frente a isso é patológico para todos.</i></p>
<b>CARTAZ 3</b> <b>(algumas figuras entre local e municipal)</b>	<p><i>Salário digno que permita ter só um emprego – múltiplos empregos não por prazer, mas por necessidade de aumentar a renda;</i>  <i>Saúde do trabalhador na prefeitura – se existe não funciona;</i>  <i>Profissionais doentes não são afastados, mas realocados;</i>  <i>Enfermagem muito adoecida sem ter a quem recorrer;</i>  <i>Adoecimento psíquico – pessoas trabalham adoecidas psiquicamente;</i>  <i>Idade mais avançada dos trabalhadores – idade média de 46 anos;</i>  <i>Preparação para volta de licença, para ajudar ao funcionário e ao setor que o receberá.</i>  <i>Enfermagem não deveria se calar frente aos problemas do hospital, mas se cala por medo;</i>  <i>Falta de (bom) atendimento ao funcionário do hospital, no hospital.</i>  <i>Preparação para a aposentadoria;</i>  <i>crise na saúde, saúde como direito de todos.</i></p>

<b>CARTAZ 4</b>	<p><i>Necessidade de acompanhamento psicológico do funcionário;</i>  <i>Falta de piso salarial digno;</i>  <i>Falta de exame periódico;</i>  <i>Desvalorização e Desmotivação do Profissional, em círculo: um influenciando o outro;</i>  <i>Perdas irre recuperáveis; emprego anormal – desencontro social;</i>  <i>Plantão de 24 horas, por conta do tempo de deslocamento que se soma ao de trabalho;</i>  <i>grupo de enfermagem acomodado, que acaba aceitando as precariedades do trabalho;</i>  <i>condições de trabalho desfavoráveis gerando estresse;</i>  <i>Pensamento de abandonar a enfermagem;</i>  <i>Saída do plantão noturno;</i>  <i>crise na saúde, saúde como direito de todos.</i></p>
<b>CARTAZ 5</b>	<p><i>Saúde Pública doente;</i>  <i>Desvalorização entre os profissionais;</i>  <i>Autoritarismo na gestão;</i>  <i>Preparação para a aposentadoria;</i>  <i>Crise na saúde, saúde como direito de todos.</i></p>
<b>CARTAZ 6</b>	<p><i>Jornada de trabalho imensa para compensar o baixo salário; Sobrecarga de trabalho e baixo salário;</i>  <i>Jornada de 30 horas;</i>  <i>Preparação para a aposentadoria; deveria se aposentar aos 25 anos de serviço;</i>  <i>Saúde no Rio de Janeiro sempre maquiada;</i>  <i>Crise na saúde, saúde como direito de todos;</i>  <i>Espírito maternal da enfermagem que faz trabalhar em condições desfavoráveis e não cuidar da saúde e qualidade de vida;</i>  <i>Falta de tempo por conta de muito trabalho, mas sempre que dá trabalha mais para acumular mais.</i></p>

**AMPLO – HMMC**

<b>CARTAZ 1</b>	<p><i>Defasagem salarial;</i>  <i>Defesa de direitos;</i>  <i>Mobilização (necessidade de);</i>  <i>Salários baixos e jornada de trabalho imensa;</i>  <i>preparação para a aposentadoria; aposentadoria especial;</i>  <i>diminuição da carga horária pode significar trabalhar mais: diminuir carga horária ou brigar por piso maior?;</i>  <i>categoria tem força mas não tem poder;</i>  <i>necessidade de improvisar na atuação;</i>  <i>local de descanso para a enfermagem – para médicos tem descanso, mas enfermagem relegada;</i>  <i>Necessidade do descanso noturno: porque 12 horas de trabalho noturno é diferente, “é fisiológico”.</i></p>
<b>CARTAZ 2</b>	<p><i>diminuição da carga horária pode significar trabalhar mais: diminuir carga horária ou brigar por piso maior?;</i>  <i>Jornada de 30 horas;</i>  <i>Falta de tempo para lazer; Desencontro social por conta da organização do trabalho;</i>  <i>Categoria mal remunerada, por isso vários empregos, por isso adoecimento;</i>  <i>Sobrecargas de trabalho e adoecimento;</i>  <i>Aposentadoria sem perda salarial.</i></p>
<b>CARTAZ 3</b>	<p><i>diminuição da carga horária pode significar trabalhar mais: diminuir carga horária ou brigar por piso maior?;</i>  <i>carga horária de trabalho imensa devido baixos salários;</i>  <i>Luta não deve ser por 30 horas, mas por condições dignas e salário digno: Piso salarial satisfatório;</i>  <i>Explicação sobre os direitos da enfermagem; todos vêem os problemas, mas ninguém faz nada;</i>  <i>Salário em gratificações, que dificulta a aposentadoria;</i>  <i>Problemas de sono;</i>  <i>Grupo de enfermagem acomodado, que aceita as precariedades do trabalho;</i>  <i>Todos os profissionais tratam e enfermeiro cuida.</i></p>
<b>CARTAZ 4</b> <b>(algumas figuras e resultados de pesquisa nos espaços entre municipal e</b>	<p><i>Preparação para a aposentadoria; aposentadoria deve representar perda?; vale a pena se aposentar?; muitos se aposentam e morrem;</i>  <i>Enfermagem não se cale!;</i>  <i>Enfermagem pedindo socorro;</i>  <i>Alta carga horária de trabalho profissional e jornada doméstica;</i>  <i>Idade mais avançada dos trabalhadores – idade média de 46 anos;</i></p>

<b>amplo)</b>	<i>Falta de funcionários – tem que trabalhar por 3 ou 4; Enfermagem tem força mas não tem poder.</i>
<b>CARTAZ 5</b>	<i>Múltiplos vínculos empregatícios prejudicam a saúde e o trabalho do profissional; Atuação insatisfatória do Coren e do Sindicato; Enfermagem não se cale!; tudo cai sobre a enfermagem, que acaba trabalhando sempre no improviso; Cultura de vários empregos desde a faculdade, mas deveriam pensar em um bom emprego; Enfermagem tem força mas não tem poder; sobrecarga de trabalho e falta de autonomia para trabalhar na enfermagem.</i>
<b>CARTAZ 6</b>	<i>Enfermagem não se cale!; diminuição da carga horária pode significar trabalhar mais: diminuir carga horária ou brigar por piso maior?; Tempo de trabalho na enfermagem maior que 20 anos, na maioria; Desrespeito ao profissional; Falta de tempo para a família.</i>

**APÊNDICE 3****CARTAZES HOSPITAL MUNICIPAL SALGADO FILHO**

Legenda:

Trechos da conversa no Grupo, escritos pelas pesquisadoras.

