

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

***“Trabalho em hospital: uma reflexão sobre os desafios à vigilância para promoção da saúde dos profissionais de saúde”***

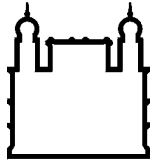
*por*

***Roberta Alamonica de Oliveira***

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

*Orientador principal: Prof. Dr. Jorge Mesquita Huet Machado  
Segunda orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Simone Santos Silva Oliveira*

*Rio de Janeiro, abril de 2013.*



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

*Esta dissertação, intitulada*

***“Trabalho em hospital: uma reflexão sobre os desafios à vigilância para promoção da saúde dos profissionais de saúde”***

*apresentada por*

***Roberta Alamonica de Oliveira***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof. Dr. Hélder Pordeus Muniz

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Jussara Cruz de Brito

Prof. Dr. Jorge Mesquita Huet Machado – Orientador principal

*Dissertação defendida e aprovada em 19 de abril de 2013.*

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

O48 Oliveira, Roberta Alamonica de  
Trabalho em hospital: uma reflexão sobre os desafios à  
vigilância para promoção da saúde dos profissionais de saúde.  
/ Roberta Alamonica de Oliveira. -- 2013.  
171 f. : graf.

Orientador: Machado, Jorge Mesquita Huet  
Oliveira, Simone Santos Silva  
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde  
Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

1. Saúde do Trabalhador. 2. Vigilância em Saúde do  
Trabalhador. 3. Ergologia. 4. Pessoal de Saúde. I. Título.

CDD - 22.ed. – 363.11

***DEDICATÓRIA***

*A minha poderosa intercessora, Nossa Senhora!*

*A minha amada família!*

*Vânia e José Roberto, meus pais*

*Ormi, minha avó*

*Juliana e Aline, minha irmãs*

*Catarina, minha sobrinha*

*Marcio, meu cunhado*

*Fábio, meu esposo.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Ao amor incondicional de Deus que me ajudou a iniciar, trilhar e concluir o mestrado.*

*Às pessoas que cruzaram meu caminho nessa caminhada, especialmente, aos meus orientadores, Simone e Jorge.*

*À Simone por sua acolhida maternal e docilidade, por todas as orientações extremamente bem colocadas sem quais não seria possível se chegar até aqui.*

*Ao Jorge pelos ensinamentos sobre Saúde do Trabalhador e Vigilância, essenciais ao desenvolvimento deste trabalho.*

*Aos amigos do Grupo PISTAS, por todas as contribuições e pela doce convivência.*

*Às queridas amigas Nádia, Ana Lídia e Ana Paula que caminharam comigo durante esses dois anos, pelas experiências compartilhadas e por todo carinho.*

*À mamãe Vânia, ao papai José Roberto, às irmãs Juliana e Aline, agradeço por me ouvir, incentivar, apoiar fazendo tudo parecer possível.*

*Ao meu amor, Fábio, por entender minhas ausências nesse início de união. Sem o seu amor e compreensão não teria suportado essa jornada. Amo-te por isso e por tudo.*

*Às trabalhadoras que se sensibilizaram e participaram da pesquisa, construindo comigo este trabalho. Espero ter contribuído!*

*Muito Obrigada!*

*“Comunicar não significa elucidar mensagens verbais, significa antes reconstruir,  
parcialmente, como os interlocutores, o sentido das palavras”.*  
*(Daniel Faïta)*

## RESUMO

Nesta dissertação buscamos compreender, por meio de uma reflexão sobre a atuação de um Núcleo de Saúde do Trabalhador a partir de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), os desafios à Vigilância em Saúde do Trabalhador. Para tanto, os referenciais teóricos utilizados foram: a Saúde do Trabalhador, a concepção vitalista de saúde presente na obra de Georges Canguilhem e a perspectiva ergológica proposta por Yves Schwartz, dando destaque ao *ponto de vista da atividade*. Trata-se de um estudo qualitativo, desenvolvido em três momentos: primeiro – visitas ao Núcleo de Saúde do Trabalhador e a UTIN, levantamento e análise de documentos referentes às ações desenvolvidas pelo núcleo, e entrevistas com os membros desta equipe; segundo – aplicação do Inquérito de Saúde e Trabalho em Serviço (INSATS) e realização dos Encontros sobre o trabalho com a equipe de saúde da UTIN; terceiro – discussão com as profissionais do núcleo sobre os resultados encontrados. A análise dos dados documentais e das entrevistas realizadas com o núcleo revelou que as condições inadequadas de trabalho limitam o exercício profissional desta equipe. Ao estudarmos a atividade das profissionais dessa UTIN percebemos que os resultados encontrados apontam para uma forte mobilização do *corpo si* relacionada à gravidade das patologias dos bebês internados e as constantes solicitações demandadas dessas profissionais. As condições de trabalho vivenciadas por essas trabalhadoras nem sempre favorecem ou até colocam em risco a saúde. A dupla jornada foi apontada pela maioria das profissionais. Observamos a materialização das desigualdades de gênero e das funções socialmente atribuídas ao sexo feminino. Destacamos ser primordial a consolidação do conceito de Saúde do Trabalhador e da Vigilância em Saúde do Trabalhador entre os setores do hospital, no sentido de ampliar a capacidade de negociação coletiva, sobretudo pela valorização do saber advindo da experiência, bem como buscar uma linha de trabalho em que uma relação inventiva e prazerosa com o trabalho seja o principal norteador. Produzir bons encontros que impulsionem compreender-transformar a atividade e, conseqüentemente, os sentidos da participação social são ferramentas importantes à efetivação do cuidado do outro e do cuidado de si.

Palavras-chaves: Saúde do Trabalhador; Vigilância em Saúde do Trabalhador; Ergologia; Pessoal de Saúde.

## ABSTRACT

This dissertation seeks to understand, through a reflection on the performance of a Worker Health Nucleus from a Neonatal Intensive Care Unit (NICU), the challenges in Work Health Surveillance. To this end, the theoretical references used were: the Worker Health, the vitalistic health conception according to Georges Canguilhem and ergologic perspective proposed by Yves Schwartz, highlighting the activity point of view. This is a qualitative study conducted in three stages: first - visits to the Worker Health Nucleus and NICU, survey and analysis of documents related to the actions developed by the nucleus, and interviews with members of this team; second – application of the Survey on Work and Health Service (INSATS) and realization of Meetings about the work with the health team of NICU; third - discussion with the professionals of the nucleus about the findings. The analysis relating to documentary evidence and interviews with the nucleus revealed that inadequate work conditions limit the professional practice of this team. In studying the activity of this NICU professionals we realize that the results found point to a strong mobilization of the *body self* related to the severity of the hospitalized babies pathologies and the constant demands requests by these professionals. The working conditions experienced by these workers do not always favor, or even endanger the health. A double journey was indicated by most professionals. We observe the materialization of gender inequalities and social functions assigned to females. We highlight being primordial the consolidation of the concept of Worker Health and Worker Health Surveillance between hospital departments, to expand the capacity of collective negotiation, especially by the appreciation of the knowledge from experience, and search for a line of work in which an inventive and enjoyable relationship with work are the main guiding principle. Producing good meetings that foster understand-transforming the activity and, therefore the meanings of social participation are important tools for effective care and other care for oneself.

Keywords: Worker Health; Worker Health Surveillance; Ergology; Health Personal.



## LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS

<b>Quadro 1</b> – Referências consideradas para discussão e análise, por tipo de estudo, ano de publicação e abordagem.	24
<b>Quadro 2</b> – Quantitativo de pessoas por categoria que participaram da pesquisa.	46
<b>Quadro 3</b> – Demais atividades desenvolvidas pelo Núcleo de Saúde do Trabalhador.	62
<b>Quadro 4</b> – Número de profissionais por categoria e tipo de vínculo.	79
<b>Quadro 5</b> – Quantitativo de profissionais por faixa etária e por categoria.	80
<b>Quadro 6</b> – Nível de escolaridade por categoria e por tipo de vínculo.	81
<b>Quadro 7</b> – Tempo total de trabalho por semana, por tipo de vínculo e por categoria.	82
<b>Quadro 8</b> – Tempo total de lazer das participantes por semana e categoria.	83
<b>Quadro 9</b> - Fatores de exposição no trabalho.	87
<b>Quadro 10</b> – Exigências físicas no trabalho.	89
<b>Quadro 11</b> – Situações de exposição.	91
<b>Quadro 12</b> – Sobre o reconhecimento e satisfação no trabalho.	98
<b>Quadro 13</b> – Fatores assinalados com incômodos no trabalho.	100
<b>Quadro 14</b> – Número de pessoas que residem junto com as participantes.	103
<b>Quadro 15</b> – Responsabilidades domésticas.	104
<b>Quadro 16</b> – Tempo semanal gasto com trabalho doméstico por categoria.	105
<b>Quadro 17</b> – Problemas de saúde apresentados pelos participantes.	106
<b>Gráfico 1</b> – Quantitativo de profissionais por categoria que consideram ter a saúde afetada pelo trabalho realizado.	106

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b>	09
<b>INTRODUÇÃO</b>	10
<b>CAPÍTULO 1 – ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE TRABALHO E SAÚDE</b>	12
<b>CAPÍTULO 2 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR</b>	16
2.1 Vigilância em Saúde do Trabalhador no setor saúde no Brasil	21
2.2 Saúde do trabalhador da saúde do SUS: um enfoque legal	34
<b>CAPÍTULO 3 – A RELAÇÃO SAÚDE/TRABALHO SOB O PONTO DE VISTA DA ATIVIDADE</b>	38
<b>CAPÍTULO 4 – PERCURSO METODOLÓGICO</b>	42
4.1 Campo empírico	43
4.2 Desenvolvimento da Pesquisa de Campo	45
4.3 Análise da atividade	54
<b>CAPÍTULO 5 - OS RESULTADOS E SUA ANÁLISE</b>	56
5.1 O Núcleo de Saúde do Trabalhador	56
5.1.1 Como tudo começou... A história da criação do NUSAT	58
5.1.2 A realidade atual das atividades desenvolvidas pelo NUSAT	63
5.1.3 Condições de trabalho	71
5.1.4 Organização do trabalho e autonomia	76
5.2 Contribuições do INSATS	78
5.2.1 Identificação pessoal e profissional da equipe de saúde	78
5.2.2 Jornada de trabalho	82
5.2.3 Condições e características do trabalho	85
5.2.4 O que mais me incomoda no trabalho	99
5.2.5 Educação e trabalho	102
5.2.6 Vida familiar, trabalho doméstico e lazer	103
5.2.7 O meu estado de saúde	105
5.2.8 Proteção e cuidados	112
5.3 Encontros sobre o trabalho na UTIN	114
5.4 Encontros sobre o trabalho no NUSAT	139
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	146
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	150
<b>ANEXOS</b>	159
<b>APÊNDICES</b>	164

## APRESENTAÇÃO

Neste trabalho buscamos conhecer os desafios à Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), especificamente os voltados aos trabalhadores da saúde.

A trajetória percorrida, que nos levou a escolher a temática da Vigilância em Saúde do Trabalhador com enfoque nos profissionais da saúde, se iniciou durante a graduação no curso de enfermagem, pela percepção da carência de políticas destinadas a este grupo. Essa questão ganha contornos mais claros com minha inserção no Mestrado em Saúde Pública a partir dos referenciais da Saúde do Trabalhador, entre eles a Vigilância.

O primeiro contato teórico com o campo da Saúde do Trabalhador aconteceu por intermédio das disciplinas Produção e Saúde I, coordenada pelo professor Carlos Minayo Gómez e Relações saúde, trabalho e direito - uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória, coordenada pelos professores Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos, Maria Helena Barros de Oliveira e Renato José Bonfatti.

Paralelamente às disciplinas fui convidada a participar do grupo Pesquisa e Intervenção em Atividade de Trabalho, Saúde e Relações de Gênero (PISTAS), do Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (ENSP/FIOCRUZ), sob a coordenação das professoras Jussara Cruz de Brito e Simone Santos Oliveira. Essa experiência foi enriquecedora, pois a dinâmica dos encontros – onde cada membro do grupo apresenta o trabalho que vem desenvolvendo – favorece a construção compartilhada de conhecimentos, representando um espaço real para a construção coletiva do saber.

Neste período, pude ainda participar da equipe interdisciplinar do projeto de pesquisa intitulado Panorama Nacional da Saúde dos Trabalhadores da Saúde<sup>1</sup>. Esta pesquisa teve como ponto de partida a situação atual do trabalho em saúde, considerando os vários âmbitos de precarização do trabalho no setor, tanto na esfera pública como na privada, e por objetivo geral a perspectiva de construir um panorama da saúde dos trabalhadores da saúde para desenvolver ações e políticas no setor. Nesse espaço, pude conhecer e estudar a Vigilância em Saúde do Trabalhador e reconhecê-la como importante perspectiva da saúde pública para intervir, transformar e promover a saúde dos trabalhadores.

Partindo desta compreensão e da inquietação pessoal, elegi estudar essa temática sob a ótica da Vigilância em Saúde do Trabalhador visando contribuir para o planejamento de ações no sentido da melhoria da qualidade de vida daqueles que tem como ofício cuidar de pessoas.

---

<sup>1</sup> Pesquisa financiada pelo Ministério da Saúde e coordenada por Jorge Mesquita Huet Machado e Ada Avila Assunção.

## INTRODUÇÃO

Atualmente tem sido crescente a discussão sobre o trabalho em saúde, principalmente no que diz respeito à saúde dos trabalhadores da saúde. No ano de 2006 a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) dedicaram esse ano aos recursos humanos em saúde. No Brasil, o Ministério da Saúde consagrou o mesmo como o Ano dos Trabalhadores em Saúde, sinalizando a necessidade de ampliação das ações em prol dos trabalhadores em saúde no país (OMS, 2006; OPS, 2005). Em meados de 2012 foi publicado o documento Panorama da Saúde dos Trabalhadores da Saúde onde são apresentados elementos conceituais, metodológicos e operacionais no sentido de contribuir para a formulação de um modelo de vigilância em saúde do trabalhador de saúde, que venha subsidiar os profissionais da área e os demais atores envolvidos na transformação das condições do trabalho em saúde (MACHADO e ASSUNÇÃO, 2012).

Neste estudo, aproximamo-nos desse referencial buscando conhecer a dinâmica de trabalho do Núcleo de Saúde do Trabalhador (NUSAT) de um Hospital Federal do município do Rio de Janeiro e os desafios às ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador a partir de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal dessa instituição.

Essa opção foi influenciada por se tratar de uma instituição considerada centro de referência e de desenvolvimento tecnológico para o Sistema Único de Saúde (SUS) que contempla assistência terciária, ensino e pesquisa na área da saúde da mulher, criança e adolescente.

Visando construir esse diálogo com os trabalhadores, nos aproximamos do referido núcleo e apresentamos o estudo e nossa intenção de conhecer a atividade desenvolvida naquele setor, bem como os desafios em estabelecer ações que se aproximem ao referencial da Vigilância em Saúde do Trabalhador, um dos principais norteadores à constituição do trabalho nesse tipo de serviço. Expomos ainda, o anseio de vislumbrar mais concretamente esse desafio a partir de um local onde houvesse ações prévias do núcleo, tendo em vista a melhoria das condições de trabalho, ou ainda, em um setor que demandasse esse tipo de atuação.

Nesse diálogo, elegemos o serviço de UTIN, pelo pressuposto de este ser um setor que demanda um olhar mais atento na perspectiva da vigilância. A UTIN é um setor fechado, com uma rotina intensa de trabalho, são constantes as solicitações dos trabalhadores que ali atuam, mas o núcleo enfrenta dificuldades em estabelecer ações para essas demandas.

A partir do referencial da Saúde do Trabalhador, do entendimento do protagonismo dos trabalhadores em relação à sua atividade e da valorização desse conhecimento como

fundamento essencial na formulação de políticas que visem à atenção integral à saúde do trabalhador, chegamos às questões que nortearam essa pesquisa: Qual a dinâmica de trabalho de um Núcleo de Saúde do Trabalhador na perspectiva da promoção da saúde? Na dinâmica de trabalho desse núcleo, quais os desafios às ações de vigilância? Que dispositivos podem ser apropriados para compreensão da relação saúde e trabalho?

Dessa forma, definimos como objetivos específicos do estudo identificar as ações do Núcleo de Saúde do Trabalhador do referido hospital; conhecer a relação saúde/ trabalho a partir do ponto de vista da atividade do setor de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; refletir as potencialidades do Inquérito de Saúde e Trabalho em Serviço e dos Encontros sobre o trabalho como métodos utilizados na apreensão da relação saúde trabalho; identificar desafios e propor prioridades de ação para este Núcleo de Saúde do Trabalhador.

Este trabalho está estruturado em cinco capítulos: o primeiro apresenta uma breve reflexão sobre o trabalho contemporâneo no setor saúde; o segundo incorpora o referencial da Vigilância em Saúde do Trabalhador; o terceiro apresenta a discussão sobre trabalho prescrito e trabalho real da Ergonomia da Atividade, o conceito de normas antecedentes proposto por Yves Schwartz e a noção de saúde de George Canguilhem; o quarto traz as ferramentas teórico-metodológicas utilizadas e o caminho percorrido para o levantamento dos dados e sua análise; e o quinto concentra os resultados encontrados e suas análises.

Por fim, tecemos as considerações onde procuramos destacar alguns elementos encontrados ao longo da pesquisa que sintetizam os aspectos referentes à atuação do Núcleo de Saúde do Trabalhador estudado, a articulação entre saúde e trabalho para a equipe de saúde da UTIN e os desafios às ações de vigilância.

## **CAPÍTULO 1 – ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE TRABALHO NO SETOR SAÚDE**

O mundo do trabalho tem passado por constantes transformações ao longo do tempo, dentre as quais destacam-se as decorrentes da reestruturação produtiva onde a racionalização do tempo, a flexibilização dos produtos, das relações de trabalho, a evolução tecnológica, o aumento da produtividade e os lucros do capital significaram expansão do desemprego, redução do contingente de trabalhadores estáveis com vínculo formal de trabalho e uma difusão de modalidades como terceirização, subcontratação e outras formas de precarização (ANTUNES e ALVES, 2004; GUIMARÃES e ROCHA, 2008).

Essas novas demandas recaem sobre os trabalhadores, tornando-se fundamental nesse novo cenário uma postura ativa no trabalho, potencial para trabalho em equipe, capacidade de comunicação, criatividade, iniciativa, responsabilidade e senso crítico (HENNINGTON, 2011; GUIMARÃES e ROCHA, 2008).

Em diversos estudos constatamos que essas transformações atravessam o setor saúde: pela intensificação do trabalho acentuada pela complexidade das rotinas, pelas precárias condições materiais e organizacionais, bem como pelo número insuficiente de profissionais. Além disso, devemos considerar o excesso de demanda; a dificuldade de concretizar o trabalho multiprofissional; a incorporação de diferentes tecnologias de ponta; e a predominância do modelo biomédico resultando em fragmentação do corpo humano, refletindo na fragmentação dos modos de atenção (ASSUNÇÃO, 2011; CARDOSO e HENNINGTON, 2011; GOMES, et al. 2011; SANT'ANNA e HENNINGTON, 2011).

Essas mudanças atingem o modo de trabalhar dos profissionais da área constituindo-se em um potencial gerador de agravos à saúde, sejam eles de ordem física - por inadequação material, estrutural, ou de recursos humanos; cognitiva - associados à responsabilidade que o exercício profissional demanda; ou psíquica - decorrente dos constrangimentos gerados nos conflitos. Acrescentam-se ainda os riscos químicos e biológicos aos quais os profissionais da saúde estão expostos.

Outro fato importante é a flexibilização das relações de trabalho com o objetivo inicial de reduzir custos, aumentar a eficiência e possibilitar ao trabalhador maior autonomia principalmente em relação à carga horária - acaba restringindo-lhes os direitos conquistados ao longo de décadas de lutas, por meio da alteração de regras de vínculo contratual, jornada de trabalho e salário (HENNINGTON, 2011; UGALDE e HOMEDES, 2005). Entre os ajustes feitos nas regras trabalhistas de vínculo contratual, jornada de trabalho e salário, Hennington (2011) destaca: contrato de trabalho por tempo determinado; trabalho em tempo

parcial; suspensão temporal do trabalho por motivos econômicos; banco de horas; e, redução salarial com redução da jornada. Essas modificações representam um verdadeiro desmonte dos direitos trabalhistas conquistados ao longo de década de luta dos trabalhadores.

Dados da pesquisa de Dedecca e colaboradores (2005) evidenciaram que 23.862 do universo de 198.153 médicos estavam, no ano de 2000, trabalhando sem carteira assinada. No que se refere aos trabalhadores de enfermagem não diplomados a distribuição encontrada foi de 132.080 empregados com carteira assinada, 41.740 empregados pelo Estado, e 32.305 empregados sem carteira assinada. O estudo apontou ainda que a recorrência de mais de um emprego é maior entre os profissionais médicos, e que o maior número de trabalhos tende a estar associado a uma remuneração/hora mais baixa.

De acordo com uma nota técnica divulgada pelo Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos, cujos dados são referentes ao ano de 2004, grande parte dos trabalhadores da saúde tem vínculo adicional e significativa extensão da jornada de trabalho, com média entre as regiões de 57 horas semanais (DIEESE, 2006).

Importante destacar nesse cenário que a flexibilidade tem sido associada ao aumento do estresse e da insatisfação no trabalho, e a redução de atividades que requerem tempo adicional como atividades educativas, por exemplo, conforme foi destacado em pesquisa realizada com trabalhadores da enfermagem de diversos países da América Latina, incluindo o Brasil (GUEVARA e MENDÍAS, 2002).

Outro problema evidenciado é a inadequação dos mobiliários e equipamentos apontados como possível gerador de problemas associado ao esforço físico e ao desgaste das estruturas corporais para a realização de determinado trabalho, e ainda a maior probabilidade da ocorrência de acidentes de trabalho (SILVA, 2011).

Os acidentes de trabalho no setor saúde tem sido objeto de diversos estudos (CAIXETA e BARBOSA-BRANCA, 2005; OSÓRIO, MACHADO e MINAYO-GOMEZ 2005; OLIVEIRA e GONÇALVES, 2010). Para Osório, Machado e Minayo-Gomez (2005), existe um conflito entre as prescrições relativas às normas de biossegurança e o sentido atribuído ao trabalho, o de cuidar do outro antes de cuidar de si próprio. Esse conflito se torna frequente com a progressiva intensificação do trabalho, a superposição de tarefas, a inclusão de novas tecnologias, e outras características das organizações atuais que poderiam ser identificadas num enfrentamento coletivo das dificuldades atuais.

Destarte, as instituições de saúde precisam estar preparadas para atuar no sentido de eliminar ou, ao menos, minimizar os determinantes dos agravos relacionados aos processos e

ambientes de trabalho, visando à promoção da saúde e à melhoria das condições de vida e trabalho.

Nessa conjuntura, a Vigilância em Saúde do Trabalhador representa uma importante perspectiva da Saúde Pública na viabilização de estratégias para a operacionalização de ações nessa direção, por envolver:

[...] uma atuação contínua, que implica conhecer, pesquisar e analisar os determinantes dos agravos relacionados aos processos e ambientes de trabalho, com vistas ao planejamento, execução e avaliação das intervenções sobre estes aspectos, com o objetivo de eliminá-los ou controlá-los (BRASIL, 1998a: 03).

Entretanto, no cenário atual, as ações de VISAT no Brasil têm sido apontadas como pouco articuladas internamente no SUS (MACHADO, 2011; VASCONCELOS, ALMEIDA e GUEDES, 2010). Ressaltando-se a dificuldade de articulação entre seus componentes – vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental, de saúde do trabalhador – resultando em lacunas no alcance de suas ações, contrariando o princípio de universalidade (VASCONCELOS, ALMEIDA e GUEDES 2010).

No contexto hospitalar, essa situação não é diferente. O modelo médico centrado somado a práticas tradicionais de gestão dos serviços parecem dificultar o estabelecimento de estratégias de VISAT articuladas e que, realmente, considerem as necessidades de saúde dos trabalhadores para desenvolver suas atividades (ASSUNÇÃO, 2011).

Além da centralização no processo de tomada de decisão, de acordo com Osório, Machado e Minayo-Gomez (2005), o ambiente hospitalar carece de representação sindical forte que não é substituída ou complementada por outras formas de organização, existindo uma descrença acentuada na influência que os coletivos de trabalho podem exercer sobre a organização de suas próprias atividades. Segundo estes autores, nesta realidade, as práticas de intervenção fundamentada em aspectos do processo técnico de trabalho têm se revelado de limitado impacto para a transformação dos modos de fazer já cristalizados. Os autores evidenciam ainda que as práticas de gestão no ambiente hospitalar não têm sido articuladas, pelo contrário, os trabalhadores estão predominantemente à margem do processo decisório, tornando as intervenções extremamente técnicas e pontuais.

A partir do exposto, podemos destacar que permanecem os desafios para as políticas de saúde, apesar do reconhecimento do papel fundamental dos recursos humanos em saúde, pois ainda existe uma situação insegura aliada aos frágeis mecanismos de vigilância à saúde dos trabalhadores no setor saúde (ASSUNÇÃO, 2011).



Deste modo, entendemos a necessidade de avançar na discussão sobre a Vigilância em Saúde do Trabalhador no setor saúde no Brasil e os desafios às ações na transformação dos diversos aspectos dos ambientes e processos de trabalho que podem gerar agravos à saúde dos trabalhadores.

## CAPÍTULO 2 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

O conceito de vigilância em saúde nasce no contexto europeu e norte-americano dos séculos XVIII e XIX como “polícia sanitária” voltada ao controle das doenças infectocontagiosas. Nesse período, três correntes constituíram a Saúde Pública do século XVIII – a corrente urbana francesa, a polícia médica alemã e o sanitarismo inglês, exercendo ações de vigilância do tipo policialesco, estigmatizante, punitivo, antidemocrático e antipopular (VILELA, 2002; PINHEIRO, 1996).

No contexto brasileiro, o registro mais antigo de ações de prevenção e controle de doenças refere-se a um conjunto de medidas adotadas para conter uma epidemia de febre amarela, no século XVII, no porto de Recife (REZENDE, 2004).

A partir do século XX, novas maneiras de organizar os serviços e práticas de saúde se estruturaram no Brasil sob a forma de campanhas para controle das doenças mais prevalentes na época, como malária, febre amarela, peste, tuberculose e lepra, que afastavam dos nossos portos preciosos contingentes de mão de obra livre, ao mesmo tempo em que ameaçavam as elites, pondo em risco a produção e o comércio internacional (VILELA, 2002).

A ideia contemporânea de vigilância no Brasil, tendo como foco de ação a prevenção dos danos e a promoção da saúde pela atuação sobre fatores determinantes e condicionantes da saúde, possui ligações com o movimento de reforma sanitária e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), e está referendada na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. Em termos legais, é entendida como vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e de saúde do trabalhador (BRASIL, 1990a).

A partir desse entendimento da vigilância, propostas mais integrais que orientem as intervenções sobre a situação de saúde puderam ser concebidas e elaboradas, marcando-a como um instrumento do Estado capaz de elevar a qualidade de saúde da população e consolidar o SUS em sua missão reformadora (VASCONCELOS, ALMEIDA e GUEDES, 2010).

Um exemplo de proposta nessa direção é a Vigilância em Saúde do Trabalhador compreendida, não apenas como mais um componente da vigilância em saúde, mas como uma estratégia de ação da saúde do trabalhador no SUS (BRASIL, 1998a).

De acordo com a Portaria Ministerial nº 3.120 de 1º de julho de 1998, os seguintes princípios que devem nortear essas estratégias: *universalidade*, independentemente da existência de vínculos empregatícios formais no mercado de trabalho; *integralidade das ações*, incluindo a assistência, a recuperação a prevenção e a promoção; *pluri-*

*institucionalidade*; cuja articulação em rede abrange instituições de consumo e ambiente; *controle social*, pela incorporação dos trabalhadores; *hierarquização e descentralização*, consolidação do município e de distritos sanitários como instância efetiva de desenvolvimento de ações; *interdisciplinaridade*, contemplando o saber técnico de diferentes disciplinas e o saber operário; *pesquisa-intervenção*, como processo contínuo de produção de conhecimento e *caráter transformador* dos processos e ambientes de trabalho (BRASIL, 1998a).

Dentre os objetivos elencados nesta portaria, são considerados: os conhecimentos da realidade de saúde da população trabalhadora, independentemente da forma de inserção no mercado de trabalho e do vínculo trabalhista estabelecido, e de seus perfis históricos, a caracterização de sua forma de adoecer e morrer em função da sua relação com o processo de trabalho; a identificação dos riscos e cargas de trabalho; e a intervenção sobre os fatores determinantes de agravos, eliminando-os, atenuando-os ou controlando-os, por meio da fiscalização e da negociação coletiva, subsidiando decisões nas esferas do governo, para o estabelecimento de políticas públicas e aprimoramento das normas legais.

Em relação às estratégias, destaca-se o aprofundamento e promoção da relação institucional com as estruturas de vigilância, superando “a dicotomia existente em suas práticas, em que o objeto de ação da vigilância, em geral, não contempla o processo de produção e sua relação com a saúde dos trabalhadores” (BRASIL, 1998a: 04). Destaca-se, ainda, em razão da abrangência e dificuldades operacionais de se implementar ações de vigilância, a adoção de intervenções utilizando-se bases por critério de atuação – sindical, ramo produtivo, território e epidemiológico.

Entende-se, então, que o propósito da portaria supracitada foi fornecer subsídios básicos para o desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, instrumentalizando os setores responsáveis pela vigilância e defesa da saúde, tanto nas secretarias de estado como de municípios, a incorporar em suas práticas mecanismos de análise e intervenção sobre os processos e ambientes de trabalho (BRASIL, 1998a).

Santos (2001) acrescenta ao discorrer sobre a Vigilância em Saúde do Trabalhador que, dentre outros, a VISAT procura estabelecer, como uma ferramenta as ações, sistemas de informação em saúde do trabalhador que incorporem, além das informações tradicionalmente existentes, a criação de bases de dados providas do processo de vigilância e a divulgação sistemática das informações analisadas e consolidadas.

Dentro dessa lógica, a informação em Saúde do Trabalhador se configura como elemento deflagrador de ação e de avaliação, sendo fundamento essencial à vigilância. Para Vasconcelos e Machado (2009), ter a informação em saúde não necessariamente conduz à

ação, porém é o primeiro passo para que o Estado e a sociedade organizada possam intervir nas situações passíveis de causarem danos à população.

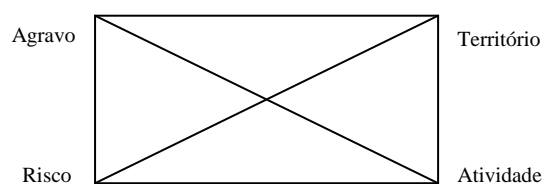
Na produção das informações em Vigilância em Saúde do Trabalhador são requeridos diferentes olhares (olhares sobre diversas fontes, olhares intra e intersetoriais, olhares interprofissionais e interdisciplinares), a recorrência a múltiplas fontes (como dados do Instituto Nacional de Seguridade Social e do Sistema Nacional de Notificação de Agravos) e parceiros (ao exemplo da articulação intersetorial com o Ministério Público, os Ministérios do Trabalho e Emprego e Ministério da Previdência Social), bem como a incorporação de múltiplos saberes, articulando o conhecimento técnico e o dos trabalhadores (VASCONCELOS e MACHADO 2009).

Segundo Machado (1997) a despeito de tentativas de integração interministerial em nível nacional, da institucionalização de instâncias articuladoras regionais e mesmo de ações locais, na prática, mesmo reconhecida a importância dos princípios da intra e intersetorialidade e da interdisciplinaridade, ocorre uma fragmentação e um pequeno grau de articulação dos componentes envolvidos no processo de Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Somado a isso, em consequência das profundas mudanças no mundo do trabalho, atualmente a mobilização das organizações de classe é reduzida repercutindo nas estruturas de controle social, onde a representação dos trabalhadores é pouco efetiva para garantir nos conselhos a inclusão e priorização de ações de atenção em saúde do trabalhador nos planos estaduais e municipais de saúde (MINAYO-GOMEZ 2009).

Machado (1997) propôs uma Matriz de atuação em Vigilância em Saúde do Trabalhador, segundo o autor, a matriz é composta pelos seguintes polos: agravos, riscos, atividade e território (Figura 1). Devendo as informações em VISAT abranger os polos desta matriz, sendo que, para cada polo e mesmo para uma integração entre os polos, devem ser organizadas estratégias de registro, análise epidemiológica e de seu contexto social.

Figura 1 - Matriz de atuação em Vigilância em Saúde do Trabalhador



Fonte: Machado (1997).

De acordo com essa matriz pela identificação e avaliação dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, questões relevantes podem ser priorizadas. Destaca-se a busca ativa de casos e a criação de programas de vigilância por permitirem a identificação dos agravos à saúde, através da história ocupacional e da delimitação de novas estratégias de controle de riscos (MACHADO, 1997).

Complementarmente, a abordagem de riscos à saúde do trabalhador permite o controle das causas de acidentes (agentes químicos, físicos e biológicos) causadores de agravos à saúde dos trabalhadores. Para isso, prevê a identificação de indicadores que permitam o acompanhamento permanente dos riscos. Essa estratégia tem como desvantagem a redução do contexto de riscos a uma cadeia de eventos pré-estabelecidos. Desse modo, as possíveis interações com outros riscos e os contornos sociais da exposição só poderão ser estabelecidas a partir da articulação a outras formas de abordagem da relação entre processo de trabalho e saúde (MACHADO, 1997).

Na perspectiva do território, a tarefa essencial é a localização espacial dos agravos relacionados ao trabalho bem como a identificação das situações de risco. A limitação dessa via consiste na necessidade de estabelecer previamente os riscos e agravos a serem mapeados, resultando na tendência de homogeneização dos resultados e superficialidade dos resultados (MACHADO, 1997).

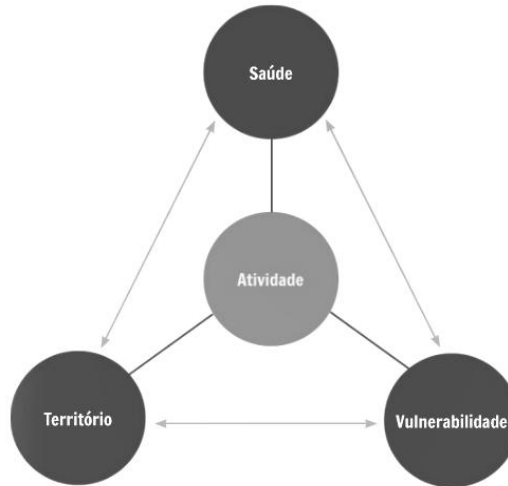
A atuação da vigilância por ramo de atividade econômica segue a lógica da organização dos trabalhadores, o que viabiliza a participação sindical nas ações de vigilância. Essa abordagem tem como característica mais marcante um potencial de intervenção no sentido da eficácia da prevenção tender ao máximo através do conhecimento de determinados tipos de agravos por categoria (MACHADO, 1997).

Machado (1997) ainda propõe uma abordagem por pontos cruzados – agravos, riscos, território e atividade – entendendo que uma atividade pode estar associada a vários tipos de danos ou, o contrário, distintas atividades produzindo o mesmo agravo. Essa multiplicidade é mediada pela exposição - dado que várias atividades podem ter o mesmo tipo de exposição e uma atividade pode conter diversos tipos de exposição - onde o território se constitui o espaço de intervenção, configurando a abordagem de pontos cruzados.

Recentemente, uma adaptação dessa matriz (Figura 2), desenhada de forma mais adequada, a centralidade da saúde do trabalhador como objeto específico do processo de vigilância, foi publicada no documento Panorama Nacional da Saúde dos Trabalhadores da Saúde (MACHADO, 2011). A nova matriz tem por objetivos a contextualização e a operação da relação saúde e trabalho com o processo de trabalho e a instrumentalização da ação. Para

isso, incorpora em torno do conceito de atividade os elementos saúde, território e vulnerabilidade.

Figura 2- Matriz de interação entre os polos da Vigilância em Saúde do Trabalhador



Fonte: Machado (2011).

A atividade passa a ser o foco de conexão da ação de intervenção e de síntese das informações geradoras de análises e avaliações. Os agravos passam a serem vistos no contexto do processo saúde e doença, portanto é um polo que traduz a dialética entre objeto central da ação de saúde e de avaliação dos resultados das ações de intervenção nos ambientes e processos de trabalho. O conceito de vulnerabilidade introduz uma noção de risco mediado por uma ação de contexto social de possibilidades de gestão das situações de risco.

O documento pontua ainda que o modelo de vigilância deve ser fundamentado em bases técnicas e sociais de natureza epidemiológica e participativa, cujo pressuposto central à deflagração de ações de VISAT passa pelo registro da ausculta dos trabalhadores e de suas representações, que em um processo de análise coletiva apontam quais situações são relevantes. Essas situações problema passam a ser objeto de ação de construção dos programas de intervenção.

Previamente podemos afirmar que esse trabalho dialogará com o polo saúde da Matriz de interação entre os polos da Vigilância em Saúde do Trabalhador por trabalhar com a mesma concepção de saúde encaminhada nesse documento - a capacidade de ser normativo, de gerir as infidelidades do meio – e possivelmente, com o elemento vulnerabilidade, por se tratar de um estudo desenvolvido em um hospital referência em neonatologia que acolhe os mais diversos casos, inclusive recém-nascidos com má formação congênita que, por diversas

razões, não têm a capacidade desenvolvida de prevenir, de resistir e de controlar potenciais impactos.

Em relação à regulamentação de Vigilância em Saúde do Trabalhador voltada, especificamente, para o setor saúde na perspectiva dos seus trabalhadores, recentemente foram estabelecidas as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde. Até então a saúde dos profissionais do SUS não dispunha de legislação específica, sendo amparada por legislação genérica de Saúde do Trabalhador, a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador.

A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador é uma política abrangente que define diretrizes, responsabilidades institucionais e mecanismos de financiamento, gestão, acompanhamento e controle social, com o objetivo de orientar os planos de trabalho e ações intra e intersetoriais no âmbito da saúde do trabalhador (BRASIL, 2005). Embora os servidores públicos do setor saúde estejam aí inseridos, o Estado, somente no ano de 2007, estabeleceu o compromisso de construir uma Política de Atenção à Saúde e Segurança do Servidor Público Federal (PASS), ou seja, o Estado começa a dar início à construção de uma política, direcionada aos ambientes e processo de trabalho, para garantir a saúde dos servidores públicos.

Após o subtópico a seguir, onde apresentamos o resultado de uma revisão sobre os estudos que retratam uma atuação na perspectiva da Vigilância em Saúde do Trabalhador voltada aos trabalhadores da saúde, exporemos os referenciais concernentes à política existente destinada aos trabalhadores da saúde e aos servidores públicos.

## **2.1 Vigilância em Saúde do Trabalhador no setor saúde no Brasil**

Em termos legais, o arcabouço teórico-metodológico da VISAT está contido, principalmente, na portaria 3.120/98 que traz um conjunto de informações fundamentais para o estabelecimento de ações sobre os processos e ambientes de trabalho na busca de eliminar ou controlar os geradores de agravos à saúde por meio do planejamento, execução e avaliação das ações de intervenção.

Esse marco normativo para o desencadeamento de ações de vigilância está apresentado em uma sequência de tópicos composta dos princípios, objetivos, estratégias, metodologia e informações básicas.

Instrumentalizar os setores, nos estados e municípios, responsáveis pela vigilância e defesa da saúde a incorporar práticas que promovam à saúde no trabalho é, em suma, objetivo desta portaria.

Como princípios são considerados: universalidade, integralidade das ações, pluri-institucionalidade, controle social, hierarquização e descentralização, interdisciplinaridade, pesquisa-intervenção, e caráter transformador dos processos e ambientes de trabalho.

Dentre os objetivos enumerados, propostos na norma de vigilância, destacam-se cinco temáticas, a saber: identificação do problema ou diagnóstico; intervenção e/ou execução; avaliação; subsídios à tomada de decisão nas três esferas de governo e estabelecimento de um sistema de informação.

Os temas, supracitados, dão coerência e efetividade às ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, razão pela qual se buscou identificar, nas publicações, esse tipo de intervenção dirigida aos trabalhadores da saúde, bem como tecer relações com os seguintes grupos temáticos: (a) planejamento – compreendido pelos objetivos que compõem a identificação do problema e que norteiam a tomada de decisões dos órgãos competentes; (b) execução – intervenção propriamente dita e (c) avaliação – contínua e sistemática da atuação da VISAT.

Na identificação do problema prioriza-se o conhecimento da realidade de saúde da população trabalhadora e de seus perfis históricos, de morbimortalidade e a avaliação do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza, identificando os riscos e cargas de trabalho.

Quanto à intervenção destaca-se a direcionada aos determinantes dos agravos à saúde dos trabalhadores, visando eliminá-los ou, controlá-los, considerando: a fiscalização do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza, fazendo cumprir as normas e legislações existentes relacionadas à promoção da saúde do trabalhador; a negociação coletiva em saúde do trabalhador, quando se impuser a transformação do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza, não prevista normativamente.

No que diz respeito avaliação, ressalta-se ponderar o impacto das medidas adotadas para eliminar, atenuar e controlar os fatores determinantes e agravos à saúde da população trabalhadora.

Na categoria subsídio a tomada de decisões dos órgãos competentes, aprecia-se: o estabelecimento de políticas públicas, contemplando a relação entre o trabalho e a saúde no campo de abrangência da vigilância em saúde; a interveniência, junto ao Estado e a sociedade,



para o aprimoramento das normas legais existentes e para a criação de novas normas em defesa da saúde dos trabalhadores; o planejamento das ações e o estabelecimento de suas estratégias.

Por fim, o estabelecimento de sistemas de informação em saúde do trabalhador, por meio da criação de bases de dados comportando todas as informações oriundas do processo de vigilância e incorporando as informações tradicionais já existentes. E ainda, a divulgação sistemática das informações analisadas e consolidadas.

### **Revisão bibliográfica e seu percurso**

A presente revisão buscou identificar as ações de saúde do trabalhador destinadas aos trabalhadores da saúde e evidenciar relações destas ações com as etapas - planejamento, execução e avaliação - dispostas na Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, Portaria nº 3.120/98, com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes.

Neste intuito, foi realizado um levantamento bibliográfico, relativo à atuação na perspectiva da Vigilância em Saúde do Trabalhador direcionada aos trabalhadores da saúde no Brasil, na perspectiva de apresentar a produção acadêmica nacional sobre o assunto. Para seleção do material foram realizadas buscas na base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Eletronic Library Online) e no portal de periódicos CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior).

Após consulta do vocabulário controlado e padronizado pelas bases de dados, neste caso Descritores em Ciência da Saúde (DECS), foram selecionados os seguintes descritores: Vigilância, Vigilância em Saúde do Trabalhador, Saúde, Saúde do Trabalhador, Pessoal de Saúde, Trabalhador de Saúde e Intervenção. Diversas combinações foram feitas utilizando-se os operadores booleanos AND e/ou OR visando obter o maior número possível de trabalhos. Assim, contabilizou-se um total de 317 estudos entre os anos 1991 a 2011, os principais assuntos abordados foram saúde do trabalhador, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, acidentes de trabalho, serviços de saúde do trabalhador, riscos ocupacionais, vigilância em saúde do trabalhador, exposição ocupacional, doenças profissionais, trabalhadores, promoção da saúde, qualidade de vida e esgotamento profissional.

A seleção dos trabalhos relevantes foi realizada após leitura dos títulos e resumos. Quando a leitura não deixava claro se o estudo deveria ser utilizado, optou-se pela leitura do

texto completo para sua inclusão ou exclusão. O critério norteador a essa escolha foi que o material abordasse experiências ou intervenções da Vigilância em Saúde do Trabalhador relacionada aos trabalhadores da saúde no Brasil. Dessa maneira, foi selecionado um total de 31 trabalhos, dentre os quais, consideramos para análise apenas as referências que estavam disponíveis integralmente nas bases utilizadas, contabilizando um quantitativo final de 20 estudos (Quadro 1).

**Quadro 1** – Referências consideradas para discussão e análise, por tipo de estudo, ano de publicação e abordagem.

<b>Autor</b>	<b>Tipo</b>	<b>Ano de Publicação</b>	<b>Abordagem</b>
Gomes et al.	Artigo/Trab. Educ. Saúde	2011	Qualitativa
Miranda FMA et al.	Artigo/Rev. Esc. Enferm.	2011	Qualitativa
Santos PR et al.	Artigo/Ciênc. Saúde Coletiva	2011	Quantitativa
Neves HCC et al.	Artigo/Rev. Latino-Am. Enfermagem	2011	Qualitativa
Vilela RAG, Silva RC, Jackson-Filho JM.	Relato de experiência/Rev. Bras. Saúde Ocup.	2010	Qualitativa
Silva MA, Martins LRA, Osório C.	Artigo/Psicol. Teor. Prát.	2010	Qualitativa
Amaral PM, Neto JT.	Artigo/Rev. Bras. Saúde Ocup.	2010	Qualitativa
Duarte NS, Mauro MYC.	Artigo/Rev. Bras. Saúde	2010	Quantitativa
Bianchessi DLC, Tittoni J.	Artigo/Physis	2009	Qualitativa
Reinhardt EL, Fischer FM.	Artigo/Rev. Panam. Salud Publica	2009	Qualitativa
Hennington EA.	Ensaio/Rev.Saúde Pública	2008	Qualitativa
Rios IC.	Artigo/Rev. Saúde soc.	2008	Quantitativa
Oliveira LCB.	Tese de Doutorado	2008	Qualitativa e Quantitativa
Hokerberg YHM et al.	Artigo/Ciênc. Saúde Coletiva	2006	Qualitativa
Silva AICD.	Dissertação de Mestrado	2006	Qualitativa
Barros MEB et al.	Artigo/Cad. Saúde Coletiva	2006	Qualitativa
Osório C, Machado JMH, Minayo-Gomez C.	Artigo/Cad. Saúde Pública	2005	Qualitativa

Garcia LP, Zanetti-Ramos BG.	Artigo/Cad. Saúde Pública	2004	Qualitativa
Sêcco, IAO et al.	Artigo/Semina Ciênc. Biol. Saúde	2003	Quantitativa
Lima VLA.	Dissertação de Mestrado	2001	Quantitativa

Houve predominância da abordagem qualitativa. Com relação ao recorte temporal percebe-se um aumento de publicações no decorrer dos anos e uma maior concentração no ano de 2011. Entre os 20 trabalhos selecionados, 15 eram artigos, um relato de experiência, um ensaio, duas dissertações de mestrado, uma tese de doutorado.

