

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE
VIDA DO TRABALHADOR EM HOSPITAIS
ESTADUAIS DA CIDADE DE SÃO PAULO**

Lúcia Helena Presoto

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Pública
Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Cecília F. Pelicioni

São Paulo

2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DO TRABALHADOR EM HOSPITAIS ESTADUAIS DA CIDADE DE SÃO PAULO

Lúcia Helena Presoto

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Pública
Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Cecília F. Pelicioni

São Paulo

2008

DEDICATÓRIA

Minha homenagem a vocês

Pedro C. Presoto, querido pai,
na minha saudade hei sempre de evocá-lo
iluminado,

Thereza D. Presoto, querida mãe, sua
coragem me alimenta.

AGRADECIMENTOS

Um trabalho é sempre resultado de muito esforço. Aqui reconheço e agradeço a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram, de modo especial:

À Profª Drª Maria Cecília F. Peliconi, orientadora e sempre amiga, a quem serei eternamente grata pela oportunidade;

Aos Membros da Banca Examinadora: Profª Drª Helena Akemi Wada Watanabe, Prof. Dr. Juarez de Queiroz Campos e Prof. Dr. Luiz Henrique Amaral e Profª Drª Vera Lúcia Góes Pereira Lima;

Aos hospitais, campo da minha pesquisa, por contribuírem na realização deste trabalho, em especial, ao Dr. Corintio Mariani Neto, Dr. Siu Lum Leung, Jurini Valdisi da Silva, Glória, Sandra, Marisa e Luciana;

Aos trabalhadores dos hospitais participantes da pesquisa, pela colaboração;

À Secretaria Estadual da Saúde, nas pessoas de Dr. Ricardo Tardelli e Dr. Arnaldo Sala, obrigada pela oportunidade de trabalho e acesso a informações;

À Solange Guedes, Tereza Cristina Caruzo e Leandro Sartre, sem os quais este trabalho não teria sido possível;

Aos funcionários da Biblioteca da FSP, em especial, a Maria Lúcia, José e Antonia, pela disponibilidade, carinho e atenção;

A todos os funcionários da Pós-Graduação da FSP, em especial, Renilda, Sonia, Cidinha e Livia. Há quem diga que, numa escola, os professores são

mais importantes, outros dizem serem os alunos.... uma coisa é certa – sem vocês nada seria possível;

Ao meu querido Juba, por sua capacidade de acreditar no potencial humano e tirar das pessoas o que têm de melhor, obrigada pelas incansáveis correções e por me ensinar a transformar sonhos em realidade;

À Oliria Damiani Campos, exemplo de superação na vida – querida tia, quando eu crescer quero ser igual a você;

Ao André e a Elis, “filhos” adotados pelo meu coração, e a mais linda das sobrinhas – Olívia;

À Edilene e Madalena – queridas irmãs, “uma por todas e todas por uma”.

Aos meus amigos, são muitos, mas em especial àqueles que incondicionalmente permaneceram do meu lado e, por isso, têm valor inestimável: Ana de F. Rosa Siviero, Marcelo C. Pinheiro, Laura Arbex Delgado e Cláudia V. Carnevalle.

“Se...

Se você estiver disposto a renunciar... a considerar o outro como mais importante, a fazer os seus subordinados chegarem também a esta conclusão...a palmilhar um caminho cheio de percalços onde os seus acertos serão sempre esquecidos e os erros permanentemente lembrados...

Se estiver disposto a suportar as pressões sociais, morais, políticas e administrativas...

Se você ultrapassar barreiras consideradas pelos outros como intransponíveis...

Se você conseguir tirar algo do nada, muito do quase nada e bastante do pouco...

Se você for capaz de estabelecer um esquema de dúvida nos mais céticos...

Se você receber nas horas de adversidade o apoio de alguns seguidores...

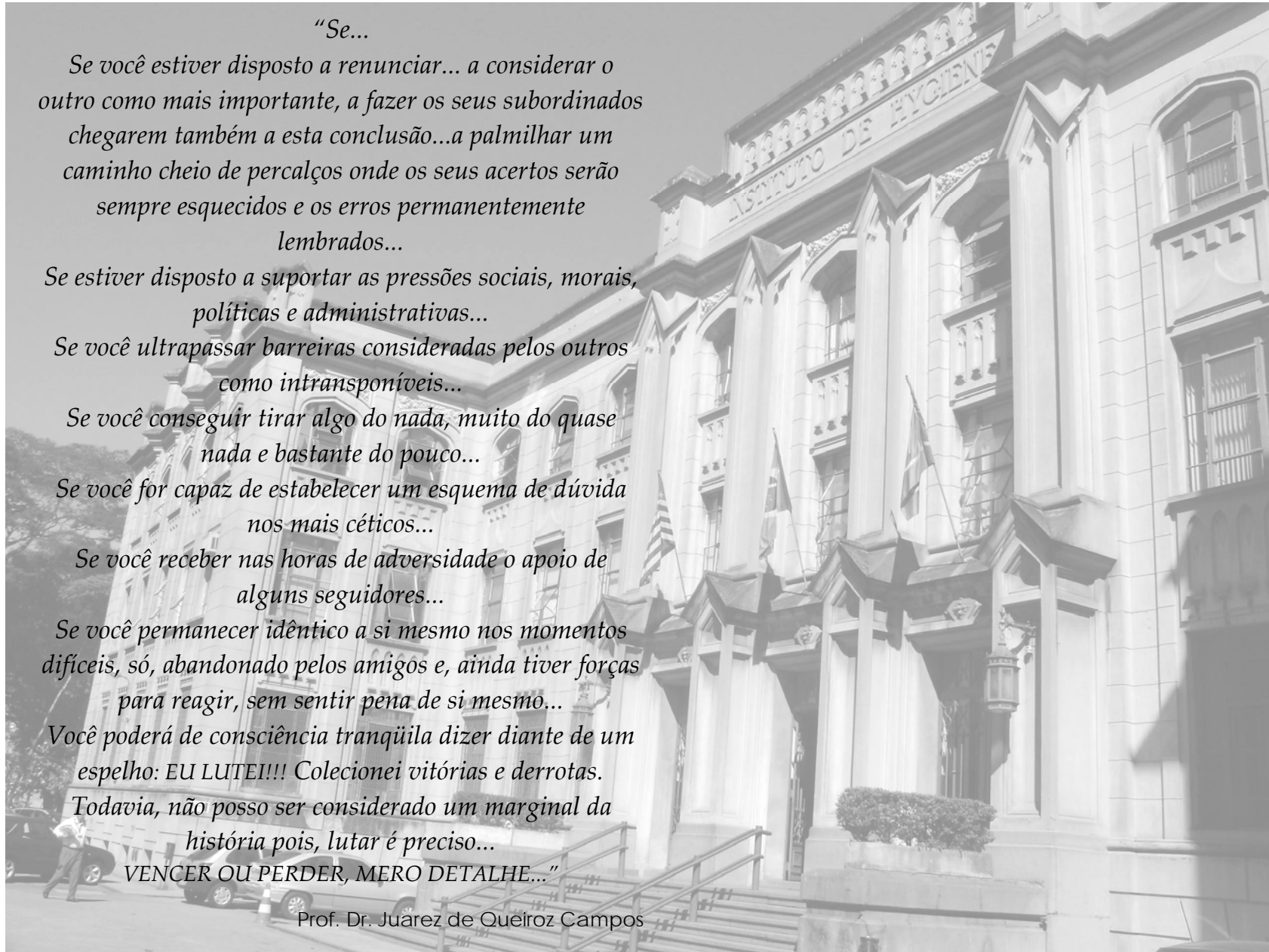
Se você permanecer idêntico a si mesmo nos momentos difíceis, só, abandonado pelos amigos e, ainda tiver forças para reagir, sem sentir pena de si mesmo...

Você poderá de consciência tranqüila dizer diante de um espelho: EU LUTEI!!! Colecionei vitórias e derrotas.

Todavia, não posso ser considerado um marginal da história pois, lutar é preciso...

VENCER OU PERDER, MERO DETALHE...”

Prof. Dr. Juarez de Queiroz Campos



Presoto LH. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida do trabalhador em Hospitais estaduais da cidade de São Paulo” [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2008.

RESUMO

Este trabalho objetivou analisar as ações de Promoção da Saúde correlacionadas com a Qualidade de Vida dos trabalhadores de dois hospitais da rede pública estadual da cidade de São Paulo, realizado no período de 15 de janeiro a 30 de março de 2008. Tratou-se de estudo de caso, descritivo, do tipo corte transversal na linha da pesquisa qualitativa e quantitativa e contou com a participação de 233 trabalhadores. Os instrumentos utilizados foram: na etapa qualitativa, um questionário com perguntas abertas e, na quantitativa, o SF-36, na versão adaptada para o português, cuja confiabilidade foi avaliada pela consistência interna, através do alfa de Cronbach. Pelos dados pesquisados, pôde-se concluir: maioria era do sexo feminino (73%), faixa etária entre 30 - 50 anos (49,8%), predominância do ensino médio completo com (53,2%), casados (45,5%), regime de contratação estatutário (67,8%), tinha apenas um vínculo empregatício (75,5%), declarou jamais ter tirado licença (44,2%) e nem sofreu qualquer tipo de acidente de trabalho (88,4%). No levantamento dos programas foram identificados o SEESMT, COMSAT, PPRA, PCMSO e outros, sem registros suficientes que permitissem análise, evidenciando a pouca eficiência dos programas ou ações específicas que promovam a Qualidade de Vida do trabalhador. Quanto ao entendimento da Promoção da Saúde nestes programas, apesar dos esforços evidentes das Instituições pesquisadas em ampliar a atenção à Saúde do Trabalhador, constataram-se fragilidade na forma de divulgação e pouca ou nenhuma clareza dos entrevistados sobre o conceito de Promoção da Saúde, programas focados na doença atendendo à demanda e com inexpressiva forma de planejamento, monitoramento ou avaliação, sugerindo urgentes mudanças neste sentido. Neste estudo, o SF-36 mostrou ser um instrumento confiável

para avaliar o perfil da saúde geral em trabalhadores, constatado pelos valores do alfa de Cronbach, acima de 0,7, mostrando consistência interna entre os itens do instrumento, considerada satisfatória. Entre as dimensões, a amplitude média das pontuações obtidas foi de 66,5 pontos (dimensão vitalidade) a 83,8 (aspectos físicos), para pontuações padronizadas numa amplitude de 0-100 pontos. De forma geral, a Qualidade de Vida dos entrevistados analisada nesta pesquisa apresentou pontuações indicando percepção positiva desse *constructo*.

Descritores: Promoção da Saúde; Saúde do Trabalhador; Qualidade de Vida.

Presoto LH. Health Promotion and quality of life of civil servants at state-owned hospitals in the city of Sao Paulo [PhD thesis]. São Paulo: *Faculdade de Saúde Pública da USP*; 2008.

ABSTRACT

The study aims to analyze the Health Promotion actions concerning quality of life of workers at two state-owned hospitals in the city of Sao Paulo, from January 15 to March 30, 2008. It is a descriptive cohort case study, with qualitative and quantitative investigation of 233 workers. The instrument used in the qualitative stage was a questionnaire with open questions and, in the quantitative phase, the Portuguese version of SF-36, and its reliability was assessed by internal consistency through the Cronbach's alpha. Most participants were female (73%), age range 30-50 years (49.8%), average schooling of complete high school (53.2%), married (45.5%), hired according to the statutory system (67.8%), had only one job entailment (75.5%), declared having never had any leave of absence (44.2%) or any type of occupational accident (88.4%). The following programs were identified in the survey: SEESMT, COMSAT, PPRA, PCMSO and others without enough records to enable analysis, which shows inefficiency of programs or specific actions that promote worker's quality of life. As to understanding about Health Promotion in these programs, despite evident efforts made by the institutions to expand Worker Health, there is poor dissemination of information and little or no knowledge about the concept of Health Promotion; moreover, the programs are focused on diseases to meet the demands, and do not present any planning, monitoring or evaluation activities, thus requiring urgent changes. In this study, the SF-36 proved to be a reliable tool to assess the general health profile of workers, as demonstrated by the Cronbach's alpha values above 0.7, indicating internal consistency among the instrument items, which was considered satisfactory. In the dimensions, the mean score amplitude ranged from 66.5 points (vitality) to 83.8 (physical functioning), for standardized scores in an 1-100 scale. By and large, the

quality of life of the interviewees, presented scores that indicated a positive perception of this construct

Keywords: Health promotion; Worker health; Quality of life.

ÍNDICE

Apresentação	18
1 – Introdução	21
1.1– Hospital: <i>lócus</i> para o desenvolvimento da qualidade	22
1.2– Promoção da Saúde: bases conceituais e históricas	32
1.3– Saúde do Trabalhador	42
1.3.1– Antecedentes históricos	45
1.3.2– Vigilância em Saúde do Trabalhador	59
1.4– Qualidade de Vida: uma construção social	65
1.4.1– Qualidade de Vida no trabalho	67
1.4.2– Aspectos psicossociais e Saúde do Trabalhador	75
1.4.3– Avaliação da Qualidade de Vida	79
1.4.4– Aspectos conceituais em Qualidade de Vida	82
1.4.5– Instrumentos de avaliação de Qualidade de Vida	86
2 – Justificativa	94
3 – Objetivos	97
4 – Metodologia	99
4.1– Coleta de dados	102
4.1.1– Abordagem qualitativa	102
4.1.2– Abordagem quantitativa	103
4.2– Preparação dos dados para análise estatística	105
4.3– Descrição de procedimentos estatísticos para análise dos resultados	107
5 – Características do cenário	111
Setor Saúde da Rede Estadual de São Paulo	112
6 – Resultados e discussão	114
6.1– Cenário de estudo	115
6.1.1– Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros	115
6.1.2– Hospital Geral Dr. José Pangella de Vila Penteado	120
6.2– Análise dos dados – etapa qualitativa	127

6.3– Análise dos dados – etapa quantitativa	134
6.3.1– Caracterização dos profissionais entrevistados	135
6.3.2– Estatísticas descritivas das dimensões analisadas	142
6.3.2.1 – Dimensão Capacidade Funcional – CF	142
6.3.2.2 – Dimensão Dor	144
6.3.2.3 – Dimensão Vitalidade	145
6.3.2.4 – Dimensão Saúde Mental	146
6.3.2.5 – Dimensão Limitações por Aspectos Físicos.....	148
6.3.2.6 – Dimensão Limitações por Aspectos Emocionais.....	149
6.3.2.7 – Dimensão Aspectos Sociais.....	150
6.3.2.8 – Dimensão Saúde Geral.....	151
6.3.2.9 – Indicadores Gerais	152
6.3.2.10– Consistência interna dos dados	153
6.3.3– Diferença entre segmentos selecionados	154
6.3.3.1 – Diferença das distribuições da escala SF-36 a partir do gênero	154
6.3.3.2 – Diferença das distribuições da escala SF-36 a partir do grau de escolaridade	158
6.3.3.3 – Diferença das distribuições da escala SF-36 a partir do número de emprego	161
7 – Conclusões	164
8 – Recomendações	170
9 – Limitações da pesquisa	174
10 – Referências	178
11 – Anexos	196
Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre Esclarecido	197
Anexo 2 – Roteiro para Diagnóstico dos Programas	198
Anexo 3 – Formulário para entrevista	199
Anexo 4 – Questionário da Qualidade de Vida no Trabalho	203
Anexo 5 – Boletim Estatístico da Secretaria de Gestão Pública Estadual de São Paulo	209

Anexo 6 – Perfil de funcionários da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo	212
Anexo 7 – Principais causas de absenteísmo de funcionários da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo	215
Anexo 8 – Pareceres dos Comitês de Ética	218
Anexo 9 – Currículo Lattes	223
Lucia Helena Presoto	
Profª Drª Maria Cecília Focesi Pelicioni	

LISTA DE TABELAS

Tabela I	Gênero	135
Tabela II	Faixa Etária	136
Tabela III	Grau de Escolaridade	137
Tabela IV	Estado Civil	138
Tabela V	Tipos de Contrato de Trabalho.....	138
Tabela VI	Quantidade de empregos	139
Tabela VII	Número de licenças	140
Tabela VIII	Número de acidentes de trabalho	141
Tabela IX	Dimensão da capacidade funcional	142
Tabela X	Dimensão Dor	144
Tabela XI	Dimensão Vitalidade	145
Tabela XII	Dimensão Saúde Mental	146
Tabela XIII	Dimensão Limitação por Aspectos Físicos	148
Tabela XIV	Dimensão Limitação por Aspectos Emocionais	149
Tabela XV	Dimensão Aspectos Sociais	150
Tabela XVI	Dimensão Saúde Geral	151
Tabela XVII	Pontuação das escalas – Resultado Geral	152
Tabela XVIII	Pontuação das escalas – Gênero Masculino	154
Tabela XIX	Pontuação das escalas – Gênero Feminino	155
Tabela XX	Pontuação das escalas – Ensino Fundamental	158
Tabela XXI	Pontuação das escalas – Ensino Médio	158
Tabela XXII	Pontuação das escalas – Ensino Superior	159
Tabela XXIII	Pontuação das escalas – Somente um emprego	161
Tabela XXIV	Pontuação das escalas – Mais de um emprego	162

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação das perguntas por categorias	103
Quadro 2 – Recodificação de valores	106
Quadro 3 – Recalibração de valores	106
Quadro 4 – Dimensão do coeficiente do Alfa Cronbach	108
Quadro 5 – Grupos focados neste estudo	110
Quadro 6 – Número de servidores do HMLMB em setembro de 2007	116
Quadro 7 – Número de Funcionários em exercício no HGVP em setembro de 2007	120

LISTA DE SIGLAS

AE	Limitações por aspectos emocionais
AF	Limitações por aspectos físicos
AS	Aspectos Sociais
CESTEH	Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana
CET	Companhia de Engenharia de Tráfego
CF	Capacidade Funcional
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CISAT	Comissão Internacional de Saúde do Trabalhador
CID	Código Internacional de Doenças
CLF	Consolidação das Leis do Funcionalismo
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
COMSAT	Comissão de Saúde do Trabalhador
CNST	Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
CQH	Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar
CUT	Central Única dos Trabalhadores
CWW	Changing World of Work
DIEESE	Departamento Internacional de Estatística e Estudos Socioeconômicos
DIESAT	Departamento Internacional de Estudo e Pesquisa de Saúde do Trabalhador
DO	Dor
DPME	Departamento de Perícia Médica do Estado
DRT	Delegacia Regional do Trabalho
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
HGVP	Hospital Geral de Vila Penteadado
HMLMB	Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INST	Instituto Nacional de Saúde do Trabalho
IQOLA	International Quality of Life Assessment Project

LBA	Legião Brasileira de Assistência
LTCAT	Laudo Técnico das Condições Ambientais de Trabalho
MOS	Medical Outcomes Study
MHI	Mental Health Inventory
MPS	Ministério da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
MTb	Ministério do Trabalho
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NHP	Nottingham Health Profile
NIOSH	Instituto Nacional de Segurança e Saúde Ocupacional
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
OSH	Occupational Safety and Health
PEA	População Economicamente Ativa
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PCMSO	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PPRA	Programa de Prevenção de Risco Ambiental
PST	Programas de Saúde do Trabalhador
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SABESP	Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo
SEESMT	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
SES-SP	Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo
SG	Saúde Geral
SIP	Sickness Impact Profile
SM	Saúde Mental
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
USP	Universidade de São Paulo
VA	Vigilância Ambiental

VE	Vigilância Epidemiológica
VI	Vitalidade
VOMAT	Voluntariado do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros
VS	Vigilância Sanitária
VST	Vigilância em Saúde do Trabalhador
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life Instrument

APRESENTAÇÃO

Alexandre Dumas, pai, costumava dizer aos amigos: “para fazer um drama, o escritor necessita apenas de uma paixão e quatro paredes”.

No início, após a leitura do texto acima, era quase impossível entender seu conteúdo. O tempo foi passando e a busca de esclarecimentos trouxe a perspectiva de um mundo novo, o da informação. Ele tinha razão: assim como escrever, para se fazer qualquer coisa na vida é preciso emoção.

Apesar de fazer parte do conhecimento científico de países desenvolvidos há quase meio século, pesquisas sobre Qualidade de Vida no Brasil, ainda, são incipientes. Embora haja muita divergência na sua concepção, é impossível falar da vida e do seu valor sem discutir sua qualidade, e como esta pode influenciar positiva ou negativamente na Saúde do Trabalhador.

Após o início da década de 90, a saúde coletiva ganhou roupa nova, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), ao atribuir, de modo imperativo e coercitivo, responsabilidades para governantes e governados criarem métodos, técnicas e procedimentos, objetivando a melhoria da Qualidade de Vida, assegurando padrões mínimos de cidadania, entendidos como conhecimento de direitos e obrigações e seu efetivo cumprimento por todos.

Como profissional do campo da saúde e, em função de atividade didática em tempo integral, ministrando aulas, proferindo conferências e palestras na área da educação e Saúde do Trabalhador, veio a descoberta da paixão, porém, faltava o ambiente para a pesquisa.

Para completar o aprendizado e aprofundamento do tema, foi encontrado um assunto muito empolgante - a Saúde do Trabalhador, com ênfase na Promoção da Saúde em instituição hospitalar. Mesmo porque, ao conhecer a operacionalidade da atividade laboral em hospital, constatou-se destaque relevante no desempenho da dinâmica do capital humano, ainda conhecido como recursos humanos.

Como trabalho no campo da saúde, pelas combinações emocionais em jogo, em que se destacam insegurança, angústia, estados depressivos e estresse ocupando a mente dos clientes em toda plenitude, é de se crer, em face de tal complexidade, a inclusão de medidas de prestação e melhoria do desempenho de pessoas, cuja profissão indica evidentes sinais de exercício de atividades em um campo minado por desequilíbrios emocionais de toda natureza. Acresça-se a este fato ocorrerem, muitas vezes, situações envolvendo profissionais, na qualidade de seres humanos racionais, também sujeitos a momentos de crise pessoal, como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, administradores, nutricionistas e outros.

Desta forma, Dumas, pai, estava entendido.

Para escrever, só haveria um instrumento de eficácia comprovada: a pesquisa e respostas a três indagações para a feitura de qualquer trabalho:

Por quê?

Para quê?

Como?

Porque: o tema, ainda pouco explorado, não possui disponibilidade de trabalhos capazes de elucidar dúvidas pertinentes à Saúde do Trabalhador, em ambiente hospitalar.

Para quê: conhecer o assunto com mais profundidade e sugerir medidas para a discussão do problema.

Finalmente, como: realizando pesquisa quali-quantitativa em hospitais da rede pública estadual da capital paulista, mesmo porque, pelo formalismo administrativo, conferem mais credibilidade às pesquisas no campo social.

Dada a complexidade do procedimento, foi obtida autorização da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) para a sua realização no Hospital Geral Dr. Pangela de Vila Penteado (HGVP) e no Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros (HMLMB).

Após levantamento bibliográfico, o estudo se ateve à análise dos questionários e entrevistas, dificultada pela realidade analítica dos dados apresentados, embora não intransponíveis, e acenando para novas pesquisas e reflexões, objetivando assegurar Qualidade de Vida em níveis

adequados ao trabalhador com atuação no campo hospitalar, por acreditar que, só assim, apresentará condições para colaborar no retorno de esperança e equilíbrio emocional de pacientes hospitalares.

Este estudo teve a intenção de abrir espaço para aprofundar a discussão sobre os temas Promoção da Saúde, Saúde do Trabalhador e Qualidade de Vida - a tríade - para proceder à avaliação dos níveis de qualidade dos serviços prestados pelas instituições estatais aos trabalhadores dos dois hospitais estudados.

A pesquisa se dividiu em quatro etapas: na primeira, foram apresentados o referencial teórico utilizado, um breve relato da instituição hospitalar, descrito em uma perspectiva histórica, sociocultural e administrativa e, na seqüência, a importância do papel da Promoção da Saúde do Trabalhador e os fatores que interferem na sua qualidade de vida e dificuldades de mensuração; na segunda, procedeu-se a um levantamento e análise dos programas voltados para Saúde do Trabalhador, desenvolvidos pelos dois hospitais; na terceira, foram realizadas entrevistas com os chefes de serviços e setores desses hospitais, para reconhecer o seu grau de entendimento sobre promoção e educação em saúde e, posteriormente, entrevista com parte dos trabalhadores de todas as unidades e turnos desses hospitais, abordando sua Qualidade de Vida e, na quarta etapa, foram apresentados e discutidos os dados coletados e procedida à conclusão e recomendações para o enfrentamento dessas questões, esperando-se, com isto, contribuir para intervenção nos ambientes de trabalho, com novas práticas de atenção à Saúde do Trabalhador.

INTRODUÇÃO

1 – INTRODUÇÃO

“O mais valioso de todo capital é aquele investido nos seres humanos”.

Alfred Marshall

1.1 – HOSPITAL: *lócus* para o desenvolvimento da qualidade

Hospitais são instituições prestadoras de serviços de alta complexidade organizacional e peculiaridades, onde a busca da qualidade adquire caráter diferencial, em função de trabalharem com cliente e produto singulares: o cliente, na maioria das vezes, quando procura este serviço, está doente, e o produto, geralmente, significa vida ou morte. Conhecer sua história e evolução permite delinear o cenário, onde as ações da qualidade podem ser conferidas pela análise, no mínimo, em três aspectos: histórico, sociocultural e administrativo.

a) Aspecto histórico

Pesquisas realizadas em documentos históricos relacionados com hospitais levam a crer que esta instituição está perfeitamente identificada com o espírito cristão, em função de sua primeira implantação ter ocorrido em Roma, por D. Fabiola, ilustre madona, após se converter ao cristianismo, religião oficial do império romano. Pelos seus objetivos doutrinários, o nosocômio reflete a presença viva de dois ângulos fundamentais, onde não cabem desídia e divisionismo: o amor ao próximo e o espírito cristão (CAMPOS 1974).

O amor é típico de quem pretende dar de si justamente àqueles carentes de tudo e atingidos pela desgraça, pobreza, miserabilidade física, mental e social. O espírito cristão, baseado no mandamento do amor pelo amor – amar a Deus sobre todas as coisas e ao próximo como a si mesmo –

encontrou, no hospital, o mais rico meio de cultura para a manifestação real, clara e, sobretudo, prática.

A palavra hospital vem do latim “hospitalis”, adjetivo derivado de “hospes”: estrangeiro, viajante, conviva, hospedeiro oferecendo pousada, abrigo, acolhimento.

Nas civilizações grega e romana, os templos serviam como ancestrais de hospitais, impregnados pelo clima de misticismo e superstição, característicos da época, praticava-se a medicina teúrgica e sacerdotal. Somente com Hipócrates (460-351 a.C.), ilustre médico da antigüidade, os templos assumiram características das instituições hospitalares, iniciando-se a observação clínica dos pacientes, apoiada nos fatos e não na fé, sendo possível identificar detalhes do corpo humano, pelo conhecimento integral do ser humano, constituído como unidade viva, regulada e harmonizada pela natureza individual. Segundo Hipócrates, “saúde é o silêncio dos órgãos” (BORBA, 1991, p. 41).

Os hospitais cristãos constituíram parte relevante no cenário das Instituições Eclesiásticas. Um decreto, do ano 355, do Imperador Romano Constantino, ordenou o fechamento das instituições médicas pagãs de origem grega, estimulando, ao mesmo tempo, a criação de hospitais cristãos. Os mais célebres hospitais da França – o “*Hôtel Dieu*”, de Lyon, em 542 e o “*Hotel Dieu*” de Paris, constituído pelo Arcebispo Landri – foram marcos de progresso na assistência hospitalar, na Idade Média. Na Inglaterra, as primeiras instituições hospitalares foram, respectivamente, “St. John”, edificado por Lanfranc, Arcebispo de Canterbury, em 1084, dentro da terminologia de Hospital Geral, e “*ST. Bartholomew*”, inicialmente de lepra e, posteriormente, Hospital Geral (CAMPOS, 1974).

A feição religiosa das organizações hospitalares parece ter tomado vulto entre os séculos XII e XIV, nos mosteiros. Nesse período, os monges aprendiam noções de medicina. Com o decorrer dos anos, eles passaram a utilizar a prática médica fora dos conventos, atendendo aos chamados dos

enfermos. Os Concílios de Clermont, em 1130, e Letran, em 1139, proibiam aos monges e canônicos regulares o exercício da prática médica. O Concílio de Viena, em 1312, decidiu que o tratamento dos enfermos deveria ser executado por leigos. Aos religiosos competia apenas dar assistência espiritual (CAMPOS, 1974).

Os maometanos, também, mostraram-se pródigos na construção de nosocômios. Suas construções, formadas por grandes blocos quadrangulares, possuíam enfermarias separadas para mulheres, convalescentes, especialidades médicas, cozinha dietética, biblioteca, capela e asilo de órfãos, dispunham de enfermeiros, de ambos os sexos, e davam consideráveis somas aos pobres, após a alta, para as primeiras despesas fora da instituição. A alimentação era boa e aos doentes portadores de insônia ofereciam música e pessoas contadoras de histórias (CAMPOS, 1978).

O Concílio de Cartagena ordenou a edificação de hospitais ao lado da igreja, e o de Aquisgrana traçou as regras para a sua construção, devendo a entidade ter seu edifício na vizinhança da catedral e dos conventos. Cada sala teria um altar, as camas dos pacientes deveriam ser dispostas de modo a permitir a observação dos ofícios religiosos, dava-se grande importância à capela e reservava-se espaço para sepultamento dos benfeitores e administradores da obra (CAMPOS, 1978).

Na Renascença, as organizações hospitalares foram adquirindo, cada vez mais, caráter municipal, como conseqüência do movimento iniciado no século XIII, diminuiu a influência monástica medieval e muitas, construídas no século XVIII, com relação à limpeza e administração, chegaram ao nível mais baixo da história da medicina.

A primeira instituição hospitalar, construída na América, foi o da Puríssima Conceição (Jesus de Nazareno), por Hernán Cortés, em 1524, na cidade do México. No Brasil, em 1543, Brás Cubas instalou a primeira Santa Casa de Misericórdia, em Santos, sucedida pelas Santas Casas de

Misericórdia de Vitória, em 1545, Olinda, em 1560, Ilhéus, em 1564, Rio de Janeiro, em 1582, antecedendo a Santa Casa de São Paulo, sem precisão histórica de seu surgimento, constituída antes do final do século XVI (BONATO, 2003).

b) Aspecto sociocultural

A instituição hospitalar cresceu e se desenvolveu nestes quase dezoito séculos. No Brasil, após a Independência política e a instituição do regime republicano, poucas foram as medidas, de inspiração governamental, estabelecendo normas para sua criação. Apesar do grande número de estabelecimentos disseminados pelo País, somente após a quinta década do Século XX a administração hospitalar começou a apresentar sinais de potencial, quando o Governo Federal baixou o Decreto nº 37.773, de 18 de agosto de 1955, criando Comissão para a elaboração de anteprojetos de Lei Orgânica da Assistência Hospitalar, editando o conceito abaixo, conforme CAMPOS (1978, p. 31): *“hospital é a instituição devidamente aparelhada de material e pessoal em condições de receber, para diagnóstico e tratamento, aqueles que necessitam de assistência médica diária e cuidados permanentes de enfermagem, em regime de internação”*.

Indiscutivelmente, a doença cria dependência e o doente, necessita de tratamento médico, cuidados pessoais e carinho. O ser humano na sua individualidade, julga-se o senhor onipotente de todas as coisas, porém, quando doente, passa à condição de dependente, e entrega-se à comunidade, na esperança de, pelo menos, receber lenitivo para os males e obter a reintegração na coletividade, como unidade produtiva plena de vigor e capacidade.

Daí, encarar-se o nososômio, não somente como o hospital clássico, onde se curam as doenças ou se procura fazê-lo, e sim, como a casa onde o hóspede é a pessoa sagrada, membro da comunidade, com deveres,

inclusive, o de promover sua completa reintegração social, além da simples recuperação física, psíquica ou psicossomática.

A criação de um estabelecimento hospitalar implica investimento financeiro de alto porte. Todavia, a comunidade deve se preocupar não apenas com gastar o dinheiro, mas aplicá-lo bem. Após o desenvolvimento das teorias da Organização Racional do Trabalho, instituídas por Frederick Taylor, Henri Fayol e Henry Ford, na década de 20, surgiram os cultores da economia política em termos industriais, como projeção do empresariado. Os economistas modernos, na crença da eficiência administrativa baseada em maximização de resultados com minimização de custos, quase conseguiram artificializar o conceito do hospital comunitário, enquadrando-o na classificação de simples empresa de prestação de serviços. (QUINTO NETO e GASTAL, 1997).

Aceita-se e tem-se propagado a idéia de que o hospital deve ser administrado em moldes empresariais, quanto à aplicação prática das técnicas de previsão, organização, direção e controle, procurando obter os maiores índices de eficiência na mobilização dos recursos humanos e materiais para utilização, de maneira mais racional, pelo paciente atendido.

É possível e perfeitamente lógica a hipótese de, ao fim do exercício financeiro, a instituição hospitalar apresentar saldo favorável de caixa. Todavia, a sobra de numerário deve traduzir uma tecnologia administrativa eficiente, com rigoroso controle na manipulação dos recursos postos a disposição do administrador.

O nosocômio, por definição, acervo histórico e doutrinário, decorre de um anseio comunitário e, sendo a sociedade a representação prática de um agrupamento ordenado de cidadãos, na verdadeira acepção do termo, sua eficiência jamais poderia estar condicionada a conceitos puramente mercantis relativos a lucro. A definição da instituição hospitalar está intimamente ligada à sua importância e ao seu papel nos programas de interesse coletivo, ligados à área da saúde.

O direito à saúde, universalmente reconhecido como inalienável, consta das primeiras declarações aprovadas na Carta de Princípios das Nações Unidas. A Organização das Nações Unidas (ONU) reservou sua vigilância a um organismo específico, consubstanciado na Organização Mundial da Saúde (OMS), criada em 1948 (LAROUSSE, 1995), que em seguida reuniu uma Comissão de Peritos em Assistência Médica em Genebra, no período de 18 a 23 de junho de 1955, quando definiu o hospital como parte integrante de uma organização médica e social, cuja função é prover completa assistência sanitária à população – curativa e preventiva – e cujos serviços alcançam a família e seu meio ambiente. A Comissão, acima referida, ainda, discutiu as funções do hospital geral e sentiu ser impossível limitar suas atividades apenas à esfera restaurativa (diagnóstico e tratamento das doenças), devendo organizar-se no sentido de servir às necessidades preventivas, treinamento do pessoal da área da saúde, ao ensino e à pesquisa bio-social. (CAMPOS, 1978).

A deusa Higéia inspirou os gregos, que consideravam “melior prevenire quam curare” – emprestando à saúde uma tradição milenar. Atualmente, o campo da medicina preventiva torna-se cada vez mais abrangente na vida das grandes populações. Indiscutivelmente, o hospital cristão deveria seguir, perfeitamente, os ensinamentos de Paulo de Tarso, relacionados com a fé, a esperança e a caridade e evidenciando a supremacia da primeira sobre as outras duas. Erigido no conceito filosófico do amor ao próximo, nele se desenvolveu e dele jamais poder-se-á afastar (CAMPOS, 1978).

c) Aspecto Administrativo

Em face de sua estrutura, este tipo de instituição apresenta uma complexidade acentuada para desenvolvimento da técnica administrativa.

Enquanto em outras organizações, os valores em jogo são mensuráveis, em termos administrativos e, muitas vezes, em tecnologia

contábil, o nosocômio apresenta peculiaridades por possuir características diferentes de qualquer organização prestadora de serviços à comunidade.

Por exemplo: quando o equipamento de uma fábrica qualquer apresentar defeito, de ordem mecânica, para análise e controle da qualidade de um produto, receberá a reclamação do consumidor. Tal fato, quando muito, pode representar um prejuízo financeiro ou para imagem do fabricante, perfeitamente mensurável, em termos de contabilidade.

Uma greve, abrangendo estabelecimentos comerciais, redundará em prejuízo, pela redução no atendimento ao público, com reflexos na economia da empresa.

Contudo, qualquer problema dessa natureza, envolvendo um estabelecimento hospitalar, trará prejuízos incalculáveis, pois se reflete no cuidado do paciente. Por quê? Se fosse possível estabelecer uma hierarquia de valores ligados à pessoa humana, concluir-se-ia, sem contestações, ser a vida o seu maior bem.

Lamentavelmente, a maioria dos hospitais brasileiros ainda não conseguiu conscientizar a necessidade de uma política administrativa adequada, comprovada pela escolha de pessoas de nível técnico conveniente, exigível para o seu perfeito entrosamento com a complexidade do trabalho a ser executado. Em política administrativa, vem logo à tona um fator dos mais importantes – o capital humano e sua complexidade.

Em análise comparativa, verifica-se que, enquanto a preocupação dos responsáveis pelo parque industrial está ligada à conservação do equipamento na mais absoluta ordem, buscando melhorar os níveis de aperfeiçoamento, grande número de hospitais insiste em utilizar improvisação e empirismo, como meios para melhoria do capital humano.

Administrar pessoas é bem diferente do controle de equipamentos mecânicos e eletrônicos. E, se uma ou outra coisa ocorrerem no hospital, envolvendo pessoas e equipamentos, o agente executivo deve ampliar seus

conhecimentos em relação aos diferentes aspectos das relações humanas, comunicações, ciência administrativa e direito social para, conhecendo melhor as pessoas, motivá-las para um trabalho eficiente, mesmo diante de uma política salarial não compensadora.

Neste trabalho, fruto de experiência e pesquisa, não se pretende ensinar como administrar um hospital. Quando muito, alertar sobre um problema: a administração hospitalar não consiste apenas na aplicação, pura e simples, dos sistemas e processos da doutrina da organização racional do trabalho, perfeitamente utilizável pelo empresariado, em geral; mas sim, um processo de contínua adaptação da tecnologia administrativa a uma instituição manipuladora do maior valor do ser humano: sua própria vida, cuja principal matéria prima deve ser o trabalhador.