Resultados das Palestras, disponibilizados para o debate nos Grupos.

Resultados da pesquisa ESE, disponibilizados para o debate nos Grupos.

Intervenção realizada pelos trabalhadores no momento de confecção dos cartazes.

CARTAZES HMSF	LOCAL	MUNICIPAL	AMPLO
<p><b>CARTAZ 1 – NOTURNO</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Falha de Comunicação</li> <li>2. <b>MUDANÇA DE SETOR</b> – Porque tem muita gente que não quer nem pensar em mudar de setor. Mas às vezes é preciso. Deveria ter um rodízio, e deveria ter um acolhimento para que os colegas fossem para setores novos.</li> <li>3. Falta de espaço para descanso</li> <li>4. Falta de apoio da chefia</li> <li>5. <b>EXIGÊNCIAS</b> – Cai tudo sobre a enfermagem. Qualquer função dentro do hospital que não tenha dono é função da enfermagem. Aí acaba que você trabalha muitas vezes no improvisado.</li> <li>6. <b>FALTA DE AUTONOMIA</b> – A equipe de enfermagem é sobrecarregada de trabalho, mas não tem autonomia para exercer suas atividades.</li> <li>7. <b>“Respeito e reconhecimento no trabalho</b> – Um pouco mais da metade dos enfermeiros (59%) referiram não receber o reconhecimento e respeito que merecem, considerando seu esforço</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Falta de material</li> <li>2. Desvalorização do profissional</li> <li>3. Insatisfações</li> <li>4. Falhas administrativas</li> <li>5. <b>SAÚDE DO TRABALHADOR</b> – Daqui a pouco o paciente dá a vaga pra você. O paciente vai até querer cuidar de você.</li> <li>6. <b>CONDIÇÕES DE TRABALHO</b> – Você trabalha em condições tão desfavoráveis, com falta de recursos humanos, falta de material ou material de qualidade muito ruim. Isso acaba gerando tensão e estresse na equipe.</li> <li>7. <b>NÚMERO REDUZIDO DE FUNCIONÁRIOS</b> – Falta funcionário. Você trabalha por 3, por 4. Querem que você abrace tudo, mas isso não existe! Mas cobram isso da gente.</li> <li>8. <b>SALÁRIO E JORNADA DE TRABALHO</b> – Se o salário é baixo a gente tem que trabalhar muitas horas, tem uma jornada de trabalho imensa.</li> <li>9. <b>“Satisfação com seu trabalho</b> – A satisfação com o seu</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>“Vínculo</b> – Dos enfermeiros entrevistados, mais da metade têm dois ou três vínculos de trabalho; grande parte (84%) são funcionários públicos.”</li> <li>2. <b>Reconhecimento</b></li> <li>3. <b>“Pensou em abandonar a enfermagem:</b> 53% - nenhuma vez; 31% - algumas vezes durante o ano; 3% - algumas vezes por mês; 4% - algumas vezes por semana; 9% - todos os dias”</li> <li>4. <b>REDUÇÃO DA CARGA HORÁRIA OU REDUÇÃO DE TRABALHO?</b> – Talvez reduzir a carga horária signifique trabalhar mais. O mais importante não seria pensar em um piso salarial melhor?</li> <li>5. <b>CARGA DE TRABALHO</b> – Eu saí de casa na 4ª feira e só volto na 6ª às 20 horas. Então chega um momento que você não tem mais paciência pra dar carinho para o paciente.</li> <li>6. <b>“Formação</b> – 61% dos enfermeiros participantes da pesquisa têm pós-graduação (especialização e/ou residência) e 3% têm mestrado.”</li> </ol>

	<p>e conquistas. Mas, a maioria avalia que é tratado com respeito pelos supervisores, chefes e colegas de trabalho.”</p> <p>8. Tem coisas que você perde e não recupera. E é horrível.</p>	<p>trabalho na enfermagem foi relatada por 56% dos pesquisados.”</p>	<p>7. FORÇA E PODER – O problema é que a enfermagem tem força, muita força, mas não tem poder.</p> <p>8. “Salário/renda – Com relação ao salário / renda, quase a totalidade dos enfermeiros (97%) considera inadequado, levando em conta todo seu esforço ou conquistas.”</p> <p>9. PROTEÇÃO – A gente não fica doente porque Deus protege.</p> <p>10. PREPARAÇÃO PARA A APOSENTADORIA – Eu comecei a acompanhar algumas amigas, técnicas, enfermeiras e até mesmo médicas que foram se aposentando, e de vez em quando a gente conversava sobre isso “Ah, eu vou me aposentar. Será que eutô preparada pra isso? Vamos ver como é que vai ser.” Eu tive uma amiga que foi assim, ela se aposentou: agora eu vou aproveitar, vou fazer passeios, vou aos lugares com o meu marido. E aí ela ficou aposentada 45 dias, teve um problema de saúde e enfartou. Foi infarto fulminante.”</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



## CARTAZ 2 – NOTURNO

1. **MUDANÇA DE SETOR**  
– Porque tem muita gente que não quer nem pensar em mudar de setor. Mas às vezes é preciso. Deveria ter um rodízio, e deveria ter um acolhimento para que os colegas fossem para setores novos. *(apareceu no cartaz 1 – local)*
2. ESTAR
3. **ESPÍRITO MATERNAL**  
– A gente já trabalhou sem luva. A enfermagem tem um espírito maternal. Quer fazer tudo pra dar conta das atribuições até que não são suas. Aí não dá pra cuidar da saúde, da qualidade de vida.
4. ACABAR COM ESPÍRITO MATERNAL PARA TER MAIS TEMPO COM DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM.
5. Falta de autonomia para exercer suas atividades.
6. ACABAR POLÍTICA.
7. **CONDIÇÕES DE TRABALHO** – Você trabalha em condições tão desfavoráveis, com falta de recursos humanos, falta de material ou material de qualidade muito ruim. Isso

1. MELHORIA DAS INSTALAÇÕES HOSPITALARES.
2. CONTEMPLAR O NÚMERO DE PROFISSIONAIS NA ESCALA CORRETAMENTE.
3. IGUALDADE DOS BÔNUS E BENEFÍCIOS DOS SERVIDORES E UNIDADES.
4. **LICENÇAS** – Tem gente que fica muito tempo de licença e não tem nenhum preparo para a volta. Coloca em qualquer setor. Isso não ajuda nem o enfermeiro nem ao setor, porque ele acaba que não consegue trabalhar.
5. A BIOMETRIA LIBERA O SERVIDOR QUE AINDA NÃO TEM CONDIÇÕES DE DESENVOLVER SUAS ATIVIDADES. DEVERIA FAZER UMA AVALIAÇÃO MAIS CUIDADOSA, JÁ QUE É “SOBERANA” EM RELAÇÃO O DEPARTAMENTO E/OU DIREÇÃO DA INSTITUIÇÃO.
6. \*APROVAÇÃO DO PLANO DE CARGOS E SALÁRIOS.