Para apresentação dos resultados optou-se por categorizar as informações em quatro grupos de temas de análise: perspectiva do planejamento, perspectiva da execução, perspectiva da avaliação e tríade planejamento, execução e avaliação. O conjunto de temas destacados pauta-se no conceito básico de Vigilância em Saúde do Trabalhador e nos objetivos dispostos na Portaria 3.120/98.

### **A perspectiva do planejamento**

No tema planejamento foram considerados os estudos que envolveram a identificação de problemas relacionados à atividade de trabalho ou que ambicionaram conhecer a realidade de saúde dos trabalhadores, bem como avaliar o processo de trabalho, o ambiente e as condições em que o trabalho é desenvolvido. Foram destacados ainda nesta categoria os trabalhos que descreveram as estratégias utilizadas no planejamento das ações propostas.

O conhecimento da realidade de saúde dos trabalhadores foi matéria de sete estudos. As temáticas abordadas relacionaram-se predominante a proteção do trabalhador aos riscos que permeiam a atividade, entre elas, a prevenção e notificação dos acidentes (NEVES et al, 2011; SÊCCO et al, 2003; LIMA, 2001; AMARAL e TAVARES-NETO, 2010; SILVA,2006), o gerenciamento de resíduos (GARCIA e ZANETTI-RAMOS, 2004), e a identificação dos fatores de risco ambientais do trabalho de enfermagem (DUARTE e MAURO, 2010).

Com relação ao uso de equipamentos de proteção individual, Neves et al (2011), constataram que as barreiras apontadas para a baixa adesão ao seu uso estão associadas aos aspectos organizacionais, gerenciais e relacionais. E ainda identificaram que a percepção da susceptibilidade e da severidade aos riscos de exposição no ambiente laboral desses profissionais, somada à percepção do benefício dos equipamentos de proteção, representa

força positiva que contribuiria para a tomada de decisão quanto ao uso dos equipamentos de proteção que, no entanto são anuladas por inúmeras barreiras percebidas por esses trabalhadores no ambiente laboral para o uso dos EPIs. Destarte que este trabalho limitou-se a apresentar um diagnóstico relacionado aos problemas levantados, fornecendo subsídios para elaboração e o desenvolvimento de ações de intervenção.

Os estudos de Sêcco et al (2003); Duarte e Mauro, (2010) acrescentam em relação aos anteriores, após análise das questões que se propuseram, encaminhamentos. Em uma pesquisa sobre acidentes de trabalho com material biológico foi evidenciada a necessidade de manutenção de ações de educação para os profissionais de enfermagem, bem como revisão dos processos de trabalho a que esses estão expostos para a prevenção de doenças ocupacionais graves como a AIDS e Hepatite B (SÊCCO et al, 2003).

A importância de desencadear um processo de treinamento eficaz e de se avaliar o impacto, junto aos trabalhadores, sobre os problemas levantados e a possibilidade de intervenção nos mesmos através de um planejamento eficiente constituiu-se em proposta para se minimizar os fatores de risco que atuam negativamente sobre a atividade dos profissionais de enfermagem (DUARTE e MAURO, 2010).

Já Lima (2001) após investigação epidemiológica dos acidentes com material biológico ocorridos com um conjunto de profissionais da área da saúde destacou que para minimizar o risco de transmissão ocupacional por patógenos todos trabalhadores de saúde devem aderir a medidas de precauções, inclusive o apropriado uso de lavagem das mãos, barreira de proteção e cuidados no uso de agulhas e outros objetos. E acrescenta recomendações gerais – elaboração de um programa de educação continuada, implementação do programa de imunização, viabilização da implantação da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e do Programa de Saúde Ocupacional, programação de eventos visando à prevenção e controle dos acidentes, entre outros - a serem adaptados a cada realidade hospitalar no sentido de atenuar o problema.

Os conhecimentos, atitudes e práticas do pessoal de saúde sobre a exposição ocupacional a materiais biológicos em serviços de saúde, foram avaliados por Amaral e Tavares-neto (2010), em um estudo bibliográfico, com objetivo de construir questionários para avaliação institucional e do pessoal de saúde sobre a exposição ocupacional a material biológico. Após validação, o questionário institucional, possibilitará conhecer os protocolos de prevenção da instituição à exposição a material biológico; treinamento e educação; controle médico e registro; e vigilância. Já o questionário destinado ao pessoal de saúde destina-se a análise de características pessoais, aptidões e potencialidades. Todavia, ressalta-

se a necessidade de adaptar os instrumentos a realidade de cada instituição e perfil profissional.

A notificação dos acidentes com materiais biológicos, causados por materiais perfurocortantes, ocorridos com profissionais de saúde atendidos nas unidades da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) foi objeto de estudo de Silva (2006). A autora, além de identificar os setores de registros dos acidentes biológicos e o perfil dos profissionais responsáveis pelo preenchimento, descreveu o conteúdo dos registros implementados nas unidades estudadas e monitorou o fluxo desses registros no âmbito interno e externo da Fiocruz. Ao final apresentou uma proposta de vigilância em saúde para a instituição, cujas etapas abordaram sensibilização; imunização; treinamentos - específicos para o primeiro atendimento de acidente biológico, específico para os profissionais envolvidos com a saúde, do instrumento de notificação para acidentes biológicos; entre outros.

O gerenciamento de resíduos foi adotado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) considerando-se os princípios da biossegurança de empregar medidas técnicas, administrativas e normativas para prevenção de acidentes. Ao discutir sobre a problemática do manejo dos resíduos no Brasil, Garcia e Zanetti-Ramos (2004), propuseram três princípios orientadores ao gerenciamento dos resíduos: reduzir, segregar e reciclar. As autoras teceram ainda algumas considerações sobre esses princípios e por fim sinalizaram, como um caminho para solucionar a questão dos resíduos de serviços de saúde, o exercício do bom-senso, aliado com a educação e o treinamento dos profissionais de saúde, e o esclarecimento da população.

O tema representação social dos trabalhadores sobre sua prática assistencial e organização do trabalho apareceram como matérias de dois estudos.

A análise do trabalho hospitalar a partir das experiências dos trabalhadores, com objetivo de investigar o sofrimento dos trabalhadores da área administrativo operacional e as estratégias de produção de saúde, em razão da frequente ocorrência de adoecimentos e afastamentos do trabalho, demonstrou que o trabalho reconhecido como tendo valor está ligado à medicina e ao lugar de destaque que o saber médico ocupa historicamente no hospital (BIANCHESSI e TITTONI, 2009). Esse fato aponta a necessidade de estudar caminhos para transcender e superar as práticas baseadas no modelo médico-centrado.

A relação entre as queixas de sofrimento e condições de trabalho foi abordada por Vilela, Silva e Filho (2010), em um estudo feito com agentes comunitários de saúde (ACS). Os resultados descritos apontam que o limitado “poder de agir” dos ACS, devido às limitações da unidade e da rede de serviços, expunham-nos a situações nas quais se

encontravam incapazes de adotar ações efetivas e nas quais não podiam se prevenir do sofrimento. A questão evidenciada na pesquisa assinala a prevalência de agravos relacionados ao trabalho em servidores da saúde como um grande paradoxo a ser enfrentado pelo SUS.

A Política Nacional de Humanização – cuja proposta envolve a transformação das práticas de saúde e gestão dos processos de trabalho que começam pela compreensão de como é o ambiente de trabalho no ponto de vista dos trabalhadores – foi abordada por Rios (2008) em um estudo realizado em um Centro de Referência e Treinamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (CRT-DST). Ao estudar a percepção dos profissionais sobre os fatores psicossociais, Rios (2008), evidenciou alto nível de consciência e motivação, além de insatisfação quanto à participação e autonomia no processo de trabalho. Fazendo coro com Hennington (2008), encontrou-se na pesquisa situações descritas para a maioria dos serviços de saúde como: realidade difícil para a implementação da PNH; engessamento e pouca participação efetiva dos trabalhadores na gestão e na construção do processo de trabalho. A formação dos gestores para a aquisição de competência para desenvolver a PNH e nela, a gestão participativa, despontou-se como um caminho a se percorrer. Nesse sentido, destacou-se como ponto positivo na pesquisa de Rios a criação de um setor voltado para o desenvolvimento profissional e institucional, com a tarefa de aprofundar as questões levantadas e propor respostas que auxiliem a consolidação da PNH na vida institucional do CRT-DST.

### **Perspectiva da execução**

Planejamento não é um ato isolado! Segundo Mintzberg (2004) a formação de estratégia é um processo de planejamento, idealizado ou apoiado por planejadores, para planejar a fim de produzir planos.

Nesse sentido, executar é por em prática uma estratégia, é por em prática um processo de planejamento – sem execução o planejamento é falho. Assim sendo, a falta de planejamento prejudica, mas quando a execução não é boa, não importa a qualidade do planejamento. Fato que ressalta a importância da indissociabilidade do planejamento-execução para o êxito de uma atividade.

Dessa forma, apreciaram-se nesta categoria os estudos relacionados à intervenção direcionada aos determinantes dos agravos à saúde dos trabalhadores, visando eliminá-los ou, controlá-los, considerando: a fiscalização do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza, fazendo cumprir as normas e legislações existentes relacionadas à

promoção da saúde do trabalhador; e a negociação coletiva em saúde do trabalhador, quando se impuser a transformação do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza, não prevista normativamente.

A exposição ocupacional a fluidos biológicos constituiu-se tema desta categoria, traduzindo a relevância desse assunto no trabalho em saúde. Buscando elaborar um guia sobre exposição a fluidos biológicos para orientar a conduta dos trabalhadores em relação à exposição biológica, Miranda et al (2011), expuseram que a adesão ao protocolo de monitoramento é perpassada por questões como desconhecimento, dificuldades de mudanças de comportamento e falta de investimentos institucionais em treinamentos dos seus trabalhadores.

Destarte que, apesar de não detalhada a fase de planejamento, a prática de confecção de um guia a revela. Entretanto observou-se a ausência de uma avaliação do uso guia, bem como de um encaminhamento para os problemas identificados pelos autores referentes a não adesão.

A experiência de construção coletiva do mapa de risco em um hospital público fundamentada nos conceitos de biossegurança, qualidade total e vigilância foi apresentada por Hokerberg et al (2006). Para elaboração do mapa os autores utilizaram a sensibilização dos trabalhadores e gestores do hospital; capacitação na metodologia de mapa de risco entre os trabalhadores que participaram de sua elaboração; identificação dos riscos pela reconstrução e análise do processo de trabalho, seguida de representação gráfica dos riscos ambientais; discussão sobre as medidas preventivas para situações de risco detectadas; e, apresentação dos resultados pelos trabalhadores. A elaboração do mapa de risco serviu como base para reflexão e construção de novos conhecimentos, que possibilitou socializar percepções sobre as várias dimensões do trabalho, integrar os trabalhadores, sistematizar e organizar o trabalho. Representou ainda uma primeira aproximação à implantação de um Programa de Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Percebe-se ainda, que os estudos aproximam-se dos referenciais da Saúde do Trabalhador, principalmente, sobre considerar o processo de trabalho e os trabalhadores com base para análise da atividade.

Nessa perspectiva, em um trabalho que teve como foco a equipe de enfermagem de um hospital universitário, Silva, Martins e Osório (2010), discutiram a implantação de um método participativo de pesquisa, situado no enfoque teórico metodológico da clínica da atividade: o Grupo Ampliado de Pesquisa (GAP). Nesse estudo a grande demanda de trabalho vivenciada pelos sujeitos da pesquisa dificultou a formação do GAP. No entanto, foi

adotada como estratégia aos diálogos a formação de grupos menores onde pesquisadores e profissionais tem voz na busca de abrir caminhos para a produção de sujeitos capazes de inventar formas de enfrentar novas e velhas situações, utilizando-se para isso de sua própria experiência.

A construção coletiva de saberes pelos profissionais foi abordada por Gomes et al. (2011) e Osório, Machado, Minayo-Gomez (2005).

Ao discutir competências e construção de sentido na atividade de auxiliares de enfermagem em UTI, Gomes et al (2011), concluem que o coletivo de auxiliares construiu um patrimônio de conhecimentos práticos sobre o seu trabalho e suas atividades e um método não estruturado formalmente de transmissão de saberes. Em suas considerações apontam a qualificação formal como fator propiciador de um maior reconhecimento social, com efeitos positivos sobre a saúde dos profissionais.

Uma aproximação mais efetiva nesse sentido foi observada em um estudo que envolveu a recomendação de um método de análise coletiva de acidentes de trabalho em ambiente hospitalar - buscando incorporar, além dos aspectos técnicos do trabalho, os subjetivos (OSÓRIO, MACHADO e MINAYO-GOMEZ, 2005). Os autores explicitam as escolhas empreendidas para esta análise, destacando que no primeiro momento da análise o trabalhador é convidado a recriar a história do acidente; no segundo, o acidentado e o analista do trabalho, registram em um diagrama os eventos descritos; no terceiro, o material registrado é discutido e complementado; no quarto e último, são construídas, em dupla acidentado e analista, ações destinadas a prevenir a reincidência do acidente analisado. Chama atenção o fato de o método ser construído em uma experiência concreta de pesquisa e intervenção. Entretanto, conforme destaca Osório, Machado, Minayo-Gomez pelo fato do método encontrar-se em fase de aplicação e aperfeiçoamento, não se pode avaliar a recepção da proposta pelos trabalhadores, bem como seus efeitos sobre o processo de trabalho no hospital, ou mesmo seu efeito sobre a ocorrência de acidentes.

### **Perspectiva da avaliação**

Compreendendo o planejamento-execução como atividades indissociáveis, por sua completude quando inter-relacionados, destaca-se o ingrediente avaliação como fundamental ao sucesso dessa mistura.

Como avaliação considerou-se as medidas adotadas para ponderar o impacto das estratégias para a eliminação, atenuação e controle dos fatores determinantes e agravos à



saúde, considerando: a possibilidade de transformar os perfis de morbidade e mortalidade; e o aprimoramento contínuo da qualidade de vida no trabalho.

A temática encontrada nos estudos versou sobre política pública, principalmente sobre a Política Nacional de Humanização (PNH), abordada por Hennington (2008) e Oliveira (2008), relacionando-se respectivamente, a uma reflexão sobre a gestão dos processos de trabalho em saúde no contexto da política de humanização; e a um debate sobre a humanização a partir de uma análise dos níveis de saúde psíquica e estresse dos profissionais de saúde.

Em sua análise, acerca do trabalho em saúde, Hennington (2008), buscou confrontar as contribuições da ergologia e a temática da gestão dos processos de trabalho no contexto da política de humanização para repensar a produção de conhecimentos sobre o trabalho. A autora destaca como ponto crítico à humanização no âmbito do Sistema Único de Saúde o pouco estímulo à inclusão e valorização dos trabalhadores da saúde nesse processo transformador, numa articulação entre os polos disciplinar, epistemológico e ético dos sujeitos. Cabe destacar a consideração sobre a necessidade se observar tanto as questões sociais, políticas e econômicas envolvidas, como os saberes e fazeres produzidos e legitimados entre os trabalhadores da saúde para transformações na gestão dessa atividade.

A partir de uma análise psíquica entre profissionais da saúde, Oliveira (2008), reflete sobre a humanização direcionada a esse trabalhador que tem como ofício o cuidar do outro. Entre os resultados aponta para a necessidade de maiores investimentos em programas voltados ao bem-estar dos profissionais que atuam diretamente com a saúde de outras pessoas, visto que se torna muito difícil a estes sujeitos oferecer um atendimento de qualidade quando não se dispõe de condições físicas, psicológicas e materiais para o desempenho de suas funções. Vale destacar que a autora alerta para a necessidade de se investir em ações que busquem um cuidado humanizado ao profissional de saúde, principalmente quanto ao enfoque preventivo.

As situações que podem favorecer ou prejudicar as ações de prevenção de acidentes e doenças ou de promoção da saúde foram identificadas por Reinhard e Fischer (2009) em uma pesquisa de revisão de literatura no período de 1967 a 2008. Os resultados encontrados apontam que a barreira mais importante às ações de prevenção de acidentes e doenças ou de promoção da saúde de trabalhadores do setor saúde é a falta de integração dos programas dirigidos à saúde do trabalhador com as atividades de gestão. Destarte que este estudo limitou-se a apresentar um diagnóstico relacionado aos problemas levantados, fornecendo subsídios para elaboração e o desenvolvimento de ações de intervenção.

Em relação aos trabalhos de Hennington (2008) e Oliveira (2008) ressaltamos que ambos apreciaram a opinião dos trabalhadores nas suas análises corroborando com os referenciais da Saúde do Trabalhador que considera a participação dos protagonistas da atividade como imprescindível na produção de conhecimentos sobre a atividade

### **Tríade planejamento, execução e avaliação**

Até o momento esse trabalho se aventurou, refletiu sobre a indissociabilidade do planejamento-execução-avaliação. Chegando até a “analogisar” a avaliação como um ingrediente essencial ao sucesso de uma mistura. Esses encaminhamentos parecem não só pertinentes, como necessários.

Quando se pretende preparar um bolo, vários ingredientes são necessários, são indispensáveis! Esses ingredientes são à base de uma receita de bolo. Alguns, no entanto podem variar o que conferem características diferentes as receitas. São eles que fazem surgir os mais diversos tipos de sabores, texturas e aromas, e que nos dizem se o bolo é de laranja, cenoura ou chocolate. Por analogia, em uma pesquisa, estes ingredientes, correspondem às singularidades de cada pesquisa, as opções de cada autor, as escolhas.

Os “ingredientes base” constituem como o próprio nome sugere o alicerce ao êxito. Algumas pessoas, porém podem numa tentativa de inovar substituir um “ingrediente base” desse bolo por outro - pela falta do ingrediente, pela impossibilidade de lidar com ele (como no caso de alergias alimentares a determinado componente). Essas experiências são no mínimo arriscadas, podem dar certo, parcialmente ou não. Essas tentativas arriscadas também são importantes, pois como assinalado uma limitação em lidar com determinado ingrediente não deve ser um impeditivo à confecção de um bolo, tão pouco o doce prazer de degustá-lo. Assinala-se apenas, por seu risco, a necessidade de uma maior atenção em todo processo, seja ele a confecção de uma receita de bolo, um trabalho científico, a elaboração de uma política ou um encaminhamento a um problema.

A integração dos componentes planejamento-execução-avaliação foi mais bem representada em uma pesquisa, desenvolvida na Fundação Oswaldo Cruz, acerca da experiência de imunização em seus trabalhadores, através da implantação do projeto “Ações Integradas de Enfermagem em Vigilância da Saúde do Trabalhador”, no período de 2005 a 2008, onde foram aplicadas 12.904 doses de vacinas (SANTOS et al, 2011) . A etapa inicial desse trabalho foi conhecer os trabalhadores e as demandas das unidades com relação ao fator de risco biológico. A construção de mapas de risco dos ambientes e processos de trabalho

pelos trabalhadores foi uma técnica empregada que permitiu a identificação dos fatores de risco, a interlocução com os trabalhadores e a formulação de reflexões e mudanças nos ambientes de trabalho. Foram ainda utilizadas, oficinas de discussão técnica, para a construção da estrutura de funcionamento da ação de imunização; ações educativas, com problematização sobre temas em saúde e trabalho; análise dos registros de acidentes de trabalho; análise técnico-administrativa em saúde da demanda organizada; planejamento e replanejamento do trabalho, por meio de um processo contínuo.

Destaca-se que em consonância com a Portaria 3.120/98 que tem entre seus princípios norteadores a pluriinstitucionalidade, o controle social, a interdisciplinaridade, a pesquisa intervenção e caráter transformador, os autores primaram pelo envolvimento do coletivo de trabalhadores e pelo planejamento da ação com cada unidade institucional, expandindo-a para intersetorialidade e a interdisciplinaridade pelo envolvimento com as instâncias de gestão do SUS.

Em uma reflexão teórica, norteada pelos princípios da PNH, sobre experiência de trabalho realizado num hospital público federal através de rodas de conversa e atendimentos aos trabalhadores, Barros et al (2006), por meio da abertura de espaços de fala constituiu importante estratégia que viabilizou discussões sobre o cotidiano no hospital, construindo intercessores que deram passagem a outros modos de trabalhar, conhecer, vivenciar, experimentar as movimentações que emergem no cotidiano praticado pelos trabalhadores, como importantes formas de indagar e desmontar os modos de vida instituídos.

Diante do exposto ressalta-se que a Vigilância em Saúde do Trabalhador por meio do planejamento, execução e avaliação tem como finalidade controlar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho e, como resultado, melhorar as condições de vida e saúde da população.

Entretanto, na prática as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador podem ainda ser apontadas, conforme destacou Machado (1997), como limitadas a avaliações pontuais e de baixa eficácia na implantação de mudanças nas condições de trabalho. Esse fato foi corroborado nesta revisão pelo pequeno quantitativo de trabalhos publicados que digam respeito às ações institucionais que integram no desenvolvimento de suas ações o planejamento, execução e avaliação, como recomenda a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Nesse sentido, evidenciou-se a necessidade de transcender as ações pontuais, focadas em determinada dificuldade ou problema constituinte da atividade de trabalho, visando repará-la, para as de vigilância, integrando desde um diagnóstico situacional no

estabelecimento de prioridades, ao planejamento, desenvolvimento e monitoramento das intervenções implementadas, como observado nas experiências de Santos et al, (2011) e Rios (2008), que revelam um rico potencial das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador ao avançar em direção a um modelo integrado, participativo e intersetorial.

## **2.2 Saúde do trabalhador da saúde do SUS: um enfoque legal**

No Brasil, a legislação trabalhista foi consolidada no governo de Getúlio Vargas através do decreto lei nº 5.452, de 01 de maio de 1943, que cria a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com o objetivo de reunir as leis existentes e estabelecer normas para regular as relações individuais e coletivas de trabalho. Esta é a primeira lei geral que se aplica a todos os empregados, sem distinção da natureza do trabalho.

A Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho, nesta mesma linha, tem o conceito de saúde do trabalhador visto como uma responsabilidade ampla e coletiva do Estado promotor para garantir o direito pleno a todos os cidadãos à redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde. Suas diretrizes, descritas na Portariaº 1.125, de 6 de julho de 2005, compreendem a atenção integral à saúde, a articulação intra e intersetorial, a estruturação da rede de informações em saúde do trabalhador, o apoio a estudos e pesquisas, a capacitação de recursos humanos e a participação da comunidade na gestão dessas ações.

Destacamos que embora se tenha avançado, no sentido da promoção da saúde à população trabalhadora como um todo, nesta época o Estado ainda não dispunha de uma política específica voltada para os seus servidores e tão pouco para aqueles que têm o trabalho em saúde como atividade laboral.

Neste sentido, a partir de dezembro de 2007 o Estado estabeleceu o compromisso de construir e implantar uma Política de Atenção à Saúde e Segurança do Servidor Público Federal (PASS), apoiada por “um sistema de informação em saúde do servidor, uma sólida base legal, uma rede de unidades e serviços e a garantia de recursos financeiros específicos para a implementação de ações e projetos” (BRASIL, 2010a: 04). Esse culminou na criação do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS).

A PASS está fundamentada na abordagem biopsicossocial, na informação epidemiológica, no trabalho multidisciplinar, no conhecimento e na avaliação dos locais de trabalho. Essa política abrange a perícia em saúde, a promoção à saúde e a assistência à saúde do servidor.

No que diz respeito à perícia, as iniciativas visam uniformizar procedimentos, transparência dos critérios técnicos e eficiência administrativa por meio da introdução do prontuário eletrônico subsidiado por protocolos técnicos, com parâmetros mínimos de dias para a concessão de licenças e critérios para as aposentadorias por invalidez, acoplados ao sistema de informações. Tem ainda como objetivo a humanização no atendimento, racionalidade de recursos, apoio multidisciplinar, assistência e promoção da saúde.

A equipe multiprofissional, proposta como parte integrante do processo de avaliação da capacidade laborativa, tem a função de subsidiar as decisões periciais, avaliar os ambientes e os processos de trabalho, acompanhar os servidores afastados por motivos de saúde e dar suporte no tratamento e nas restrições de atividades, visando a uma integração das ações de assistência, prevenção aos agravos e promoção à saúde de modo a possibilitar um retorno mais rápido ao trabalho (BRASIL, 2010a: 06).

Em relação à vigilância e a promoção da saúde preconiza-se como estratégia aliar um sistema de vigilância epidemiológica, com ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho e ainda negociar as prioridades estabelecidas nos locais de trabalho. Para isso, as ações propostas nessa política fundamentam-se no conhecimento multidisciplinar e na participação dos servidores em todas as fases do processo.

Dentre as iniciativas listadas a serem observadas, à vigilância e a promoção da saúde, estão (BRASIL, 2010a): a *Norma Operacional de Saúde do Servidor (NOSS)* - instituída pela Portaria Normativa nº 03, de 07 de maio de 2010, que define as diretrizes gerais para realização das ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho e promoção à saúde do servidor público federal (BRASIL, 2010b); o *exame médico periódico* - instituído na Lei nº 8.112, de 1990 (BRASIL, 1990b) e regulamentado pelo Decreto nº 6.856/2009, que permite avaliar a condição de saúde dos servidores e detectar precocemente doenças relacionadas ou não ao trabalho, por meio dos exames clínicos e avaliações laboratoriais gerais e específicas; os *princípios, diretrizes e ações em saúde mental* - instituídos pela Portaria nº 1.261, de 04 de maio de 2010, visam oferecer aos servidores públicos federais, em particular profissionais de saúde, um conjunto de diretrizes para a elaboração de projetos e ações de atenção à saúde mental; a *criação de uma rede* que articule os projetos de promoção à saúde e de qualidade de vida; e por fim, a *organização de comissões de saúde do servidor por local de trabalho*, em processo de regulamentação, que possibilitará o incremento de ações de promoção, por se constituírem em um espaço no qual o servidor pode reconhecer os riscos à saúde e à segurança, assim como negociar com a administração mudanças no ambiente e na organização do trabalho.

Quanto à assistência a saúde do servidor, a finalidade está em manter ou restabelecer a saúde ou minimizar os danos decorrentes de enfermidades ou acidentes. Isso requer a articulação dos serviços em rede, com suporte laboratorial e hospitalar capaz de responder de forma eficaz à demanda.

Para enfrentar o desafio de implementar e consolidar a PASS, diversas ações estratégicas foram propostas, dentre as quais destacamos: a *criação do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor* - visando a articulação entre os diferentes órgãos da administração pública federal (direta, autárquica e fundacional) para a elaboração coletiva de normas, a potencialização das ações, a uniformização de procedimentos e a elaboração de projetos de formação e canais de comunicação; a *implantação do Sistema Nacional de Informações em Saúde do Servidor (SINAISS)* e o *diagnóstico dos serviços de saúde em âmbito nacional* – possibilitando a produção de informações gerenciais; e, *capacitação e comunicação* – favorecendo as práticas de saúde e uniformização de conceitos e procedimentos (BRASIL, 2010).

Os servidores, com a Política de Atenção à Saúde e Segurança do Servidor Público Federal, passam a ter a partir de 2007 uma política que busca intervir na melhoria da qualidade de vida no trabalho daqueles que têm o Governo brasileiro como empregador e a prestação de serviços à população como atividade.

Os trabalhadores da saúde, apesar do reconhecimento mundial da importância de se estabelecer políticas voltadas para essa categoria, desde 2006 pela OMS/OPAS e no mesmo ano pelo Brasil, somente em dezembro de 2011 foi instituído no Brasil pelo Ministério da Saúde as Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS.

De acordo com o Protocolo nº 008/2011 da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde a Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS, tem como objetivo promover a melhoria das condições destes profissionais, por meio do enfrentamento dos aspectos gerais e específicos dos ambientes e processos de trabalho que possam gerar agravos à saúde (BRASIL, 2011a).

Entre os princípios que nortearam a elaboração das diretrizes desta política, estão a universalidade, a democratização das relações de trabalho (que se refere a garantia da participação dos trabalhadores na formulação, planejamento, gestão, desenvolvimento e avaliação das políticas e ações relacionadas à saúde do trabalhador no SUS), a integralidade da atenção à saúde do trabalhador do SUS, a intersetorialidade, a qualidade do trabalho (entendida como um conjunto e ações que permitam a promoção e proteção da saúde do trabalhador do SUS), a humanização e negociação do trabalho em saúde, a valorização dos

trabalhadores (garantia às políticas e ações que permitam o fortalecimento do coletivo de trabalhadores, o crescimento profissional e pessoal do trabalhador) e a educação permanente.

A nova política visa promover a melhoria das condições de saúde do trabalhador do setor de saúde, por meio do controle dos fatores de risco, e da facilitação do acesso, por parte desses trabalhadores, aos serviços de atenção integral à saúde. Para isso, está previsto: a criação de um comitê para fiscalizar as condições de trabalho dos profissionais; o monitoramento e notificação das principais doenças que atingem os trabalhadores do SUS; o desenvolvimento de um sistema de informação para acompanhamento da saúde desses profissionais e a implementação do plano de carreira, cargos e salários, estabelecido em 2006 (BRASIL, 2011a).

Contudo, apesar do avanço das políticas, para atenção da comunidade de servidores da administração pública e de trabalhadores da saúde, ainda se carece de consolidação e concretização de ações destinadas a estes trabalhadores, no que diz respeito a seus princípios e diretrizes, aplicabilidade, monitoramento, avaliação e constituição de sistema de informação para favorecer o seu desenvolvimento.

### **CAPÍTULO 3 - A RELAÇÃO SAÚDE/TRABALHO SOB O PONTO DE VISTA DA ATIVIDADE**

No sentido de compreender a relação saúde e trabalho buscamos o olhar de abordagens que consideram a atividade como elemento central. Destacaremos a Ergonomia da Atividade, a Ergologia e os próprios referenciais da VISAT já descritos. A Ergonomia da Atividade contribui ao estabelecer a distinção entre atividade e tarefa. A tarefa (ou trabalho prescrito) é a designação de um roteiro de trabalho, são as especificações com base nos objetivos concretos que sua execução deve proporcionar. A atividade (ou trabalho real) é a ação em si da tarefa, caracterizada pelos processos utilizados e pelas condutas, pelas performances realizadas e pelos resultados obtidos, compreendidos de maneira não isolada. Essa disciplina se interessa por compreender o distanciamento entre o trabalho prescrito e o trabalho real, demonstrando que entre a tarefa e a atividade há um ajuste, que leva a uma redefinição dos objetivos inicialmente fixados, o trabalho realizado, ou seja, o trabalho real, não se limita ao trabalho fixado (trabalho prescrito) por regras e orientações, incorpora a história de cada um e se desenvolve no encontro com aquilo que não era esperado (DANIELLOU, LAVILLE e TEIGER, 1999).

A perspectiva ergológica, desenvolvida por Schwartz (2005a) amplia o conceito de trabalho prescrito sugerindo a noção de *normas antecedentes*. Schwartz ao introduzi-lo procura articular os debates do sujeito com todos os tipos de normas apreendidas ao longo do tempo, ou seja, as anteriores aos sujeitos, mas também a história destes sujeitos, anterior a estas normas, possibilitando negociações e a reconfiguração do meio.

São normas antecedentes vinculadas a aquisições da inteligência e experiência coletiva (e, neste sentido, bens de todos). Essas normas referem-se aos saberes técnicos, científicos e culturais que historicamente são incorporados ao fazer (como os diferentes saberes e técnicas do campo da saúde) (BRITO, 2006:284).

Porém todas essas normas e saberes, prescritos anteriormente, não determinam por si só o que vai se passar na atividade de trabalho. Este conjunto de história pode antecipar somente em parte o que vai ser produzido na atividade, pois nenhuma atividade é mera execução, ou mera repetição de sequências de operações previstas por outros e antecipadas.

Dessa forma privilegia o ponto de vista da atividade na busca por compreender-transformar a relação entre saúde e trabalho e, a partir de Canguilhem (2006) nos convida a pensar a saúde como um conceito que não se limita à simples ausência de doença. Para este



autor a saúde é entendida como “margem de segurança”, poder de tolerância e de compensação às agressões do meio. Nesse sentido, “o ser humano não apenas adapta-se ao meio, mas (re)cria o próprio meio, no momento em que modifica e constitui normas de vida distintas, conforme as diferentes situações que se apresentam” (RAMMINGER e BRITO, 2008: 9).

A visão vitalista em Canguilhem (2006) relaciona-se à possibilidade de lidar com adversidade, ou seja, adversidade não é algo que desequilibra um sistema (alterando o estado de saúde), mas algo que possibilita a criação de novas normas para lidar com as variações da vida. Assim, a saúde não se relaciona à ausência de adversidades, porém com a maneira de lidar com elas. Portanto, ter saúde não está relacionando à normalidade, mas à normatividade, com a possibilidade de transgredir e criar outras normas, que permitam enfrentar situações de adoecimento e/ou empobrecimento subjetivo, inclusive no trabalho (RAMMINGER e BRITO, 2008).

De acordo com Schwartz (2002) a vida humana deixa de se manifestar de forma sadia, quando o meio pretende lhe impor integralmente as suas normas, tornando-se um meio “invivível”. Nesse sentido, o adoecimento estaria, então, relacionado ao impedimento da criação de novas normas e a saúde, a possibilidade de recriar o meio em que se vive e se trabalha. Schwartz (2002) entende a atividade de trabalho como algo complexo, em que o trabalhador, ao mesmo tempo em que parece se submeter a algumas normas anteriores, procura também transformá-las para delas se apropriar, considerando as variabilidades do meio. Essa ação normativa do trabalhador sobre seu meio de trabalho, mesmo quando é quase imperceptível, permite a realização de determinada tarefa, considerando que o real do trabalho sempre coloca situações novas, singulares e não previstas pelas normas antecedentes (RAMMINGER e BRITO, 2008). Em contrapartida, esse processo, também denominado *renormatização*, é sempre parcial, uma vez que nem todas as normas podem ser transgredidas ou transformadas pelo trabalhador ou seu coletivo de trabalho (SCHWARTZ, 2002).

Desse modo, o ato de trabalhar pode ser visto de duas formas, num movimento de dupla antecipação (SCHWARTZ, 2002). A primeira corresponde às normas antecedentes, ou seja, as regras ou prescrições colocadas ao trabalhador para a realização da sua atividade. A segunda antecipação ocorre no encontro com o meio, onde necessariamente, há um retrabalho das normas antecedentes em virtude da constatação, pelos trabalhadores, da insuficiência das primeiras antecipações para compreender os processos reais do trabalho (SCHWARTZ, 2002). Assim, a possibilidade de recriar a atividade, atendendo as singularidades de cada contexto, será positiva não só ao profissional que a executa, mas também aos demais atores

envolvidos, incluindo os usuários e até mesmo a instituição, pela propriedade de preencher o hiato que não pode ser previsto pelas normas antecedentes.

Neste sentido, Schwartz (2010a) afirma que em toda atividade de trabalho há sempre um uso de si, “pelos outros”, e uso de si, “por si mesmo”, devido às escolhas, às arbitragens feitas no “vazio das normas”, onde os trabalhadores fazem uso de suas próprias capacidades, de seus próprios recursos e de suas próprias escolhas, mobilizando o patrimônio coletivo visando equacionar os problemas emergentes, gerir as diferentes normas e, acima de tudo viver em saúde.

A ressingularização da atividade “sempre comporta, mais ou menos uma gestão coletiva” (SCHWARTZ, 2011: 139), onde o coletivo está para além das equipes prescritas ou formalizadas. Ele é indefinidamente variável ao longo do tempo, estando sempre por ser descoberto, assim como ocorre com as próprias renormatizações, portanto: “renormatizar é também escolher com quem trocar piscadas de olhos, o que compartilhar, com quem, que patrimônio construir – ou destruir – ao longo dos dias” (SCHWARTZ, 2011:140). Sem compartilhamento de valores comuns a atividade incorreria na direção da ineficácia e dos riscos de todos os gêneros.

Tomar consciência da renormatização permanente de que somos autores, da aventura que nos é própria a cada vez que entramos em atividade para realizar uma tarefa, pode ter consequências decisivas. Com efeito, na medida em que posso dizer algo a respeito do distanciamento sempre persistente entre o *que me pedem* (através da exigência ou norma) e o que isso exige de mim (o que me leva a retrabalhar essa norma, a renormatizá-la), fico muito mais bem posicionado para negociar meu lugar num trabalho coletivo, para aprender com a experiência, antecipar eficazmente os problemas a serem resolvidos, transmitir o que o confronto com o real me ensina (DURRIVE, 2010: 309).

Segundo Durrive (2010a: 295), o termo ergologia tem origem da palavra grega, *ergo*, que significa “ação, trabalho, obra”, dando ênfase ao trabalho do “ponto de vista daquele que trabalha” (DURRIVE, 2010a: 295). Nesse ponto, há convergência entre esta perspectiva e as ideias e princípios oriundos do Movimento Operário Italiano de luta pela saúde, que é representada pelo princípio da participação dos trabalhadores nos estudos como portadores de um saber sobre o processo saúde/doença no trabalho. Brito (2004) chama a atenção de que os estudos e práticas na área da Saúde do Trabalhador deveriam explorar mais as potencialidades contidas no Modelo Italiano.

Neste contexto, a ergologia traria importantes contribuições ao estudo da relação saúde-trabalho. Essa perspectiva encontra no *dispositivo dinâmico de três polos* um modelo de produção de conhecimentos que propõe o encontro entre os materiais gerados pelas

diferentes disciplinas científicas, os saberes e os valores gerados pelas experiências dos trabalhadores nas atividades de trabalho (DURRIVE, 2010b). De acordo com Brito (2005), o dispositivo busca facilitar o fecundo cruzamento de enfoques - encontro entre os materiais gerados pelas diferentes disciplinas científicas e os saberes gerados pelas experiências dos trabalhadores nas atividades de trabalho –, exige uma postura de humildade epistemológica e disposição para retrabalhar os conceitos em diálogo crítico com os saberes da experiência. Desta maneira lançamos nosso olhar sobre a atividade de trabalho buscando compreender a integração da experiência dos trabalhadores no processo de produção de conhecimento.

## **CAPÍTULO 4 – PERCURSO METODOLÓGICO**

O trabalho em conjunto de profissionais da ciência e protagonistas do trabalho em foco é condição para a construção de conhecimento relativo à atividade de trabalho. Para que essa construção se concretize, Schwartz, Durrive e Duc (2010b) propõe um dispositivo dinâmico de três polos (DD3P).

Esse dispositivo dinamiza a articulação entre os três polos: (1) o primeiro comporta materiais teórico-conceituais gerados por diversas disciplinas científicas e campos de conhecimento sobre o trabalho; (2) o segundo refere-se ao polo dos saberes e valores gerados pelas experiências dos trabalhadores nas atividades, desenhando-se aí um campo em que atua uma dinâmica de “forças de convocação e reconvocação” - os protagonistas da atividade convocam os atores e materiais do primeiro polo para auxiliá-los no compreender-transformar suas situações de trabalho e reconvocam posteriormente estes mesmos atores e materiais, colocando-os em confronto com seus saberes e experiência; e, (3) por fim o terceiro polo do dispositivo é, então, pensado como um polo que propicia o encontro fecundo dos dois primeiros. Este polo é conhecido como polo das exigências éticas e epistemológicas, pois trata da ética à construção das relações de parceria, que se baseia na ideia de ver o outro como seu semelhante (BRITO, 2004). Esse dispositivo se articula com a matriz da VISAT apresentada e pressupostos do campo da Saúde do Trabalhador (MINAYO-GOMEZ, 2011) tal interação provoca um dimensionamento coletivo da análise do trabalho e estabelece a natureza conceitual da participação dos trabalhadores.

Assim, é primordial que o pesquisador seja cuidadoso, atento e respeitoso ao que já tenha sido debatido e construído entre os próprios trabalhadores sobre o contexto de suas escolhas frente aos objetivos e normas da organização em que trabalham. É preciso, conseqüentemente, estar atento à maneira como as pessoas fazem a gestão da sua atividade, não subestimando a experiência dos trabalhadores. Ademais, é essencial ter-se a consciência que toda a intervenção será sempre pontual e insatisfatória em relação ao que ela encontra, mesmo que possa contribuir de forma favorável às tensões vividas na atividade (SCHWARTZ, 2005b).

Dessa forma, para entender a complexidade da atividade e as suas conseqüências à saúde das pessoas, consideramos essencial tomá-las como participantes fundamentais no processo de pesquisa. A partir da ergologia que constitui um projeto de melhor conhecer e, sobretudo intervir sobre as situações de trabalho para transformá-las (SCHWARTZ, 2010), buscamos identificar a dinâmica de trabalho de um serviço de saúde do trabalhador e seus

desafios às ações de vigilância. Para isso a escolha do local de estudo baseou-se na busca de um setor responsável pela saúde dos trabalhadores estruturado e com ações em curso ou anteriores ao período do estudo.

#### **4.1 Campo empírico**

Essa pesquisa foi desenvolvida em um Hospital Federal do município do Rio de Janeiro referência em saúde da mulher, da criança e do adolescente que tem como missão realizar, de forma integrada, assistência terciária, ensino e pesquisa na área da Saúde da Mulher, Criança e Adolescente. Atualmente é considerado centro de referência e de desenvolvimento tecnológico para o Sistema Único de Saúde. Anualmente atende a mais de 20 mil pacientes e forma aproximadamente 600 profissionais em cursos técnicos e de pós-graduação. Dispõem de 114 leitos, 20 deles reservados aos recém-nascidos internados nos berçários de alto risco e intermediário, equipados com recursos tecnológicos de última geração. Conta com maternidade para pacientes com risco gestacional e serviço de banco de leite humano e com uma equipe multidisciplinar formada por profissionais capacitados em diversas áreas, dentre elas: serviço social, psicologia médica, medicina, enfermagem, radiologia, farmácia e anestesiologia.

Neste hospital o NUSAT é composto por cinco profissionais do sexo feminino: uma enfermeira, uma técnica de enfermagem do trabalho, uma assistente social, uma assistente administrativa e uma médica do trabalho. Estas profissionais realizam ações que visam à melhoria das condições de trabalho dos servidores. Para realização dessas atividades dispõem de duas salas pequenas: uma reservada à execução do exame periódico e a assistência individual aos trabalhadores e outra destinada tanto às ações de caráter mais burocrático quanto às de cunho assistencial, que são encaminhadas coletivamente conforme decisão das próprias profissionais que atuam no núcleo.

O setor em que foi realizada análise do trabalho, a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), foi definido em conjunto com os membros do Núcleo de Saúde do Trabalhador por ser uma unidade fechada, com elevada demanda para os trabalhadores que constantemente procuram ao núcleo solicitando ações.

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal é subdividida em dois setores: o Berçário de Alto Risco (BAR) e o Berçário Intermediário (BI). Ambos situam-se no terceiro andar do hospital, além da Unidade Canguru (alojamento especial para a realização da segunda etapa

do chamado “método Canguru”) ainda em processo de implantação na instituição, que ficará localizada também no terceiro andar.

O BAR apresenta dezesseis leitos para neonatos, o BI seis e, a Unidade Canguru disporá de quatro leitos para o contato mãe-bebê. Entretanto, o BAR e o BI, na maior parte dos dias em que estivemos na unidade hospitalar contavam com maior número de neonatos internados do que o quantitativo previamente definido pela chefia de enfermagem. O maior número de internações encontrado no BAR e no BI no período de realização da pesquisa de campo foi respectivamente, dezoito e oito neonatos.

O BAR é composto de quatro boxes que ocupam a maior parte da unidade, ao lado dos mesmos ficam duas bancadas onde os profissionais podem sentar para organizar suas atividades. As bancadas possuem gavetas onde são armazenados os materiais utilizados na assistência aos recém-nascidos. Os boxes são locais onde ficam as incubadoras, sendo que na maior parte das vezes ficam dispostas duas a frente de cada lado dos boxes. Os mesmos são ainda utilizados para colocar os principais materiais e equipamentos que os profissionais poderão necessitar no cuidado com os bebês.

Quando iniciamos a pesquisa os boxes eram abertos o que favorecia a visualização da UTIN em sua totalidade, porém, ao mesmo tempo, por ser um espaço compartilhado para colocar os principais insumos a serem utilizados pelos bebês, representava um potencial risco de infecção cruzada. Assim, por esse motivo no decorrer do trabalho de campo os boxes foram fechados.

O mesmo foi realizado no BI que é estruturado com dois boxes e duas bancadas. Os setores, BAR e BI, dispõem de pias com acionamento automático para lavagem das mãos entre todos os boxes.

O acesso à UTIN é restrito aos funcionários do setor. Logo na entrada da unidade um segurança e um atendente fazem o controle das pessoas que entram e saem. Os pais tem livre acesso para visitarem e permanecerem na instituição, o que contribui para o fortalecimento do vínculo entre mãe-bebê e o aleitamento materno (quando o mesmo é possível). Já os avós tem dia pré-estabelecido para realização das visitas e a visita dos irmãos depende de autorização prévia da assistente social.

Por se tratar de uma unidade de referência, a clientela atendida na UTIN, é proveniente de todo o estado e, principalmente, de bebês nascidos na própria instituição, uma vez que esta dispõe de maternidade para pacientes com risco gestacional o que contribui para o aumento das intercorrências neonatais que necessitam de internação em UTIN.

O serviço de Neonatologia dispõe diariamente dos seguintes profissionais, compondo aproximadamente um quantitativo de noventa e cinco (95) profissionais:

- Médicos: dois a três médicos plantonistas, que se dividem no BAR e BI, totalizando treze (13);
- Enfermeiros: três enfermeiros plantonistas no turno diurno de trabalho de 12 horas e três plantonistas no período noturno, totalizando dezoito (18); 3 enfermeiros diaristas e um enfermeiro responsável pela chefia de enfermagem;
- Técnicos de enfermagem: nove técnicos de enfermagem por turno, totalizando cinquenta e quatro;
- Fisioterapeuta: um responsável pelo atendimento de três setores (Neocirúrgica, Unidade de Pediatria Geral e Neonatologia);
- Assistente social;
- Fonoaudiólogo;
- Outros profissionais que atuam na reposição de materiais da unidade e organização do serviço. Além de profissionais que atuam em outras unidades e que fornecem um apoio a UTIN, como nutricionistas e médicos de outras especialidades.