Historicamente, o nosocômio sofreu mudanças em várias direções, do ponto de vista sociológico, e deixou, como dizia Robert Browning, célebre poeta inglês, de ser um lugar para se morrer para se tornar uma fonte de esperança. Legalmente, suas obrigações incluíram maiores responsabilidades pela qualidade dos cuidados prestados e, tecnologicamente, tem sido o lugar privilegiado de desenvolvimento da medicina, resultando em serviços de salvação e melhoria de vida. No entanto, do ponto de vista econômico, responde pelos maiores custos dos cuidados de saúde. Por isto, está reduzindo a frequência de internações e o tempo de permanência dos pacientes, aumentando os serviços ambulatoriais, expandindo e formalizando o compromisso com a qualidade e satisfação do usuário (MEZOMO, 1991). Entretanto, isto só será possível quando se reconhecer o trabalhador como protagonista.

Na opinião de TEIXEIRA (1989), a configuração do cenário hospitalar se caracteriza como um sistema mais humano, apesar de, paradoxalmente, ser uma organização burocrática, com regras e regulamentos para o controle do comportamento e trabalho de seus colaboradores, perdendo grande parte de suas características paternalista e autoritária, e assumindo o caráter de organização funcional, racional e burocrática.

Ainda, segundo esse autor, a sua eficiência moderna está vinculada à adequação de diferentes fatores, como racionalização e controle rígido das tarefas, coordenação organizacional e profissionalização, abrangendo atividades necessárias para garantir o produto final em um ambiente multiprofissional, multifuncional e de alta interatividade.

As atividades, de natureza curativa, destinadas aos hospitais públicos e privados e as preventivas geraram os conceitos básicos de Saúde Pública. Por algum tempo, este quadro limitou a postura de áreas de atuação médica, curativa e preventiva. Contudo, esta divisão vem sendo superada, mesmo porque os organismos com atuação no processo de atenção a saúde vêm percebendo a importância da formação de um sistema integrado, capaz de dividir as atividades e distribuir as responsabilidades, de maneira racional. Vislumbra-se outro momento da evolução dos hospitais, o da medicina integral, cujo atendimento busca prevenção, promoção e reabilitação dos clientes e da população.

Tendo em vista o fato de muitas das condições elementares das organizações hospitalares terem sido alcançadas, o estabelecimento dos níveis de qualidade constitui um grande desafio a ser enfrentado e envolve alocação de recursos materiais, gestão de pessoas, avaliação da capacidade técnica e sua utilização adequada. No entanto, o ponto central dessa questão diz respeito ao compromisso efetivo dos tomadores de decisão com os princípios da qualidade, seja ela referente ao serviço ou à condição humana (BONATO, 2003).

Pelo exposto, pode-se concluir, ao analisar a trajetória do nosocômio, apesar de as limitações científicas e barreiras físico-funcionais terem sido, em grande parte, superadas, que permanece palco de inúmeros dilemas e discussões. Se, hoje, a tecnologia superou os problemas de outrora, trouxe, na sua bagagem, muitos outros não menos preocupantes, como a desumanização da assistência pelos e com os seus trabalhadores, ao transferir para os equipamentos e medicamentos um valor intransferível – o papel do ser humano.

Este panorama traduz o dilema vivido pela administração para gerenciar a diversidade de conflitos, quando desequilíbrios sociais e emocionais emergem por ocasião da internação, traduzindo o estresse contínuo envolvendo paciente, familiar e visitantes e agravado pela carência de programas de adaptação do trabalhador, geralmente desprovido de qualificação e preparo para conviver com as situações *sui generis* do ambiente hospitalar. Cabe à administração encontrar alternativas para transpor barreiras que dificultam a integração do trabalhador na instituição, como: horários inadequados, turnos irregulares, dobra de plantões, duplas jornadas, pouca possibilidade de progresso salarial e acesso a hierarquias superiores, além de grande diversidade de cargos e funções, prejudicando a assimilação da estrutura organizacional pelo servidor (FISCHER et al, 2002, BORGES, 2006).

No campo da saúde, o discurso da relação entre saúde e qualidade de vida, embora bastante inespecífico e generalizado, teve início com o surgimento da medicina social, nos séc. XVIII e XIX, quando investigações começaram a fornecer subsídios para políticas públicas e movimentos sociais.

A visão da intrínseca relação entre condições e Qualidade de Vida e saúde aproxima os clássicos da medicina social da discussão que, nos últimos anos, vem se revigorando na área e tem sua estratégia central norteada pelo conceito da Promoção da Saúde.

Nesse contexto, este estudo pretende analisar a condição de saúde e Qualidade de Vida do trabalhador no setor público estadual, em atividade no campo hospitalar.

1.2 – Promoção da Saúde: bases conceituais e históricas

A Saúde Pública, até meados do século XX, esteve muito mais voltada para o controle das doenças transmissíveis, fiscalização de domicílios e tratamento de doenças, como tuberculose e lepra, por constituírem riscos iminentes para a população; a idéia de se trabalhar com determinantes de saúde e doença, para a redução dos níveis de pobreza e garantia de melhoria da Qualidade de Vida das pessoas, surge posteriormente.

Questionamentos gerados pela impossibilidade de o modelo biomédico interferir, com eficácia, nas condições de vida e saúde da população originaram um movimento de reflexão sobre a atenção à saúde, que, até então, resolvia alguns problemas, mas não superava as iniquidades em saúde. Nas décadas de 1970 e 1980, foi apresentada nova concepção de saúde, considerando a pessoa como um ser integral, cujo bem-estar físico, mental e social, além de estar relacionado aos fatores biogenéticos, era afetado pelo ambiente físico, social, econômico, político e cultural (LALONDE, 1996).

A construção dessa “nova” forma de pensar saúde procurava superar os obstáculos da antiga visão biomédica, cartesiana e fragmentada, ao propor conceitos e modelos mais inclusivos e complexos. Não se tratava da proposta de “nova” ciência, mas da necessidade de construir discursos e práticas para o estabelecimento de outra relação com o conhecimento científico.

A formação de profissionais da saúde pública brasileira foi influenciada, inicialmente, pelas escolas norte-americanas de saúde pública. O modelo explicativo, baseado na história natural da doença, de Leavell e Clark, defendeu a tese de que toda doença tem uma maneira de evoluir e os profissionais deveriam atuar de forma a criar barreiras em distintas etapas

do seu ciclo evolutivo. Para esses autores, a primeira etapa ou primeiro nível de prevenção era a Promoção da Saúde (BUSS, 2003).

Segundo BUSS (2003), o entendimento de Leavell e Clark sobre Promoção da Saúde tinha um “enfoque centrado na pessoa, com projeção para a família ou grupos, dentro de certos limites”, significando um entendimento limitado da Promoção da Saúde, muito diferente do significado a ela atribuído atualmente. Uma das conseqüências dessa interpretação é confundir a promoção com o conceito de prevenção de doenças. Seu significado foi mudando, ao longo do tempo, assumindo maior enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença.

CASTILLO (1993), ao apresentar as diferenças entre promoção e prevenção, considerou que enquanto a prevenção foca as ações específicas para os problemas de saúde, ou seja, as doenças, buscando evitar a ocorrência de enfermidades e a perda do bem-estar, a promoção adota ações gerais, não específicas a problemas ou enfermidades, buscando expandir o potencial positivo da saúde e fomentando o bem-estar.

O termo Promoção da Saúde foi utilizado, pela primeira vez, em 1945, pelo médico canadense Henry Sigerist (PEREIRA et al, 2000), ao estabelecer quatro tarefas essenciais à Medicina: promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento dos doentes e reabilitação, e ressurgiu nos países desenvolvidos, particularmente, no Canadá, promovendo uma ruptura no modelo de assistência à saúde, quando reconheceu pela primeira vez, em 1974, ser a medicina, apenas, pequena parte do processo saúde-doença. Oficialmente, o Ministério da Saúde passou a sugerir a *health promotion* como estratégia-chave para melhorar a Qualidade de Vida e a necessidade urgente de controlar os custos crescentes da alta tecnologia da medicina curativa (LALONDE, 1996).

As mudanças adotadas por Marc Lalonde, Ministro da Saúde e Bem Estar do País, no modelo de atenção à saúde, basearam-se em descobertas no campo da epidemiologia das enfermidades não transmissíveis, ampliando

o conceito de “campo da saúde”, incluindo outros determinantes, como biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção sanitária e atribuindo proporções de importância diferente do modelo tradicional centrado nos cuidados médico-hospitalares; a estratégia adotada objetivava informar, influenciar e assistir pessoas e instituições para assumirem maior responsabilidade com relação às questões de saúde (ROCHA, 2001).

Deste modo, segundo PELICIONI (1999, p. 2), saúde passou a ser vista como *“um meio e um pré-requisito essencial para a vida humana e o desenvolvimento social e não como meta final a ser alcançada ou produto a ser adquirido e deve ser algo em constante mudança e em processo de transformação”*.

BUSS (2003) adota a classificação de Sutherland (1992), que separa a Promoção da Saúde em dois grupos, expressando diferentes visões: 1) aquele que procura enquadrar o comportamento individual, por exemplo, combate ao tabagismo, adoção de dietas alimentares, atividades físicas e aleitamento materno, focado no estilo de vida que prioriza um comportamento mais individual, no máximo, familiar, estendendo-se à comunidade onde vive, seguindo a corrente americana; e 2) aquele que atua sobre seus determinantes e se caracteriza por fatores mais amplos relacionados à Qualidade de Vida, incluindo um padrão adequado de alimentação, habitação, saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação, ambiente físico limpo e apoio social para as famílias e pessoas, com ações voltadas para o coletivo, ou seja, uma intervenção sócio-política, que transcende o setor saúde de acordo com o modelo europeu (RESTREPO e MALAGA, 2001).

MARCONDES (2004), em visão contemporânea, ampliou este conceito ao identificá-lo como um conjunto de estratégias, envolvendo um campo de conhecimentos e práticas transversais a todas as ações e níveis de atenção. Este entendimento se encontra claramente caracterizado na Política

Nacional de Promoção da Saúde, estabelecida em 2006, pelo Ministério da Saúde.

O conceito de Marcondes destaca a Promoção da Saúde como presença obrigatória nas ações, considerando-a como base da política de saúde e, não simplesmente, outro programa de saúde fragmentado e fora do contexto.

O referencial teórico da Promoção da Saúde baseou-se, principalmente, em Conferências Internacionais, iniciadas nos anos 1980, quando países desenvolvidos passaram a se preocupar mais com a eficiência do modelo de atenção à saúde e realizaram eventos, tendo, como cenário, novas concepções do processo saúde-doença.

A Carta de Ottawa, produto da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, considerada marco contemporâneo da Promoção da Saúde, explicitou, no discurso, a necessidade de retomar os valores de justiça social e equidade nas políticas e ações de saúde, ao conceituar Promoção da Saúde como processo de capacitação das pessoas e comunidade para identificar os fatores e condições determinantes da saúde e exercer seu controle, garantindo a melhoria da Qualidade de Vida da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Para WESTPHAL (2008, p. 154) o conceito de Promoção da Saúde trazido pela Conferência de Ottawa “reforça a importância da ação política, das condições ambientais e das mudanças nos estilos de vida, tornando-se referência para o movimento da “nova Saúde Pública”.

Segundo a Carta de Ottawa, as ações comunitárias só serão efetivas com a participação popular garantida, a partir do acesso total e contínuo à informação e às oportunidades de aprendizagem nesta área. Para isto, é imprescindível a divulgação de informações sobre Educação em Saúde, em qualquer espaço coletivo, lar, escola ou trabalho, sob a responsabilidade de diversas organizações. O conceito de promoção encontra-se vinculado às

intervenções voltadas aos determinantes sócio-econômico-culturais das condições de vida da população (PELICIONI, 2008).

As reuniões internacionais posteriores apoiaram-se nos princípios da Promoção da Saúde (*empowerment*, equidade, participação social, intersetorialidade e sustentabilidade) e nos cinco campos de ação estabelecidas pela Carta de Ottawa: construção de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; desenvolvimento de habilidades; reforço da ação comunitária e reorganização dos serviços de saúde. Além de consolidarem a participação de especialistas, com diferentes tipos de formação no movimento da Promoção, deram continuidade à discussão, reforçando e complementando esses propósitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

A Conferência de Adelaide, realizada na Austrália, em 1988, mostrou o papel das políticas públicas na resolução dos problemas de saúde; a Conferência de Sundsvall, em 1991, na Suécia, incluiu o tema ambiente na agenda de Saúde; na Indonésia, em 1998, a Conferência de Jacarta discutiu os efeitos da globalização na economia e destacou a consolidação de alianças, a comunicação, o fortalecimento da responsabilidade social, como instrumentos fundamentais para enfrentar a complexa realidade do setor saúde. Na VI Conferência, realizada na Tailândia em Bangkok, em 2005, a Promoção da Saúde foi definida como processo educativo, envolvendo a responsabilidade pessoal e comunitária (WESTPHAL, 2008).

Optou-se, neste trabalho por destacar a importância do papel da educação para o *empowerment*, também, do trabalhador da saúde, pois, apesar de, na condição de sujeito e cidadão comum, aparentemente, ser favorecido por sua posição de trabalhador do setor, com “facilidade” de acesso às informações sobre prevenção e conseqüências do adoecimento, entre outras questões, não se percebe, contudo, que a informação ou “consciência” tenha se transformado em mudança de atitude.

O conceito de *empowerment*, como desenvolvimento de habilidades individuais (“poder” ou “ganho de poder”) e reforço da ação comunitária, surgiu na Promoção da Saúde com a proposta de incluir participação e Educação em Saúde numa linha de ação para ampliar as possibilidades de envolvimento concreto das pessoas, aumentando o controle sobre suas vidas no espaço local e na sociedade como um todo, garantindo, conseqüentemente, melhor Qualidade de Vida (PELICIONI, 2007).

Segundo PELICIONI (2007, p. 320), “a importância da educação para a Promoção da Saúde é inegável e tem sido reconhecida, através dos tempos, por diferentes autores, como fator imprescindível para a melhoria da Qualidade de Vida”.

VALDIVIESO (2003) apresenta a Educação Cidadã com o propósito de estimular o discernimento dos cidadãos nas esferas políticas, econômicas e sociais e cultivar competências cognitivas para serem protagonistas nas suas relações com o Estado e poder adotar políticas fortalecedoras do capital social. Para ele, a atividade educacional ou capacitação objetiva fomentar as competências das pessoas para se integrarem em suas comunidades e tomarem parte das decisões políticas, de forma democrática e responsável.

Nesse sentido, pode-se considerar Educação em Saúde como atividade essencial para fortalecer as pessoas e capacitá-las para desenvolver suas habilidades e consciência do papel do cidadão na democracia, com o propósito de estimular o seu discernimento nas esferas políticas, econômicas e sociais e cultivar competências cognitivas para se tornarem protagonistas nas relações com o Estado e adotar políticas fomentadoras do capital social (WALLERSTEIN, 1992).

Desta forma, pretende-se, pela Educação em Saúde, ampliar a capacidade das pessoas, principalmente, de profissionais da saúde, como agentes de transformação e participantes dos movimentos de proteção do ambiente e melhoria das condições de vida nos locais de trabalho, visando

promover sua saúde integral e a da comunidade, pela qual são responsáveis, devendo, para isso, adquirir algumas habilidades específicas.

Porém, a proposta de um trabalho humanizado só será possível a partir do reconhecimento da importância do trabalhador no processo de trabalho. Nenhum produto poderá ter qualidade sem primeiro reconhecer a qualidade do produtor e só será possível oferecer serviço humanizado ao usuário depois de garantir atenção humanizada aos trabalhadores.

Nas últimas décadas, o Brasil não tem medido esforços para investir na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Entre essas medidas, destacam-se a Política Nacional de Humanização (PNH) e a agenda de compromisso pela saúde, que contempla o pacto firmado entre os gestores em três dimensões: Pacto em Defesa do SUS, Pacto em Defesa da Vida e Pacto de Gestão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A publicação da Política Nacional de Humanização, em 2004, veio ratificar o compromisso da gestão do Ministério da Saúde na ampliação e qualificação das ações de Promoção da Saúde nos serviços e gestão do SUS. A Promoção da Saúde tem sido indicada como um dos caminhos para o enfrentamento dos dilemas de saúde, vivido neste momento histórico, marcado pela globalização e hegemonia tecnológica. Propõe a interface entre a incorporação de boas práticas e técnicas para saúde pública, fazendo, ao mesmo tempo, proposições articuladas e coerentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

As diretrizes da PNH têm seu alicerce no tripé - usuário, funcionário e gestor - para construção da "Qualidade de Vida" na integralidade humana. Entre seus princípios, destacam-se: promover a aproximação entre gestor e trabalhador; promover a transversalidade, aumentando o grau de comunicação entre as instâncias, trabalhadores e usuários; fomentar o protagonismo do sujeito, incentivando sua capacidade de produção coletiva e tendo, como foco dos seus objetivos, a Atenção Básica, Gestão de Saúde,

Educação Permanente e Saúde do Trabalhador, estabelecendo suas diretrizes no: acolhimento (organizar processo de trabalho para atender à demanda); ampliação da clínica (sob a perspectiva da equipe multidisciplinar; gestão participativa), ampliando a gestão participativa nas organizações, incluindo usuário, trabalhador e gestão na discussão dos processos de trabalho; democratização das relações de trabalho, mediante reformulação das estruturas hierárquicas; valorização do trabalho e do trabalhador; reconhecimento do direito do usuário à saúde; condições de trabalho, incluindo ambiente, planos de cargos e salários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O Programa Prevenir, criado pela SES-SP, é uma estratégia para atender aos princípios estabelecidos na PNH, cujas diretrizes, norteadas pela Promoção da Saúde, busca atender às necessidades de servidores públicos, de acordo com sua realidade de trabalho, pois, na condição de “cuidadores”, carecem urgentemente de cuidados. Este programa propõe adequar as ações de saúde ao perfil epidemiológico e às rotinas dos locais de trabalho, buscando melhorar a Qualidade de Vida e ambiente de trabalho.

Na perspectiva de superar as inúmeras dificuldades, gestores das três esferas de governo buscam, nos pactos, uma nova estratégia de gerenciamento para o SUS: o Pacto em Defesa da Vida, dentre as prioridades, destaca o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços; o Pacto em Defesa do SUS, cujo objetivo é reforçar o SUS como política de Estado, e o Pacto de Gestão, que redefine responsabilidade entre os federados. Nesta direção, o desafio colocado para os gestores do SUS consiste em propor uma política transversal, integrada e intersetorial, fundamentada e sustentada no diálogo entre as esferas governamentais, somadas à co-responsabilidade do setor privado e da participação social (COOPERSUS, 2006, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O adoecimento e a vida saudável não dependem, unicamente, de aspectos físicos e genéticos, são também, diretamente influenciados pelas relações sociais, ao engendrarem formas de acesso à alimentação, à

educação, ao trabalho, à renda, ao lazer, à paz e a ambientes saudáveis, aspectos fundamentais para a qualidade vida.

A ênfase na compreensão mais ampla da saúde, como um processo, no qual se prioriza a vida com qualidade, ao invés de ausência de doença, situa a promoção em oposição crítica à medicalização da vida social, em defesa do posicionamento político em torno de relações sociais mais eqüitativas.

A medicina social, em especial, a dos séc. XVIII e XIX, era orientada por uma perspectiva, predominantemente, “utilitarista” da saúde e entendia a doença como empecilho ao crescimento do País. As condições de vida deveriam ser protegidas para a manutenção da riqueza das nações (BUSS 2000, MINAYO et al, 2000).

Contudo, as repercussões das condições de vida e saúde e suas implicações no crescimento econômico, ganharam novos elementos, no século XX e início do XXI. Segundo MARCONDES (2004), na leitura de Rootman et al (2000), o relatório de Lalonde, em 1974, reafirmava a correlação entre saúde e crescimento econômico: “boa saúde é a base na qual se ergue o progresso social”. Porém, defendia, também, a idéia de uma pessoa saudável poder realizar melhor as coisas e fazer a vida valer à pena, pois à medida do seu progresso, eleva o potencial de obtenção da felicidade.

A perspectiva de felicidade das pessoas, através da eqüidade, já estava reconhecida na Declaração de Alma Ata, na qual a saúde era vista como elemento fundamental, ao mesmo tempo, para a Qualidade de Vida e a paz entre as nações, como consta no 3º item da Declaração: a promoção e proteção da saúde dos povos são fundamentais para o contínuo desenvolvimento econômico e social, contribuindo para melhor Qualidade de Vida e paz mundial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Na década de 1980, a OMS começou a propagar maior amplitude conceitual da saúde, que passou a ser vista como direito humano fundamental e como um conceito positivo, que considera as capacidades

físicas, pessoais e sociais. A partir da Constituição Brasileira, de 1988, e, posteriormente, do SUS, a saúde passou a ser reconhecida como um direito de todos e um dever do Estado, resultante das condições de trabalho e Qualidade de Vida e ambiente (PELICIONI, 2007)

O trabalho é visto como um dos componentes da felicidade humana. “*A felicidade no trabalho é tida como resultante da satisfação de necessidades psicossociais, sentimento de prazer e sentido de contribuição no exercício da atividade profissional*” (MARTINEZ, 2004, p. 59). Assim, o ponto de partida para discutir Qualidade de Vida deve começar pela compreensão de integridade física, social e mental da pessoa, e o ambiente de trabalho parece ser o palco mais adequado para essa discussão.

1.3 – Saúde do Trabalhador

O trabalho jamais está em condição neutra, é motivo de sofrimento ou prazer (DEJOURS, 1994). A origem da palavra trabalho deriva de “trapilho”, que significa chicote com o qual os feitores obrigavam os escravos a trabalharem e expressava sofrimento. No início da civilização, era tido como humilhação, função atribuída somente aos escravos (NARDOCCI, 2008).

Os aspectos doutrinários da “Terceira Revolução Industrial”, também conhecida como Reestruturação Produtiva, com discussão de nova forma de organizar e gerenciar o trabalho, em função da intensidade e rapidez das mudanças de métodos, técnicas e rotinas propõem mudanças radicais na vida e nas relações das pessoas e instituições que se estendem no viver e adoecer (SANTOS 1993, IANNI, 1996)

Características regionais e contínuas mudanças no processo dos distintos setores de trabalho geraram múltiplos efeitos na condição de vida e saúde do trabalhador, exigindo uma reestruturação produtiva e crescente substituição do trabalho humano por tecnologias inteligentes, com repercussões profundas na vida das pessoas (WÜNSCH FILHO, 2004) e, na área da saúde, embora a tecnologia não consiga substituir o valor do ser humano, os efeitos dessas mudanças têm produzido grandes transformações.

Os processos de globalização vêm gerando a desigualdade, advinda de deterioração da Qualidade de Vida, poluição e degradação ambiental, desemprego, elevação dos tipos e níveis de violência, crescimento de movimentos reivindicatórios da classe trabalhadora, aumento da expectativa de vida, com reflexos positivos na avaliação global, mesmo considerando os aspectos negativos do choque de interesses do binômio empresário-trabalhador. Este quadro é resultado das grandes transformações tecnológicas, impostas pela necessidade de reestruturação das empresas no processo de evolução e expansão da economia planetária, traz, junto a

instalação da precarização em um modo novo de dominação, estabelecendo uma situação generalizada de insegurança, como a alta taxa de desemprego; precarização das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores, imposta pela intensificação do trabalho, novas tecnologias, políticas de gestão e organização institucional; flexibilização dos contratos e direitos trabalhistas e sociais; e a busca pelos certificados de qualidade, acirrando a concorrência externa e competição interna, são fatores que retratam o panorama mundial da situação do trabalho, colocando o trabalhador sob pressão permanente (WUNSCH FILHO, 2004).

Tal situação gerou a necessidade de novos paradigmas para assegurar modificações capazes de aperfeiçoar o processo de reestruturação produtiva, facilitando a solução de conflitos, decorrentes de interesses individuais e coletivos de trabalhadores e empresariado.

Há outros aspectos a serem considerados, alguns não contemplados pela legislação trabalhista, como o emprego disfarçado em terceirização e quarterização das atividades laborais, principalmente, nos grandes centros urbanos. Somam-se a estes os efeitos da fragmentação de grandes empresas, por meio de novos modelos de contratos, como as franquias, acarretando sérias complicações no processo de gerenciamento do capital humano, em função das dificuldades para o controle dos padrões de segurança do trabalhador e de sua saúde. As empresas de pequeno e médio porte, dadas a diversidade e complexidade de suas atividades, não estão livres de problemas e têm apresentado grande porcentagem de acidentes de trabalho dentro desse universo, demandando soluções urgentes para a sua redução (MININEL, 2006, MINAYO, 2007).

O sistema de avaliação dos lucros das empresas, nos países capitalistas, onde são priorizados os resultados financeiros, tem proporcionado medidas efetivas de proteção ao trabalhador como principal fator na aferição da qualidade do capital humano. Segundo Marx, é pelo trabalho que a pessoa adquire identidade social e são estabelecidas as relações de reciprocidade. Inevitavelmente, a política socioeconômica

determina as esferas de inserção do ser humano na sociedade, pelo acesso aos bens de consumo. Esta realidade tem afetado, de forma significativa, o papel do trabalhador em seu ambiente de trabalho, percebendo-se como mero instrumento (MININEL, 2006).

Uma análise crítica do contexto empresarial mostrará a instituição hospitalar como a de maior complexidade, sob o ponto de vista operacional.

A instituição hospitalar, vista como organização *sui generis* de alta complexidade operacional, quando comparada aos demais prestadores de serviços, não pode ser avaliada quanto aos níveis de eficiência, em função do seu elevado número de combinações, conforme abordagem em tópico anterior. Ao contrário das outras organizações, no nosocômio, para uma falha nem sempre há conserto, capaz de restaurar a vida.

Estudo de FELLI e PEDUZI (2005) permite evidenciar o setor terciário de prestação de serviços em saúde, caracterizado por produzir bens de consumo não palpáveis e consumíveis no ato de sua produção. Deste modo, o trabalhador estabelece a relação de troca com o empregador, comprador de sua força de trabalho, como uma mercadoria diferenciada, porque seu potencial de barganha é a capacidade de trabalho. Ao adquirir valor de mercadoria, o trabalho, na área da saúde, por se caracterizar como atividade multiprofissional e multidisciplinar, compõe cenário conflitivo de interesses distintos, especialmente, por se desenvolver obrigatoriamente em equipe.

Ao longo dos anos, pesquisadores têm se empenhado em estudar a saúde dos trabalhadores e buscar os determinantes dos desgastes e morbimortalidade dessa população, objetivando subsidiar possíveis intervenções junto às instituições estudadas, para proteger seus trabalhadores atuantes em situações de risco e cargas, em função de sua exposição.

SILVA (1996), estudando carga e acidentes de trabalho, com trabalhadores de enfermagem em instituição hospitalar, elaborou o perfil de saúde-doença e a exposição desses trabalhadores aos diversos fatores, de

forma a comprometer a saúde no ambiente de trabalho. Nessa linha, voltados à exposição a cargas e acidentes de trabalho, aparecem estudos de SARQUIS (1999); GUTIERREZ (2003); NISHIDE et al (2004); CANINI et al (2005), CRUZ (2006), entre outros.

Esses estudos, entre outros, permitiram evidenciar como as formas de organização do trabalho são geradoras dos processos saúde-doença e explicitam a necessidade de conhecer esse *lócus* para entender o processo de trabalho, buscando informações, a partir de percepções dos atores sociais componentes dessa realidade e, só depois de considerar a diversidade, encontrar ferramentas adequadas para nortear possíveis ações para mudanças da realidade de trabalho.

1.3.1 – Antecedentes históricos

Para visualizar o cenário da Saúde do Trabalhador, é preciso resgatar sua história. O campo de conhecimento das relações saúde/doença-trabalho da Medicina Social Latino-Americana construiu seu arcabouço teórico e metodológico a partir dos anos de 1970, sob forte influência da experiência italiana, que enfatizava sua vertente programática, colocando-o na interface com a Saúde Pública, porém, diferenciando-o da Saúde Ocupacional e da Medicina do Trabalho. A diversidade epidemiológica dos agravos à Saúde do Trabalhador varia, englobando, desde doenças provocadas pela introdução de novas tecnologias e organização do trabalho, passando pelas “contaminações” por cancerígenos, solventes, intoxicações por agrotóxicos e acidentes com máquinas agrícolas nas atividades rurais, até chegar aos efeitos para a saúde do trabalho escravo de menores e mulheres (FREITAS et al, 2000).

Essa discussão, iniciada tardiamente nos países em desenvolvimento, não aborda questões muito diferentes daquelas dos desenvolvidos.

A área de Saúde do Trabalhador, no Brasil, tem conotação própria, reflexo da trajetória que lhe deu origem, e vem constituindo seu marco referencial, corpo conceitual e metodológico, percurso próprio dos movimentos sociais marcado por resistência, conquistas e limitações nas lutas coletivas por melhores condições de vida e trabalho.

O avanço científico da Medicina Preventiva e Social e da Saúde Pública, durante os anos de 1960 e na década de 1970, ao suscitar o questionamento das abordagens funcionalistas, ampliou o quadro conceitual do processo saúde/doença, inclusive, na sua articulação com o trabalho, e reformulou o entendimento das relações entre o social e as manifestações patológicas. Nesse campo de reflexão, questionam-se as limitações dos modelos vigentes e se criam alicerces para o surgimento de nova forma de apreender a relação trabalho-saúde, intervir nos ambientes de trabalho e introduzir, na Saúde Pública, práticas de atenção à saúde dos trabalhadores (MINAYO-GOMEZ, 1997).

A União Européia, diante dos efeitos da globalização, tem buscado caminhos alternativos para o enfrentamento dos novos problemas surgidos na saúde ocupacional. O Fórum realizado pela *European Agency for Safety and Health at Work*, cujo tema central discutiu a mudança do mundo do trabalho (Changing world of work – CWW), foi evento importante neste sentido, e outros meios de comunicação, como pesquisas, revistas e sites, têm sido incentivados para estimular as informações nessa área (NIOSH, 2003).

O impacto gerado pela reorganização e mudança dos objetivos e estruturas das empresas pode ser considerado fator importante para elevação dos acidentes de trabalho e o surgimento de novas doenças ocupacionais.

Para enfrentar tais situações, a *Occupational Safety and Health (OSH)* – Saúde e Segurança Ocupacional criou a *Agency report on contractual relationships*, focada no intercâmbio das organizações para cooperação

entre clientes e fornecedores, elevando sua sinergia. A proposta inclui: centralização do equipamento de proteção ao trabalhador; colaboração com o fornecedor para o entendimento do problema; aumento da cooperação e comunicação entre empregados do fornecedor e do empregador da empresa interessada; elevação dos níveis de segurança em função da melhoria do meio ambiente; e mudança de papel dos gerentes de segurança, possibilitando a troca de idéias em busca do aprimoramento de níveis de segurança (NIOSH, 2003).

No Brasil, o quadro não é diferente, pois, a partir da abertura para o mercado internacional, ainda no período colonial, por Decreto Imperial de D. João VI, ao abrir os portos da Colônia para as nações amigas e, posteriormente, no governo de Juscelino Kubistcheck, com a entrada da Volkswagen, empresa alemã, na década de 1950, seguida de outras empresas de grande porte e com Fernando Collor, quando a abertura total das importações e exportações aumentou, ainda mais, o monopólio das indústrias multinacionais. A partir daí, foram criadas inúmeras organizações, com o objetivo de proteger o trabalhador.

Instituída em São Paulo, 1978, a Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho (CISAT) objetivava acumular forças para dar sustentação à luta dos movimentos sindicais, tornando-se, dois anos depois, o “DIEESE da Saúde” - Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Sócio-Econômicos. Posteriormente, o Departamento Internacional de Estudo e Pesquisa de Saúde do Trabalhador (DIESAT) teve importante papel, ao subsidiar os sindicatos na discussão sobre a superação da estrutura voltada para o assistencialismo, herança do Estado Novo, transformando-a nas assessorias sindicais em saúde e trabalho, importante instrumento de luta pela saúde no trabalho e sua relação com o Estado (LACAZ , 1997).

No final de 1980, foi criado o Instituto Nacional de Saúde no Trabalho (INST), primeiro órgão de assessoria técnica em saúde no trabalho, instituído por entidade ligada à Central Única dos Trabalhadores (CUT), com a finalidade de “(...) responder a uma necessidade premente da CUT e seus

sindicatos: contar com um órgão técnico altamente capacitado para assessorá-los nos diversos terrenos da atuação contra os acidentes e doenças do trabalho, nos locais de trabalho; na negociação coletiva das condições de trabalho; nas ações junto às instituições públicas”, entre outras questões (RIBEIRO, 1999).

A Reforma Sanitária propôs nova concepção de Saúde Pública, incluindo a Saúde do Trabalhador. A experiência acumulada nos Estados e municípios com os Programas de Saúde do Trabalhador (PST), nos anos 1984-86, permitiu a inscrição da Saúde do Trabalhador na Constituição de 1988, cujo artigo 200 estabeleceu como atribuições do SUS as ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica e de Saúde do Trabalhador (LACAZ, 1997).

Esse preceito foi normatizado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 em seu artigo 6º, parágrafo 3º, regulamentando os dispositivos constitucionais sobre Saúde do Trabalhador como “um conjunto de atividades destinadas, através das ações de Vigilância Epidemiológica e Sanitária, para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho” (BRASIL, 1990), abrangendo:

I – assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II – participação, no âmbito de competência do SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III – participação, no âmbito de competência do SUS, de normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, produtos, máquinas e equipamentos que apresentam riscos à Saúde do Trabalhador;

IV– avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V – informação ao trabalhador e sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho e os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI– participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de Saúde do Trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII – revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo, na sua elaboração, a colaboração das entidades sindicais; e,

VIII –garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, setor de serviço ou todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

As diretrizes das ações de vigilância em Saúde do Trabalhador, no SUS, foram consolidadas pela Portaria Ministerial nº 3.120 de 1/06/1998, ao prever universalidade das ações, independentemente dos vínculos empregatícios formais no mercado de trabalho; integralidade das ações nos processos de trabalho; plurinstitucionalidade por meio de ações articuladas entre instância de vigilância em Saúde do Trabalhador; controle social, com a incorporação dos trabalhadores e seus representantes nas etapas da vigilância em Saúde do Trabalhador; hierarquização e descentralização, consolidando o papel dos municípios e dos distritos sanitários como instâncias de desenvolvimento de ações; e interdisciplinaridade, incorporando diversas áreas de conhecimento técnico com saber operário, abrindo campo de ação inovador e transformador das condições de vida e de trabalho (VILELA, 2001).

LACAZ (1997, p. 12) acredita que, “no tocante à proposta programática em saúde dos trabalhadores, persiste uma séria dificuldade, que diz respeito à falta de sensibilização de profissionais de saúde da rede básica para os problemas de saúde relacionados ao trabalho”. Digna de registro é a atuação de Programas de Saúde do Trabalhador e dos Centros de Referência de Saúde dos Trabalhadores (CRST), nas grandes cidades, ter trazido mudança no perfil e magnitude das estatísticas de doenças profissionais no País, apesar da persistência do elevado sub-registro, em importantes estados, como São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, particularmente entre 1990 e 1992, ao lado do desenvolvimento de sistema de análise de dados de doenças e acidentes do trabalho, permitindo estudos epidemiológicos pela Previdência Social, visando o controle da insalubridade e periculosidade dos ambientes e condições de trabalho.

A mesma modificação não ocorreu nas estatísticas de acidentes - tipo e de trajeto, mesmo após a Lei nº 8.213/91, relativa aos Benefícios da Previdência Social, ampliando a possibilidade de notificação dos acidentes, além da empresa. Paradoxalmente, dados publicados em 1993 e 1994 acompanham a tendência de queda do número absoluto, ocorrendo, desde 1987, refletida no descredenciamento de hospitais contratados pela Previdência Social para atendimento às vítimas de acidentes de trabalho, alegando ausência de cobertura financeira dos gastos e inobservância pela rede de hospitais de emergência, inclusive, os públicos e universitários, da burocracia de papéis imposta pela Previdência Social para o registro desses acidentes. Aliada a isto, persiste a recusa da notificação dos acidentes e doenças do trabalho pelas empresas e, até, a omissão do próprio trabalhador, pressionado com a ameaça de demissão, se o fizer. Quando se analisa a situação dos organismos da esfera federal, com atuação no campo da saúde dos trabalhadores, especialmente, os vinculados aos Ministérios do Trabalho e da Previdência Social, observa-se a persistência da dicotomia e pulverização de ações concorrentes entre tais órgãos e os da área do Ministério da Saúde, que difere dos outros pela maior expressão operacional

das Secretarias estaduais e municipais de saúde, pela capilaridade de sua rede de serviços (LACAZ, 1997).

A isto se soma a necessidade de superar a fragilidade operacional do SUS, que, embora correta como proposta estratégica, padece de vontade política e capacidade gerencial, paralelamente, encontrando sérias resistências conservadoras à sua concretização. Para superar esta dificuldade deverá o SUS sensibilizar gestores, como parte de uma vasta mobilização no plano político, cultural e sindical.

Um dos caminhos a ser trilhado, considerado tarefa central nesta luta é a formação de recursos humanos, com visão clara de sua função social. Neste sentido, ressalta-se o papel desempenhado pelo Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (CESTEH), da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), do Ministério da Saúde, que tem formado centenas de profissionais de várias profissões, oriundos das diferentes regiões do País, por intermédio de cursos de especialização em Saúde do Trabalhador. A multiplicação desses cursos, em outros Estados do Brasil, compõe um quadro de descentralização e regionalização da formação, salutar, por respeitar as especificidades e deve ser estimulada. Nas instituições, persiste e se agrava o problema da dicotomia e desarticulação das diversas instâncias com atuação no campo da saúde e trabalho, que não se resolvem, apenas, com a criação de Comissões Interinstitucionais, porque envolve poder e busca de legitimação (RIBEIRO, 1999). Entretanto, as conferências nacionais têm desempenhado papel fundamental nesta discussão.