1. ↑PISO SALARIAL  
↓CARGA HORÁRIA (30 hs)
2. Emprego anormal. Não acontece com os amigos. Não posso sair. Estou de plantão.
3. MAIS TEMPO FAMÍLIA
4. **SONO E TRABALHO NOTURNO** – Porque quando você trabalha à noite seu sono fica todo complicado, você não consegue mais dormir e ficar satisfeito com o sono. Quando você entra de férias, demora pra se acostumar, e quando se acostuma as férias acabam.

	<b>acaba gerando tensão e estresse na equipe.</b> <i>(apareceu no cartaz 1 – nível municipal)</i>	7. Qualquer função cai na enfermagem. Problemas da nutrição, da hotelaria, da manutenção, serviço social, psicologia...	
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

## CARTAZ 3 – DIURNO

1. **ACOMODAÇÃO** – O grupo de enfermagem é muito acomodado. A gente acaba aceitando todas as precariedades do trabalho.
2. **ADAPTAÇÃO** – Porque tem setores que são mais adequados para alguns profissionais que já não podem fazer algum tipo de trabalho. Acho que tem setores mais adaptados para a situação de saúde do enfermeiro. Precisa preparar o profissional pra isso.
3. **Acolhimento**
4. **Sobrecargas**
5. **DIFERENÇA ENTRE SETORES** – Tem setor que é muito complicado trabalhar com número de pessoal reduzido. Aí você tem que trabalhar demais, e não se cuida mesmo.
6. **Flexibilidade nas decisões.**

1. **NÚMERO REDUZIDO DE FUNCIONÁRIOS** – Falta funcionário. Você trabalha por 3, por 4. Querem que você abrace tudo, mas isso não existe! Mas cobram isso da gente. *(apareceu no cartaz 1 – nível municipal)*
2. **Preparação para a aposentadoria.**
3. **CRIAÇÃO DE NÚCLEO INTERNO DE SAÚDE DO TRABALHADOR (NAS UNIDADES DE SAÚDE)**
4. **“DOENÇAS MAIS REFERIDAS** – Pressão alta – 48%; Colesterol alto – 43%; Varizes – 42%; DORT ou LER – 40%; Gastrite – 32%; Problemas nas articulações – 22%; Doença do rim – 19%; Hérnia de disco – 13%.”

1. **REDUÇÃO DA CARGA HORÁRIA OU REDUÇÃO DE TRABALHO?** – Talvez reduzir a carga horária signifique trabalhar mais. O mais importante não seria pensar em um piso salarial melhor? *(apareceu no cartaz 1 – nível amplo)*
2. **Carga horária de trabalho extensa.**
3. **VÁRIOS EMPREGOS** – Essa cultura de mais de um emprego vem desde a faculdade. As pessoas não pensam em ter 1 bom emprego, mas em vários.
4. **SALÁRIO E JORNADA DE TRABALHO** – Se o salário é baixo a gente tem que trabalhar muitas horas, tem uma jornada de trabalho imensa. *(apareceu no cartaz 1 – nível municipal)*

## CARTAZ 4 – DIURNO

1. **CUIDADO X TRATAMENTO** – Porque o enfermeiro é o único profissional que cuida. O médico trata, o fisioterapeuta trata, o psicólogo trata. Todo mundo trata e vai embora. O enfermeiro fica ali o tempo todo. Todo mundo trata, só o enfermeiro cuida.
2. **MUDANÇAS NO MEIO DE TRABALHO** – “Isso faz mal pra gente também. Não é que você reclame de tudo, mas é que você gostaria de fazer coisas que você não pode e isso te incomoda. E aí você quer fazer mudanças. Não pode. Usar sua criatividade. Não pode. (...) E às vezes isso não é bem acolhido. Eu acho que essa postura passiva é mais patológica pra todo mundo. Eu acho que não se envolver, não se doar, não buscar, não lutar, não criticar, já é um sinal de patologia também.”
3. **LICENÇAS** – **Tem gente que fica muito tempo de licença e não tem nenhum preparo para a volta. Coloca em qualquer setor. Isso não ajuda nem o enfermeiro nem ao setor, porque ele acaba que não consegue**

1. **Preparação para a aposentadoria** – as pessoas levam ao máximo por conta de situação financeira.
2. **Carga horária excessiva** – saúde debilitada, má alimentação, qualidade de vida prejudicada.
3. **PREPARAÇÃO PARA A APOSENTADORIA** – Nós deveríamos ter uma preparação para se aposentar. Tem muita gente que não quer parar de trabalhar, e a gente sabe que tem gente que morre depois de aposentar.

1. **REDUÇÃO DA CARGA HORÁRIA OU REDUÇÃO DE TRABALHO?** – **Talvez reduzir a carga horária signifique trabalhar mais. O mais importante não seria pensar em um piso salarial melhor?** *(apareceu no cartaz 1 e 3 – nível amplo)*
2. **HORÁRIO DE TRABALHO** – Trabalhar de 2ª a 6ª feira, de 8 às 5 é o meu sonho. Se trabalho assim e ganho R\$ 6 mil, estava feliz. Mas tenho que trabalhar mil horas por semana para poder ter uma vida que eu acho coerente ao tempo que eu estudei.
3. **SALÁRIO E JORNADA DE TRABALHO** – **Se o salário é baixo a gente tem que trabalhar muitas horas, tem uma jornada de trabalho imensa.** *(apareceu no cartaz 1 – nível municipal e no cartaz 3 – nível amplo)*
4. **“Pensou em abandonar a enfermagem** – Praticamente a metade (47%) já pensou em abandonar a enfermagem pelo menos uma vez no último ano.”