#### **4.2 Desenvolvimento da pesquisa de campo**

A pesquisa de campo foi realizada através de análise de documentos referentes às estratégias de vigilância em saúde do trabalhador desenvolvidas pela coordenação de saúde do trabalhador; de entrevistas com os membros da equipe de saúde do trabalhador; de Inquéritos de Saúde e Trabalho em Serviço<sup>2</sup> e de Encontros sobre Trabalho realizados com os profissionais de saúde que atuam diretamente na assistência ao paciente. Para melhor compreender o caminho que percorremos nesse estudo subdividimos esse tópico em três momentos.

---

<sup>2</sup> Este instrumento, originalmente denominado Inquérito de Saúde e Trabalho em Serviço (INSATS) foi desenvolvido na Universidade do Porto em Portugal em 2007. É um auto questionário que teve como pilares de sua construção os seguintes inquéritos: o SUMER- Surveillance Médicale des Risques Professionnels, EVREST – Évolutions et Relations em Santé au Travail e o SIT- Saúde, Idade e Trabalho.

- **Primeiro momento:** visitas ao setor de saúde do trabalhador e a UTIN visando estabelecer um vínculo com os profissionais e apresentar a pesquisa; análise de documentos referentes às ações desenvolvidas pelo NUSAT e entrevistas com os membros da equipe de núcleo buscando melhor compreender essas ações, bem como identificar as dificuldades percebidas pela mesma no planejamento e execução destas ações.
- **Segundo momento:** aplicação do INSATS e realização dos Encontros sobre o trabalho na UTIN, no sentido de conhecer a relação saúde e trabalho.
- **Terceiro momento:** discussão com as profissionais do NUSAT sobre os resultados encontrados com a aplicação do INSATS e dos Encontros na perspectiva de refletir sobre as potencialidades e possibilidades de utilização destes dispositivos por núcleos de saúde do trabalhador para compreensão da relação saúde e trabalho com profissionais de saúde. Nesta discussão buscamos refletir também sobre os desafios no estabelecimento de ações que tenha por observância os princípios e referenciais da Vigilância em Saúde do Trabalhador.

No NUSAT todos os membros integrantes do grupo se dispuseram a participar da pesquisa respondendo a entrevista e fornecendo os documentos para análise documental.

Para a análise do trabalho da UTIN, optamos por incluir todos os profissionais que atuavam na assistência direta aos recém-nascidos por um período superior a dois anos, excetuando, profissionais administrativos, da limpeza e conservação, de segurança, entre outros. Os profissionais que estavam afastados por motivo de férias ou licença médica por mais de um mês também não fizeram parte da pesquisa.

Assim, na UTIN estudada havia após a aplicação dos critérios de exclusão previamente estabelecidos e dos participantes que se mostraram interessados em participar o quantitativo abaixo descrito:

**Quadro 2** – Quantitativo de pessoas por categoria que participaram da pesquisa.

Categoria	Nº de profissionais	Tempo de trabalho < 2anos	Ausentes	Responderam ao INSATS	Participaram do Encontro
Médico plantonista	13	---	03	07	---



Enfermeiro plantonista	18	07	---	09	01
Enfermeiro diarista	04	---	---	03	02
Técnico de enfermagem	54	21	06	19	08
Fonoaudiólogo	01	---	---	01	---
Fisioterapeuta	01	---	---	01	---
Assistente social	01	---	---	01	01

- Nº total de profissionais, após critério de exclusão, aceitaram participar do estudo: 55 trabalhadores.
- Nº. total de participantes que responderam ao INSATS: 41
- Nº. total de funcionários que participaram dos encontros: 12

Entre os ausentes ambos os médicos encontravam-se de férias. Dos técnicos de enfermagem 06 estavam de licença, sendo uma licença maternidade.

Antes de iniciarmos as atividades fizemos contato com os coordenadores dos setores que se mostraram receptivos à pesquisa. Logo em seguida, cumprindo os requisitos referentes à Resolução 196/96, que trata da ética em pesquisa envolvendo seres humanos, submetemos o projeto ao comitê de ética da instituição onde foi realizado o estudo e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (anexo 1). Seguindo a orientação do comitê de ética elaboramos três Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 1) correspondentes à entrevista, aplicação do INSATS e participação nos Encontros sobre o trabalho.

Somente após a aprovação da pesquisa começamos as atividades precedendo antes de cada etapa a apresentação da mesma e a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### ❖ Primeiro momento

Optamos por dar início as atividades com visitas ao setor de saúde do trabalhador e de UTIN, objetivando conhecer a dinâmica de funcionamento dos setores, sua estrutura, equipe multiprofissional e ainda, estabelecer um vínculo com os trabalhadores e apresentar a pesquisa. Buscamos nos integrar a um meio de trabalho que não nos pertencia, mesmo que momentânea e parcialmente. Para isso realizamos durante o período de uma semana visitas a ambos setores. Esse momento foi muito importante, pois alguns trabalhadores tinham uma visão pré-estabelecida a respeito dos pesquisadores, como demonstra a seguinte fala: *“Eu já vi vários pesquisadores passarem por aqui com a mesma intenção sua, pesquisadores até daqui de dentro e não move uma palmeira, não faz nem vento, nada muda”*.

A criação de um vínculo com os trabalhadores foi construída dia-a-dia no campo por meio de diálogos apresentando nossa proposta de pesquisa e esclarecimentos sobre as possíveis contribuições que o estudo poderia trazer aos profissionais que trabalham na unidade e indiretamente aos demais setores do hospital. Dessa forma, buscamos fazer um duplo movimento no sentido de conhecer os setores - no que diz respeito à sua estrutura, funcionamento, composição da equipe e processo de trabalho - e de nos fazer conhecer - na perspectiva de criar um vínculo com os profissionais, apresentar a pesquisa, estabelecer acordos sobre como as etapas da pesquisa poderiam ser desenvolvidas, bem como sobre os melhores horários para a coleta de dados.

Preferimos realizar observações livres por serem flexíveis e pela possibilidade proporcionada de descrever de forma fiel as situações, os sujeitos e o ambiente pesquisado. De acordo com Guérin et al (2001: 143), esse tipo de observação “ocorre em tempo real e de forma contínua, sem que haja especificação dos elementos a serem observados, e fornece como resultado, descrições acerca dos aspectos verbais, não verbais e espaciais da conduta, bem como impressões do observador”.

As observações nessa pesquisa foram acompanhadas por diálogos entre a pesquisadora e a equipe multiprofissional na perspectiva de criar uma relação de confiança e respeito, além de procurar romper com a resistência encontrada em algumas trabalhadoras. Assim, com inspiração no referencial teórico da Ergologia, operamos com a técnica de conversar sobre a atividade com objetivo de construir os primeiros passos para a possível constituição de uma Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP) - denominação sugerida ao tipo de relação, de encontro, de confronto, de diálogo entre o polo dos saberes presentes nas disciplinas

científicas e o polo dos saberes colocados em prática no cotidiano de trabalho (BRITO, ATHAYDE e NEVES, 2003).

A partir das visitas a UTIN foi possível uma aproximação com diversos aspectos da atividade desses trabalhadores, entre eles, a própria prescrição do trabalho, o trabalho real, os debates de normas e valores presentes. Pudemos ainda encontrar alguns subsídios para a realização dos encontros de discussão sobre o trabalho e convidar os profissionais a participarem das etapas seguintes, aplicação do INSATS.

Foram realizadas seis visitas entre o final de maio e início de junho, incluindo as diferentes equipes de plantão da unidade, em todos os horários de trabalho, diurnos e noturnos. Cada visita compreendeu uma média de 3 horas de duração, durante as quais foram registradas as observações e impressões em um diário de campo.

Os dados desta etapa foram tratados qualitativamente por meio de leitura e releitura dos materiais e posterior organização dos mesmos de acordo com os temas que sobressaíram. Foram eles: as condições de trabalho, o plantão do dia, o que mais gosta e menos gosta do trabalho ali, trabalhar no BAR e no BI, as particularidades do trabalho em UTIN no referido hospital, o trabalho noturno, a relação com a chefia e com a equipe multiprofissional e avaliação da atividade.

Em meados de junho iniciamos a análise documental dos trabalhos desenvolvidos pelo NUSAT (Relatórios de atividades anuais, Relatórios de avaliação e programação anuais, Balanço de ações, Relatório sobre exames periódicos, Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional e Fluxograma de acidentes de trabalho) e a realização de entrevistas com os membros dessa equipe, buscando melhor compreender as ações desenvolvidas, bem como identificar as dificuldades percebidas no planejamento e execução destas ações.

A realização da coleta de dados documentais foi norteada por um roteiro previamente estruturado (Apêndice 2). Essa etapa aconteceu em uma sala do próprio serviço destinada ao atendimento dos exames periódicos e demais intercorrências que chegam ao setor como, por exemplo, acidentes de trabalho e picos hipertensivos. Algumas dúvidas foram surgindo após a leitura dos documentos que foram anotadas e esclarecidas posteriormente nas entrevistas.

Para a realização das entrevistas um roteiro semiestruturado foi elaborado (Apêndice 3), por permitir maior flexibilidade nas conversas e a colocação de novos temas e questões trazidas pelo interlocutor como relevantes (MINAYO, 2010).

Antes da realização das entrevistas solicitamos autorização para gravá-las na forma de áudio e esclarecemos que os dados seriam tratados impossibilitando a identificação dos profissionais que se dispusessem participar. A totalidade dos trabalhadores do núcleo aceitou

ser entrevistada e disse não se incomodar com a gravação da mesma. Acreditamos que a realização inicial de visitas ao setor foi primordial para o estabelecimento desse vínculo de confiança.

Assim, consideramos que as entrevistas constituíram-se uma possibilidade de compreender questões que não ficaram totalmente esclarecidas nas análises dos documentos. E ainda, representaram um momento onde os profissionais puderam refletir sobre sua atividade, sobre a trajetória desenvolvida pelo núcleo e até mesmo desabafar, confidenciar questões sobre as conquistas e dificuldades vivenciadas.

### ❖ Segundo momento

Como nossa intenção neste trabalho não era somente conhecer a dinâmica de trabalho desse Núcleo de Saúde do Trabalhador, mas também contribuir para as ações de vigilância nesse serviço, optamos por utilizar para captarmos apreensão da relação saúde e trabalho da equipe de saúde da UTIN dois instrumentos, o Inquérito Saúde e Trabalho em Serviços e Encontros sobre o trabalho.

De acordo com os referenciais que embasam essa pesquisa para conhecer a relação saúde e trabalho a partir do ponto de vista da atividade é essencial o fecundo cruzamento entre os saberes advindos da comunidade científica e do saber proveniente das experiências dos trabalhadores.

Dessa forma, a escolha do INSATS, reside no fato de possibilitar aos trabalhadores que ao preencher reflitam globalmente sobre sua atividade, permitindo que enriqueçam sua percepção sobre as relações entre as condições de trabalho e sua saúde. Promovemos ainda, Encontros sobre o trabalho procurando discutir os resultados encontrados no INSATS e nas visitas e aprofundar algumas questões, entre elas, a defasagem entre o trabalho real e o prescrito, condições de trabalho, estratégias usadas pelos trabalhadores para se preservar e dar conta do trabalho, trabalho noturno, relação com a chefia e com a equipe.

Nosso planejamento previa a aplicação dos INSATS durante a jornada de trabalho dos profissionais de saúde como Gomes (2011) realizou em sua tese de doutorado. A autora relata que durante o preenchimento do instrumento muitas vezes alguém lia em voz alta alguma questão, ou mesmo provocavam os outros com assunto que estava sendo respondido e isso gerava discussões entre eles. Entretanto, apesar do planejamento inicial utilizamos outra estratégia no decorrer dessa etapa. Essa estratégia foi se delineando ao longo das visitas à unidade e mesmo durante a aplicação do instrumento, conforme fomos identificando a rotina

do setor e as particularidades dos indivíduos envolvidos na pesquisa. Era comum a opinião sobre a dificuldade de responder o INSATS durante a atividade, tendo em vista a sua dimensão. Assim, à semelhança com o estudo de Souza (2010), deixamos os profissionais levarem o inquérito para sua residência e agendamos com cada participante um dia para reavê-lo preenchido. Poucas pessoas retornaram o instrumento respondido no dia acordado, sendo necessária uma verdadeira busca destes durante os meses de junho, julho e agosto, e ainda assim, 14 INSATS – em um total de 55- foram descartados da amostra porque não conseguimos resgatá-los.

Os resultados contidos nos 41 INSATS resgatados foram tabulados para posteriori análise. Conforme destacam Barros-Duarte e Cunha (2010:23), “embora este instrumento apresente potencialidades estatísticas é importante salientar que as interpretações dos resultados deverão ser mais compreensivas do que explicativas, levando em consideração a complexidade que envolve as relações entre saúde e trabalho”.

Nesse sentido, fizemos complementarmente a tabulação das informações leituras repetitivas destacando os principais tópicos do INSATS a serem abordados nos Encontros sobre o trabalho, juntamente com os tópicos anteriormente citados provenientes das observações e diálogos feitos durante as visitas nessa unidade. Elegemos considerar aspectos relacionados ao espaço físico, carga horária, vida fora do trabalho, trabalho noturno, características do trabalho, estado de saúde, proteção e cuidados.

Durante a aplicação do INSATS perguntamos aos trabalhadores sobre o interesse em participar da etapa seguinte, os Encontros sobre o trabalho, onde seriam restituídos e discutidos os resultados e aprofundadas outras questões encontradas nos materiais produzidos na pesquisa. Optamos por realizar os encontros nos plantões que tiveram um maior número de profissionais interessados em participar. Realizamos três encontros, com a respectiva participação: primeiro encontro – participaram um enfermeiro e três técnicos; segundo encontro – participaram cinco técnicos; terceiro encontro – participaram dois enfermeiros e um assistente social.

Para a realização dos encontros fizemos leitura e releitura do material proveniente da realização das visitas e da aplicação do INSATS. Após essa etapa elaboramos uma apresentação com o objetivo de apresentar os resultados e estimular a discussão (Apêndice 4). Procuramos ainda estimular os trabalhadores a refletirem sobre como transformar sua atividade de trabalho. Para isso, criamos esta apresentação bem provocativa com perguntas dirigidas aos profissionais e elaboramos um tópico que intitulamos: “Planejando o próprio trabalho”. Neste tópico destacamos falas dos trabalhadores sobre situações que poderiam ser

modificadas e colocamos o seguinte questionamento: “Que condições poderiam ser modificadas para que as situações abaixo sejam diferentes? O que fazer para mudar?”

A escolha dos Encontros sobre o trabalho constituiu-se a partir do entendimento de que nesse tipo de instrumento de pesquisa, “nenhum dos participantes adota a postura de ignorante que vem aprender com um sábio. Cada um, ao se confrontar com a noção de atividade, se reconhece e reconhece os outros como produtores de saberes” (DURRIVE, 2010: 310). Segundo este autor os “saberes ocultos poderão ser formulados e existir socialmente” a partir da problematização da atividade, revelando o trabalhar de outra forma, por detrás do que parece uma mera execução de tarefas; pela formulação de questões pelos interessados, sobre seu trabalho, à medida que seus pontos de vista vão ganhando formas em relação às suas vivências, abrindo assim debates (DURRIVE, 2010:310).

Schwartz (2005b: 90) chama a atenção para o fato de que toda interferência no trabalho é uma “intervenção na vida dos outros”, pois é toda a vida das pessoas no trabalho que está implicada, através de critérios, visíveis ou não, das escolhas durante a atividade. Esse fato nos demonstra a necessidade de estarmos atentos ao modo como as pessoas realizam a gestão de seu trabalho, tomando o cuidado para não subestimar a potência da experiência dos trabalhadores em seu caráter prático.

Para Durrive (2010b: 312-313) os Encontros sobre o trabalho “reúnem pessoas que, de início, se reconhecem, talvez intuitivamente. Como tendo algo a dizer, a transmitir e a aprender em relação à atividade”. Na proposta de Durrive o papel do animador nesses Encontros é favorecer a dinâmica gerada pelo terceiro polo do dispositivo (ético-epistemológico). Desse modo, o animador deve primeiramente ressaltar a importância da atividade e chamar a atenção para sua complexidade, para os desafios e mobilizações aí implicados, bem como para a dificuldade que se tem para conceituar a atividade. E posteriormente, depois de ter colocado o limite das palavras, “que não podem tudo dizer nem preceder inteiramente uma atividade”, o desafio será convencer os participantes do Encontro de que há necessidade de “uma rigorosa verbalização daquilo que a atividade ensina”. Nesta proposição, através das falas dos trabalhadores, é forjado saberes inéditos sobre a atividade.

Ao animador cabe ainda enquadrar o debate sobre a atividade através do “método da dialética de registros”, que consiste em levar os participantes a distinguirem com clareza o que, na sua atividade, faz parte do registro do formalizado e o que provém do segundo registro, o das renormatizações. É precisamente aí, na distância entre os dois registros, que está a verdadeira natureza do ato de trabalho: a gestão do hiato entre os dois registros, para que, apesar de tudo, o trabalho seja realizado (DURRIVE, 2010b: 314). Assim, o objetivo da

dinâmica dos Encontros sobre o trabalho é que os participantes se fortaleçam para convocar saberes formais e reconvocá-los, alimentando incessantemente novas perspectivas para o debate.

O registro dos Encontros sobre o trabalho ocorreu na forma de áudio e foram posteriormente transcritos com o cuidado de resguardar a identidade dos participantes e a confidencialidade das informações.

### ❖ Terceiro momento

No terceiro momento, fizemos leitura, releitura, categorização e análise dos resultados obtidos nas etapas anteriores. Após consolidar essas informações nos reunimos com o NUSAT para a apresentação dos resultados. Neste momento, primeiramente, explicamos o INSATS, sua construção como proposta metodológica para a análise dos efeitos das condições de trabalho sobre a saúde. Solicitamos que as profissionais também o respondessem, no intuito de melhor conhecê-lo.

Posteriormente, discutimos as potencialidades do instrumento, e se ele atinge o propósito de criar condições para que sejam declarados os problemas que constituem fonte de sofrimento. Verificamos também sua abrangência nos temas que permitem uma compreensão das características de trabalho; a exploração do percurso profissional do trabalhador, com referência às condições de trabalho atuais e passadas; a referência às condições de vida fora do trabalho; a estrutura e a organização das questões e das escalas de resposta relativas ao estado de saúde; a integração de questões referentes às dificuldades sentidas no trabalho; a integração da perspectiva do trabalhador e a convocação da sua experiência subjetiva de percepção dos efeitos do trabalho na sua saúde; e a reflexão potencializada pela aplicação do inquérito sob a forma de entrevista. De acordo com os Barros-Duarte, Cunha e Lacomblez (2007) o inquérito possibilita conhecer uma série de informações sobre saúde e trabalho como:

- Definir medidas que possam promover uma melhoria das situações de trabalho e que, concomitantemente, minimizem os efeitos dessas situações sobre o risco de deterioração da saúde dos trabalhadores, no desempenho da sua atividade de trabalho;
- Contribuir para que as empresas e os médicos do trabalho identifiquem os riscos a que se encontram expostos os trabalhadores;
- Promover uma tomada de consciência individual e coletiva relativamente aos efeitos do trabalho e das condições de trabalho na saúde e bem-estar.

Explicamos que realizamos Encontros sobre o trabalho buscando discutir os resultados encontrados no INSATS e nas visitas, por entender que esse método favorece a socialização de saberes que ainda não tinham sido anteriormente revelados.

Logo após apresentamos sucintamente os dados do INSATS e dos Encontros, objetivando discutir acerca das potencialidades e possibilidades do uso desses dispositivos por núcleos de saúde do trabalhador para compreensão da relação saúde e trabalho entre profissionais de saúde. E refletir sobre os desafios no estabelecimento de ações que tenha por observância os princípios e referenciais da Vigilância em Saúde do Trabalhador.

### **4.3 Análise da atividade**

Foi realizada uma análise interpretativa do levantamento documental, das entrevistas, dos INSATS e dos Encontros sobre o trabalho. Buscou-se fazer uma leitura das narrativas, provenientes das visitas, das entrevistas e dos Encontros, pautada pela abordagem teórica, apreendendo sentidos e significados, situando-os ao contexto em que estão inseridos. As narrativas são fruto de um processo relacional, dialógico, podendo ser definida como “uma forma na qual a experiência é representada e recontada, na qual os eventos são apresentados como tendo uma ordem coerente e significativa; na qual atividades e eventos são descritos conjuntamente às experiências, sendo associados com os significados que lhes emprestam as pessoas envolvidas” (Byron-Good, 1996 apud Bastos, Deslandes, 2009).

Dessa forma, buscamos identificar e agrupar as unidades de significado e interpretar por meio da construção de categorias. De acordo com Minayo (2010), a palavra categoria, refere-se a um conceito que abrange elementos que se relacionam entre si. Em geral, são empregadas para se estabelecer classificações. Nesse sentido, trabalhar com categorias significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso. Optamos por agrupar as informações referentes ao Núcleo de Saúde do Trabalhador, onde inicialmente contamos a história de sua criação, suas atividades, condições de trabalho e aspectos relacionados à organização do trabalho e autonomia.

Paralelamente trabalhamos os materiais advindos do INSATS, sistematizamos os resultados considerando os oito domínios de resposta contidas no instrumento, são eles: (I) caracterização pessoal e profissional; (II) jornada de trabalho; (III) condições e características do trabalho; (IV) o que mais me incomoda no trabalho; (V) educação e trabalho; (VI) vida familiar, trabalho doméstico e lazer; (VII) o meu estado de saúde; e (VIII) proteção e



cuidados. A apresentação desses achados foi atrelada as observações provenientes do trabalho de campo.

Em relação aos materiais dos Encontros sobre o trabalho, expomos separadamente os resultados da UTIN e do NUSAT. Agrupamos as informações advindas da neonatologia nos temas: a rotina de trabalho e sua prescrição; as condições de trabalho; e a relação entre as profissionais da equipe e destas com a chefia. Para apresentação dos resultados do Encontro promovido no NUSAT não criamos categorias temáticas, optamos por valorizar a construção do diálogo entre as trabalhadoras.

Nesta análise tomamos como referência a perspectiva ergológica considerando que a etapa de análise envolve uma relação dialógica entre trabalhador e pesquisador. Assim, nos aproximamos do dispositivo dinâmico de três polos, principalmente do terceiro polo, o polo ético epistemológico, que diz respeito à postura do pesquisador de ver o outro, o trabalhador, como semelhante, na qualidade de um micro recriador permanente e que deve ser respeitado por isso (SCHWARTZ, DURRIVE e DUC, 2010b).

## **CAPÍTULO 5 - OS RESULTADOS E SUA ANÁLISE**

### **5.1 O Núcleo de Saúde do Trabalhador**

O hospital onde desenvolvemos esse estudo pertence a uma Fundação vinculada ao Ministério da Saúde, atualmente considerada como a mais destacada instituição de ciência e tecnologia em saúde da América Latina. Os conceitos que pautam sua atuação visam promover a saúde e o desenvolvimento social, gerar e difundir conhecimento científico e tecnológico, bem como ser um agente de cidadania.

A missão de produzir, disseminar e compartilhar conhecimentos e tecnologias voltados para o fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) - que contribuam para a promoção da saúde e da qualidade de vida da população brasileira, para a redução das desigualdades sociais, tendo a defesa do direito à saúde e da cidadania ampla como valores centrais – revela o compromisso da Fundação com a sociedade.

Para isso tem como valores constituídos a atuação da organização para a sociedade, priorizando: o compromisso institucional com o caráter público e estatal; a ciência e inovação como base do desenvolvimento socioeconômico e da promoção da saúde; a ética e transparência; a cooperação e integração; a diversidade étnica, de gênero e sociocultural; a valorização dos trabalhadores, alunos e colaboradores; a qualidade e excelência; a redução das iniquidades; o compromisso com as principais metas de transformação social do Estado brasileiro; o compromisso socioambiental; a democracia participativa; a democratização do conhecimento e a educação como processo emancipatório.

A Fundação está instalada em 10 estados do Brasil e conta com um escritório em Maputo, capital de Moçambique, na África. Além dos institutos sediados no Rio de Janeiro, a mesma tem unidades nas regiões Nordeste, Norte, Sudeste e Sul. A partir de seus projetos de ampliação, foram criadas bases para a institucionalização de unidades no Ceará, Mato Grosso do Sul, Piauí e Rondônia. Ao todo, são 16 unidades técnico-científicas, voltadas para ensino, pesquisa, inovação, assistência, desenvolvimento tecnológico e extensão no âmbito da saúde. Há ainda uma unidade técnica de apoio, atuante na produção de animais de laboratório e derivados de animais. As quatro unidades técnico-administrativas são dedicadas ao seu gerenciamento físico, às suas operações comerciais e à gestão econômico-financeira.

Esse estudo foi realizado em uma das 16 unidades técnico-científicas dessa fundação. A unidade em questão, fundada em 1924, é um hospital que tem como missão realizar, de forma integrada, assistência terciária, ensino e pesquisa na área da saúde da mulher, criança e

adolescente. É centro de referência e de desenvolvimento tecnológico para o Sistema Único de Saúde. Em 1999, foi reconhecido pelo Fundo das Nações Unidas para Infância, Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde com Hospital Amigo da Criança.

O referido hospital atualmente dispõe de um serviço de atenção à saúde do trabalhador estruturado em um Núcleo de Saúde do Trabalhador subordinado à Fundação anteriormente descrita.

O Núcleo de Saúde do Trabalhador, que foi campo dessa pesquisa, estruturou-se no ano de 1999 como instancia de execução de um programa institucional da Fundação, que tem como finalidade transformar em prática cotidiana as teorias e tecnologias sobre saúde e ambiente, aproveitando o potencial técnico-científico desenvolvido.

No entender de Machado (2004), a ideia que deu origem ao programa é a mesma que fundamentou o conceito de Cidade Saudável que, por sua vez, está centrada na proposta de desenvolvimento sustentável definida na Declaração do Rio sobre Meio Ambiente na Conferência Mundial da ONU - Rio 92. Nesse sentido, ele é um projeto amplo e transversal que vai além das necessidades legais do trabalhador, integrando ações de gestão institucional com atividades das unidades técnicas, entre elas o campo dessa pesquisa.

O objetivo desse programa é “disseminar o conceito de saúde e ambiente no processo do desenvolvimento, incorporando-o nas práticas institucionais de pesquisa, ensino e desenvolvimento tecnológico” (MINAYO et al 1998: 152). Nesse sentido, o programa propõe “... a integração entre saúde e ambiente nas várias unidades que compõem a instituição, tornando-as um laboratório de práticas que venham a se desenvolver de modo a conjugar interdisciplinarmente as áreas de Saúde do Trabalhador, Biossegurança, Saneamento e Ecologia” (MINAYO et al 1998: 152).

Introduz conceitualmente os pressupostos de qualidade de vida e conforto ambiental e, em termos metodológicos, propõe uma abordagem baseada na heterogeneidade e na inclusão, na interdisciplinaridade e na participação dos trabalhadores nos processos decisórios (MINAYO et al 1998) .

Para tanto, as práticas do programa são fundamentadas pelos pressupostos a seguir: articulação – através de parcerias entre instâncias gestoras e executoras, inclusive com outras instituições; flexibilidade – pela articulação de uma ação interdisciplinar, multiprofissional e de adesão cooperativa, utilizando-se de metodologias heterogêneas, relacionadas e conjugadas aos objetos de intervenção do projeto; participação – pelo envolvimento dos trabalhadores e comunidade nas ações de formulação até nas ações de avaliação, a composição de um programa de capacitação continuada e, por fim, a avaliação do impacto das ações.

No programa identificam-se duas grandes vertentes: a Biossegurança e Gestão Ambiental; e a Vigilância em Saúde do Trabalhador, que se propõem articular e integrar diferentes formas de abordar a relação saúde – trabalho – ambiente. No espaço da Vigilância em Saúde do Trabalhador (que engloba as ações de intervenção, articuladas em torno de bases técnico-científicas, epidemiológicas e da legislação sanitária, exercendo funções de regulação e controle sobre a saúde e o meio ambiente nos espaços e processos de trabalho) encontramos os núcleos de saúde do trabalhador, dentre eles o núcleo do hospital.

### **5.1.1 Como tudo começou... A história da criação do NUSAT**

Antes de abordar o atual Núcleo de Saúde do Trabalhador, cabe fazer um pequeno recorte sobre as atividades do serviço, anteriores à reestruturação do núcleo ocorrida em 1999. De acordo com os profissionais que atualmente compõem a equipe no período precedente a 1999, o NUSAT era composto por uma equipe com perfil eminentemente biomédico e pericial, constituída por dois médicos, uma técnica de enfermagem e um assistente administrativo, todos servidores lotados no hospital.

Segundo seus membros o NUSAT começou a se reestruturar no ano de 1999. A primeira profissional que chegou a unidade foi uma assistente social, terceirizada, com experiência na esfera privada na área de recursos humanos e saúde do trabalhador, de aproximadamente 15 anos.

Ainda em 1999 uma técnica de enfermagem, servidora pública, lotada no hospital, foi transferida para o núcleo no mês de setembro, em função de um processo de readaptação funcional. Após seu ingresso no núcleo realizou o curso de técnico de enfermagem do trabalho custeado pela unidade.

Em agosto de 2000 uma médica com formação em pediatria e homeopatia, concluindo o curso de Especialização em Medicina do Trabalho e com experiência, na esfera privada, na área de gestão de plano de saúde foi contratada. No mesmo ano, agrega-se a equipe uma estagiária, formada em administração (nível médio), através de bolsa estágio curricular, disponibilizada pela diretoria de recursos humanos da Fundação, sendo que hoje encontra-se com uma profissional com nível superior em administração de empresa.

Nessa época instituiu-se uma parceria com o Serviço de Psicologia Clínica da unidade que auxiliava ao núcleo com o trabalho de uma médica psiquiatra e uma psicóloga. Outra parceria constituída refere-se à participação do técnico de segurança do trabalho e do ergonomista, ambos membros da equipe da Coordenação de Saúde do Trabalhador da

Fundação. O núcleo contava ainda com o auxílio de uma fisioterapeuta e uma acadêmica de enfermagem contratadas através da terceirização de serviços.

O discurso das profissionais demonstra que antes de 1999 as atividades do serviço relacionavam-se aos exames periódicos, processos de readaptação profissional, acompanhamento de doenças familiares e avaliação de insalubridade, conforme ilustra a fala a seguir:

*“A gente chegou aqui né, para conhecer ainda o hospital, para conhecer a demanda. Tinha uma demanda institucional que fazia referência só a questão das licenças, o alto índice de absenteísmo, por causa da licença e não queriam saber o porquê da licença. Porque a licença era um sintoma e não uma avaliação do processo de trabalho. Aí a gente pensou assim: o que tem institucionalmente? É o exame periódico. Aí a gente começou, através do exame periódico, tentar mapear e conhecer os setores”.*

Pela fala percebemos que, apesar de existir anteriormente um serviço direcionado à saúde dos trabalhadores, o mesmo limitava-se a uma prática que não traduz as diretrizes propostas pela Política de Saúde do Trabalhador.

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal 9090/90), em seu artigo 6º, parágrafo 3º, a Saúde do Trabalhador é entendida como um conjunto de atividades que se destina à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos provenientes das condições de trabalho. Entretanto, observamos que as ações limitam-se a questão das licenças médicas, ficando distante do ideário de saúde do trabalhador em sua plenitude.

A partir da reestruturação do núcleo uma aproximação nesse sentido começa a se iniciar. Essa tentativa foi descrita por um membro da equipe.

*“Aí a gente começou ir para cada setor, tentar fazer o exame periódico de cada setor, aí tinha o exame clínico, a gente incluiu uma entrevista psicossocial que a gente elaborou. E aí assim a gente foi mapeando cada setor e em cada setor a gente ajeitava o formulário de exame periódico, ajeitava a entrevista psicossocial e o próprio SRQ. Mas deu para a gente dar uma rodada no hospital. Nisso a gente se fez conhecer também. Nisso mudou a demanda, a porta de entrada né, que a gente chama de pronto atendimento e aumentou muito”.*

*“... o núcleo que antes tinha função de receber os atestados e encaminhar para a perícia passou a ter uma abordagem mais ampla, mais múltipla”.*

Percebemos que se iniciou uma abordagem no sentido de conhecer cada setor. A estratégia utilizada parece pertinente, pois como o núcleo foi reestruturado e também a equipe era recém-chegada a realidade, a metodologia de fazer um diagnóstico da unidade, a partir do exame periódico, por meio do exame clínico, da entrevista e do próprio questionário SRQ-20<sup>3</sup> permitiu mesmo com possíveis limitações (seja pelos instrumentos escolhidos ou pelo pequeno quantitativo de profissionais reduzido) traçar um diagnóstico da saúde do trabalhador nesse hospital e conhecer o processo de trabalho.

O processo de trabalho tem sido apontado por diversos autores como uma referência central para análise da relação entre saúde e trabalho (MINAYO e THEDIM-COSTA, 1997; LAURELL e NORIEGA, 1989; BRITO, 2004). Para Brito (2004) isso implica em conhecer o trabalho, como ele é realizado e sob quais relações sociais, para que os danos à saúde sejam interpretados e combatidos, mediante mudanças no processo e também nas relações sociais que o envolvem.

Observamos que o discurso sobre a questão da saúde e do processo de trabalho passa a ser valorizada. A atenção, a princípio, centrada na doença, passa a incorporar outros determinantes do processo de trabalho, incluindo os aspectos sociais e subjetivos. Dessa forma a equipe, como ressalta uma profissional do núcleo, *“... se fez conhecer mais e as coisas foram meio que aumentando”.*

A realização do exame periódico é um dos parâmetros mínimos estabelecidos na Norma Regulamentadora NR-7 da Portaria nº. 3.214/78 que prevê a obrigatoriedade de elaboração e implementação, por todos empregadores, do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), com o objetivo de promover e preservar a saúde dos trabalhadores. Constatamos que o PCMSO e a realização dos exames periódicos formalizaram-se como um espaço, concebido pelo núcleo, de aproximação da equipe com o trabalhador, uma verdadeira oportunidade de perceber a realidade institucional. Um espaço para perceber o processo e o ambiente de trabalho e um espaço para atuação da equipe.

---

<sup>3</sup> O Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), é um instrumento autoaplicável contendo escala dicotômica (sim/não) para cada resposta, destinado à detecção de sintomas, ou seja, sugere grau de suspeição de transtorno mental, não estabelecendo diagnóstico específico do agravo ou doença existente (Mari, Willians, 1986).

As trabalhadoras do núcleo relataram ainda que sob a responsabilidade da médica e da técnica de enfermagem do trabalho ficava a avaliação da história clínica do trabalhador, identificação de riscos ocupacionais e possíveis agravos. E sob a responsabilidade de todos os membros da equipe a realização da avaliação do ambiente de trabalho através de registro fotográfico, porém nada muito estruturado como mostra a seguinte narrativa:

*“Na realidade assim, faço uma crítica, nada muito estruturado, nada muito institucionalizado como uma política. Aí assim, o periódico tinha orientação da direção de recursos humanos, da coordenação de saúde do trabalhador que era para fazer só dos servidores. A gente fazia de servidores e fazia de terceirizados, mas fazia o periódico sem ter o mapa de risco que a gente nunca teve aqui. Então a gente que ia com a máquina lá, fotografava, conversava com os trabalhadores, pedia para eles identificarem os riscos, porque nem eu tinha experiência para isso, nem a médica do trabalho, pois foi a primeira empresa que ela trabalhou, o primeiro lugar que ela trabalhou como médica do trabalho, ela também não tinha experiência nessa área e a gente foi fazendo as coisas, entendeu? E a nossa equipe sempre foi assim: um médico, um assistente social, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e um assistente administrativo. Então se precisava de alguém para vigilância em saúde do trabalhador enquanto avaliação do ambiente a gente sempre depende do pessoal do campus que também é um grupo pequeno para dar conta da Fundação como um todo”.*

Chamamos a atenção para a dificuldade de estruturar o trabalho conforme estabelece a Política de Saúde do Trabalhador. Mesmo limitando-se, a princípio, ao cumprimento de uma exigência legal, implantar e implementar o PCMSO, percebe-se que este núcleo compreende este programa para além de um instrumento puramente legalista e burocrático. Assumindo-o como uma ferramenta da vigilância que permite além de conhecer as condições de trabalho, o processo de saúde e adoecimento dos trabalhadores; estabelecer uma aproximação com os trabalhadores, chefia e direção; e ainda desvendar determinantes sociais e subjetivos presentes nesta realidade.

Embora houvesse uma tensão institucional sobre a realização dos exames periódicos a orientação técnica e política defendida pela Coordenação de Saúde do Trabalhador não era centrada nos periódicos e sim na discussão com os trabalhadores e nos impactos da atividade na saúde.

De acordo com Schwartz (2005a) trata-se do debate de normas atravessado por valores que por sua vez relaciona-se às possibilidades de *recentramento do meio* por parte de quem

trabalha, ou seja, o quanto o trabalho possibilita a expressão dos valores daqueles que trabalham. Canguilhem (2001: 115) a esse respeito aponta que “o meio só pode impor algum movimento a um organismo quando este organismo se propõe primeiro ao meio, conforme certas orientações próprias. Uma reação imposta é uma reação patológica”.

Nesse caminhar, ao gerir as variabilidades, as infidelidades do meio, o trabalhador desse núcleo precisa conviver constantemente com o número reduzido de profissionais – “...uma equipe de um, um, um...” e ainda com a dificuldade de estabelecer parcerias com a Fundação para promover trabalhos que precisam de outras especialidades profissionais, tendo em vista que o número desses trabalhadores no campus também é pequeno.

Paralelamente, no decorrer do tempo, o núcleo se fez conhecer pelo trabalho desenvolvido nos setores, e a demanda foi se transformando, se modificando. Houve uma redução na frequência dos exames periódicos e um aumento na procura pelo pronto atendimento. Entretanto, apesar do cunho assistencial, as trabalhadoras do núcleo buscavam fazer um atendimento com um olhar aproximado a uma perspectiva interdisciplinar, como ilustra a fala a seguir: “... *Aí a gente começou a olhar isso com um olhar assim, como é que eu vou dizer... Interdisciplinar, seria assim muito ‘egóico’ da nossa parte, mas assim, atendendo eu e a médica juntas, porque o espaço a gente só tinha aquela salinha lá embaixo*”.

Por meio dos relatos e da análise documental construímos um quadro, que se segue abaixo, com as atividades que eram desenvolvidas pelo núcleo.

**Quadro 3** – Demais atividades desenvolvidas pelo Núcleo de Saúde do Trabalhador.

Pronto atendimento e acompanhamento médico, social, de enfermagem e fisioterápico.
Acidente de trabalho/Atendimento/Notificação/Encaminhamentos.
Perícia/Aposentadoria por invalidez.
Readaptação funcional e relocação de pessoal.
Registro, controle e acompanhamento de licenças médicas.
Fisioterapia do trabalho/Avaliação postural/Ginástica laboral.
Programa DST/AIDS – distribuição de preservativos.
Programa de prevenção e controle da hipertensão, obesidade, diabetes e reeducação alimentar – avaliação e encaminhamento ao Programa CARDIO-PREV.
Programa MENTAL-PREV – avaliação, encaminhamento e estudo de casos.
Articulação com a junta médica oficial da Fundação e o Ministério da Fazenda; Postos de



Saúde, etc.
Programa Antitabagismo.
Processo de Acreditação Hospitalar.
Ações de recursos humanos em saúde e estudo do processo de trabalho.
Ações e informações estratégicas e gerenciais.
Participação no Grupo de Gestão do Ambiente Hospitalar.
Entrada de dados no sistema de rede do hospital e Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador

No quadro 3 podemos identificar que as ações do NUSAT eram variadas contemplando desde os aspectos fundamentalmente legais relacionados ao PCMSO até a atividades de prevenção e promoção da saúde, bem como articulação com os gestores para o planejamento das ações a serem desenvolvidas.

### **5.1.2 A realidade atual das atividades desenvolvidas pelo NUSAT**

A partir de um questionamento sobre as ações que foram e estavam sendo desenvolvidas pelo núcleo, as entrevistas possibilitaram esclarecer, principalmente, o trabalho atual que vem sendo empreendido. Isso porque, durante o levantamento documental foram encontrados registros referentes às ações desenvolvidas previamente, aproximadamente até o ano de 2009.

A fragilidade dos registros e a ausência de indicadores de saúde atualizados apresenta consonância com o resultado encontrado no trabalho de Lacaz, Machado e Porto (2002) quando referem que pouco mais de 28% dos serviços por eles avaliados apresentam algum indicador de avaliação de impacto; e ainda com a pesquisa de Almeida (2012) que aponta a ausência de indicadores de avaliação de impacto dessas ações, sendo inclusive percebida uma inconsistência no acompanhamento dos resultados e desdobramentos dessas.

#### **O trabalho real voltado ao prescrito legalmente**

Para as entrevistadas, as atividades anteriormente realizadas foram se perdendo ao longo do caminho em razão de inúmeras dificuldades. Como ilustração, citamos a limitação de recursos humanos, destarte que a equipe é constituída de um único representante de cada categoria profissional o que torna a atividade muito morosa e limitada. Esse limite, também se

refere a pouca diversidade profissional, uma vez que existe apenas representante das categorias: médica, enfermagem (enfermeira e técnica de enfermagem), assistente social e administrativo (profissional com formação em administração de empresa).

Na fala a seguir essa questão é colocada, bem como a necessidade de aumentar a equipe e sua diversidade profissional.

*“Eu acho que a gente tem muita coisa para fazer, a gente precisava aumentar, precisava ter um psicólogo no núcleo. (...) essa coisa da análise institucional eu acho que eu também tenho essa experiência, mas tem uma hora que eu não posso mais e eu respeito esse limite. Então eu acho que a equipe precisava de um psicólogo, ou na equipe de saúde do trabalhador ou dentro do RH, não precisava botar só dentro do nosso núcleo não, entendeu? Eu acho que a gente precisava de um engenheiro do trabalho, porque eu também não desqualifico essa questão do ambiente físico, entendeu, porque traz o adoecimento e a gente também não tem na equipe, a gente não tem técnico. Então a equipe é muito pequena. Então eu acho que algumas ações a gente faz ainda muito devagar, com muita timidez, porque a gente não tem ainda os parceiros que a gente precisa”.*

Nesse contexto, as atividades desenvolvidas nos últimos quatro anos, ou seja, no período compreendido entre 2009 - 2012 foram:

- Atividades relacionadas ao PCMSO - com realização de exames admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho e mudança de função. De acordo com as profissionais do núcleo no período de 2009 a 2011, as ações do exame periódico foram suspensas por instrução da coordenação de saúde do trabalhador. Nesse período o núcleo realizou os exames apenas das áreas submetidas às inspeções da vigilância sanitária – Banco de Leite Humano, Departamento de Patologia Clínica e Departamento de Nutrição. Em 2012, a coordenação de saúde do trabalhador, emitiu um novo protocolo estabelecendo a meta de (01) um ano para avaliação de todos os servidores. Segundo as entrevistadas essa meta é impossível de ser atingida, se a equipe não for redimensionada;
- Pronto atendimento - demandas de caráter médico, social e organizacional, inerentes ao processo de interação saúde e trabalho. Algumas se desdobram em acompanhamentos individuais, atendimentos multidisciplinares, reuniões com chefias, entre outros;

- Notificação, investigação e acompanhamento do acidente de trabalho – com intuito de dar cobertura e acolhimento a todos os eventos e, principalmente, aqueles ocorridos fora do horário de funcionamento do núcleo, em 2010, um protocolo de Acidente com Material Biológico foi elaborado. Destarte que todos os servidores são encaminhados à junta médica oficial mesmo que não haja afastamentos das atividades laborativas. Já com relação aos trabalhadores terceirizados é realizado o preenchimento da Comunicação de Acidente de Trabalho e correspondência à empresa contratante;
- Avaliação funcional em saúde nos casos de trabalho protegido, readaptação funcional, inadaptação às atividades laborativas e solicitação de reintegração após aposentadoria por invalidez por motivo de saúde e acompanhamento - o absenteísmo por licença médica, segundo as entrevistadas, é uma das grandes questões da unidade. Durante todo processo, as mesmas, procuram avaliar, junto às chefias, o evento de forma sistêmica, em seus aspectos sociais, políticos, culturais, clínicos ergonômicos e institucionais.

Doenças relacionadas ou agravadas pelo trabalho, condições ergonômicas inadequadas, comunicação deficiente ou inexistente entre os diversos saberes técnicos, entre o trabalhador e a instituição, ausência de uma política de gestão de recursos humanos além da inadequação da força de trabalho (quadro ideal x quadro real), traduzem, de acordo com as entrevistadas, o adoecimento institucional.

Além disso, os servidores recém-concursados representam um percentual considerável de atendimento multiprofissional da equipe do Núcleo de Saúde do Trabalhador, em função do enfrentamento de uma nova realidade institucional que parecia distante do idealizado. Por outro lado os trabalhadores mais antigos também vivenciam desgastes e sobrecargas decorrentes da saída de terceirizados (pessoal já treinado e com vínculo afetivo) e a chegada dos novos;

- Registro de licenças médicas – o lançamento das licenças médicas, desde 2007, vem sendo realizado nos sistemas SIAPE, SIAPEcad e SGA. Esta atividade acarreta uma sobrecarga e retrabalho, uma vez que o registro também é efetuado o registro dos afastamentos em mais dois sistemas – a rede do próprio hospital e sistema Excel;
- Ações de prevenção de DST-AIDS - limitada a distribuição de preservativos;

- Ações de imunização - intervenção específica para os fatores de risco biológicos imunopreveníveis. Pela sensibilização, informação e conscientização da importância da vacinação para a prevenção de doenças transmissíveis essas ações legitimam e estabelecem diferentes grupos de acesso ao núcleo.
- Reuniões com a Coordenação de Saúde do Trabalhador – realizadas periodicamente para discussão, planejamento e avaliação das atividades desenvolvidas;
- Participação no processo de acreditação hospitalar e gerenciamento de resíduos - o NUSAT participa desse processo, discutindo os temas relacionados à saúde, gestão e segurança de ambiente hospitalar e gestão de recursos humanos.
- Projeto de assédio moral no trabalho – com vistas a favorecer uma relação saudável entre os profissionais e destes com a chefia;
- Participação nos grupos de promoção, vigilância e perícia do SIASS e no grupo de humanização hospitalar.