A I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em Brasília, no período de 1 a 5 de dezembro de 1986, objetivou viabilizar a “saúde como direito do cidadão e dever do Estado”. A continuidade da discussão e do aprofundamento de temas específicos serviu, não só para construir bases sólidas para o desenvolvimento do processo, mas, principalmente, para subsidiar a Assembléia Nacional Constituinte, para que

incorporasse, no texto legal, um elenco de medidas capazes de tornar reais as transformações no Setor Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986).

Entre os temas selecionados como os mais expressivos para o estabelecimento de um Sistema Nacional de Saúde, capaz de responder aos anseios da população, situa-se a questão saúde e trabalho. Após a realização de pré-conferências em 20 Estados, um conjunto de questões significativas para a Conferência foi incorporado em três temas:

- 1– Diagnóstico da situação de Saúde e Segurança dos Trabalhadores;
- 2– Novas Alternativas de Atenção a Saúde dos Trabalhadores;
- 3– Política Nacional de Saúde e Segurança dos Trabalhadores.

O entendimento do termo Saúde do Trabalhador extrapola os limites da saúde ocupacional, podendo ser conceituado como resultante de um conjunto de fatores de ordem política, social e econômica. Em síntese, Saúde do Trabalhador significa: condições dignas de vida; pleno emprego; trabalho estável e bem remunerado; oportunidade de lazer; organização livre, autônoma e representativa de classe; informação sobre todos os dados referentes a direitos. Portanto, no plano legal, o direito à saúde precisa expressar, também, “direito ao trabalho, informação, participação e direito ao lazer” e outros.

A realização da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST) foi o marco de uma área no espectro da atenção à saúde no País. A concepção e o formato desse primeiro encontro consagraram a articulação entre política e técnica e fixaram os critérios de representação, ao tornar o usuário deste sistema – o trabalhador – elemento chave para as tomadas de decisão no setor. Assim, a I Conferência pode ser entendida como o início do processo de elaboração de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o Brasil.

A 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em Brasília, de 13 a 16 de março de 1994, cujo tema central "Construindo uma

Política de Saúde do Trabalhador", representou um avanço para a formulação desse caso particular de política pública (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994).

Essa questão central foi desdobrada em temas a ela subordinados, na tentativa de recortar e limitar problemas em proposta ampla e complexa, envolvendo diferentes aspectos políticos e técnico-científicos e possibilidades de encaminhamento, onde se estabeleceu os seguintes temas complementares: desenvolvimento, meio ambiente e saúde; cenário da Saúde do Trabalhador de 1986 a 1993; e estratégias de avanço na Construção da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. A temática foi desenvolvida no âmbito das etapas prévias (municipais, regionais e estaduais) e no da etapa nacional, da forma considerada melhor pelos grupos organizadores das etapas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994).

A III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em Brasília, de 9 a 12 de novembro de 2005, utilizou um documento de apoio, com o objetivo principal de servir de referência histórica às discussões e deliberações das etapas municipal, estadual e nacional, com contextualização histórica da Saúde do Trabalhador no Brasil, seguida de propostas de reflexão nos painéis e aprofundamento nas três plenárias temáticas da III CNST, definidas pela Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, com vistas à proposição de formas adequadas à sua operacionalização, refletindo o desejo de controle social do SUS e garantia de responsabilidade do Estado pelo desenvolvimento de política nacional, abarcando conhecimento produzido, experiência brasileira e de outras nações sobre questões de segurança no trabalho e atenção à saúde dos trabalhadores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A III CNST contemplou três eixos temáticos para aprofundamento:

1– como garantir a integralidade e a transversalidade da ação do estado em saúde dos(as) trabalhadores(as)?

2– como incorporar a saúde dos(as) trabalhadores(as) nas políticas de desenvolvimento sustentável no País?

3– como efetivar e ampliar o controle social em saúde dos(as) trabalhadores(as)?

Na atenção à Saúde do Trabalhador são indissociáveis as ações de promoção, de prevenção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, requerendo abordagem necessariamente inter e transdisciplinar nas áreas do conhecimento de ciências médicas e política, toxicologia, engenharia, higiene, ergonomia, administração e economia.

No cumprimento de preceito Constitucional, os Ministérios do Trabalho, da Previdência e da Saúde contam com órgãos de deliberação colegiada, respectivamente, os Conselhos do Trabalho, da Previdência Social e Nacionais de Saúde. O Conselho Nacional de Saúde dispõe da Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador (CISAT).

A partir da principal Resolução tirada da II CNST, referente à unificação, no SUS, das ações de Saúde do Trabalhador, implantada pela Portaria do MTb nº 3.214/78, foram introduzidas modificações na Norma Regulamentadora - NR 4, que trata do Serviço Especializado de Engenharia e Segurança e Medicina do Trabalho e suas competências, destacando a obrigatoriedade de colocar em prática o Programa de Controle Médico de Saúde ocupacional em todos os locais em que houvesse trabalhadores (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2005).

– **SEESMT – Serviço Especializado de Engenharia e Segurança do Trabalho**, obrigatório para as empresas de natureza privada, é mantido pelo empregador, por serviços assistenciais da própria empresa, convênios e cooperativas médicas e está subordinado ao SUS, por força do art. 6º parágrafo 3, item VI da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. A obrigatoriedade da implantação desse programa nas empresas é estabelecida, de acordo com classificação, segundo o grau de risco da atividade desenvolvida e número de trabalhadores, cujos parâmetros são

definidos pela NR-4, objetivando reconhecer, avaliar e controlar as causas de acidentes e doenças (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1995).

– **PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional**, obrigatório em todo local onde houver trabalhador contratado sob o regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), cujas diretrizes estão definidas na NR-7, revisadas em 1994 e 96, é considerado um avanço nas ações de saúde, por ampliar a cobertura da população trabalhadora. Norteado por postura pró-ativa, contempla exames médicos, avaliação de riscos e seu controle e deve estar articulado com o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (MINISTÉRIO DO TRABALHO e EMPREGO, 1995).

– **PPRA – Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais**, é norteado por proposta pró-ativa de antecipação e prevenção e controle de problemas, regulamentado por NR-9 e Portaria 3.214/78 do Ministério do Trabalho e Emprego (MINISTÉRIO DO TRABALHO e EMPREGO, 1995).

Uma de suas desvantagens é se tornar um instrumento burocrático capaz de identificar apenas os riscos mensuráveis, classificados e localizados fisicamente, e não se consideram, como ilustra a pesquisa de ALMEIDA (2003), interações entre riscos capazes de potencializar as condições de adoecimento.

– **COMSAT – Comissão de Saúde do Trabalhador**, instituída nas unidades da Secretaria de Estado da Saúde pela Resolução SS nº 5 de 16/01/2006, em substituição a CIPA, tem, como objetivos, a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho e a análise das interfaces deste com os riscos ocupacionais, visando à promoção da melhoria das condições de trabalho e Saúde do Trabalhador (SES-SP, 2006).

Mesmo com todos estes programas, GOMES e LACAZ (2005) chamam atenção para a falta de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST), capaz de garantir a efetividade de ações na Promoção da Saúde dos trabalhadores, prevenção de agravos e atenção aos problemas. Isto se deve, segundo os autores, a deficiências históricas na efetivação das

políticas públicas e sociais no País, baixa cobertura do sistema de proteção social e fragmentação do sistema de seguridade social concebido na Constituição de 1988 para funcionar integralmente, somados à reestruturação produtiva, que tem transformado, de forma profunda, a configuração do mundo do trabalho. Por fim, ressaltam a persistência na ausência de um diagnóstico sobre “a situação de saúde dos trabalhadores brasileiros, capaz de fundamentar planos de ação viáveis, de acordo com o quadro real de necessidades”.

Apesar de todas as conquistas e avanços nos últimos 20 anos, a legislação ainda está focada no trabalho operacional e tratou da Saúde do Trabalhador das indústrias, mostrando pouca evidência de preocupação com os aspectos psicológicos do seu adoecimento. Diante das mudanças contemporâneas nas relações de trabalho, o modelo convencional de Saúde do Trabalhador não acompanhou e nem abrangeu os efeitos do movimento mundial de reestruturação produtiva, com forte impacto na vida e saúde de grande parcela de trabalhadores informais, ignorando a questão ambiental, de extrema relevância para a consciência social, e reclamando protagonismo dos trabalhadores nos locais de produção, espaços de reprodução e exercício da cidadania (LACAZ, 2000).

Segundo WÜNSCH FILHO (2004), a maior parte dos trabalhadores morre devido a violências e acidentes de trajeto, coincidindo com o perfil de morbi-mortalidade da população brasileira, cujos óbitos, por causas externas, são superados apenas pelas enfermidades cardiovasculares. Há necessidade de ajustes e adaptações na aplicação do conceito de “processo de trabalho” às novas situações de produção; para tanto, apresenta-se, como desafio, a construção de “novos conceitos e categorias, capazes de darem conta da compreensão ampla e majoritária do universo de trabalhadores sem vínculos formais e desempregados.

É preciso investir no conhecimento dos tipos de agravo à saúde em setores com problemas cumulativos, provocados pela labilidade dos vínculos

trabalhistas, como: terceirizações, cooperativismo, trabalho informal e mesmo familiar, além do desemprego.

De acordo com matéria da revista Diálogos, baseada em informações de pesquisa da Organização Internacional do Trabalho (OIT), no mundo, 160 milhões de pessoas sofrem de males associados ao trabalho. Destes, pelo menos 2,2 milhões morrem, anualmente, em decorrência de doenças laborais e acidentes provocados pelas más condições de trabalho. Entre as enfermidades, estão presentes: transtornos mentais (depressão, ansiedade, síndrome do pânico e outras), distúrbios osteomoleculares, cardiopatias, dores crônicas e problemas circulatórios. Constam como categorias mais afetadas os bancários, professores, profissionais de telemarketing, comércio, motoristas de ônibus, controladores de voo e trabalhadores da saúde. No Brasil, entre 1990 e 2003, 70% dos novos empregos eram informais, e das novas ocupações, 90% integravam o setor de serviços. Outro dado revelador - em 2002, 54,8% das pessoas ocupadas no País não contribuíam para previdência pública ou privada, evidenciando flagrante falta de proteção social (REVISTA DIÁLOGOS, 2007),

Embora as estatísticas do Ministério da Previdência Social (MPS) registrem uma queda de 42% dos acidentes de trabalho fatais, vale lembrar que esses dados se limitam aos trabalhadores registrados. Acidentes não-fatais, de gravidade variável, além de serem mais comuns, são responsáveis pela maior carga de doenças (SANTANA, 2005).

Mesmo com a queda, acima referida, o Brasil é recordista mundial de acidentes de trabalho, registrando 3 mortes a cada duas horas, e três acidentes não fatais a cada minuto. Oficialmente, são registrados 390 mil acidentes, por ano. Considerando as atividades informais, o MPS estima que alcança 1,5 milhões/ano (FACCHINI, 2005).

Os dados apresentados, acima, descrevem um quadro panorâmico dos efeitos do trabalho. Este quadro, embora genérico, não é diferente no setor saúde.

Resultados apresentados pela pesquisa de SALA et al (2008) justificam a preocupação dos órgãos públicos com o adoecimento de trabalhadores do setor saúde e conseqüente absenteísmo. Em um universo de 22.239 trabalhadores da administração direta da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo, exceto aqueles sob regime da CLT (16%), no ano de 2004, os maiores percentuais de absenteísmo ocorreram entre auxiliares de enfermagem 4,5% e enfermeiros 3,8%. Ao universo desse estudo foram agregados dados referentes a licenças médicas (licença inicial ou prorrogação de licença), concedidas pelo Departamento de Perícias Médicas do Estado (DPME) e publicadas no Diário Oficial do Estado, no ano de 2004, relativas a trabalhadores da saúde, lotados em hospitais da Região Metropolitana de São Paulo, onde se concentram 76,7% da força de trabalho do Estado. Resultados indicam a necessidade de se estabelecerem políticas incidentes na organização do trabalho, com intervenções inovadoras nos espaços profissionais, com vistas a apreender, além da dimensão dos riscos ambientais, as relações intersubjetivas nos ritmos e fragmentação do trabalho.

Ainda, segundo esses autores, a questão do absenteísmo no trabalho pode ser categorizada quanto ao tipo de ausência: voluntário (por razões particulares), legal (faltas amparadas por lei, como licença gestante, licença prêmio), compulsório (impedimentos de ordem disciplinar) e por doença, quando se podem distinguir as patologias não relacionadas ao trabalho, das ocupacionais e as motivadas por acidente de trabalho, além do absenteísmo motivado por outros fatores relacionados ao empregador e ao trabalhador.

Na Secretaria Estadual de Saúde, há uma proporção de absenteísmo motivado por licença médica, de 3,16%, com custo anual direto, decorrente da ausência ao trabalho, da ordem de 23 milhões de reais. Transtornos mentais, doenças osteoarticulares e do aparelho circulatório, lesões e conseqüências de causas externas e neoplasias são os principais diagnósticos relacionados ao número de dias de licenças médicas solicitadas por trabalhadores da saúde. Porém, o ambiente organizacional

em serviços de saúde, particularmente, em hospitais, também, tem sido apontado como fonte de doença e absenteísmo. A primeira é o sistema de turnos de trabalho, as outras são os riscos biológicos, físicos e químicos no ambiente hospitalar e a sobrecarga física, decorrente de esforços repetitivos, postura de trabalho prolongado em pé, posturas inadequadas de trabalho e levantamento de cargas, característica de alguns setores (SALA et al, 2008).

Levantamento realizado pelo Departamento de Perícias Médicas do Estado de São Paulo, em 2006, alerta para o índice de absenteísmo e suas causas, revelando que a maior parte dos problemas poderiam ser atenuados com medidas de Prevenção e Promoção da Saúde, do tipo alimentação saudável, atividades físicas, controle de tabagismo e condições favoráveis ao bem-estar psicológico, conforme ilustra a figura 7 do Anexo 7.

1.3.2 – Vigilância em Saúde do Trabalhador

Estratégias de promoção e Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST), desenvolvidas nos últimos anos de prática do SUS, mostram possibilidades e dificuldades em desenvolver ações intersetoriais de promoção e prevenção. Além das instituições públicas envolvidas, como o SUS, os Ministérios Públicos, do Trabalho e da Previdência Social, o órgão ambiental regional e o poder legislativo, o conceito de intersetorialidade inclui, ainda, a participação dos trabalhadores e suas representações, como elemento fundamental para a garantia de qualidade técnica e política das ações em Saúde do Trabalhador. Em consonância com esses modelos, a vigilância objetiva o controle dos modos de transmissão de doenças e de fatores de risco. A eficácia desse modelo, restrito às ações intra-setoriais do setor saúde, foi questionada pela medicina social, colocando como paradigma outra visão do processo saúde-doença, centrada nos processos sociais. Os limites das ações de vigilância esbarram em características da própria sociedade: problemas relacionados à equidade, distribuição de renda e

participação da população na construção das políticas públicas e no controle das ações de governo (DIAS, 1994).

É tarefa do setor saúde, em suas esferas de decisão, dialogar com outros setores acerca da avaliação e parâmetros sanitários quanto à melhoria da Qualidade de Vida da população, ao intentar construir suas políticas específicas. Para o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006, p. 12)

“A Promoção da Saúde se apresenta como mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial capaz de dialogar com as diversas áreas do setor sanitário, outros setores do Governo, o setor privado e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto a Qualidade de Vida da população onde todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida”.

A melhoria da Qualidade de Vida e saúde da população não se limita ao sistema de saúde, pois depende de como a sociedade se organiza e prioriza suas necessidades. Muitos avanços têm ocorrido, em especial, com a criação dos Conselhos de Saúde, nos três âmbitos de gestão, e o processo de preparação e realização das Conferências Nacionais de Saúde. Tais avanços, no entendimento de MACHADO e PORTO (2003), não têm sido suficientes para redirecionarem os paradigmas médico-assistenciais e sanitários, que vêm orientando as ações clássicas do setor saúde. As práticas clássicas de vigilância, ainda, não sofreram mudanças estruturais, embora tenham ocorrido avanços localizados, como formação de recursos humanos e infra-estrutura institucional.

Na vigilância epidemiológica, a ênfase é o controle das doenças e na sanitária destaca-se o controle dos serviços de saúde, fármacos e produtos gerais de consumo humano, como alimentos e produtos de uso doméstico, além de outros estabelecimentos e o exercício profissional. Por fim, na vigilância ambiental, privilegia-se o controle de fatores ambientais biológicos e não-biológicos, como: vetores, animais transmissores da raiva, água de

consumo humano e fatores físicos e químicos relacionados à contaminação ambiental. Nessa setorialização da vigilância não ficam claros o papel e limites das ações intra-setoriais da Saúde, o como, quando e de que forma devem ser desenvolvidas ações intersetoriais (MACHADO e PORTO, 2003).

O conceito de Vigilância em Saúde ainda pode ser visto de forma restrita, como monitoramento de doenças resultantes da conjugação do atendimento clínico e acompanhamento de populações expostas, mediante uso de indicadores biológicos de exposição e efeitos subclínicos e inclui Promoção da Saúde, atuação sobre os determinantes sanitários, coleta, análise e disseminação de informações sanitárias e atenção clínica.

De qualquer modo, é certo que a lógica clássica de intervenção sanitária não dá conta de uma série de problemas de saúde, dentre eles, causas externas e doenças crônico-degenerativas e campos da Saúde Mental. Quanto mais distantes os processos saúde-doença estiverem da lógica do modelo assistencial-sanitarista, maior a necessidade de serem construídas práticas alternativas, objetivando superar seus limites intrínsecos. Nesses casos, quanto mais são analisadas as gêneses desses riscos e seus efeitos, mais se encaminha para um emaranhado de políticas públicas, práticas sociais e processos decisórios fora do âmbito do setor saúde. O entendimento das características do modelo de desenvolvimento e da origem dos riscos e respectivas populações expostas, inclusive, trabalhadores, em determinado período e região, a partir dos processos sociopolíticos, socioeconômicos, culturais, tecnológicos, produtivos, legais, institucionais, entre outros, é a base para a construção de novas práticas de promoção. A discussão sobre Vigilância da Saúde segue nessa direção, ao propor os pilares de novo modelo de vigilância, organizado e capaz de privilegiar a construção de políticas públicas, atuação intersetorial e intervenções particulares e integradas de promoção, prevenção e recuperação, relacionadas a problemas e grupos populacionais específicos (MACHADO e PORTO, 2003).

A saúde dos trabalhadores constitui um dos objetos integradores das ações de Saúde Pública, por seu potencial articulador das ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e serviços de saúde, as três grandes áreas de atuação do setor saúde. MACHADO e PORTO (2003) defendem a idéia de Cordoni, ao dizerem que essa rede de caráter intra-setorial é estabelecida pelo desenvolvimento sistemático das ações de VST e se amplia para um conjunto de instituições e atores sociais, configurando uma série de pontes intersetoriais.

A possibilidade de identificar a relação de problemas de saúde com as atividades de trabalho e os riscos derivados dos processos produtivos é crucial para a definição mais adequada de prioridades e estratégias de prevenção e Promoção da Saúde do Trabalhador. Entre as características básicas do campo de práticas e saberes, denominado Saúde do Trabalhador, destacam-se:

- busca da compreensão das relações entre trabalho, saúde e doença dos trabalhadores, para fins de promoção e proteção – nesta, incluída a prevenção de agravos, além da assistência mediante diagnóstico, tratamento e reabilitação;
- ênfase na necessidade de transformações dos processos e ambientes de trabalho, com vistas à sua humanização, conforme prevista pela PNH;
- abordagem multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial para a relação saúde-trabalho ser entendida em toda complexidade;
- participação fundamental dos trabalhadores como sujeitos no planejamento e implementação das ações; e
- articulação com as questões ambientais, uma vez que os riscos dos processos produtivos afetam o meio ambiente e a população geral.

O agir sanitário envolve, fundamentalmente, o estabelecimento de uma rede de compromissos e co-responsabilidades em favor da vida e da criação das estratégias necessárias para sua existência, (...) ratificando-se a indissociabilidade entre esses planos de atuação. Para o MINISTÉRIO DA SAÚDE, (2006, p.8):

“A saúde, como produção social de determinação múltipla e complexa, exige a participação ativa dos sujeitos envolvidos na produção – usuários, movimentos sociais, trabalhadores da saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores na análise e na formulação de ações visando à melhoria da Qualidade de Vida”.

É imprescindível reafirmar a necessidade de se integrar o trabalho na análise dos condicionantes da saúde da população, em geral, por estar diretamente associado às formas de adoecimento. Como afirma DEJOURS (1986), o trabalho jamais é neutro em relação à saúde: é operador de saúde ou patogênico. O campo da Saúde do Trabalhador se originou na luta dos trabalhadores pelo direito à saúde, no bojo da Reforma Sanitária, propondo o processo de trabalho como categoria de fundamental importância para análise das relações entre trabalho e saúde, visando intervir no processo, incorporando experiência e subjetividade dos trabalhadores para construir uma visão de saúde como luta contínua, uma conquista permanente em meio às forças políticas.

Neste sentido, a Promoção da Saúde é vista como uma estratégia de articulação transversal, conferindo “visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e as diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos redutores de situações de vulnerabilidade, que defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A ampliação do comprometimento e co-responsabilidade entre trabalhadores da saúde, usuários e seu território alteram os modos de

atenção e gestão dos serviços de saúde, tornando a produção de saúde indissociável da produção de subjetividades mais ativas, críticas, envolvidas e solidárias, exigindo, simultaneamente, a mobilização de recursos políticos, humanos e financeiros, extrapolando o âmbito da saúde. Deste modo, “coloca-se no setor saúde o desafio de construir a intersetorialidade” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 10).

O processo de construção de ações intersetoriais possibilita a ampliação da capacidade de análise e transformação de cada setor, influenciando no seu modo de operar, a partir do convívio com a perspectiva dos outros setores, e abrindo caminho para os esforços de todos serem efetivos e eficazes. Pode, também, romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-adoecimento e reduzir a vulnerabilidade, riscos e danos nele produzidos, além de evitar desperdício de recursos públicos, reduzindo a superposição de ações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

1.4 – Qualidade de Vida: uma construção social

Não é mais possível discutir a vida sem analisar sua qualidade e qualificações como boa, ruim, prazerosa, sofrida, valiosa, entre outras.

Qualidade de Vida é uma noção polissêmica, eminentemente humana, e pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos considerados “uma construção social com marcas da relatividade” por determinada sociedade como seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, refletindo conhecimentos, experiências e valores das pessoas e coletividades numa determinada época, espaço e histórias, sendo, portanto, uma construção social com marca da relatividade cultural (MINAYO et al, 2000).

Após a II Guerra Mundial, com o início do crescimento econômico e elevado ritmo de produção industrial, especialmente, nos Estados Unidos, os riscos e, conseqüentemente, os acidentes de trabalho passaram a ser preocupação da Saúde Pública. Nessa época, também, a sociedade iniciou a discussão a respeito da qualidade do ambiente, que passou a fazer parte da pauta política de países e agências e organismos internacionais, como a Organização das Nações Unidas - ONU (NARDOCCI, 2008).

Estudos sobre Qualidade de Vida começaram a ser elaborados por especialistas ligados a vários campos do conhecimento, como economia, sociologia, medicina, psicologia, saúde pública e outros, e suas concepções abordadas, freqüentemente, em trabalhos científicos e não científicos, com roupagem objetiva e subjetiva, individual e coletiva.

A multiplicidade de abordagens, muitas vezes, tratada sob a ótica privilegiada de uma especialidade, cria dificuldades para o estabelecimento de concepções, porque não havendo consenso, a avaliação e mensuração da Qualidade de Vida tornam-se difíceis, emperrando o planejamento e a implementação de ações neste sentido.

Embora o enfoque deste estudo seja especificamente o ambiente de trabalho, vale considerar o fato de a maior parte do dia e da vida da maioria das pessoas se passar nesse ambiente. Porém, não se deve deixar de reconhecer outras possibilidades de abordagens, como a qualidade associada à vida cotidiana. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), estabelecido pelas Nações Unidas, ao utilizar indicadores individuais e coletivos para avaliar os níveis de vida, contribui para a avaliação da Qualidade de Vida dos seres humanos, em geral.

Falar de vida e de seu valor, em todos os seus aspectos concretos, psicológicos e filosóficos inseridos em ambiente físico, social, político, econômico, espiritual e cultural, não é tarefa simples, em função de sua complexidade e constante transformação.

Na década de 1940, os Estados Unidos começaram a analisar Qualidade de Vida de seus cidadãos e a mostrar preocupações com suas condições sociais. Sob a ótica do bem estar, denominado *Welfare*, muitos programas tiveram início, com o objetivo de garantir Qualidade de Vida, a partir da satisfação de necessidades materiais da população. Na década de 1960, vivenciaram significativo crescimento econômico (DOMINGOS, 1997).

A área biomédica incorporou o tema Qualidade de Vida na sua prática profissional, porém, utiliza o termo dentro do referencial da clínica, partindo das situações físicas e biológicas, em busca de indicações técnicas de melhoria nas condições de vida dos enfermos. A expressão Qualidade de Vida em saúde corresponde ao seu contrário, é totalmente funcional. MINAYO et al (2000) destacam que os indicadores desenvolvidos por Hubert, em 1997, para medir Qualidade de Vida, são predominantemente bioestatísticos, psicométricos e econômicos, baseados na lógica de custo-benefício, desconsiderando o contexto cultural, social e histórico de cada pessoa, não conseguindo mensurar valores não materiais, que compõem sua concepção, como amor, liberdade, solidariedade, inserção social, realização pessoal e profissional e felicidade.

1.4.1 – Qualidade de Vida no trabalho

Na passagem do século XX, as organizações lutaram para sobreviver e os trabalhadores “modernos” se esforçaram e se desgastaram para manter seus empregos. A teoria geral da administração, mesmo sendo profusa na criação de novas ferramentas de trabalho, ainda é pouco ambiciosa quando visa proporcionar melhores condições de trabalho e satisfação na sua execução (VASCONCELOS, 2001).

Completamente subjugado pelas máquinas e indefeso diante do ritmo e da variedade de funções da linha de produção, o operário clássico do filme “Tempos Modernos”, de Chaplin, ilustra a angústia da convivência diária do ser humano com as máquinas, quando não se obedece aos princípios da ergonomia, cujos fundamentos são a melhoria de Qualidade de Vida no trabalho e a produtividade.

Nos últimos anos, têm-se observado mudanças no conceito de Qualidade de Vida. Empresas brasileiras e especialistas apresentam informações atrativas para o entendimento do assunto. A imprensa tem publicado dados qualitativos e quantitativos, mostrando o crescimento intenso das práticas e valores ligados à promoção de saúde dos trabalhadores nas organizações. Com a tecnologia, aumentou a expectativa de resultados associados à produtividade, evidenciado pelo grau de aproveitamento dos meios utilizados para produção. A perspectiva é aproveitar, ao máximo, os recursos disponíveis para alcançar resultados, cada vez mais, competitivos. Além disto, a questão central da Qualidade de Vida, com freqüência, consiste apenas em determinar quais as condições necessárias para atingir melhores índices de produtividade, preservando condições de vida saudáveis. Esta condição de vida, bastante complexa, tem sido ditada pelo novo modelo das relações humanas, impostas pela competitividade do mercado, como as redes de conhecimento, transnacionalização, seis sigma, critérios de excelência, liderança, visão de mercado e exigências da era pós-industrial, exemplos dessa discussão (LIMONGI-FRANÇA, 2008).

Qualidade de Vida no Trabalho desponta como uma das mais recentes preocupações dos governos, em todas as esferas, exemplo disto é o projeto de humanização, empregado pelo Governo Federal, paralelamente ao Sistema Único de Saúde. Há necessidade da aliança do bem-estar do trabalhador e sua ocupação funcional, em função do crescimento das taxas de absenteísmo nas organizações e, em consequência, a redução da produtividade.

Segundo SHIBUYA (2008), Presidente da Associação Brasileira de Qualidade de Vida, o mundo corporativo está consciente de sua importância e da necessidade de criar melhores condições para o bem-estar dos colaboradores. Os incentivadores começaram a colher os frutos dessa contribuição entre empresa e colaborador, comprovando maior e melhor produção quando o profissional se sente feliz e motivado.

Na visão de ROSA e PILATTI (2006), o conceito de Qualidade de Vida no trabalho está estreitamente relacionado com a satisfação dos funcionários quanto à sua capacidade produtiva em ambiente de trabalho seguro, de respeito mútuo, com oportunidades de treinamento e aprendizagem e equipamento e facilidades adequadas para o desempenho de suas funções.

Para SIMURRO (2008), embora muitas pessoas tenham consciência dos perigos do cigarro para a saúde, da importância de alimentação adequada e da necessidade do sexo seguro, na prática diária existe grande desconsideração aos fatores de risco, pela aquisição de hábitos ou estilo de vida, que não colaboram com a saúde. Para a autora, em uma perspectiva biopsicossocial, entender as barreiras para a promoção de saúde só é possível se forem considerados, não apenas a pessoa, individualmente, mas o contexto onde está inserida, devendo-se levar em conta sua família, ambiente de trabalho e cultura.

Outra questão importante é o estilo de vida adquirido no ambiente familiar. Pais ou irmãos mais velhos fumantes, obesos, alcoólatras, entre

outros, influenciam diretamente na aquisição de comportamentos de risco. Outras variáveis familiares são igualmente relevantes, como: freqüentes conflitos, a falta de supervisão dos pais e mensagens inconsistentes atuando como grandes influenciadoras. Outro ponto de dificuldade é o sistema de saúde. Aspectos econômicos atrapalham, muitas vezes, os esforços de profissionais do setor saúde para oferecer medidas de promoção de saúde. Pessoas sem sintomas não encontram motivo suficiente para buscarem serviços médicos, nem orientação quanto aos fatores de risco. Todos estes fatores inteferem na Qualidade Vida geral com reflexos danosos no trabalho.

De acordo com LIMONGI-FRANÇA (2008), existem muitos dilemas capazes de tornar frágeis as relações de produtividade, Promoção da Saúde e Qualidade de Vida, alguns deles considerando as atitudes de pessoas, conforme apresentados, abaixo:

- as necessidades x efetividade das ações da empresa voltadas para essas necessidades;
- construção de empresa x negação de suas necessidades bio-psico-sociais como empresários e líderes.
- foco na sobrevivência do negócio x saúde, informação e educação dos construtores da empresa.

No entanto, há conhecimento disponível para tratar esses dilemas, de forma especializada. O salto qualitativo é a difusão, análise e aplicação, mediante treinamentos específicos e cursos de especialização, fornecendo condições para a efetividade desses valores essenciais à condição humana e ao bem-estar na vida e no trabalho.

Um levantamento realizado pela *Mercer Resource* concluiu representarem gastos com saúde, a segunda maior despesa das organizações, abaixo apenas da folha de pagamento, tornando a assistência médica um dos itens mais desejados do pacote de benefícios oferecido pelas empresas. Possui-lo oculta ativos intangíveis, como segurança e

comodidade à família. Porém, em meio a isto, há um gargalo atormentando os gestores da área: o sistema tornou-se um fardo financeiro para as empresas (LOTTENBERG, 2006).

No Brasil, dados do Ministério do Trabalho e Emprego, de 2006, chamam atenção para os valores gastos com acidentes de trabalho ultrapassarem R\$ 33 bilhões/ano. Especialistas em contas públicas afirmam que esses gastos alcançam o valor de 2,5% do Produto Interno Bruto (PIB) e, o mais espantoso é o fato de, para cada acidente notificado, haver de 4 a 20 outros não notificados (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2007).

O mundo corporativo procura brechas para aumentar seus controles internos e amenizar a interferência dos gastos com planos de saúde no balanço das corporações, gerando um choque de gestão. As empresas se debruçam em estudos para implementar modelos diferenciados de assistência médica. Nessa jornada, as organizações necessitarão de funcionários cada vez mais comprometidos e conscientes dos cuidados com a saúde, porque colaborador saudável reduz custos. O objetivo é pragmático: uma força de trabalho sadia evita despesas no futuro e estes esforços corporativos enfatizam prevenção, promoção e educação continuada (LOTTENBERG, 2006).

ROSA e PILATTI (2006) constataram ser a legislação vigente pautada na organização do ambiente laboral, insuficiente para garantir Qualidade de Vida do trabalhador ou produzir um ambiente mais humanizado. Para eles, as necessidades mais básicas e aspirações mais altas do trabalhador devem ser atendidas, pois apenas uma análise ergonômica do trabalho não é suficiente. Inferiram ser a humanização do trabalho uma necessidade não garantida somente com aparato legal, sendo necessário muito mais do que isto.

Quando o mundo passou a ser regido pela lógica do capitalismo, todas as decisões do mercado passaram a ser norteadas pelo lucro, constituindo

um fato imutável. Entretanto, paralelamente a esta “sentença” é possível trilhar outros caminhos para discutir o problema e atender às necessidades do trabalhador, sob uma ótica mais humana e solidária.

Na área da saúde, o trabalho assume algumas características específicas, por constituir uma atividade multiprofissional e multidisciplinar e compor cenário conflitivo de interesses distintos, especialmente, por ser obrigatoriamente desenvolvido em equipe.

Ao longo dos anos, muitos pesquisadores têm se empenhado em estudar a Saúde do Trabalhador e buscar os determinantes dos desgastes físicos e mentais e morbi-mortalidade dessa população, para subsidiar possíveis intervenções junto às instituições estudadas, assegurando, a seus trabalhadores, proteção dos riscos e cargas.

Não se pode falar de qualidade de produtos e serviços, se seus produtores não têm Qualidade de Vida; mesmo as instituições gastando milhões de dólares, por ano, na manutenção de suas máquinas, o mesmo não ocorre com seus funcionários.

O serviço hospitalar se caracteriza por um trabalho intensivo, em que se exige dos funcionários alta produtividade em tempo limitado, muitas vezes, em condições inadequadas, em função de problemas de ambiente, equipamentos e processos, levando à insatisfação, ao cansaço excessivo, à queda de produtividade, a acidentes de trabalho e problemas de saúde, muitas vezes, com seqüelas irreversíveis.

Quando se conversa com pessoas sobre suas vivências durante o trabalho, fala-se de tédio, alienação, falta de tempo e pouco se escuta de positivo. Muitos, apenas simplesmente, atuam no trabalho e começam a “viver” depois do expediente, gerando indicadores evidentes de deterioração da Qualidade de Vida e, entre eles: aumento do índice de acidentes, novas doenças, como a Síndrome *Bournout* – caracterizada pela exaustão, alcoolismo, utilização de drogas, estresse e outras (CATALDI, 2002).

É oportuno compreender melhor esse fenômeno social, ao se considerarem novas demandas do meio ambiente, cobrando outras formas de atuação das organizações, em função de maior conscientização dos trabalhadores e suas constantes reivindicações para tornar o trabalho mais humano no hospital que, mesmo apesar de suas peculiaridades, não é diferente nesse sentido.

Grande parte dos empresários reconhece a necessidade de se criarem condições adequadas para as pessoas desenvolverem seu potencial e criatividade e evitar situações geradoras de estresse e má Qualidade de Vida.

Outro fenômeno, tão preocupante quanto o absenteísmo, é o presenteísmo, cujo conceito, segundo SIGOLO (2008), é a condição de estar presente fisicamente no trabalho, mas totalmente disperso, sem garantia de trabalho produtivo, desmitificando a idéia de estar presente significar produção e, conseqüentemente, produtividade, praticada por cerca de 89% dos trabalhadores, representando gastos alarmantes para os cofres das empresas, em geral.

Para corrigir essa situação, organizações empresariais estão buscando outras filosofias administrativas, cujo foco é o conjunto de necessidades dos trabalhadores, pois a capacidade do trabalhador é o mais importante fator de produtividade, considerando ser o potencial humano fortemente afetado pelas normas de produção, *layout* das instalações e tipos de equipamentos.

Os recursos humanos, também conhecidos, atualmente, como capital humano, pelo reconhecimento do seu imenso valor, têm considerado as características onde o trabalho ocorre como um fator predisponente para a sua satisfação profissional e, conseqüentemente, aumento do moral, motivação e desempenho dos trabalhadores na busca permanente da elevação dos níveis de produtividade.

Administradores de serviços hospitalares, embora tardiamente, têm reconhecido a importância de renovar a cultura organizacional para reduzir

os problemas acima mencionados, mediante combinação correta da cultura com as necessidades motivacionais de seus trabalhadores.

Os *Downsizing*, reengenharia, ISO 9000 entre outros modelos provocaram uma avalanche de transformações nas empresas e cabeças de seus funcionários. A globalização tem sido considerada por autores, como CATALDI (2002), como a nova fase do velho capitalismo, pois impõe mudanças drásticas estruturais no modo de produção, acarretando enormes transformações nas relações de emprego, mais especificamente, no ambiente de trabalho. Muitos perderam o emprego e outros acumularam funções. Chama-se *turnover* ou rotatividade, quando quer se referir a perda de um empregado, gerando acúmulo de serviço para os demais, num determinado período.

De acordo com alguns estudos, o estresse e conseqüente redução da Qualidade de Vida no trabalho são provocados pela insegurança sobre o futuro no emprego, em função de jornadas de trabalho pesadas, por esforço para balancear profissão e família ou pelo tecno-estresse, que se consiste na tentativa de acompanhar as mudanças tecnológicas (NARDOCCI, 2008).