	<p><b>trabalhar.</b> <i>(apareceu no cartaz 2 – nível municipal)</i></p> <p><b>4. EXIGÊNCIAS – Cai tudo sobre a enfermagem. Qualquer função dentro do hospital que não tenha dono é função da enfermagem. Aí acaba que você trabalha muitas vezes no improviso.</b> <i>(apareceu no cartaz 1 – nível local)</i></p> <p><b>5. A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO NA VIDA – “Você sentir felicidade por não ter férias, aí eu não sei se é patológico (risos). O que eu entendo do trabalho, na verdade é isso mesmo, o trabalho é a nossa vida. É fundamental porque é onde você passa a maior parte do tempo, onde você se relaciona com as pessoas. Mais tempo do que você passa com a sua família. Isso é muito grave. Você vive relações que você não escolhe. E eu vejo que isso é extremamente importante, porque o crescimento pessoal vem daí.”</b></p>		
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

<p><b>CARTAZ 5 – NOTURNO</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melhor condições de trabalho/ repouso.</li> <li>2. Melhor definição das competências de cada categoria profissional.</li> <li>3. Motivação da equipe de enfermagem.</li> <li>4. Poder da enfermagem se relaciona ao próprio poder de se regular, respeitar os seus limites.</li> <li>5. Exercício laboral.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Redimensionamento da área de atuação da unidade</li> <li>2. Revisão da capacidade instalada</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Piso salarial</li> <li>2. Votação da carga horária</li> <li>3. Alto nível de estresse por conta de muitos empregos, alta carga de trabalho.</li> </ol>
--------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## CARTAZ 6 – DIURNO

1. **CUIDADO X TRATAMENTO** – Porque o enfermeiro é o único profissional que cuida. O médico trata, o fisioterapeuta trata, o psicólogo trata. Todo mundo trata e vai embora. O enfermeiro fica ali o tempo todo. Todo mundo trata, só o enfermeiro cuida. *(apareceu no cartaz 4 – nível local)*
2. Falta de reconhecimento
3. Sobrecargas
4. **LICENÇAS** – Tem gente que fica muito tempo de licença e não tem nenhum preparo para a volta. Coloca em qualquer setor. Isso não ajuda nem o enfermeiro nem ao setor, porque ele acaba que não consegue trabalhar. *(apareceu no cartaz 2 – nível municipal e no cartaz 4 – nível local)*
5. A importância do cuidado de si
6. **DIFERENÇA ENTRE SETORES** – Porque tem setor que acaba adoecendo o trabalhador. Poderiam investigar até que ponto não é o setor que adocece o profissional. E aí era bom fazer um rodízio.

1. **CONDIÇÕES DE TRABALHO** – Você trabalha em condições tão desfavoráveis, com falta de recursos humanos, falta de material ou material de qualidade muito ruim. Isso acaba gerando tensão e estresse na equipe. *(apareceu no cartaz 1 – nível municipal e no cartaz 2 – nível local)*
2. Problemas relacionados à readaptação
3. Salário insuficiente ↔ múltiplos vínculos empregatícios
4. **CUIDADO DA SAÚDE** – Os profissionais de enfermagem do hospital deveriam ter que fazer exame periódico, como nas empresas. Trabalha tanto e não se cuida. Ao longo dos anos sente a consequência: prestes a se aposentar, doente, desviado de função.
5. **“Carga Horária de Trabalho Semanal** – até 40 horas: 15%; até 60 horas: 39%; até 90 horas: 35%; mais de 90 horas: 11%.”
6. **“Há quanto tempo trabalha na enfermagem** – até 10 anos: 13%; até 20 anos: 33%; até

1. Carga horária intensa
2. **SALÁRIO E JORNADA DE TRABALHO** – Se o salário é baixo a gente tem que trabalhar muitas horas, tem uma jornada de trabalho imensa. *(apareceu no cartaz 1 – nível municipal e nos cartazes 3 e 4 – nível amplo)*
3. Mudança de posição da enfermagem
4. Politização
5. **REDUÇÃO DA CARGA HORÁRIA OU REDUÇÃO DE TRABALHO?** – Talvez reduzir a carga horária signifique trabalhar mais. O mais importante não seria pensar em um piso salarial melhor? *(apareceu nos cartazes 1, 3 e 4 – nível amplo)*
6. **FALTA DE AUTONOMIA** – A equipe de enfermagem é sobrecarregada de trabalho, mas não tem autonomia para exercer suas atividades. *(apareceu no cartaz 1 – nível local)*
7. **NÚMERO REDUZIDO DE FUNCIONÁRIOS** – Falta funcionário. Você trabalha por

	<p><b>7. DIFERENÇA ENTRE SETORES – Tem setor que é muito complicado trabalhar com número de pessoal reduzido. Aí você tem que trabalhar demais, e não se cuida mesmo. (apareceu no cartaz 3 – nível local)</b></p> <p><b>8. ACOMODAÇÃO – O grupo de enfermagem é muito acomodado. A gente acaba aceitando todas as precariedades do trabalho. (apareceu no cartaz 3 – nível local)</b></p> <p><b>9. MUDANÇA DE SETOR – Porque tem muita gente que não quer nem pensar em mudar de setor. Mas às vezes é preciso. Deveria ter um rodízio, e deveria ter um acolhimento para que os colegas fossem para setores novos. (apareceu no cartaz 1 e 2 – local)</b></p> <p><b>10. ADAPTAÇÃO – Porque tem setores que são mais adequados para alguns profissionais que já não podem fazer algum tipo de trabalho. Acho que tem setores mais adaptados para a situação de saúde do enfermeiro. Precisa preparar o</b></p>	<p>30 anos: 46%; mais de 30 anos: 8%.”</p> <p><b>7. RELAÇÃO COM OS COLEGAS –</b> Porque os colegas de trabalho acabam sendo a nossa família. Por isso tem muita gente que se aposenta e morre.</p>	<p><b>3, por 4. Querem que você abrace tudo, mas isso não existe! Mas cobram isso da gente. (apareceu nos cartazes 1 e 3 – nível municipal)</b></p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



	<p><b>profissional pra isso. (apareceu no cartaz 3 – nível local)</b></p> <p><b>11. “DOENÇAS MAIS REFERIDAS – Pressão alta – 48%; Colesterol alto – 43%; Varizes – 42%; DORT ou LER – 40%; Gastrite – 32%; Problemas nas articulações – 22%; Doença do rim – 19%; Hérnia de disco – 13%.” (apareceu no cartaz 3 – nível municipal)</b></p>		
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

## CARTAZES HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO

### Legenda:

Trechos da conversa no Grupo, escritos pelas pesquisadoras.

Resultados das Palestras, disponibilizados para o debate nos Grupos.

Resultados da pesquisa ESE, disponibilizados para o debate nos Grupos.

Intervenção realizada pelos trabalhadores no momento de confecção dos cartazes.

Item que apareceu no cartaz, em meio a duas colunas. A cor do texto vai acompanhar àquelas da legenda acima. Apenas a marcação em cinza indica o aparecimento em meio a duas colunas.