De acordo com uma das profissionais do núcleo as atividades de reunião com a coordenação de saúde do trabalhador, participação no processo de acreditação hospitalar e gerenciamento de resíduos, o projeto de assédio moral e a participação nos grupos de promoção, vigilância e perícia do SIASS estão paradas ou muito escasseadas.

*“Essas reuniões da coordenação... Estas reuniões estão muito escassas. Teve uma época uma época que a gente tinha direto. A gente tinha centro de estudos lá, né? Então nós tínhamos reuniões mais frequentes, nós tínhamos discussões, temas para grupos de estudos, outros encontros... Isso tá muito perdido, muito perdido. Também a gente quase não tem ido mais ao campus”.*

*“Gerenciamento a gente está tentando. Eu faço até parte do grupo de gerenciamento de resíduos. Mas eles estão ligados à vigilância hospitalar e a gente está tentando estreitar essa parceria. Até na prevenção estou tentando uma participação mais atuante com eles, em relação aos acidentes. Pegar uma parceria para me ajudar nessa questão dos acidentes. E até nesse processo educativo porque nós estávamos dando aula aqui, eu cheguei até a dar algumas aulas junto com a enfermeira para o pessoal da enfermagem, depois eu dei aula com*

*a assistente social para o pessoal da limpeza, né? Mas nem isso a gente está conseguindo fazer agora*”.

Quando indagada sobre as razões da não participação nas reuniões com a coordenação, nos grupos de discussão da acreditação hospitalar e do próprio SIASS, nos respondeu o seguinte:

*“Por conta do próprio processo, algumas coisas estão acontecendo outras estão paradas. O próprio grupo do SIASS, ele foi muito ativo em 2010, aí em meados de 2011 ele começou a escassear. E porque a gente também não está tendo pernas. Não estamos mais tendo tanta perna, entendeu”?*

As falas anteriores parecem expressar um forte desconforto por não se conseguir realizar mais as atividades realizadas no passado (“... nós tínhamos discussões...” “*Mas nem isso a gente está conseguindo fazer agora.*” “... a gente não está tendo pernas.”). Durante a entrevista, a profissional, por diversas vezes ficou com uma expressão de descontentamento, decorrente de situações diversas relacionadas às condições de trabalho, e que envolvem alguma impossibilidade, limitando o exercício de um trabalho mais bem feito.

Outra questão vivenciada pelas profissionais do núcleo refere-se à perícia médica que anteriormente era realizada na própria instituição e atualmente é realizada em um polo do Ministério da Saúde. Isso porque o grupo de peritos foi desfeito e, até o momento não se conseguiu remontá-lo ou estabelecer um convênio ou contrato administrativo para sua prestação, conforme orientação proposta no decreto nº 6.856 de 25 de maio de 2009 que dispõe sobre os exames periódicos dos servidores.

De acordo com o decreto supracitado os exames médicos periódicos devem ser realizados conforme os seguintes intervalos de tempo:

- I. bienal, para os servidores com idade entre dezoito e quarenta e cinco anos;
- II. anual, para os servidores com idade acima de quarenta e cinco anos; e
- III. anual ou em intervalos menores, para os servidores expostos a riscos que possam implicar o desencadeamento ou agravamento de doença ocupacional ou profissional e para os portadores de doenças crônicas.

No entanto, quando questionados sobre a existência de uma frequência estabelecida pelo núcleo para a realização do exame periódico, obtivemos a seguinte resposta:

*“A gente só tem conseguido cobrar dos setores que sofrem fiscalização da vigilância sanitária que é: nutrição, lactário, banco de leite, raios-X e laboratório. Estes a gente cobra de todo mundo, todo ano, porque sofrem fiscalização da vigilância sanitária, outros não. O restante do grupo do hospital só quando a gente consegue pegar um ou outro. Não temos pernas para fazer todos”.*

As referências para os problemas com exames periódicos, à semelhança do estudo de Santos (2009), são: a baixa adesão pelo trabalhador, não atendimento a todos e não conclusão das fases do processo. Isto em razão dos escassos recursos financeiros e humanos, bem como pela falta de planejamento, que acaba por atender pelo critério de prioridade direcionada para os setores com exigências em relação à vigilância sanitária, processos de acreditação e órgãos de controle de qualidade.

Novamente aparece no discurso a expressão “não ter pernas”, porém desta vez por outra componente do núcleo. Percebemos que há um consenso entre as profissionais que as atividades laborativas não estão sendo desenvolvidas em sua plenitude e ainda que estas atualmente aproximam-se mais do referencial da medicina ocupacional, como expressa a transcrição a seguir:

*“A coisa está acontecendo muito sobre demanda. Então aquele que vem aqui com uma queixa, a gente orienta e faz encaminhamentos quando a gente observa alguma limitação de saúde tanto física quanto mental. A gente orienta o trabalhador, a gente orienta o paciente e não consegue se dar conta, a gente orienta o paciente a beber água e não bebe água porque não tem tempo. Orienta o paciente a não segurar xixi e não faz xixi..”*

A frase “A coisa está acontecendo muito sobre demanda” ressalta a dificuldade de realizar um trabalho que integre ações de prevenção, promoção, assistência e reabilitação como disposto na Lei Orgânica do SUS como um direito de todos e dever do Estado, na própria Política de Atenção à Saúde e Segurança do Servidor Público Federal e nas Diretrizes da Política Nacional do Trabalhador do SUS. Entretanto, percebe-se o esforço desse núcleo em aproveitar cada oportunidade para realizar atividades educativas no sentido da promoção da saúde. Todavia, a sobrecarga de atividades vivenciadas constitui-se em um fator limitante

ao exercício do cuidado com a própria saúde como evidencia a seguinte fala: “... a *gente orienta o paciente a beber água e não bebe água porque não tem tempo*”.

Reaparece no discurso o sentimento de insatisfação por não conseguir realizar a atividade de forma a expressar os valores construídos coletivamente para se realizar o trabalho (SCHWARTZ, 2002), compatibilizando eficiência e saúde no trabalho: “*A gente sai no final do dia cansado, trabalhou pra caramba... Mas tem uma frustração de não ter trabalhado essa parte preventiva. A gente não tem perna e às vezes a gente tem perna e não tem folego*”.

Observamos que o formato de trabalho flui para as atividades fundamentais do PCMSO e de unidade de pronto-atendimento, mesclada com ações próprias de ambulatórios de avaliação clínica com baixa complexidade e desvio significativo da missão de prevenção e promoção.

Quando realizadas, as atividades de promoção da saúde são encaminhadas no molde de ações isoladas – por exemplo, o desenvolvimento de grupos de discussão com os trabalhadores acerca de focos específicos de setores das unidades hospitalares – sem perspectiva de continuidade.

Todavia, percebemos o esforço promovido pelas profissionais deste núcleo, em realizar um trabalho que se traduza em melhores condições de vida e trabalho. Mas, isso se torna limitado em razão da precária condição de trabalho e da dificuldade de planejar a atenção integral – promoção, prevenção, assistência e reabilitação – aos trabalhadores.

A gestão integrada e a coordenação das atividades interdisciplinares são apontadas por Santos (2009), como uma questão que depende muito da articulação da equipe de trabalho. Para a autora citada, tal fato acaba por requerer instrumentos de aplicação ao campo da saúde do trabalhador, precedidos dos pressupostos referentes à equipe multiprofissional, o que exige destes especialistas maturidade e liderança, capaz de promover a integração, discussão e criação contínua do trabalho em grupo.

### **Desafios à informação**

A informação, de acordo com Machado (1997), é elemento deflagrador e de avaliação das ações em saúde do trabalhador, sendo essencial à vigilância. Desenvolvendo um pouco mais essa afirmação, para Vasconcellos e Machado (2009), ter a informação em saúde é o primeiro passo para que o Estado e a sociedade organizada, ao exemplo dos sindicatos e núcleos de saúde do trabalhador, possam interromper situações que causem danos à população.

Através das narrativas das participantes observamos que, embora a informação seja reconhecidamente como importante estratégia de visibilidade dos problemas e fundamental ao estabelecimento das prioridades, existe um desafio a ser enfrentado para que as informações retratem o quadro de riscos e agravos à saúde relacionados ao trabalho:

*Como a gente recebe os atestados a gente faz os lançamentos e aí às vezes a gente se ocupa muito nesses lançamentos. Por quê? Por uma questão até de comunicação. Um sistema não fala com o outro, então, eu sou obrigada a lançar o documento médico, esses atestados, esses afastamentos... Eles são lançados em cinco sistemas que não falam entre si, então, eu abro o nosso Sistema Rede, eu abro depois o SGA, eu abro depois o SIAPE, eu abro depois o SIAPECAD, eu abro depois outra listagem que é feita aqui por nós que é uma estatística no EXCEL. Então são cinco linguagens que não se falam. Se eu lançasse na rede e tivesse como replicar esse lançamento nos outros sistemas me facilitava, então, eu sou obrigada a lançar cinco vezes um documento.*

O desafio que se coloca em relação à essas informações em saúde do trabalhador é que estas também se encontram fragmentadas, dispersas – como demonstrado no trecho “*Eles são lançados em cinco sistemas que não falam entre si*” – em um mosaico de dados, sistemas e programas (SILVA, 2001).

Adiante, a trabalhadora, complementa seu discurso problematizando essa questão da informação em saúde do trabalhador. De acordo com a mesma, os referidos lançamentos que anteriormente eram realizados pelo setor de recursos humanos passaram a englobar as tarefas do núcleo:

*“Então cresceu muito. O grupo de trabalhadores cresceu, eu acho que até por causa do envolvimento maior da equipe de saúde do trabalhador com os trabalhadores. A gente cresceu muito em tarefas. A gente também absorveu algumas tarefas que eram do RH: lançamentos de atestados na rede, SIAPE, SIAPE NET, inclusive lançamentos que dizem respeito até pagamento e não pagamento que eu acho que é uma coisa que tinha que estar com cadastro ou com o financeiro. São funções claras de RH e que acabou sendo por nós absorvida, por que a demanda veio por uma imposição da chefia que tinha que ser feita por aqui. Como a gente recebe os atestados, a gente faz os lançamentos e aí às vezes a gente se ocupa muito nesses lançamentos”.*



Os sistemas indicados são instrumentos que se alinham com a política e serviço de recursos humanos da instituição. O lançamento das informações em cinco sistemas diferentes foi apontado pelas trabalhadoras como uma tarefa que demanda muito tempo. Para elas, adiciona-se mais uma tarefa a rotina de trabalho desse núcleo – “... *inclusive lançamentos que dizem respeito até pagamento e não pagamento...*” – que por vezes não se relaciona ou se distancia do referencial da Saúde do Trabalhador.

De acordo com Facchini et al (2005) é crucial, para a definição mais adequada de prioridades e estratégias de prevenção em saúde do trabalhador, identificar a relação de problemas de saúde com as atividades de trabalho e os riscos derivados dos processos produtivos. Para isso, um Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador (SIST) é apontado como uma iniciativa que viabilize o uso da informação e apoie a tomada de decisão em Saúde do Trabalhador (FACCHINI et al, 2005).

O caminho para a superação desse desafio aponta para iniciativas já em curso, como as disposições sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em serviços sentinela específicos, através das Portarias Nº 777/GM de 28 de abril de 2004 e Nº 104/GM de 25 de janeiro de 2011, o que não exclui a possibilidade da subnotificação, mas evoluem no estabelecimento de fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde (BRASIL, 2004; 2011b).

### **5.1.3 Condições de trabalho**

O tema condições de trabalho apareceu fortemente em resposta ao questionamento sobre o que deveria ser o núcleo na visão das trabalhadoras que ali atuam. De acordo com Assunção e Belisário (2007), é sabido que a saúde dos trabalhadores guarda estreita relação com as condições de trabalho e que essas condições consistem nas circunstâncias em que o trabalho é realizado e dizem respeito, para efeito de distinção analítica, à exposição a diversos fatores de riscos.

#### **Não tem fórmula**

Um pensamento comum às profissionais é a inexistência de uma fórmula para o desenvolvimento da atividade em Núcleos de Saúde do Trabalhador. Entretanto, várias ponderações foram feitas acerca do que poderia ser melhorado para que o trabalho nesse núcleo fosse mais resolutivo.

Destacamos o déficit de pessoal, por ser um componente que contribui para o aumento da demanda de atividades e consequentemente mobilizam o corpo mais intensamente, podendo resultar no seu desgaste físico.

*“De repente se aumentasse o número de pessoas diminuiria o estresse da carga de cada um, porque eu não estou falando só de mim, eu estou falando do grupo. E os nossos equipamentos é o que tem desgastado muito a gente. Além do volume de tarefas, porque você vê abre concurso, mas não aumenta o número de profissionais para gente”.*

Diversos aspectos são apontados na fala anterior como possíveis geradores de estresse na atividade, como: o volume de tarefas, a inadequação dos equipamentos e o sistema de admissão de pessoas. Este último foi pontuado como um grave problema vivenciado na unidade em questão, agravado pela falta de uma política de recursos humanos que esteja atenta às particularidades do hospital, principalmente, no que diz respeito à clientela de alto risco ali atendida, como podemos ver a seguir:

*“Tem-se concurso, mas as pessoas são substituídas não são agregadas. Existe uma substituição. Aí você tem todo um sofrimento porque essas pessoas que estavam aqui anteriormente são terceirizadas? Sim. Mas conhecem o processo como ninguém e atuam. Os servidores muitas vezes estão entrando sem conhecer, sem ter experiência e muitos se frustram e adoecem.”*

O trecho “... entrando sem conhecer, sem ter experiência...” faz referência à realidade da clientela atendida. As observações realizadas nos setores permitiram perceber que não se trata de uma UTIN como outra qualquer – onde normalmente se encontram bebês lindos que, em sua maioria, estão internados por imaturidade dos sistemas fisiológicos – mas de uma UTIN onde diariamente estão internados recém-nascidos com malformações e patologias graves.

Parece que os demais setores do hospital compartilham do mesmo fato como demonstra o recorte *“ai vai dar de cara com uma pediatria 22 leitos, 15 crianças no respirador. Isso é pediatria? Isso não é pediatria lá fora. Isso é pediatria aqui. O perfil do hospital peculiar entendeu? Então assim, às vezes a única saída do trabalhador é medicalizar mesmo essa angústia dele”.*

A medicalização colocada como “*a única saída do trabalhador*” sinaliza a carência de ações de Saúde do Trabalhador, que acaba se limitando “*as coisas formais da vigilância que é o mapeamento de risco, os exames periódicos...*” como ressaltou uma das entrevistadas.

Dentro dessa mesma discussão, a qualificação da equipe também foi uma questão abordada, complementando que o problema a ser enfrentado não é só quantitativo, mas qualitativo, como introduz a fala adiante:

*“É complicado e a gente vai viver uma situação séria, porque tem um número grande de pessoas se aposentando... tem um grande número de pessoas que são referências no hospital, de todos os níveis, seja técnico de enfermagem, seja enfermeiro, seja médico. A gente não percebe assim, que tenham sido construídas novas lideranças, entendeu? Pensar nessa coisa até do ensino mesmo, da pesquisa, de criar novas lideranças, pessoas referências... Eu acho que a gente vai viver uma orfandade e eu não sei se eu vou estar aqui, mas que vai ser triste para quem ficar”.*

O investimento em recursos humanos, com formação e capacitação, através de um diálogo permanente entre os saberes da experiência, produzidos pelos trabalhadores no serviço cotidianamente e os saberes formais, provenientes da academia, é um ponto crucial à produção de momentos de aprendizagem coletiva, à construção de ferramentas de análise das condições geradoras de sofrimento e adoecimento e à formação de novas lideranças para as práticas atuais de Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2011c).

Machado e Porto (2003) nos auxiliam nessa reflexão ao apontar como saída, para a instabilidade e descontinuidade de ações, a construção de redes de Vigilância em Saúde do Trabalhador, formadas com uma ampla participação institucional e popular, permitindo a elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, em consonância com a construção da democracia, da cidadania e da justiça social no Brasil.

Em relação ao risco físico, foram pontuados aspectos relacionados à inadequação de mobiliário, defasagem de materiais e equipamentos, insuficiência de espaço físico e ambiente inapropriado para o desenvolvimento da atividade laboral:

*“Eu acho que não tem fórmula. Eu acho que tem algumas questões práticas que são visíveis que você poderia pensar em termos de melhoria do ambiente, condições ergonômicas sabe? O mobiliário é péssimo, os computadores atrapalham demais as nossas atividades. As nossas atividades dependem do computador, o tempo todo você faz trabalho no computador. Cinco*

vezes eu estava no meio do processo o computador fecha, fica todo preto. Aí você liga para informática, pede. E isso, já tá a mais de um mês. Às vezes chega aqui e fala que não tem nada ou então leva, aí daqui a pouco se não é aquele problema que volta é outro. Então os equipamentos são velhos atrasam o trabalho, desgasta você fica irritada, fica cansada. O mobiliário é péssimo, eu tenho problema de coluna, eu sinto dor. Esse trabalho de botar os prontuários naquela prateleira para quem tem problema de coluna é o caos e quem não tem vai acabar tendo. Em termos de espaço, deveria ter alguma maneira de organizar o trabalho que desse certa, não sei se independência, se privacidade, mas que pelo menos tivesse um pouco mais de espaço, porque às vezes a gente tá dentro da sala fazendo alguma coisa chega uma situação psicossocial, seja o que for, tem que fechar a porta e sair todo mundo. Fica todo mundo do lado de fora. Outras vezes até tem a participação de outros profissionais, mas quer dizer se fosse um espaço único, que fosse compartilhado, mas que tivesse algum tipo de divisão... Mas tem horas que você tem que sair da sala, porque a sensação que você tem é que vai enlouquecer - o telefone que toca, é a colega que está falando alto, é computador... Outra coisa, para mim não tem ambiente mais insalubre do que uma janela fechada ou aberta para uma área que é ultra barulhenta, então você fica escutando aquele ruído, aí você fecha e liga o ar condicionado e nem todo mundo gosta. Aí um uma hora um tá com dor de garganta, outra hora outro com não sei o que. Antes era o barulho do ar condicionado, agora trocou o ar condicionado e continua sempre desligado. Eu canso de dizer... Quer dizer se de repente você está num ambiente que tem certa divisão... Mas ali não é todo mundo junto. Então são coisas mesmo do processo de trabalho que fica difícil”!

A entrevistada inicia seu desabafo dizendo que “não tem uma fórmula” para expressar o que deveria ser um Núcleo de Saúde do Trabalhador. Entretanto, sua experiência laboral em um núcleo lhe permite tecer diversas considerações no sentido de melhorar o ambiente e suas condições de trabalho.

Percebemos que a mesma desloca o questionamento para sua realidade e deixa para segundo plano uma reflexão mais dirigida a atividade de equipe. Esse fato demonstra que, também, as profissionais desse núcleo carecem de atenção visando ter a sua saúde preservada como aparece nos trechos “os equipamentos são velhos atrasam o trabalho, desgasta, você fica irritada, fica cansada”; “... eu tenho problema de coluna, eu sinto dor”; “... para quem tem problema de coluna é o caos e quem não tem vai acabar tendo”; e, “... a sensação que você tem é que vai enlouquecer - o telefone que toca, é a colega que está falando alto, é computador...”. Observamos que a entrevistada correlaciona vários agravantes à sua saúde

presente no seu cotidiano laboral. E destacamos que, embora essa questão não tenha aparecido com a mesma consistência no discurso das demais profissionais, podemos sinalizar que a atividade das trabalhadoras desse NUSAT precisa ser incorporada, junto com os trabalhadores dos outros setores do hospital, como um objeto de estudo para o planejamento e desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador.

Diversos aspectos que atrapalham a entrevistada exercer sua atividade foram enumerados, entre eles, a indisponibilidade de espaço físico aparece fortemente. Na transcrição anterior foram destacados alguns pontos negativos da atuação dessa equipe em um mesmo espaço, como por exemplo, a falta de privacidade, tanto em relação aos atendimentos dos usuários, quanto aos fatores que se relacionam com a individualidade – querer manter ou não o ar condicionado ligado.

Entretanto, aspectos positivos também constituíram matéria de discurso, porém de outra profissional: *“Então a gente fala assim, a gente tem ônus e bônus do espaço ser ruim, dessa equipe ser um a um, mas a gente aprendeu a chegar um pouco, eu acho, perto do multidisciplinar, até do interdisciplinar, entendeu”*. Adiante, em sua fala, a entrevistada ressalta ainda como fator negativo a sobrecarga de trabalho: *“É difícil, é difícil, porque às vezes a gente tem muita sobrecarga, mas eu acho que é muito mais proveitoso. Às vezes tem conflito, entre a gente mesmo, com pareceres às vezes diversos, mas eu acho que agrega valor. Aquela coisa fechadinha... Eu acho que eu não conseguiria trabalhar com uma equipe assim, sabe... eu não ia conseguir”*. E pondera o “conflito”, como uma possibilidade de enriquecer esse trabalho em equipe.

A inconformidade dos materiais ao desenvolvimento do trabalho no tempo adequado foi ressaltada como um complicador, bem como a ausência de uma assistência técnica resolutiva, como aparece no recorte a seguir *“... estava no meio do processo o computador fecha, fica todo preto. Aí você liga para informática, pede. E isso, já tá a mais de um mês. Às vezes chega aqui e fala que não tem nada ou, então, leva. Aí daqui a pouco se não é aquele problema que volta é outro”*.

Observamos que o equacionamento do problema parece envolver outros elementos, como organização do trabalho e autonomia como retrata a fala a seguir: *“E por enquanto eu não tenho autonomia, eu não tenho autoridade para mudar essa máquina”*. Em razão da riqueza das informações envolvendo essa temática optamos por detalhá-la no sub tópico posterior.

### 5.1.4 Organização do trabalho e autonomia

As análises dos processos de trabalho, sob a ótica da Saúde do Trabalhador, pela sua complexidade, tornam a interdisciplinaridade uma exigência intrínseca que necessita ao mesmo tempo, preservar a autonomia e articular os fragmentos de conhecimento, ultrapassando e ampliando a compreensão pluridimensional dos objetos (MINAYO, 1991). Isso implica em desafios das mais diversas ordens, ao serviço estudado, em razão de não se ter claramente definido a quem o NUSAT está subordinado:

*“Aqui especificamente, eu acho que a gente tem um grande dilema. Eu acho que a gente tinha que definir de que lado que a gente está. Ou a gente é da Coordenação de Saúde do Trabalhador da Fundação ou a gente é do hospital. Eu acho que essa não definição traz dificuldades para gente. Tem algumas pessoas que a gente conversa que acham que isso é interessante. Eu também achei muito tempo. A gente tá dividido, porque a gente teria certa autonomia. Mas, por outro lado, a gente não tem verba, a gente não faz parte de uma dotação orçamentária da unidade”.*

*“Não fazer parte de uma dotação orçamentária”* resulta em limitação de recursos de trabalho. Os problemas destacados anteriormente acerca da precariedade dos computadores utilizados é uma ilustração concreta disso. E diante dessa situação, o seguinte questionamento parece pertinente: como transcender essas dificuldades na análise do processo de trabalho?

Dando prosseguimento a seu discurso a trabalhadora aponta uma possível saída:

*“Estar longe é ruim. E se a gente está longe. A gente está perto de quem? Da direção do hospital. Então se o hospital reestruturasse o seu organograma com Núcleo de Saúde do Trabalhador próprio, entendeu? Claro que tecnicamente a gente continuaria respeitando as diretrizes da Coordenação de Saúde do Trabalhador. Mas, eu acho que a gente ganharia, entendeu? Um folego maior”.*

Todavia, adiante pondera que estar subordinado diretamente ao hospital não constitui uma solução para os problemas apresentados: *“A gente tem medo ainda. Medo de ficar refém de um diretor da unidade. Hoje o nosso diretor e o nosso vice dão apoio, entendeu? Mas, pode vir outra pessoa que tenha uma visão totalmente diferenciada e que não queira saber de nada disso”.*

Apesar da Coordenação de Saúde do Trabalhador e a direção do hospital pertencerem à mesma instituição, é apontado um dilema da relação interinstitucional. A necessidade de superação desses entraves é também encontrada nas relações intrasetoriais. Para Vasconcelos (2007), o desafio de superar essa fragmentação e a desarticulação intrasetorial é o de fundir os tempos operacionais, quando possível, e fundir sempre os planos de ação, mesmo que isso seja aparentemente impossível na conjuntura que se estabelece.

O cerne da questão começou a ser esmiuçado após indagarmos se existiria mais alguma dificuldade ou ponto a ser complementado: *“Olha só eu acho que tem uma coisa que é geral, não é só no nosso núcleo... Eu acho que a saúde do trabalhador ainda é um ideário, entendeu? Eu acho que ela ainda não se corporificou.* Nesse momento após breve pausa acrescenta *“ainda”* parecendo querer ressaltar que esse processo encontra-se em andamento. E prossegue, *“Porque quando chega algum questionamento, é a ANVISA que vem, sabe? Alguma cobrança... O que vem é aquela coisa legal, sabe? Tá apto? Não tá apto? Tem vacina? Não tem vacina? Sabe?”* Podemos observar que ainda há uma maior valorização dos aspectos técnicos, voltados para a prevenção de riscos e acidentes, ficando o protagonismo do trabalhador em sua atividade laboral em segundo plano *“...não é a visão da saúde do trabalhador enquanto autonomia dos sujeitos, enquanto a discussão da saúde dos trabalhadores pelos próprios trabalhadores. Isso ainda está muito na tarefa prescrita”*.

Percebemos que a não concretização dos ideários da Saúde do Trabalhador são compostos de outros elementos que não dizem respeito apenas à autonomia e a organização, envolve questões mais complexas que dizem respeito aos conflitos e contradições sociais, ao debate de normas políticas e econômicas da sociedade. As trabalhadoras desse núcleo estabelecem em seu discurso essa relação conforme demonstra o recorte:

*Mas eu acho que isso não é do nosso núcleo. Para mim é da Saúde do Trabalhador no Brasil ou quiçá no mundo, não sei. Porque se você não valoriza que tem uma Política de Saúde Pública nesse país e a gente é um ramo da Saúde Pública, entendeu? Então como é que a gente não vai ter dificuldade? Então isso para mim é a visão geral. Saúde do trabalhador ainda é um ramo, uma bifurcaçãozinha da saúde pública, a saúde está um caos, e não é a gente, entendeu?*

Na fala, a entrevistada correlaciona as dificuldades de se estabelecer a Política de Saúde do trabalhador com as de se implantar e implementar a Política de Saúde Pública brasileira, tendo em vista que, como disposto na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/ 90, a Saúde

do trabalhador é um campo de atuação do SUS. E conclui por analogia que a Saúde do Trabalhador carece de consolidação.

Portanto, observa-se que a conformação da Vigilância em Saúde do Trabalhador pelo núcleo aponta na mesma direção da Saúde do Trabalhador no Brasil, acrescidos de certas particularidades como a necessidade articular-se intra setorialmente, visando superar os entraves e ampliar seu potencial de atuação/transformação na perspectiva dessa vigilância.

## **5.2 Contribuições do INSATS**

Apresentaremos neste item os materiais que foram produzidos durante as visitas realizadas na UTIN, onde realizamos observações livres e conversas dialógicas com a equipe, bem como os resultados da aplicação do INSATS, que envolveu praticamente toda equipe de saúde.

Assim, para compor o texto a seguir, foi estabelecido como critério inicial o seguimento dos domínios de questões do próprio INSATS, acrescido aos elementos oriundos das observações realizadas e das verbalizações das participantes no período de desenvolvimento desta pesquisa. Contudo, ressaltamos que, a atividade, por sua complexidade, envolve inúmeros fatores que não nos permitiu seguir essa lógica em todos os momentos, de maneira que, em determinados momentos antecipamos ou retardamos a apresentação de certa informação e ainda, acrescentamos resultados que, talvez, possam parecer não se enquadrar nas categorias contidas no instrumento, mas que contribuíram significativamente no entendimento da atividade dos profissionais da UTIN e de sua relação com a saúde.

### **5.2.1 Identificação pessoal e profissional da equipe de saúde**

Entre os profissionais que responderam ao INSATS havia 07 médicos plantonistas, 09 enfermeiros plantonistas, 03 enfermeiros diaristas, 19 técnicos de enfermagem, 01 fonoaudiólogo, 01 assistente social e 01 fisioterapeuta, totalizando um quantitativo de 41 profissionais. Destes apenas dois são homens, sendo 01 fisioterapeuta e 01 médico, ambos com vínculo efetivo de trabalho. Por essa razão, neste estudo utilizaremos o gênero feminino para designar o grupo de participantes.



Do quantitativo total das participantes, 32 indicaram ter vínculo efetivo com o hospital, sendo as outras 09 consideradas extraquadro. O quantitativo das 09 pessoas que são extraquadro é constituído duas 02 médicas e 07 técnicas de enfermagem.

Os representantes das categorias de fisioterapia, fonoaudiologia e assistente social são diaristas. Mas, vale ressaltar que o fisioterapeuta e a fonoaudióloga trabalham em diversos setores do hospital, entre estes a UTIN, assistindo aos usuários indicados pela equipe de saúde como prioritários. Já que não seria possível com apenas um fisioterapeuta e uma fonoaudióloga, prestar cuidado a toda clientela.

**Quadro 4** – Número de profissionais por categoria e tipo de vínculo.

<b>Categoria</b>	<b>Efetivo</b>	<b>Extraquadro</b>
Médico	05	02
Enfermeiro plantonista	09	---
Enfermeiro diarista	03	---
Técnico de enfermagem	12	07
Fonoaudiólogo	01	---
Assistente social	01	---
Fisioterapeuta	01	---

Embora a maior parte da equipe tenha um vínculo efetivo de trabalho, no período do estudo foram admitidos aproximadamente 20 profissionais (enfermeiras e técnicas de enfermagem), que foram excluídas da pesquisa por trabalharem na unidade a menos de dois anos. Essas trabalhadoras não passaram por nenhum treinamento, pois de acordo com a chefia de enfermagem, a contratação estava condicionada à experiência profissional prévia na área. Desse modo, apenas uma apresentação da rotina foi realizada em um único dia às recém-contratadas. Abaixo destacamos a fala de uma trabalhadora que problematiza este assunto.

*“Atualmente o povo que foi selecionado é qualificado. Mas é uma experiência em neonatologia e não na rotina. Não com bebês mal formados. E isso requer uma maior atenção, a necessidade de a gente supervisionar mais de perto. E é flutuante porque as pessoas que entram muitas vezes já tem outro emprego, e às vezes as pessoas optam por não ficar por conta do lado emocional”.*

Evidenciamos, durante as visitas, o estranhamento das novas enfermeiras e técnicas de enfermagem em relação ao perfil da clientela ali atendida – recém-nascidos com más formações congênitas e patologias extremamente graves – em consonância ao relatado pelos membros do NUSAT durante as entrevistas. De acordo com as profissionais do núcleo, a falta de preparo por meio de treinamentos buscando adaptar as novas trabalhadoras às particularidades da unidade, é um potencial gerador de adoecimento tanto entre as recém-chegadas, quanto entre as antigas, em razão da sobrecarga de trabalho gerada. Dessa forma, além de exercer sua atividade, as profissionais que estão há mais tempo, acabam sendo responsáveis por passar a rotina da unidade.

Quanto à faixa etária, a maior parte das participantes tem entre 41 a 50 anos (18 participantes), seguida pelas faixas de: 31 a 40 anos (13 participantes), 21 a 30 anos (05 participantes) e 51 a 60 anos (02 participantes). Um quantitativo de 03 pessoas não preencheu o campo idade no INSATS. Essas informações demonstram que a equipe é composta por uma população de meia idade.

**Quadro 5** – Quantitativo de profissionais por faixa etária e por categoria.

<b>Faixa etária</b>	<b>Nº de participantes por categoria</b>
21-30 anos	01 Méd. plantonista, 02 enf. plantonistas, 02 téc. enfermagem
31-40 anos	03 Méd. plantonistas, 04 enf. plantonistas, 01 enf. diarista, 05 téc. enfermagem
41-50 anos	03 Méd. plantonistas, 03 enf. plantonistas, 01 enf. diarista, 09 téc. enfermagem, 01 fisioterapeuta, 01 assist. social
51-60 anos	01 téc. enfermagem, 01 fonoaudiólogo
Não informaram	01 Enf. diarista, 02 téc. enfermagem

Sobre o nível de escolaridade, entre as médicas, 06 têm o curso de pós-graduação completo; enfermeiras plantonistas, a totalidade (n=09) possui pós-graduação completo; enfermeiras diaristas, 01 têm pós-graduação incompleto e 01 pós-graduação completo; e técnicas de enfermagem, 04 possuem pós-graduação completo, 02 ensino superior completo, 02 ensino superior incompleto, 10 ensino médio completo e apenas 01 ensino fundamental completo. O fisioterapeuta, a fonoaudióloga e a assistente social possuem o curso de pós-graduação completo.

**Quadro 6** – Nível de escolaridade por categoria e por tipo de vínculo.

<b>Categoria</b>	<b>Efetivo</b>	<b>Extraquadro</b>
Médico	05 pós-graduação completo	01 pós-graduação completo, 01 ensino superior completo
Enfermeiro plantonista	09 pós-graduação completo	---
Enfermeiro diarista	03 pós-graduação completo	---
Técnico de enfermagem	07 ensino superior completo, 02 ensino superior completo, 03 pós-graduação completo	01 ensino fundamental completo, 03 ensino médio completo, 02 ensino superior incompleto, 01 pós-graduação incompleto.
Fonoaudiólogo	01 pós-graduação completo	---
Assistente social	01 pós-graduação completo	---
Fisioterapeuta	01 pós-graduação completo	---

Constatamos que a grande parte das trabalhadoras tem curso superior e pós-graduação, inclusive entre as técnicas de enfermagem, onde não há exigência de nível superior. Essa informação corrobora com as respostas do domínio educação e trabalho do INSATS, onde a maioria afirmou têm oportunidade de ampliar seus conhecimentos através de treinamento oferecido pelo hospital, por orientação e observação dos colegas de trabalho.

Das participantes treze relatam ter exercido outra atividade antes de se tornarem profissionais de saúde, entre elas: auxiliar de costura, vendedora, balconista, auxiliar de montagem, funcionária pública, auxiliar de serviços gerais, professora universitária, comerciária, bancária e fiscal de creche.

Outra característica destacada pela maior parte da equipe de saúde foi a possibilidade de ter mais de um emprego devido à flexibilidade da escala. Na unidade estudada as médicas plantonistas, efetivas e extraquadro, cumprem o plantão de 24 horas semanais. As enfermeiras e técnicas de enfermagem plantonistas efetivas cumprem o plantão de 12 por 60 horas semanais, já as extraquadro fazem além da escala de 12 por 60 horas, três complementações mensais, totalizando aproximadamente 13 plantões. Isso gera um descontentamento na equipe como evidencia a fala a seguir: *“Aqui o que eu mais gosto é de trabalhar com as crianças.*

*Odeio a escala de espera. A dobra não é frequente, mas a escala de espera é. Eu fico estressada. E ainda, bota 13 plantões...”.*

Nesta transcrição ainda foi destacado uma insatisfação em relação à escala de espera existente entre as técnicas de enfermagem. Pela escala, todo dia uma técnica da equipe é colocada na espera, esta só pode ir embora depois que chegar pelo menos cinco técnicas para assumir o plantão subsequente. Como a própria trabalhadora relata, a dobra não acontece com frequência, mas o fato de estar nessa escala constantemente é um fator estressante para elas.

### 5.2.2 Jornada de trabalho

Entre as participantes, 04 médicas, 02 enfermeiras plantonistas e 03 técnicas de enfermagem trabalham em outro hospital, a maioria atuando em UTIN. Dezenove profissionais entre as categorias médica e de enfermagem (enfermeira plantonista e técnico de enfermagem) relataram fazer plantões extra. Sendo de aproximadamente 47 horas a média total de horas semanais trabalhadas entre as participantes.

**Quadro 7** – Tempo total de trabalho por semana, por tipo de vínculo e por categoria.

<b>Tempo total de trabalho por semana</b>	<b>Efetivo</b>	<b>Extraquadro</b>
21-40 horas	02 Méd. plantonistas, 07 enf. plantonistas, 03 enf. diaristas, 07 téc. enfermagem, 01 assist. social, 01 fisioterapeuta, 01 fonoaudióloga	02 Téc. enfermagem
41-60 horas	02 Méd. plantonistas, 01 enf. plantonista, 02 téc. enfermagem	01 Méd. plantonista, 01 téc. enfermagem
61-80 horas	01 Méd. plantonista, 01 enf. plantonista, 01 téc. enfermagem	01 Méd. plantonista, 03 téc. enfermagem
Não informaram	01 Téc. enfermagem	02 Téc. enfermagem

Das 03 técnicas de enfermagem que não informaram o tempo total de trabalho por semana, duas responderam no INASTS não ter outra atividade remunerada e não realizar plantões extras, sendo provável que cumpram uma carga horária semanal aproximada de 40 horas. Uma tendência observada no quadro 7 foi que as profissionais que trabalham um maior número de horas semanais são extraquadro. Isso pode se justificar em razão da diferença salarial entre os profissionais efetivos e extraquadro.

Destacamos ainda o relato das profissionais que trabalham em outro lugar, feito durante a aplicação do instrumento, sobre a necessidade de se organizarem com antecedência para que não exista choque de horários, tendo em vista que os plantões são definidos por carga horária e não por dias da semana. Relatam também que quando isso acontece, geralmente fazem a troca do seu dia de plantão com outra profissional.

De certa forma, evidenciamos que o regime de plantões possibilita, a essas profissionais, a acumulação de mais de um vínculo. No entanto, não sem custo, pois como podemos observar no quadro abaixo muitas acabam ocupando horas de descanso e lazer com trabalho.

**Quadro 8** – Tempo total de lazer das participantes por semana e categoria.

<b>Tempo total de lazer por semana</b>	<b>Nº de participantes por categoria</b>
0-10 horas	01 Méd. plantonista, 02 enf. plantonista, 07 téc. enfermagem, 01 fisioterapeuta, 01 assist. social
11-20 horas	01 Méd. plantonista, 01 enf. plantonista
21-30 horas	02 Enf. plantonistas, 03 téc. enfermagem
31-40 horas	01 Méd. plantonista, 01 téc. enfermagem
41-50 horas	01 Méd. plantonista, 01 enf. diarista
51-60 horas	02 Méd. plantonistas
Não informaram	01 Méd. plantonista, 02 enf. plantonistas, 02 enf. diaristas, 07 técnicos de enfermagem, 01 fonoaudiólogo

Vale ressaltar ainda, sobre o tempo semanal destinado ao lazer, que uma profissional respondeu questionando: “*O que é isso?*”. Obtivemos também como resposta que o tempo de lazer é: “*raro*” e “*variado*”.

As informações resultantes do INSATS apontam que o trabalho leva, dentre as profissionais da categoria médica e de enfermagem, 22 participantes a deitar depois da meia-

noite, 18 a levantar antes das 05 horas da manhã e 16 a não dormir à noite. Cabe lembrar que as plantonistas do período diurno assumem o plantão às 07 horas da manhã. Considerando que a maioria mora longe e perde muito tempo com deslocamento e trânsito, é provável que no dia do plantão essas profissionais acordem muito cedo. E que certamente as plantonistas do noturno não consigam descansar devido à rotina intensa de trabalho. As falas a seguir ilustram essa questão.

*“Eu prefiro trabalhar de dia, mas para trabalhar aqui eu prefiro à noite por causa da condução. Eu prefiro trabalhar de dia e dormir em casa”.*

*“Na realidade eu prefiro o dia. Eu optei pelo noturno por logística, família e contra fluxo”.*

*“Prefiro diurno, porque eu fico muito cansada à noite. Se desse ainda para descansar, mas os plantões aqui são muito pesados geralmente não dá para descansar, nem à noite”.*

*“Minhas complementações aqui são noturno. É horrível trabalhar à noite, pois você tem que responder por tudo. Os reflexos da gente ficam diminuídos. Quando você chega em casa, você não tem paciência com o próprio filho e eu me sinto muito culpada por isso. Eu deixo de ser mãe do meu para ser mãe dos outros”.*

Em relação ao trabalho em turnos, 15 profissionais responderam trabalhar de dia. No turno da noite 11 participantes e 15 em turno misto, diurno e noturno. Como no caso da profissional supracitada que exerce suas atividades no turno diurno e complementa à noite. Na última fala uma das entrevistadas aponta a percepção de ter seus reflexos diminuídos durante o trabalho noturno, expondo ainda um sentimento de culpa por não dar a atenção que gostaria a seu filho.

De acordo com Rotenberg et al (2001), o trabalho em turnos alternados ou noturno é sentida de forma intensa por homens e mulheres, permeando diversos aspectos da vida, como a saúde, o lazer, os estudos e as relações amorosas. Os autores traçam um paralelo das contribuições da cronobiologia associando com a questão de gênero o lugar ocupado pela mulher no trabalho, no lar, na sociedade. Alertam-nos sobre a dupla, tripla jornada dessas mulheres uma vez que ainda ocupam papel principal nas atividades domésticas e cuidados com a família.

### 5.2.3 Condições e características do trabalho

De acordo com a Portaria nº 3.432, do Ministério da Saúde de 12 de agosto de 1998, são definidas como UTIs as “unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutica” (Brasil, 1998b: 01).

Para fins de classificação, as UTIs podem receber denominações diferenciadas de acordo com o grupo etário que se propõem a atender, a saber: neonatal – pacientes de 0 a 28 dias; pediátrico – pacientes de 28 dias a 14 ou 18 anos de acordo com as rotinas hospitalares internas; adulto – pacientes maiores de 14 ou 18 anos de acordo com as rotinas hospitalares; especializada – voltadas para pacientes atendidos por determinada especialidade ou pertencentes a grupo específico de doenças (Brasil, 1998b).

No entanto, outras características, além do grupo etário, diferenciam a atividade nos diferentes tipos de UTIs existentes. Uma diferença do trabalho em UTIN para outras, evidenciado nesta pesquisa, relaciona-se ao tipo de esforço requerido. Enquanto em outras UTIs, o esforço físico é demandado do trabalhador com maior frequência. Na UTIN esse tipo de demanda é menor, já que os bebês são muito leves e o manuseio com eles é mínimo. Sendo frequentes as solicitações que envolvem a uma atenção maior, conforme descrito: *“Trabalhar em UTIN é mais intenso. Você tem que ficar 24 horas de olho nas crianças e nos monitores, então, o estresse é maior. Na pediatria, por exemplo, a criança fala, aqui não. E nós técnicos que passamos o tempo todo com eles ficamos fatigadas”*.

A semelhança com os achados de Gomes (2011), as profissionais relatam maior cansaço mental relacionado à exigência de uma atenção redobrada no cuidar, tendo em vista a gravidade dos casos:

*“Aqui tem uma particularidade grande porque tem bebês mal formados e isso mexe muito com a gente”*.

*“Percebo muita diferença com relação aos bebês. Aqui não é só uma prematuridade, cuidamos de bebês graves, com malformações e isso exige muito de nós. É uma possibilidade de aprendizado constante”*.

As participantes destacam ainda que não se trata de qualquer UTIN, mas de uma UTIN que tem as suas particularidades. Uma unidade de referência que atende muitos bebês com malformações e patologias graves. Uma trabalhadora chegou a colocar, ao fazer uma avaliação por nós solicitada sobre sua atividade, que é de enlouquecer estar grávida ali dentro. Contando-nos sobre sua experiência descreveu:

*“É o setor do hospital mais estressante. A gente tem que lidar com recém-nascido com malformação. E isso exige muito da gente. Olha é de enlouquecer você estar grávida aqui dentro, eu ficava imaginando na hora do ultrassom eu ficava doida... Meu medo era Down, hidrocefalia e mielomeningocele. Mas Deus foi muito generoso comigo. Eu agradeço muito a Ele”.*

Assim como a trabalhadora acima, todas as demais que estavam próximas durante o relato da colega afirmaram o mesmo medo. Entretanto no bloco “O meu estado de saúde” do INSATS, somente 05 participantes responderam positivamente a questão tenho ou tive problemas em engravidar ou na gravidez, demonstrando que possivelmente a interpretação da questão tenha se limitado à patologias na gravidez ou na sua gênese, sendo os aspectos subjetivos desconsiderados - desejar ou não engravidar; razões do não desejo; possíveis ansios e medos; entre outros.

#### ❖ **Ambiente físico**

Durante as observações percebemos que o ambiente físico poderia ser mais adequado de forma a favorecer o desenvolvimento das atividades. A UTIN ocupa um espaço físico com formato retangular que é dividido com o Berçário de Alto Risco e com o Berçário Intermediário, entre ambos situa-se uma pia com dois dispositivos, com acionamento automático, para lavagem das mãos.

Observamos que tanto o BAR como o BI possuem duas mesas onde são feitas as prescrições e também a evolução nos prontuários. Estas mesas são utilizadas pela equipe multiprofissional que atua no setor e nela ficam todos os impressos e fichas necessárias para a assistência e registro em prontuário, bem como um computador com impressora para emissão da prescrição médica. Esse espaço é o único local onde as profissionais podem sentar para fazer suas atividades e observar os recém-nascidos. Contudo, por ser lateralizado não permite a visualização do setor como um todo. Isso faz com que as trabalhadoras, principalmente a



equipe de enfermagem, tenham que se deslocar constantemente. A disposição de um posto de enfermagem centralizado e panorâmico poderia amenizar a situação, mas como o espaço físico é insuficiente sua implantação não pode ser viabilizada.