Na era industrial, a atual cultura do computador, cuja velocidade de operação está abaixo de um segundo (nanossegundo), cada vez mais em desigualdade com o ritmo biológico do corpo humano, gera uma condição de desgaste exagerado, esgotamento ou exaustão. Este problema tornou-se tão grave no Japão, que o governo passou a utilizar o termo *karoshi* para explicação desta nova patologia, considerada uma epidemia. O cansaço físico, gerado pelo ritmo acelerado da economia industrial, está sendo superado pela fadiga mental, gerada pelo ritmo da nova economia da informação (CATALDI, 2002).

Estudo do Instituto Nacional de Segurança e Saúde Ocupacional (NIOSH) revela que trabalhadores administrativos usuários de computadores têm sofrido de altos níveis de estresse. Assim, a Qualidade de Vida no trabalho é a chave para trabalhadores suportarem situações estressantes,

sem darem entrada em um hospital. A hipereficiente economia *high-tech* está minando o bem-estar mental e físico de milhões de trabalhadores, em todo o mundo. Para a Organização Internacional do Trabalho (OIT), “o estresse tornou-se um dos problemas de saúde mais sérios do século XX”. Só nos Estados Unidos, o estresse ocupacional custa às empresas mais de US\$ 200 bilhões por ano em absenteísmo, gerando produtividade reduzida, despesas médicas e processos de indenização (CATALDI, 2002, NIOSH, 2003).

No Reino Unido, atualmente, são perdidos 180 milhões de dias de trabalho por ano, o estresse ocupacional custa 10% do produto interno bruto, segundo relatório da OIT, publicado em 1993, e o aumento dos níveis de estresse resulta do ritmo acelerado imposto pela nova maquinária automatizada na fábrica e nos escritórios. Especialmente preocupante, diz o relatório, é a supervisão dos funcionários pelos computadores. A Agência da Organização das Nações Unidas (ONU) cita estudo realizado pela Universidade de *Wiscosin* identificou que “trabalhadores monitorados eletronicamente eram de 10% a 15% mais propensos a sofrerem depressão, tensão e ansiedade”. Mais ou tão preocupantes quanto aos altos níveis de estresse são as doenças dele decorrentes, como: hipertensão arterial, infartos, derrames, alcoolismo, dependência a drogas e outras. Na Europa, cerca de 10 milhões de pessoas sofrem de males do trabalho, a Noruega gasta 10% do PIB com doenças do trabalho, atualmente (CATALDI, 2002).

Apesar da complexidade da questão e diversidade de conceitos, um aspecto tem unanimidade – o desequilíbrio entre investimentos tecnológicos e cuidados com o ser humano.

1.4.2 – Aspectos psicossociais e Saúde do Trabalhador

A dinâmica do trabalho pode levar ao prazer ou ao sofrimento, assim, em pesquisas sobre o assunto devem-se considerar, adequadamente, os fenômenos do mundo do trabalho. Porém, as ações de controle ambiental têm sido centradas, geralmente, nas condições físicas, químicas e biológicas, e pouca atenção tem sido dedicada às questões de organização do trabalho e sua interferência na dimensão psíquica e intersubjetiva.

Basicamente, dois aspectos determinam a condição do trabalho: carga física – ergonomia – e carga psíquica, características qualitativas e dinâmicas não mensuráveis, em função de sua subjetividade. Ambas integram o tipo de organização do trabalho, com papel fundamental na determinação do sofrimento mental. O caminho para a construção do trabalho saudável é o respeito à identidade das pessoas. Para uma organização ser eficaz é necessário respeitar o potencial e limites da condição humana, estimulando a criatividade, e ter comprometimento com a realização de um trabalho de alta qualidade.

O desenvolvimento do tema saúde-trabalho tem sido lento e a saúde mental dos trabalhadores, incontestavelmente, mais atrasada. Os obstáculos para o avanço da temática têm origens variadas, e seus efeitos psicopatológicos e sociológicos são cumulativos. Os enfoques clínicos são calcados na toxicologia industrial, incluindo teorias neuroendócrina do estresse, neurofisiológica de Pavlov e neuropsicológica do Behaviorismo (DEJOURS, 1994).

Em abordagem inovadora, o trabalho não deveria ser reduzido somente às pressões físicas, químicas, biológicas ou psicossensoriais e cognitivas do posto de trabalho, reunidas, em geral, sob a denominação de “condições de trabalho”. É necessário considerar a dimensão organizacional, isto é, a divisão das tarefas e as relações de produção. Em outras palavras, para penetrar no campo da relação trabalho-saúde mental será necessário considerar, antes de tudo, dentro do trabalho, aquilo que o especifica como

“relação social” e tentar articular um modelo de funcionamento psíquico, que arranje um lugar teórico específico para a interface singular-coletivo. Atualmente, algumas empresas adotam programas de prevenção, com consultoria de psicólogo especializado em medir nível de estresse no ambiente de trabalho (DEJOURS, 1994).

Fatores psicossociais no trabalho referem-se à interação de elementos do ambiente de trabalho, seu conteúdo, condições organizacionais, habilidades, necessidades do trabalhador, influenciando, de forma positiva ou negativa, a saúde, o desempenho e a satisfação no trabalho. Mudanças na organização do trabalho e melhoria do ambiente psicossocial impactam, de maneira substancial, a satisfação no trabalho e os indicadores de saúde dos trabalhadores (PETERSON e DUNNAGAN, 1998).

MARTINEZ et al (2004, p. 60) adotam o conceito de Locke, que entende ser o trabalho uma “interação complexa de tarefas, papéis, responsabilidades, incentivos e recompensas, em determinado contexto sócio-técnico. Por isto, o entendimento da satisfação no trabalho requer desta atividade uma análise dos seus elementos”, como relações com os colegas e de subordinação e o ambiente de trabalho, responsáveis pelo contentamento dos profissionais. A satisfação no trabalho exerce grande influência sobre o estado emocional da pessoa, manifestando-se na forma de alegria, decorrente da satisfação, ou na de sofrimento, em função da insatisfação.

Os estudos desta autora reforçam o pensamento de Peterson, evidenciando a importância de realizar pesquisas sobre associações da satisfação com a capacidade para o trabalho, visando à preservação e ampliação da capacidade dos profissionais, devido ao papel desempenhado pelo trabalho na vida e equilíbrio das pessoas e pela carência de estudos com essa abordagem. A satisfação no trabalho é um fenômeno complexo e de difícil definição, por se tratar de estado subjetivo, podendo variar em diferentes pessoas e circunstâncias e, ao longo do tempo, para a mesma pessoa. A satisfação está sujeita a influências de forças internas e externas

ao ambiente de trabalho imediato e pode afetar a saúde física e mental do trabalhador, interferindo em seu comportamento profissional e/ou social.

Médicos, enfermeiros e outros profissionais, com jornada de trabalho superior a 44 horas semanais, estabelecidas por lei, para atuarem em mais de um emprego, para garantir um nível de vida mais elevado, estão mais sujeitos a problemas de saúde, por conta do excesso de trabalho em turnos ou horários, especialmente, noturnos. Condições de trabalho e sua organização influenciam significativamente na tolerância à sua realização em turnos da noite. “Trabalhar em horários não diurnos pode levar pessoas a um pior desempenho em suas tarefas, expondo-as a maiores riscos de acidentes de trabalho e, mais acentuadamente, a estressores ambientais, podendo conduzir à incapacidade funcional precoce” (MORENO et al, 2003, p. 35).

Para essas autoras, a organização temporal do trabalho, em turnos, e noturno, causa importantes impactos ao bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores. Usualmente, além destes, há múltiplos fatores de risco no ambiente de trabalho, de variadas naturezas (física, química, biológica e organizacional), relacionados a grande variedade de perturbações de ordem física e psicossocial. Entre os modelos de organizações, com trabalho ininterruptos, certamente, o hospital se destaca como uma das condições de trabalho mais estressante.

Saúde do Trabalhador busca identificar relações entre o ambiente, organização, condições de trabalho e os efeitos na Saúde do Trabalhador, diagnosticando e propondo soluções para os processos relativos à deterioração da Qualidade de Vida, saúde e ao surgimento de doenças relacionadas ao trabalho. A constatação dos efeitos adversos do ambiente de trabalho requer medidas de promoção e proteção da Saúde do Trabalhador, mediante desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001; MINAYO-GOMES e THEDIM-COSTA, 1997).

Usualmente, riscos no trabalho são analisados em função de padrões de segurança industrial, estabelecidos para o trabalho diurno. Entretanto, há demonstrações dos agravos de efeitos mais sérios de exposições ocupacionais durante períodos não diurnos. As variações circadianas nos efeitos tóxicos levaram diversos pesquisadores a questionarem a segurança das exposições, de acordo com os limites ocupacionais (FRIDA et al, 2002, MORENO et al, 2003, BORGES, 2006).

Fatores psicossociais no trabalho desempenham papel relevante na Saúde do Trabalhador, como fator de risco ou de Promoção da Saúde, em quaisquer das dimensões – social, psicológica, física. Segundo COX e COX (1993), os fatores psicossociais no trabalho podem ser classificados em dois grupos: 1) conteúdo do trabalho: conteúdo da tarefa, ritmo e carga de trabalho, aspectos temporais, relações sociais no trabalho e controle da tarefa; e 2) contexto do trabalho: cultura e função organizacional, papel na organização, desenvolvimento de carreira e interações entre trabalho-lar e KARASEK et al (1998) citam cinco dimensões dos fatores psicossociais no trabalho: 1) tomada de decisão; 2) demandas psicológicas e carga de trabalho mental; 3) apoio social; 4) demandas físicas; e 5) insegurança do emprego. Percebe-se serem distintas as proposições desses autores, mas complementares e relacionadas entre si.

Os agravos à saúde, influenciáveis por fatores psicossociais no trabalho, envolvem um conjunto de sintomas e patologias, caracterizado por: a) doenças cardiovasculares, b) DORT/LER (distúrbios ósteo-musculares relacionados com trabalho/lesão por esforço repetitivo), c) síndromes depressivas e de ansiedade, d) alcoolismo e abuso de drogas, e) distúrbios do sono, f) síndrome do esgotamento profissional (Burnout), g) disfunções neuroendócrinas e imunológicas e fatores psicossociais, interferindo diretamente na promoção de bem-estar, Qualidade de Vida, satisfação e a prevenção de doenças relacionadas ao trabalho (GARROSA-HERNÁNDEZ et al, 2002).

DEJOURS (1994) entende que a concepção de fatores psicossociais no trabalho envolve a influência de processos subjetivos do trabalhador e sua interação com o ambiente de trabalho, podendo resultar em processos adaptativos, levando-o à satisfação, Promoção da Saúde e bem-estar, como a processos de desadaptação, relacionados com insatisfação e adoecimento no trabalho.

COX e FERGUNSON (1994) sugerem serem os efeitos do ambiente do trabalho mediados por dois mecanismos: a) físico-químicos, as exposições e riscos se encontram no ambiente físico de trabalho e b) psicofisiológicos, os riscos são devidos à percepção subjetiva dos fatores psicossociais e organização do trabalho, influenciados por processos orgânico-fisiológicos.

Para o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2001), o processo de vigilância na Saúde do Trabalhador consta de instâncias regulamentadoras e executoras, na área legislativa, e procedimentos técnicos para reconhecimento, diagnóstico, controle e prevenção dos riscos. Riscos ocupacionais podem modificar a Qualidade de Vida e intensificar os agravos à Saúde do Trabalhador e são classificados em cinco grupos: 1) físicos; 2) químicos; 3) biológicos; 4) ergonômicos e psicossociais; e 5) mecânicos e de acidentes.

1.4.3 – Avaliação da Qualidade de Vida

A avaliação da Qualidade de Vida ocupa dimensão, cuja importância é crescente na literatura médica, pois valoriza a perspectiva da pessoa em relação a várias dimensões de sua vida, não só em relação à intensidade de sintomas de sua doença. É inquestionável a importância de se considerarem outras dimensões e perspectivas, uma vez que permitem avaliar outros aspectos, como estado clínico, Qualidade de Vida, impacto na família, custos e alocações de recursos. Esta importância crescente fica evidente na revisão feita por DOWARD et al (1998), a respeito do número de citações do

termo Qualidade de Vida no MEDLINE. Entre 1965 e 1974, o termo teve 64 citações e, entre 1991 e 1996, esse número subiu para 8136.

A preocupação com parâmetros mais amplos na avaliação de outros resultados, além da mortalidade, existe há, pelo menos, 50 anos. FLECK (2000) se refere a Karnofsky e Buchenal (1947), como precursores, ao proporem um parâmetro não fisiológico para avaliação de resultados de câncer, embora não baseado na avaliação do paciente e Fairweather et al (1969), sem mencionarem o termo Qualidade de Vida, publicaram estudo de comunidade em que, além de variáveis objetivas de avaliação de resultado, incluíram diversas questões dirigidas à perspectiva subjetiva das pessoas.

No entanto, no início dos anos de 1980, a avaliação da experiência subjetiva foi colocada em base teórica, com a introdução do conceito de Qualidade de Vida em vários estudos, como os de MALM et al (1981), LEHMAN et al (1982) e BIGELOW et al (1982). Segundo FLECK (2000), a característica comum desses estudos é o pressuposto de a avaliação de Qualidade de Vida ir além das medidas clássicas de sintomas, limitações ou disfunções, para incluir a experiência subjetiva das condições objetivas de vida .

Os métodos atuais de avaliação de Qualidade de Vida derivaram de três principais enfoques de pesquisa: “Felicidade”, “Indicadores Sociais” e “Status de Saúde” (BARGE-SCHAAPVELD et al, 1997).

Felicidade: “Felicidade” foi inicialmente definida como um *constructo* nos anos de 1950. BARGE-SCHAAPVELD et al (1997) se utilizam do estudo de Jones (1953), realizado nos EUA, que avaliou a felicidade; este autor concluiu serem a “felicidade” e “bem-estar” não restritos apenas a sentimentos positivos, como controle interno, desempenho, apoio social e extroversão. Progressivamente, houve um crescimento da importância de uma segunda dimensão (negativa) independente, composta por estresse, depressão e neuroticismo.

Status de Saúde: A preocupação com o “*status* de saúde” surgiu com a definição de saúde, pela Organização Mundial da Saúde, na década de 1940, como um “estado de bem-estar completo físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”. Tradicionalmente, o *status* de saúde de uma população era medido por taxa de mortalidade e expectativa de vida (FLECK, 2000).

Indicadores sociais: refletem o interesse de cientistas sociais em estudar os determinantes econômicos e sociais do bem-estar, a partir do início do século XX. As medidas de bem-estar material datam dos anos de 1930, quando foram estimados os primeiros esboços do Produto Nacional Bruto para comparar padrões de vida em/de diferentes países. Nas três décadas seguintes, a definição de bem-estar, utilizando indicadores materiais, foi-se refinando. Nos anos 50, o termo Qualidade de Vida foi introduzido, pela primeira vez, nesse contexto por Ordway, em 1953. Em 1964, o Presidente norte-americano Lyndon Johnson, durante a campanha de 1964, usou a expressão em um contexto político: “*These goals cannot be measured by the size of our bank balances. They can only be measured in the quality of life that our people lead*” (BECH, 1995).

Nos anos 1950, a taxa de mortalidade alcançou estabilidade nos países ocidentais, principalmente, por uma redução na ocorrência de doenças ameaçadoras da vida e passou a ser uma medida sensível para diferenciar o *status* de saúde entre países, devido a uma proporção crescente de pessoas com doença crônica e ao desenvolvimento de tecnologias médicas que reduziam a dor e o desconforto, sem estender a vida. Entretanto, era necessário criar outras medidas sensíveis para avaliar o resultado, levando-se em consideração o desenvolvimento de índices de *status* de saúde integrados e abrangentes. No final da década de 1970, foram realizadas pesquisas nesse sentido, como o “Sickness impact profile” de Bergner et al (1981); The Nottingham Health Profile de Hunt e McEwen (1986), o Medical Outcomes Study-Short Form MOS SF-36 de WARE e SHERBOURNE (1992). A tradição do *status* de saúde contribuiu para a

avaliação do conceito da dimensão comportamental: Qualidade de Vida representaria o efeito da doença e de seu tratamento sobre a habilidade das pessoas em funcionar nas circunstâncias da vida diária (SCHIPPER, 1996)

1.4.4 – Aspectos conceituais em Qualidade de Vida

Apesar da proliferação de instrumentos e crescente literatura teórica, nenhuma abordagem unificadora foi obtida e há pouca concordância em relação ao significado de “Qualidade de Vida” (GILL e FEINSTEIN, 1994).

De acordo com FLECK (2000), indicadores de Qualidade de Vida vêm sendo utilizados por diversos autores, de forma assistemática, e variam desde avaliações centradas exclusivamente no aspecto psicológico (Walsh et al, 1990), na capacidade de retorno às atividades (Hunt e Mckenna, 1995) ou na adequação às tarefas sociais (Testa et al, 1993). MALM et al (1981) afirmam que a “(...) a vida das pessoas é mais do que sintomas, desempenho de papel, habilidades sociais, admissões, recaídas, dias no hospital, carga para a família. Estas são parte da existência, mas não tudo”. Assim, *constructos*, como “*Status* de saúde”, “*Status* funcional”, “Bem-estar”, tornam tênues os limites do conceito de Qualidade de Vida. LAPIEGE e HUNT (1997) inferiram Qualidade de Vida a partir de uma variedade de indicadores, muito dos quais diziam alguma coisa sobre a vida, mas pouco sobre sua qualidade. Segundo estes autores, para medir Qualidade de Vida, era necessário incluir a medida de praticamente qualquer coisa de interesse de qualquer um.

GILL e FEINSTEIN (1994) consideram que Qualidade de Vida, ao invés de uma descrição do *status* de saúde de uma pessoa, reflete a maneira como ela percebe e reage ao seu *status* de saúde e outros aspectos não médicos de sua vida. CALMAN (1984), por sua vez, entende Qualidade de Vida como a diferença entre as expectativas e realizações, e quanto menor for esta diferença, maior será a Qualidade de Vida.

Nesses e na maioria dos conceitos, a ênfase na percepção da pessoa e na multi-dimensionalidade está presente, permitindo diferenciá-la de “padrão de vida”, que se refere a uma avaliação estritamente objetiva e independente da percepção da pessoa e, a ênfase na multidimensionalidade é ilustrada no caso do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, em que são avaliados seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente e espiritualidade (FLECK, 1999).

Vários modelos para o entendimento de Qualidade de Vida têm sido propostos, embora poucos dados empíricos tenham sido gerados, capazes de testar a adequação desses modelos. Autores, em geral, limitam-se a desenvolver instrumentos para avaliar Qualidade de Vida, sem a preocupação de mensurar a adequação do modelo em relação aos dados. Muitos estudos que se propõem avaliar Qualidade de Vida, e nem mesmo o conceito de Qualidade de Vida, utilizado por vários autores, é devidamente explicitado. GILL e FEINSTEIN (1994), revisando artigos que avaliavam Qualidade de Vida, observaram que em apenas 15% dos artigos o termo era definido. No entanto, têm sido propostos alguns modelos teóricos, exemplificados a seguir:

a) O modelo da satisfação

De acordo com ANGERMEYER e KILIAN (1997), o modelo da satisfação, desenvolvido por Lehman et al (1982) e Baker, Intagliata (1982), considerou, como referência, as características pessoais, condições de vida objetiva, em vários domínios, e a satisfação com a vida nesses domínios.

Segundo ANGERMEYER e KILIAN (1997), esse modelo negligencia a questão de quais necessidades e desejos a população alvo realmente tem. Assim, uma pessoa tem um alto grau de satisfação com um domínio particular, ao considerar no mínimo 3 possibilidades de interpretação:

- boa adequação entre o que a pessoa espera e o que ela tem no domínio em questão;

- o domínio em questão possui tão pouca importância para a pessoa não influenciando em sua satisfação geral; e

- a pessoa pode ter adaptado seus desejos às oportunidades oferecidas, neste caso, satisfação se confunde com resignação.

b) O modelo combinado importância/satisfação

Neste modelo, há combinação de satisfação subjetiva e importância de cada um dos domínios para a pessoa. Por exemplo, para uma pessoa com grandes aspirações profissionais, uma promoção pode refletir intenção de satisfação profissional. Para outra, tal situação não será tão relevante, embora a possibilidade de alguém dar um peso menor a um domínio pode ser resultado de uma adaptação resignada.

Deste modelo, decorre a ideia de a utilização de alguns instrumentos para avaliar Qualidade de Vida ser um escore ponderal, em que, para cada item, a pessoa atribui um peso para o escore final.

c) O modelo do funcionamento no papel (role-functioning model)

ANGERMEYER e KILIAN (1997) basearam-se no modelo de Maslow (1954), cuja ideia era de que a “felicidade e satisfação estão relacionados com condições sociais e ambientais, requeridas para preenchimento de necessidades humanas básicas”. O ambiente oferece (ou não) oportunidades para a pessoa satisfazer suas necessidades. As oportunidades podem ser materiais ou sociais. Os materiais envolvem casa e alimentação, e as sociais estão intimamente ligadas aos papéis sociais, como o de amigo, empregado, marido ou parente.

Segundo FLECK (2000), estudos realizados por Bigelow et al (1982) mostraram que a aplicação da teoria dos papéis materiais e sociais no conceito de Qualidade de Vida proporcionou maior compreensão teórica da associação de bem-estar subjetivo com condições ambientais. No entanto, parece subentender que apenas essas necessidades universais e estáveis e papéis tradicionais são as capazes de oferecer oportunidades de satisfação.

d) O modelo dinâmico

Este modelo, discutido por ANGERMEYER E KILIAN (1997), mostra que a maioria das pessoas possui capacidade para manter seu nível de satisfação relativamente estável, por atividades cognitivas e conotativas, apesar das constantes modificações das circunstâncias ambientais. Se uma pessoa se sentir insatisfeita, porque percebeu discrepância entre suas expectativas e condições de vida, pode reduzir essa insatisfação mudando suas condições ambientais ou pela modificação das expectativas, e as pessoas, em geral, costumam usar ambas as estratégias em diferentes combinações.

e) A relação entre avaliação objetiva e subjetiva

Para discutir a avaliação de objetividade e subjetividade na Qualidade de Vida, FLECK (2000) usou as experiências de outros autores, dentre elas, o estudo da Qualidade de Vida, realizado por Barry e Crosby (1995 e 1996), que examinou a sensibilidade das medidas de qualidade da vida para avaliar o impacto da desinstitucionalização de doentes mentais sobre a Qualidade de Vida, em Gales. Entre os achados mais importantes, estão os altos níveis de satisfação dos pacientes internados por longo período, embora os índices objetivos (condições de vida, relações sociais, finanças e atividades de lazer) tivessem sido pontuados com escores baixos; o estudo de Carpinello et al (1997), que comparou Qualidade de Vida e padrão de vida, a partir de amostra de pacientes ambulatoriais crônicos com diagnóstico de esquizofrenia e depressão, observando ser Qualidade de Vida independente de padrão de vida; Atkinson et al (1997), variáveis subjetivas e objetivas de Qualidade de Vida, mostraram 2 grupos de pacientes com transtorno de humor e que apresentaram níveis de Qualidade de Vida subjetivos inferiores aos de esquizofrênicos, contrastando com as medidas objetivas, em que pacientes esquizofrênicos apresentaram circunstâncias de vida objetivamente mais adversas.

GUYATT et al (1993) relatam que a correspondência da avaliação de familiares e pacientes varia, na dependência do domínio em questão. Domínios observáveis, como funcionamento físico e cognição, apresentam escores mais próximos, quando avaliados por pacientes e familiares. Limitações funcionais são super-dimensionadas por familiares, especialmente, por aqueles mais próximos do paciente (ROTHMAN et al, 1991).

No entanto, a percepção do paciente e sua avaliação, embora discrepante, não pode ser negligenciada, porque a percepção força o paciente a buscar tratamento, em última análise, está correlacionada com seu grau de sofrimento, e a identificação das discrepâncias entre a opinião do clínico e a do paciente forma a base para melhoria nos cuidados de saúde (HUNT e MCKENNA, 1992).

1.4.5 – Instrumentos de avaliação de Qualidade de Vida

Os instrumentos para avaliar Qualidade de Vida podem ser classificados em três categorias, de acordo com a perspectiva proposta para avaliação: Qualidade de Vida geral, ligada à saúde, e específica, ligada à doença.

Qualidade de Vida geral – derivada de referencial social, preocupa-se, de forma ampla e igualitária, com os diferentes componentes do *constructo* “Qualidade de Vida”, em diversos grupos, sociedades e culturas. Esta visão fornece elementos para compreender motivações, desejos, oportunidades e recursos disponíveis para a satisfação e bem-estar de uma pessoa, e sua satisfação com relação a realizações nos diferentes domínios da vida. A saúde física e mental é apenas um desses domínios e, como exemplo de instrumento deste grupo, utiliza-se o *World Health Organization Quality of Life Instrument* (WHOQOL), em duas versões: a) longa, abrangendo 100 questões e b) breve, com 26 questões. A longa é composta de seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio

ambiente e espiritualidade, e a abreviada, por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, ambas as versões estão disponíveis em língua portuguesa (FLECK et al, 1999, OMS,1998).

Qualidade de Vida relacionada à saúde – (*Health related quality of life*) focaliza o *status* funcional e o senso de bem-estar nas dimensões cobertas por aspectos diretamente relacionados com a saúde - limitações no funcionamento devido à doença emocional ou física, opondo-se às limitações devido à pobreza e oportunidades sociais. Esse termo foi criado para abrigar vários instrumentos, enfocando aspectos da existência afetados pelo fato de estar doente. CICONELI (1997) cita alguns representantes desse enfoque: Sickness Impact Profile (Bergner et al, 1981), Nottingham Health Profile (Hunt et al, 1986), Medical Outcomes Study-Short form - MOS SF-36 (Ware e Sherbourne, 1992) e Quality of Well-Being (KAPLAN et al, 1976).

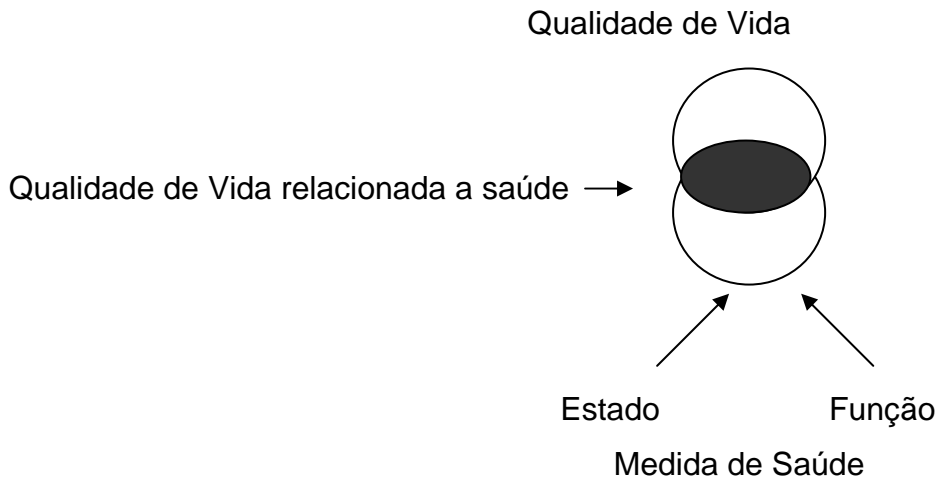
AUQUIER et al (1997) expressaram a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) como valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais, percepções e condições sociais induzidas por doença, agravos, tratamentos e organização política e econômica do sistema assistencial. Similarmente, GIANCHELLO (1996) conceituou-a como o valor atribuído à duração da vida, quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos, tornando-se o principal indicador para a pesquisa avaliativa do resultado de intervenções.

Em 1995, peritos da OMS definiram Qualidade de Vida (QV) como a percepção da pessoa quanto à sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores onde vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, e posteriormente, cria um grupo de estudos de QV "The WHOQOL group". A definição desse grupo reflete a natureza subjetiva da avaliação, imersa no contexto cultural, social e meio-ambiente (CICONELI, 1997, OMS, 1998).

Três fatores contribuíram para a introdução do conceito de QV na área da saúde. O primeiro, o progresso tecnológico observado na medicina nas últimas décadas; o segundo, associado ao primeiro, mudança no panorama epidemiológico das doenças. O perfil dominante passou a ser o das doenças crônicas, para as quais, na maioria das vezes, não há possibilidade de cura. Nestes casos, o objetivo da assistência de saúde consiste em melhorar a QV da pessoa, provendo os meios necessários para enfrentar limitações e incapacidades, provenientes da cronicidade dos problemas de saúde; e o terceiro, critica o modelo hegemônico na assistência à saúde, em que o ser humano é, na maioria das vezes, visto como um organismo biológico a ser tratado e não como um ser biopsicossocial. A assistência, considerando a perspectiva da QV, possibilitaria entender e cuidar das pessoas na sua integralidade, contribuindo para a humanização das relações entre profissionais e pacientes (MAGNABOSCO, 2007).

Estado funcional e estado de saúde são conceitos freqüentemente utilizados de forma intercambiável, para se referirem ao mesmo domínio “saúde”. Ao considerar distintos os conceitos de QV, esta autora, utiliza o pensamento de Heyland et al (1998), que estabelecem uma relação entre eles e apresentam uma estrutura conceitual para representar essa relação, conforme a figura abaixo.

Representação da relação entre Qualidade de Vida e saúde



Nesta figura, o círculo superior representa o bem-estar de uma pessoa ou a sua QV, de modo geral, determinada pelo estado de saúde e por outras variáveis, como relações sociais, situação de trabalho e outras. As medidas de saúde, ainda, podem ser categorizadas como aquelas que as pessoas, em geral, intrinsecamente, valorizam (por exemplo, a habilidade de caminhar sem sentir falta de ar) e as não valorizadas, da mesma forma, como o desempenho em testes laboratoriais. Os aspectos de saúde não valorizados pelas pessoas se sobrepõem aos componentes da QV geral, denominados “QVRS”. Esta área de sobreposição compreende os estados de saúde e funções não valorizados pelas pessoas e influenciam, diretamente, sua percepção subjetiva de bem-estar.

A área do círculo superior, situada fora da intersecção, representa a QVRS e inclui os domínios não relacionados diretamente à saúde, por exemplo, os fatores ambientais e a estrutura social. No círculo inferior, a parte de fora da intersecção, representa as medidas de saúde (estados e funções), que não afetam, diretamente, a percepção de bem-estar da pessoa ou sua QV. Entre as medidas de saúde, é importante diferenciar estados de saúde (estágio da doença) e função (desempenho em teste de esteira). As funções e os estados de saúde não dependem, necessariamente, da avaliação subjetiva das pessoas. Para estes autores, a

diferença da “QVRS”, de outros aspectos do estado de saúde, consiste no fato de a medida da primeira depender das respostas subjetivas do paciente (MAGNABOSCO, 2007).

A QV tem sido avaliada, mediante aplicação de vários instrumentos, divididos em dois grupos: genéricos ou específicos. Os genéricos são aplicáveis em ampla variedade de populações, pois avaliam aspectos relacionados à função, disfunções e desconfortos emocionais e físicos e podem ser aplicados em pessoas com algum tipo de patologia ou em pessoas saudáveis. Entre os instrumentos genéricos, destaca-se o WHOQOL-100, desenvolvido pela OMS, que consta de 100 questões, para avaliar seis domínios (físico, psicológico, grau de independência, relações sociais, meio ambiente, espiritualidade e crenças pessoais) e o WHOQOL–Bref, versão abreviada, com 26 questões extraídas do anterior, que obteve melhor desempenho psicométrico, cobrindo quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (MINAYO et al, 2000; MAGNABOSCO, 2007).

Ainda, na categoria de instrumentos genéricos, há os relacionados à saúde, com a vantagem de avaliar diferentes aspectos da QV afetados pelas condições de saúde ou de doença/tratamento em qualquer população. Podem ser usados em populações gerais ou específicas, para avaliar domínios aplicáveis aos diferentes estados de saúde. São exemplos desta categoria o *Nottingham Health Profile* (NHP), o *Sickness Impact Profile* (SIP) e o *Medical Outcomes Short-Form Health Survey* (SF–36) (MAGNABOSCO, 2007).

A aplicação de instrumentos genéricos, em grande número de estudos, tem permitido a pesquisadores disporem de dados descritivos dos grupos avaliados ou da população geral. Entretanto, MINAYO et al (2000) alertam para alguns cuidados, ao citarem autores, como Bley et al (1997), que se referem à multiplicidade de usos profanos do conceito e sua concentração nos pacientes crônicos; Hubert (1997), que chama atenção para a literatura com enfoque predominantemente medicalizado e visão bioestatística e

economicista da saúde e Durant et al (1997), que acrescentam o fato de os estudos serem funcionalistas e focalizados no custo-benefício. Ao se reconhecerem as limitações dos instrumentos padronizados, faz-se necessário, também, registrar suas vantagens, dentre elas, a de possibilitar um diagnóstico genérico e panorâmico das condições avaliadas e abrir portas para novas pesquisas, de caráter avaliativo mais específico e aprofundado.

No início do processo de construção dessas ferramentas, formulou-se um questionário, contendo 18 itens, para avaliar a capacidade física, limitação devido à doença, saúde mental e percepção de saúde. Posteriormente, foram adicionados dois itens para avaliação dos aspectos sociais e dor, criando o Short-Form 20 (SF-20), administrado em cerca de 11.000 participantes dos estudos de avaliação de saúde, permitindo analisar suas medidas psicométricas e o desenvolvimento de normas preliminares, com vistas a detectar diferenças no estado funcional e de bem-estar em pessoas com alterações psiquiátricas e doenças crônicas (MAGNABOSCO, 2007). Mais tarde, houve a criação do SF-36, baseado em uma revisão de vários instrumentos registrados na literatura, nos últimos 20 anos, com objetivo de avaliar alterações e limitações em diversas dimensões, como capacidade funcional, aspectos sociais, saúde mental e percepção geral da saúde; teve maior dificuldade para a seleção dos oito conceitos de saúde, em mais de 40 escalas analisadas pelos estudos de avaliação de saúde, enquanto alguns importantes, como função sexual e adequação ao sono, foram observados e não escolhidos. Atualmente, o SF-36 é um questionário multidimensional, formado por 36 itens, distribuídos em oito componentes, discriminados no Anexo 4: capacidade funcional (10 itens), vitalidade (9 itens), saúde geral (4 itens), aspecto físico (4 itens), dor (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens), uma questão de avaliação comparativa entre as condições atuais de saúde e a de um ano atrás, e outra questão sobre aspecto social. Esse instrumento avalia os aspectos negativos – doença – e positivos – bem-estar (CICONELLI 1997, 1999).

Devido a certas características do instrumento SF-36, e a sua crescente aplicação em ensaios clínicos, autores, utilizando esse instrumento, iniciaram, em 1991, um projeto validando, internacionalmente, esse questionário, para utilização em outros idiomas, após tradução e validação em ensaios clínicos internacionais e multicêntricos. Esse projeto, denominado *Internacional Quality of Life Assessment Project* (IQOLA), conta com a participação de pesquisadores em QV, responsáveis pela coordenação da tradução e validade do SF-36, em vários países, e com recente inclusão do Brasil (MAGNABOSCO, 2007).

A escala de avaliação da capacidade funcional foi uma adaptação da escala de função física dos estudos para avaliar a saúde, destacando a presença e a extensão das limitações, relacionadas com capacidade física, em três níveis de resposta: muita limitação, pouca limitação e sem limitação. As escalas, relacionadas com os aspectos físicos e emocionais, basearam-se no SF-20, porém, o SF-36 aborda, não somente as limitações no tipo e quantidade de trabalho da forma proposta pelo SF-20, mas também o quanto essas limitações dificultam a realização do trabalho e atividades da vida diária do paciente. A escala de avaliação de dor, também, baseou-se numa questão do SF-20, sobre sua intensidade e um segundo item foi adicionado, para medir extensão ou interferência nas atividades da vida diária do paciente. A escala de vitalidade é composta por quatro itens, considerando os níveis de energia e fadiga, derivados do questionário de avaliação de saúde mental, *Mental Health Inventory* - MHI (MAGNABOSCO, 2007).

A escala, relacionada com os aspectos sociais, propôs analisar a integração da pessoa em atividades sociais e avaliar se sua participação foi afetada devido ao problema de saúde. Os dois itens de avaliação do componente aspectos sociais do SF-36 definem diferentes níveis de atividade social e alcançam maior índice de precisão. Esses itens estão discriminados no questionário, conforme Anexo 4.

Em revisão da literatura, observou-se pouca utilização do SF-36 em trabalhadores de hospitais e com população saudável, principalmente, no Brasil. A escolha do SF-36, neste estudo, fundamentou-se na sua disponibilidade em língua portuguesa, além de considerar as características de ser um questionário genérico, bem desenhado, de avaliação relacionada à saúde, cujas propriedades de medida, como reprodutibilidade, validade e suscetibilidade a alterações já terem sido demonstradas em outros trabalhos, como os de CICONELLI et al (1997), MARTINS et al (2003), SCHMIDT (2004), SILQUEIRA (2005), ZANEI (2006) e MAGANBOSCO (2007).

Em levantamento na base LILACS (biblioteca virtual), buscando estudos que relacionam Promoção da Saúde/Qualidade de Vida de forma geral, foram encontrados 210 trabalhos e na interrelação de Promoção da Saúde/Qualidade de Vida/Saúde do Trabalhador da área da saúde apenas 8 trabalhos, entre eles: ANDRADE (2001) avaliou o conhecimento e prática da atividade física com trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde, RODRIGUES (2002) estudou QV em enfermagem no nível gerencial, MININEL (2006) pesquisou a promoção da qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem com responsabilidade gerencial. Observou-se que os estudos no campo hospitalar enfocam, principalmente, acidentes e patologias do trabalhador e nenhuma pesquisa abrangendo o trabalhador hospitalar de forma sistêmica foi identificado.