CARTAZES HMMC	LOCAL	MUNICIPAL	AMPLO
<p><b>CARTAZ 1 – NOTURNO</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valorização!</li> <li>2. Poderia ter um núcleo de S.T. no hospital</li> <li>3. Atendimento está piorando. Chefia local não se movimenta. Qualidade piorou muito.</li> <li>4. Desrespeito</li> <li>5. <b>ACOMODAÇÃO</b> – O grupo de enfermagem é muito acomodado. A gente acaba aceitando todas as precariedades do trabalho.</li> <li>6. Tensão por falta de material ou material ruim</li> <li>7. <b>CONDIÇÕES DE TRABALHO</b> – Você trabalha em condições tão desfavoráveis, com falta de recursos humanos, falta de material ou material de qualidade muito ruim. Isso acaba gerando tensão e estresse na equipe.</li> <li>8. Condições para aumentar a auto estima.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exames periódicos</li> <li>2. Assistência ao trabalhador <u>no</u> hospital</li> <li>3. Preparação para a aposentadoria: psicologicamente; financeiro; o que fazer quando se aposentar?</li> <li>4. Sobrecargas</li> <li>5. Faltou respeito. Instalaram cegonha carioca.</li> <li>6. Não tem com quem reclamar no hospital público. Vai reclamar com quem?</li> <li>7. <b>NÚMERO REDUZIDO DE FUNCIONÁRIOS</b> – Falta funcionário. Você trabalha por 3, por 4. Querem que você abrace tudo, mas isso não existe! Mas cobram isso da gente.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Defasagem salarial</li> <li>2. Defesa dos direitos</li> <li>3. <b>REDUÇÃO DA CARGA HORÁRIA OU REDUÇÃO DE TRABALHO?</b> – Talvez reduzir a carga horária signifique trabalhar mais. O mais importante não seria pensar em um piso salarial melhor?</li> <li>4. <b>PREPARAÇÃO PARA A APOSENTADORIA</b> – Nós deveríamos ter uma preparação para se aposentar. Tem muita gente que não quer parar de trabalhar, e a gente sabe que tem gente que morre depois de se aposentar.</li> <li>5. Aposentadoria especial</li> <li>6. <u>Mobilização</u></li> <li>7. <b>SALÁRIO E JORNADA DE TRABALHO:</b> Se o salário é baixo a gente tem que trabalhar muitas horas, tem uma jornada de trabalho imensa.</li> <li>8. <b>FORÇA E PODER</b> – O problema é que a enfermagem tem força, muita força, mas não tem poder.</li> <li>9. Improvisar; Não tem local pra descanso; Noite é diferente, é fisiológico; Chefia, engenharia,</li> </ol>

			arquitetos, não sabem disso; para médico tem, enfermagem é relegada.
--	--	--	----------------------------------------------------------------------

## CARTAZ 2 – DIURNO

1. Programa de preparação para a aposentadoria.
2. O ideal é que não haja rodízio de setores. Se houver, que seja com treinamento.
3. **PROTEÇÃO** – A gente não fica doente porque Deus protege.
4. **CONDIÇÕES DE TRABALHO** – **Você trabalha em condições tão desfavoráveis, com falta de recursos humanos, falta de material ou material de qualidade muito ruim. Isso acaba gerando tensão e estresse na equipe. (apareceu no cartaz 1 – nível local)**
5. O enfermeiro não tem tempo pra cuidar de si.
6. Vive mais dentro do hospital que em casa.
7. Não é bem atendido quando o funcionário busca atendimento na unidade.
8. **RELAÇÃO COM OS COLEGAS** – Porque os colegas de trabalho acabam sendo a nossa família. Por isso tem muita gente que se aposenta e morre.
9. **NÚMERO REDUZIDO DE FUNCIONÁRIOS** – **Falta**

1. **CUIDADO DA SAÚDE** – Os profissionais de enfermagem do hospital deveriam ter que fazer exame periódico, como nas empresas. Trabalha tanto e não se cuida. Ao longo dos anos sente a consequência: prestes a se aposentar, doente, desviado de função.
2. Núcleo de ST nos hospitais. Dentro da unidade.
3. Adequação de renda para se aposentar.
4. Número reduzido de funcionários e sobrecarga como consequência.
5. Perda salarial muito alta quando se aposenta, aí você adia, e vai se sobrecarregando e adocece.
6. Salário não condiz com o que se trabalha. Aí tem vários empregos para suprir as necessidades.
7. Trabalha-se muito e não tem tempo nem pra dormir.
8. **MUDANÇAS NO MEIO DE TRABALHO** – “Isso faz mal pra gente também. Não é que você reclame de tudo, mas é que você gostaria de fazer coisas que você não pode e isso te incomoda. E aí você quer fazer mudanças. Não pode. Usar sua criatividade. Não pode. (...)

1. Categoria mal remunerada – vários empregos – adoecimento.
2. **REDUÇÃO DA CARGA HORÁRIA OU REDUÇÃO DE TRABALHO?** – Talvez reduzir a carga horária signifique trabalhar mais. O mais importante não seria pensar em um piso salarial melhor? *(apareceu no cartaz 1 - nível amplo)*
3. AO SAIR APOSENTADO NÃO TER PERCA *(sic)* NENHUMA EM SEU SALÁRIO.

	<p><b>funcionário. Você trabalha por 3, por 4. Querem que você abrace tudo, mas isso não existe! Mas cobram isso da gente. (apareceu no cartaz 1 – nível municipal)</b></p> <p>10. Carga horária menor daria mais tempo para a família.</p> <p>11. Condições de trabalho precárias. Falta EPI, mas tem que prestar assistência. E a minha saúde?</p> <p>12. Perde momentos com a família, por conta da organização do trabalho.</p>	<p>E às vezes isso não é bem acolhido. Eu acho que essa postura passiva é mais patológica pra todo mundo. Eu acho que não se envolver, não se doar, não buscar, não lutar, não criticar, já é um sinal de patologia também.”</p> <p>9. Trabalha doente porque tem medo de tirar licença por conta das perdas.</p> <p>10. Profissionais que se afastam (aposentam, adoecem) não são repostos.</p> <p>11. Quando se aposenta fica um estranho no ninho em casa. Aí adoece, fica depressivo.</p> <p><b>12. SALÁRIO E JORNADA DE TRABALHO – Se o salário é baixo a gente tem que trabalhar muitas horas, tem uma jornada de trabalho imensa. (apareceu no cartaz 1 – nível amplo)</b></p> <p>13. 30 horas para todos da categoria, e não só servidores municipais.</p> <p>14. Exames periódicos são necessários para os trabalhadores de enfermagem.</p> <p>15. LICENÇAS – Tem gente que fica muito tempo de licença e não tem nenhum preparo para a volta.</p>	
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

		<p>Coloca em qualquer setor. Isso não ajuda nem o enfermeiro nem ao setor, porque ele acaba que não consegue trabalhar.</p> <p>16. Excesso de trabalho faz você perder tempos com a família.</p>	
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

## CARTAZ 3 – DIURNO

1. Perdemos direitos que tínhamos como aposentadoria aos 25 anos.

2. Respeito profissional – médicos, todos os profissionais, têm que tratar bem a todos.

3. **SAÚDE DO TRABALHADOR** – Daqui a pouco o paciente dá a vaga pra você. O paciente vai até querer cuidar de você.