Devido também à indisponibilidade de espaço, diversas prateleiras e armários (onde os materiais são acondicionados) estão fixados em locais altos, dificultando o trabalho das profissionais que precisam utilizar escada para guardar ou pegar material.

Embora a UTIN seja um ambiente fechado, disposto de janelas fechadas de vidro fosco que permite parcialmente a passagem da luz do sol e não possibilitam a vista do ambiente externo, a UTIN é bem acolhedora, pois existe uma preocupação por parte da equipe de enfermagem em tornar o ambiente mais agradável e humanizado. Observamos que esta equipe sempre enfeita a ficha de identificação dos bebês que ficam sobre as incubadoras com adesivos infantis, bem como as prescrições. E ainda estimulam os familiares a escreverem mensagens para fixar nas incubadoras.

De acordo com a chefia de enfermagem, com o objetivo de reduzir o índice de infecção hospitalar, atualmente tanto a medicação como o leite dos bebês já vem preparados, ficando a cargo das enfermeiras o preparo das hidratações venosas. Esta atividade é realizada em uma sala, de uso exclusivo, situada entre o BAR e o BI.

A lavagem das incubadoras é feita por profissionais escalados para esse fim em um expurgo localizado próximo ao setor. Esse procedimento é realizado a cada sete dias conforme prescrição para evitar infecção hospitalar.

Em resposta ao INSATS na questão sobre o ambiente físico do trabalho, 38 profissionais assinalaram que estão expostas a ruídos constantes, 17 a ruído muito elevado, 34 a radiações (Raio X), 32 a agentes biológicos, 18 ao frio intenso, 16 a agentes químicos, 09 a poeira ou gases e 02 ao calor intenso. Conforme quadro abaixo:

**Quadro 9** – Fatores de exposição no trabalho.

<b>Fatores de exposição</b>	<b>Nº de participantes</b>
Ruído muito elevado	17
Ruído constante ou incômodo	38
Radiações	34
Calor intenso	02

Frio intenso	18
Poeiras ou gases	09
Agentes biológicos	32
Agentes químicos	16

Embora não tenha sido assinalado por todas participantes, observamos que a totalidade das profissionais está exposta a radiações, ao ruído constante e a agentes biológicos.

O exame Raio X é realizado dentro da UTIN e o equipamento de proteção individual apropriado é utilizado apenas pelo profissional que opera o aparelho de RX. Esta radiação está associada a riscos aumentados de doenças, destacando-se os cânceres em suas várias formas, mesmo quando em baixas dosagens (BARRETO, 2006). Sendo assim, é necessário buscar alternativas, como por exemplo, a realização deste exame em uma sala apropriada, minimizado o risco de exposição às trabalhadoras da UTIN.

Os ruídos provenientes dos alarmes dos diversos aparelhos (respirador, bomba infusora, incubadora, etc.) são uma constante, 24 horas por dia, e razão do incômodo de inúmeras trabalhadoras. Cabe destacar que esse espaço deveria ser um local de silêncio, um ambiente calmo, terapêutico e funcional.

As contaminações biológicas as quais as trabalhadoras estão expostas são de origem humana, por contato com sangue e secreções.

As participantes das categorias médica, enfermagem, fisioterapia e fonoaudiologia, especificaram sobre a exposição a agentes químicos estarem expostas a drogas medicamentosas e soluções antissépticas.

Em relação à temperatura, a mesma varia muito dentro da unidade, pois o sistema de refrigeração não é central e o controle do ar condicionado não fica localizado dentro do setor. Assim, quando as trabalhadoras querem alterar a temperatura do ambiente, seja pelo desconforto relacionado ao frio ou calor, precisam ligar para o setor responsável e solicitar a presença de um profissional com o controle para fazer o ajuste.

#### ❖ Exigências físicas

Na questão do INSATS sobre o que o trabalho exige do corpo das trabalhadoras, os itens mais assinalados pelas técnicas foram: permanecer muito tempo de pé com deslocamento (33), permanecer muito tempo de pé na mesma posição (31), posturas penosas (26) e gestos repetitivos (21).

**Quadro 10** – Exigências físicas no trabalho.

<b>Exigências físicas</b>	<b>Nº de participantes</b>
Gestos repetitivos	21
Posturas penosas	26
Esforços físicos intensos	08
Permanecer muito tempo de pé na mesma posição	31
Permanecer muito tempo de pé com deslocamento	33
Permanecer muito tempo sentado	---
Permanecer muito tempo no mesmo local	15
Subir e descer com muita frequência	04

Observamos que as profissionais andam o tempo todo na unidade para assistir os bebês. As médicas avaliam periodicamente cada recém-nascido e refazem as prescrições diariamente ou com menor frequência (de acordo com a necessidade dos bebês). As enfermeiras ficam com os procedimentos de maior complexidade: a supervisão, a responsabilidade de preparar as hidratações venosas, entre outras atividades.

A impressão é de que as técnicas de enfermagem são as que mais andam na unidade. Observamos que sob a responsabilidade destas fica um grande volume de tarefas. Uma possibilidade de reduzir a distância percorrida no dia seria um melhor planejamento das atividades a serem desenvolvidas, bem como dos materiais que serão utilizados. Pelo que vimos as profissionais de enfermagem interrompem diversas vezes o que estão fazendo para pegar um insumo necessário que ficou faltando.

O item postura penosa referente a posições do corpo dolorosas, difíceis ou desconfortáveis do INSATS foi assinalado por vinte e seis participantes. Durante a pesquisa de campo percebemos que muitos procedimentos exigem das trabalhadoras ficar um logo período de tempo em uma posição desconfortável (quando, por exemplo, passam um cateter venoso central de inserção periférica<sup>4</sup>) e, mesmo que este não seja o caso, o fato de permanecer muito tempo sem alterar a posição gera certo incômodo.

Chama a atenção o fato de ninguém ter assinalado a opção permanecer muito tempo sentado. Souza (2010), Gomes (2011) também observaram isso em pesquisa realizada em UTIN. Nas visitas percebemos que as profissionais, principalmente as de enfermagem, passam a maior

<sup>4</sup> O cateter venoso central de inserção periférica (PICC) é um dispositivo intravenoso inserido através de uma veia superficial da extremidade, o qual progride até a veia cava superior ou inferior, adquirindo características de um cateter central.

parte do tempo de pé. Em geral, só se sentam quando vão fazer as anotações nos prontuários, mas é por pouco tempo. Observamos que algumas técnicas de enfermagem fazem a evolução em pé e quando terminam voltam a cuidar dos bebês. Quando questionadas sobre o porquê de não sentarem para evoluir, respondiam já estar habituada a fazê-lo daquela forma.

#### ❖ Instalações

Quanto às instalações que têm no trabalho, a maioria (24) considera que dispõem de vestiários e/ou banheiros adequados. De todas as categorias profissionais (exceto as enfermeiras diaristas, a assistente social e a fonoaudióloga), 26 participantes não considera adequados os espaços para pausas, lanches ou repouso. Foi consenso que tanto o espaço de trabalho (26), quanto os mobiliários (27) e equipamentos (30) são suficientes e adequados. Destacamos a seguir algumas falas das participantes envolvendo esse tema:

*“Não tem lugar para a gente comer direito. Não tem lugar para descanso. Faz as contas: tem dois beliches, em cada beliche cabem duas pessoas, logo dá para quatro pessoas. Mas somos seis... duas pessoas dormem no chão. O local é pequeno, estreito, não é adequado”.*

*“A gente não tem lugar para descansar, onde se come se descansa, onde se descansa se come. O pessoal da maternidade tem lugar separado para comer e dormir. A gente não tem. Se você chega mais cedo e quer comer e tem alguém dormindo, como fica? Tem gente que tem que sair mais cedo de casa para chegar aqui no horário, porque se deixa para sair depois tem trânsito... E isso porque a UTIN é a menina dos olhos...”*

*“Aqui tem bastante material para trabalhar, é um hospital bem rico, tem dos materiais mais caros. Aqui o hospital é bem organizado”.*

Pelas falas das profissionais e a partir das observações realizadas, o descanso parece ser prejudicado. O local destinado ao descanso é pequeno e mal acomoda dois beliches e uma pequena mesa que é utilizada para o lanche. Na parede uma televisão foi fixada para que as trabalhadoras possam ter um lazer no momento do lanche da tarde. Existe um acordo entre a equipe de enfermagem de dois horários (de uma hora) para lanche. O primeiro horário às 16 horas e o segundo às 17 horas. Já a equipe médica relata lanchar nos momentos em que o

plantão está mais calmo. Existe ainda no vestiário, situado no térreo do hospital, outra beliche. Este local parece ser mais adequado, porém não comporta a todos.

#### ❖ Ritmo de trabalho

No item ritmo de trabalho, a maioria das participantes assinalou estar exposta a situações de: ter que fazer várias coisas ao mesmo tempo (34), ter que depender do trabalho do colega (33), ter que atuar a partir da demanda/necessidade dos usuários (33), ter que estar atento aos sinais/informações de uma máquina ou equipamento (32) e ter que suprimir ou encurtar uma refeição, ou nem realizar por causa do trabalho (32).

**Quadro 11** – Situações de exposição.

Situação de exposição	Nº de participantes
Influência do ritmo de uma máquina ou equipamento	08
Ter que estar atento aos sinais/informações de uma máquina ou equipamento	32
Ter que depender do trabalho do colega	33
Ter que atuar a partir da demanda/necessidade dos usuários	33
Normas de produção ou prazos rígidos a cumprir (controle da qualidade, tempos curtos impostos, horários fixos, horários rígidos)	12
Ter que fazer várias coisas ao mesmo tempo	34
Frequentes interrupções	25
Ter que me apressar	26
Ter que resolver situações ou problemas imprevistos sem ajuda	28
Não poder desviar o olhar do trabalho	23
Ter que suprimir ou encurtar uma refeição, ou nem realizar por causa do trabalho	32
Ter que dormir em horários pouco usuais por causa do trabalho	20
Ter que ultrapassar o horário normal de trabalho	26

Sobre ter que fazer várias atividades ao mesmo tempo, observamos que as participantes no momento que assistem os bebês, além de responder as diversas solicitações dos demais membros da equipe, atendem as demandas dos familiares por informações e ainda

prestam atenção nas demais crianças internadas, principalmente, por meio dos alarmes dos equipamentos.

Durante o trabalho de campo percebemos que as profissionais sabem discriminar os sons do oxímetro de pulso, do monitor, da bomba, do respirador, da incubadora, entre outros. A visão está sempre inspecionando os bebês, a sua cor, os seus movimentos, as suas expressões. Os ouvidos estão sempre atentos aos aparelhos, aos tipos de choro e aos sons. Além disso, algumas profissionais, também relataram que sua experiência no trabalho permite sentir quando o recém-nascido não está evoluindo bem. De acordo com Schwartz, Durrive e Duc (2010c), há uma mobilização do *corpo si*.

Schwartz, Durrive e Duc (2010c) propõe a noção de *corpo si*, em vez de subjetividade, procurando ressaltar que na gestão deste trabalho encontra-se realmente um *corpo si* e não apenas um *si*, no sentido de uma subjetividade descolada do corpo. Dessa forma, para o autor, quando se fala do *corpo*, compreende-se também a inteligência, o sistema nervoso, as regulações, a história – “a maneira pela qual o corpo enfrenta as situações de trabalho equivale a um enfrentamento da história, porque esse famoso corpo se formou, sem dúvida, na história da humanidade, mas na história de cada um também. Ele se adestrou de alguma forma, se acostumou” (SCHWARTZ, DURRIVE e DUC 2010c: 143).

Além disso, é frequente a dependência para a execução de uma atividade do apoio do colega. Isso porque grande parte das atividades para serem desenvolvidas necessita de pelo menos duas pessoas. Outras vezes, a realização de uma atividade está atrelada ao desenvolvimento de outra que será realizada por uma segunda profissional – como, por exemplo, a administração dos medicamentos pela equipe de enfermagem atrelada à prescrição médica.

Outra característica assinalada por muitas trabalhadoras foi ter que suprimir ou encurtar uma refeição por causa da atividade intensa de trabalho. Durante a pesquisa presenciamos isso ocorrer com frequência. A seguir destacamos alguns recortes que ilustram sobre a rotina:

*“Eu mais gosto dos bebês e menos gosto da rotina de trabalho porque é muito estressante. É cansativo, você dificilmente descansa, acaba de fazer uma rotina já começa outra”.*

*“Trabalho em outro emprego e percebo muita diferença em relação a esse: em nível de demanda, no serviço privado não tenho que fazer tudo (além de solicitar o exame, por exemplo, colher e levar ao laboratório, às vezes tem que levar a criança até o local onde o*

*exame é feito, pois nem todos os exames são feitos aqui), a logística é diferente, os pacientes são mais complexos e não tem nenhum tipo de ajuda operacionalizando o trabalho aqui dentro”.*

*“É uma rotina repetitiva”.*

*“Nosso trabalho é muito desgastante. Você não tem tempo de pensar. É uma admissão atrás da outra, uma parada atrás da outra, e ninguém olha para isso, não pensam na nossa saúde. Eu, por exemplo, faz muito tempo que nem um exame admissional me é pedido”.*

A rotina nesse ambiente, pelas falas, é cansativa, estressante, onde dificilmente se descansa e que se repete levando ao desgaste e ao estresse. Chama a atenção, em uma das transcrições, a colocação pela trabalhadora de que ninguém olha para a saúde delas. E ainda, uma relação que vincula o trabalhar em UTIN ao vocacional, ao gostar.

*“Eu adoro a neonatologia, eu adoro trabalhar com crianças. Aquilo que você gosta você faz bem, você vem bem. E para trabalhar com NEO, é preciso gostar”.*

*“O que eu mais gosto é quando a criança vai embora sem sequela. Não gosto do desleixo com as crianças, muitas pessoas trabalham só pelo dinheiro”.*

As trabalhadoras anteriormente ressaltaram a complexidade e a intensidade da sua atividade de trabalho que mobilizam o *corpo si*. E destacam ainda que, para suportar tudo isso e desenvolver bem a atividade, é preciso gostar. Gomes (2011) em sua pesquisa com técnicas de enfermagem e Masson (2007) com auxiliares, encontraram resultados semelhantes, destacando também que para se exercer a atividade em UTIN é preciso gostar daquilo que se faz.

Na última fala supracitada, o trecho “... *trabalham só pelo dinheiro*” parece marcar o descontentamento da profissional em relação a algumas colegas de equipe que não desenvolvem a atividade com amor e vocação, o que acaba refletindo no trabalho.

Aparece no discurso das participantes o sentimento de realização em poder cuidar e acompanhar a recuperação e evolução dos bebês até a alta.

*“O trabalho é bastante cansativo, estressante, agitado. Mas eu gosto porque é uma realização acompanhar as crianças desde o nascimento até a saída. Acompanhar os pais nesse processo”.*

*“Gosto da assistência, de poder ver as crianças saírem bem”.*

*“Eu gosto dos resultados, do final quando as crianças saem e vão para casa e depois voltam aqui para visitar a gente”.*

*“O que eu mais gosto é a possibilidade de ver uma criança grave ir embora por um cuidado que foi seu. Mesmo em um ambiente tão cansativo. E o que mais me incomoda é a falta de comprometimento dos profissionais”.*

A alta hospitalar também foi considerada nas pesquisas de Souza (2010) e Gomes (2011) como um fator de gratificação e realização entre os profissionais.

Como o objeto de trabalho dessas profissionais é o cuidado com a vida, percebemos que todos os esforços são empreendidos para que os bebês se recuperem e recebam alta, preferencialmente sem sequelas, como implícito na fala da profissional: *“gosto da assistência, de poder ver as crianças saírem bem”*. Assim, a visita posterior dos bebês é considerada pelas profissionais da unidade uma alegria, uma recompensa pela realização de um trabalho de qualidade.

### ❖ **Relações no trabalho**

Quanto às relações no trabalho, a opinião do grupo foi unânime sobre os seguintes aspectos: ser frequente necessidade de ajuda entre os colegas (37); ter a opinião considerada, para o funcionamento do serviço (32); possibilidade de expressar-se à vontade (33); ser possível discutir o trabalho regularmente (30) e informalmente com a equipe (33).

Durante as visitas a UTIN, questionamos as profissionais de enfermagem sobre a relação com a chefia e com a equipe. Em relação à chefia as participantes colocaram que a chefia é boa e comprometida, mas que não consegue resolver os problemas. De acordo com elas pelo menos uma vez por mês uma reunião é realizada em cada plantão para discutir sobre a atividade. Nesta reunião todos podem expressar sua opinião e dar sugestões. Indagamos ainda se elas saberiam explicar as razões que limitam as ações da chefia e obtivemos a



seguinte resposta: *“A chefia tenta resolver os problemas, mas é complicado, envolve outras questões: direção, política, estrutura”*.

Existe ainda entre o grupo uma opinião de que a atual chefia conseguiu conquistas importantes:

*“Eu percebo assim em relação à chefia, eles estão sempre promovendo algum curso, reciclagem, reuniões periódicas com a equipe para tentar melhorar o trabalho. Aqui tinha uma coisa que já mudou muito e a nova chefia contribuiu muito para isso, que é o assédio moral em relação ao erro. As pessoas novas sofriam muito para se adaptarem no setor, hoje isso já é bem melhor”*.

Outra trabalhadora complementa afirmando que, com as novas contratações de enfermeiros e técnicos, a atividade está melhor e relembra que muita coisa mudou em comparação a época de sua entrada no hospital.

*“Com o pessoal que entrou agora deu uma refrescada, mas antes estava bravo. Quando eu entrei, há 26 anos, era muito pior, tinha vinte e três crianças para duas pessoas cuidar. Melhorou muito, muito, muito, mas tem muito que melhorar ainda. Era fralda de pano, tinha que fazer bolinha de algodão, corta fralda para esterilização e preparar medicação”*.

Sobre os recursos humanos foi destacado ainda:

*“A chefia tem tentado melhorar o nosso trabalho. Hoje estamos trabalhando com uma quantidade de profissionais que a gente nunca teve. Nossa chefia tem lutado para prover melhorias para o grupo”*.

Atualmente, como já descrito, a medicação já vem preparada pela farmácia. As fraldas são descartáveis não necessitando cortá-las para enviar à esterilização. Porém, por não se ter numerações pequenas de fraldas, às vezes é preciso cortá-las para adaptar ao tamanho dos recém-nascidos. Algumas trabalhadoras colocaram que tem épocas que tem fraldas menores e épocas que não.

Assim, como colocado pela trabalhadora *“... tem muito que melhorar ainda”*. A grande responsabilidade para manutenção da vida, permeada pela pressão legal e social, contribui para sobrecarga desse trabalho como demonstra o relato a seguir: *“Aqui quando*

*alguém morre abre inquérito policial, processo administrativo, muito se cobra, mas pouco se devolve”.*

A equipe médica também considera boa a relação com a chefia, uma médica destaca: *“Existe vontade de melhorar o trabalho, mas fica atrelada a política”.* Outra acrescenta: *“Aqui a questão da hierarquia fala muito alto na distribuição dos horários com relação à equipe médica. Os médicos mais antigos ficam com os melhores horários, os novos ficam com os piores horários. Isso já melhorou, mas podia ser igual para todo mundo”.* Percebemos que a queixa principal em relação à escala é sobre os plantões do final de semana. Uma possível solução seria fazer um rodízio desses profissionais nos dias de sábado e domingo.

A relação entre a equipe multiprofissional foi uma questão que dividiu as opiniões. Existindo percepções mais positivas como destaca a fala adiante: *“Eu não tenho dificuldade com a equipe. Eu aprendi o seguinte: todas as pessoas têm defeitos e qualidades, cada um tem que aprender a lidar com elas”.* Relativas, como demonstra oração: *“Em relação à equipe isso é muito relativo. No plantão de hoje todo mundo pega junto não tem estresse, mas tem plantão que é só estresse. Mas assim é um ou outro”.* Mas, a grande maioria considera que a relação entre a equipe precisa melhorar.

Em uma de nossas visitas a unidade uma técnica de enfermagem que se ausentou aproximadamente 15 minutos para resolver questões pessoais ressaltou: *“A gente sai, o outro colega tem que segurar, mas com duas crianças por técnico, não segura. Aí fica complicado”.* Referindo-se que ninguém havia olhado os bebês dela, pois o alarme de uma das bombas havia soado sinalizando que uma medicação havia terminado e ninguém foi desligar.

Outra participante acrescenta que o tipo de patologia dos bebês também interfere nessa relação, fazendo com que certas vezes o profissional vá trabalhar desanimado: *“A relação com a equipe não é muito boa. A relação é bem pesada, o clima em si é pesado. O tipo de patologia é muito complexo, fica um clima muito pesado e isso reflete na equipe. Tem momentos que você não quer vir trabalhar, você até vem, mas não com aquela vontade”.*

Ainda, interferindo nessa relação foi citada a dificuldade que é solicitar um exame ao setor responsável: *“A relação com a equipe do laboratório e com a radiologia precisa melhorar. Aqui se você precisa de um ultrassom, você tem que implorar. Além disso, tem que descer para levar o paciente e isso acaba prejudicando o cuidado”.*

Esses componentes acrescidos da rotina e complexidade parecem atuar como um potencial agravante do cansaço, com a falta de parceria dos membros da equipe e do clima tenso e pesado da unidade. Além das difíceis relações interpessoais a indefinição das

atividades também foi pontuada: “*Nem toda a relação da gente é boa. O que eu vejo são as pessoas fazendo o mesmo trabalho que você faz*”. Isso acaba gerando um retrabalho desnecessário entre as participantes, tornando a atividade ainda mais intensa e pesada. Dessa forma, a dificuldade de comunicação contribui para o isolamento: “*Na verdade a gente tá junto, mas solitário. As pessoas cruzam umas com as outras e elas não se falam*”. Melhorar a comunicação e definir competência pode ser um possível caminho a ser trilhado.

No entanto, é difícil definir a noção de competência ajustada a uma situação de trabalho, uma vez que os limites de uma situação de trabalho não são jamais descritíveis, eles são imprecisos, principalmente em uma UTIN onde as situações podem variar de um momento para o outro (SCHWARTZ, 2010a).

De acordo com Zarifian (2003) a competência profissional é a capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios de um campo profissional, com iniciativa e responsabilidade, segundo uma inteligência prática sobre o que está ocorrendo e com capacidade para coordenar-se com outros atores na mobilização de suas capacidades. Para agir em competência, de acordo com Schwartz (2010a), é necessário certo número de ingredientes, para cada pessoa, em determinada situação:

Primeiro Ingrediente: refere-se ao domínio do protocolo em uma situação de trabalho, “... ou seja, os saberes científicos, técnicos, de ordem econômica, gestonária, jurídica, linguística, toda uma série de códigos, de saberes, de linguagens que enquadram uma situação” (SCHWARTZ 2010a: 207-208); que podem ser avaliados, fixados e determinados antes mesmo que a situação seja criada.

Segundo Ingrediente: refere-se à capacidade de quase ser impregnado pelo singular da situação de trabalho, pelo histórico, pela dimensão de *encontro de encontros*. É o ingrediente mobilizado frente às variabilidades das situações de trabalho, não antecipáveis e fruto de um aprendizado e de uma inteligência do corpo.

Terceiro ingrediente: é aquele que busca instaurar uma dialética entre os dois primeiros ingredientes: a capacidade de articular a face protocolar e a face singular de cada situação de trabalho.

Quarto ingrediente: trata-se do debate de valores ligado ao debate de normas, as impostas e as instituídas na atividade (SCHWARTZ, 2010a: 213). Está relacionado às possibilidades de *recentramento do meio* por parte de quem trabalha, ou seja, o quanto o meio de trabalho possibilita, estimula ou desestimula a expressão dos valores daqueles que trabalham e o *armazenamento na forma de patrimônio* dos modos eficientes construídos coletivamente para se realizar o trabalho. E dessa forma, o ingrediente quatro se relaciona

intimamente com o três ao colocar em questão os valores em jogo na atividade. Assim, este ingrediente fala das condições para a eficiência progredir nos meios de trabalho, a partir do que ele oferece em termos de espaço de *renormatizações*, de *resingularização*, de *recentramentos* parciais, ínfimos ou visíveis (SCHWARTZ, 2010a).

Quinto ingrediente: corresponde à “ativação ou a duplicação do potencial da pessoa, com suas incidências sobre cada ingrediente” (SCHWARTZ, 2010a: 217). Considera que “a partir do momento em que um meio tem valor para você, todos os ingredientes da competência podem ser potencializados e desenvolvidos” (SCHWARTZ, 2010a: 218).

Sexto ingrediente: chamado de “qualidade sinérgica”: uma competência do coletivo de trabalho em constituir equilíbrios variados e complementares de ingredientes, conforme o tipo e o nível da tarefa ou da missão a ser realizada. Esse ingrediente refere-se a um modo mais fértil para o que se costuma designar “capacidade de trabalhar em equipe” (SCHWARTZ, 2010a: 219).

Para Schwartz (2010a: 220): “Todas as riquezas do corpo, da inteligência, da cultura que, de algum modo nutrem e alimentam esses diferentes ingredientes, devem ser postas em comunicação em todo o instante no trabalho e é daí que se diz que, enfim, a atividade humana é algo extraordinário”.

#### ❖ Reconhecimento e satisfação no trabalho

As profissionais consideram que seu trabalho é reconhecido pelas colegas, pela chefia, pelo público e pela sociedade. Conforme demonstra quadro a seguir com as repostas obtidas no INSATS, onde as participantes tinham como opção assinalar – sempre, frequentemente, às vezes, raramente ou nunca.

**Quadro 12** – Sobre o reconhecimento e satisfação no trabalho.

<b>Reconhecimento Satisfação</b>	<b>Sempre</b>	<b>Frequentemente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Raramente</b>	<b>Nunca</b>	<b>Não informaram</b>
Reconhecimento pelos colegas	18	06	11	01	03	02
Reconhecimento pelas chefias	17	06	12	01	04	01
Reconhecimento	15	11	07	02	05	01

Reconhecimento pelo público pela sociedade	14	05	10	03	08	01
Sinto-me explorado	04	---	16	04	16	01
Estou insatisfeito	19	11	05	---	06	---
Gratificante pelo resultado atingido	21	13	01	---	06	---

Uma profissional relatou admirar muito o hospital e a UTIN. E já ter sido abordada na rua por familiares que a reconheceram para contar sua experiência no hospital: *“Eu admiro muito esse lugar. Um dia eu estava na rua e uma pessoa me reconheceu e disse: - Se não fosse o hospital onde você trabalha, minha filha tinha morrido”*.

Sobre a satisfação, somente 06 participantes informaram nunca estarem insatisfeitas em relação ao trabalho, dentre estas 04 técnicas de enfermagem e 02 médicas. E a maioria assinalou gratificação com o resultado atingido.

As trabalhadoras consideram que não poderão exercer a atividade quando estiverem atingidos os 60 anos de idade (25 participantes, dentre estes 11 técnicas de enfermagem, 08 enfermeiras plantonistas, 01 enfermeira diarista e 05 médicas). Isso pode estar relacionado ao desgaste físico e mental, bem como ao estresse relatado por conta da intensa rotina de trabalho.

Uma característica marcante presente na fala das profissionais de todas as categorias é a sobrecarga de trabalho e o alto índice de estresse vivenciado, resultante do barulho das máquinas e até mesmo da equipe, sobretudo, no horário da manhã onde se concentra um maior número de pessoas (plantonistas, diaristas, residentes de medicina e de enfermagem e familiares) e um maior número de atividades (como por exemplo, a passagem de plantão e o *round* para discussão dos casos).

#### 5.2.4 O que mais me incomoda no trabalho

Dentre os fatores incômodos no trabalho dispostos no INSATS, destacamos cinco itens de maior significado para as profissionais que foram listados a seguir, com o grau de intensidade variando entre o “muito incômodo” ao “pouco incômodo”: o ritmo do trabalho

(horários imprevisíveis, pressa, fazer várias coisas ao mesmo tempo); não dispor de condições necessárias para atender demandas do público; estar exposto a um ambiente físico nocivo (ruído, temperaturas baixas, radiação, agentes, biológicos, etc.); gastar muito tempo com deslocamento (ir e voltar do trabalho); e exigências corporais.

**Quadro 13** – Fatores assinalados com incômodos no trabalho.

<b>Incômodo no trabalho</b>	<b>Muito incômodo</b>	<b>Mais ou menos</b>	<b>Pouco incômodo</b>	<b>Nenhum incômodo</b>	<b>Não informaram</b>
Estar exposto a um ambiente físico nocivo	18	13	06	02	02
Realizar gestos precisos e minuciosos	01	15	15	07	03
Gastar muito tempo com deslocamento	19	05	13	03	01
Ter que se adaptar a mudanças dos métodos ou instrumentos de trabalho	01	14	12	13	01
Controlar/monitorar equipamentos	01	11	15	10	04
Dar respostas às dificuldades ou sofrimento de outras pessoas	15	10	11	03	02
Não dispor de condições necessárias para atender demandas do público	20	11	05	02	03
Exigências corporais	13	19	07	01	01
O ritmo do trabalho	23	13	03	01	01
Estar exposto ao risco de agressões	05	12	07	07	10
Estar exposto ao risco de	06	04	08	12	11

discriminação					
Trabalhar só	08	07	08	10	08
Trabalhar na presença dos outros, sem poder se isolar	01	05	09	21	05
Comunicar-se de forma quase permanente com outras pessoas	02	04	10	23	02
Ter um trabalho em que sou constantemente solicitado	02	10	12	13	04
Ter um trabalho que exige longos períodos de concentração intensa	03	15	11	09	03
Ter um trabalho em que me sinto explorado	10	12	06	07	06
Ter um trabalho em que me sinto insatisfeito	11	08	06	09	07

Esses resultados corroboram com os anteriormente apresentados nos temas:

- Jornada de trabalho
  - A preferência de parte das participantes pelo trabalho noturno por conta do tempo gasto com deslocamento no período diurno.
- Condições de trabalho
  - Déficit de espaço físico;
  - Inadequação do espaço destinado a pausas, lanches e repouso;
  - Exposição a: ruídos constantes, radiação, agentes biológicos, baixas temperaturas e agentes químicos.
- Ritmo de trabalho onde as trabalhadoras destacaram ter que:
  - Fazer várias coisas ao mesmo tempo;

- Dependendo do trabalho do colega;
- Atuar a partir da demanda/necessidade dos usuários;
- Suprimir ou encurtar uma refeição ou nem realizar por causa do trabalho.

### 5.2.5 Educação e trabalho

No que diz respeito a esse bloco do INSATS, todas as trabalhadoras responderam que sua atividade exige curso específico para realizá-la. Para 27 participantes, a formação atendeu “muito” as necessidades do atual trabalho e para 13 a formação atendeu mais ou menos. Somente uma profissional (técnica de enfermagem) assinalou que a formação “nada” foi suficiente para atender as necessidades deste trabalho. A maioria assinalou que foi necessária aprendizagem diretamente no local, apenas uma técnica de enfermagem, o fisioterapeuta e a fonoaudióloga consideraram que “não” foi necessário.

De acordo com as respostas ao instrumento, a aprendizagem foi proporcionada:

- Através de treinamento oferecido pela instituição empregadora – 32 participantes;
- Observando colegas de trabalho – 30 participantes;
- Por orientação de colegas de trabalho – 33 participantes;
- Sozinho – 18 participantes.

Apesar do relato da maioria das participantes sobre a existência de treinamento oferecido pelo hospital, uma pessoa diz sentir falta de treinamento, principalmente de treinamento prático. Essa pessoa aproveitou uma situação que aconteceu no dia – um episódio de hipóxia em um recém-nascido que estava no alojamento conjunto e foi levado às pressas a UTIN por uma residente de medicina – para se explicar: *“Viu a situação que ocorreu hoje? Quantas pessoas foram pegar a mesma coisa? Se você pudesse medir o nível de estresse, esse seria altíssimo. Mas que bom que no final tudo deu certo”*. Fica evidente a necessidade de treinar as profissionais e suas respectivas responsabilidades para atuar em situações que permeiam o cotidiano de trabalho na UTIN, visando diminuir a sobrecarga sobre a equipe e melhorar a resolubilidade do cuidado.

A oportunidade de ampliar o conhecimento foi registrada por 36 trabalhadoras. Somente uma participante não considera que os conhecimentos adquiridos são importantes



para atuação no trabalho. E para 27 participantes estes conhecimentos são importantes para sua segurança e saúde no trabalho.

### 5.2.6 Vida familiar, trabalho doméstico e lazer

Em relação ao estado conjugal, a maioria assinalou ser casada (31). Entre as demais, duas responderam ser solteiras, sete separadas ou viúvas e uma não informou. Somente duas participantes moram sozinhas. As outras residem com uma ou até cinco pessoas, conforme quadro 14. Dentre estas, quatro trabalhadoras assinalaram que moram com pessoas que precisam de cuidados especiais pela idade avançada, doença ou algum tipo de problema.

**Quadro 14** – Número de pessoas que residem junto com as participantes.

Nº de pessoas na residência	Nº de Respostas
01	08
02	11
03	11
04	05
05	01
Não informaram	05

Das participantes, 30 têm filhos e/ou enteados. Todas responderam que conseguem conciliar a vida de trabalho com a vida fora do trabalho:

- Sempre consegue conciliar – 13 participantes;
- Consegue conciliar com facilidade – 13 participantes;
- Consegue conciliar com dificuldade – 13 participantes;
- Não informaram – 02 participantes.

Dentre as atribuições domésticas assinaladas – como sendo de sua responsabilidade “sozinha”, “a maior parte”, “divido igualmente com alguém” e “pouco” – a maioria das participantes diz ser responsável por cuidar da limpeza e fazer compras (39), seguido de:

cozinhar (38), lavar/passar roupas (33), cuidar de crianças/adolescentes (27) e cuidar de pessoas que necessitam de cuidados especiais (08).

Sobre cuidar de pessoas que necessitam de uma atenção especial, cabe destacar que, embora apenas quatro pessoas tenham registrado que moram com alguém que demandam esse cuidado, oito responderam terem essa responsabilidade quando estão em casa. Uma possível explicação para essa divergência pode ser o fato de não aparecer na segunda vez onde se questiona sobre “cuidar das pessoas que precisam de cuidados especiais”, uma especificação do grupo de pessoas como na primeira vez “pela idade avançada, doença ou outro problema”. Isso pode ter levado algumas participantes que não assinalaram na primeira incluir na segunda essa atribuição, pela associação de um cuidado especial a um cuidado que inspira uma maior atenção, como o cuidar de crianças.

**Quadro 15** – Responsabilidades domésticas.

<b>Trabalho doméstico</b>	<b>Sozinha</b>	<b>A maior parte</b>	<b>Dividido igualmente c/ alguém</b>	<b>Pouco</b>	<b>Não participo</b>	<b>Não informaram</b>
Cuidar das crianças/adolescentes	05	11	09	02	13	01
Cuidar de pessoas que precisam de cuidados especiais	01	01	02	04	30	03
Cuidar da limpeza	08	09	14	08	01	01
Fazer compras	06	16	14	03	01	01
Cozinhar	10	12	08	08	02	01
Lavar/passar roupa	07	08	10	08	07	01

A respeito do tempo dispendido semanalmente com o trabalho em casa pelas participantes, não se observou um padrão de respostas, como nos mostra o quadro a seguir sobre o tempo por semana gasto com o trabalho doméstico por categoria:

**Quadro 16** – Tempo semanal gasto com trabalho doméstico por categoria.

<b>Tempo de trabalho gasto com trabalho doméstico</b>	<b>Nº de participantes por categoria</b>
≤ 12 horas	03 Méd. plantonistas, 02 enf. plantonistas, 03 téc. enfermagem
> 12 a ≤ 40 horas	03 enf. plantonistas, 02 enf. diarista, 05 téc. enfermagem, 01 fisioterapeuta
> 40 horas	02 Méd. plantonistas, 01 enf. plantonistas, 05 téc. enfermagem, 01 assist. social
Não informaram	02 Méd. plantonistas, 03 enf. plantonistas, 01 enf. diarista, 06 téc. enfermagem, 01 fonoaudióloga

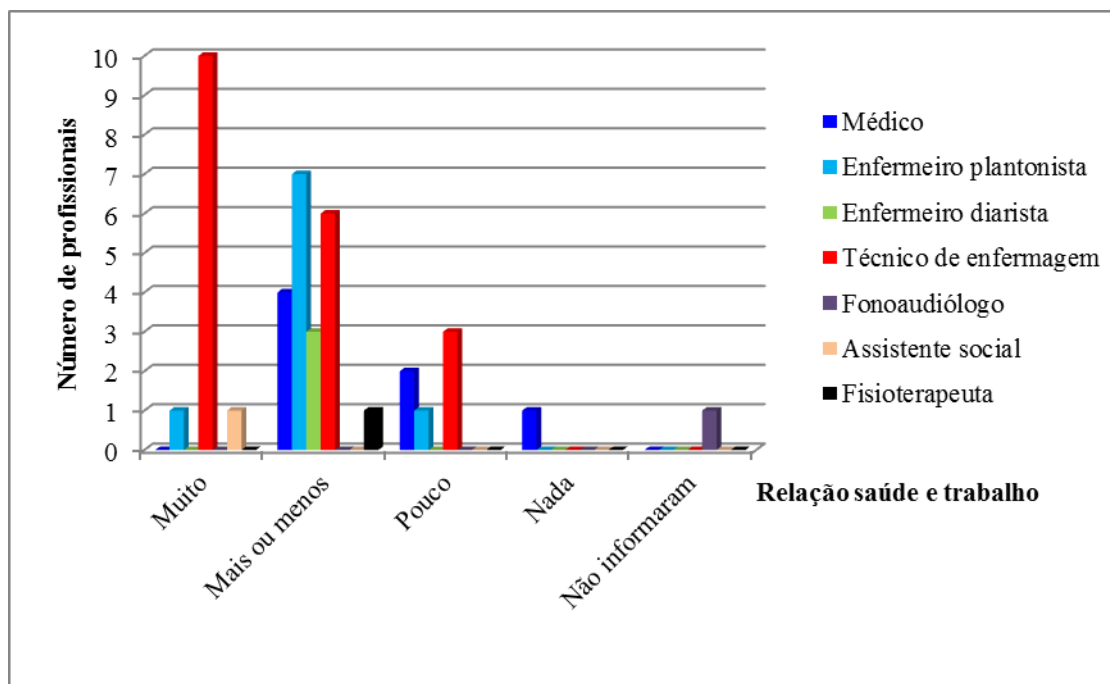
De acordo com o relato das participantes o tempo semanal destinado ao trabalho doméstico varia muito sendo difícil estimá-lo. Isso justifica o quantitativo alto de não respostas (13 participantes). Entre as que informaram dedicar um período de tempo superior a 40 horas, três profissionais, entre elas, uma técnica de enfermagem, uma médica plantonista e uma enfermeira plantonista responderam destinar, respectivamente, noventa, cem e cento e vinte horas.

### 5.2.7 O meu estado de saúde

Neste bloco de questões do INSTAS, procuramos evidenciar quais os problemas de saúde incide sobre o grupo de trabalhadoras pesquisadas, bem como a ocorrência de acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho. A maioria (21) considera que a saúde está sendo “mais ou menos” afetada pelo trabalho. Doze assinalaram que, o trabalho, afeta “muito” a saúde, seis responderam “pouco”, uma que não afeta em “nada” e uma não informou.

Cabe ressaltar que, das dezenove técnicas de enfermagem que responderam ao INSATS, dez assinalam ter a saúde “muito” afetada pelo trabalho. E que a assistente social também assim considera. Já a maioria das médicas, enfermeiras plantonistas e enfermeiras diaristas, que responderam ao instrumento, consideram que, o trabalho, afeta “mais ou menos” a saúde.

**Gráfico 1** – Quantitativo de profissionais por categoria que consideram ter a saúde afetada pelo trabalho realizado.



Sobre os problemas de saúde apresentados pelas participantes, o mais incidente foi varizes, seguido por estresse, fadiga geral, problemas musculares e das articulações, ansiedade, irritabilidade, problemas da coluna vertebral e problemas do sono. Podemos ainda observar que as enfermeiras plantonistas e as técnicas de enfermagem são as que apresentam mais problemas de saúde. Conforme evidenciado através do quadro 17, onde somente estas categorias apresentam representantes em todos os itens que se seguem.

**Quadro 17** – Problemas de saúde apresentados pelas participantes

Nº de participantes	Nº de participantes por categoria	Problemas de Saúde	Relação com o trabalho
15	04 Enf. plantonistas, 01 fonoaudiólogo, 02 méd. plantonistas, 08 téc. enfermagem	Ferimentos por acidente	13 Causado 01 Agravado/Acelerado 01 Sem relação
13	03 Enf. plantonistas, 01 fisioterapeuta, 03 méd. plantonistas, 06 téc. enfermagem	Doenças infecciosas	09 Causado 03 Agravado/Acelerado 01 Sem relação

16	01 Assist. social, 03 enf. plantonistas, 03 méd. plantonistas 02 enf. diaristas, 07 téc. enfermagem	Problemas de visão	03 Causado 05 Agravado/Acelerado 07 Sem relação 01 Não sabe
04	01 Assist. social, 02 enf. plantonistas 01 téc. enfermagem	Problemas de voz	02 Causado 01 Agravado/Acelerado 01 Não sabe
03	01 Enf. plantonista, 02 téc. enfermagem	Problemas de audição	02 Sem relação 01 Não sabe
12	02 Enf. plantonistas, 01 méd. plantonista, 01 Enf. diarista 08 téc. enfermagem	Problemas de pele	07 Causado 02 Agravado/Acelerado 02 Sem relação 01 Não sabe
15	01 Assist. social, 04 Enf. plantonistas, 04 méd. plantonistas, 06 téc. enfermagem	Problemas respiratórios	05 Causado 05 Agravado/Acelerado 05 Sem relação
25	01 Assist. social, 05 enf. plantonistas, 01 fisioterapeuta, 04 méd. plantonistas, 02 enf. diaristas, 12 téc. enfermagem	Problemas musculares e das articulações	12 Causado 11 Agravado/Acelerado 01 Sem relação 01 Não sabe
13	01 Assist. social, 04 enf. plantonistas, 03 méd. plantonistas, 01 enf. diarista, 04 téc. enfermagem	Problemas digestivos	04 Causado 09 Agravado/Acelerado
04	01 Assist. social, 01 enf. plantonista, 02 téc. enfermagem	Problemas hepáticos	01 Causado 03 Agravado/Acelerado
06	01 Assist. social, 02 enf. plantonistas, 01 méd.	Problemas renais	02 Causado 02 Agravado/Acelerado

	plantonista, 02 téc. enfermagem		02 Sem relação
14	01 Assist. social, 04 enf. plantonistas, 01 Méd. plantonista, 08 téc. enfermagem	Problemas no trato urinário	08 Causado 05 Agravado/Acelerado 01 Sem relação
04	01 Enf. plantonista, 03 téc. enfermagem	Problemas associados à menstruação ou problemas de próstata	01 Agravado/Acelerado 03 Sem relação
12	01 Assist. social, 03 enf. plantonistas, 01 méd. plantonista, 07 téc. enfermagem	Problemas ligado ao sistema nervoso	04 Causado 08 Agravado/Acelerado
21	01 Assist. social, 04 enf. plantonistas, 01 enf. diarista, 04 méd. plantonistas, 11 téc. enfermagem	Problemas de sono (sonolência ou insônia)	06 Causado 13 Agravado/Acelerado 01 Sem relação 01 Não sabe
05	02 Enf. plantonistas, 01 méd. plantonista, 02 téc. enfermagem	Problemas em engravidar ou na gravidez	03 Causado 02 Agravado/Acelerado
12	01 Assist. social, 01 enf. plantonistas, 01 fisioterapeuta, 02 méd. plantonistas, 01 enf. diarista, 06 téc. enfermagem	Problemas cardiocirculatórios	04 Causado 08 Agravado/Acelerado
22	01 Assist. social, 08 enf. plantonistas, 04 méd. plantonistas, 02 enf. diaristas, 07 téc. enfermagem	Dores de cabeça	06 Causado 12 Agravado/Acelerado 02 Sem relação 02 Não sabe
15	01 Assist. social, 04 enf.	Dores no	05 Causado

	plantonistas, 04 méd. plantonistas, 01 enf. diarista, 05 téc. enfermagem	estômago	08 Agravado/Acelerado 02 Sem relação
31	01 Assist. social, 09 enf. plantonistas, 01 fisioterapeuta, 05 méd. plantonistas, 01 enf. diarista, 14 téc. enfermagem	Varizes	17 Causado 13 Agravado/Acelerado 01 Sem relação
10	01 Assist. social, 03 enf. plantonistas, 06 téc. enfermagem	Adormecimento frequente dos membros	04 Causado 06 Agravado/Acelerado
15	01 Assist. social, 03 enf. plantonistas, 02 méd. plantonistas, 02 enf. diaristas, 07 téc. enfermagem	Alergias	06 Causado 05 Agravado/Acelerado 03 Sem relação 01 Não sabe
31	01 Assist. social, 08 enf. plantonistas, 01 fisioterapeuta, 04 méd. plantonistas, 01 enf. diarista 16 téc. enfermagem	Estresse	15 Causado 14 Agravado/Acelerado 01 Sem relação 01 Não sabe
13	01 Assist. social, 03 enf. plantonistas, 02 méd. plantonistas, 07 téc. enfermagem	Depressão	04 Causado 08 Agravado/Acelerado 01 Sem relação
16	01 Assist. social, 04 enf. plantonistas, 03 méd. plantonistas, 01 enf. diarista, 07 téc. enfermagem	Mudanças bruscas do humor ou alterações de comportamento	03 Causado 13 Agravado/Acelerado
27	01 Assist. social, 07 enf. plantonistas, 01 fisioterapeuta, 04 méd. plantonistas, 01 enf. diarista, 13 téc. enfermagem	Fadiga geral	11 Causado 16 Agravado/Acelerado

25	01 Assist. social, 07 enf. plantonistas, 01 fonoaudióloga, 04 méd. plantonistas, 01 enf. diarista, 11 téc. enfermagem	Ansiedade	05 Causado 18 Agravado/Acelerado 01 Sem relação 01 Não sabe
23	01 Assist. social, 07 enf. plantonistas, 01 fonoaudióloga, 04 méd. plantonistas, 10 téc. enfermagem	Irritabilidade	06 Causado 16 Agravado/Acelerado 01 Sem relação
19	01 Assist. social, 05 enf. plantonistas, 01 fonoaudióloga, 02 méd. plantonistas, 10 téc. enfermagem	Dores musculares crônicas	06 Causado 13 Agravado/Acelerado
22	07 Enf. plantonistas, 01 fonoaudióloga, 01 fisioterapeuta, 02 méd. plantonistas, 11 téc. enfermagem	Problemas da coluna vertebral	09 Causado 11 Agravado/Acelerado 02 Sem relação

Dentre os diagnósticos de doença confirmados foram listados pelas participantes os seguintes:

- Anemia ferropriva devido à diminuição de produção medular – 01 enfermeira plantonista;
- Problemas na coluna vertebral – 02 enfermeiras plantonista; 02 médicas plantonistas, 03 técnicas de enfermagem e o fisioterapeuta;
- Varizes - 01 enfermeira plantonista e 01 técnica de enfermagem;
- Depressão - 01 enfermeira plantonista;
- Neuroma em ambos os pés – 01 enfermeira plantonista;
- Gastrite – 01 enfermeira plantonista;
- Problemas respiratórios – 02 enfermeiras plantonista; 01 médica plantonista, 01 enfermeira diarista e 01 técnica de enfermagem;
- Hipertensão arterial – 01 enfermeira plantonista; 01 médica plantonista, 01 enfermeira diarista, 05 técnicas de enfermagem e o fisioterapeuta;



- Diabetes – 01 técnica de enfermagem;
- Problemas cardíacos – 01 médica plantonista e 01 técnica de enfermagem;
- Hipertireoidismo – 01 enfermeira diarista;
- Artrose – 01 técnica de enfermagem;
- Psoríase – 01 técnica de enfermagem;
- Enxaqueca – 01 médica plantonista;
- Estresse – 01 técnica de enfermagem;
- Insônia – 01 técnica de enfermagem;
- Ansiedade – 01 técnica de enfermagem.