JUSTIFICATIVA



2 – JUSTIFICATIVA

Ao reconhecer a abrangência e complexidade dos fatores determinantes da saúde/doença, como produção de processo geral de vida social, é oportuno abordar outra dimensão, para a criação de um modelo de intervenção, que contemple um sistema mais amplo e capaz de atender às demandas e aspirações da sociedade, objetivando alcançar os mais elevados níveis de Qualidade de Vida.

Nas últimas décadas, a Qualidade de Vida tornou-se mais importante para reduzir a vulnerabilidade, o adoecer e as chances de produção de incapacidade e sofrimento crônico, sobretudo, no ambiente de trabalho.

No SUS, a estratégia de Promoção da Saúde foi retomada como possibilidade de focar aspectos determinantes do processo saúde/adoecimento, no Brasil, como violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada, dificuldade de acesso à educação, fome e urbanização desorganizada. Tradicionalmente, o modo de vida tem sido abordado em uma perspectiva individualizada e fragmentária, colocando sujeitos e comunidades na condição de únicos responsáveis pelas mudanças ocorridas no processo saúde-doença.

Na perspectiva de ampliação das ações de saúde, definidas no âmbito do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, no SUS e nas Cartas de Promoção da Saúde, os modos de vida não se referem, apenas, ao exercício da vontade e/ou liberdade individual e comunitária, uma vez que, na condição de sujeitos e coletividades, elegem-se determinadas opções de vida e criam-se possibilidades para satisfazer necessidades, desejos e interesses, integrantes da ordem coletiva, por entender que seu processo de construção ocorre no contexto da vida.

Programas são criados ou reformulados pelo governo e instituições privadas para atender às necessidades de atenção à Saúde do Trabalhador e sua Qualidade de Vida, muitas vezes, de forma desarticulada e produto de

gestão ineficiente, implicando gastos desnecessários e desperdício de recursos financeiros e humanos.

É imprescindível a busca permanente de construção de conhecimento interdisciplinar/transdisciplinar e formas de atuação interprofissional, com características intersetoriais e interinstitucionais, para enfrentar as questões de saúde, considerando a demanda de profissionais capacitados para atuarem na elaboração e implementação de políticas de Saúde do Trabalhador.

Embora existam cursos voltados para o atendimento dessa necessidade, observa-se pouca preocupação com a avaliação dos programas de saúde em funcionamento, assim como da pertinência da formação disponível aos profissionais do setor. Pouco se sabe sobre as ações de Promoção da Saúde nesses programas e se incluem atividades de Educação em Saúde, justificando a realização deste estudo para a discussão do tema.

Ao se constatar a lacuna de produção científica, abrangendo a totalidade dos problemas pertinentes à Saúde do Trabalhador, sobretudo, no Brasil e, em especial, no concernente aos aspectos psicossociais e o seu lugar no processo de adoecimento de trabalhadores do serviço público, atuando na área de saúde, considerou-se oportuno e relevante a realização deste estudo.

Diante desse cenário, houve interesse em investigar o funcionamento dos Programas de Saúde, com ações de Promoção da Saúde do Trabalhador, em dois hospitais públicos do Município de São Paulo, a partir do ponto de vista de profissionais atuantes nessas instituições, buscando expressões compatíveis com avaliação da sua Qualidade de Vida.

OBJETIVOS

3 – OBJETIVOS

3.1 – Geral

Identificar os programas com ações de Promoção da Saúde, desenvolvidos em dois hospitais públicos da rede estadual, na cidade de São Paulo/SP e a Qualidade de Vida de seus trabalhadores.

3.2 – Específicos

- caracterizar objetivos, metodologia, público alvo, principais enfoques e formas de avaliação dos programas de Educação e Promoção da Saúde, voltados ao trabalhador, em desenvolvimento, nos hospitais selecionados;
- descrever a Qualidade de Vida dos trabalhadores entrevistados nos dois hospitais;
- identificar opiniões e grau de conhecimento de profissionais de saúde, com cargos de chefia, em relação às ações de Educação e Promoção da Saúde, desenvolvidas nesses programas e sua articulação com a Saúde do Trabalhador; e
- contribuir para a discussão de programas nos hospitais pesquisados, para atender às diretrizes estabelecidas pela Política Nacional da Saúde do Trabalhador.

METODOLOGIA



4 – METODOLOGIA

Trata-se de estudo de caso, de caráter exploratório, utilizado, segundo YIN (2005), como estratégia de pesquisa para analisar fenômenos organizacionais, sociais, políticos, individuais e de grupos, permitindo a investigação e preservando as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real.

Para SILVEIRA (1999), a escolha de um campo de estudo para análise não implicará a exclusão de pensar outros, e sim, em contribuição para a reflexão dos outros casos, tomando-se aquele estudo como referência. Uma pesquisa desta natureza ajuda a mergulhar no significado atribuído pelos agentes sociais envolvidos e no entendimento de suas concepções e percepções para compreender um caso, na totalidade em que está inserido.

Por entender ser possível combinar a compreensão dos fatos com a estatística e, tendo em vista ser esta, a forma de propiciar melhor entendimento dos aspectos objetivos e subjetivos da realidade em questão, adotou-se, neste estudo, a pesquisa quanti-qualitativa, considerando que a metodologia quantitativa classifica os aspectos e a qualitativa analisa os elementos discursivos sobre a opinião das pessoas.

De acordo com DESLANDES e ASSIS (2003, p. 215),

(...) “os métodos quantitativo e qualitativo estão articulados, buscando compreender a extensividade e a intensividade dos processos sociais. Parte do princípio que a quantidade é uma dimensão da qualidade social e dos sujeitos sociais, marcados em suas estruturas, relações e produções pela subjetividade herdada como dado cultural. Pressupõe diferentes ancoragens metodológicas e pesquisadores de formações científicas diferenciadas (...) trabalhando numa perspectiva dialógica e num esforço mútuo de comunicação entre distintos saberes”.

A Pesquisa Qualitativa é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade, como inerente aos atores e às relações e estruturas sociais, não se preocupando apenas em quantificar, mas em explicar os meandros das relações sociais, porque as abordagens qualitativas possibilitam aprofundar o estudo em um contexto histórico e compreender sinais evasivos, não percebidos pelos meios formais (MINAYO, 2007).

Quanto ao aspecto quantitativo, optou-se por estudo com delineamento do tipo transversal, realizado em amostra não probabilística, escolhida por conveniência. Estudo de corte transversal é constituído por investigações, onde causa e efeito são detectados simultaneamente, ocorrendo num único momento da situação estudada, em uma população. Com base na avaliação individual, foram produzidos indicadores globais de saúde do grupo investigado, permitindo a visualização da situação estudada (YIN, 2005).

A pesquisa foi realizada em dois hospitais públicos da rede estadual da cidade de São Paulo, no período de 15 de janeiro a 30 de março de 2008, e, para a seleção, considerou-se a indicação da Secretaria Estadual de Saúde que apresentou uma lista de sete hospitais e após análise do processo e aprovação pelo Comitê de Ética interno, somente dois hospitais aceitaram a realização da pesquisa.

Esta pesquisa seguiu os procedimentos metodológicos, de acordo com os parâmetros éticos estabelecidos pela Resolução 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sobre pesquisas científicas, e utilizou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), por escrito, dos participantes, como garantia de privacidade, sigilo, anonimato e direito de desistir da pesquisa, a qualquer momento (Anexo 1).

4.1 – Coleta de dados

Após a aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e, posteriormente, dos Comitês dos Hospitais estudados, procedeu-se ao primeiro contato com o serviço responsável pela Saúde do Trabalhador, quando foram explicados os objetivos e finalidade da pesquisa.

A coleta de dados se desenvolveu em três etapas, sendo duas qualitativas e uma quantitativa, conforme descrição a seguir.

4.1.1 – Abordagem qualitativa:

Primeiramente, procedeu-se a levantamento das atividades e programas voltados para a Saúde do Trabalhador, desenvolvidos nos dois hospitais, com vistas a identificar e analisar sua vinculação com a Promoção da Saúde, com base em informações fornecidas pelos chefes das unidades desses hospitais, conforme roteiro (Anexo 2).

Em seguida, foram entrevistados trinta e cinco chefes de serviços e setores, com a intenção de analisar a percepção e grau de conhecimento a respeito das ações de promoção e educação em saúde, desenvolvidas nos programas, utilizando-se a técnica de entrevista individual, com formulário organizado para este fim, contendo perguntas abertas e fechadas e seguindo um roteiro estruturado (Anexo 3).

Optou-se por entrevistar somente as chefias de cada setor, porque no pré-teste verificou-se um total desconhecimento dos trabalhadores sobre a temática.

No que se refere à análise qualitativa, foi adotada a análise temática de conteúdo que, de acordo com CARMO NETO (1993), é utilizada para o aprofundamento da compreensão de fenômenos, e se definiram as categorias, abaixo, para análise das entrevistas realizadas:

1 – compreensão a respeito da promoção e educação em saúde;

2 – caracterização das atividades voltadas para a Saúde do Trabalhador;

3 – participação dos trabalhadores nas atividades desenvolvidas para a Saúde do Trabalhador.

A distribuição das perguntas no questionário (Anexo 3), de acordo com as categorias acima, é apresentada no Quadro 1.

Quadro 1 – Classificação das perguntas em categorias

Categorias	Questões
Compreensão sobre Promoção da Saúde	1, 3, 4, 5, 7, 13
Caracterização da organização da Saúde do Trabalhador	6, 8, 9, 10, 11, 12
Participação dos servidores nos programas	2, 14, 15, 16, 17

4.1.2 – Abordagem Quantitativa

Para análise quantitativa, foram distribuídos 600 questionários em todos os setores, técnico e administrativo, e turnos, inclusive, nos plantões dos dois hospitais investigados. Foram 233 o total de questionários respondidos por trabalhadores, que aceitaram participar, de acordo com o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo 1).

Na terceira etapa, para avaliar o estado de saúde e Qualidade de Vida do trabalhador, foi realizada, pela pesquisadora, entrevista aplicada diretamente a funcionários no ambiente de trabalho, durante o expediente, no período de 15 de janeiro a 30 de março. O questionário utilizado foi composto de duas partes: a primeira se refere aos dados sócio-demográficos, e a segunda é parte de um instrumento internacional, o

Medical Outcomes Study – Short Form Health Survey - MOS SF-36 (Anexo 4). Traduzido, adaptado e validado no Brasil, por Rozana Mesquita Cicconelli, em 1997, este instrumento objetivou constituir um questionário genérico de avaliação da Qualidade de Vida relacionada à saúde, focalizando o *status* funcional e o senso de bem-estar, de fácil administração e compreensão, porém, sem ser tão extenso quanto o original. Derivado de questionário de avaliação de saúde, formado por 149 itens, foi desenvolvido e testado em mais de 22.000 pacientes, como parte de um estudo de avaliação de saúde realizado por WARE e SHERBOURNE (1992).

A criação deste instrumento baseou-se em revisão de instrumentos identificados na literatura, nos últimos 20 anos, utilizados para avaliar alterações e limitações em diversas dimensões, como capacidade funcional, aspectos sociais, saúde mental e percepção geral de saúde. É um questionário multidimensional, formado por 36 itens, agrupados em 8 escalas ou componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e emocionais e saúde mental. Apresenta um escore final de 0 a 100, no qual zero corresponde ao pior estado geral de saúde, e 100, ao melhor estado de saúde; por ser um questionário genérico, seus conceitos não são específicos para determinada idade, doença ou grupo de tratamento, permitindo comparações entre diferentes situações, patologias ou tratamentos (CICONELLI et al, 1997).

4.2 – Preparação dos dados para análise estatística

Os resultados apresentados nesta tese, obtidos a partir de um conjunto de procedimentos aplicados aos dados originais, foram armazenados, utilizando-se o programa Excel, com aplicação da técnica de dupla digitação, para evitar possíveis erros de transcrição. A análise e discussão foram apresentadas, segundo os quartis, valores máximos e mínimos representados em tabelas, conforme orientação metodológica descrita, a seguir.

Etapa 1 – Transformação dos dados originais em escores

Os dados originais foram recodificados, segundo a hipótese de substancial linearidade entre cada item (variável) e os escores destas escalas, que foram pontuados por PESTANA e GAJEIRO (2000), utilizando a escala de *Likert* (1932), cujos maiores valores correspondem à “melhor” Qualidade de Vida, conforme exemplos selecionados e apresentados no Quadro 2.

Registre-se o fato de apenas os itens (variáveis) medidos, segundo a escala de Thurstone e Chaves (1929), citados por PESTANA e GAJEIRO (2000) - excelente a ruim - terem sido recodificados, segundo a hipótese de não linearidade e, por isto, recalibrados, conforme escores apresentados no Quadro 3.

Quadro 2 – Recodificação de valores

Exemplo 1: Variável: Quanto tempo se sentiu cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?		
Alternativa de resposta	Pré-código	Valor final do item
Todo o tempo	1	6
A maior parte do tempo	2	5
Uma boa parte do tempo	3	4
Alguma parte do tempo	4	3
Uma pequena parte do tempo	5	2
Nunca	6	1

Quadro 3 – Recalibração de valores

Alternativa de resposta	Pré-código	Valor final do item
Excelente	1	5
Muito bom	2	4.4
Bom	3	3.4
Fraca	4	2.2
Ruim	5	1

Etapa 2 – Avaliação da intensidade de respostas dos itens no âmbito de cada unidade amostral e cálculo da dimensão

A verificação do número de respostas nas respectivas dimensões de Qualidade de Vida, segundo a unidade amostral, objetivando validar para fins de cálculo do escore médio desta dimensão, considerou somente os casos em que ocorreu a presença de resposta para a metade e mais dos itens da respectiva dimensão.

Conseqüentemente, a unidade amostral, com ausência de resposta em metade e mais dos itens da dimensão, não teve a respectiva dimensão calculada (“missing”).

O cálculo da dimensão, no âmbito de cada unidade amostral, foi obtido por média algébrica (média aritmética simples) dos escores dos ítems, lembrando que a média obtida tem, como denominador, o número de ítems com presença de resposta, respeitadas as regras descritas no parágrafo anterior (PESTANA e GAJEIRO, 2000).

Etapa 3 – Transformação dos escores médios das dimensões para escala de 0 a 100, no âmbito de cada unidade amostral

A transformação dos escores médios, para a escala de 0 a 100, possibilita a comparação dos resultados das respectivas dimensões, embora, originalmente, os ítems integrantes de cada dimensão tenham escalas diferentes, pois padroniza o conjunto de médias, usando o seguinte algoritmo:

$$\text{Escore Transformado} = \frac{(\text{Escore Observado} - \text{Menor Escore Possível})}{\text{Range dos Escores (Maior Escore Possível} - \text{Menor Escore Possível)}}$$

4.3 – Descrição de procedimentos estatísticos para análise dos resultados

a) Teste de consistência interna das escalas, utilizando o Alpha de Cronbach

Para avaliar a fidelidade do instrumento, foi utilizado o coeficiente alfa de Cronbach, que avalia a consistência ou coerência interna, definida como a proporção da variabilidade nas respostas, resultante de diferenças nos entrevistados, isto é, as respostas diferem, não porque o questionário seja ruim ou confuso, mas porque as pessoas têm opiniões muito diversas.

Uma das medidas mais utilizadas para a verificação da consistência interna tem sido o Alpha de Cronbach, o qual é baseado no número de ítems analisados e a proporção da média da covariância entre os ítems, com a

média da variância dos mesmos. Permite calcular a média dos coeficientes de todas as combinações possíveis das metades divididas. Varia de 0 a 1, considerando os valores superiores a 0,60 como indicador de consistência interna (PESTANA e GAJEIRO, 2000, p. 16-419).

O quadro 4, abaixo, apresenta regras práticas sobre a dimensão do Coeficiente Alfa de Cronbach.

Quadro 4 – Dimensão do coeficiente do Alfa de Cronbach

REGRAS PRÁTICAS PARA O DIMENSIONAMENTO DO COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH *	
Variação do coeficiente alfa	Intensidade da associação
< 0,6	Baixa
0,6 a < 0,7	Moderada
0,7 a < 0,8	Boa
0,8 a < 0,9	Muito boa
0,9	Excelente

Fonte: PESTANA e GAJEIRO, 2000.

b) Estatística descritiva da distribuição

A seguir, são apresentadas as estatísticas descritivas, utilizadas para expressar a distribuição dos escores das dimensões e os índices sumário, considerando serem as dimensões padronizadas, e possuírem valor entre 0 e 100.

Os resultados contêm as seguintes estatísticas:

- ◆ Média aritmética – razão entre a soma dos escores das unidades amostrais na dimensão “j” e o número total de unidades amostrais.

- ◆ Primeiro Quartil (25%) – para distribuição com escores dispostos em ordem crescente, define-se como valor que divide a distribuição em dois grupos, um com 25% dos escores até este valor (inferior ou igual) e outro com 75% dos escores, a partir deste valor (igual ou superior).

◆ Segundo Quartil (Mediana) – para distribuição com escores dispostos em ordem crescente, define-se como o valor que divide a distribuição em dois grupos, um com 50% dos escores até este valor e outro com 50% dos escores a partir deste valor.

◆ Terceiro Quartil (75%) - para distribuição com escores dispostos em ordem crescente, define-se como valor que divide a distribuição em dois grupos, um com 75% dos escores até este valor e outro com 25% dos escores a partir deste valor.

◆ Percentual de valores máximos (teto) - refere-se à percentagem de observações com os escores máximos da distribuição da dimensão.

◆ Percentual de valores mínimos (piso) - refere-se à percentagem de observações com os escores mínimos da distribuição da dimensão.

◆ Desvio Padrão – mede o quão dispersos estão os escores, em cada dimensão, e em relação à sua média aritmética.

◆ Range – apresenta os valores mínimos e máximos, encontrados na distribuição de cada dimensão.

c) Testes de verificação da igualdade das distribuições (teste Mann-Whitney)

Para verificar se há diferença entre os grupos formados, a partir dos critérios de segmentação aplicados, neste estudo, descritos no Quadro 5, utilizou-se o teste de Mann-Whitney, considerado mais robusto, quando comparado ao tradicional teste t e, por não exigir hipóteses sobre o padrão da distribuição, não pressupõe a normalidade da distribuição. O teste de Mann-Whitney utiliza critério de precedência de postos entre os grupos na mesma dimensão. Quanto maior o número de precedências, mais se caracterizam diferenças entre as populações (PESTANA e GAJEIRO, 2000).

Neste caso, o cálculo da estatística se restringe, como ocorre no teste t , à aplicação em variáveis de grupo, com somente duas categorias.

Aceita-se, como padrão, para rejeição da hipótese da igualdade dos segmentos, nível de significância menor ou igual a 0,05 (PESTANA e GAJEIRO, 2000).

d) Testes de verificação da igualdade das distribuições (teste Kruskal-Wallis)

Da mesma forma que o teste de Mann-Whitney, consiste em alternativa não paramétrica para o teste *t*, o de Kruskal-Wallis pode ser considerado, também, uma alternativa não paramétrica para a análise da variância univariada (ANOVA), ou seja, para variáveis de grupo, com três ou mais categorias, em que a distribuição da variável testada não é normal e não se encontra o pressuposto da igualdade das variâncias, este é um dos testes que pode ser aplicado. Neste sentido, aceita-se, como padrão, para rejeição da hipótese da igualdade dos segmentos, nível de significância menor ou igual a 0,05 (PESTANA e GAJEIRO, 2000, p. 327-8).

Quadro 5 - Grupos focados no estudo

- Gênero do entrevistado;
- Escolaridade (até ensino médio incompleto, completo ou acima);
- Apenas um emprego ou mais de um emprego.

CARACTERÍSTICAS DO CENÁRIO

5 – CARACTERÍSTICAS DO CENÁRIO

Setor Saúde da Rede Estadual de São Paulo

Em um cenário atual de 612.352 servidores públicos, distribuídos em 24 secretarias, é clara a concentração em 4 secretarias – Educação, Saúde, Segurança Pública e Administração Penitenciária, com 95,6% dos servidores ativos, dos quais, 66,5% encontram-se nas Secretarias de Educação e Saúde, mostrando a concentração nas áreas essenciais ao bem-estar social. Fig. 2, Anexo 5. De acordo com informações da Secretaria de Gestão Pública (SGP/SP), de janeiro de 2008, a Secretaria da Saúde possuía 69.536 servidores distribuídos, conforme Fig. 4, no Anexo 6 (SAO PAULO, 2008c).

Os dois hospitais públicos da rede estadual, campo desta pesquisa, constituem parte do cenário geral da SES-SP, com sua força de trabalho estimada em 58.196 trabalhadores (exceto os contratados pelo regime CLT), dos quais 52,4% estão inseridos diretamente na assistência à saúde, como médicos, dentistas e pessoal de enfermagem, sendo que 22.239 profissionais das unidades hospitalares exercem atividade assistencial direta. Do total de trabalhadores, 9.270 (15,9%) tiveram, pelo menos, um episódio de licença por doença. Neste subgrupo, a média de episódios de licença médica (inicial mais prorrogações) foi de 2,32 licenças por trabalhador, totalizando uma média geral de 64,9 dias. A taxa de absenteísmo foi de 2,8%, correspondendo a 601.350 dias corridos de licença e os hospitais, onde estão alocados 64,0% dos trabalhadores, são responsáveis pelos maiores percentuais de absenteísmo. Outros 10.917 trabalhadores, em função operacional nesses hospitais, geraram 137.080 dias de licenças médicas, correspondendo a 22,8% do total de dias de licenças, envolvendo todo o universo de servidores da rede estadual (SALA et al, 2008). Embora os olhares dos gestores e autoridades estejam voltados para essa questão e muitas ações tenham sido desenvolvidas

nesse sentido, a realidade é preocupante, mostrando que, ainda, há muito para se fazer, e alguns programas necessitam ser revistos e reformulados.

Tipo de contratação: Estatutário – admitidos por concurso; pela CLT; Consolidação das Leis do Funcionalismo; Lei nº 500/1974 instituiu o regime jurídico dos servidores admitidos em caráter temporário para o exercício de funções de natureza permanente em necessidade inadiável até a criação e provimento dos cargos correspondentes; Cargo Efetivo e Lei Complementar nº 733/1993 de acordo com Fig. 3, Anexo 5. Cada Lei possui particularidades (normas, distinção de medidas disciplinares, privilégios e benefícios), responsáveis, por distinção, no acesso a direitos, no dia-a-dia de trabalho (SEIXAS, 2008).

Diante do exposto, inegavelmente, o ambiente de trabalho é fator fundamental nesta discussão. Toda empresa apresenta determinado grau de risco, em função do objetivo do seu trabalho. A área da saúde se diferencia das outras, pela característica *sui generis* do seu cliente (paciente) e do produto – trabalha com “vida e morte”., daí a necessidade de ser avaliada, também, sob ótica diferenciada.

O Boletim Estatístico, fornecido pela Secretaria de Gestão Pública do Estado de São Paulo, descreve a situação dos servidores públicos do Estado, conforme Anexo 5, nas Figuras 1, 2, 3 e 4. O Anexo 6 apresenta o perfil da força de trabalho da SES-SP, nas Figuras 4, 5 e 6 e o Anexo 7, pela Figura 7, ilustra o panorama do absenteísmo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

6 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 – Cenário de estudo

As Informações contidas neste relatório foram fornecidas pelo RH/SEESMT de ambos os hospitais, no período de coleta dos dados, Jan/Mar, 2008).

6.1.1 – Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros - HMLMB

O Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros é mantido sob administração direta da SES-SP, iniciou suas atividades em 1944, pela Legião Brasileira de Assistência (LBA), como Casa Maternal e da Infância Dona Leonor Mendes de Barros, com atendimento gratuito voltado para gestantes e parturientes, e incorporado, em 1978, ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), pelo governo Federal. Em 1984, passou a denominar-se Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros e, posteriormente, integrado ao SUS da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

O HMLMB dispõe de 163 leitos e atua nas áreas de Obstetrícia, Ginecologia e Neonatologia e, em 1984, foram incorporadas as áreas de atendimentos básicos de Ginecologia e Obstetrícia, como Mastologia, Climatério, Laparoscopia, Banco de Leite Humano e Planejamento Familiar. As áreas de Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia promovem atividades de ensino e pesquisa, dentro da proposta do atendimento universal, com destaque ao apoio à gravidez de alto risco. Em abril de 2005, inaugurou o Centro de Parto Normal, como incentivo a esta forma de parto.

Característica do hospital: Administração direta da SES-SP, hospital especializado em Obstetrícia, Ginecologia e Neonatologia.

Quadro 6 – Número de servidores do HMLMB em setembro de 2007

FUNCIONÁRIOS EM EXERCÍCIO			
	TOTAL	SES-SP	Treinandos
Médicos	257	186	25
Enfermeiros	83	71	3
Outros - enfermagem	337	310	-
Outros - nível superior	59	58	7
Outros - nível médio	261	211	-
Outros - nível básico	205	174	-
Total	1202	1010	35

Fonte: HMLMB, 2007

Premiações:

De acordo com o Relatório de Gestão do HMLMB (2006), a Instituição foi agraciada com os seguintes Prêmios:

2000 - Hospital Amigo da Criança – Ministério da Saúde;

2001 - Maternidade Segura;

2002 - Prêmio João Yunes (MS) e Prêmio Cremesp - Saúde da Mulher;

2005 - Confirmação do Selo de Conformidade com o Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH);

2006 - Reconhecimento do Banco de Leite Humano-referência para o Estado de São Paulo - Biênio 2006/2007 e FIOCRUZ

Entre os programas voltados à Promoção da Saúde dos trabalhadores oficiais e normatizados, de acordo com o grau de risco e o número de funcionários, ambos os hospitais pesquisados possuem: Comissão de Saúde do Trabalhador, Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho, Programa de Prevenção de Riscos Ambientais e Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional.

HMLMB possui:

- **SEESMT** – implantado pelo Decreto Lei nº 32.893, de 31 de janeiro de 1991, possui manual com as rotinas de atendimento aos funcionários, como horários de atendimento, agendamento de consultas médicas, de nutricionista e assistente social, realização de exames periódicos, preenchimento de guias e rotina para notificação de acidentes e conta com médicos especialistas em cardiologia, homeopatia e acupuntura, atendimento no tratamento e prevenção de hipertensão, diabetes, saúde mental, prevenção de CA ginecológico e aporte nutricional, sendo permitido ao servidor utilizar o serviço de assistência médica do hospital.
- **PPRA** – em funcionamento desde 2005, cuja classificação de risco foi avaliada em nível 3 e possui manual com descrição do serviço.
- **PCMSO** – implantado em junho de 2004, possui manual com as especificações para funcionamento.
- **COMSAT** – constituída em 31 de janeiro de 2007, realiza reuniões mensais, implantou em julho de 2008 o sistema de ficha de avaliação de setor, em que são registradas as solicitações e encaminhadas para os respectivos setores, para providências.

Além desses, cada hospital, de acordo com as necessidades avaliadas por sua diretoria, oferece outros programas complementares voltados para Saúde do Trabalhador, variando em função da demanda e filosofia da instituição.

De acordo com o Relatório de Gestão de 2006, o HMLMB possui os serviços, abaixo, alguns, embora inicialmente tenham sido criados exclusivamente para o usuário, também integram os servidores.

- **Férias no Leonor** – propõe trazer filhos de funcionários para passarem um dia no hospital, ocasião em que as crianças ficam em ambiente apropriado, com diversas atividades e com direito a uma visita ao ambiente de trabalho dos pais, com a intenção de promover integração familiar.

- **Cantinho da Beleza** – iniciativa do Voluntariado do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros (VOMAT), tem os serviços prestados por cabeleireiros voluntários, para parturientes, podendo ser utilizado pelos funcionários, em datas comemorativas, mediante sorteios.

- **Café com o Diretor** – mensalmente, 8 funcionários são sorteados para tomarem café com o Diretor do Hospital, objetivando dar oportunidade para os trabalhadores terem maior aproximação com o Diretor.

- **Mutirão da Saúde** – desenvolvido pela SES-SP, em parceria com todos os hospitais da rede estadual, quando cada instituição participa, disponibilizando atendimento para população.

- **Feira da Cidadania** – realizado uma vez por ano, no Shopping Tatuapé, com objetivo de levar atendimento para população. No ano de 2007, foram oferecidos 51 tipos de serviço e realizados 19.242 atendimentos.

- **Acolhimento Jurídico** – criado há 5 anos, por demanda de pacientes com necessidades de orientação de caráter legal, por profissional da área, e atualmente utilizado por funcionários, mantém os atendimentos, que são registrados, e encaminhados, de acordo com a necessidade. Dados de controle e avaliação não foram fornecidos.

- **Ginástica Laboral** – disponibilizado pela Instituição sob coordenação do Setor de Desenvolvimento.

- **Conte Comigo** – proposta da SES-SP, o programa tem o objetivo de proporcionar atendimento humanizado e personalizado ao usuário do SUS, por meios de comunicação, via telefone, e-mail e caixa de sugestão, funcionando como instrumento do gestor para avaliar a qualidade do atendimento, caracteriza-se por ser trabalho de pesquisa de satisfação, pelo levantamento de opiniões, sugestões, críticas e elogios, realizado, principalmente, no leito ou atendimento pessoal, estimulado pelo “Jovem Acolhedor”. Suas principais finalidades são: fornecer informações ao

usuário; ouvir, orientar e atender ao cidadão; dar apoio ao cliente interno; e servir de triagem para a Ouvidoria. Os dados são tabelados, mensalmente, e enviados para a SES-SP, que avalia o serviço, de acordo com a meta que é avaliar mínimo 6% dos pacientes atendidos e as reivindicações devem ser respondidas, na sua totalidade. A divulgação desta atividade é feita por *banners*, panfletos e cartazes, distribuídos na unidade. Não foram fornecidos relatórios de atendimento.

- **Leia Comigo** – implantado em 2004, contribui no processo de acolhimento de pacientes e acompanhantes e se estende aos funcionários. Além disto, tem se dedicado, especialmente, ao acolhimento de crianças menores de 12 anos, freqüentadoras do hospital, em horários de visitas, e conta com acervo de, aproximadamente, 700 livros e 200 revistas, disponibilizados em carrinhos, pelos Jovens Acolhedores.

- **Jovem acolhedor** – proposta da SES-SP, desenvolvida em parceria com as Universidades cadastradas no programa, os estudantes, até o terceiro ano da graduação, se inscrevem pelo site e são selecionados, por sorteio. Vantagem: um ano de bolsa para o participante, subsidiada pela SES e Universidade. Implantado no HMLMB, em 2004, sob supervisão da Seção de Desenvolvimento e subordinado ao Serviço de Recursos Humanos, jovens, após treinamento, são distribuídos nas áreas do hospital, como Portaria, Laboratório, agendamento, entre outras. Colaboram com o Conte Comigo e atuam no processo de acolhimento de usuário e acompanhante, com objetivo de amenizar conflitos entre usuários e equipe do hospital.

- **Ouvidoria** – facilita a comunicação com a direção do hospital, foi implantado há 5 anos, integra o sistema de controle interno e externo da Instituição, vinculando-se à esfera administrativa superior, SES-SP. As questões não solucionadas no Conte Comigo são encaminhadas para a Ouvidoria, via internet, telefone ou por escrito. A resposta é obrigatória. De acordo com o Ministério da Fazenda, “a Ouvidoria tem por objetivo tratar de assuntos com características que podem causar transtorno ou dano, inconveniência ou impasse à instituição, seus dirigentes ou servidores”.

6.1.2 – Hospital Geral Dr. José Pangella de Vila Penteado - HGVP

Com área de 27.000 m², regulamentado pelo Decreto nº 32.253, de 31 de agosto de 1990, e inaugurado em 1991, como órgão de administração direta, pertence à SES-SP. De acordo com Boletim Informativo, de 1/2/08, o HGVP contava com uma força de trabalho, assim distribuída: Consolidação das Leis Trabalhistas – 60 pessoas, Consolidação das Leis do Funcionalismo (CLF) – 569 pessoas; Lei nº 500/1974 – 609 pessoas e Lei Complementar nº 733/1993 – 79 pessoas. Localizado na região norte da cidade de São Paulo, dispõe de 202 leitos e presta assistência à saúde a, aproximadamente, 400.000 habitantes, e dentre suas especialidades, inclui Clínica Médica, Pediatria, Gineco-Obstetrícia, Cirurgia Geral, Medicina Intensiva, sendo referência nas áreas de Ortopedia e Traumatologia, Cirurgia Plástica/Queimados e Cirurgia Buco-Maxilo-Facial, com residência em Ortopedia, Buco Maxílo e Ginecologia e Obstetrícia.

– **Característica do hospital:** Hospital Geral, de média complexidade, possui pronto-socorro, voltado para atendimento de Queimados e Traumatologia, específica em Ortopedia e Buco Maxilo.

Quadro 7 – Número de Funcionários em exercício no HGVP em setembro de 2007.

FUNCIONÁRIOS EM EXERCÍCIO	TOTAL	SES-SP	Treinandos
Médicos	360	334	26
Enfermeiros	67	67	
Outros – enfermagem	429	429	-
Outros - nível superior	71	65	
Outros - nível médio	284	275	-
Outros - nível básico	316	192	-
Total	1527	1362	26

Fonte: HGVP, 2007.

Relatório apresentado pelo HGVP – A Política Nacional de Humanização garantiu a efetivação do SUS, estabelecendo, como eixos básicos, a Atenção Básica, Gestão de Saúde, Educação Permanente e a Saúde do Trabalhador, e constituiu Comitê na Coordenação de Recursos Humanos, com agenda de Ações de Humanização para 2004 e 2005.

A partir do segundo semestre de 2005, a PNH tomou novo impulso, como ação prioritária da Agenda de Compromissos da Gestão do Ministério da Saúde, propondo confirmar Diretrizes: Transversalidade: aumento do grau de comunicação intra e intergrupos e indissociabilidade entre atenção e gestão.

Desta forma, o HGVP vem se empenhando, desde 2003, na implementação da PNH, mediante formação de Comissões e Comitês de Humanização, com ações direcionadas para a melhoria do atendimento à clientela, empregando procedimentos individuais e coletivos.

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) destaca a necessidade de repensar a relação profissional de saúde e clientela, considerando o contexto dos atores envolvidos, busca identificar os fatores facilitadores e restritivos para a operacionalização das ações da assistência à clientela do HGVP e possibilita a identificação dos modelos de atenção em saúde e processos de trabalho vigentes no serviço ou no micro-território.

Sob nova direção, em 2007, o HGVP iniciou, em 2008, em parceria com a SES-SP, Ministério da Saúde e USP, o Curso de Formadores e Apoiadores da Política de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde, com objetivo de formar 120 apoiadores institucionais, capazes de compreender a complexa dinâmica da produção da tríade saúde-doença-atenção e intervir em problemas de gestão dos serviços e processos de trabalho em saúde, com soluções criativas, tomando por referência a PNH, para o desenvolvimento de trabalho em redes dos serviços de saúde no Estado de São Paulo.

O HGVP possui:

– **SEESMT** – subordinação direta à Diretoria de Departamento do Hospital, objetiva preservar a integridade física e mental dos funcionários no ambiente de trabalho e, a partir de 1991, conta com serviço prestado por Médico do Trabalho e desenvolve trabalho de atendimento clínico, ginecológico, odontológico e nutricional.

Atividades desenvolvidas pelo SEESMT do HGVP:

– **PPRA** – sob a responsabilidade de engenheiro e médico do trabalho, tem avaliado e mapeado os riscos dos postos de trabalho com apontamento das medidas de controle.

– **PCMSO** – utilizando medidas norteadas pelo PPRA, trata do controle e monitoramento da saúde ocupacional dos funcionários.

– **LTCAT** – Laudo Técnico das Condições Ambientais de Trabalho, consiste na elaboração detalhada do laudo, descrevendo os riscos ambientais para obtenção de aposentadoria especial.

– **COMSAT** – iniciado em 2007, ainda em processo de estruturação, não houve reunião ou apresentação de plano de ação.

Programas de Qualidade de Vida disponibilizados aos servidores do HGVP, sob coordenação do SEESMT:

- Palestras sobre Planejamento Familiar, realizadas bimestralmente;
- Palestras de combate às drogas e alcoolismo, realizadas periodicamente;
- Semana da Hipertensão Arterial: palestra e controle da pressão arterial e encaminhamento para tratamento dos casos novos;
- Palestras de combate ao fumo, destinadas a usuários e funcionários;

- Dia Nacional da Saúde Bucal: palestras sobre orientação de higiene bucal;
- Semana do Diabetes: palestras sobre controle da doença e orientação nutricional;
- Dia Mundial da Luta contra a AIDS: palestras de orientação para prevenção e cuidados no tratamento do paciente;
- Programa de Vacinação: vacinas contra Hepatite B, Dupla adulto e gripe.

Iniciativas no âmbito da Humanização

Ações com foco na Clientela:

- Implantação do Programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança;
- Acesso dos pais à unidade de Berçário Patológico;
- Livre acesso do Pai ao alojamento conjunto;
- Brinquedoteca;
- Mãe acompanhante na Pediatria;
- Mãe acompanhante no Centro Cirúrgico;
- Mãe acompanhante na Unidade de Queimados;
- Visita do familiar no Pós Operatório Imediato;
- Acompanhante Permanente junto ao idoso;
- Apoio Psicológico da Criança, no Pré Operatório Eletivo;
- Projeto de Atendimento à Vítima de Violência Sexual;
- Método Canguru;
- Projeto Jovem Acolhedor;
- Visita de Gestantes ao HGVP;
- Centro de Convivência Infantil;
- Assistência Médica e Odontológica ao Funcionário/Servidor;
- Banco de Leite; e
- Cantinho da Beleza – voluntariado;

- **Conte Comigo** – objetiva contribuir na humanização do atendimento, a proposta funciona como assessoria da alta administração, estreitando o canal de comunicação entre o usuário e a Diretoria, cujo foco é fomentar e sistematizar o instrumento de avaliação do serviço, servir de orientador na tomada de decisão para novas ações e promover os direitos do cidadão.