4. **EXIGÊNCIAS** – Cai tudo sobre a enfermagem. Qualquer função dentro do hospital que não tenha dono é função da enfermagem. Aí acaba que você trabalha muitas vezes no improvisado.

5. **FALTA DE AUTONOMIA** – A equipe de enfermagem é sobrecarregada de trabalho, mas não tem autonomia para exercer suas atividades.

6. O enfermeiro não tem autonomia porque não se impõe. Mas para se impor tem que ter certeza do que está falando. Nessa unidade não temos autonomia para atuar.

7. **MUDANÇA DE SETOR** – Porque tem muita gente que não

1. Muitas vezes falta autonomia porque não tem compromisso com o trabalho.

2. Eu não gostaria de ter vários empregos. Temos porque ganhamos pouco. Pra ter só um emprego tem que ganhar bem, ter um salário digno que não seja necessário ter 3 ou 4 empregos.

3. Nunca soubemos que existia saúde do trabalhador na prefeitura. Se existe nunca funcionou.

4. Ninguém afasta os doentes, o máximo é realocação.

5. O que vemos é uma enfermagem muito adoecida: obesidade, diabetes, hipertensão, doenças psíquicas. E não temos a quem recorrer.

6. As pessoas trabalham adoecidas psiquicamente e não se dá solução, ninguém cuida. Vai para a saúde mental, e é devolvida. Como pode atuar na enfermagem assim?

7. **“Idade:** A idade média dos enfermeiros é de 46 anos; o mais novo tem 24 anos e o mais velho, 66 anos.”

8. **LICENÇAS** – **Tem gente que fica muito tempo de licença e não tem nenhum preparo para a volta. Coloca em qualquer setor. Isso não**

1. **PISO SALARIAL SATISFATÓRIO**

2. Deveriam explicar quais são os nossos direitos

3. A luta não deve ser por 30 horas, mas por condições dignas (com recursos, inclusive humanos) e salário digno.

4. Todos vêem os problemas, mas ninguém faz nada.

3. **REDUÇÃO DA CARGA HORÁRIA OU REDUÇÃO DE TRABALHO?** – **Talvez reduzir a carga horária signifique trabalhar mais. O mais importante não seria pensar em um piso salarial melhor?** *(apareceu nos cartazes 1 e 2 - nível amplo)*

5. **“Sono** – O sono é outro fator importante para a saúde. Quando perguntados sobre a satisfação com seu sono, 43% dos enfermeiros se sentem insatisfeitos.”



	<p>quer nem pensar em mudar de setor. Mas às vezes é preciso. Deveria ter um rodízio, e deveria ter um acolhimento para que os colegas fossem para setores novos.</p> <p>8. TEMPO DE DESLOCAMENTO – Além do tempo de trabalho, tem o tempo que gasta no trajeto. Acaba que prefere o plantão de 24 horas.</p> <p>9. A gente gosta de trabalhar, gosta do Miguel Couto, mas não tem apoio.</p> <p>10. <b>CONDIÇÕES DE TRABALHO – Você trabalha em condições tão desfavoráveis, com falta de recursos humanos, falta de material ou material de qualidade muito ruim. Isso acaba gerando tensão e estresse na equipe.</b> <i>(apareceu nos cartazes 1 e 2 – nível local)</i></p> <p>11. <b>CUIDADO DA SAÚDE –</b> Os profissionais de enfermagem do hospital deveriam ter que fazer exame periódico, como nas empresas. Trabalha tanto e não se cuida. Ao longo dos anos sente a consequência: prestes a se apo-</p>	<p><b>ajuda nem o enfermeiro nem ao setor, porque ele acaba que não consegue trabalhar.</b> <i>(apareceu no cartaz 2 – nível municipal)</i></p> <p>9. A enfermagem não deveria se calar frente aos problemas do hospital, mas se cala por medo.</p> <p>10. <b>PREPARAÇÃO PARA APOSENTADORIA –</b> Eu comecei a acompanhar algumas amigas, técnicas, enfermeiras e até mesmo médicas que foram se aposentando, e de vez em quando a gente conversava sobre isso “Ah, eu vou me aposentar. Será que eutô preparada pra isso? Vamos ver como é que vai ser.” Eu tive uma amiga que foi assim, ela se aposentou: agora eu vou aproveitar, vou fazer passeios, vou aos lugares com o meu marido. E aí ela ficou aposentada 45 dias, teve um problema de saúde e enfartou. Foi infarto fulminante.”</p> <p>11. Não é porque você é funcionário que vai ser bem atendido no hospital.</p> <p>13. <b>CUIDADO DA SAÚDE –</b> Os profissionais de enfermagem do hospital deveriam ter que fazer exame periódico, como nas empresas. Trabalha tanto e não se cuida. Ao longo dos anos sente a consequência: prestes a</p>	<p>6. Você ganha (no funcionalismo público) em gratificações. Por isso ninguém se aposenta.</p> <p>7. <b>ACOMODAÇÃO – O grupo de enfermagem é muito acomodado. A gente acaba aceitando todas as precariedades do trabalho.</b> <i>(apareceu no cartaz 1 – nível local)</i></p> <p>8. <b>SALÁRIO E JORNADA DE TRABALHO – Se o salário é baixo a gente tem que trabalhar muitas horas, tem uma jornada de trabalho imensa.</b> <i>(apareceu no cartaz 1 – nível amplo e no cartaz 2 – nível municipal)</i></p> <p>9. <b>CUIDADO X TRATAMENTO –</b> Porque o enfermeiro é o único profissional que cuida. O médico trata, o fisioterapeuta trata, o psicólogo trata. Todo mundo trata e vai embora. O enfermeiro fica ali o tempo todo. Todo mundo trata, só o enfermeiro cuida.</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>sentar, doente, desviado de função. <i>(apareceu no cartaz 2 – nível municipal)</i></p> <p>12. Quero ser cuidada. Já trabalhei 30 anos.</p>	<p>se aposentar, doente, desviado de função. <i>(apareceu no cartaz 2 – nível municipal)</i></p> <p>12. Quero ser cuidada. Já trabalhei 30 anos.</p>	
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