No item “problema na coluna vertebral”, foi citado os diagnósticos: pinçamento de vertebra lombar, lombalgia, hérnia de disco lombar, hérnia de disco cervical e diminuição do líquido sinovial. Entre os problemas respiratórios: rinite alérgica, bronquite e asma brônquica. E a arritmia foi o único problema cardíaco citado entre as participantes.

Dado relevante apresenta-se ao compararmos os “adoecimentos listados com diagnóstico confirmado” com os “problemas de saúde apresentados pelas participantes” no quadro 17, um descompasso de respostas dadas entre os dois, pois diversos sintomas e queixas ligados ao campo mental (estresse, problemas do sono, ansiedade, irritabilidade, entre outros) foram relatados pelas participantes, mas esses não refletem em diagnósticos confirmados. Sendo relatados apenas os diagnósticos de depressão, por uma enfermeira plantonista; estresse, por uma técnica de enfermagem; insônia, por uma técnica de enfermagem e ansiedade, também por uma técnica de enfermagem.

Assim, evidencia-se que as trabalhadoras reconhecem problemas de saúde mental relacionados ao trabalho, porém isso não é suficiente à confirmação diagnóstica e possíveis encaminhamentos visando minimizar o problema. Dado semelhante foi encontrado na pesquisa de Souza (2010) entre profissionais de enfermagem.

A maioria (24) não faz uso regular de medicamentos, as que referiram utilizar são para os problemas de saúde supracitados, que são de uso contínuo, como por exemplo, os anti-hipertensivos (atenolol®, hidroclorotiazida®, enalapril®, diovan®, entre outros) ou no surgimento de crise, como em casos de dor (anti-inflamatórios, analgésicos e relaxantes musculares).

Quanto aos acidentes de trabalho 17, participantes responderam que já sofreram no mínimo um acidente ou tem uma doença relacionada ao trabalho:

- Acidente
  - 01 Acidente de carro – emitida comunicação de acidente de trabalho (CAT);
  - 08 Acidente perfuro-cortante – 05 emitiram CAT, 03 não emitiram;
  - 02 Acidente com material biológico – CAT emitida para ambos.
  
- Doença
  - 01 Tendinite em ambas as mãos – CAT não emitida;
  - 02 Lesões na coluna vertebral – CAT não emitida;
  - 01 Nódulos nas cordas vocais CAT não emitida;
  - 01 Meningite – CAT emitida;
  - 01 Alergia a látex – CAT emitida;
  - Pielonefrite – CAT não emitida.

Foi registrada ou emitida CAT (comunicação de acidente de trabalho) em nove dos casos e não foi emitida em três casos de acidente com material perfuro-cortante, no caso da tendinite, nos dois casos de lesão da coluna vertebral e no caso dos nódulos nas cordas vocais. Sete participantes necessitaram de licença médica, devido a: alergia ao látex, tendinite nas mãos, meningite, pielonefrite, calos nas cordas vocais, acidente de carro, lesão na coluna vertebral e acidente com material perfuro-cortante. Três pessoas<sup>3</sup> assinalaram incapacidade reconhecida decorrente desse acidente ou dessa doença. A primeira por causa de alergia ao látex, a segunda decorrente de acidente perfuro-cortante e a terceira por lesão na coluna vertebral.

Consideramos também esses dados, sobre acidentes de trabalho, como relevantes e apontamos que há necessidade de melhor trabalhar essas informações, para que todos os casos de acidentes sejam acompanhados pela equipe de saúde do trabalhador desse hospital, bem como para que esta equipe encaminhe ações no sentido de evitá-los.

### **5.2.8 Proteção e cuidados**

Quanto à informação sobre os riscos ligados ao ambiente físico de trabalho (por exemplo, dos equipamentos, dos materiais, dos instrumentos, da qualidade do ar, da acústica do local de trabalho, dos produtos utilizados e da contaminação), a maior parte das participantes assinalou estar “mais ou menos” (20) ou muito informada (19), uma respondeu

“pouco” e uma não ter “nenhuma” informação. Dezoito registraram que o setor possui equipamento de proteção coletiva (por exemplo, painéis antirruídos e climatização adequada). Observamos que na unidade encontra-se fixada um medidor de ruídos que sinaliza quando o barulho está acima do apropriado. No entanto, em diversos momentos este dado não foi considerado, permanecendo o ruído constante e elevado.

É comum acordo entre as participantes (39) que há disposição de materiais de proteção individual para a realização da atividade (por exemplo, luvas, máscaras, óculos, capote, entre outros) e que sua utilização em “nada” prejudica o desenvolvimento do trabalho, conforme assinalado por vinte e quatro participantes.

Sobre o suporte de especialistas na área de saúde e trabalho, um total de quinze participantes considerou “pouco”, treze “mais ou menos”, oito “muito” e cinco “nada”. Durante as visitas à unidade, as profissionais comentaram que elas não têm a cultura de procurar auxílio médico e que não têm um incentivo no setor nesse sentido, como também não existe no hospital.

As falas a seguir ilustram:

*“Nós trabalhadores não olhamos para nós mesmos. Nós não procuramos médico e incentivo mesmo, você não vê aqui dentro. Eu acho que o trabalhador é muito desleixado consigo mesmo. Eu acho que deveria ter algum projeto de trabalho para os trabalhadores procurarem ajuda, pois a gente fica com um pouco de receio de procurar e encontrar alguma coisa”.*

*“Nosso trabalho é muito desgastante. Você não tem tempo de pensar. É uma admissão atrás da outra, uma parada atrás da outra, e ninguém olha para isso, não pensam na nossa saúde. Eu, por exemplo, faz muito tempo que nem um exame admissional me é pedido”.*

Além do medo de procurar e encontrar alguma coisa, também foi relatado a falta de ações voltadas para as trabalhadoras dessa unidade – que conforme transcrição: *“faz muito tempo que nem um exame admissional me é pedido”* – bem como a indisponibilidade de tempo para que as mesmas possam cuidar de sua própria saúde.

No item do INSATS correspondente aos cuidados tomados pelas trabalhadoras para evitar que a saúde seja afetada pelo trabalho, evidenciamos a não procura por acompanhamento médico frequente, uma vez que apenas duas pessoas responderam realizar esse tipo de acompanhamento.

Como resposta a essa questão do instrumento foram citados ainda os cuidados listados abaixo:

- Usar equipamento individual de proteção;
- Usar meias de compressão elásticas;
- Descansar antes do trabalho;
- Descansar nos espaços de tempo disponíveis durante o trabalho;
- Dedicar tempo para o lazer;
- Alimentar-se de maneira saudável;
- Fazer atividade física;
- Ingerir pelo menos dois litros de água;
- Realizar as tarefas com atenção;
- Lavar as roupas utilizadas no trabalho separadamente;
- Evitar posturas penosas e carregar peso;
- Evitar sobrecarga de trabalho e fazer plantões extras;
- Ter consciência dos riscos;
- Não levar os problemas do trabalho para casa;
- Não levar os problemas pessoais para o trabalho;
- Não tomar nenhum cuidado.

Destacamos a diversidade de estratégias utilizadas pelas trabalhadoras para preservar sua saúde. Estas envolvem desde hábitos de vida saudáveis, como alimentar-se saudavelmente, praticar atividades físicas e dedicar tempo ao lazer; ao reconhecimento da importância de saber a quais riscos estão expostas; bem como aos fatores que envolvem diretamente a atividade, como evitar posturas penosas, evitar sobrecarga de trabalho e plantões extras, descansar antes do trabalho, evitar levar os problemas do trabalho para casa e de casa para o trabalho, usar equipamento de proteção individual, entre outros. Apenas duas pessoas registraram não utilizar nenhuma estratégia para evitar o adoecimento.

### **5.3 Encontros sobre o trabalho na UTIN**

A partir da organização e cruzamento dos dados encontrados nas visitas e na aplicação do INSATS, surgiu uma série de questões para serem debatidas nos Encontros como: a rotina

do trabalho e sua prescrição; as condições de trabalho e a relação entre as profissionais da equipe e destas com a chefia.

Para a realização dos Encontros, optamos por trabalhar nos plantões que tivesse maior número de profissionais interessadas em participar. Dessa forma, foram realizados três Encontros para apresentar os resultados e possibilitar novas discussões entre a equipe, buscando a distinção do que na atividade faz parte do registro do formalizado e o que provem do segundo registro, o das *renormatizações*. De acordo com Schwartz, Durrive e Duc (2010a) é precisamente aí, na distância entre os dois registros, que está a verdadeira natureza da atividade, o seu caráter enigmático e transformador: a gestão do hiato entre os dois registros, para que, apesar de tudo, o trabalho seja realizado. No final após refletirem sobre sua própria atividade apresentamos, no formato de tópicos, os principais problemas relacionados à atividade destacados por elas ao longo da pesquisa de campo e questionamos sobre como fazer para que essas situações fossem diferentes, buscando outras possibilidades de agir, outros possíveis.

No primeiro Encontro, realizado na parte da tarde no horário do intervalo do lanche conforme sugerido pela equipe, na própria UTIN, contamos com a participação de uma enfermeira e três técnicas de enfermagem. A participação de uma das técnicas foi flutuante – ela se ausentou em alguns momentos para cuidar dos bebês sob sua responsabilidade e depois retornava.

Neste Encontro, embora estivessem presentes na unidade outras profissionais da categoria de enfermagem e médica, as mesmas não puderam participar, pois estavam assistindo aos bebês com maior gravidade. Percebemos que as trabalhadoras que participaram não ficaram totalmente à vontade, por isso optamos por realizar os demais Encontros em outro local.

No segundo Encontro participaram cinco técnicas. Neste dia, uma das enfermeiras já havia participado do Encontro 1. Estavam presentes neste plantão duas enfermeiras e uma médica que não participaram por estarem envolvidas no cuidado.

Optamos por realizar o último Encontro no final da manhã, período onde já ocorreu a passagem de plantão, buscando a adesão de outras categorias profissionais. Previamente havíamos agendado com as enfermeiras diaristas, fisioterapeuta, fonoaudióloga e assistente social. Convidamos ainda no início do turno as médicas que estavam escaladas no dia. Estas responderam ter interesse em participar, mas somente poderiam se o plantão estivesse calmo. Além disso, convocamos também a equipe de enfermagem escalada. Porém apenas duas enfermeiras diaristas e a assistente social estiveram presentes. O Encontro foi realizado na

sala da chefia de enfermagem que não estava presente no dia. Consideramos que esse fato pode ter implicado na não adesão das técnicas de enfermagem.

Apresentamos em conjunto os resultados dos três Encontros buscando ressaltar as questões mais relevantes. Dessa forma, quando determinado diálogo nos chamou a atenção, elegemos expô-lo integralmente. Exibimos de maneira complementar aos diálogos, falas que versavam sobre os temas apresentados, mesmo que estas fossem provenientes de outro um Encontro. Assim, para exposição das narrativas criamos nomes fictícios no sentido de resguardar a identidade das profissionais e favorecer o entendimento do leitor.

A seguir apresentamos a análise das discussões decorrente das nossas escolhas, que poderiam ter se desdobrado de outras maneiras.

### **A) Rotina de trabalho e sua prescrição**

Na perspectiva de melhor compreender as características da atividade de trabalho da equipe de saúde da UTIN, procuramos obter informações sobre as atribuições de cada categoria profissional, com suas respectivas coordenações, tendo em vista que, a defasagem entre o trabalho prescrito e o efetivamente realizado se constituiu em um aspecto fortemente abordado durante as visitas.

A respeito da prescrição do trabalho para a equipe de enfermagem, há uma lista de atribuições específicas para as técnicas de enfermagem, enfermeiras diaristas e enfermeiras plantonistas (Anexo 2). Com relação às atribuições das profissionais das demais categorias - médica, fonoaudióloga, assistente social e fisioterapeuta - as descreveremos brevemente a partir das observações realizadas, pois não tivemos acesso à prescrição pela dificuldade de obtê-las com suas respectivas chefias.

Participar da passagem de plantão é uma atribuição comum aos profissionais da enfermagem e da equipe médica, bem como prestar assistência aos recém-nascidos. Percebemos que preservar a integridade física e emocional do paciente e sua família é uma preocupação de toda equipe de saúde.

Em relação às responsabilidades da equipe médica, notamos que o primeiro procedimento, assim que chegam ao setor, é a passagem de plantão. Logo após, ocorrem às visitas, leito a leito, para avaliação do estado de saúde dos bebês e tomada de conduta a ser prescrita e observada durante o plantão do dia. Além da prescrição dos cuidados promovidos pela equipe de enfermagem, as médicas, solicitam exames, acompanham os bebês quando o exame não é realizado na UTIN e prescrevem as medicações. É ainda atribuição desta equipe,

monitorar no decorrer do plantão os resultados obtidos com a conduta implementada e reavaliá-la caso necessário. O procedimento de dar notícia aos familiares sobre o estado de saúde dos bebês é uma atribuição desta equipe.

A respeito da atividade da fonoaudióloga e do fisioterapeuta, ambas são responsáveis por assistir aos recém-nascidos que mais necessitam de cuidados. Os bebês que precisam melhorar a função respiratória, por exemplo, são encaminhados ao fisioterapeuta e os que têm dificuldades no aleitamento à fonoaudióloga. Cabe lembrar que estes profissionais exercem sua função em outros setores do hospital, além da UTIN.

A assistente social tem como atribuição intervir nos aspectos socioculturais e econômicos, que reduzem a eficácia das ações implementadas pela equipe de saúde, seja no nível da promoção, proteção ou recuperação da saúde. Destarte que nos hospitais, com frequência surgem “circunstâncias sociais adversas” que justificam a intervenção desse profissional. Em cada caso, realizam-se uma valoração e um diagnóstico social baseado na análise das carências e necessidades existentes, para depois passar à definição das ações que devem ser realizadas. Particularmente nesta unidade observamos que sob responsabilidade da assistente social está: coordenar as visitas dos familiares, como por exemplo, a visita dos avós e avaliar as necessidades de cada familiar quanto às possibilidades econômicas, sociais e culturais para enfrentar e se adaptar a essa nova situação – possibilidade financeira da família para deslocar até o hospital para visita; compreensão sobre o estado de saúde do bebê; capacidade de cuidar do bebê após a alta hospitalar, isso porque inúmeras vezes os recém-nascidos recebem alta, mas ainda precisam de uma atenção maior deste familiar (alguns bebês vão de alta para suas casas se alimentando por sonda enteral ou por sonda gástrica) que é treinado pela equipe durante a internação hospitalar para promover esse cuidado.

### **O trabalho prescrito e variabilidades do real**

Para a discussão sobre o trabalho prescrito e o trabalho real, resgatamos a colocação de uma das participantes feita no período das visitas – *“Na realidade o que eu menos gosto é não conseguir implementar regras como a humanização da assistência, é muito barulho, é muito estressante”* – e perguntamos como elas lidam com isso.

No terceiro encontro o diálogo entre Julia e Joana nos chamou a atenção:

*“Claro que isso é uma coisa que a gente percebe, tanto que volta e meia a gente tem que pedir para diminuir o tom de voz, para abaixar, para fazer silêncio. Mas isso é muito cíclico,*

*depende do momento que você está. De repente começa um, aí daqui a pouco tá todo mundo falando no mesmo tom. Aí você chega, Psiu! Aí o pessoal dá uma diminuída. Todo mundo percebe, mas é incontrolável ainda nesse momento. Para controlar isso as pessoas teriam que se auto policiar, se educar. Então eu estou percebendo que eu estou falando alto. Eu tenho que começar a falar baixo. Porque a medida que um fala alto, o outro fala alto, o outro fala alto e fica aquele burburinho” (Julia).*

O barulho esteve presente na fala da maior parte das profissionais durante as visitas. Nos Encontros a trabalhadora acima explica que apesar de existir uma mobilização das profissionais visando diminuir os ruídos na UTIN, ainda não se conseguiu reduzir o incômodo gerado. No seu entender a equipe precisa se auto observar, se policiar em relação a isso. Constatamos que os ruídos são constantes na unidade e provenientes dos alarmes, do diálogo entre as profissionais e entre os familiares. Porém algumas vezes o mesmo fica muito alto e assim permanece por um período de tempo considerável até que uma das trabalhadoras perceba e chame a atenção das demais para sua redução.

Joana acrescenta:

*“A questão do barulho é muito grave pela manhã onde a gente tem uma circulação de profissionais de todas as áreas naquele momento, naquele movimento. São cirurgiões, são técnicos de raio X e médico dando parecer, enfim, é um grupo de profissionais que pela manhã começa a se desenvolver para que ao longo do dia a gente possa ter resposta de exames, resposta de parecer e trabalhar a dinâmica daquele cuidado. Então pela manhã o movimento do barulho é insuportável. É uma questão até de você ter o bom senso de saber a hora que entra. Eu muitas vezes olho lá de manhã, não tem mãe, eu não entro, não entro. Porque o meu objetivo principal é pegar aquela mãezinha para conversar. A não ser que eu esteja definindo alguma situação que eu precise daquela equipe que está dentro do berçário, eu sou obrigada a entrar lá. Fora isso, é um horário que a gente tenta não entrar porque a tarde melhora muito. Então é estressante ficar lá com barulho” (Joana).*

Reaparece nesta fala a questão da importância da mobilização de todos os profissionais para a redução do barulho na unidade. Para a trabalhadora acima “É uma questão até de você ter bom senso...” saber evitar o incômodo gerado pelo ruído. Concordamos que a percepção do ruído pela equipe é um dos fatores que pode contribuir à sua diminuição, porém somente isso não é suficiente. Esse fato pode ser evidenciado ao



relacionarmos o alto índice de queixas entre as participantes sobre o ruído e sua permanência. Cabe ressaltar que grande parte das atividades se concentra no período da manhã, como aparece na fala acima. Sabemos que a maior parte delas não pode ser adiada – como a passagem de plantão, a assistência aos bebês, a prescrição médica, entre outras - entretanto outras atividades poderiam ser realizadas no período da tarde visando diminuir o ruído – como a realização do *round* para discussão dos casos.

Outro ponto discutido logo em seguida, por Marta e Joana, surgiu a partir do questionamento: Existiriam outras situações em que vocês observam isso? (Animador)

*“Olha, eu acho que toda a prática da humanização a gente tenta implementar. Eu acho que na verdade a gente não tenta, a gente implementa. Agora, tem as particularidades do dia que algumas você não tem condições. Porque tá com a casa lotada, as condições do plantão em si. Porque tem gente nova que ainda não conhece. Porque tem pouca gente no plantão. Então algumas etapas da humanização, em alguns momentos, você acaba naquele dia não podendo cumprir. Em um dia muito pesado, você tem que reduzir o tempo de visita dos avós, entrar menos avós naquele dia. Mas a visita dos avós é fato que é um ato de humanização, né? No caso de mãe canguru, a questão de botar no peito. Todas as mães são trabalhadas. Esse bebê tem que ir no peito, ele vai para o peito de qualquer forma. Talvez a gente não tem alguém que possa ficar ali com a mãe naquele momento dando atenção cem por cento a ela. Então eu acho que eu não vejo não cumprir a etapa. Na verdade você cumpre”* (Marta).

Em sua narrativa a trabalhadora inicia chamando a atenção para um aspecto diferente do apresentado anteriormente *“Na realidade o que eu menos gosto é não conseguir implementar regras como a humanização da assistência”*. De acordo com ela, a implementação da humanização da assistência vem sendo desenvolvida. Porém, devido às particularidades do dia, algumas etapas da humanização acabam não sendo cumpridas conforme o planejado previamente. Mas, *“Na verdade você cumpre”*, como ressalta Marta.

Segundo Schwartz, Durrive e Duc (2010c: 190) *“é impossível para o meio evitar a variabilidade”*. Desse modo, a prescrição do trabalho não consegue dar conta da série infinita de variáveis ao qual o trabalho está submetido, até porque muitas vezes é mal formulada, na medida em que ignora tais variabilidades e as necessárias regulações dos operadores no curso da ação. Sendo assim, como as normas não antecipam tudo – *“Trabalhar, é arriscar, é fazer uso de si”* (SCHWARTZ, DURRIVE e DUC 2010c:191).

Joana complementa citando alguns exemplos de situações onde o trabalho prescrito não corresponde ao trabalho efetivamente realizado:

*“Porque nós estamos lidando com vidas e a vida é dinâmica, não é estática. E aí não dá para você dizer assim: Amanhã eu vou chegar e vou cumprir tais e tais tarefas, dessa e dessa forma, desse e desse jeito. É muito difícil. Os momentos, os movimentos, a estrutura física, a estrutura de RH, a estrutura de material, a situação do dia propriamente, te faz mudar. Então eu acho que isso também, a questão da assistência humanizada tem que ser vista como um cotidiano e não como uma norma. E não só como uma política pública, porque ela descrita como uma política pública ela é desenhada, mas o dia a dia não é desenhado. Não tem como você desenhar que dia vai ser hoje, não tem como você desenhar que dia vai ser amanhã. Mas você sabe a base desse seu entendimento, de como oferecer o melhor, principalmente num relacionamento multiprofissional. O que a gente precisa fazer? O que eu tenho que fazer para tá respondendo para aquela família? Para que aquela família possa responder o melhor para o seu bebê que está internado. Eu tenho que lidar com a toda equipe de saúde. Mas aquela dinâmica, ou seja, você planejou tudo daquela família e naquele dia ela não pode vir. Às vezes ela veio, mas por algum motivo você tá com uma atividade emergencial na unidade que você não pode dar atenção. Então assim, essa coisa de prescrito e realizado sempre vai ter discrepância. Agora é realidade que as regras são importantes, a gente tem isso como fundamento e a gente sempre vai estar usando quando pode” (Joana).*

As variabilidades vivenciadas no trabalho real apareceram fortemente na fala desta profissional: “... a vida é dinâmica...”, “... não dá para você dizer assim: Amanhã eu vou chegar e vou cumprir tais e tais tarefas”, “... te faz mudar...”, “Não tem como você desenhar que dia vai ser hoje... que dia vai ser amanhã”, “... naquele dia ela não pode vir”, “por algum motivo... você não pode dar atenção”.

Na fala acima a trabalhadora estaria chamando a atenção para o terceiro ingrediente da competência, conforme a perspectiva ergológica, que se refere à “capacidade de articular a face protocolar e a face singular de cada situação de trabalho” (SCHWARTZ, 2010a: 210), ou seja, é preciso por em sinergia o caso singular e a pessoa. Assim, mesmo que, para tratar o caso, sejam utilizados recursos codificados, aprovados por um protocolo, estes são permanentemente ajustados às particularidades da situação. No caso mencionado as particularidades vivenciadas ao longo do dia de trabalho.

Neste caso, a atividade de trabalho, “parece uma espécie de dramática, uma *arbitragem permanente* entre o uso de si ‘por si mesmo’ e o uso de si ‘pelos outros’ – os outros remetendo tanto à vizinhança de trabalho, aos próximos, quanto aos quadros hierárquicos”, ou seja, “a toda sorte de ambientes que demandam à pessoa realizar um certo número de objetivos com os quais ela compartilha – ou não compartilha ou compartilha mais ou menos – e *tudo está aí!*” (SCHWARTZ, 2010a: 213). Trata-se do debate de normas e valores, de renegociar as normas da atividade com suas normas, tornando o meio em parte “seu”. “Trata-se de renegociar permanentemente com as normas de vida dos outros!” (SCHWARTZ, 2010a: 213).

A partir das observações de campo nos chamou atenção a dimensão da atividade que essas trabalhadoras têm que dar conta – e inúmeras vezes simultaneamente – dos bebês, da família, das demandas dos colegas de equipe, da chefia, dos equipamentos e instrumentos, enfim, de uma variedade grande, constante, intensa de exigências, o que nos fez a realizar o seguinte questionamento: “Sua atividade interfere na sua vida pessoal ou familiar? Como?” (Animador).

É comum entre as participantes a opinião que a atividade muito interfere na vida pessoal, seja no cuidado com a casa e com os filhos, no convívio social e até mesmo na saúde. Destacamos a seguir as principais falas das participantes sobre o assunto nos Encontros realizados:

*“Interfere totalmente. Você pode até... Ah, trabalho é trabalho, eu não vou levar meus problemas de um lado para o outro. Mas, você fica aqui num dia mais pesado... Você chega em casa mais cansada, esgotada e você não vai conseguir dá atenção. Você precisa de um tempo para você. E às vezes você chega em casa tem filho. Eu considero ter dupla jornada, tripla jornada de trabalho (risos). Porque você chega em casa você tem que dar conta de ser mulher, mãe, dona de casa, profissional, então, é cansativo” (Marta).*

*“Interfere na saúde. Prova disso é quando a chefia fez um levantamento. Qual é o índice de adoecimento da enfermagem? Problema ortoarticular. Não tem jeito, faz parte. É laboral. É laboral, não tem jeito. E depressão também, né? Outro índice de outro trabalho que estavam fazendo aí e apareceu” (Julia).*

*“Você acaba sendo aquela pessoa super agitada, estressada, né? Acaba sendo. Entra aquela história que eu estava encarnando... O Rivotril® entra... Acaba entrando na sua vida o*

*Rivotril®... (todas participantes riem). As cinco gotinhas de Rivotril®... Gente não tem como porque você fica uma pessoa estressada, mal humorada (às vezes) e você não consegue ter vida lá fora. Na verdade, acaba os profissionais achando que você tem que viver em função do trabalho, daquilo dali. Só que a gente tem família, tem filho, tem que ter um lazer e não só o barulho do monitor o tempo todo, entendeu? É complicado” (Silvana).*

Na primeira fala Marta inicia sua narrativa destacando a impossibilidade de dissociar vida e trabalho ao colocar que por mais que elas falem, “*trabalho é trabalho, eu não vou levar meus problemas de um lado para o outro*”, a vivência de um dia de trabalho mais intenso demonstra o contrário, cansaço e esgotamento ao se chegar em casa. Na segunda narrativa os problemas ortoarticulares e a depressão foram destacados por Julia, como agravos presentes entre os profissionais da enfermagem. Na terceira, Silvana, aponta que o estresse e o mau humor decorrentes da atividade interferem na vida pessoal. Esta, ao recordar que elas têm família, filhos e que necessitam de momentos de diversão e lazer, chama a atenção para o fato de que a vida não se resume somente ao trabalho. A medicalização do estresse e do distúrbio de humor apareceu em sua fala “*O Rivotril® entra... Acaba entrando na sua vida o Rivotril®...”.* Após a fala de Silvana as demais participantes riram, indicando concordar com a colega de equipe. Cabe ressaltar que este medicamento, entre outras funções, é utilizado no tratamento de: transtornos de ansiedade, como ansiolítico em geral; distúrbios do pânico, fobia social; transtornos do humor; e depressão.

Outro aspecto colocado, na fala de Marta, foi a questão da dupla e tripla jornada de trabalho: “*ser mulher, mãe, dona de casa, profissional*”. Joana discorre mais detalhadamente sobre isso:

*“Nesse universo que você pesquisou que com certeza é um universo feminino, na sua maioria. E a mulher ela tem dupla jornada sempre, sempre. Aquela que mora sozinha vai ter dupla jornada. E como todas nós, na sua maioria, são casadas ou mesmo que não casadas tem filho, ou seja, tem uma estrutura familiar, a dupla jornada é fato. Dizer que não interfere também é impossível, porque interfere. Um dia todo aqui, como diz a colega é, estressante, você chega em casa sem energia. A sensação que você tem é que você tá assim, sem força. A gente leva um tempo assim de uma hora, duas para você entrar naquele mecanismo, daqui a pouco você entra no mecanismo doméstico, até parece que você reacendeu. Mas não é que você reacendeu, você trocou e a sua energia vai funcionando diferente. Mas aí quando dá o fim do dia e você deita, a sensação é de um esgotamento muito forte. Então assim,*

*difícilmente eu vou me desgastar o dia inteiro e isso não vai interferir na minha casa. Difícilmente eu não vou ter um problema familiar, porque todo mundo tem, só não tem que não tá vivendo e vou chegar aqui no outro dia e isso não vai interferir no meu trabalho. Não vai me tirar o compromisso, o respeito e a responsabilidade, mas obviamente pode me tirar a alegria, o jeito de brincar... Isso a gente nota. Porque que você tá mais triste hoje? Porque que você tá com essa carinha diferente hoje? A gente também nota umas as outras, como a gente é. E isso muda. Nós somos humanos e como humanos tudo que nos acontece interfere na nossa vida, seja ela técnica, profissional ou familiar, vai interferir e isso é real* (Joana).

Sobre esta fala, vale destacar a expressão “*universo feminino*” e o trecho “*E a mulher ela tem dupla jornada sempre*”, pois ao compor sua narrativa por esses elementos, a trabalhadora fala de uma característica de um gênero profissional desta unidade, ou ainda de uma “consciência subjetiva de pertencer a uma comunidade” (FAÏTA, 2005), que tem como característica ser constituída em sua maior parte por mulheres.

É interessante notar o exemplo apresentado por esta trabalhadora adiante em sua fala sobre a dupla jornada de trabalho e como isso interfere na vida pessoal. De acordo com ela a sensação que se tem no final de um dia de trabalho no hospital é de esgotamento, de cansaço. Porém ao término dessa rotina inicia-se a rotina de trabalho doméstico, cuidar da casa, fazer compras, cuidar dos filhos, pagar contas, ser mulher, enfim, viver! E viver com prazer. Mas como dar conta de tudo isso quando não se tem energia para tal? Assim, no final do dia “*a sensação é de um esgotamento muito forte*”. E conclui seu pensamento destacando que “*nós somos seres humanos e tudo que nos acontece interfere na nossa vida*” e que “*só não tem problemas quem não está vivendo*”.

Diante disso, nos questionamos sobre o que faz essa trabalhadora, sabendo de tudo isso, permanecer nessa atividade? É uma escolha. É enigmático. Para Durrive e Revuz (2010) é o enigma da atividade, de um lado tem-se o investimento pessoal na atividade (o trabalho, capta em nós exatamente nas mesmas fontes do que existe de mais íntimo, do lado das escolhas amorosas, da vida relacional, familiar etc.) bastante difícil de apreender, de captar – e depois, de outro lado, existe a atividade de trabalho como ela é visível, observável, mais ou menos descritível.

**Particularidades da atividade em UTIN neste hospital – “... é doloroso o local, é difícil, mas têm os momentos de vitória: você vê um bebê saindo bem e voltando grande”.**

Nos slides preparados para apresentação dos Encontros destacamos a seguinte afirmação feita por uma das participantes em uma de nossas visitas de campo: “*Aqui tem uma particularidade grande porque tem bebês mal formados e isso mexe muito com a gente*”. A partir dessa fala, Joana destaca:

*“Uma das frases ali, que fala do mal formado, eu acho também muito interessante, porque a gente também não é muito preparada para essa estrutura, né? A sensação que a gente tem é que a gente vai vir para o berçário e vai ver bebês lindos. E às vezes com a mudança de profissionais por concurso, é uma das coisas que a gente depara. Aquele profissional que chega, quando vai vendo os problemas dos mal formados, vai se assustando um pouco com aquilo, também entra num processo de depressão, sabe? De se cobrar, de se chatear... Então a má formação é uma realidade presente na estrutura deste hospital e isso você tem desde a internação até o ambulatório, é uma coisa que mexe com a gente. Não é todo mundo que tá preparado, não é todo mundo”* (Joana).

Se deparar com bebês mal formados é uma realidade permanente vivenciada pelos profissionais que atuam nesta unidade. Entretanto, muitos profissionais que prestam concurso público para este hospital desconhecem o tipo de clientela, ou às vezes fazem o concurso esperando trabalhar em outros setores, como por exemplo, na obstetrícia e na pediatria. Mas, a maior parte dos concursos neste hospital não é específica, ou seja, não discrimina o quantitativo de vagas por setor. Assim, um candidato que presta o concurso e é aprovado escolhe dentro das vagas existentes, a unidade onde exercerá suas funções, respeitando sempre a colocação obtida. Esse fato pode se constituir em um problema, pois às vezes o candidato aprovado tem formação e experiência em obstetrícia, mas a vaga é para a neonatologia.

Conforme relato da trabalhadora, muitas trabalhadoras entram achando que vão cuidar de bebês lindos e se deparam com mal formados. Diante disso, os profissionais recém-chegados a UTIN, quando se deparam com os problemas dos recém-nascidos, acabam se assustando e desenvolvendo um processo de depressão.

Contudo essa questão dividiu opiniões havendo profissionais que relatam sentir uma motivação para se viver, ao se depararem com o luto de um bebê que foi embora por conta de

uma má formação grave. Marta relata que em alguns momentos na sua vida ver esse sofrimento lhe deu força para enfrentar seus problemas.

*“Mas, também, é forma como você encara também a vida. Cada um vai encarar de uma forma. Tem dias que eu saio daqui arrasada porque uma criança morreu, porque foi uma criança muito mal formada, a gente sai daqui arrasada, principalmente as grávidas. É muito complicado tá dentro da unidade. E a gente só vê o que não deu certo na gravidez. Então gravidez saudável vai para obstetrícia, que deu problema para a neonatal. Eu trabalho na UTIN, então, eu vejo tudo que não deu certo. Mas assim, já teve momentos na minha vida que ver esse sofrimento me fez ter força para ver que eu não tenho problemas. Então é o momento como você tá interpretando a situação e cada momento você vai ler de uma forma. Então é doloroso o local, é difícil, mas têm seus momentos de vitória, você vê um bebê saindo bem e voltando grande. Então como em qualquer unidade de saúde você vai apreender a conviver com dor e com alegria também, tem seus momentos de retorno de satisfação, de alegria”* (Marta).

Em sua fala Marta expõe ainda como é complicado estar grávida e trabalhar nesta unidade, pois lá elas veem somente casos de gravidez que fugiu da normalidade, que “*não deram certo*”. E finaliza sua narrativa ponderando que, apesar de ser um local difícil, os momentos de vitória, “*vê um bebê saindo bem e voltando grande*” conferem valor a essa atividade, conferem satisfação e alegria.

Segundo Schwartz (2010a: 213-214) trata-se do quarto ingrediente da competência, o debate de normas e valores, “o debate de valores ligado ao debate de normas”, da “*transformação em patrimônio*, ou seja, a capacidade de se apropriar, em parte, do serviço no qual ela trabalha, como sendo seu, como aquele para o qual ela vem com um certo prazer, no qual ela trabalha; ela trabalha seus valores, e faz novas descobertas”, e isso, no sentido mais abrangente, é positivo para a saúde.

### **Estratégias utilizadas na preservação da saúde**

Nos Encontros, após a apresentação dos dados do INSATS sobre os problemas de saúde auto referidos agravados ou causados pela atividade, realizamos os seguintes questionamentos: “*Como vocês procuram cuidar da sua saúde? Que estratégias utilizam?*”.

Destacamos a seguir as falas de quatro profissionais que estiveram presentes no primeiro Encontro:

*“Se a gente procurar médico, a gente encontra: nódulo, anemia...” (Rosa).*

*“A gente só vai ao médico quando está ruim” (Branca).*

*“Se você procurar, vai achar um monte de coisa ruim” (Silvana).*

*“Eu não sei se o pessoal tá preservando muito não. Hoje já vão faltar três por conta de saúde, por motivo de saúde. Todo dia tem um doente, cada plantão tem um doente” (Mariana).*

As falas deixam transparecer um sentimento de apreensão relacionado à procura de assistência médica e a descoberta de algum problema de saúde. Diante disso, questionamos sobre as razões da não procura buscando melhor compreender a opinião das trabalhadoras sobre o assunto e Silvana responde:

*“Acho que falta de tempo, tempo porque você não consegue parar. Você trabalha, trabalha, trabalha... Aí quer dizer, vai pedir exame e você não vai ter tempo de marcar o exame, não tem tempo para fazer... É muito trabalho. Na verdade só tem uma vez na semana para ficar em casa. Então uma vez por semana para gente fazer faxina na casa” (Silvana).*

Branca acrescenta:

*“A carga horária não permite que a gente vá a médico, nem o salário. Com o salário mal dá para sobreviver. Aí tem dois empregos. Como que vai ao médico se trabalha 23 dias no mês? Não tem como” (Branca).*

Na primeira narrativa, em resposta ao questionamento, Silvana respondeu que a razão da não procura é decorrente da falta de tempo, tempo para agendar o exame, tempo para fazer o exame, ou seja, mesmo que essa profissional reserve um dia para ir ao médico, ela precisará destinar outros dias para esse acompanhamento. E isso como a mesma ressalta é muito



complicado, pois *“Na verdade só tem uma vez na semana para ficar em casa”*, e neste dia outra jornada se inicia: a atividade de cuidar da casa, de ser mãe e mulher.

Em ambas narrativas acerca das razões da não procura por assistência a saúde, o trabalho, aparece como um fator contribuinte à ausência de tempo para se cuidar da própria saúde: *“a gente não consegue parar”*, *“você trabalha, trabalha, trabalha”*, *“você não vai ter tempo de marcar o exame, não tem tempo para fazer... É muito trabalho.”*, *“a carga horária não permite”*, *“nem o salário”*, *“não tem como”*.

Apesar de tudo isso, Branca e Rosa, pontuaram estratégias utilizadas na preservação da saúde:

*“Uma coisa que a gente tenta fazer de vez em quando é fazer um café coletivo. Uma atividade que a gente consiga distrair um pouco a mente, mas senão a gente fica louca aqui dentro”* (Rosa).

*“Tipo assim, confraternizar entre a gente mesmo. Fazer um lanche final de semana. Cada um traz uma coisa... Isso já alivia, porque junta mais o grupo. Se consegue criar um ambiente de trabalho melhor, porque junta todo mundo... Vão bora, cada um traz um negócio... Eu acho que quebra um pouco aquela rotina maçante”* (Branca).

Destacamos ainda a fala de Marcia, presente no segundo Encontro, que apontou uma estratégia diferente das citadas anteriormente.

*“Eu acho que a estratégia, pelo menos entre a gente, é a divisão desse trabalho. Você conseguir dividir e não sobrecarregar o outro. Dividir mesmo, não sobrecarregar o outro. Enquanto tem um comendo o outro tá trabalhando, daqui a pouco o outro entra em trabalho e assim você vai, porque estratégia, estratégia eu acho que não existe. Não tem como. No nosso trabalho não tem como”* (Marcia).

As estratégias promovidas citadas compartilham a noção de cooperação do trabalho em equipe como um aspecto positivo ao trabalho e a preservação da saúde. Isso aparece nas duas primeiras falas pela necessidade de unir o grupo, aumentar o vínculo entre elas pela promoção de atividades coletivas, como por exemplo, o café coletivo ou a confraternização no final de semana. Essas iniciativas parecem ainda funcionar como um momento para discussão sobre a atividade, onde elas podem confidenciar umas às outras os incômodos vivenciados ao

longo dos plantões, seja em relação ao processo de trabalho ou a aspectos que envolvem o trabalho em equipe. Dessa maneira, elas conseguem ajustar a rotina, dividindo o trabalho de forma que ninguém fique sobrecarregado de atividades.

### **Percepção sobre o trabalho noturno**

Após apresentação da seguinte fala *“Aqui eu prefiro o trabalho noturno, pois não gosto da organização do dia. É muita gente e barulho demais, você não consegue fazer um trabalho de gerenciamento de enfermagem. Você só conta como mais um da equipe...”*, as participantes que trabalham no período noturno enumeraram diversas razões para explicar a preferência pelo trabalho à noite.

Verônica, participante do segundo encontro, interrompeu a apresentação e disse: *“Essa é a fala de todo mundo”*. E as demais profissionais sinalizaram concordando. Como podemos observar adiante, embora sejam variadas as razões pelo noturno, a principal parece ser o fato de não gostar da organização do dia.

A partir da colocação de Verônica, Carmem dirigindo-se as colegas ressalta: *“Perder noite de sono, gente, é difícil! Apesar de ser melhor trabalhar de dia, aqui eu prefiro trabalhar todas as noites se eu puder para não trabalhar aqui de dia, entendeu? Mas apesar disso você quer ser agradável, mas sabe? Foge do controle”* (Carmem).

E Luzia complementa refletindo sobre a atividade no período noturno:

*“E o nosso trabalho é mais longo. As pessoas acordam, geralmente vão para o trabalho voltam para casa deitadas e dormem. A gente acorda, trabalha o dia inteiro e a noite continua trabalhando. Aí é que meu trabalho vai começar, à noite. E no dia seguinte eu vou para casa e não vou dormir de novo. Então o nosso trabalho não são somente 12 horas. Claro que existe a livre escolha, a gente trabalha à noite porque a gente quer, porque não gosta da organização do dia, mas...”* (Luzia).

Pelas falas das trabalhadoras percebemos que trabalhar à noite é uma escolha atrelada ao não gostar da forma como a rotina de trabalho durante o dia é desenvolvida. Como mencionado anteriormente, no período da manhã concentra-se um maior quantitativo de pessoas, entre profissionais e familiares; bem como de atividades. Já o período noturno é mais tranquilo, o que proporciona sistematizar melhor a assistência. No terceiro Encontro a participante a seguir fala sobre isso:

*“A noite é cansativo porque não é o seu horário de acordar, mas tem o horário de descanso. Eu já trabalhei à noite anos e o estresse é o mesmo em termos de quantidade. Mas, o tipo de estresse do dia é diferente – a quantidade de gente, as solicitações em demasia, é muita gente, é a hora que faz a prescrição, é a hora que muda tudo. Então o dia é mais estressante em termos de trabalho e a noite porque você não dorme e é um horário que realmente é mais cansativo, mas em compensação é muito mais tranquilo” (Marta).*

Evidenciamos ainda nas narrativas apresentadas que, apesar das solicitações no trabalho noturno serem menores em termos de tarefas, as mesmas são maiores no que diz respeito à mobilização do corpo que necessita se adaptar a uma rotina diferente. O trabalho noturno exige adaptação do trabalhador decorrente da inversão do ciclo sono-vigília, ou seja, ocorre um desordenamento dos ritmos biológicos porque o trabalhador realiza a atividade no momento em que o organismo se prepara para o descanso (ROTENBERG et al, 2001).

As trabalhadoras apontam para uma forte mobilização (invisibilizada) do *corpo si* (SCHWARTZ, DURRIVE e DUC, 2010c) no trabalho noturno, quando falam sobre a dificuldade de permanecer acordada e de dar conta das demais atividades quando voltam para suas casas *“Perder noite de sono, gente, é difícil”, “A noite é cansativo porque não é o seu horário de acordar”, “E o nosso trabalho é mais longo [...] A gente acorda trabalha o dia inteiro e a noite continua trabalhando [...] E no dia seguinte eu vou para casa e não vou dormir de novo”*.

Ainda foi citado, por participantes de diferentes Encontros, como razões pela escolha do trabalho noturno o fato de não ter com quem deixar os filhos durante o dia e ter o hábito vespertino. Pessoas com hábitos e preferências vespertinos sentem-se ativas mais tarde, à noite, preferem levantar-se mais tarde de manhã, do que as pessoas matutinas, parecendo tolerar melhor o trabalho noturno do que os matutinos (ROTENBERG et al, 2001).

*“Algumas pessoas funcionam muito melhor à noite. Cada um tem seu pique de produção. Muitos têm muito cedo, outros têm mais a tarde e outros têm mais à noite. Então assim, depende. Eu, por exemplo, eu não trabalho à noite porque minha função não tem nada a ver, mas eu acho que eu ia produzir bem melhor da tarde para noite, eu me sentiria bem melhor, o meu organismo se sentiria melhor” (Joana).*

*“Nem sempre é por opção. Eu trabalho à noite porque eu não tenho com quem deixar meus filhos de dia. Não é por opção é uma necessidade, entendeu? Agora, o trabalho a noite é pior, porque você tem todas essas coisas. É menos estressante, né? O trabalho é menos estressante por causa desse movimento que a noite não tem, mas o dia tem. Agora que é muito pior, porque você sai daqui cansada. Por mais que o plantão seja calmo você sai daqui cansada e as pessoas que estão lá fora – as pessoas que eu digo, pelo menos no meu caso, são as pessoas dentro da minha casa mesmo: família, marido e filho – não entende que você trabalhou.” (Marcia).*

Na fala acima, se destaca novamente, a questão da mobilização do *corpo si*, de ter que permanecer em vigília no momento em que todos dormem. No instante em que seu marido e seu filho dormem. Vale ressaltar que, quando estas profissionais voltam para suas casas os horários “normais” da sociedade permanecem os mesmos contribuindo para prejudicar o sono diurno (ROTENBERG et al, 2001).