- **Ouvidoria** – representa a última instância do atendimento ao cidadão, para a qual são apresentadas queixas, sugestões e elogios aos serviços prestados pela instituição.

- **Leia Comigo** (com reformulações) – assinado em 2004, o Termo de Cooperação Técnica entre a Secretaria de Estado da Cultura e a SES-SP objetivou instalar “Salas de Leitura” nos hospitais, Institutos e Centro de Referências, funcionando em parceria com o Jovem Acolhedor, que recebe treinamento sobre comportamento diante de situações adversas.

O Conte Comigo é um dos pilares de um Programa Estadual de Humanização Hospitalar. Iniciou-se no ano de 2003, por iniciativa da Secretaria de Estado da Saúde, por meio da Coordenadoria de Serviços de Saúde - CSS-SP. Objetivo: propiciar ao usuário um canal de participação na administração do hospital, em um processo permanente, subsidiando a Direção no sentido da melhoria contínua da qualidade do atendimento; atender ao Cidadão, possibilitando o acesso às informações sobre os serviços prestados na instituição, tentando sanar dúvidas e possibilitar uma gestão participativa, permitindo ao usuários opinar, dar sugestões, fazer reclamações ou elogios. É destinado, exclusivamente, a usuários, e a participação do funcionário se restringe à doação de revistas e livros.

- Visita Aberta (com reformulações);
- Acolhimento de Risco (com reformulações);
- Grupos nas Clínicas de Pediatria, Clínica Médica, Queimados, com familiares e/ou acompanhantes;

- Promoção de Saúde – destinado ao usuário, focalizava campanhas de combate à dengue, AIDS e outras doenças, porém foi desativado.

Ações com foco nos funcionários

1 – Reestruturação dos Recursos Humanos, com remanejamento de pessoal, revisão das “apurações preliminares” realizadas, beneficiando os funcionários envolvidos;

2 – Jovens Acolhedores - Programa da Secretaria de Estado da Saúde, destinado à participação de universitários no Acolhimento de usuários das Unidades Públicas de Saúde, com o objetivo de investir no processo de Humanização da Assistência. A experiência mostrou uma infinidade de mal-entendidos e dificuldades enfrentadas por usuários e trabalhadores no ambiente dos Serviços de Saúde ser facilmente minimizados, quando se ouve, compreende, acolhe, considera e respeita usuários e aqueles que cuidam – atores essenciais para a Humanização;

3 – Jornal – implantado em 1993, este Boletim Informativo, de circulação interna, objetiva levar conhecimento aos servidores e otimizar a veiculação de informações, e dispõe de Coluna como “Quem é você?”, sob a forma de entrevista com funcionário;

4 – Terapia Comunitária para funcionários;

5 – Coral – funcionou, aproximadamente, 3 anos e foi desativado em 2005. Há projeto de reorganização do Grupo de Canto e Coral Sol/Canto;

6 – “Feliz Dia Seu” – o aniversariante ganha sobremesa especial;

7 – Espaços distribuídos “setoriais” e estratégicos de cuidados físicos;

8 – Concursos de poesia;

9 – Oficina de Artesanato para funcionários, visa uma complementação de renda (horários e dias estratégicos, fora da carga horária de trabalho);

10 – Convênios/parcerias com escolas, cursos de graduação, música, cursos de especialização, farmácias, agências de turismo e academias;

11 – Preparando para aposentadoria – desativado em 2006;

12 – Atendimento odontológico ao funcionário;

13 – Esporte: em 2005, foi criado o time de futebol de salão masculino (18 participantes) e, posteriormente, o feminino (12 participantes), com divulgação feita pelo RH, onde os interessados podem se inscrever para participar de campeonato promovido pela SES-SP e competindo pela “Taça Saúde”.

OBS: Nenhum dos programas forneceram proposta escrita com metodologia ou relatórios de resultados, as informações foram coletadas durante as entrevistas ou pelos panfletos de divulgação distribuídos aos pacientes.

6.2 – Análise dos dados – etapa qualitativa

A discussão da Promoção da Saúde, como estratégia para melhor Qualidade de Vida, implica uma visão integrada e ação intersetorial, buscando enfrentar os problemas sociais em uma ótica mais ampla ou organizacional.

Com relação aos programas voltados para Saúde do Trabalhador, analisados nos dois hospitais, pôde-se observar, entre outras questões, a insuficiência de registros sobre atividades desenvolvidas. A maioria não possui proposta escrita, com objetivo, metodologia e critérios de avaliação, comprometendo o monitoramento e controle de resultados e, conseqüentemente, dificultando a continuidade. Alguns programas ou atividades são implantados, por decisão da Diretoria e chefias dos setores, sem estudo prévio para levantar a real necessidade do público alvo; em alguns casos, são implantados para atender a uma demanda imediata, e desativados, após satisfazer a necessidade, ou por falta de público interessado.

Quanto aos aspectos discursivos analisados, sobre o entendimento dos entrevistados dos dois hospitais estudados, relacionados à Promoção da Saúde nesses programas, verificou-se:

a) Compreensão de Promoção da Saúde, Educação em Saúde e Saúde do Trabalhador, referentes às Questões 1, 3, 4, 5, 7 e 13 (Anexo 2)

A maior dificuldade, para a obtenção das respostas, foi a não participação da maioria dos entrevistados em nenhum programa voltado para Saúde do Trabalhador. Alguns diziam ter ouvido falar da existência de algo neste sentido, mas não participava, por falta de tempo ou porque as atividades eram desenvolvidas fora do horário de serviço, ou em turnos de trabalho diferentes do seu. Pôde-se identificar pouca ou nenhuma clareza em relação ao conceito e objetivos da Promoção da Saúde. Quando perguntado: quais os objetivos da PS na Saúde do Trabalhador, na sua

grande maioria, as respostas foram: *“tem como função prevenir doenças ocupacionais e controlar o uso de drogas”*; *“promoção é importante para orientar a melhor forma de trabalhar para evitar acidentes no trabalho”*; *“manter as pessoas saudáveis física e mentalmente para atender suas necessidades emocionais para elas exercerem integralmente suas atribuições”*. Apenas uma entrevistada respondeu ser a Promoção da Saúde *“um compromisso político tendo a saúde no topo da agenda pública para a criação de ambientes saudáveis; incluindo reorganização dos serviços e capacitação pessoal”*. Outros declararam desconhecer o tema, com respostas, como: *“você está falando da divulgação da saúde?”* ou citaram a realização dos exames periódicos, como exemplo de ação de promoção, alegando que antes só havia atendimentos de emergência em casos de acidentes com o trabalhador.

Entretanto, apesar da divergência conceitual entre prevenção e promoção, na prática não é possível distinção cronológica entre ambas, onde acaba uma e começa a outra, pois seja uma ação de assistência para a cura de doença, uma de prevenção, como vacinar, ou uma de orientação para bons hábitos, terá sempre como resultado final um objetivo – a Qualidade de Vida da pessoa.

Embora a política de Educação em Saúde esteja explicitada como meta da política pública, a partir da aprovação, em plenária, do Conselho Nacional de Saúde e legitimada na 12^a Conferência Nacional de Saúde (CNS 2005), segundo CECCIM (2005), ainda há longo caminho a percorrer até serem alcançados seus objetivos. É necessário desenvolver ações, construídas com base nos cenários de trabalho, adequadas a cada realidade.

Neste estudo, pôde-se identificar uma prática, muitas vezes, desvinculada das necessidades, revelando pouca compreensão por parte dos entrevistados, que não conseguiam distinguir, na maioria das vezes, uma ação voltada para Saúde do Trabalhador, citando, como papel da **Educação em Saúde**, ações como: incentivo ao aleitamento materno e projeto mãe canguru, mostrando desconhecimento sobre o assunto, em

função de essas propostas serem voltadas para os pacientes, e não para o trabalhador. Também, foram citados, como exemplo de ação de educação, a distribuição de livretos e informativos sobre alerta de prevenção de algumas doenças, como AIDS, diabetes, hipertensão e obesidade.

Muitos disseram jamais terem ouvido falar sobre o assunto, outros, mostrando entendimento equivocado, enfatizavam apenas um dos aspectos que envolvem a educação: *“Educação é fazer alertas sobre as doenças, encaminhar os funcionários para um atendimento mais detalhado”*. *“educação é uma ação continuada, enquanto a promoção pode ser qualquer evento promovido no hospital”*. Extremamente preocupante foi o depoimento de um trabalhador: *“promoção é algo supérfluo que não é obrigado no hospital”*.

Entrevistados, que mostraram conhecer o tema, responderam: *“educação é fornecer conhecimento para fazer Promoção da Saúde”*; *“só se consegue promover saúde através da educação; é através da educação que se consegue prevenir um número maior de doenças”*. Apesar do uso do “clichê”, percebe-se muita confusão entre educação e comunicação.

Quanto às ações de Educação voltadas para a Promoção da Saúde, foram apresentadas, a título de exemplos, a obrigatoriedade da atualização da carteira de vacina contra tétano e hepatite B, a implantação da COMSAT (obrigatória por Lei), treinamento sobre incêndio depois do acidente no Hospital das Clínicas, e lembrada, como ação de educação, a prevenção sobre diabetes, hipertensão e obesidade.

A educação e, em especial, a educação em saúde, pode ter diferentes interpretações, e quando entendida, de forma simplificada, como ação de aprendizagem para mudança de comportamento individual, atua apenas como medida profilática de prevenção de doenças; ao contrário, quando vista de forma mais ampla, é tida como principal ferramenta da Promoção da Saúde, cujo maior objetivo é intervir no meio ambiente, para melhorar a saúde e a qualidade de vida. Segundo PELICIONI (2008, p. 170), *“a promoção, viabilizada pela educação, tem ação transformadora da realidade social, em busca da qualidade”*.

Com relação às ações efetivas voltadas para Saúde do Trabalhador, foram citadas, como exemplo, a vacinação obrigatória para o trabalhador, o uso de Equipamento de Proteção Individual, a intervenção em casos de acidentes de trabalho. Entendem a **validade desses programas para orientar e conscientizar** o funcionário sobre cuidados com saúde, e desconhecem qualquer tipo de investimento voltado, especificamente, para a Saúde do Trabalhador ou ações integradas desenvolvidas nesse programa, dizendo: *“pode haver, mas não é do meu conhecimento”*.

No entanto, sabe-se que não é o programa que vai conferir maior grau de consciência ao funcionário, mas o papel dos profissionais e gestores comprometidos que será capaz de criar condições para o trabalhador adquirir consciência dos fatores determinantes da sua saúde.

b) Participação – participação das atividades e programas voltados para a Saúde do Trabalhador, oficinas de capacitação, planejamento, implementação e avaliação das ações e forma de comunicação, referentes às questões 2, 14, 15, 16 e 17 (Anexo 2).

De maneira geral, profissionais entrevistados não têm participado de nenhum programa oferecido pela instituição, e procuram o SEESMT e a COMSAT, quando apresentam algum tipo de queixa de agravo à saúde. Quando perguntados se os hospitais desenvolvem **ações de Promoção da Saúde voltadas para Saúde do Trabalhador**, responderam afirmativamente, mas não souberam esclarecê-las, enquanto a minoria citou palestras de combate às drogas, prevenção de acidentes e tratamento de diabetes e hipertensão, além do SEESMT e da COMSAT, como Programas da Saúde do Trabalhador.

Embora a participação seja um dos princípios contemplados pela Promoção da Saúde, que objetiva a QV e a capacitação, vista como fundamental no envolvimento do sujeito, para assumir papel protagonista no seu ambiente, na prática, poucos avanços são perceptíveis neste sentido. Segundo WESTPHAL (2008), essas questões só poderão ser atingidas,

quando feita uma análise crítica das ações, com clareza do significado e aplicação do conceito de QV, para promover saúde.

No entanto, houve quase unanimidade, ao responderem serem estes programas implantados, por decisão da diretoria, sem consulta prévia sobre a sua necessidade. *“às vezes, nossos chefes diretos são convocados para participarem das reuniões e depois nos comunicam o que ficou decidido” “em função da demanda do SEESMT se decide o que deve ser feito”; “é a equipe do RH quem decide e a gente depois fica sabendo o que vai acontecer”.*

Poucas empresas hospitalares se preocupam em avaliar, de forma sistemática, as necessidades e satisfação de seus empregados. O PNHAH propõe, para a humanização da assistência, ser necessário cuidar dos próprios profissionais, ressaltando o papel da capacitação, ao reconhecer muitas das dificuldades de interação serem devidas a uma falha na formação dos mesmos (DESLANDES, 2004). Alguns hospitais vêm mostrando interesse na implantação de programas de qualidade, voltados para os clientes internos e externos. Entretanto, em alguns lugares esta proposta ainda é embrionária e pouco estruturada.

Nenhum problema pode ser analisado somente sob uma ótica. A capacitação é importante, mas, antes disso, é necessário dar condições para, é imprescindível o envolvimento de todos os níveis da administração e, sobretudo, vontade e decisão política dos gestores públicos e institucionais. O que se pode perceber, em alguns depoimentos, foi a necessidade de maior envolvimento da Diretoria.

c) Caracterização e estrutura das ações – planejamento de programas, investimento em qualificação, ações integradas voltadas para Saúde do Trabalhador, parcerias e cooperações e ações intersetoriais, referentes às questões 6, 8, 9, 10, 11 e 12 (Anexo 2).

Por se tratar de assunto da área administrativa, houve muita dificuldade nas respostas sobre esses temas por desconhecimento dos trabalhadores. A grande maioria disse, *“não sei”, “desconheço”, “pode ser que exista, mas a gente*

não fica sabendo”, outros disseram: “sempre tem curso de capacitação, treinamento oferecido pelo RH, agora incluíram médicos de diferentes especialidades no SEESMT (acupuntura, cardiologista e outros)”.

Sobre os incentivos técnicos para qualificação de profissionais, a maioria disse não haver e aqueles, cuja resposta foi sim, acrescentaram: *“são decisões de diretoria”; “como o hospital é público, isto é feito pela Secretaria e para verba ser liberada é necessário apresentar um projeto”.*

Quanto a parcerias e cooperação de outros órgãos, quase todos disseram desconhecer. Algumas pessoas responderam: *“acho que tem, não sei direito”* e citaram, como exemplo de cooperação, o corte de árvores feito pelos bombeiros e a Feira da Cidadania, realizada com a participação da Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo (SABESP), Companhia de Engenharia de Tráfego (CET), Nossa Caixa e Clínica de Estética.

As declarações são preocupantes, pois os exemplos citados, como cuidar da água e da energia e da segurança, é dever básico do poder público e não poderia ser entendido por nenhum cidadão como parceria ou cooperação para qualquer tipo de ação.

A forma de divulgação – muitos disseram não haver nenhuma forma de divulgação. As pessoas, que responderam positivamente, citaram o boletim informativo, cartazes no mural do refeitório e nas Unidades, jornal ou comunicação verbal dos chefes, como forma de divulgação, mostrando pouca eficácia.

A informação, embora devesse ser estratégia fundamental para instrumentalizar o trabalhador para identificar e prevenir os riscos de doenças e acidentes, além de importante ferramenta de trabalho, sempre foi um dos maiores entraves nas empresas. Estudo de KELLY-SANTOS (2005), discutindo os processos comunicativos na Saúde do Trabalhador, do ponto de vista do pólo emissor, evidencia a fragilidade desse instrumento e reforça

a necessidade de essa questão ser tratada por especialistas em comunicação.

Com este estudo, constatou-se a **carência de programas com ações sistematizadas, permitindo monitoramento, avaliação e continuidade**. Atualmente, percebem-se ações isoladas para atender à demanda de problemas setorizados, porém, não podem ser consideradas programas, por falta de protocolos registrados e de orientação específica, voltada para Saúde do Trabalhador.

Apesar dos esforços das Instituições, para ampliar a atenção à Saúde do Trabalhador, com ênfase na Promoção da Saúde, é evidente a necessidade de consolidar um processo educativo permanente, além de outras formas de comunicação, p.ex: carta anexada ao *hollerith* do funcionário, como estratégia para subsidiar qualquer ação, capaz de contemplar a diversidade nesta área.

As práticas de educação, cada vez mais, têm sido valorizadas como instrumentos importantes na área da saúde coletiva, ao permitir a aproximação entre os atores envolvidos na abordagem das questões relacionadas à saúde.

Algumas alternativas, para obtenção de programas mais eficientes nesta área, devem incluir melhor uso de tecnologia da informação e comunicação, envolvimento dos funcionários no projeto, implementação e avaliação, flexibilidade de adaptação, de acordo com a demanda no local de trabalho, entre outras.

Em síntese, é imprescindível a nova geração de programas dar maior atenção à cultura e ao ambiente local, considerando seus trabalhadores como parte de uma sociedade mais ampla, incluindo familiares e comunidade, porque, só assim, pode-se pensar em mudança de comportamento para assegurar melhor Qualidade de Vida.

6.3 – Análise dos resultados - etapa quantitativa

O trabalho deixou de ser apenas um local de execução de tarefas e passou a ser concebido como um ambiente capaz de provocar adoecimento ou prazer, interferindo diretamente na QV, de forma geral. Segundo FELLI e TRONCHIN (2005), não há como dissociar a vida do trabalho, nem deixar de reconhecer a interface do trabalho na QV.

A importância de estudar QV, em diferentes aspectos, deve-se ao fato de a insatisfação no trabalho poder se reverter em absenteísmo, diminuição da qualidade de desempenho de atividades laborais, aumento de acidentes de trabalho, desinteresse e apatia pelo trabalho, podendo refletir diretamente na assistência ao paciente, conforme comprovados em pesquisas, citadas anteriormente.

Para atender aos objetivos deste estudo, a elaboração desta etapa foi dividida em quatro partes: A primeira apresenta o perfil dos entrevistados da amostra selecionada.

A segunda avalia a qualidade dos dados coletados, a partir da análise do *Alpha de Cronbach* das dimensões. Outras análises, necessárias para a validação do comportamento das escalas, não foram adotadas neste estudo, tendo em vista a validação deste instrumento em outros trabalhos, como o de CICONELLI (1999); tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de Qualidade de Vida SF-36; o de HALEY (2002), avaliando os efeitos da guerra em veteranos da Guerra do Golfo; o de MARTINS (2003), de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores; e o de MARTINEZ et al (2006), que analisou a Saúde e capacidade para o trabalho de trabalhadores da área administrativa.

A terceira se propõe detalhar as especificidades de cada dimensão estudada, a partir das estatísticas descritivas de cada variável componente e dos indicadores gerais construídos.

Finalmente, a quarta parte apresenta testes de diferenças de distribuição para as dimensões, objeto deste estudo, partindo de estratos construídos por variáveis sócio-demográficas e condições de trabalho do público alvo.

Dos 600 questionários distribuídos em todos os setores (técnico e administrativo) e turnos, inclusive nos plantões nos dois hospitais, foram devolvidos 233 respondidos, correspondendo a uma proporção maior de respostas, em comparação com outras pesquisas do gênero, justificando-se pelo fato de esta ter sido realizada, pessoalmente, pela pesquisadora, com apoio das chefias de cada setor e da administração superior dos hospitais pesquisados. Desdes, 125 questionários foram respondidos pelos trabalhadores do HMLMB, sendo 53 do setor administrativo e 72 do setor técnico, e 108 pelo HGVP, sendo 46 do setor administrativo e 62 do setor técnico.

6.3.1 - Caracterização dos profissionais entrevistados

As tabelas, a seguir, de I a IX, descrevem características dos entrevistados, segundo sexo; faixa etária; grau de escolaridade; estado civil; tipo de contrato de trabalho; quantidade de empregos; número de licença; e de acidentes.

Tabela I – Distribuição por número e porcentagem dos entrevistados, segundo o Gênero.

Gênero	Nº de casos	% sobre o total de casos
Masculino	60	25,8
Feminino	170	73,0
Não informado	3	1,2
Total	233	100

Fonte: HGVP, HMLMB 2008.

Dos 233 entrevistados, 73% eram mulheres, ao refletir uma característica da força de trabalho do serviço público em São Paulo, predominantemente, feminina, de acordo com a pesquisa de recadastramento, de setembro de 2007, realizada pela Secretaria de Gestão Pública (SGP), segundo a qual, 56,15% eram mulheres (SÃO PAULO, 2008c).

Tabela II – Distribuição por número e porcentagem dos entrevistados, segundo a Faixa etária.

Faixa etária	nº de casos	% sobre o total de casos
Até 20 anos	-	-
20 - 30 anos	40	17,2
30 - 40 anos	61	26,2
40 - 50 anos	55	23,6
50 - 60 anos	28	12,0
60 e mais	11	4,7
Não declarou	38	16,3
Total	233	100

Fonte: HGVP, HMLMB 2008.

Conforme a Tabela II, nenhum dos entrevistados tinha menos de 20 anos, enquanto a maior incidência se concentrou nas faixas entre 30 a 40 anos, correspondendo a 26,2% (61) e 40 - 50 anos, com 23,6% dos funcionários (55), ambas as faixas abrangendo 49,8 % dos funcionários entrevistados; uma porcentagem considerável da amostra, 16,3%, preferiu não declarar a idade. Resultados parecidos foram encontrados no estudo de URBANO (2004), realizado no Hospital de Infectologia Emilio Ribas, e confirmados pelos dados do recadastramento de set/2007, em que 63,4% dos funcionários encontravam-se na faixa etária de 31 - 50 anos (SÃO PAULO, 2008c), e divergentes da pesquisa de BRAGA (2007), realizada com trabalhadores da atenção básica, que apresentou predominância de funcionários entre 20 - 29 anos.

Tabela III – Distribuição por número e porcentagem dos entrevistados, segundo o Grau de escolaridade.

Grau de escolaridade	Nº de casos	% sobre o total de casos
Ensino Fundamental Completo	41	17,6
Ensino Médio Completo	124	53,2
Ensino Superior Completo	63	27,0
Não informado	5	2,2
Total	233	100

Fonte: HGVP, HMLMB 2008.

Com relação à escolaridade, a Tabela III apresentou a maior parte dos entrevistados declarando ter nível médio, correspondendo a 53,2% (124) da amostra, e apenas 27,0% (63), com nível superior. Segundo os dados apresentados pelo recadastramento da SGP/2007, dos 612.351 servidores civis e militares da ativa, de todos os níveis de Administração Direta, Autarquias, inclusive, do Regime Especial (Universidades e Fundações), mais da metade, 55,4% dos servidores, tinham nível superior (SÃO PAULO, 2008c), sugerindo a concentração de servidores com maior grau de escolaridade em outros setores da Administração Pública.

Tabela IV – Distribuição por número e porcentagem dos entrevistados, segundo o Estado Civil.

Estado Civil	Nº de casos	% sobre o total de casos
Solteiro	56	24,0
Casado	106	45,5
Viúvo	22	9,4
Outros	45	19,3
Não informado	4	1,7
Total	233	100

Fonte: HGVP, HMLMB 2008.

Quanto ao estado civil, 45,5% (106) dos entrevistados se declararam casados, 24% (56) eram solteiros e 9,4% (22), viúvos.

Tabela V – Distribuição por número e porcentagem dos entrevistados, segundo o Tipo de contrato de trabalho.

Tipo de contrato	Nº de casos	% sobre o total de casos
Estatutário	158	67,8
Celetista	49	21,0
Terceirizado	7	3,0
Lei 500/74	9	3,9
Não informado	10	4,3
Total	233	100

Fonte: HGVP, HMLMB 2008.

Quanto ao tipo de vínculo empregatício dos entrevistados, a maioria era Estatutário, 67,8% (158), seguido de 21% (49) registrados sob o regime de trabalho da Consolidação das Leis Trabalhistas, na maioria, os serviços terceirizados executam serviços em atividades meio (Segurança e Limpeza), e apenas 3,9 % (9) dos entrevistados estavam registrados sob a Lei nº 500/73, estes resultados contrariam os encontrados na pesquisa de URBANO (2004), realizada no Instituto de Infectologia Emílio Ribas, onde

mais da metade do quadro de funcionários era registrado sob a Lei 500/73, cujas normas restringem alguns benefícios, quando comparados aos servidores efetivos, regidos pelo Estatuto dos Funcionários Públicos do Estado, e os resultados do estudo de BRAGA (2007), no qual a maioria dos trabalhadores eram contratados pela CLT.

Tabela VI – Distribuição por número e porcentagem dos entrevistados, segundo a Quantidade de empregos.

Quantidade de empregos	Nº de casos	% sobre o total de casos
Tem apenas um emprego	176	75,5
Tem mais de um emprego	54	23,2
Não informado	3	1,3
Total	233	100

Fonte: HGVP, HMLMB 2008.

Em relação à quantidade de empregos, a Tabela VI mostrou que 75,5% (176) dos entrevistados declararam ter apenas um emprego, enquanto apenas 23,2% (54) tinham dois empregos, talvez em função do fato de não ser permitido ao servidor, admitido por concurso, manter mais de um vínculo empregatício. O Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Estado (Lei nº 10.261 de 1968) abre exceções para algumas categorias, como é o caso de juízes, promotores, médicos e enfermeiros, com possibilidade de, concomitantemente ao cargo público, exercer outra atividade remunerada (SÃO PAULO, 2008 a).

Porém, é preocupante o fato de, praticamente, $\frac{1}{4}$ dos entrevistados terem mais de um emprego, podendo comprometer a sua Qualidade de Vida e de trabalho. Isto se torna ainda mais grave, se for considerado que este número pode ser maior, mesmo porque algumas pessoas, com mais de uma atividade, não a declara, evitando comprometimento.

Os dados desta pesquisa foram semelhantes aos de GUIDO (2003), que constatou 64,7% dos participantes, com apenas uma atividade profissional, e divergiram dos dados apresentados por MEIRELLES e ZEITOUNE (2003), em cujo estudo, 55,7% tinham outro emprego, e por LINO (2004), em que 36,9% dos entrevistados possuíam mais de um emprego.

Tabela VII – Distribuição por número e porcentagem dos entrevistados, segundo o número de licenças solicitadas.

Nº de licenças	Nº de casos	% sobre o total de casos
Nenhuma	103	44,2
1 – 3	45	19,3
3 – 6	47	20,2
6 – 9	23	9,9
9 e mais	9	3,8
Não sabem	6	2,6
Total	233	100

Fonte: HGVP, HMLMB 2008.

Em uma análise geral, pode-se observar que a maioria dos entrevistados já havia solicitado algum tipo de licença. Embora não tenha sido objeto desta pesquisa o estudo dos motivos dessas licenças, de acordo com dados fornecidos pelos hospitais, muitas em decorrência de licença prêmio, ou por motivo de gravidez. Também desperta atenção declarações, como: funcionários, com 20 anos de trabalho, jamais terem pedido licença, ou sofrido qualquer tipo de acidente, e alguns, com 3 anos de trabalho, com 15 licenças solicitadas, enquanto outros, com 6 meses de serviço, terem sofrido 2 acidentes, e funcionários, que não sabiam se haviam solicitado licença.

Tabela VIII – Distribuição por número e porcentagem dos entrevistados, segundo o número de acidentes de trabalho.

Nº de acidentes de trabalho	Nº de casos	% sobre o total de casos
Nenhum	206	88,4
1 – 2	17	7,3
2 - 3	8	3,4
3 – 4	2	0,9
Total	233	100

Fonte: HGVP, HMLMB 2008.

Os dados desta Tabela revelam um quadro diferente daqueles apresentados pela estatística da SES-SP e do Hospital, porque o número de acidentes e o absenteísmo constituem um dos maiores motivos de preocupação das instituições, sobretudo na área da saúde, conforme dados do DPME (2006). Mesmo garantido o anonimato do entrevistado, pôde-se perceber, durante as entrevistas, muitas pessoas com receio de a resposta vir a prejudicá-las no trabalho, e, assim, 88,4% (206) declararam jamais terem sofrido qualquer tipo de acidente.

6.3.2 – Estatística descritiva das dimensões analisadas

Esta seção propõe-se detalhar as especificidades de cada dimensão estudada, a partir das estatísticas descritivas de cada variável.

6.3.2.1 – Dimensão Capacidade Funcional

Tabela IX - Dimensão CF - Capacidade Funcional⁽¹⁾

Assertivas	Casos válidos	Média	Mediana	Desvio padrão	% de trabalhadores com pontuação...	
					mínima	máxima
Tomar banho ou vestir-se	233	2,9	3,0	0,300	1,3	94,4
Andar um quarteirão	233	2,8	3,0	0,400	0,9	83,7
Subir um lance de escada	232	2,8	3,0	0,461	1,3	76,7
Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	233	2,6	3,0	0,600	6,0	67,0
Levantar ou carregar mantimentos	233	2,5	3,0	0,595	5,2	57,9
Atividades moderadas, como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	233	2,5	3,0	0,656	9,0	54,9
Subir vários lances de escada	233	2,3	2,0	0,771	20,2	45,5
Andar mais de um quilômetro	233	2,4	3,0	0,724	14,2	53,2
Andar vários quarteirões	232	2,4	3,0	0,667	9,9	53,0
Atividades vigorosas, exigindo muito esforço, correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árdus	233	2,0	2,0	0,730	28,8	24,5

⁽¹⁾ A pontuação varia entre 1 e 3 pontos (1 – sim, muita dificuldade; 2 – sim, pouca dificuldade; 3 – não, sem dificuldade).

De forma geral, os entrevistados declararam dificuldades em executar as atividades propostas, colocando-se entre o conceito “*pouca dificuldade*” ou “*nenhuma dificuldade*”, ou seja, as pontuações médias das variáveis integrantes da dimensão variaram entre 2,0 e 2,9. Conforme apresentado na Tabela IX, a menor média encontrada foi na assertiva “*atividades vigorosas que exigem muito esforço*”, enquanto em atividades básicas, como “*andar um quarteirão*”, “*tomar banho ou e vestir-se*”, as médias atingiram pontuações de 2,8 e 2,9, respectivamente.

Estes resultados sugerem uma relação linear entre a intensidade de esforço físico necessário para cada atividade e a dificuldade declarada pelo entrevistado, ou seja, atividades que exigem maior esforço são declaradas como realizadas com mais dificuldade.

Ainda, parece importante o registro de, entre as dez assertivas integrantes desta dimensão, apenas duas apresentaram percentuais do conceito “*sem dificuldade*” inferiores a 50%, correspondendo à metade dos entrevistados: “*subir vários lances de escada*” (45,5%) e “*atividades vigorosas, exigindo muito esforço...*” (28,8%).

Embora pareça pequeno o número de entrevistados declarando ter muitas dificuldades para atividades vigorosas, não deixa de ser preocupante, pois, trata-se de trabalhadores desempenhando atividades normais, que têm, sob sua responsabilidade, o cuidado de pacientes, muitas vezes, com dependência física.

6.3.2.2 – Dimensão Dor

Tabela X - Dimensão DO – Dor

Assertivas	Casos válidos	Média	Mediana	Desvio padrão	% de trabalhadores com pontuação	
					mínima	máxima
Teve dor no corpo? ⁽¹⁾	233	2,6	2,0	1,209	24,0	0,4
O quanto à dor interferiu com suas atividades incluindo os trabalhos dentro e fora de casa? ⁽²⁾	233	1,9	2,0	0,872	40,3	5,6

⁽¹⁾ A pontuação varia entre 1 e 6 pontos (1 – nenhuma; 2 – muito leve; 3 – leve; 4 – moderada; 5 – grave; 6 – muito grave).

⁽²⁾ A pontuação varia entre 1 e 6 pontos (1 – de maneira nenhuma; 2 – pouco; 3 – moderadamente; 4 – bastante; 5 – extremamente).

As variáveis integrantes da dimensão Dor apresentaram pontuação média, sugerindo grau relativamente baixo deste fator, no grupo de entrevistados.

A diferença entre as pontuações médias, obtidas pelas duas variáveis, sugere, mesmo considerando os que declararam algum nível de dor, em seu dia-a-dia, afetar com menor intensidade a execução de suas atividades, dentro e fora de casa.

Neste sentido, 24,0% dos entrevistados declararam não haver sentido nenhuma dor no período selecionado e 40,3% declararam não haver a dor sentida dificultado suas atividades.

6.3.2.3 – Dimensão Vitalidade

Tabela XI - Dimensão VI - Vitalidade⁽¹⁾

Assertivas	Casos válidos	Média	Mediana	Desvio padrão	% de trabalhadores com pontuação	
					mínima	máxima
Quanto tempo se sentiu cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	231	3,0	3,0	1,272	6,5	2,6
Quanto tempo se sentiu com muita energia?	231	2,9	3,0	1,190	2,6	8,7
Quanto tempo se sentiu esgotado?	229	4,8	5,0	1,231	1,7	32,3
Quanto tempo você se sentiu cansado?	231	4,4	5,0	1,168	3,0	12,1

⁽¹⁾ A pontuação varia entre 1 e 6 pontos (1 – todo tempo; 2 – a maior parte do tempo; 3 – uma boa parte do tempo; 4 – alguma parte do tempo; 5- uma pequena parte do tempo; 6 – nunca).

As variáveis da dimensão vitalidade apresentaram maior amplitude entre suas pontuações médias. Assim, os dois itens relacionados à energia e vigor aproximaram-se do conceito “*uma boa parte do tempo*”, média de 3,0 pontos para a variável “*Quanto tempo se sentiu cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?*” e média de 2,9 pontos para a variável “*Quanto tempo se sentiu com muita energia?*”), enquanto os itens relacionados ao cansaço e esgotamento apresentaram pontuação entre os conceitos “*alguma parte do tempo*” e “*uma pequena parte do tempo*”; média de 4,4 pontos para a variável “*Quanto tempo você se sentiu cansado?*” e média de 4,8 pontos para a variável “*Quanto tempo se sentiu esgotado?*”.

Além disso, foi possível verificar que, na média, foi declarado se sentir bem, numa boa parte do tempo, e tendendo a apenas numa parte do tempo se sentirem esgotados. O estudo de ASSUNÇÃO (2001) mostrou (30%) da jornada de trabalho do profissional da área de saúde, principalmente, da enfermagem, exigir grande esforço para responder às necessidades do

usuário, além das condições inadequadas de trabalho, justificando a queixa de cansaço ou esgotamento.

Nos resultados do estudo de BRANT e DIAS (2004), 35,2% dos trabalhadores entrevistados declararam “*cansar-se com facilidade*” e 23,9%, “*sentir-se cansado o tempo todo*”, resultados que foram associados à fadiga, causada por sobrecarga de trabalho.

Nesta pesquisa, os resultados sugerem, pelo menos, para o grupo de entrevistados, que a percepção de maior vigor físico sobrepõe-se à percepção de cansaço e esgotamento, sugerindo que as atividades específicas, desenvolvidas até o momento, relacionados a este *constructo*, possam não ter em grandes impactos sobre a Qualidade de Vida desse público.

6.3.2.4 – Dimensão Saúde Mental

Tabela XII - Dimensão – Saúde Mental⁽¹⁾

Assertivas	Casos válidos	Média	Mediana	Desvio padrão	% de trabalhadores com pontuação	
					mínima	máxima
Quanto tempo se sentiu uma pessoa muito nervosa?	230	4,6	5,0	1,087	1,3	16,5
Quanto tempo se sentiu tão deprimido nada poder animá-lo?	230	5,2	5,0	1,036	0,9	48,7
Quanto tempo se sentiu calmo ou tranqüilo?	232	3,0	3,0	1,786	9,1	3,9
Quanto tempo se sentiu desanimado e abatido?	231	4,9	5,0	0,996	0,9	26,8
Quanto tempo se sentiu feliz?	231	2,5	2,0	1,153	19,5	1,7

⁽¹⁾ A pontuação varia entre 1 e 5 pontos (1 – todo o tempo; 2 – a maior parte do tempo; 3 – uma boa parte do tempo; 4 – alguma parte do tempo; 5 – uma pequena parte do tempo; 6 – nunca).

Repetindo a metodologia da dimensão vitalidade, as variáveis utilizadas na dimensão Saúde Mental podem ser divididas em dois grupos.

O primeiro se refere aos temas desânimo, falta de ânimo e nervosismo, apresentando pontuações médias próximas do conceito “*uma pequena parte do tempo*”, média de 4,6 pontos para a variável “*Quanto tempo se sentiu uma pessoa muito nervosa?*”, média de 4,9 pontos para a variável “*Quanto tempo se sentiu desanimado e abatido?*” e média de 5,2 pontos para a variável “*Quanto tempo se sentiu tão deprimido nada poder animá-lo?*”.

O segundo grupo de variáveis se refere aos temas felicidade e tranqüilidade, apresentando pontuações médias, próximas do conceito “*uma boa parte do tempo*”, média de 2,5 pontos para a variável, “*Quanto tempo se sentiu feliz?*”, média de 3,0 pontos para a variável “*Quanto tempo se sentiu calmo ou tranqüilo?*”.

Estes resultados permitem inferir que o grupo de entrevistados, de forma geral, sobrepõe os sentimentos mais positivos, como felicidade e tranqüilidade, a sentimentos negativos, como nervosismo e desânimo, e apenas 0,9% dos entrevistados (cerca de dois casos) declararam terem se sentido nervosos ou desanimados “*todo o tempo*”, no período selecionado”.

O esgotamento, não necessariamente físico, mas também mental, não foi diferente dos resultados levantados em outras categorias, como mostra NORONHA (2002) e GONÇALVES (2003), em pesquisa com professores, em especial, da rede pública, caracterizada pela carência e violência, em que o estresse é fator constante no ambiente de trabalho.

MARTINEZ (2003) cita estudos de Rocha (1996), mostrando a satisfação no trabalho como fator protetor da saúde, e Takeda et al (2002) evidenciaram a saúde mental, apresentando fortes associações com o esgotamento (*burnout*) no trabalho. Assim, os resultados deste estudo corroboraram com os achados desses autores, mostrando pouco esgotamento físico e opinião favorável à saúde mental.