## CARTAZ 4 – NOTURNO

1. Falta de prioridade no atendimento do funcionário.
2. **ADAPTAÇÃO** – Porque tem setores que são mais adequados para alguns profissionais que já não podem fazer algum tipo de trabalho. Acho que tem setores mais adaptados para a situação de saúde do enfermeiro. Precisa preparar o profissional pra isso.
14. **CUIDADO DA SAÚDE** – **Os profissionais de enfermagem do hospital deveriam ter que fazer exame periódico, como nas empresas. Trabalha tanto e não se cuida. Ao longo dos anos sente a consequência: prestes a se aposentar, doente, desviado de função.***(apareceu no cartaz 2 – nível municipal e no cartaz 3 – entre os níveis local e municipal)*
3. **FALTA DE AUTONOMIA** – **A equipe de enfermagem é sobrecarregada de trabalho, mas não tem autonomia para exercer suas atividades.***(apareceu no cartaz 3 – nível local)*
4. **DIFERENÇA ENTRE SETORES** – Tem setor que é

1. Necessidade de um acompanhamento psicológico do funcionário.
2. Falta de piso salarial digno
3. Falta de exame periódico
4. Desvalorização do Profissional ↔ Desmotivação do Profissional
5. **EMPREGO ANORMAL** – Eu queria ter um emprego normal. A minha família quando vai marcar festa de família tem que se preocupar se eu vou estar trabalhando ou em casa.
6. “Tem coisas que você perde e não recupera. E é horrível.”
7. **TEMPO DE DESLOCAMENTO** – Além do tempo de trabalho, tem o tempo que gasta no trajeto. Acaba que prefere o plantão de 24 horas.*(apareceu no cartaz 3 – nível local)*
8. **ACOMODAÇÃO** – **O grupo de enfermagem é muito acomodado. A gente acaba aceitando todas as precariedades do trabalho.***(apareceu no cartaz 1*

1. Preparação para aposentadoria.
2. **PREPARAÇÃO PARA A APOSENTADORIA** – **Nós deveríamos ter uma preparação para se aposentar. Tem muita gente que não quer parar de trabalhar, e a gente sabe que tem gente que morre depois de aposentar.***(apareceu no cartaz 1 – nível amplo)*
3. **“Carga horária semanal de trabalho profissional** – até 40 horas – 19,7%; de 41 a 60 horas – 33,8%; de 61 a 90 horas – 29,6%; de 91 a 132 horas – 16,9%.”
4. **NÚMERO REDUZIDO DE FUNCIONÁRIOS** – **Falta funcionário. Você trabalha por 3, por 4. Querem que você abrace tudo, mas isso não existe! Mas cobram isso da gente.***(apareceu no cartaz 1 – nível municipal e no cartaz 2 – nível local)*
5. Vale a pena se aposentar?
6. **“Idade: A idade média dos enfermeiros é de 46 anos; o mais novo tem 24 anos e o mais velho, 66 anos.”***(apareceu no cartaz 3 – nível municipal)*

	<p>muito complicado trabalhar com número de pessoal reduzido. Aí você tem que trabalhar demais, e não se cuida mesmo.</p> <p>5. Funcionário que adoece tem que ser bem tratado.</p> <p>6. <b>PROTEÇÃO – A gente não fica doente porque Deus protege.</b> (apareceu no cartaz 2 – nível local)</p>	<p>– nível local e no cartaz 3 – nível amplo)</p> <p>9. “<b>Família</b> – Pouco mais da metade dos enfermeiro que respondeu à pesquisa é casada (52%) e 60% têm filhos.”</p> <p>10. “<b>Pensou em abandonar a enfermagem:</b> nenhuma vez – 50,6%; algumas vezes durante o ano – 25,3%; algumas vezes por mês ou semana – 16,5%; todos os dias – 7,6%.”</p> <p>11. “<b>Se pudesse, sairia do plantão noturno?:</b> não sairia – 53,2%; ficaria na dúvida – 17%; sairia em algum momento – 14,9%; sairia imediatamente – 12,8%, indiferente – 2,1%.”</p> <p>12. <b>CONDIÇÕES DE TRABALHO</b> – Você trabalha em condições tão desfavoráveis, com falta de recursos humanos, falta de material ou material de qualidade muito ruim. Isso acaba gerando tensão e estresse na equipe.(apareceu nos cartazes 1, 2 e 3 – nível local)</p>	<p>7. Aposentadoria: representação de perda?</p> <p>8. <b>FORÇA E PODER – O problema é que a enfermagem tem força, muita força, mas não tem poder.</b> (apareceu no cartaz 1 – nível amplo)</p> <p>9. “<b>Pensou em abandonar a enfermagem:</b> nenhuma vez – 50,6%; algumas vezes durante o ano – 25,3%; algumas vezes por mês ou semana – 16,5%; todos os dias – 7,6%.”</p> <p>10. “<b>Se pudesse, sairia do plantão noturno?:</b> não sairia – 53,2%; ficaria na dúvida – 17%; sairia em algum momento – 14,9%; sairia imediatamente – 12,8%, indiferente – 2,1%.”</p> <p>13. <b>CONDIÇÕES DE TRABALHO</b> – Você trabalha em condições tão desfavoráveis, com falta de recursos humanos, falta de material ou material de qualidade muito ruim. Isso acaba gerando tensão e estresse na equipe.(apareceu nos cartazes 1, 2 e 3 – nível local)</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## CARTAZ 5 – NOTURNO

1. Falta de autonomia para o enfermeiro.
2. Pouco respeito ao profissional e entre profissionais.
3. SONO – “Eu não tomo remédio pra dormir, eu tenho tranquilidade. Não tenho é tempo. Meu sonho de consumo é realmente dormir.”
4. **SAÚDE DO TRABALHADOR** – Daqui a pouco o paciente dá a vaga pra você. O paciente vai até querer cuidar de você. *(apareceu no cartaz 3 – nível local)*
5. **DIFERENÇA ENTRE SETORES** – Tem setor que é muito complicado trabalhar com número de pessoal reduzido. Aí você tem que trabalhar demais, e não se cuida mesmo. *(apareceu no cartaz 4 – nível local)*
6. **CUIDADO X TRATAMENTO** – Porque o enfermeiro é o único profissional que cuida. O médico trata, o fisioterapeuta trata, o psicólogo trata. Todo mundo trata e vai embora. O enfermeiro fica ali o tempo todo. Todo mundo trata,