## **B) Condições de trabalho**

Expomos nos Encontros em um dos slides os seguintes dados:

- Os participantes consideraram em sua maioria ter mobiliários (27), equipamentos (30) e espaço adequados para o trabalho (26). E consideraram inadequado o espaço para lanche e descanso (26). *“A gente não tem lugar para descansar, onde se come se descansa, onde se descansa se come. Se você chega mais cedo e quer comer e tem alguém dormindo, como fica? Tem gente que tem que sair mais cedo de casa para chegar aqui no horário, porque se deixa para sair depois tem trânsito... E isso porque a UTIN é a menina dos olhos...”*

Assim que apresentamos estas informações no terceiro Encontro, as participantes começaram a falar elucidando um pouco mais essa questão:

*“A questão da estrutura é real num hospital que cresceu muito e que não tem para onde esticar, porque tem um prédio que não nos favorece na frente e uma pedra que nos espreme atrás. Então assim, não tem para onde ir. Daqui a cinco anos a pretensão é estar no hospital novo que vai se construir. Espero que lá tenha uma estrutura melhor. Eu acho que nenhum*

*profissional aqui tem uma estrutura adequada. Adequada para oferecer o mínimo de descanso. Algumas categorias têm por que é obrigatório, por exemplo, a enfermagem que tem o local de descanso, o local para trocar roupa, para guardar roupa” (Joana).*

Uma segunda trabalhadora complementa: “*Mas não é adequado” (Julia).*

Joana responde: “*Mas, eu nem tenho. Eu guardo a bolsa na chefia e meu material fica na entrada da UTI. Mas, isso é a realidade, não estou ganhando isso de prêmio e nem ninguém está. É uma estrutura meio que geral. Os nossos familiares não tem a estrutura que deveria prevista na legislação, porque a legislação diz que todo menor de dezesseis anos tem direito a acompanhamento familiar e responsável o tempo todo com uma estrutura mínima adequada. A gente não tem, entendeu? A gente tem uma visita aberta de treze horas, mas não tem uma estrutura adequada para noite” (Joana).*

Julia acrescenta: “*Eu acho que isso dificulta mais quem é plantonista. A gente que é diarista sofre um pouco, mas não tanto. Porque quem é diarista trabalha a metade do horário, almoça e vai embora. Eu, por exemplo, nem almoço. Vou para casa e almoço mais tarde, prefiro” (Julia).*

E mais uma vez Joana complementa:

*“E quem fica também... Eu, por exemplo, fico às oito horas, para mim é complicado. Eu desço naquele lugar para comer, tem que voltar rápido. Isso porque, ali embaixo não tem nada para fazer, não tem lugar nenhum para ficar. Eu fui num hospital universitário no Maranhão, entre uma unidade e outra eles fizeram como se fosse um jardim de inverno. Um quadrado com bancos de cimento e no outro canto mais um banquinho e umas plantinhas para você sentar ali alguns minutos, é um pouquinho... Não ofereceu nenhuma oitava maravilha, mas ofereceu o suficiente para hora em que você falar assim: Nossa Senhora! Agora eu preciso... Saio sento ali. Eu comi agora, quero passar dez minutos aqui descansando, mas não existe. Aqui só se a gente parar ali atrás e olhar os carros entrarem e saírem, as ambulâncias entrarem e saírem. E não é nada saudável ficar ali. E dificilmente você para num corredor aqui que você não consiga trabalho, sempre tem alguém querendo falar com você. Então assim, não tem, não tem mesmo e isso é qualidade do trabalho, isso é qualidade de vida. Fui ainda a outro hospital que tinha uma academia funcionando 24 horas*

*aberta, aberta. Tu vai lá faz o que você quiser, tem o cara lá que te orienta o dia inteiro, sabe? Tem plantões dessa pessoa lá e tem orientações pregadas na parede para hora que não tiver ninguém. Tem lugar para você sentar. Enfim, têm locais, têm estruturas hospitalares que já pensaram nisso, na qualidade de vida. O trabalhador precisa de outras coisas para se sentir valorizado, se sentir” (Joana).*

Marta responde: “Aqui também tem academia, não é o dia inteiro, mas, tem. E só abre quando tem professor”. E mais uma vez a Joana retoma a palavra e destaca: “Só quando tem professor e na maioria do tempo não tem. Então assim, não é uma estrutura que funcione que fique ali com uma facilidade”. Após breve pausa conclui sua fala:

*“Ter espaço de sociabilidade, que é esse espaço verde pequenininho, qualquer canto, um espaçozinho ia fazer diferença para gente e alguma coisa que fosse terapêutica assim, uma dança de salão uma hora por dia; uma ginástica informal que você soubesse que tem uma hora por dia; alguma coisa, um curso; qualquer coisa. Nem todo mundo ia lá, mas aquele que quisesse acessar para desestressar tivesse esse direito, e eu acho que isso falta” (Joana).*

A inadequação do espaço físico foi fortemente colocada pelas trabalhadoras. Algumas delas não dispõem de espaço para descansar e as que possuem queixam-se por este não ser adequado. Constatamos em nossas visitas que realmente o espaço destinado ao descanso é inapropriado. Neste local, além de descansar, as trabalhadoras fazem suas refeições, o que acaba atrapalhando as colegas que estão tentando dormir ou relaxar. Além disso, percebemos que não existe um quantitativo de leitos proporcional ao número de trabalhadoras.

Joana faz menção à construção de um novo hospital, tendo em vista a impossibilidade de se ampliar o atual. Não confirmamos essa informação, mas julgamos importante registrar a opinião das trabalhadoras sobre os espaços que precisam ser modificados ou criados. Informalmente, uma participante pediu para que não nos esquecêssemos de destacar esses dados, pois dessa forma, esses espaços poderiam compor o novo hospital, já que as informações contidas nesta dissertação, posteriormente, serão apresentadas à diretoria do serviço.

De acordo com as participantes deveria existir um espaço, mesmo que simples, para relaxar no horário de almoço, um espaço de convivência, onde elas possam sentar, respirar, conversar, ficar quieta, enfim, um local para se distrair um pouco, onde fosse possível “se

sentir”, conforme destaca a própria trabalhadora. Parecendo chamar a atenção para a vida que também precisa ser vivida e sentida no trabalho.

Entre os espaços que permitiriam maior qualidade de vida e trabalho, foi citada uma academia funcionando 24 horas por dia. Cabe destacar que esse espaço já existe, mas não funciona plenamente e ainda que, a mesma não se situa dentro do hospital, mas no campus da Fundação que fica distante, dificultando o acesso. As atividades de dança de salão, ginástica informal, ou a promoção de um curso também foram citadas como fatores de promoção de qualidade de vida.

Também em relação à estrutura física, o espaço para os acompanhantes, foi citado como algo problemático *“nossos familiares não tem a estrutura que deveria prevista na legislação... A gente tem uma visita aberta de treze horas, mas não tem uma estrutura adequada para noite”*. De acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde têm direito a acompanhamento durante todo período de internação: crianças; adolescentes; mulheres durante o trabalho de parto, parto e pós-parto; pessoas com deficiência e idosos (BRASIL, 2011d). Vale ressaltar que, visitante e acompanhante são pessoas que devem ser consideradas *“elementos integrantes do projeto terapêutico”*, pois possuem evidente eficácia clínica (BRASIL, 2007: 12).

Apresentamos ainda a fala a seguir *“meu trabalho me interrompe toda hora”* que nos chamou a atenção durante as vistas. Logo que fizemos a sua leitura, a participante Rosa, presente no primeiro Encontro, riu e começou a se explicar:

*“A gente fica obeso, porque o único momento em que você não é interrompido, de ter que sair correndo, é quando você está engolindo alguma coisa. Porque até assim alguém te fala: Depois você faz isso assim e assim. Ou seja, você acabou de engolir e tem que correr para fazer aquilo” (Rosa).*

Silvana complementa:

*“Isso porque aqui a gente consegue tirar o nosso horário de comida, porque tem lugares que acha você é plantonista e não tem direito de comer, entendeu? Comeu e sobe. Como que você fica 12 horas em um lugar estressante que é? Eu acho um absurdo isso, falar que um plantonista não tem direito a hora de almoço, a hora de lanche, entendeu? Mas isso é forçado. Porque a gente botou peito, porque senão não seria assim” (Silvana).*

Reaparece nos resultados da pesquisa a dimensão da atividade, expressa pela constante solicitação das profissionais “o único momento em que você não é interrompido, de ter que sair correndo, é quando está comendo”. Percebemos que as profissionais são convocadas a dar conta de inúmeras atividades, como por exemplo, fazer a dieta, aspirar vias aéreas, fechar balanço hídrico, verificar sinais vitais, preparar hidratação venosa, trocar curativos, administrar medicamentos, avaliar as condutas implementadas, discutir os casos, dar atenção as familiares, atender telefone, enfim, diversas atividades.

Observamos ainda, inúmeras vezes, as profissionais realizando essas atividades simultaneamente. Ao mesmo tempo em que administram a dieta, verificam os sinais vitais, fecham balanço hídrico e respondem aos familiares. Notamos ainda que isso ocorre mais repetidamente quando o quantitativo de bebês internados é grande, o que também é frequente, como demonstra a narrativa de Carmem participante do segundo Encontro.

*“É o tal negócio. Você fica estressada porque você não tem um local de descanso. Você não tem um local para comer, para dormir. Você não tem o respeito profissional, porque é uma internação atrás da outra. Não tem espaço físico. Você tem que brincar de lego para montar as coisas lá dentro. E a gente tá cobrando... Não tem aonde colocar, não tem aonde colocar... E o pessoal tá internando, tá internando, tá internando. Isso é estressante. Não têm condições, não têm condições” (Carmem).*

Tudo isso, como ilustra a fala acima, gera um nível de tensão muito grande na equipe. Observamos que enquanto Carmem falava as outras participantes sinalizavam concordando com o que estava sendo colocado. Pareceu-nos que até mesmo o ato de falar sobre isso lhe provocou certa emoção. Notamos que o tom de voz da sua fala foi se modificando na medida em que ela foi descrevendo as situações causadoras – não ter um local para descanso, para comer e para dormir; não ter um limite de internação; e não ter espaço físico. E no final conclui que não existem condições, e repete esse trecho da fala, “*não tem condições*”, como se quisesse dar maior visibilidade a essa questão.

### **C) Relação entre as profissionais da equipe e destas a chefia**

Dando continuidade ao Encontro, indagamos ainda, se na visão delas a chefia poderia contribuir de alguma forma para promover a saúde no trabalho. A diminuição da carga horária se fez presente na fala das profissionais nos três Encontros realizados.



*“Eu acho que assim, pelos contratados. Eu acho que a diminuição de carga horária já aliviaria bastante. Porque eu acho muito maçante para a gente treze plantões, porque a gente tem outro serviço fora. A maioria das meninas tem outro serviço fora. E são cobrados três plantões e se joga o plantão para onde a chefia necessita ou dia ou noite” (Silvana).*

*“Muitas vezes feriado, dia dos pais, final de semana... E às vezes você se sente até desvalorizado” (Rosa);*

*“Como mudar tem né? Porque isso em muitos hospitais já acabou. Mudaram. São dez plantões” (Branca).*

*“Às vezes você tem um final de semana só durante o mês e a chefia coloca naquele final de semana, entendeu? E assim treze plantões para uma UTI como essa ou como outra qualquer é muito massacrante. E isso sempre é colocado em reunião e nunca mudado. Não tem como mudar, não tem como mudar... Será mesmo que não tem como mudar isso?” (Mariana);*

Nas narrativas supracitadas, as trabalhadoras da categoria de enfermagem fazem referência à questão da carga horária das contratadas, que além da jornada de plantões de 12 por 60 horas, também praticada pelas efetivas, precisam fazer três complementações para totalizar quarenta horas semanais, carga horária de trabalho para o qual foram contratadas. Entretanto, como já mencionado, abolir as complementações não compete à coordenação de enfermagem, mas à instância superior da hierarquia, pois se atrela a uma questão estrutural da instituição. Algumas profissionais reconhecem isso como evidencia o contexto da resposta fornecida a seguinte pergunta: *“Como a Saúde do Trabalhador é vista pela chefia?”* (Animador).

*“O que a chefia pode fazer, ela até tenta fazer, por exemplo, a gente tem terceirizado que tem que fazer 40 horas, então, se a gente tem um curso ela usa um horário desse para dar uma aliviada na carga de trabalho. A gente tem uma folga de aniversário, que não é da instituição, a chefia dá um jeito e consegue dá. Mas, além disso, ela não consegue. O que ela pode ela faz. As pessoas quando adoecem são recomendadas a procurar um médico e tirar licença, porque a gente não pode autorizar licença sem o atestado médico. Então se a pessoa se sente doente e precisa de ajuda, não adianta ela sentar e falar com a chefia: Ó chefe, eu*

*estou doente, estou passando mal. Ela não consegue resolver isso porque ele tem que marcar o ponto lá embaixo. Então o que pode ser feito de orientar, ela faz. Mas, uma folga ou outra que a chefia consegue dar, vem numa reunião, a chefia consegue contar e dar uma folga. Mas pela instituição a chefia não tem o direito legal de fazer isso, porque o cara tem que cumprir a carga horária dele e pronto. A chefia tenta ajustar por conta de saber que o trabalho é pesado, é estressante, é cansativo. Então ela ajusta da maneira que pode, mas não consegue fazer muita coisa, realmente é estrutural da instituição como um todo” (Joana).*

De acordo com a trabalhadora acima, a chefia de enfermagem usa de diversos mecanismos para ajustar a carga horária dos terceirizados à carga horária dos efetivos, por entender que a atividade na UTIN é pesada, estressante e cansativa. Porém, neste caso, a capacidade de articular a face protocolar à situação de trabalho (SCHWARTZ, 2010a), não compete apenas à chefia. Dessa forma, o debate de valores ligado ao debate de normas instituídas na atividade tem um fraco valor positivo, pois a expressão dos valores envolve outros elementos sob os quais a chefia não pode intervir diretamente e modificá-los (SCHWARTZ, 2010a).

De maneira geral, as participantes consideram que a chefia de enfermagem é boa e se preocupa com a saúde delas. A recente contratação de profissionais no setor foi citada como uma ação promovida pela chefia para melhorar a qualidade de trabalho da equipe. Outro ponto positivo destacado foi o fato da chefia não questionar a veracidade dos atestados apresentados. Uma trabalhadora destacou que em seu outro emprego a chefia ligava para o outro hospital para saber se ela estava mesmo de licença, “... te cassava para saber se você estava doente” (Rosa). Percebemos que a conquista da confiança da chefia é um fator de reconhecimento que as deixam orgulhosas.

Em outro momento, as mesmas profissionais destacaram como ponto negativo o fato de que para que a confiança se mantenha, bem como o reconhecimento a ela atrelado, é preciso dar conta de tudo:

*“Você deixou de fazer isso, você deixou de fazer aquilo, está isso sem fazer. Pode ser o plantão caótico que for você ouve falatório de corredor, de várias críticas em cima de várias pessoas, mas ninguém diz assim: Poxa, que bom que você deu conta, que bom que vocês conseguiram, entendeu? Não há elogios. É muita conversa de corredor” (Rosa).*

Contudo, evidenciamos que as características da relação entre as profissionais da equipe com a chefia de enfermagem é positiva, apesar dos limites de atuação demarcados pela hierarquia e pela estrutura institucional. Destacamos a necessidade de essa atividade ser melhor reconhecida pela chefia e apresentamos a sua valorização como fator de reconhecimento.

**A relação entre a equipe – “... trabalhar junto não quer dizer que você esteja trabalhando em equipe”.**

O trabalho em equipe foi apontado pelas participantes como uma forma de preservar a saúde. No primeiro Encontro, Branca destacou que, *“quando o trabalho é desenvolvido em equipe – é dividido e as colegas se ajudam – contribui para não sobrecarregar ninguém”*. E coloca ainda que tem “Equipes”, com “E” maiúsculo e “equipes” com “e” minúsculo, ou seja, *“tem equipe que ajuda e tem equipe que não ajuda”*, como pontua esta trabalhadora. Exemplificando sua fala acrescenta:

*“... se você vê sua amiga caidinha, você vai dar uma moral para ela, vai ajudar. Porque ela tá caída ali hoje, mas você vê que ela chega junto contigo nos outros plantões. Mas se você tá vendo que a colega tá ali, tá enrolando, tá enrolando, tá enrolando. Aí fica complicado, né?” (Branca).*

A participante termina sua fala afirmando, *“Aí fica complicado, né?”*, parecendo convocar as demais trabalhadoras a exporem sua opinião sobre o assunto. Logo em seguida, uma das participantes, complementa:

*“Às vezes falta à coisa de equipe, né? ‘Vão bora’ pegar todo mundo junto e fazer. Às vezes tem equipes que unifica muito... Ah, essas crianças são minhas, então, só vou mexer nas minhas crianças. Acabou, eu sentei e pronto. Não tem que mexer na do colega. Eu acho que é ruim trabalhar assim, porque quando você pega, vão bora fazer o de todo mundo e todo mundo pegando junto. Eu acho que a coisa flui melhor, o serviço anda mais rápido e dá tempo de todo mundo sentar” (Silvana).*

Também nesta fala a participante ao utilizar o “né”, parece convocar as participantes a concordar com ela. Nesse momento, observamos que a maioria sinalizou compartilhar da

mesma opinião movimentando a cabeça positivamente. No terceiro Encontro Joana expressou sua opinião sobre o assunto dizendo:

*“... todas nós temos uma ligação do trabalho umas com as outras. Todo mundo que trabalha neste setor faz uma diferença enorme no processo de trabalho. Algumas informações, alguns relatórios que eu faço, alguns acompanhamentos que eu faço, dependem totalmente da equipe que passa ali dentro, da enfermagem do dia, da enfermagem da noite, de quem passou no fim de semana, do médico do dia, do médico da noite, de quem é plantonista, se aquela família tá, se ela não tá. Então assim, é tudo muito interligado, sempre respeitando o limite do trabalho do outro, sempre respeitando a especificidade técnica de cada um. Mas, trabalhar junto não quer dizer que você esteja trabalhando em equipe. Aí trabalhar em equipe é diferente. Porque que em um plantão todo mundo pega junto e esse dia é gostoso, ele funciona e o outro é estressante? Porque veio trabalhar eu, você e a enfermeira Marta e a gente se dá super bem, tem uma afinidade, uma empatia natural do humano, a gente se dá bem de graça, não escolhemos. No próximo plantão, vem eu você e a enfermeira Julia. Você não gosta da enfermeira Julia, mesmo tendo uma empatia comigo, você mina o trio que tá trabalhando, acabou. Então cada vez que a gente vai trabalhar com quem a gente tem empatia, afinidade, entrosamento, aquele trabalho de equipe sai diferenciado. E a gente sabe a equipe que é diferenciada, a família sabe a equipe que é diferenciada, todo mundo percebe, todo mundo nota” (Joana).*

Após breve pausa prossegue:

*“Olha eu gosto tanto desta enfermeira e ela esqueceu esse aparelhinho aqui, com certeza eu vou pegar e vou levar para ela. Mas se eu não gosto... Hum, esqueceu aí bem feito, deixa quieto, tomara que perca, que quebre, que caia... Porque é assim, é desse jeito. Mas é humano, isso só dá em gente, não dá em bicho, só dá em gente e a gente tem que lembrar que a gente está lidando com o humano e o humano tem alegria, tristeza, empatia, antipatias, entendeu? Mas, é a realidade que a gente tem que quebrar, que é estrutura” (Joana)*

É interessante notar a colocação sobre a ligação existente entre as componentes da equipe para a efetivação do cuidado, bem como o destaque que essa profissional dá em sua narrativa ao dizer que trabalhar junto não significa, necessariamente, trabalhar em equipe. Pois, quando se trabalha em equipe, a atividade flui melhor e as pessoas percebem inclusive

os familiares dos bebês internados. Esta trabalhadora coloca ainda que o trabalho em equipe envolve uma questão de empatia, uma vez que, quando não se tem entrosamento entre os profissionais de uma equipe, o trabalho, não flui como deveria.

Para Schwartz (2010b: 149) “na fonte da eficácia no trabalho encontram-se coletivos de contornos variáveis”, ou *Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECPR)*. *Entidades* no sentido de que existem fronteiras invisíveis que englobam as diferentes categorias. *Coletivas*, tendo em vista que aí transitam diversas informações fundamentais para compreender a qualidade de realização de certo número de tarefas solicitadas. E *Relativamente Pertinentes* na medida em que são pertinentes para a compreensão de como as coisas andam e ao mesmo tempo são relativamente pertinentes, no sentido de que as fronteiras são variáveis: elas podem mudar em função das pessoas.

De acordo com esta perspectiva, as equipes, no seu funcionamento real, são necessariamente diferentes do que está previsto nos organogramas, nas predefinições de funções e de responsabilidades e se organizam a partir de objetivos (de eficácia) e preocupações comuns, externos às prescrições (SCHWARTZ, 2010b). Essas ECRP se constituem a partir de uma história própria, de acordo com o que a atividade de trabalho apresenta como necessidade, em determinado momento. Portanto, podem variar de acordo com as diferentes situações vividas no trabalho e com as diferentes pessoas presentes nas situações.

#### **5.4 Encontros sobre o trabalho no NUSAT**

Apresentaremos a seguir os resultados produzidos a partir da discussão com as profissionais do núcleo. Buscamos refletir acerca das potencialidades e possibilidades de utilização dos dispositivos empregados nesta pesquisa por núcleos de saúde do trabalhador, bem como os desafios no estabelecimento de ações que tenha por observância os referenciais da Saúde do Trabalhador.

Participaram deste encontro cinco profissionais entre elas quatro compõem a equipe do núcleo (uma assistente social, uma médica do trabalho e duas assistentes administrativas, sendo uma recém-contratada) e uma psicóloga pertencente ao setor de recursos humanos. Buscando resguardar a identidade dessas profissionais optamos por usar nomes de fictícios para identificar as narrativas.

**“Eu acho que tem que ter essa definição do que a gente vai fazer com esses dados”.**

Após dialogarmos acerca das informações resultantes da pesquisa de campo na UTIN, a partir da aplicação do INSATS e da realização dos Encontros sobre o trabalho, questionamos sobre a possibilidade de utilização dos referidos instrumentos por núcleos de saúde do trabalhador do setor saúde no sentido de conhecer a relação saúde e trabalho, vivenciada cotidianamente pelos trabalhadores. Logo em seguida uma das participantes presentes expôs sua percepção sobre o assunto:

*“Não sei se eu tenho resposta para te dar fechada. A gente já utilizou esse tipo de instrumento, um instrumento bem parecido, onde constavam basicamente essas perguntas que constam aqui. Provavelmente a gente deve ter se baseado nos vários instrumentos que a literatura coloca a disposição. Também não foi criado com nossa autoria, mas enfim, é basicamente o que está aqui. A gente usou esse instrumento como parte do exame periódico. Então foi um instrumento que a gente utilizou com o intuito de conhecer a instituição. A gente estava chegando aqui, então, usou um instrumento legal, que era o exame periódico e acrescentou o questionário” (Vitória).*

Neste relato a trabalhadora faz referência à entrevista psicossocial que foi realizada concomitantemente à aplicação do questionário SRQ-20 e utilizados como parte do exame periódico no sentido de conhecer a atividade das profissionais, tendo em vista a recente reestruturação do núcleo. Adiante em sua narrativa essa profissional reflete sobre este procedimento:

*“Qual a crítica que eu faço hoje depois de treze anos de NUSAT? O que a gente faz com esses dados, depois que isso é aplicado? E a gente aplicou esse instrumento de várias formas. Mas assim, independente do modo como é a aplicação, eu acho que tem que ter essa definição do que a gente vai fazer com esses dados, o que me preocupa muito na área de Saúde do Trabalhador é a criação de dados epidemiológicos, informações, estatísticas, enfim, mas o que faz com isso? Porque aí é uma decisão não só do Núcleo de Saúde do Trabalhador, mas da instituição de saúde como um todo” (Vitória).*

Considerando que a área da Saúde do Trabalhador constitui-se um objeto indiscutível da Saúde Pública – e, por assim dizer, objeto, também, das políticas públicas direcionadas, em

todos os níveis do Sistema Único de Saúde – para a prevenção dos agravos à saúde da população trabalhadora, não faz sentido a produção de informações, se estas, não se traduzirem em transformações nas condições de trabalho.

Vitória parece chamar atenção para esse aspecto quando questiona “*mas, o que faz com isso?*”, bem como quando acrescenta que “*Porque aí é uma decisão não só do Núcleo de Saúde do Trabalhador, mas da instituição de saúde como um todo*”, apontando para os limites que permeiam a atividade de trabalho delas. Como vimos nas entrevistas, com estas profissionais, o sentimento de não conseguir exercer suas funções da maneira como gostariam, gera certo desconforto. Para Schwartz (2010a) isso acontece quando o debate de normas tem um *fraco valor positivo*, ou seja, a capacidade de se apropriar, em parte, do serviço no qual ela trabalha, como sendo seu, é *fraca*. Segundo o autor “isso pode dizer respeito à pessoa que não é muito atenta, nem muito experiente em seu trabalho, mas ao mesmo tempo isso pode dizer respeito ao meio que se pede a ela para agir, e que comporta uma série de aspectos constrangedores” (SCHWARTZ, 2010a: 216), como no caso desta equipe.

A seguir Vitória compartilha conosco sua leitura acerca da opinião das trabalhadoras sobre as pesquisas realizadas nas unidades do hospital.

“Não entendo a aplicação de instrumentos semelhantes a questionários se não houver o encontro. Se não fosse discutido com os próprios trabalhadores. Porque fica parecendo que a Saúde do Trabalhador busca um fim nela mesmo. Eu tenho os dados, eu vou publicar, eu vou fazer comparações, eu vou fazer deduções, enfim, vou traçar o perfil de uma classe de trabalhadores, vou pegar a literatura, os textos acadêmicos e vou criar lá um artigo, isso e aquilo outro. E isso é fala do trabalhador, estou reproduzindo, não aguento mais ser cobaia para instrumento de pesquisa e isso nunca retorna para gente. Eu acho que a gente, enquanto Saúde do Trabalhador, tem que fazer isso junto com os grupos. Os grupos que tem que traçar essas ações. De que forma que a gente vai traçar as ações? Como os grupos principalmente, porque se vier mais um exame periódico, a coisa do exame periódico, a adesão é baixíssima, entendeu? Então se não for construído e vivenciado e operacionalizado pelo próprio grupo e claro que tendo a assessoria das pessoas que forem necessárias, enfim, eu acho que não funciona” (Vitória).

Em sua fala Vitória destaca diversas questões: a primeira faz referência, a aplicação de instrumentos que não favorecem a construção coletiva pelas trabalhadoras sobre sua

atividade; a segunda diz respeito, a não transformação das condições de trabalho a partir dos levantamentos realizados; e, a terceira relativa ao não êxito de uma ação quando esta não é operacionalizada em conjunto com as trabalhadoras.

Logo em seguida Margarida expõe um ponto de vista diferente, porém complementar a fala de Vitória:

*“Eu acho que tem uma questão por detrás do uso ou não do instrumento e do encontro. Eu acho que tem um problema de estratégia, um problema político e um problema conceitual e metodológico da história da Saúde do Trabalhador que é assim: Onde está a efetiva transformação da informação em cuidado do trabalhador? Então assim, a questão é: eu posso usar esse instrumento, eu posso usar outro instrumento, eu posso usar o espaço dos colegiados como tentativa de construção de grupalidade que levante os problemas, mas se isso não se efetiva em cuidado com o trabalhador, isso cai no descrédito. Porque que a pessoa não vem no periódico? Ela não vem ao periódico porque tanto faz ela dizer que ela tem ou não tem uma doença ocupacional. Isso não gera efeito na gestão do processo de trabalho. Se não gera efeito na gestão do processo de trabalho e no cuidado, nenhum instrumento é válido! Todo ele vai se perder. Vai ser mais uma boa pesquisa, vai ser mais um bom arquivamento de papéis e fitas, no próprio setor de Saúde do Trabalhador. Produzindo angústia de ambos os lados, produzindo angústia naquele que foi o objeto e naquele que foi o pesquisador ou o que tentou ser o cuidador, num certo sentido. Então assim, a grande questão é como? As estratégias de Saúde do Trabalhador e de Vigilância em Saúde de fato operam a transformação do cuidado”? (Margarida).*

De acordo com Margarida, o não reconhecimento por parte das trabalhadoras acerca das metodologias utilizadas se deve a não transformação das informações produzidas em cuidado, não importando se estas são provenientes de questionários, encontros, ou discussões nos espaços de colegiado. Adiante em sua fala exemplifica: *“Porque que a pessoa não vem no periódico”?* *“Ela não vem ao periódico porque tanto faz ela dizer que ela tem ou não tem uma doença ocupacional. Isso não gera efeito na gestão do processo de trabalho”.*

Margarida prossegue:

*“No âmbito da Saúde do Trabalhador, está claro até o momento, vocês me corrijam se eu estiver errada, que nesta instituição isso não tem reverberado em cuidado, e aí você tem o descrédito total de quando você fala de algumas atividades que existem na Fundação como*



*um todo. Vamos pegar um exemplo claro comparando com outra empresa de grande porte e etc. Quando esta faz os exames periódicos dela e ela vê que no prédio do setor central, no centro da cidade, eu tenho na faixa etária de trabalhadores concursados de trinta a cinquenta anos um aumento de todos os riscos cardiovasculares. Eu monto uma academia no prédio que funciona antes e depois do horário, que é aberta para o trabalhador. E eu, através do exame periódico, monitoro a saúde dele e monitoro e acompanho se ele está frequentando a academia, e eu mudo a alimentação oferecida no restaurante da empresa, que é no mesmo prédio. Isso porque eu fiz a pesquisa dentro do processo. Ah é outra empresa, ah não tem dinheiro, ah é isso, isso e isso. Na minha opinião, isso são boas desculpas, porque o bom gestor usa o dinheiro que tem e usa as condições que ele tem para fazer as intervenções necessárias, tudo é uma questão de priorizar. Agora se eu faço o mesmo processo e isso não muda em nada... Quando as pessoas falam do estresse e elas falam assim: Ah eu não tenho aonde ir. Nós estamos em frente a um parque da cidade. Se imaginar que estamos para construir outro prédio numa área super verde, arborizada, então assim, como é que isso está sendo trabalhado”? (Margarida).*

Ressaltamos que a melhoria das condições de trabalho depende do esforço coletivo de todas as partes – núcleo, chefias e trabalhadoras – cabendo aos gestores desenvolver as atividades prioritárias e as trabalhadoras, além de apontar as prioridades, contribuir para sua execução e intervir na micropolítica cotidiana da atividade, como por exemplo, atravessar a rua e caminhar alguns minutos no parque em frente ao hospital. Trata-se, portanto, do *exercício da inconformação*, de outro modo de estar na vida e como tal, de produzir práticas em saúde (DIMENSTEIN, 2007).

Questionamos acerca da participação das trabalhadoras na construção do projeto do novo prédio, após a narrativa de Margarida que fez menção sobre isso, e Vitória respondeu:

*“É um questionamento que a gente tem feito internamente, até porque um dos eixos da PNH, que está em voga agora, é a questão da ambiência. E sempre que nós temos espaço, nós apontamos isso. Eu sei que alguns gestores tem colocado isso, mas toda vez que eu pergunto: Participou? Conhece o Projeto da obra? Parece que é um grupo muito pequeno. Outra questão: fiz essa pergunta à Coordenação de Saúde do Trabalhador através dos seus representantes, que é a engenheira do trabalho e das fisioterapeutas que são ergonomistas e que desenvolvem o trabalho de avaliação ergonômica na Fundação. E também, nenhuma delas ainda participou. Então assim, quem está participando? Os trabalhadores já foram*

*ouvidos? Porque eles é que fazem esse deslocamento, eles que fazem o agachamento, entendeu? Eles que tem noção do processo de trabalho” (Vitória).*

Existiria uma forma de vocês se articularem para que isso aconteça? O que pode ser feito para modificar isso? (Animador).

*“Eu fico pensando que a gente tem um trabalho, ou um desafio também, muito com os gestores no sentido assim, as pessoas não sabem o que é Saúde do Trabalhador formalmente. Elas não sabem. Elas sabem assim: Faltou alguém para trabalhar, está doente? Eu tenho o atestado médico? Não se preocupam nem em saber a causa daquele atestado, desqualificando, inclusive, a questão do atestado médico. Então assim, o papel seria nosso de tentar sensibilizar, abrir os horizontes que essa questão é fundamental” (Vitória).*

Internalizar o conceito de Saúde do Trabalhador nos diversos setores do hospital evidencia-se como atividade primordial a ser desenvolvida pelo núcleo, pois isso significa ampliar a capacidade de negociação cotidiana e permanente para tornar a vida mais viável. De acordo Schwartz, Durrive e Duc (2010d: 97) “há qualquer coisa que não é viver se nos assujeitamos às normas de um meio, se somos uma espécie de marionete num meio do qual sofremos as consequências. Isso não é *viver!* É ‘ser’ para um corpo puramente material, talvez, mas não é viver para um ser vivente”.

Retomando a fala de Margarida sobre a produção de práticas saudáveis pelas próprias trabalhadoras, como o ato de atravessar a rua e caminhar pelo parque, Vitória, reflete sobre o *exercício da inconformação*:

*“Isso que a colega falou anteriormente é muito interessante, porque ao mesmo tempo em que gente tem uma área que é muito árida internamente, temos do outro lado da rua verde para todos os lados no parque, né? E porque que as pessoas não fazem isso? E porque que não fazem isso em grupo? E porque não podem juntar três ou quatro para fazer uma caminhada? E porque que tem que ser sempre a coisa instituída ou dada ou concedida pela instituição? Ah, é o programa da instituição, então, eu posso ir, eu me permito ir. Porque a gente também não faz? A gente tá dentro do RH, a gente tem noção disso e a gente não faz. É muito cruel esse processo que parece que eu estou vendo, assim, um filme de Chaplin onde você entra e fica lá, para rá, para rá, para rá o tempo inteiro. Será que tem que ser assim mesmo? Será*

*que não é uma cultura profissional, de categoria profissional, que foi instituída assim”?*  
(Vitória).

De acordo com Dimenstein (2007) o desafio posto é produzir um corpo subjetivo implicado na formulação e condução de políticas que resultem na invenção de novos modos de existência, e que acolham a diferença e criem dispositivos de resistência, de enfrentamento às forças que exercem mortificação sobre a vida.

O quarto ingrediente para agir em competência proposto por Schwartz, Durrive e Duc (2010a) nos auxilia nessa reflexão. Este ingrediente trata da questão da motivação que remete ao estado da relação entre a pessoa e o meio no qual age. Relaciona-se às possibilidades de *recentramento do meio* por parte de quem trabalha, ou seja, o quanto o meio de trabalho possibilita, estimula ou desestimula a expressão dos valores daqueles que trabalham e o *armazenamento na forma de patrimônio* dos modos eficientes construídos coletivamente para se realizar o trabalho. Assim, este ingrediente fala das condições para a eficiência progredir nos meios de trabalho, a partir do que ele oferece em termos de espaço de *renormatizações*, de *resingularização*, de *recentramentos* parciais, ínfimos ou visíveis.

Nessa lógica, a participação não está necessariamente atrelada à capacidade de produzir atos, mas relaciona-se a uma potência de agir dos corpos, de resistir, não pela insensibilidade ou imobilização, mas pela receptividade ao movimento das intensidades que se produz no encontro dos corpos, que em diferentes graus afetam um sujeito (DIMENSTEIN, 2007: 40).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vimos que as transformações recentes na produção capitalista também se fizeram presentes no setor saúde, atingindo o modo de trabalhar e influenciando na susceptibilidade dos trabalhadores da saúde aos riscos de adoecimento em geral, expondo o grupo aos efeitos das novas demandas para cujo enfrentamento os trabalhadores nem sempre dispõem dos recursos necessários à mobilização de suas capacidades.

Considerando que a valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde faz parte dos princípios do SUS, buscamos compreender as dificuldades que permeiam a atuação do NUSAT no sentido da promoção da saúde. Nessa tentativa, buscamos ampliar o conhecimento da relação entre saúde e trabalho, a partir de dispositivos que privilegiam conhecer a atividade dos profissionais como o INSATS e Encontros sobre o trabalho. Esses dispositivos se mostraram pertinentes conforme demonstrado na discussão com a equipe do NUSAT, onde foi destacado que tanto o INSATS como os Encontros poderiam ser utilizados como instrumentos de vigilância na perspectiva de conhecer a relação saúde e trabalho.

A discussão coletiva entre as trabalhadoras por meio dos Encontros foi apontada pelo núcleo como primordial à vigilância, no sentido de identificar não somente os riscos e agravos, mas principalmente as potencialidades de saúde. Partindo da visão de saúde de Canguilhem (2006), entendemos que a saúde não se limita a simples ausência de doença, sendo entendida, então, como “margem de segurança”, poder de tolerância e de compensação às agressões do meio. Nesse sentido, os dados provenientes do uso do INSATS e dos Encontros são importantíssimos, pois, além de permitir o levantamento de problemas a serem equacionados, permite também identificar a capacidade de ser normativo, ou de criar novas normas, a nível individual ou coletivo, a ser fortalecida e ampliada.

Destacamos ainda que esses dispositivos podem ser melhor explorados, como a realização de análises multivariadas dos resultados do inquérito e o estímulo a uma maior adesão de diferentes profissionais aos encontros. A não participação dos médicos nos Encontro demonstra uma fragmentação do trabalho marcada por uma hierarquia das profissões com evidentes relações de poder.

Para análise do INSATS, dos Encontros, discussão com as profissionais do núcleo sobre os resultados e sobre a percepção acerca desses instrumentos, aproximamo-nos da perspectiva Ergológica que tem como proposta discutir e produzir conhecimento sobre a atividade considerando o dispositivo dinâmico de três polos, no qual o polo ético epistemológico foi fundamental à construção de sinergia com os trabalhadores. Nesse sentido,

durante a pesquisa vivenciamos diversos imprevistos. O primeiro deles foi a construção cotidiana do vínculo com as trabalhadoras que se apresentaram inicialmente resistentes a participar. O segundo foi gerir as adversidades que permearam a pesquisa e que nos levaram a adaptar o cronograma inicial, aumentando o número de visitas ao campo. E o terceiro consistiu em administrar estágio inicial de formação em pesquisa.

A análise das informações referentes aos dados documentais e as entrevistas realizadas com o NUSAT revelou que as condições inadequadas de trabalho limitam o exercício profissional desta equipe. No entanto, ao falarem sobre a criação do núcleo, expõem com orgulho as atividades realizadas no sentido de conhecer as unidades, os trabalhadores e o processo de trabalho. E com certa frustração remetem aos dias atuais, por não conseguirem desenvolver um trabalho conforme gostariam, limitando-se as atividades fundamentais do PCMSO e ao atendimento da demanda espontânea que cresceu muito na medida em que elas por meio da sua atividade se fizeram conhecer. A expressão “*não ter pernas*” demonstra o sentimento de insatisfação dessas trabalhadoras por não conseguirem desenvolver a atividade de acordo com os valores construídos coletivamente.

Constatamos que, embora a informação seja por elas reconhecidas como importante estratégia ao estabelecimento das prioridades, existe um obstáculo a ser superado para que as informações retratem o quadro de riscos e agravos à saúde, pois estas se encontram dispersas e fragmentadas em cinco sistemas que não se comunicam.

Outro problema ressaltado é a administração do volume de tarefas, com uma equipe reduzida, em tempo adequado, agravada por equipamentos defeituosos. Dentro dessa mesma discussão, a desarticulação entre o núcleo e a Coordenação de Saúde do Trabalhador foi apontada como um entrave a ser superado na perspectiva de aumentar o potencial de atuação do núcleo.

Ao adentrarmos na atividade das profissionais da UTIN percebemos que os resultados obtidos nesse estudo apontam para a complexidade da atividade de trabalho relacionada à gravidade das patologias dos bebês internados e as constantes solicitações demandadas dessas profissionais: observar os recém-nascidos a todo o momento, avaliar e reavaliar sua evolução, prestar cuidados, discutir os casos com as colegas de equipe, dar informações aos familiares, enfim, apontam para uma forte mobilização do *corpo si*.

Sobre as condições de trabalho destacamos que os resultados encontrados na UTIN reforçam os já descritos em outras pesquisas do grupo Pistas no mesmo tipo de unidade (MASSON, 2007; SOUZA, 2010; GOMES, 2011) como fontes de adoecimentos, tais como: exposição constante ao ruído, exposição aos raios X, ausências de pausas, trabalho em turno

diurno e noturno, exigência física de ter que permanecer muito tempo em pé e ter que permanecer em uma postura penosa. Constatamos que algumas doenças ou sintomas assinalados têm correlação com essas condições de trabalho, como: problemas psicossomáticos, problemas cardiovasculares, problemas musculares, problemas da coluna vertebral, problemas do sono, problemas no trato urinário, problemas respiratórios e problemas digestivos.

Por outro lado, as trabalhadoras, apontam não dispor de tempo para o cuidado de si. A maioria relatou não procurar assistência à saúde por falta de tempo, tempo para agendar, para ir à consulta e para fazer exames.

Percebemos que a dimensão afetiva envolve o trabalho de cuidados, representada pela satisfação em poder ver os bebês receberem alta e sem sequelas. E que nesta dimensão parece se encontrar a escolha destas trabalhadoras por exercerem esta atividade mesmo ela sendo tão penosa.

A dimensão relacional entre as trabalhadoras foi apontada como um fator essencial para se tornar a atividade mais prazerosa. A relação com a chefia para maior parte delas é positiva, pois esta é comprometida com as necessidades da equipe.

A dupla jornada foi apontada pela maioria das profissionais: ser mãe, mulher, dona de casa e esposa. Observamos a materialização das desigualdades de gênero e das funções socialmente atribuídas ao sexo feminino, constituindo-se como elementos ainda enraizados nas trabalhadoras, na instituição e na sociedade.

Evidencia-se também como relevante, uma maior atenção para o processo de formação profissional, para atuação em UTIN. Durante a pesquisa foram contratadas novas profissionais que não receberam nenhum tipo de treinamento, visto que foi pré-requisito à seleção, experiência prévia de trabalho em neonatologia. Isto foi identificado como fonte de instabilidade pelas participantes que, além de realizar sua atividade, incorporam o treinamento das recém-contratadas ao seu trabalho.

Por fim, o NUSAT destacou que, embora suas atividades no momento atual consistam basicamente nos procedimentos dispostos no PCMSO e no atendimento da demanda espontânea, o que já as sobrecarrega, estas atividades não têm se efetivado em transformações do ambiente e processo de trabalho. Isso faz com que as trabalhadoras não reconheçam essas atividades como sendo importantes.

Entendemos ser primordial a consolidação do conceito de Saúde do Trabalhador e da VISAT entre os setores do hospital, no sentido de ampliar a capacidade de negociação coletiva, sobretudo pela valorização do saber advindo da experiência, bem como buscar uma

linha de trabalho em que as possibilidades de vida, de uma relação inventiva e prazerosa com o trabalho sejam o principal norteador. Canguilhem (2006) nos chama a atenção para a impossibilidade de predeterminar inteiramente a vida em que qualquer que seja o meio de trabalho, de modo que, ser inteiramente determinado não é viver.

Produzir bons encontros que impulsionem compreender-transformar a atividade e, conseqüentemente, os sentidos da participação social são ferramentas importantes à efetivação do cuidado do outro e do cuidado de si.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. M. C. de. Um olhar sobre a vigilância em saúde do trabalhador: a dinâmica entre o saber e o fazer no município do Rio de Janeiro. [Dissertação de Mestrado]. Fundação Oswaldo Cruz/ Escola de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 1996.

AMARAL, P. M. do; TAVARES-NETO, J. Exposição ocupacional a material biológico por pessoal de saúde: construção e proposição de instrumentos avaliativos. Rev. bras. saúde ocup. São Paulo, v. 35, n. 121, Jun. 2010.

ANTUNES, R. L. C.; ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. Educação e Sociedade, São Paulo, v. 25, n. 87, p. 335-351, 2004.

ASSUNÇÃO, A. A.; BELISÁRIO, S. A. Condições de trabalho e Saúde dos Trabalhadores de Saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2007. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0942.pdf> Acesso em: 20 de dezembro de 2012.

ASSUNÇÃO, A. A. Condições de trabalho e Saúde dos Trabalhadores da Saúde. In: Minayo-Gomez, Carlos; Machado, Jorge Mesquita Huet; Pena, Paulo Gilvane Lopes. (Org.). Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011. p. 453-478.

BARRETO M. L. Comentário: tecnologias em saúde e o sempre tênue equilíbrio entre riscos e benefícios. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 40, n. 3, Junho 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003499102006000300005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003499102006000300005&script=sci_arttext) Acesso em 14 de fevereiro de 2013.

BARROS-DUARTE C, CUNHA L. INSAT 2010 - Inquérito Saúde e Trabalho: outras questões, novas relações. Laboreal, v. 6, n. 2, p. 19-26, 2010. <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=48u56oTV6582234;5252:5:5292>

BARROS-DUARTE C, CUNHA L e LACOMBLEZ. INSAT – uma proposta metodológica para análise dos efeitos das condições de trabalho sobre a saúde; Laboreal. 2007. 3, (2), 54-62. <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=37t45nSU547112311:499682571>

BARROS, M. E. B. de et al. As articulações saúde e trabalho: relato de experiência em um hospital público, Vitória, Espírito Santo. Cad. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, Jul. Set. 2006.

BASTOS, O. M.; DESLANDES, S. F. Adolescer com deficiência mental: a ótica dos pais. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 79-87, 2009.

BIANCHESSI, D. L. C.; TITTONI, J. Trabalho, saúde e subjetividade sob o olhar dos trabalhadores administrativo-operacionais de um hospital geral, público e universitário. Physis, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, 2009.



BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990a.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Diário Oficial da União, Brasília, 1990b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.120, de 1º de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Diário Oficial da União, Brasília, p.36, 2 jul.1998a. Seção 1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria 3.432, de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios para as Unidades de Tratamento Intensivo. Diário Oficial da União, Brasília, 13 ago. 1998b, seção 1, p. 109.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 777, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 2004; 29 abr.

\_\_\_\_\_. Portaria n.º 1.125/GM de 06 de setembro de 2005. Dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Visita aberta e direito a acompanhante. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Decreto n.º 6.856 de 25 de maio de 2009. Regulamenta o art. 206-A da Lei n.º 8.112, de 11 de dezembro de 1990 – Regime Jurídico Único, dispondo sobre os exames periódicos dos servidores. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

\_\_\_\_\_. Portaria Normativa n.º 3, de 7 de maio de 2010b. Estabelece orientações básicas sobre a Norma Operacional de Saúde do Servidor - NOSS aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal – SIPEC. Brasília. Disponível em: [http://www.servidor.gov.br/noticias/noticias10/arq\\_down/100507\\_port\\_normat\\_3.pdf](http://www.servidor.gov.br/noticias/noticias10/arq_down/100507_port_normat_3.pdf) Acesso em: 25 de novembro de 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Protocolo n.º 008/2011 da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. Institui as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do SUS, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2011b; 26 jan.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa de formação em saúde do trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. 3 ed. Brasília: Ministério das Saúde, 2011d.

\_\_\_\_\_. Decreto - Lei nº 5.452 de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis de Trabalho. Diário Oficial da União, Brasília, 9 ago. 1943.

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho Brasileiro. Portaria MTB nº 3.214, de 08 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas a Segurança e Medicina do Trabalho. Brasília, 1978.

BRITO J. Saúde do trabalhador: reflexões a partir da abordagem ergológica. In: Figueiredo M., Athayde M., Brito J, Alvarez D. (orgs.). Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004, p. 91- 114.

\_\_\_\_\_. O trabalho e saúde coletiva: o ponto de vista da atividade e das relações de gênero. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 879-890, 2005.

\_\_\_\_\_. Trabalho prescrito. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.). Educação profissional em Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006. p.282-288.

BRITO J.; ATHAYDE M.; NEVES M.Y. (orgs.). Saúde e trabalho na escola. Rio de Janeiro: CESTE/ENSP/FIOCRUZ, 2003.

BYRON-GOOD, BJ. Medicine, Rationality, and Experience. An Anthropological Perspective. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.

CAIXETA, R. B.; BARBOSA-BRANCA, A. M. Acidentes de trabalho, com material biológico, em profissionais de saúde de hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil, 2002/2003. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n.3, p.737-746, 2005.

CANGUILLHEM, G. Meios e normas do homem no trabalho. Proposições, São Paulo, v.12, n.2-3, p.35-36, 2001.

\_\_\_\_\_. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CARDOSO, C. G.; HENNINGTON, E. A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 9, suppl. 1, p. 85-112, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462011000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000400005&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 01 outubro de 2011.

CLOT, Y. Clinique du travail, clinique du réel. Le journal des psychologues, nº 185, mars 2001.

\_\_\_\_\_. La fonction psychologique du travail, Paris, PUF, 1999.

DANIELLOU, F.; LAVILLE A.; TEIGER C. Ficção e realidade do trabalho operário. Rev. bras. Saúde ocup., São Paulo, v. 68, n. 17, p. 7-13, 1999.

DEDECCA, C. S. et al. A dimensão ocupacional do setor de atendimento à saúde no Brasil. Trabalho, Educação e Saúde, v. 3, n. 1, p. 123-142, mar. 2005.

DIEESE (Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos). O Trabalhador da Saúde em Seis Regiões Metropolitanas Brasileiras. Nota Técnica n. 33, set. 2006. Disponível em: <http://www.dieese.org.br/notatecnica/notatec33saude.pdf> Acesso em: 23 de novembro de 2011.

DIMENSTEIN, M. Micropolíticas dos afetos: reinventando. In: Psicologia e Saúde: Desafios às Políticas Públicas no Brasil. Vitória: EDUFES, 2007. 172p.

DUARTE, N. S.; MAURO, M. Y. C. Análise dos fatores de riscos ocupacionais do trabalho de enfermagem sob a ótica dos enfermeiros. Rev. bras. saúde ocup., São Paulo, v. 121, n. 35, Jun. 2010.

DURRIVE, L. O formador ergológico ou “Ergoformador”: uma introdução à ergoformação. In: SCHWARTZ, Y. E.; DURRIVE, L. (Org.) BRITO, J.; ATHAYDE, M. Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana. 2ª edição, Niterói: Eduff, 2010a. 295-307p.

DURRIVE, L. Anexo ao capítulo 7 - Pistas para o ergoformador animar os encontros sobre o trabalho. In: SCHWARTZ, Y. E.; DURRIVE, L. (Org.) BRITO, J.; ATHAYDE, M. Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana. 2ª edição, Niterói: Eduff, 2010b. 309-318.

DURRIVE, L.; REVUZ C. O trabalho e o sujeito. In: SCHWARTZ, Y. E.; DURRIVE, L. (Org.) BRITO, J.; ATHAYDE, M. Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana. 2ª edição, Niterói: Eduff, 2010. 224-243.

FACCHINI, L. A. et al. Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. Ciênc. saúde coletiva, v. 10, n. 4, p. 857-867, 2005.

FAÍTA, D. Falar do trabalho, trabalhar a fala. In: Faíta D. Análise Dialógica da Atividade Profissional. Rio de Janeiro, 2005.

GARCIA, L. P.; ZANETTI-RAMOS, B. G. Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde: uma questão de biossegurança. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, Jun. 2004.

GOMES, L. et al . Competências, sofrimento e construção de sentido na atividade de auxiliares de enfermagem em Utin. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 9, suppl. 1, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462011000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000400007&lng=en&nrm=iso) Acesso em: 01 outubro de 2011.

GOMES, L. Trabalhar em UTI Neonatal: os desafios da relação de serviço e a saúde das/os técnicas/os de enfermagem. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): ENSP/FIOCRUZ; 2011.

GUEVARA, E. B. e MENDÍAS, E. L. A comparative analysis of the changes in nursing practices related to health sector reform in five countries of the Americas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 12, n. 5, p. 347-353, 2002.

GUÉRIN, F.; LAVILLE, A.; DANIELLOU, F.; DURAFFOURG, J.; KERQUELEN, A. Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da Ergonomia. São Paulo: Edgard Blucher; 2001.

GUIMARÃES, G. T. D.; ROCHA, M. A. M. de. Transformações no mundo do trabalho: repercussões no mercado de trabalho do assistente social a partir da criação da LOAS. *Revista Textos e Contextos*, Porto Alegre, v. 7, n. 1, p. 23-41, jan./jun. 2008.

HENNINGTON, E. A. Entre o criativo e o precário: reflexões sobre constrangimentos e possibilidades do trabalhador da saúde em tempos líquidos. In: Minayo-Gomez, Carlos; Machado, Jorge Mesquita Huet; Pena, Paulo Gilvane Lopes. (Org.). *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011. p. 433-452.

\_\_\_\_\_. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 3, Jun. 2008.

HOKERBERG, Y. H. M. et al . O processo de construção de mapas de risco em um hospital público. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, Jun. 2006.

LACAZ, F. A. C.; MACHADO J. M. H.; PORTO M. F. S. Estudo da Situação e Tendências da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil. Organização Pan - Americana da Saúde (OPAS) 2002. Relatório Final. Disponível em: <http://www.opas.org.br/saudedotrabalhador/Arquivos/Sala187.pdf> Acesso em: 06 de janeiro de 2013.

LACAZ, F. A. de C. et al . Qualidade de vida, gestão do trabalho e plano de carreira como tecnologista em saúde na atenção básica do Sistema Único de Saúde em São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, Fev. 2010.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. *Processo de produção e saúde*. São Paulo: Hucitec, 1989.

LIMA, V. L. de A. “EM CASA DE FERREIRO O ESPERTO É DE PAU”: uma proposta para o sistema de vigilância nos Hospitais da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará e Hospital Universitário João de Barros Barreto. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro, Belém-Pará, 2001. 103p.

MACHADO, J. M. H. Perspectivas e Pressupostos da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil. In: MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J.M.H; PENA, P. G. L. (Org.). *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

\_\_\_\_\_. Processo de Vigilância em Saúde do Trabalhador. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.13, supl. 2, p.33-45, 1997.

MACHADO, M. H. FIOCRUZ: A Força do Trabalho. *Saúde do Trabalhador*, cap. 3: 70-73, Rio de Janeiro, 2004, 1ª ed.

MACHADO, J. M. H.; PORTO M. F. S. Promoção da saúde e intersetorialidade: a experiência da Vigilância em Saúde do Trabalhador na construção de redes. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 12, n. 3, p. 121-130, 2003.

MASSON, LP. A dimensão relacional do trabalho de auxiliares de enfermagem de uma Unidade Neonatal: uma análise do ponto de vista da atividade. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro : ENSP/ FIOCRUZ; 2007. p.236

MARI, J. e WILLIANS, P.A. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Brit. J. Psychiatry*, v. 148, p. 23-26; 1986.

MINAYO-GOMEZ, C. Campo da Saúde do Trabalhador: trajetória, configuração e transformações. In: MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J. M. H; PENA, P. G. L. (Org.). *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

\_\_\_\_\_. Organização do controle social: avanços e entraves. In: Minayo-Gomez C, Vasconcellos LCF, organizadores. *Controle social na saúde do trabalhador*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2009. p.17-31.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA S. M. F. A. Construção do campo da Saúde do Trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 13, suppl. 2, 1997.

MINAYO, M. C. S. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. *Medicina*. v. 24, n. 2, p. 70 - 77, 1991.

\_\_\_\_\_. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde*. 12ª Edição. São Paulo: Hucitec; 2010.

MINAYO, M. C. S. et al . *Fiocruz Saudável: uma experiência institucional*. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 3, n.2, p. 151-161, 1998.

MINTZBERG, H. *Ascensão e queda do planejamento estratégico*. Porto Alegre: Editora Bookman, 2004. 360p.

NEVES, H. C. C. et al. Segurança dos trabalhadores de enfermagem e fatores determinantes para adesão aos equipamentos de proteção individual. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, São Paulo, v. 19, n. 2, Mar.-Abr. 2011.

OLIVEIRA, L. C. B. A saúde psíquica de quem “faz” saúde: uma análise crítica sobre a humanização direcionada ao profissional de saúde. [Tese de Doutorado]. Natal, 2008. 117p.

OLIVEIRA A. C.; GONÇALVES J. de A. Acidente ocupacional por material perfurocortante entre profissionais de saúde de um Centro Cirúrgico. *Rev. esc. enferm.*, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 482-487, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000200034&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200034&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200034>. Acesso em: 23 de novembro de 2011.

OMS (Organización Mundial de la Salud). Colaboremos por la Salud, 2006. Disponível em: [http://www.who.int/whr/2006/whr06\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2006/whr06_es.pdf) Acesso em: 23 de novembro de 2011.

OPS (Organización Panamericana de la Salud). Salud y Seguridad de los trabajadores del sector Salud: manual para gerentes y administradores. Washington, D. C: POS, 2005. Disponível em: <http://www.bvsde.ops-oms.org/ssmanual/Spanish/SaludYSeguridad1.pdf%20.pdf> Acesso em: 23 de novembro de 2011.

OSORIO, C.; MACHADO, J. M. H.; MINAYO-GOMEZ, Carlos. Proposição de um método de análise coletiva dos acidentes de trabalho no hospital. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, Apr. 2005.

PINHEIRO, T. M. M. Vigilância em saúde do trabalhador no sistema único: a vigilância do conflito ou o conflito da vigilância. Campinas, 1996 (Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas).

PORTARIA SRH nº 1.261, de 5 de maio de 2010. Institui os Princípios, Diretrizes e Ações em Saúde Mental que visam orientar os órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil - SIPEC da Administração Pública Federal sobre a saúde mental dos servidores.14

RAMMINGER, T.; BRITO, J. C. de. O trabalho em saúde mental: uma análise preliminar relativa à saúde dos trabalhadores dos serviços públicos / Mental Rev. Bras. Saúde ocup., São Paulo, v. 33, n.117, jan.-jun. 2008.

REINHARDT, E. L.; FISCHER, F. M. Barreiras como intervenções Relacionadas à Saúde do Trabalhador do Setor Saúde no Brasil. Rev Panam Salud Publica, Washington, v 25, n. 5, maio de 2009.

REZENDE, J. M. Caminhos da Medicina – O Desafio da Febre Amarela. Disponível em: <http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende/febreamarela.htm> Acesso em: 21 de outubro de 2011. (Livro 6)

RIOS, I. C. Humanização e ambiente de trabalho na visão de profissionais da saúde. Saúde soc., São Paulo, v. 17, n. 4, Dez. 2008.

ROTENBERG L et al. Gênero e trabalho noturno: sono, cotidiano e vivências de quem troca a noite pelo dia. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 639-649, 2001.

SANT'ANNA, S. R.; HENNINGTON, E. A. Micropolítica do trabalho vivo em ato, ergologia e educação popular: proposição de um dispositivo de formação de trabalhadores da saúde. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v.9, suppl. 1, 2011 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462011000400011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000400011&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 01 outubro de 2011.

SANTOS, P. R. dos et al . Enfermagem e atenção à saúde do trabalhador: a experiência da ação de imunização na Fiocruz/Manguinhos. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, Fev. 2011.

SANTOS, P. R. dos. Saúde do Trabalhador no trabalho hospitalar: metodologias integradas de avaliação de experiências nos espaços de intervenção em hospitais no estado do Rio de Janeiro. [Tese de Doutorado] Rio de Janeiro, RJ, 2009.

SANTOS, A. P. L. Entre o imediatismo e o planejamento: o desafio da construção da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo. [Tese de Doutorado] Rio de Janeiro, RJ, 2001.

SCHWARTZ, Y. A abordagem do trabalho reconfigura nossa relação com os saberes acadêmicos: as antecipações do trabalho. In: SOUZA-E-SILVA, M. C. & FAÏTA, D. (orgs.) Linguagem e Trabalho: construção de objetos de análise no Brasil e na França. São Paulo: Cortez, 2002. p.109 -126.

\_\_\_\_\_. Actividade. Laboreal, v. 1, n. 1, p. 63-64, 2005a. Disponível em: <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=48u56oTV658223469:53635622>

\_\_\_\_\_. Intervenir dans la vie des autres. In: Caleidoscópico, v. 3, n. 2, p. 88-96, maio/ago 2005b.

\_\_\_\_\_. Anexo ao capítulo 7. Uso de si e competência. In: Schwartz Y, Durrive L, (organizadores). Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói: Eduff, 2010a. p. 205-221.

\_\_\_\_\_. Anexo ao capítulo 5. A dimensão coletiva do trabalho e as Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRP). In: Schwartz Y, Durrive L, (organizadores). Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói: Eduff, 2010b. p. 149-164.

\_\_\_\_\_. Manifesto por um ergoengajamento. In: Bendassolli, P. F; Soboll, L. A. P. Clínicas do Trabalho. São Paulo: Atlas, 2011. 132-187p.

SCHWARTZ, Y; DURRIVE, L.; DUC, M. Trabalho e uso de si. In: Schwartz Y, Durrive L, (organizadores). Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói: Eduff, 2010a. p. 189-204.

\_\_\_\_\_. O homem o mercado e a cidade. In: Schwartz Y, Durrive L, (organizadores). Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói: Eduff, 2010b. p. 247-273.

\_\_\_\_\_. A linguagem em trabalho. In: Schwartz Y, Durrive L, (organizadores). Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói: Eduff, 2010c. p. 131-164.

\_\_\_\_\_. Técnicas e competências. In: Schwartz Y, Durrive L, (organizadores). Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói: Eduff, 2010d. p. 83-102.

SÊCCO, I. A. de O. et al. A Equipe de Enfermagem de Hospital Escola Público e os Acidentes de Trabalho com Material Biológico. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 24, Jan. Dez. 2003.

SILVA, A. I. C. D. da. Análise da qualidade dos registros de acidentes biológicos com materiais perfuro-cortantes na Fundação Oswaldo Cruz no período de 1999 a 2004. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro, 2006. 85p.

SILVA JM et al. Informação e comunicação em Saúde do Trabalhador. In: Anais do Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador - Desafio da Construção de um Modelo Estratégico 1999; Brasília: Ministério da Saúde, Série D. n. 10; 2001. p. 142-145.

SILVA, M. A. da; MARTINS, Lia Raposo de Assis; OSORIO, Claudia. A articulação de saberes teóricos e práticos na análise e no desenvolvimento da atividade de cuidado. *Psicologia: Teoria e Prática*, São Paulo, v. 12, n. 3, 2010.

SILVA, N.R. Fatores determinantes da carga de trabalho em uma unidade básica de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v.16, n.8, p. 3393-3402, 2011.

SOUZA, A. M. R. Z. de. Atividade de cuidados em UTI Neonatal: uma análise das relações entre trabalho de enfermagem e saúde. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): ENSP/FIOCRUZ; 2010.

TELLES A; ALVAREZ D. Interfaces ergonomia-ergologia: uma discussão sobre trabalho prescrito e normas antecedentes. In: Figueiredo M, Athayde M, Brito JC, Alvarez D(orgs.) *Labirintos do trabalho: interrogações sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A; 2004. pp-63-90.

UGALDE, A.; HOMEDEDES, N. Las reformas neoliberais del sector salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano em América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v.17, n. 3, p. 202-209, 2005.

VASCONCELOS, L.C. F.; ALMEIDA, C.V.B.de; GUEDES, D.T. Vigilância em Saúde do Trabalhador: passos para uma pedagogia. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 7 n. 3, p. 445-462, 2009. Disponível em: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r265.pdf> Acesso em 03 de novembro de 2011.

VASCONCELLOS, L. C. F. Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado. 2007. 421p. [Tese de Doutorado]. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

VASCONCELLOS, L. C. F.; MACHADO J. H. M. Vigilância em Saúde do Trabalhador. In: Minayo- Gomez C, Vasconcellos LCF, organizadores. *Controle social na saúde do trabalhador*. Rio de Janeiro: EAD/Ensp; 2009. p.87-116.

VILELA, R. A. G. Os desafios da vigilância e da prevenção de acidentes de trabalho. A experiência do programa de saúde do trabalhador de Piracicaba. [Tese de Doutorado] Campinas, SP: 2002.

VILELA, R. A. de G.; SILVA, R. C. da; JACKSON FILHO, J. M. Poder de agir e sofrimento: estudo de caso sobre Agentes Comunitários de Saúde. *Rev. bras. saúde ocup.*, São Paulo, v. 35, n. 122, Dez. 2010.

ZARIFIAN, P. O modelo da competência: trajetória histórica, desafios atuais e propostas. São Paulo: Editora Senac, 2003.



## ANEXOS

## ANEXO 1 – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP/ENSP/FIOCRUZ

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/ FIOCRUZ

**PROJETO DE PESQUISA**

**Título:** RELAÇÃO SAÚDE/TRABALHO E ESTRATÉGIAS DE AÇÃO NA PERSPECTIVA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR EM UM HOSPITAL PÚBLICO FEDERAL DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

**Pesquisador:** Roberta Alamonica de Oliveira

**Versão:** 1

**Instituição:** Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/FIOCRUZ

**CAAE:** 00760112.5.0000.5240

**PARECER DO COLEGIADO**

**Número do Parecer:** 7972

**Data da Relatoria:** 30/03/2012

**Apresentação do Projeto:**

Esse estudo objetiva realizar uma análise, a partir da atividade, que possibilite compreender as relações saúde/trabalho e as estratégias de ação para saúde dos trabalhadores na perspectiva da Vigilância em Saúde do Trabalhador em um hospital federal do município do Rio de Janeiro, referência em saúde da mulher, da criança e do adolescente, embasando-se nas contribuições da ergologia. Para isso, o caminho metodológico articula-se em quatro momentos: análise documental, entrevistas, aplicação de Inquérito Saúde e Trabalho em Serviços (INSATS BR) e Encontros sobre o Trabalho no sentido de desenvolver o diálogo com os protagonistas da atividade em análise, criando condições para que os próprios trabalhadores reflitam e enriqueçam a sua percepção sobre as relações entre as condições de trabalho e sua saúde. Dessa forma espera-se enriquecer as reflexões a cerca da relação saúde/trabalho e das estratégias de ação na perspectiva da vigilância em saúde do trabalhador (VISAT) no hospital em questão, bem como contribuir para o desenvolvimento de estratégias de intervenção, em consonância com a vigilância em saúde do trabalhador, que propiciem melhorias das condições de vida e trabalho desse grupo de trabalhadores.

número de sujeitos: 85

**Critério de Inclusão:**

Grupo 1 Membros da Equipe de Saúde do Trabalhador. Grupo 2 Profissionais da Assistência que atuem no setor de neonatologia. Serão considerados para fins desse estudo os seguintes profissionais que atuam na assistência: enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos e médicos.

**Critério de Exclusão:**

Grupo 1. Estarão excluídos dessa etapa os profissionais que estejam afastados por motivo de férias ou licença médica por mais de um mês

Grupo 2. Estarão excluídos da pesquisa os profissionais que não atuam na assistência, como por exemplo, profissionais administrativos, da limpeza e conservação, de segurança, entre outros. Serão excluídos ainda os profissionais que atuam diretamente na assistência que não foram considerados nesse estudo (terapeutas ocupacionais, técnicos de laboratório, dentre outros), bem como os profissionais que estejam afastados por motivo de férias ou licença médica por mais de um mês.

A realização da coleta de dados será desenvolvida no IFF, que possui infraestrutura adequada com salas para a realização de todas as etapas da metodologia (análise documental, entrevistas, aplicação de questionário e encontros em grupo).

Será realizada análise dos documentos referentes as ações de vigilância em saúde do trabalhador desenvolvidas pelo hospital em questão.

Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, qualificado em 20/12/2011. Orientador: Jorge Mesquita Huet Machado

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Compreender a partir da relação saúde/trabalho as estratégias de ação para saúde dos trabalhadores na perspectiva da Vigilância em Saúde do Trabalhador em um hospital federal do município do Rio de Janeiro.

**Objetivo Secundário:**

Caracterizar as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador no referido hospital; Analisar a relação saúde/trabalho a partir do ponto de vista da atividade identificando as renormatizações desenvolvidas pelos trabalhadores desse hospital; Subsidiar a elaboração de um modelo de Vigilância em Saúde do Trabalhador de Saúde.

 **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Essa pesquisa não expõe os participantes a riscos uma vez que, serão realizadas coleta de dados por meio de análise documental, questionários, entrevistas e encontros de discussão. As informações

obtidas na pesquisa serão confidenciais e será assegurado o sigilo sobre a participação do voluntário. As análises serão codificadas para impossibilitar a identificação dos participantes, de modo a não submeter os sujeitos a risco ou prejuízo em seu local de trabalho e/ ou junto à instituição promotora e executora do estudo, em função da sua participação na pesquisa.

**Benefícios:**

A contribuição desse estudo está na possibilidade de enriquecer as reflexões a cerca da relação saúde/trabalho e das estratégias de ação na perspectiva da vigilância em saúde do trabalhador (VISAT) no hospital em questão, bem como contribuir para o desenvolvimento de estratégias de intervenção, em consonância com a vigilância em saúde do trabalhador, que propiciem melhorias das condições de vida e trabalho desse grupo de trabalhadores. Poderá ainda se constituir uma oportunidade para pensar sobre a atividade dos trabalhadores da saúde, que contribua para o desenvolvimento de um trabalho que tenha cada vez mais consonância a qualidade da assistência realizada e a saúde dos profissionais que a realizam.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Cronograma aponta a realização do trabalho de campo em maio/2012.  
A pesquisadora informa que o projeto passará pelo CEP do Hospital.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta autorização da VICE DIRETORIA PESQUISA para realização de pesquisa  
Apresenta autorização do RH para realização de pesquisa  
Apresenta autorização do setor de Neonatologia para realização de pesquisa  
A pesquisadora realizará entrevistas, aplicação de questionário e encontros em grupo. Será necessária a elaboração de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para cada atividade, esclarecendo em cada um a forma de participação do sujeito. Em caso de gravação deverá ser solicitada a autorização do sujeito.

**Recomendações:**

Não há recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Elaborar diferentes Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para as atividades individuais(entrevista/questionário) e coletivas (grupos). Cada Termo deverá explicitar a forma e o tempo de participação. Em caso de gravação deverá ser solicitada a autorização do sujeito. Pendência Atendida.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

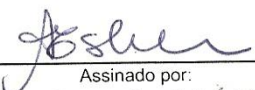
**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Incluir logo da ENSP nos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido.

RIO DE JANEIRO, 10 de Abril de 2012

  
Assinado por:  
Ângela Fernandes Esher Moritz

Profª Ângela Esher  
Coordenadora  
Comitê de Ética em Pesquisa  
CEP/ENSP

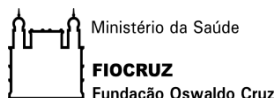
## ANEXO 2 – ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

- Atribuições da técnica de enfermagem
  - Participar da passagem de plantão e se possível do round, mantendo-se sempre ciente dos cuidados que cada paciente necessita para poder prestar uma assistência adequada;
  - Prestar assistência a pacientes com patologias infecciosas e/ou congênitas;
  - Preservar a integridade física e emocional do paciente e sua família;
  - Promover cuidados de admissão e fazer registro na folha de enfermagem;
  - Auxiliar a enfermeira durante os cuidados de emergência e nos cuidados aos RN graves;
  - Prestar cuidados de enfermagem de baixa e média complexidade;
  - Administrar de dietas;
  - Puncionar veias para instalação de hidratação venosa e administração de medicações;
  - Realizar aspiração de secreções de vias aéreas superiores;
  - Fechar balanço hídrico a cada 6 horas;
  - Auxiliar em exames radiológicos realizados dentro da unidade;
  - Fazer a desinfecção concorrente nas incubadoras e berços diariamente;
  - Sinais vitais BAR;
  - Sinais vitais BI.
  
- Atribuições da enfermeira plantonista
  - Receber o plantão leito a leito, verificando folhas de prescrição de enfermagem junto com a equipe;
  - Preservar a integridade física e emocional do paciente e família promovendo a humanização;
  - Confeccionar a escala de alimentação (almoço, lanche e jantar), respeitando o número profissional do plantão, gravidade dos RN e cuidados mais complexos e cobrar seu cumprimento;
  - Confeccionar a escala de serviço, respeitando o número de leitos, número de funcionários, gravidade do RN e cuidados mais complexos;
  - Conferir medicações que chegam da farmácia;
  - Conferir os psicotrópicos, laringoscópio e as lâminas;

- Prescrever os cuidados de enfermagem;
  - Implementar e seguir as normas e rotinas da Iniciativa Hospital Amigo da Criança;
  - Promover cuidados de admissão e registrar admissão e todos os perímetros no prontuário;
  - Colocar o nome do RN e o sobrenome completo da mãe na folha de enfermagem;
  - Aspirar TOT junto com a fisioterapeuta e/ou técnico de enfermagem e registrar em folha de enfermagem;
  - Participar do round diário contribuindo para que a melhor conduta seja traçada;
  - Supervisionar e orientar os técnicos de enfermagem, residentes e estagiários quanto à assistência prestada a cada RN, reforçar quanto aos cuidados a serem desenvolvidos e a melhor forma de realizá-los;
  - Fechar a cada 6 horas o balanço hídrico checando a administração de oxigênio;
  - Trocar os curativos;
  - Realizar os cuidados específicos aos RN mais graves e evoluí-los no prontuário;
  - Preparar HV, envasar e instalar nutrição parenteral e hemocomponentes;
  - Auxiliar em exames radiológicos;
  - Administrar sangue e componentes;
  - Manusear acessos profundos;
  - Passar o plantão, com a unidade do RN limpa, arrumada e com RN posicionado de forma confortável.
- Atribuições da enfermeira chefe/diarista
    - Confeccionar escala de serviço adequando o número de profissionais as necessidades de assistência;
    - Supervisionar e orientar a equipe de enfermagem, residentes, estagiários e cooperados de acordo com o programa de treinamento da unidade;
    - Determinar as metas de assistência, ensino e pesquisa a serem lançadas pela equipe;
    - Participar da reunião dos pais e de equipe;
    - Traçar e fazer cumprir junto com o grupo de enfermeiro da neonatologia, cursos de atualização/aperfeiçoamento na área neonatal;

- Preserva a integridade física e mental e emocional do RN e sua família promovendo a humanização;
- Coordenar a interação dos serviços de rotina, treinamento e supervisão na unidade;
- Seguir normas e rotinas Hospital Amigo da Criança;
- Receber o plantão de leito em leito, junto com a enfermeira plantonista e a equipe de enfermagem;
- Checar material de parada, mala de transporte incubadora de transporte;
- Manter sempre uma unidade de admissão preparada, com todo o material necessário.

## APÊNDICES



### APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - Entrevista

Você está sendo convidado a participar do projeto “Relação saúde/trabalho e estratégias de ação na perspectiva da Vigilância em Saúde do Trabalhador em um hospital Público Federal do Município do Rio Janeiro”. Você foi selecionado porque trabalha na equipe de saúde do trabalhador ou no setor de neonatologia. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição.

Esta pesquisa tem como objetivo compreender as relações saúde/ trabalho e as estratégias de ação para saúde dos trabalhadores na perspectiva da Vigilância em Saúde do Trabalhador em um hospital Federal do Município do Rio de Janeiro.

Para seu desenvolvimento será realizado levantamento documental, entrevistas com os coordenadores da equipe de saúde do trabalhador deste hospital, questionários e grupos de debates sobre o trabalho com os profissionais que atuam diretamente na assistência do setor de neonatologia (enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social, fisioterapeuta, psicólogo e médico).

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas de uma entrevista que seguirá um roteiro. A entrevista durará cerca de uma hora e será realizada uma única vez. Solicitamos sua autorização para gravar as entrevistas na forma de áudio, esclarecemos que as mesmas serão posteriormente transcritas e que todo material ficará sob a guarda da própria pesquisadora, que se compromete a garantir a inacessibilidade do conteúdo a pessoas que não sejam a pesquisadora e a orientadora.

Para análise dos resultados, serão utilizadas as seguintes fontes: documentos relativos às ações de vigilância em saúde do trabalhador desenvolvidas pela coordenação de saúde do trabalhador; dados das entrevistas, dos questionários; e, materiais dos grupos de debates sobre o trabalho.

Esclarecemos que os resultados desta pesquisa poderão ser publicados em congressos, revistas e livros científicos, mas o anonimato dos participantes será garantido em todas as suas formas de divulgação. Seu nome não vai aparecer em nenhum lugar, porque será transformado em código. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Deste modo, você não estará submetido a qualquer risco ou prejuízo em seu local de trabalho e/ ou junto à instituição promotora e executora do estudo, em função da sua participação na pesquisa. A contribuição desse estudo está na possibilidade de enriquecer as reflexões sobre a relação saúde/trabalho neste hospital visando à melhoria das condições de vida e trabalho dos profissionais em questão.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento.

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

\_\_\_\_\_  
Nome do sujeito da pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

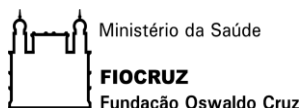
\_\_\_\_\_  
Pesquisadora: Roberta Alamonica de Oliveira

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ENSP

Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Térreo – Manguinhos, Rio de Janeiro. CEP: 21041-210 – Tel: (21) 25982863

Comitê de Ética em Pesquisa CEPIFF/FIOCRUZ

Av. Rui Barbosa, 716, sal 01, tel 2554-1730, email: cepiff@iff.fiocruz.br



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - INSATS

Você está sendo convidado a participar do projeto “Relação saúde/trabalho e estratégias de ação na perspectiva da Vigilância em Saúde do Trabalhador em um hospital Público Federal do Município do Rio Janeiro”. Você foi selecionado porque trabalha na equipe de saúde do trabalhador ou no setor de neonatologia. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição.

Esta pesquisa tem como objetivo compreender as relações saúde/ trabalho e as estratégias de ação para saúde dos trabalhadores na perspectiva da Vigilância em Saúde do Trabalhador em um hospital Federal do Município do Rio de Janeiro.

Para seu desenvolvimento será realizado levantamento documental, entrevistas com os coordenadores da equipe de saúde do trabalhador deste hospital, questionários e grupos de debates sobre o trabalho com os profissionais que atuam diretamente na assistência do setor de neonatologia (enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social, fisioterapeuta, psicólogo e médico).

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a perguntas de um questionário uma única vez. Para isso, você será esclarecido sobre como preencher o questionário e poderá tirar suas eventuais dúvidas. Esclarecemos que todo material ficará sob a guarda da própria pesquisadora, que se compromete a garantir a inacessibilidade do conteúdo a pessoas que não sejam a pesquisadora e a orientadora.

Para análise dos resultados, serão utilizadas as seguintes fontes: documentos relativos às ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador desenvolvidas pela coordenação de saúde do trabalhador; dados das entrevistas, dos questionários; e, materiais dos grupos de debates sobre o trabalho.

Esclarecemos ainda que os resultados desta pesquisa poderão ser publicados em congressos, revistas e livros científicos, mas o anonimato dos participantes será garantido em todas as suas formas de divulgação. Seu nome não vai aparecer em nenhum lugar, porque será transformado em código. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Deste modo, você não estará submetido a qualquer risco ou prejuízo em seu local de trabalho e/ ou junto à instituição promotora e executora do estudo, em função da sua participação na pesquisa. A contribuição desse estudo está na possibilidade de enriquecer as reflexões sobre a relação saúde/trabalho neste hospital visando à melhoria das condições de vida e trabalho dos profissionais em questão.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento.

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

\_\_\_\_\_  
Nome do sujeito da pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

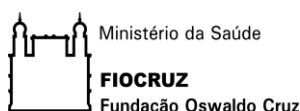
\_\_\_\_\_  
Pesquisadora: Roberta Alamonica de Oliveira

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ENSP

Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Térreo – Mangueiras, Rio de Janeiro. CEP: 21041-210 – Tel: (21) 25982863

Comitê de Ética em Pesquisa CEPIFF/FIOCRUZ

Av. Rui Barbosa, 716, sal 01, tel 2554-1730, email: cepiff@iff.fiocruz.br



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - Encontros

Você está sendo convidado a participar do projeto “Relação saúde/trabalho e estratégias de ação na perspectiva da Vigilância em Saúde do Trabalhador em um hospital Público Federal do Município do Rio Janeiro”. Você foi selecionado porque trabalha na equipe de saúde do trabalhador ou no setor de neonatologia. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição.

Esta pesquisa tem como objetivo compreender as relações saúde/ trabalho e as estratégias de ação para saúde dos trabalhadores na perspectiva da Vigilância em Saúde do Trabalhador em um hospital Federal do Município do Rio de Janeiro.

Para seu desenvolvimento será realizado levantamento documental, entrevistas com os coordenadores da equipe de saúde do trabalhador deste hospital, questionários e grupos de debates sobre o trabalho com os profissionais que atuam diretamente na assistência do setor de neonatologia (enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social, fisioterapeuta, psicólogo e médico).

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de grupos de discussão sobre Trabalho que durará cerca de uma hora e meia. Essa atividade será gravada na forma de áudio e posteriormente transcrita. O material ficará sob a guarda da própria pesquisadora, que se compromete a garantir a inacessibilidade do conteúdo a pessoas que não sejam a pesquisadora e a orientadora.

Para análise dos resultados, serão utilizadas as seguintes fontes: documentos relativos às ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador desenvolvidas pela coordenação de saúde do trabalhador; dados das entrevistas, dos questionários; e, materiais dos grupos de debates sobre o trabalho.

Esclarecemos ainda que os resultados desta pesquisa poderão ser publicados em congressos, revistas e livros científicos, mas o anonimato dos participantes será garantido em todas as suas formas de divulgação. Seu nome não vai aparecer em nenhum lugar, porque será transformado em código. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Deste modo, você não estará submetido a qualquer risco ou prejuízo em seu local de trabalho e/ ou junto à instituição promotora e executora do estudo, em função da sua participação na pesquisa. A contribuição desse estudo está na possibilidade de enriquecer as reflexões sobre a relação saúde/trabalho neste hospital visando à melhoria das condições de vida e trabalho dos profissionais em questão.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento.

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

Nome do sujeito da pesquisa.

Assinatura

Pesquisadora: Roberta Alamonica de Oliveira

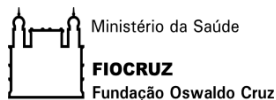
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ENSP

Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Térreo – Manguinhos, Rio de Janeiro. CEP: 21041-210 – Tel: (21) 25982863

Comitê de Ética em Pesquisa CEPIFF/FIOCRUZ

Av. Rui Barbosa, 716, sal 01, tel 2554-1730, email: cepiff@iff.fiocruz.br





## APÊNDICE 2 – ROTEIRO PARA LEVANTAMENTO DOCUMENTAL

### 1. Identificação do Documento

Título do documento: \_\_\_\_\_

Setor relacionado: \_\_\_\_\_ Data/ Período de ação: \_\_\_\_\_

### 2. Síntese das Ações de realizadas pelo Núcleo de Saúde do Trabalhador

Características da ação: \_\_\_\_\_

Atores ou Órgãos envolvidos: \_\_\_\_\_

Descrição da ação: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dificuldades: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Propostas/Encaminhamentos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Monitoramento e avaliação dos resultados: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



### APÊNDICE 3 – ROTEIRO DA ENTREVISTA

#### 1. Dados de Identificação

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Tempo de serviço nesse hospital: \_\_\_\_\_

Tempo de serviço no núcleo: \_\_\_\_\_

Cargo que exerce no núcleo: \_\_\_\_\_

Já exerceu outro cargo no núcleo? Qual? Quando? \_\_\_\_\_

Contato telefônico: ( ) \_\_\_\_\_

**2. Você trabalha no núcleo desde sua criação? (caso a resposta seja afirmativa) Você saberia me contar a história da sua criação?**

**3. Como este serviço está organizado?**

**4. Como atua o Núcleo de Saúde do Trabalhador nesse hospital? Como você percebe sua experiência vivida nesse processo?**

**5. Você poderia descrever as ações que foram e estão sendo desenvolvidas pelo núcleo.**

**6. Você percebe alguma dificuldade na realização do seu trabalho e na atuação do núcleo como um todo? Fale sobre ela.**

**7. Para você o que deveria ser o núcleo?**

**8. Nossa conversa está chegando ao fim. Você gostaria de colocar mais alguma coisa?**

## APÊNDICE 4 – Apresentação do Encontro sobre o Trabalho UTIN



### ENCONTROS SOBRE O TRABALHO

Setembro, 2012

Saúde dos Trabalhadores da Saúde:  
compreender ↔ transformar

### A atividade de trabalho envolve escolhas do trabalhador...

Trabalho prescrito: tarefa

Trabalho real: atividade

• Orientações e objetivos fixados pela instituição .

• Especificidade do paciente, da família e/ou da situação.

*“Na realidade o que eu menos gosto é não conseguir implementar regras como a humanização da assistência, é muito barulho, é muito estressante”.*



Como lidar com isso?

### Dia-a-dia de uma Atividade

INSAT nº= 41

- Tempo médio de trabalho por semana: 30 a 80 horas.
- Dupla jornada de trabalho: 44% tem outra atividade e 97% ajudam nas tarefas de casa.
- Aumento da intensidade do trabalho (demanda maior, ritmo acelerado, extensão das horas de trabalho).

Percebe algum efeito dessa atividade na sua saúde? Qual?



Sua atividade interfere na sua vida pessoal ou familiar? Como?

*“O trabalho é bastante cansativo, estressante, agitado”. “Dá para sentir se você botar peito”.*

*“A nossa clientela aumentou e a gente não tem estrutura física e aparelhagem adequada”.*

*“Aqui tem uma particularidade grande porque tem bebês mal formados e isso mexe muito com a gente”.*

*“... Outra coisa é a relação profissional paciente...”.*

*“O pior aspecto é você vir trabalhar e não saber se vai poder voltar para casa, ou se vai ter que dobrar”.*

### Problemas de saúde mais assinalados no INSATS BR, como causados ou acelerados pelo trabalho (41 participantes)

- Varizes (31)
- Stress (31)
- Fadiga (27)
- Problemas musculares (25)
- Ansiedade (25)
- Problemas da coluna vertebral (22)
- Dor de cabeça (22)
- Irritabilidade (23)
- Problemas de sono (21)
- Dor muscular (19)
- Mudança de humor (16)
- Ferimento por acidente (15)
- Dores no estômago (15)
- Alergias (15)
- Problemas respiratórios (15)
- Problemas no trato-urinário (14)
- Depressão (13)
- Doença infecciosa (13)
- Problemas digestivos (13)
- Problemas ligados ao SNC (12)
- Problemas cardiocirculatório (12)
- Problemas de pele (12)
- Adormecimento frequente dos membros (10)

### Resultado do INSAT - Condições de trabalho (41 participantes)

- A percepção de que a saúde está sendo afetada devido ao trabalho realizado foi grande: Muito ou Mais ou menos (33).
- Os participantes consideraram em sua maioria ter mobiliários (27), equipamentos (30) e espaço adequados para o trabalho (26).
- E consideraram inadequado o espaço para lanche e descanso (26).

Quais estratégias você utiliza para se preservar e dar conta do trabalho?

*A gente não tem lugar para descansar, onde se come se descansa, onde se descansa se come. Se você chega mais cedo e quer comer e tem alguém dormindo, como fica? Tem gente que tem que sair mais cedo de casa para chegar aqui no horário, porque se deixa para sair depois tem trânsito... E isso porque a UTIN é a menina dos olhos...”*

*“Meu trabalho me interrompe toda hora.”*

### Trabalho noturno

*“É horrível trabalhar à noite, pois você tem que responder por tudo. Os reflexos da gente ficam diminuídos. Quando você chega em casa você não tem paciência com o próprio filho e eu me sinto muito culpada por isso. Eu deixo de ser mãe do meu para ser mãe dos outros”.*

*“Prefiro o trabalho noturno por causa do trânsito”.*

*“Aqui eu prefiro o trabalho noturno, pois não gosto da organização do dia. É muita gente e barulho demais, você não consegue fazer um trabalho de gerenciamento de enfermagem. Você só conta como mais um da equipe. Durante o dia é muita gente para muita ação e no final das contas pouca gente faz”.*

Como trabalho noturno interfere na sua vida pessoal e na sua atividade?

Falta definir as competências de cada um?

## Particularidades da atividade em UTIN neste hospital

“...no serviço privado não tenho que fazer tudo (solicitar o exame, por exemplo, colher e levar ao laboratório, às vezes tenho que levar a criança até o local onde o exame é feito, pois nem todos os exames são feitos aqui)...”



“O barulho é o que mais incomoda, por isso prefiro o trabalho noturno.”

Esse trabalho é reconhecido pela instituição (chefia, direção)?

## Relação com a chefia

“...não vejo os problemas da unidade serem solucionados, como por exemplo, o barulho. Pelo fato de aqui ser um hospital escola, tem muita gente, é fácil o acesso e essas coisas incomodam a gente”.

“A chefia tenta resolver os problemas, mas é complicado, envolve outras questões: direção, política, estrutura”.

“A chefia tem tentado melhorar o nosso trabalho. Hoje estamos trabalhando com uma quantidade de profissionais que a gente nunca teve. Nossa chefia tem lutado para prover melhorias para o grupo”.

“Não sei se é porque eu sou plantonista da noite. Sei que eu não consigo ver nenhuma ação por parte da direção para melhorar nosso trabalho. A gente precisava de uma atenção maior voltada para nossa saúde e respeito com a gente que está aqui dentro com grande número de crianças internadas”.

Como a saúde do trabalhador é vista pela chefia?

## Relação com a equipe

“A gente sai o outro colega tem que segurar, mas com duas crianças para um técnico não segura, aí fica complicado”.

“Na verdade a gente tá junto, mas solitário. As pessoas cruzam umas com as outras e não se falam. Alguém já te perguntou o que você está fazendo aqui?”.

“A relação com a equipe não é muito boa. A relação é bem pesada, o clima em si é pesado. O tipo de patologia é muito complexo, fica um clima muito pesado e isso reflete na equipe. Tem momentos que você não quer vir trabalhar, você até vem, mas não com aquela vontade”.

“No plantão de hoje todo mundo pega junto não tem estresse, mas tem plantão que é só estresse. Mas assim é um ou outro”.

Nós mesmos olhamos para nossa saúde?

Trabalhar em equipe é uma forma de preservar a saúde?

Existiriam outras formas? Quais?

## Planejando o próprio trabalho

Que condições poderiam ser modificadas para que as situações abaixo sejam diferentes? O que fazer para mudar?

- “Não tem a quantidade de profissionais que precisaria... E para o perfil dos pacientes que cuidamos aqui, fica pesado”. *O que mais torna o trabalho pesado?*
- “Falta definir competências, quem é responsável por cada coisa”.
- “Falta treinamento e eu não me refiro a treinamento em sala de aula, me refiro a prática”. *Que tipo de treinamento? Em que momento realizar?*

## Planejando o próprio trabalho

Que condições poderiam ser modificadas para que as situações abaixo sejam diferentes? O que fazer para mudar?

- “Nós trabalhadores não olhamos para nós mesmos. Nós não procuramos médico...” *Quais razões da NÃO procura?*
- “Tem muita coisa que podia melhorar... A questão da luminosidade, do barulho, da quantidade de procedimentos. Eu acho uma falta de respeito a quantidade de procedimentos...”
- “Nossa atividade é tão agitada. A gente não para. Eu acho que a gente precisa organizar o trabalho... A gente fica apagando incêndio e isso é muito ruim”. *O que falta para isso?*

## Planejando o próprio trabalho

Que condições poderiam ser modificadas para que as situações abaixo sejam diferentes? O que fazer para mudar?

- “...falta respeito, principalmente com a enfermagem. E se alguém diz que a enfermagem é assim mesmo... Eu não acho assim, tem que mudar. Hoje nós somos a maioria, mas a minoria em poder.” *O que fazer para tornar essa atividade mais reconhecida?*
- “Eu acho que o que falta mesmo é a comunicação para melhorar o trabalho e para a gente conseguir resolver os problemas” .

Obrigada!!!