6.3.2.5 – Dimensão Limitações por Aspectos Físicos

Tabela XIII - Dimensão AF – Limitações por Aspectos Físicos⁽¹⁾

Assertivas	Casos válidos	Média	Mediana	Desvio padrão	% de trabalhadores com pontuação	
					mínima	máxima
Diminuiu o tempo dedicado ao trabalho ou a outras atividades?	232	2,7	3,0	0,571	6,0	77,6
Realizou menos tarefas do que gostaria?	231	2,6	3,0	0,594	5,6	66,2
Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	231	2,7	3,0	0,591	6,9	74,5
Teve dificuldade de executar seu trabalho ou outras atividades. Ex: necessitou de esforço extra?	231	2,7	3,0	0,599	7,4	77,5

⁽¹⁾ A pontuação varia entre 1 e 3 pontos (1 – sim, muito; 2 – sim, um pouco; 3 – não).

As variáveis da dimensão limitações por aspectos físicos apresentaram comportamento médio semelhante. Assim, a pontuação média destas variáveis variou entre 2,6 e 2,7, sugerindo que o grupo de entrevistados, alvo deste estudo, não apresentou, pelo menos em suas declarações, limitações físicas capazes de prejudicarem o exercício de suas atividades.

Neste sentido, deve-se registrar a expressiva quantidade de entrevistados atribuindo pontuações máximas às variáveis desta dimensão (variação de 66,2% a 77,6%).

6.3.2.6 – Dimensão Limitações por Aspectos Emocionais

Tabela XIV - Dimensão AE – Limitações por Aspectos Emocionais⁽¹⁾

Assertivas	Casos válidos	Média	Mediana	Desvio padrão	% de trabalhadores com pontuação	
					mínima	máxima
Diminuiu a quantidade de tempo dedicado ao trabalho ou outras atividades?	232	2,6	3,0	0,638	8,6	71,6
Realizou menos tarefas do que gostaria?	231	2,5	3,0	0,617	6,5	60,2
Executou atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	231	2,6	3,0	0,662	10,0	71,0

⁽¹⁾ A pontuação varia entre 1 e 3 pontos (1 – sim, muito; 2 – sim, um pouco; 3 – não).

De forma semelhante ao ocorrido no bloco de variáveis concernentes à dimensão limitações por aspectos físicos, os itens da limitações por aspectos emocionais, também, apresentaram pontuações homogêneas, com aderência média ao conceito “não”, indicando, para este grupo de entrevistados, pouca presença de limitações por aspectos emocionais, e as declarações do conceito não ultrapassaram 60% dos entrevistados, nas três variáveis desta dimensão.

O sofrimento, em sua ampla diversidade de sentidos e expressões, não pode ser equiparado, unicamente, ao sofrimento psíquico. Algumas de suas manifestações se assemelham, enquanto outras possuem aspectos específicos. A aceção ampla do sofrimento, como um bem do sujeito, tem sido negligenciada, dificultando uma ação transformadora e a atuação da saúde coletiva, de forma interdisciplinar. De acordo com estudos de BRANT e GÓMEZ (2005), a ausência de reconhecimento dessa peculiaridade tem gerado agravos, na gestão do trabalho, dificilmente identificáveis para a saúde dos trabalhadores.

6.3.2.7 – Dimensão Aspectos Sociais

Tabela XV - Dimensão AS – Aspectos Sociais⁽¹⁾

Assertivas	Casos válidos	Média	Mediana	Desvio padrão	% de trabalhadores com pontuação	
					mínima	máxima
Como sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas atividades normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo? ⁽¹⁾	232	1,9	2,0	0,893	40,5	5,2
Quanto do seu tempo a capacidade física ou problemas emocionais interferiu nas atividades sociais (como visitar amigos, parentes e outras) ⁽²⁾	230	4,0	4,0	0,993	1,3	35,2

⁽¹⁾ A pontuação varia entre 1 e 5 pontos (1 – forma nenhuma; 2 – ligeiramente; 3 – moderadamente; 4 – bastante; 5 – extremamente).

⁽²⁾ A pontuação varia entre 1 e 5 pontos (1 – todo; 2 – grande parte; 3 – alguma parte; 4 – pequena parte; 5 – nenhuma parte).

Também na dimensão aspectos sociais, o grupo de entrevistados atribuiu, na média, conceitos sugerindo poucas interferências da condição física e/ou emocional nos aspectos sociais de seu dia-a-dia, em que a variável “*Como sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas atividades normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?*” apresentou pontuação média próxima do conceito “ligeiramente”, enquanto a variável “*Quanto do seu tempo a capacidade física ou problemas emocionais interferiu nas atividades sociais, como visitar amigos, parentes e outras*” apresentou pontuação média próxima do conceito “pequena parte do tempo”.

6.3.2.8 – Dimensão Saúde Geral

Tabela XVI - Dimensão SG - Saúde Geral

Assertivas	Casos válidos	Média	Mediana	Desvio padrão	% de trabalhadores com pontuação...	
					mínima	máxima
A sua saúde é... ⁽¹⁾	232	2,6	3,0	0,690	7,3	4,7
Adoeço mais facilmente do que as outras pessoas ⁽²⁾	227	3,9	5,0	1,332	6,2	0,4
Sou tão saudável quanto qualquer pessoa conhecida ⁽²⁾	229	2,2	2,0	1,095	29,3	4,8
Penso que a minha saúde vai piorar ⁽²⁾	229	3,9	4,0	1,207	5,2	43,2
Minha saúde é excelente ⁽²⁾	229	2,4	2,0	1,133	19,2	6,6

(1) A pontuação varia entre 1 e 5 pontos (1 – excelente; 2 – muito boa; 3 – boa; 4 – ruim; 5 – muito ruim).

(2) A pontuação varia entre 1 e 5 pontos (1 – definitivamente verdadeira; 2 – a maioria das vezes verdadeira; 3 – não sei; 4 – a maioria das vezes falsa; 5 – definitivamente falsa).

A dimensão Saúde Geral parece sintetizar os achados das outras avaliadas. Assim, a variável, ao generalizar a condição geral da saúde “*A sua saúde é...*” dos entrevistados, apresenta pontuação mais próxima do conceito “*boa*”.

As outras variáveis apresentaram conceitos apontando para uma condição mais favorável de saúde, conceito próximo ao “*a maioria das vezes falsa*” nas variáveis “*Adoeço mais facilmente do que as outras pessoas*” e “*Penso que a minha saúde vai piorar*” – conceito próximo ao “*a maioria das vezes verdadeira*” nas variáveis “*Sou tão saudável quanto qualquer pessoa conhecida*” e “*Minha saúde é excelente*”.

6.3.2.9 – Indicadores Gerais

Tabela XVII - SF-36 Pontuação das Escalas (0-100 pontos) – Resultado Geral

Estatísticas	CF	AF	DO	SG	VI	AS	AE	SM	GERAL
Casos	231	231	230	226	229	230	231	228	233
Média	76,0	83,8	69,8	67,5	66,5	76,0	79,7	71,7	73,8
25	60,0	75,0	51,0	53,8	55,0	62,5	63,7	60,0	66,7
Percentil 50	80,0	100,0	73,0	70,0	70,0	75,0	100,0	75,0	76,1
75	95,0	100,0	84,0	85,0	80,0	87,5	100,0	85,0	84,4
% Teto	17,7	56,7	23,0	3,1	1,7	23,5	51,5	3,5	-
% Piso	-	2,6	-	-	-	-	4,3	-	-
Desvio Padrão	20,168	25,027	22,290	19,150	18,334	20,020	27,434	17,287	14,913
Range	10-100	0-100	10-100	5-100	10-100	25-100	0-100	20-100	21-99

Nota: CF – capacidade funcional, AF – aspectos físicos, DO – dor, SG – estado geral de saúde, VI – vitalidade, AS – aspectos sociais, AE – aspectos emocionais, SM – saúde mental.

De forma geral, a Qualidade de Vida dos entrevistados, medida a partir da escala SF-36, apresentou pontuações, indicando uma percepção mais positiva desse *constructo*.

Entre as dimensões, a amplitude média das pontuações obtidas vai de 66,5 pontos (dimensão vitalidade) a 83,8 (aspectos físicos), lembrando que, para esta avaliação, as pontuações foram padronizadas para a amplitude 0-100 pontos.

Ainda, alguns achados merecem destaque:

- ◆ Mais de 50% dos entrevistados atingiram a pontuação máxima (100 pontos) nos *constructos* aspectos físicos e aspectos emocionais (56,7% e 51,5%, respectivamente);
- ◆ Entretanto, nesses mesmos *constructos* foram encontrados os entrevistados que atingiram a pontuação mínima, embora esta

ocorrência tenha sido mínima (2,6% - aspectos físicos e 4,3% - aspectos emocionais);

- ◆ Nenhum dos entrevistados apresentou pontuação máxima em todos os *constructos* (100 pontos no indicador geral);
- ◆ Nenhum dos entrevistados apresentou pontuação mínima em todos os *constructos* (zero ponto no indicador geral).

6.3.2.10 – Consistência interna dos dados

A avaliação da consistência interna dos dados apresentou valores, variando entre os conceitos “moderado” e “muito bom”, conforme parâmetros encontrados em HAIR et al (2005), sugerindo um bom entendimento do instrumento de coleta de dados apresentado, por parte dos entrevistados.

Consistência Interna dos Coeficientes de Confiabilidade para o SF-36

Dimensão	Alpha de Crombach
AF – Limitações por Aspectos Físicos	0,874
DO – Dor	0,872
CF – Capacidade Funcional	0,865
AE – Limitações por Aspectos Emocionais	0,828
SM – Saúde Mental	0,753
VI – Vitalidade	0,741
SG – Saúde Geral	0,719
AS – Aspectos Sociais	0,610

O questionário utilizado mostrou confiabilidade satisfatória para todos os itens avaliados (alpha de Cronbach $>_{0,70}$), exceto a escala “aspectos sociais”, cuja confiabilidade obtida foi 0,610, o que, de acordo com os resultados apresentados por MARTINEZ (2006), pode ser atribuído ao fato desta variável apresentar pequeno número de itens, apenas dois, e ser um fenômeno complexo e influenciável por questões relacionadas ao trabalho, como financeiras, culturais, entre outras, com atuação na saúde da pessoa.

6.3.3 – Diferença entre segmentos selecionados

6.3.3.1 – Diferença das distribuições da escala SF-36 a partir do

Gênero.

Tabela XVIII - SF-36 Pontuação das Escalas (0-100 pontos) – Gênero Masculino

Estatísticas	CF	AF	DO	SG	VI	AS	AE	SM	GERAL	
Casos	59	60	58	58	59	59	60	58	60	
Média	72,8	89,0	71,9	64,5	70,8	75,2	80,0	72,9	74,8	
Percentil	25	55,0	78,1	51,0	50,0	65,0	62,5	66,7	65,0	69,0
	50	70,0	100,0	74,0	65,0	75,0	75,0	83,3	70,0	75,0
	75	95,0	100,0	100,0	76,2	80,0	87,5	100,0	85,0	83,6
% Teto	17,8	61,7	25,9	3,4	0,0	18,6	48,3	1,7	0,0	
% Piso	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Desvio Padrão	19,746	17,236	22,682	17,439	15,761	19,489	24,123	14,780	11,820	
Range	38-100	25-100	22-100	25-100	30-90	25-100	17-100	30-100	48-96	

Nota: CF – capacidade funcional, AF – aspectos físicos, DO – dor, SG – estado geral de saúde, VI – vitalidade, AS – aspectos sociais, AE – aspectos emocionais, SM – saúde mental.

Tabela XIX - SF-36 Pontuação das Escalas (0-100 pontos) – Gênero Feminino

Estatísticas	CF	AF	DO	SG	VI	AS	AE	SM	GERAL
Casos	169	168	169	166	167	168	168	167	170
Média	77,1	82,1	68,9	68,4	65,1	76,2	79,7	71,2	73,5
Percentil 25	65,0	75,0	51,0	55,0	50,0	62,5	66,7	60,0	65,4
Percentil 50	80,0	100,0	72,0	70,0	70,0	75,0	100,0	75,0	76,9
Percentil 75	95,0	100,0	84,0	85,0	80,0	100,0	100,0	85,0	84,4
% Teto	18,6	54,8	21,9	3,0	2,4	25,6	52,4	4,2	0,0
% Piso	0,0	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	6,0	0,0	0,0
Desvio Padrão	20,314	26,861	22,234	19,650	19,051	20,393	28,515	18,215	15,950
Range	10-100	0-100	10-100	5-100	10-100	25-100	0-100	20-100	22-99

Nota: CF – capacidade funcional, AF – aspectos físicos, DO – dor, SG – estado geral de saúde, VI – vitalidade, AS – aspectos sociais, AE – aspectos emocionais, SM – saúde mental.

Embora estudos mostrem, ainda, haver distinção entre homens e mulheres, para algumas atividades, como os de HIRATA (2002), ao discutir a questão da hierarquia e poder, em função do gênero; de COSTA (2002), ao abordar a dupla jornada da mulher, por conta das atividades domésticas; de BRITO (2005), VOGEL (2001) e MARCONDES et al (2003), que chamam atenção para a importância de se fazer distinção de gênero, para a análise e intervenção acerca da Saúde do Trabalhador, na área da saúde.; especificamente, nesta pesquisa, de acordo com os resultados da tabela acima, estatisticamente, pode-se dizer não haver diferença significativa entre as declarações dadas pelas pessoas do sexo masculino e feminino, com relação aos itens estudados sobre Qualidade de Vida, com exceção da vitalidade, no qual os homens declararam sentirem-se com maior vitalidade que as mulheres. BRANT e GÓMEZ (2005), estudando ansiedade, tensão e preocupação, como fatores de sofrimento em trabalhadores, que ocupavam cargo de gestores, encontraram significativa diferença de gênero, em que 53,3% das mulheres entrevistadas, contra apenas 16,1% dos homens, apresentaram algum sinal de esgotamento, sugerindo que trabalhadores, do

sexo feminino, evidenciaram 6 vezes mais chances de apresentar sofrimento, quando comparados com os do sexo masculino.

SACADURA-LEITE e UVA (2007) mostraram, com base em resultados de Evans e Steptoe (2002), que homens ou mulheres, ao exercerem profissões, em minoria, poderão sofrer maior ocorrência de efeitos psicológicos. Segundo esses autores, essa vulnerabilidade pode ser atribuída a diversos fatores, como *status* social, competência, estilo comportamental e capacidade.

O estudo de MEIRELLES e ZEITOURE (2003), com trabalhadores de hospital, mostrou, em alguns setores, como Centro Cirúrgico e Central de Materiais e Esterilização, exercidos, predominantemente, por mulheres, recomendações de cuidados especiais com a saúde, em função de ser uma atividade a ser executada com muito esforço físico. MARZIALE (1995) reforça esse resultado, em sua pesquisa, referindo-se ao fato de o dispêndio elevado de força muscular e gasto de energia física poder ocasionar problemas de fadiga geral, tornando-os ainda mais graves nas mulheres, além de conseqüências físicas.

Teste de Mann-Whitney para Diferença dos Segmentos no Gênero do entrevistado (Masculino X Feminino)

	Z	Sig. (2-tailed)
CF	-1,637	0,102
AF	-1,415	0,157
DO	-1,161	0,246
SG	-1,418	0,156
VI	-2,341	0,019
AS	-0,325	0,746
AE	-0,333	0,739
SM	-0,395	0,693
GERAL	-0,116	0,907

Nota: CF – capacidade funcional, AF – aspectos físicos, DO – dor, SG – estado geral de saúde, VI – vitalidade, AS – aspectos sociais, AE – aspectos emocionais, SM – saúde mental.

Hipótese nula significa igualdade entre os grupos comparados e, por convenção, aceita-se uma hipótese nula quando o valor do teste de Mann-Whitney, usado apenas para grupos com até 2 categorias, como variáveis, for superior ao valor 5% (significância inferior a 0,05). De acordo com os resultados da tabela, abaixo, pode-se dizer, do ponto de vista estatístico, não haver diferença significativa entre as declarações dadas por pessoas de sexo masculino e feminino, com relação aos itens estudados sobre Qualidade de Vida, com exceção da vitalidade, em que os homens declararam se sentir com maior vitalidade com relação às mulheres.

6.3.3.2 – Diferença das distribuições da escala SF-36, a partir do Grau de Escolaridade

Tabela XX - SF-36 Pontuação das Escalas (0-100 pontos) – Ensino Fundamental

Estadísticas	CF	AF	DO	SG	VI	AS	AE	SM	GERAL
Casos	41	41	39	40	41	40	41	41	41
Média	72,9	81,7	66,7	65,6	65,4	75,9	79,3	71,6	72,4
25	60,0	75,0	41,0	55,0	50,0	62,5	66,7	57,5	65,5
Percentil 50	75,0	100,0	74,0	70,0	70,0	81,3	83,3	75,0	78,7
75	92,5	100,0	84,0	80,0	80,0	100,0	100,0	85,0	86,4
% Teto	12,2	53,7	20,5	2,5	2,4	32,5	48,8	2,4	0,0
% Piso	0,0	4,9	0,0	0,0	0,0	0,0	7,3	0,0	0,0
Desvio Padrão	24,134	29,060	26,052	20,324	19,981	25,221	28,329	18,856	18,482
Range	10-100	0-100	10-100	5-100	20-100	25-100	0-100	30-100	22-96

Nota: CF – capacidade funcional, AF – aspectos físicos, DO – dor, SG – estado geral de saúde, VI – vitalidade, AS – aspectos sociais, AE – aspectos emocionais, SM – saúde mental.

Tabela XXI - SF-36 Pontuação das Escalas (0-100 pontos) – Ensino Médio

Estadísticas	CF	AF	DO	SG	VI	AS	AE	SM	GERAL
Casos	122	122	123	120	120	123	122	121	123
Média	75,6	83,1	69,9	67,2	66,5	75,6	80,1	71,6	73,5
25	60,0	75,0	51,0	50,0	55,0	62,5	66,7	60,0	66,7
Percentil 50	80,0	100,0	72,0	70,0	70,0	75,0	100,0	70,0	74,4
75	91,3	100,0	84,0	83,8	80,0	87,5	100,0	85,0	83,9
% Teto	18,0	53,3	23,6	2,5	1,7	23,6	51,6	5,0	0,0
% Piso	0,0	3,3	0,0	0,0	0,0	0,0	4,1	0,0	0,0
Desvio Padrão	19,954	25,304	21,415	18,795	18,464	19,196	27,410	17,140	13,940
Range	25-100	0-100	22-100	20-100	15-100	25-100	0-100	25-100	29-99

Nota: CF – capacidade funcional, AF – aspectos físicos, DO – dor, SG – estado geral de saúde, VI – vitalidade, AS – aspectos sociais, AE – aspectos emocionais, SM – saúde mental.

Tabela XXII - SF-36 Pontuação das Escalas (0-100 pontos) – Ensino Superior

Estatísticas	CF	AF	DO	SG	VI	AS	AE	SM	GERAL
Casos	63	63	63	63	63	63	63	62	63
Média	78,5	87,3	71,6	69,6	67,1	76,2	80,2	71,5	75,3
Percentil 25	60,0	75,0	61,0	55,0	55,0	75,0	66,7	60,0	66,8
Percentil 50	80,0	100,0	74,0	70,0	70,0	75,0	100,0	75,0	78,4
Percentil 75	95,0	100,0	84,0	85,0	80,0	87,0	100,0	85,0	85,2
% Teto	22,2	65,1	23,8	4,8	1,6	17,5	54,0	1,6	0,0
% Piso	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,2	0,0	0,0
Desvio Padrão	17,907	20,637	21,651	19,246	17,751	18,474	27,248	16,995	14,605
Range	45-100	12-100	22-100	20-100	10-100	25-100	0-100	20-100	34-98

Nota: CF – capacidade funcional, AF – aspectos físicos, DO – dor, SG – estado geral de saúde, VI – vitalidade, AS – aspectos sociais, AE – aspectos emocionais, SM – saúde mental.

De forma geral, o grau de escolaridade dos entrevistados parece não interferir na Qualidade de Vida dos funcionários, componentes da amostra deste estudo.

Neste sentido, os estudos de MARTINS (1999), MATSUDA (2002), LINO (2004), CARVALHO (2004), entre outros, corroboram com os resultados, mostrando que, na área da saúde, em especial, os hospitais, apresentam, em seus quadros, muitos trabalhadores com nível superior, exercendo atividades de nível técnico, principalmente, no serviço de enfermagem, dificultando estabelecer a relação entre grau de escolaridade e Qualidade de Vida no trabalho.

**Teste de Kruskal-Wallis para Diferença dos Segmentos no estudo
Escolaridade do Entrevistado (Fundamental X Médio X Superior)**

	<u>Chi-Square</u>	<u>Sig. (2-tailed)</u>
CF	1,146	0,564
AF	2,102	0,350
DO	0,320	0,852
SG	0,939	0,625
VI	0,225	0,894
AS	0,522	0,770
AE	0,070	0,966
SM	0,248	0,883
GERAL	0,355	0,838

Nota: CF – capacidade funcional, AF – aspectos físicos, DO – dor, SG – estado geral de saúde, VI – vitalidade, AS – aspectos sociais, AE – aspectos emocionais, SM – saúde mental.

Conforme o resultado do Teste de *Kruskal-Wallis*, a variabilidade no grau de escolaridade não se mostrou estatisticamente significativa em nível de 5%, conforme convenção descrita no teste de Manny-Whitney, rejeitando a hipótese de o grau de escolaridade interferir na análise das pessoas sobre sua Qualidade de Vida.

6.3.3.3 – Diferença das distribuições da escala SF-36, a partir do número de emprego

Da mesma forma, na segmentação por quantidade de empregos, informados pelos entrevistados “*um emprego*” ou “*mais de um emprego*”, os resultados revelam igualdade na percepção de Qualidade de Vida no trabalho, entre os dois segmentos.

Tabela XXIII - SF-36 Pontuação das Escalas (0-100 pontos) – somente um emprego

Estatísticas	CF	AF	DO	SG	VI	AS	AE	SM	GERAL
Casos	172	172	170	168	170	170	172	170	173
Média	76,9	83,4	69,9	68,2	66,6	76,5	78,8	71,7	74,0
Percentil 25	65,0	75,0	51,0	55,0	55,0	62,5	66,7	60,0	67,1
Percentil 50	80,0	100,0	72,0	70,0	70,0	75,0	91,7	75,0	76,1
Percentil 75	95,0	100,0	84,0	85,0	80,0	100,0	100,0	85,0	84,4
% Teto	19,2	55,8	23,5	3,6	2,4	26,5	50,0	3,5	0,0
% Piso	0,0	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0	4,7	0,0	0,0
Desvio Padrão	19,861	24,996	22,024	18,346	18,314	20,926	28,160	17,900	14,627
Range	25-100	0-100	22-100	20-100	10-100	25-100	0-100	20-100	29-99

Nota: CF – capacidade funcional, AF – aspectos físicos, DO – dor, SG – estado geral de saúde, VI – vitalidade, AS – aspectos sociais, AE – aspectos emocionais, SM – saúde mental.

Tabela XXIV - SF-36 Pontuação das Escalas (0-100 pontos) – mais de um emprego

Estatísticas	CF	AF	DO	SG	VI	AS	AE	SM	GERAL
Casos	53	53	53	53	53	53	53	52	53
Média	72,7	86,1	70,4	65,8	66,9	75,5	83,0	71,3	74,0
Percentil 25	55,0	87,5	51,0	50,0	52,5	62,5	66,7	60,0	66,7
Percentil 50	80,0	100,0	74,0	70,0	75,0	75,0	100,0	72,5	77,2
Percentil 75	90,0	100,0	92,0	80,0	80,0	87,5	100,0	85,0	85,0
% Teto	15-1	64,4	24,5	1,9	0,0	17,0	56,6	1,9	0,0
% Piso	0,0	3,8	0,0	0,0	0,0	0,0	3,8	0,0	0,0
Desvio Padrão	21,785	24,595	24,107	21,358	18,868	17,840	25,211	15,311	16,210
Range	10-100	0-100	10-100	5-100	20-95	38-100	0-100	30-100	22-97

Nota: CF - capacidade funcional, AF - aspectos físicos, DO - dor, SG - estado geral de saúde, VI - vitalidade, AS - aspectos sociais, AE – aspectos emocionais, SM - saúde mental.

Entre os estudos selecionados, que apresentam essa análise, parece não haver convergência de opiniões sobre a influência dessa característica do perfil do trabalhador.

Assim, SCHMIDT (2004) manifesta preocupação com o fato de a dupla jornada estar relacionada ao estresse, riscos biológicos, físicos, químicos e ergonômicos, enquanto nos achados de PAFARO e MARTINO (2004), a maioria dos enfermeiros, com ou sem dupla jornada, apresentou sintomas de estresse, sugerindo haver outros fatores contribuindo para o desgaste do profissional.

**Teste de Mann-Whitney para diferença dos segmentos no estudo
Quantidade de Empregos (somente 1 emprego X mais de um
emprego)**

	Z	Sig. (2-tailed)
CF	-1,148	0,251
AF	-0,994	0,320
DO	-0,422	0,673
SG	-0,297	0,767
VI	-0,458	0,647
AS	-0,616	0,538
AE	-1,110	0,267
SM	-0,625	0,532
GERAL	-0,586	0,558

Nota: CF–capacidade funcional, AF–aspectos físicos, DO–dor, SG–estado geral de saúde, VI–vitalidade, AS–aspectos sociais, AE–aspectos emocionais, SM–saúde mental.

O resultado do Teste de *Mann-Whitney* lista as estatísticas que permitem rejeitar a hipótese de a quantidade de empregos poder interferir na análise das pessoas sobre sua Qualidade de Vida.

Na amostra estudada, com relação ao número de empregos, estatisticamente, pode-se afirmar não haver diferença considerável na Qualidade de Vida, entre pessoas com um ou mais empregos.

CONCLUSÕES

7 – CONCLUSÕES

Não se pode negar a importância e o espaço ocupado pelo trabalho na vida das pessoas. O mundo do trabalho moderno parece tomar configurações, sentidas pelo ser humano como mental e espiritualmente pouco saudáveis, tornando necessário criar condições adequadas para as pessoas aprenderem a lidar com o estresse e desenvolverem sua criatividade, e alcançarem níveis de Qualidade de Vida desejáveis, melhorando seu desempenho.

Pelos dados analisados sobre Promoção da Saúde e Qualidade de Vida do trabalhador, pôde-se concluir:

Com relação às características dos entrevistados, algumas questões levantadas assim traduziram o perfil dos entrevistados: 49,8% tinham entre 30 e 50 anos; 73% eram do sexo feminino; 53,2% possuíam, como grau de escolaridade, o nível médio; 45,5% eram casados; a maioria era empregada no regime estatutário 67,8%; 75,5% possuíam somente um vínculo empregatício; 44,2% declararam não haver tirado nenhum tipo de licença e, 88,4% disseram jamais terem sofrido qualquer tipo de acidente de trabalho.

Com relação ao levantamento dos programas concluiu-se que os limites constatados nestes programas destinados à Saúde do Trabalhador refletem a fragmentação e descontinuidade das ações. Outra dificuldade está no fato de cada ambiente de trabalho, em especial, o hospital, possuir culturas e práticas diferentes e os programas, sobretudo, os preconizados por lei, não se adequem à realidade de cada local. Outro fator importante é a ausência de registros desses programas, dificultando qualquer forma de planejamento, monitoramento e avaliação das ações, que muitas vezes, surgem em função de uma demanda localizada e que acabam, logo após atender aos objetivos estabelecidos.

Dentre os programas voltados à Promoção da Saúde do Trabalhador, normatizados por lei, foram identificados aqueles, sob responsabilidade da

Comissão de Saúde do Trabalhador e do Serviço Especializado de Engenharia, Segurança e Medicina do Trabalho: Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, Comissão de Saúde do Trabalhador e Programa Prevenção Riscos Ambientais. Estes, embora voltados exclusivamente para atenção ao trabalhador, têm seus objetivos focados nas patologias, nos riscos físicos e na prevenção de acidentes de trabalho.

Além desses, cada hospital, em função das necessidades avaliadas por sua diretoria, oferecem outros programas complementares, como Férias no Leonor, Cantinho da Beleza, Café com o Diretor, Olimpíada da Saúde, Mutirão da Saúde, Feira da Cidadania, Acolhimento Jurídico, Assistência psicológica, Acupuntura, Aporte Nutricional, Ginástica Laboral e outros. Muitos deles, sem registros de proposta ou controle dos atendimentos, dificultam qualquer tipo de monitoramento ou avaliação e sofrem interrupções, pois suas atividades variam, de acordo com a demanda. Outros programas, como a Ouvidoria, o Conte Comigo e o Leia Comigo, criados para atender às diretrizes estabelecidas pela PNH possuem relatórios periódicos, porque necessitam ser apresentados à SES-SP, que avalia a sua eficácia, em função da pontuação atingida, com base em escala definida pela própria SES-SP (em torno de 30% do número de atendimento).

Outros Programas como Aleitamento Materno, Combate a Aids, Diabetes e Hipertensão, destinados a usuários são parte de uma proposta da SES-SP, e em alguns hospitais, também, podem ser usados por servidores, em outros é proibido, mas, em ambos, são citados como programas de Promoção da Saúde.

Quanto aos aspectos discursivos analisados, sobre o entendimento dos entrevistados em relação à Promoção da Saúde, nesses programas, pode-se perceber a existência de pouca ou nenhuma clareza, em relação ao conceito de Promoção da Saúde, pois no entendimento dos entrevistados, esta se restringe aos cuidados da doença, no máximo, com sua prevenção.

A maioria dos entrevistados desconhece os objetivos da Promoção da Saúde do Trabalhador e entende Promoção da Saúde como prevenção de doenças ocupacionais, para o funcionário desempenhar melhor sua função. De maneira geral, profissionais de saúde não participam de nenhum outro programa oferecido pela instituição, e procuram o SEESMT e a COMSAT quando apresentam alguma queixa de agravo à saúde e definem Educação em Saúde como informação, repasse de conhecimento ou palestras e disseram que isso é a base da Promoção da Saúde.

Mesmo não participando de nenhuma atividade de Educação e Promoção da Saúde, os entrevistados declararam que os programas desenvolvidos no hospital têm ações efetivas sobre a Saúde do Trabalhador e citam, como exemplo, vacinação obrigatória para o trabalhador, uso de Equipamento de Proteção Individual, intervenção em casos de acidentes de trabalho e atendimento de doenças, como diabetes, hipertensão e obesidade. Entendem que estes programas são importantes para orientar e conscientizar o funcionário sobre cuidados com saúde e desconhecem qualquer tipo de investimento voltado, especificamente, para a Saúde do Trabalhador ou ações integradas desenvolvidas nesse programa.

Com relação às ações de Promoção da Saúde, destinadas à Saúde do Trabalhador, desenvolvidas pelo hospital, embora as respostas tenham sido afirmativas, a maioria não soube esclarecê-las, enquanto a minoria citou palestras de combate às drogas, prevenção de acidentes e tratamento de diabetes e hipertensão, além do SEESMT e da COMSAT, como programas de Saúde do Trabalhador.

A forma de divulgação de qualquer atividade é feita em mural no refeitório, nos corredores do hospital ou comunicação dos chefes para os seus setores, mostrando pouca eficácia.

Com este estudo, foi possível sinalizar para a carência de programas com ações sistematizadas, que contemplem monitoramento, avaliação e continuidade. O que se percebe, atualmente, são ações isoladas, apenas

para atender à demanda de problemas setorizados, não podendo ser consideradas programas, por falta de protocolos registrados e, sobretudo, falta de orientação específica, voltada para Saúde do Trabalhador.

As respostas analisadas nesta pesquisa sugerem que, apesar dos esforços das Instituições, para ampliar a atenção à Saúde do Trabalhador, com ênfase na Promoção da Saúde, é evidente a necessidade de implementação, implantação e consolidação de um processo educativo permanente, além de outras formas de comunicação, como estratégia para subsidiar qualquer ação, capaz de contemplar a diversidade, nesta área.

Uma das alternativas para tais conflitos, caracterizados pela vulnerabilidade das ações, seria a construção de banco de dados para controle das atividades, possibilitando a articulação, em rede, dessas informações, interna e externamente, e haver troca de informação entre os SEESMTs e COMSATs dos hospitais. Isto ajudaria na troca de experiências bem sucedidas e evitaria repetições de falhas e, conseqüentemente, contribuiria para potencialização de recursos. Esta proposta, em um sentido mais amplo, de incluir, como prioridade do SUS, a criação de um sistema de informação, já foi explicitada em outros documentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002 e 2005; CNS, 2005; RIPSA, 2003), com o objetivo de potencializar a articulação das informações em um sistema de rede.

A utilização do parâmetro Qualidade de Vida é recente e as dificuldades de delimitação conceitual não foram resolvidas, até o momento. No entanto, a avaliação de QV, ao valorizar a percepção das pessoas, amplia a forma de ver os problemas e as possibilidades de abordagem das soluções.

O SF-36 mostrou ser um instrumento confiável para avaliar o perfil de saúde em trabalhadores, constatado pelos valores do alfa de Cronbach, na média geral, acima de 0,7, ao mostrar consistência interna entre os itens do instrumento, considerado satisfatório.

Embora a conclusão final dos itens analisados permita dizer que o estado de saúde geral, percebido pelos entrevistados, tenha sido considerado satisfatório, chama atenção, nos resultados encontrados, a porcentagem de respostas para alguns aspectos, como: a capacidade funcional – 28,8% das respostas expressaram muita dificuldade para executar atividades vigorosas, enquanto 24,5% disseram ter pouca dificuldade. Com relação aos Aspectos Emocionais, 8,6% das pessoas afirmaram sofrer interferência desse fator nas atividades de trabalho, apenas 19,2% dos entrevistados entenderam ter uma saúde excelente, enquanto 43,2% expressaram que sua saúde pode piorar.

Entretanto, uma das principais dificuldades, na busca por soluções, é a forma de avaliar o problema. As discussões, quase sempre, analisadas em nível mundial e, conseqüentemente, as soluções, acabam sendo colocadas fora do alcance institucional, esperando-se que elas venham de fóruns de debates e novas legislações de propostas alternativas, inovadoras, globalizadas e milagrosas.

Cumprindo o objetivo proposto pela pesquisa, inicialmente, de avaliar a percepção de trabalhadores sobre sua Qualidade de Vida e, ao mesmo tempo, conhecer o entendimento de seus chefes sobre Promoção da Saúde, este estudo teve a intenção de mostrar o papel fundamental que Promoção de Saúde deve ocupar na manutenção da qualidade de vida, de forma geral, e o quão distante se encontram esses conceitos da realidade, e com isso, reforçar a importância de se investir em políticas públicas e institucionais, por entender que somente com o comprometimento de todos, a começar pelos gestores, isso será possível.

Todavia, os problemas da sociedade humana têm origem no ser humano, como indivíduo. É impossível compreender problemas e encontrar soluções, se não iniciar pela questão individual. A mudança institucional só será possível, a partir do comprometimento de cada pessoa. Uma sociedade reflete seus cidadãos, e o mesmo vale para as instituições.

RECOMENDAÇÕES

8 – RECOMENDAÇÕES

Embora o instrumento da pesquisa tenha permitido avaliar diversos fatores, que poderão ser norteadores na tomada de novas decisões e formulações de ações, o tema demanda aprofundamento, para conhecer melhor e detalhar as especificidades de cada local, pois cada instituição, em função dos seus objetivos e características, apresentam diferentes panoramas, a serem avaliados em sua singularidade. Além disso, o processo empírico de coleta de dados evidenciou uma tendência a respostas divergentes das declaradas, no sentido de que os entrevistados parecem mostrar cautela ao revelar sua opinião, temendo algum tipo de prejuízo no trabalho; Isto sugere, que além da validação semântica e estatística do instrumento de coleta de dados, seria importante uma adaptação aos valores culturais.

Práticas de educação permanente, cada vez mais, têm sido valorizadas como instrumentos importantes na área da saúde coletiva, porque permitem a aproximação entre os atores envolvidos na abordagem de questões relacionadas à saúde. Surgidas como instrumento facilitador para a compreensão da relação trabalho-saúde, capazes de intervir nos ambientes de trabalho e introduzir outras práticas de atenção à Saúde do Trabalhador, amplia a visão da Saúde Ocupacional. Nessa linha, componentes humanizadores do trabalho devem ter presença assegurada na formulação e desenvolvimento de programas direcionados à Promoção da Saúde do Trabalhador.

Para obtenção de programas mais eficientes, na área em questão, deve-se fazer melhor uso de tecnologias da informação e comunicação, com envolvimento dos funcionários no projeto, na implementação e avaliação, conferindo flexibilidade de adaptação, de acordo com a característica e demanda do local de trabalho e perfil de seus trabalhadores, entre outros. Em síntese, é imprescindível a nova geração de programas levar em consideração a cultura e o ambiente local, considerando

seus trabalhadores como parte de uma sociedade mais ampla, incluindo familiares e comunidade, por acreditar que só assim, pode-se pensar em formação de atitude para assegurar melhor Qualidade de Vida.

Para reflexão sobre ações que promovem saúde e Qualidade de Vida no trabalho, devem ser consideradas:

⇒ prévia conceituação, estabelecimento de prioridades, com participação direta de trabalhadores e de todos os níveis hierárquicos;

⇒ mudança nas formas de reconhecimento e valorização dos trabalhadores e de seu trabalho, por meio de comunicação verbal ou escrita, formal ou informal, e incentivos à geração de idéias, esforços e trabalhos realizados;

⇒ valorização e estímulo ao conhecimento e habilidades de trabalhadores no processo de trabalho, envolvê-los, desde a concepção até a avaliação dos resultados, incentivando o enfrentamento de desafios, dentro das expectativas dos trabalhadores;

⇒ estímulo à sensibilização e capacitação de chefias e profissionais, para oferecer orientação ou encaminhamento adequado nas questões ligadas à vida no trabalho, por ex: Programas, como Acolhimento Jurídico e Apoio psicológico ao trabalhador;

⇒ priorização de fluxo, suporte e qualidade das informações operacionais e organizacionais, com agilização e clareza na transmissão de informações entre os diferentes níveis de hierarquia; e

⇒ melhoria das condições do ambiente físico de trabalho, mediante (re)adequação das condições ambientais, em conformidade com normas técnicas e legislação pertinentes.