1. A saúde pública está doente!
2. Desvalorização entre profissionais.
3. Autoritarismo
4. **PREPARAÇÃO PARA A APOSENTADORIA** – Eu comecei a acompanhar algumas amigas, técnicas, enfermeiras e até mesmo médicas que foram se aposentando, e de vez em quando a gente conversava sobre isso “Ah, eu vou me aposentar. Será que eutô preparada pra isso? Vamos ver como é que vai ser.” Eu tive uma amiga que foi assim, ela se aposentou: agora eu vou aproveitar, vou fazer passeios, vou aos lugares com o meu marido. E aí ela ficou aposentada 45 dias, teve um problema de saúde e enfartou. Foi infarto fulminante.” *(apareceu no cartaz 3 – nível municipal)*

1. Múltiplos vínculos empregatícios prejudicam a saúde e o trabalho do profissional.
2. Atuação insatisfatória do Coren e do Sindicato.
3. **EXIGÊNCIAS** – Cai tudo sobre a enfermagem. Qualquer função dentro do hospital que não tenha dono é função da enfermagem. Aí acaba que você trabalha muitas vezes no improvisado. *(apareceu no cartaz 3 – nível local)*
4. **VÁRIOS EMPREGOS** – Essa cultura de mais de um emprego vem desde a faculdade. As pessoas não pensam em ter 1 bom emprego, mas em vários.
5. **FORÇA E PODER** – O problema é que a enfermagem tem força, muita força, mas não tem poder. *(apareceu nos cartazes 1 e 4 – nível amplo)*
6. **FALTA DE AUTONOMIA** – A equipe de enfermagem é sobrecarregada de trabalho, mas não tem autonomia para exercer suas atividades. *(apareceu nos cartazes 3 e 4 – nível local)*

	<b>só o enfermeiro cuida.</b> ( <i>apareceu no cartaz 3 – nível amplo</i> )		
--	-----------------------------------------------------------------------------	--	--

## CARTAZ 6 – DIURNO

1. Você tem que ter o direito ao descanso quando trabalha à noite.
2. Quando se trabalha à noite o estresse é muito maior. Porque a estrutura de apoio é menor. Requer força, não só mental, mas física.
3. A enfermagem tem prazo de validade. É um desgaste físico e mental.
4. Escassez de profissionais faz com que você tenha muitas atividades a desempenhar.
5. **COMPETITIVIDADE NA ENFERMAGEM** – A enfermagem é muito competitiva. Às vezes é difícil trabalhar em equipe por isso.
6. **NÚMERO REDUZIDO DE FUNCIONÁRIOS** – Falta funcionário. Você trabalha por 3, por 4. Querem que você abrace tudo, mas isso não existe! Mas cobram isso da gente. *(apareceu no cartaz 1 – nível municipal, no cartaz 2 – nível local, e no cartaz 4 – nível amplo)*

1. “Situação financeira atual em comparação aos 12 anos de idade: melhor – 53,2%; igual – 32,5%; pior – 14,3%.”
2. **PREPARAÇÃO PARA A APOSENTADORIA** – Nós deveríamos ter uma preparação para se aposentar. Tem muita gente que não quer parar de trabalhar, e a gente sabe que tem gente que morre depois de aposentar. *(apareceu nos cartazes 1 e 4 – nível amplo)*
3. A saúde está em crise.
4. **SALÁRIO E JORNADA DE TRABALHO** – Se o salário é baixo a gente tem que trabalhar muitas horas, tem uma jornada de trabalho imensa. *(apareceu nos cartazes 1 e 3 – nível amplo e no cartaz 2 – nível municipal)*
5. “Carga horária semanal de trabalho profissional – até 40 horas – 19,7%; de 41 a 60 horas – 33,8%; de 61 a 90 horas – 29,6%; de 91 a 132 horas – 16,9%.” *(apareceu no cartaz 4 – nível amplo)*
6. A saúde no Rio de Janeiro é sempre maquiada.

1. **REDUÇÃO DA CARGA HORÁRIA OU REDUÇÃO DE TRABALHO?** – Talvez reduzir a carga horária signifique trabalhar mais. O mais importante não seria pensar em um piso salarial melhor? *(apareceu nos cartazes 1, 2 e 3 - nível amplo)*
2. “Tempo de trabalho na enfermagem: até 10 anos – 15,6%; de 11 a 20 anos – 32,5%; de 21 a 36 anos – 51,9%.”

	<p>7. Nessa profissão tem muita gente sem tempo de cuidar da saúde, fazer exercícios físicos.</p> <p>8. <b>DIFERENÇA ENTRE SETORES – Tem setor que é muito complicado trabalhar com número de pessoal reduzido. Aí você tem que trabalhar demais, e não se cuida mesmo.</b><i>(apareceu nos cartazes 4 e 5 – nível local)</i></p> <p>9. <b>“Hábitos e estilo de vida:</b> Hoje já se sabe que alguns hábitos de vida estão diretamente ligados à saúde. No grupo pesquisado: 72% não pratica exercício físico; 73% se considera acima do peso; 13% fuma; 12% ingere bebida alcoólica mais de duas vezes por semana; 19% consome alimentos fritos mais de quatro vezes por semana.”</p> <p>15. <b>CUIDADO DA SAÚDE – Os profissionais de enfermagem do hospital deveriam ter que fazer exame periódico, como nas empresas. Trabalha tanto e não se cuida. Ao longo dos anos sente a conseqüência: prestes a se aposentar, doente, desviado de função.</b><i>(apareceu no cartaz 2</i></p>	<p>7. Deveria ser 25 anos de trabalho para aposentadoria.</p> <p>8. <b>ESPÍRITO MATERNAL</b> – A gente já trabalhou sem luva. A enfermagem tem um espírito maternal. Quer fazer tudo pra dar conta das atribuições até que não são suas. Aí não dá pra cuidar da saúde, da qualidade de vida.</p> <p>9. <b>QUANTO MAIS TEM, MAIS QUER</b> – Falta tempo pra fazer qualquer coisa fora do trabalho. Mas também porque quanto mais a gente tem, mais a gente quer. E a sociedade estimula cada vez mais a gastar, aí você tem que trabalhar em muitos lugares pra suprir essas necessidades.</p>	
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--



	<i>– nível municipal, no cartaz 3 – entre os níveis local e municipal e no cartaz 4 – nível local)</i>		
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--