A literatura, em algum momento, refere-se ao “novo” – novo problema, novo modelo, nova forma, nova solução. Desde sua organização, a sociedade, cada qual, sob o regime político adotado pela sua nação, não

apresentou grandes mudanças, a não ser, aquelas conseqüentes do processo de evolução natural.

O que há de novo na discussão da saúde dos trabalhadores? O adoecimento, antes, pela falta de conhecimento científico e recurso tecnológico e, agora, em conseqüência da sobrecarga de trabalho, continua sendo razão de grande preocupação e um dos maiores motivos de gastos nas empresas.

Sempre foi, e continuará sendo, por diferentes e inesgotáveis problemas, o foco principal das discussões, pois os avanços tecnológicos, capazes de se superarem, diariamente, em suas invenções, jamais conseguirão inventar alguma coisa (equipamento ou robô), com recursos suficientes para substituir o ser humano, dotado de combinações químicas capazes de produzir afeto, solidariedade, compaixão, fé e calor humano, que na área da saúde, ainda, é o melhor medicamento para a cura de todos os males ou, pelo menos, para garantir uma qualidade de morte digna.

Não pode mais ser adiada a discussão em busca de alternativas para essas questões. O problema não é novo, e as soluções passam por princípios simples, como: diagnosticar, planejar, organizar, implementar, monitorar, avaliar, registrar e continuar, tudo isto regido pelo senso de responsabilidade, compromisso e honestidade de todos.

LIMITAÇÕES DA PESQUISA

9 – LIMITAÇÕES DA PESQUISA

A complexidade e subjetividade do tema dificultam a existência de consenso, entre os autores, sobre o conceito de Qualidade de Vida, interferindo, negativamente, no estabelecimento de critérios de avaliação. A diversidade de fatores determinantes das condições de trabalho, com implicações na Qualidade de Vida, interfere, diretamente na análise, como pôde ser observada neste estudo. Outra limitação deste tipo de pesquisa é seu desenho transversal, por impossibilitar o estabelecimento de relação das respostas com o universo do trabalho, pois os resultados expressaram os sentimentos do entrevistado, no momento da entrevista, o que não necessariamente, traduz a real situação do cotidiano.

Embora o instrumento da etapa quantitativa utilizado possibilite a auto-aplicação, podendo ser utilizado, por telefone ou correio, é importante ser realizado diretamente pelo pesquisador, pois o contato com o entrevistado garante maior objetividade das informações, na fase de coleta de dados, e facilita o conhecimento da realidade do ambiente, em estudo, enriquecendo a discussão, registrando-se, aqui, que uma das dificuldades encontradas foi a falta de interesse em participar da pesquisa, alegando que, em outros estudos, não houve a devolutiva dos resultados aos participantes dos mesmos.

Diante da diversidade conceitual, citada inicialmente, fica ampliada a dificuldade de estabelecer critérios e parâmetros de avaliação. Assim, diversas propostas teóricas e metodológicas vêm sendo elaboradas na perspectiva de apresentar modelos para dar conta desta questão.

Em países desenvolvidos, estudos sobre QV vêm sendo realizados há mais de três décadas, e a maior crítica de pesquisadores é o fato de tais estudos estarem sendo realizados sem o rigor metodológico necessário, colocando em dúvida seus resultados. No Brasil, é recente a produção de conhecimento acerca do tema, e, embora, os instrumentos tenham sido

traduzidos e adaptados, ainda carecem de aprofundamento, para melhor adequação ao contexto, objetivo de estudo e população analisada, além da continuidade do trabalho.

Dentre as propostas correntes, a versão curta, traduzida para a língua portuguesa, do QVRS SF-36, tem sido utilizada como modelo de referência. Não obstante suas vantagens e pontos positivos, de facilidade e rapidez na aplicação, por se tratar de um questionário estruturado do modelo *survey*, nem sempre é possível registrar outras informações, de grande valia, fornecidas durante a entrevista, como outros problemas ou dificuldades não contemplados no questionário.

O processo empírico de coleta de dados sugeriu tendência a respostas divergentes das declaradas, no sentido de os entrevistados parecerem mostrar cautela ao revelarem sua opinião, temendo algum tipo de prejuízo no trabalho. Isto sinaliza para a necessidade, além da validação semântica e estatística do instrumento, de proceder, ao mesmo tempo, a uma adaptação aos valores culturais locais. O fato de a pesquisa ter sido realizada durante o expediente de trabalho, e sem um local adequado pré-estabelecido, muitas respostas eram dadas, sem reflexão mais aprofundada sobre a pergunta, em função da falta de tempo, o que acaba comprometendo o resultado final da pesquisa.

A burocracia, a formalidade, a falta de informações e a complexa hierarquia imposta pelas instituições, inicialmente, trouxeram grande dificuldade de acesso às informações e conseqüente atraso no processo de pesquisa, questões essas superadas com o tempo e o conhecimento da instituição.

O estudo quantitativo de dados qualitativos permitiu descrever características de uma população ou amostra, porém, devido a seu caráter reducionista, acabou por não contemplar a investigação de processos e dinâmica das relações observadas, limitando a análise de aspectos sociais e/ou subjetivos. Muitas observações, reclamações, reivindicações e

sugestões feitas durante a entrevista, foram omitidas, apesar da percepção do pesquisador.

Pelo exposto, este tipo de estudo sugere a necessidade de uma complementação, com outras possibilidades metodológicas, para melhor compreensão dos eventos, como estudo longitudinal, a pesquisa qualitativa com grupo focal, análise de discurso, pesquisa-ação, entre outras. Assim, os métodos quantitativos e qualitativos se complementariam, para consolidar a compreensão dos aspectos que interferem na relação do trabalho e os impactos deste na Qualidade de Vida e Saúde do Trabalhador, contribuindo para reflexões, em busca de alternativas que promovam a saúde no ambiente de trabalho.

REFERÊNCIAS

10 – REFERÊNCIAS

Andrade DR. Atividade física e promoção da saúde: conhecimento e prática dos profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde do município de São Caetano do Sul/SP. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2001.

Almeida IM. Introdução à abordagem de concepções de acidentes e suas implicações na análise desses eventos. In: Ministério do Trabalho e Emprego. Caminhos da análise de acidentes do trabalho. Brasília (DF): MTE; 2003, p. 57-66.

Angermeyer MC, Kilian R. Theoretical models of quality of life for mental disorders. In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, editors. Quality of life in mental disorders. New York: Wiley; 1997, p. 19-30.

Assunção AA, Luz MG. O componente afetivo na atividade de enfermagem: o caso do banco de leite humano. REME Rev Min Enferm. 2001;5(1/2):13-9.

Auquier P, Simeoni MC, Mendizabal H. Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. Rev Prevenir. 1997;33:77-86.

Barge-Schaapvelk DQCM, Nicolson NA, Delespaul PAEG, deVries MW. Assessing daily quality of life with the experience sampling method. In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, editors. Quality of life in mental disorders. New York: Wiley; 1997, p. 95-107.

Bech P. Quality of life measurement in the medical setting. Eur Psychiatry. 1995;10(3):83-5 [acesso em 15 set 2007]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science>

Bigelow DA, Brodsky G, Stewart L, Olson MM. The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services. In: Stahler GJ, Tash WR. Innovative approaches to mental

health evaluation. Nova Iorque: Academic Press; 1982, p. 345-66.

Bonato VL. Programas de qualidade em hospitais do Município de São Paulo [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2003.

Borba VR. Administração hospitalar: princípios básicos. 3. ed. São Paulo: Cedas; 1991.

Borges FNS. Trabalhadores de enfermagem: compreendendo condições de vida e trabalho e ritmos biológicos. [tese de doutorado]. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2006.

Braga LC. Condições de trabalho e saúde dos profissionais da rede básica de saúde de Botucatu-SP [dissertação de mestrado]. Botucatu: Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista - UNESP; 2007.

Brant LC, Dias EC. Trabalho e sofrimento em gestores de uma empresa pública em reestruturação. Cad Saúde Pública. 2004;20(4):942-9.

Brant LC, Gómez CM. O sofrimento e seus destinos na gestão do trabalho. Ciênc Saúde Coletiva. 2005;10(4):939-52.

Brasil, Presidência da República, Casa Civil. Lei nº 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. 20 set 1990; Seção 1:018055.

Brito J. Trabalho e saúde coletiva: o ponto de vista da atividade e das relações de gênero. Ciênc Saúde Coletiva. 2005;10(4):879-90.

Buss PM. Promoção da Saúde e qualidade de vida. Ciênc Saúde Coletiva. 2000;5(1):163-77.

Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003, p.15-38.

Calman KC. Quality of life in cancer patients: an hypothesis. J Med Ethics. 1984;10(3):124-7 [acesso em 15 set 2007] Disponível em:

<http://jme.bmj.com/cgi/content/abstract/10/3/124>

Campos JC. Hospital moderno - administração humanizada. São Paulo: LTr; 1974.

Campos JC. O Hospital e sua organização administrativa. São Paulo: LTr; 1978.

Canini SRMS, Gir E, Machado AA. Accidents with potentially hazardous biological material among workers in supporting services. Rev Latinoam Enferm. 2005;13:496-500.

Carmo-Neto D. Metodologia científica para principiantes. Salvador: Editora Universitária Americana; 1993.

Carvalho DV, Lima FCA, Costa TMPF, Lima EDRP. Enfermagem em setor fechado - estresse ocupacional. REME Rev Min Enferm. 2004; 8(2):290-4.

Castillo MMA. Promoción de la salud. In: Castillo MMA, Carranja Ruiz F, Hernandez Villarreal G, Maldonado RM, Maldonado JMM, Villarreal ALR. Manual de promoción de la salud dirigido a estudiantes de enfermaria. Monterrey: Facultad de Enfermaria-Universidad Autónoma de Nuevo Leon; 1993, p. 50-64.

Cataldi MJG. O stress no meio ambiente de trabalho. São Paulo: LTr; 2002.

Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2005;10(4):975-86.

Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical outcomes study 36-item short-form health survey" [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Paulo; 1997.

Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Rev Bras Reumatol. 1999;39(3):143-50.

CNS - Conselho Nacional de Saúde. 12º Conferência Nacional de Saúde. texto base. Brasília (DF); 2005.

COOPERSUS. Boletim virtual. A construção de um novo pacto para o SUS. 2006. [acesso em 3 jul 2008]. Disponível em:
<http://200.214.130.60:8080/coopersus/boletim/bv08/mat01.htm>

Costa SC. Proteção social, maternidade transferida e lutas pela saúde reprodutiva. Rev Estud Fem. 2002;10:301-22.

Cox T, Cox S. Psychosocial and organizational hazards: monitoring and control. Geneva: World Health Organization; 1993. (Occasional Series in Occupational Health 5).

Cox T, Ferguson E. Measurement of the subjective work environment. Work Stress. 1994;8(2):98-109.

Cruz EBS. Estudo sobre a problemática de saúde dos trabalhadores de enfermagem: perspectivas para a vigilância em saúde [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2006.

Dejours C. Por um novo conceito de saúde. Rev Bras Saúde Ocup. 1986;14(54):7-11.

Dejours C. Psicodinâmica do trabalho. São Paulo: Atlas; 1994.

Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Ciênc Saúde Coletiva. 2004;9(1):7-14.

Deslandes SF, Assis SG. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o dialogo das diferenças. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores.

Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003, p. 215-23.

Dias EC. A organização da atenção à saúde no trabalho. In: Ferreira Jr M, organizador. Saúde no trabalho: temas básicos para o profissional que cuida dos trabalhadores. São Paulo: Rocca; 1994, p. 3-28.

Domingos AL. Qualidade de vida: concepções e representações sociais. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 1997.

Doward LC, Mckenna SP, Kolmann T, Niero M, Patrick D, Spencer B, et al. The international development of the RGHQoL: a quality of life measure for recurrent genital herpes. Qual Life Res. 1998;7(2):143–53.

Facchini LA. Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. Ciênc Saúde Coletiva. 2005;10(4):657-66.

Felli VEA, Peduzzi M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005, p. 1-13.

Felli VEA ; Tronchin DMR . A Qualidade de Vida No Trabalho e a Saúde do Trabalhador de Enfermagem. In: Kurcgant P, organizadora. Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005, p. 89-107.

Fleck MPA, Lousada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). Rev Saúde Pública. 1999;33(2):198-205.

Fleck MPA. Avaliação de qualidade de vida em depressão. In: Figueiró JAB, Fráguas Jr R. Depressões em medicina interna e em outras condições médicas. São Paulo: Atheneu; 2000, p. 33-43.

Freitas H, Oliveira M, Saccol AZ, Moscarola J. O método de pesquisa survey. Rev Adm USP. 2000;35(3):105-12.

Fischer FM, Teixeira LR, Borges FNS, Gonçalves MBL, Ferreira R. Percepção de sono: duração, qualidade e alerta em profissionais da área de enfermagem. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2002;18(5):1261-9.

Garrosa-Hernandez E, Benevides-Pereira AMT, Moreno-Jiménez B, González JL. Como prevenir (ou remediar) o processo de burnout. In: Benevides-Pereira AMT, organizadora. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002, p.227-71.

Gianchello AL. Health outcomes research in hispaniccs/latinos. J Med Syst. 1996;21(5):235-54.

Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life. JAMA. 1994;272(8):619-26 [acesso em 19 set 2007] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7726894>

Gomes CM, Lacaz FAC. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. Ciênc. Saúde Coletiva. 2005;10(4):797-807.

Gonçalves GBB. Uso profissional da voz em sala de aula e organização do trabalho docente [dissertação de mestrado]. Belo Horizonte: Faculdade de Educação da UFMG; 2003.

Guido LA. Stress e coping entre enfermeiros de Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica [tese de doutorado]. Escola de Enfermagem da USP; 2003.

Gutierrez BAO. O processo de morrer no cotidiano do trabalho dos profissionais de enfermagem de unidades de terapia intensiva [tese de doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2003.

Guyatt GH, Kirshner B, Jaeschke R. Measuring health: Questionnaire. NFER publishing. 1993;118:622-9.

Hair Jr JF, Babin B, Money A, Samouel P. Fundamentos de métodos de pesquisa em administração. Porto Alegre: Bookman; 2005.

Haley RW, Maddrey AM, Gershenfeld HK. Severely reduced functional status in veterans fitting a case definition of Gulf War Syndrome. *Am J Public Health*. 2002;92(1):46-7.

Hirata H. Divisão sexual do trabalho: o estado das artes. In: Hirata H, organizadora. *Nova divisão sexual do trabalho? um olhar voltado para a empresa e a sociedade*. São Paulo: Boitempo Editorial; 2002, p.273-89.

Hunt SM, Mackenna SP. The QLDS: a scale for measurement of quality of life in depression. *Health Police*. 1992;22:307-19.

Ianni O. *Teorias da globalização*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1996.

Kaplan RM, Bush JW, Berry CC. Health status: types of validity and the index of well-being. *Health Serv Res*. 1976;11:478-507.

Karasek R. Demand/control model: a social, emotional and physiological approach to stress risk and active behaviour development. In: ILO – International Labour Office - *Encyclopedia of Occupational Health and Safety* v. II. 4th ed. Genève: Ed. cient J Stellman; 1998, p. 6-34.

Kelly-Santos A. Comunicação por impressos na saúde do trabalhador: a perspectiva das instâncias públicas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(4):929-38.

Lacaz FAC. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. *Cad Saúde Pública*. 1997;13:7-19.

Lacaz FAC. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000;5(1):151-61.

Lalonde M. El concepto de “campo de la salud”: una perspectiva canadiense. In: OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. *Promoción de salud: una antologia*. Washington (DC); 1996.

Larousse – grande enciclopédia cultural. São Paulo: Nova Cultural Ltda; 1998.

Lapiege A, Hunt S. The problem of quality of life in medicine. *Jama*. 1997; 278(1):47-50.

Lehman AF, Ward C, Linn LS. Chronic mental patient: the quality of life issue. *American Journal of Psychiatry*. 1982;139:1271-6.

Limongi-França AC. Qualidade de vida no trabalho: elementos para a formação de um perfil do gestor em cursos e treinamentos especializados (5 de junho de 2008) [acesso em 17 jul 2008]. Disponível em: <http://www.abqv.org.br/artigos.php?id=50>

Lino MM. Satisfação profissional entre enfermeiros de UTI: adaptação transcultural do INDEX of Work Satisfactions (IWS) [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1999.

Lottenberg C. Um choque de gestão na saúde brasileira. *Correio Braziliense*. 2006 [acesso em 17 jul 2008]. Disponível em: <http://www.abqv.org.br/artigos.php?id=116>

Machado JMH, Porto MFS. Promoção da saúde e intersetorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. Brasília (DF): *Rev Epidemiol Serv Saúde*. 2003;12(3):121-30.

Magnabosco P. Qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo com hipertensão arterial integrante de um grupo de convivência [dissertação de mestrado]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 2007.

Malm U, May PRA, Denker SJ. Evaluation of the quality of life of the schizophrenic outpatient: a checklist. *Schizophrenia Bulletin*. 1981;7:477-87.

Marcondes WB, Rotenberg L, Portela LF, Moreno CRC. O peso do trabalho "leve" feminino à saúde. *São Paulo Perspect*. 2003;17(2):91-101.

Marcondes WB. A convergência de referências na promoção de saúde. *Saúde Soc*. 2004;13(1):5-13.

Martinez MC, Paraguay AIBB. Satisfação e saúde no trabalho – aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Psicol Soc Trab*. 2003;6:59-78.

Martinez MC, Paraguay AIBB, Latorre MRO. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(1):55-61.

Martinez MC. Saúde e capacidade para o trabalho em trabalhadores de área administrativa. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(5):851-8.

Martins T, Ribeiro JLP, Garrett C. Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicol Saúde Doenças*. 2003;4(1):131-48.

Martins JJ. Qualidade vida no trabalho: o cenário atual da enfermagem numa Unidade de Terapia Intensiva (UTI). *Texto Contexto Enferm*. 1999;8(3):128-46.

Marziale MHP. Condições ergonômicas da situação de trabalho do pessoal de enfermagem em uma unidade de internação hospitalar [tese de doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1995.

Matsuda LM. Satisfação profissional da equipe de enfermagem de uma UTI adulto: perspectiva de gestão para qualidade da assistência [tese de doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da USP; 2002.

Meirelles NF, Zeitoune RCG. Satisfação no trabalho e fatores de estresse da equipe de enfermagem de um Centro Cirúrgico Oncológico. *Rev Esc Enferm Anna Nery*. 2003;7(1):78-88.

Mezono JC. O administrador hospitalar: a caminho da eficiência. São Paulo: Cedas; 1991.

Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000;5(1):7-18.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

Minayo-Gomez C, Thedim-Costa SMF. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. Cad Saúde Pública. 1997;13(2):21-32.

Mininel VA. A promoção da qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem: responsabilidade gerencial do enfermeiro [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2006.

Ministério da Saúde. 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Brasília (DF); 1986. [acesso em 19 set 2008]. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/trabalhador/conferencias.html - 20k -

Ministério da Saúde. 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – construindo uma política de saúde do trabalhador [relatório final]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1994.

Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Promoção da saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundswall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses, Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

Ministério da Saúde. Portaria nº 1.679 de 19 de setembro de 2002. Aprova a constituição da Rede Nacional de Atenção a Saúde do Trabalhador (RENAST). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília (DF); 2004.

Ministério da Saúde. 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - coletânea de textos. Brasília (DF); 2005 [acesso em 10 mar 2008]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/wst/documentosdeapoio.pdf>

Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006 [acesso em 10 jan 2007]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria687_2006_anexo1.pdf

Ministério da Saúde, Coordenadoria Geral de apoio a gestão descentralizada. Diretrizes operacionais: pactos pela vida em defesa do SUS e gestão. Brasília (DF); 2006 (pactos pela saúde 2006,1).

Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência e Assistência Social & Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 800, de 3 de maio de 2005. Aprova a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. MTE; Brasília (DF); 2005.

Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho. Portaria nº 25, de 29 de dezembro de 1994. Aprova o texto da Norma Regulamentadora nº 9 (Riscos Ambientais) e altera as NR 05 e 16. Diário Oficial da União de 30 dez 1994 – Republicada em 15 dez 1995.

Ministério do Trabalho e Emprego. Impactos financeiros dos acidentes de trabalho [acesso em 21 abr 2007]. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/noticias>

Moreno CRC, Fischer FM, Rotenberg L. A saúde do trabalhador na sociedade 24 horas. São Paulo Perspect. 2003;17(1):34-46.

Nardocci AC, Rocha AA, Ribeiro H, Assunção JV, Colacioppo S, Paganini WS. Saúde ambiental e ocupacional. In: Rocha AA, César CLG. Saúde pública: bases conceituais. São Paulo: Atheneu; 2008, p. 69-98.

NIOSH - National Institute for Occupational Safety and Health. New and continuing grants and cooperative agreements. Extramural Research Awards in Fiscal Year; 2003 [acesso em 8 jul 2008]. Disponível em: http://www.cdc.gov/niosh/oep/pdfs/FY2003_FUNDED_PROJECTS.pdf

- Nishide VM, Benatti MCC, Alexandre NMC. Ocorrência de acidente do trabalho em uma unidade de terapia intensiva. Rev Latinoam Enferm. 2004;12(2):204-11.
- Noronha MMB. Condições do exercício profissional da professora e seus possíveis efeitos sobre a saúde: estudo de casos das professoras do ensino fundamental em uma escola pública de Montes Claros/MG [Anais]. Salvador: II Conferência de Saúde Ocupacional e Ambiental: integrando as Américas, 17 a 20 de junho; 2002.
- OMS – Organização Mundial de Saúde. Versão em português dos instrumentos de avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL) 1998. [acesso em 03 jan 2008]. Disponível em: www.ufrgs.br/psiq
- Pafaro RC, Martino MMF. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho de um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. Rev Esc Enferm USP. São Paulo; 2004; 38(2):152-60.
- Pelicioni MCF. As inter-relações entre educação, saúde e meio ambiente. Jornal da USP, São Paulo 1999; nov 8-14; Opinião: 2.
- Pelicioni MCF, Pelicioni AF. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. Mundo da Saúde. 2007;31(3):320-8.
- Pelicioni MCF, Pelicioni AF, Toledo R. A educação e a comunicação para a promoção da saúde. In: Rocha AA, César CLG. Saúde pública: bases conceituais. São Paulo: Atheneu; 2008, p.165-77.
- Pereira IMTB, Penteado RZ, Marcelo VC. Promoção de saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. O mundo da saúde. 2000;24(1):39-44.
- Pestana MH, Gajeiro JN. Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS. 2. ed. Lisboa: Silabo Ltda; 2000.
- Peterson M, Dunnagan T. Analysis of a worksite health promotion program's impact on job satisfaction. J Occup Environ Med. 1998;40(11):973-9.

Quinto Neto A, Gastal FL. Acreditação hospitalar: proteção dos usuários, dos profissionais e das instituições de saúde. Porto Alegre: DACASA/IAHC; 1997.

Restrepo HE, Málaga H. Promoción de la salud: como construir vida saudavel. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2001.

Revista Diálogos. Quando o trabalho adocece. Brasília (DF): Ciência e Profissão – Diálogos. 2007;5:22-3.

Ribeiro HP. A violência oculta do trabalho: as lesões por esforços repetitivos. Ri de Janeiro: Fiocruz; 1999.

RIPSA - Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Uso da CBO e CNAE nos sistemas de informação em saúde: potencialidade e factibilidade. Brasília (DF): Ministério da Saúde / OPAS; 2003.

Rocha DG. O movimento da promoção da saúde na década de 1999: um estudo do seu desenvolvimento e difusão na saúde pública brasileira [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2001.

Rodrigues MVC. Qualidade de vida no trabalho: evolução e análise no nível gerencial. Petrópolis: Vozes; 2002.

Rosa MAS, Pilatti LA. Qualidade de vida no trabalho e a legislação pertinente. Rev Digital. 2006;93. [acesso em 29 jul 2008]. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd93/trabalho.htm>

Rothman ML, Hedrick SC, Bulcroft KA, Hickam DH, Rubenstein LZ. The validity of proxy-generated scores as measures of patient health status. Med Care. 1991;29:115-24.

Sacadura-Leite E, Uva AS. Stress relacionado com o trabalho. Sociedade Portuguesa de medicina do trabalho; 2007:25-42. Disponível em: http://www.ensp.unl.pt/ensp/corpodocente/websites_docentes/sousa_uva/stress_relacionado_com_o_trabalho_st-6.pdf

Sala A, Seixas PHA, Carro ARL, Correa AN. Absenteísmo por doença entre profissionais da saúde nos hospitais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no ano de 2004. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2008 [Acesso em 28 abr 2008] Disponível em: <http://www.observarhsp.org.br/>.

Santana V. Acidentes de trabalho no Brasil entre 1994 e 2004: uma revisão. Ciênc. Saúde Coletiva. 2005;10(4):841-55.

Santos M, Souza MAA. O novo mapa do mundo: fim de século e globalização. São Paulo: Hucitec/Anpur; 1993.

São Paulo. Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968 - revisado até fevereiro de 2008 (Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Estado). Institui o regime jurídico dos funcionários públicos civis do Estado [acesso em 10 ago 2008a]. Disponível em: http://www.al.sp.gov.br/StaticFile/documentacao/estatuto_func_publico.htm

São Paulo. Lei nº 500, de 13 de novembro de 1974 (Revisada até maio de 2007). Institui o regime jurídico dos servidores admitidos em caráter temporário e dá providências correlatas [acesso em 10 ago 2008b]. Disponível em: http://www.al.sp.gov.br/StaticFile/documentacao/lei_500.htm

São Paulo. Secretaria de Gestão Pública. Boletim Estatístico – Julho/2008 [homepage na internet]. [acesso em 10 ago 2008c]. Disponível em: http://www.recursoshumanos.sp.gov.br/boletins%20estatisticos/Boletim%20estatistico_jul08.pdf

Sarquis LMM. Acidentes de trabalho com instrumentos perfuro-cortantes: ocorrência entre trabalhadores de enfermagem [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1999.

Schmidt DRC. Qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem atuantes em unidade do Bloco Cirúrgico [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 2004.

Schipper H, Clinch JJ, Olweny CLM. Quality of life studies: definitions and conceptual issues. In: Spilker B, editors. Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials. Filadélfia: Lippincott-Raven; 1996.

Seixas PHA. Observatório de Recursos Humanos em Saúde de São Paulo. I Simpósio Internacional de Recursos Humanos no Setor Saúde. São Paulo: SES-SP, 08 e 09 maio 2008. [Acesso em 10 ago 2008] Disponível em: http://www.crh.saude.sp.gov.br/resources/crh/simposio/08_maio/maha/dr_paulo_henrique_seixas_11_00h.pdf

SES - Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SS-5, de 16 de janeiro de 2006. Institui nas unidades da Secretária de Estado da Saúde a Comissão de Saúde do Trabalhador - COMSAT. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 17 jan 2006.

Shibuya CC. Qualidade de vida só existe enquanto cooperação entre empresa e funcionário s/d [acesso em 17 jul 2008]. Disponível em: <http://www.abqv.org.br/artigos.php?id=44>

Sigolo R. Diminua seu nível de estresse sem esperar que a empresa faça isso. Jornal O Estado de São Paulo. 2008 jul 7; Cad. 2.

Silva VEF. O desgaste do trabalhador da enfermagem: a relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador [tese de doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1996.

Silveira C. O significado da prática profissional e do ensino em unidade básica de saúde: um estudo da cultura organizacional no Centro de Saúde – Escola Barra Funda [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1999.

Silqueira SMF. O questionário genérico SF-36 como instrumento de mensuração de qualidade de vida relacionada a saúde de pacientes hipertensos [tese de doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 2005.

Simurro SAB. As barreiras individuais à promoção de saúde e qualidade de vida s/d [acesso em 17 jul 2008]. Disponível em:

<http://www.abqv.org.br/artigos.php?id=139>

Teixeira JMC. Sistemas médicos, técnicos e administrativos do hospital moderno: sua ordenação. In: Gonçalves EL. Coordenador. O hospital e a visão administrativa contemporânea. 2. ed. São Paulo: Pioneira; 1989, p. 19-51.

Urbano AS. Humanização hospitalar: um estudo sobre a satisfação profissional quanto às condições de trabalho [dissertação de mestrado]. São Paulo: Coordenação dos Institutos de Pesquisa da SES/SP; 2004.

Valdivieso P. Capital social, crisis de la democracia y educación ciudadana: la experiencia chilena. Rev Sociol Polít. 2003;21:13-34.

Vasconcelos AF. Qualidade de vida no trabalho: origem, evolução e perspectivas. Cad Pesqui Adm. 2001;8(1). Disponível em:

<http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/v08-1art03.pdf>

Vilela RAG, Ricardi GVF, Iguti AM. Experiência do Programa de Saúde do Trabalhador de Piracicaba: desafios da vigilância em acidentes do trabalho. Informe Epidemiológico do SUS. 2001;10(2):81-92.

Vogel L. La dimensión de género en salud laboral: primeras conclusiones de una encuesta europea 2001. Valência: ISTAS; (s/d) [acesso em 10 maio 2008]. Disponível em: <http://www.istas.net/portada/dimension.pdf>

Wallerstein N. Powerlessness, empowerment and health: implications for health promotion programs. Am J Health Promot. 1992;21:197-205.

Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short-Form health survey (SF-36). Med Care. 1992; 30:473-83.

Westphal MF. Promoção da saúde e a qualidade de vida. In: Rocha AA, César CLG. Saúde pública: bases conceituais. São Paulo: Atheneu; 2008, p.149-63.

Wunsch Filho V. Perfil Epidemiológico dos trabalhadores. Rev. Brasmed Trab. Belo Horizonte; 2004, 2(2): 103-17.

Yin RK. Estudo de caso – planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2005.

Zanei SSV. Análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref e SF-36: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de Unidade de Terapia Intensiva e seus familiares [tese de doutorado]. Escola de Enfermagem da USP; 2006.

ANEXOS



Anexo 1



Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública
Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil
Tels: (11)3061-7742/3061-7749

Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE

Pesquisa: “Promoção da Saúde e Qualidade de Vida do Trabalhador em hospitais estaduais da cidade de São Paulo”

[Projeto de Tese de Doutorado apresentado à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP].

Pesquisadora: Lucia Helena Presoto – CRF nº 398/MT

Objetivo: Identificar os programas de Educação e/ou Promoção em Saúde, suas propostas e articulação com os programas de saúde desenvolvidos pelos Hospitais Públicos do município de São Paulo.

Procedimentos: a coleta de dados será realizada a partir de diagnóstico feito pela pesquisadora.

Eu..... estou sendo convidado a participar de uma pesquisa de Doutorado da aluna Lucia Helena Presoto, realizada pela FSP/USP e fui devidamente informado que minha participação não é obrigatória e poderei desistir a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou implicações no desempenho de minhas atividades.

Caso queira mais informações, poderei obtê-las com a pesquisadora que se comprometeu a esclarecer qualquer dúvida e a disponibilizar os resultados para mim e a instituição que represento após a conclusão do trabalho. Também fui informado que será garantido o anonimato e confidencialidade das informações.

São Paulo dede 2007.

Assinatura do participante

Lucia Helena Presoto
Nº USP: 3230145
Tel: (11) 3283-2086

Anexo 2

Roteiro para Diagnóstico dos programas

Pesquisa de campo com o objetivo de caracterizar a Promoção da Saúde e Qualidade de Vida do Trabalhador em hospitais estaduais da cidade de São Paulo.

1 – Característica do Hospital

1 – Histórico:

2 - Porte:

3 - Característica:

- Especialidade

- COMSAT:

- CIPA:

-SEESMT:

Atividades relacionadas à Saúde do Trabalhador:

Número de funcionários:

2 – Programas existentes voltados para Saúde do Trabalhador

Título:

Objetivos:

Metodologia:

Público alvo:

Tempo de funcionamento:

Forma de acompanhamento ou avaliação.

Anexo 3

Formulário para entrevista

Orientação

Objetivo deste trabalho: Avaliar o seu grau de conhecimento sobre Promoção da Saúde na Saúde do Trabalhador.

Não esqueça: **todas as respostas devem refletir seu ponto de vista pessoal com relação a questão.**

1 – Quais os objetivos da Promoção da Saúde na Saúde do Trabalhador?

2 – Participa de algum Programa de Saúde do Trabalhador com ações de Promoção da Saúde? Em caso positivo, descreva as ações desenvolvidas e emita sua opinião?

3 - Conhece alguma diferença entre Educação e Promoção da Saúde?

4 – Quais ações de Educação em Saúde aparecem nos programas onde participa?

5 - Como estas ações de Educação e Promoção da Saúde podem contribuir para alcançar os objetivos dos programas?

6 – Você entende ter havido algum investimento para a Promoção da Saúde neste hospital? Quais?

- capacitação de RH financeiro Saúde do Trabalhador
 melhoria de Qualidade de Vida outros.

7 – De quê forma os programas e ações de Educação e Promoção da Saúde têm contribuído para melhorar as condições de Saúde do Trabalhador?

8 – Você tem recebido apoio técnico e/ou financeiro para projetos de qualificação de profissionais para atuação nas áreas de informação, comunicação e Educação para a Promoção da Saúde? Quais?

9- O programa onde você participa dispõe de ações integradas visando a melhoria da Qualidade de Vida no planejamento da Saúde do Trabalhador?

10 – Há ampliação da cooperação do setor saúde com outros órgãos estatais (Secretarias) e atores sociais voltados para a Promoção da Saúde na Saúde do Trabalhador?

11 – O hospital tem implementado ações de Promoção da Saúde com ênfase na atenção à Saúde do Trabalhador?

12 – Houve criação ou fortalecimento de iniciativas voltadas para redução de danos à Saúde do Trabalhador?

13 – Você acredita que a Promoção da Saúde seja fundamental para a melhoria da Saúde do Trabalhador?

14 – Há participação dos trabalhadores na elaboração dos programas com iniciativas de Promoção da Saúde deste hospital?

15 - Há realização de oficinas de capacitação envolvendo as equipes multiprofissionais com atuação na Saúde do Trabalhador?

16 – Como são convidados os trabalhadores para participar das atividades dos programas?

17 – Há divulgação e informação das iniciativas voltadas para a Promoção da Saúde para os profissionais e gestores? De quê maneira?

Anexo 4

Questionário de Qualidade de Vida no Trabalho

Caracterização dos trabalhadores entrevistados:

1 - Idade:

2 - Sexo: masculino feminino

3 - Estado civil: solteiro casado viúvo outros

4 - Escolaridade: fundamental médio superior

5 - Função:

6 - Cargo:

7 - Tipo de contrato: estatutário celetista terceirizado

8 - Carga horária diária:

9 - Emprego único: sim não

10 - Número de licenças nos últimos 12 meses:

11 - Número total de licenças tiradas neste hospital:

12 – Número de acidentes no trabalho:

13 – Participa de algum programa voltado para Saúde do Trabalhador?

Questionário: Medical Outcomes Study – Short Form Health Survey - MOS SF-36. Versão traduzida, adaptada e validade no Brasil por Rozana Mesquita Ciconelli, em 1997.

Instruções: Esta parte da pesquisa questiona você sobre sua saúde e as informações obtidas mostrarão como você se sente e o quanto é capaz de executar suas atividades de vida diária.

Responda cada questão marcando a resposta com X. Caso esteja inseguro como responder, tente fazê-lo da melhor maneira possível.

OBS: Cada pergunta só terá uma resposta.

1 - Segundo você, sua saúde é:

Excelente Muito boa Boa Ruim Muito Ruim

2 - Comparando-a a um ano atrás, como classificaria sua saúde?

muito melhor pouco melhor quase a mesma pouco pior agora
muito pior agora do que há um ano atrás

3 - Os itens abaixo se referem às atividades que você poderia executar durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para executá-las? Neste caso, quantifique?

Atividades	Sim. Muita dificuldade	Sim. Pouca dificuldade	Não. Sem dificuldade
a) atividades vigorosas, exigindo muito esforço, correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>
b) atividades moderadas como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>
c) levantar ou carregar mantimentos	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>
d) subir vários lances de escada	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>
e) subir um lance de escada	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>
f) curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>
g) andar mais de 1 quilômetro	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>
h) andar vários quarteirões	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>
i) andar um quarteirão	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>
j) tomar banho ou vestir-se	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>

4 - Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos problemas abaixo com trabalho ou atividade diária regular como consequência de sua saúde física?

a) diminuiu o tempo dedicado ao trabalho ou a outras atividades?	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>
b) realizou menos tarefas do que gostaria?	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>
c) esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>
d) teve dificuldade de executar seu trabalho ou outras atividades. Ex: necessitou de esforço extra?	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>

5 - Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos problemas abaixo com o trabalho ou outra atividade regular diária como consequência de algum problema emocional (depressão ou ansiedade)

a) diminuiu a quantidade de tempo dedicado ao trabalho ou outras atividades?	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>
b) realizou menos tarefas do que gostaria?	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>
c) executou atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>

6 - Durante as últimas 4 semanas como sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?

forma nenhuma Ligeiramente Moderadamente Bastante
Extremamente

7 - Durante as últimas 4 semanas teve dor no corpo?

Nenhuma Muito leve Leve Moderada Grave Muito grave

8 - Durante as últimas 4 semanas, o quanto a dor interferiu com suas atividades incluindo os trabalhos dentro e fora de casa?

De maneira nenhuma Pouco Moderadamente Bastante
Extremamente

9 – Estas questões avaliam como você se sente e como tudo tem acontecido com você, em relação as **últimas 4 semanas**. Para cada item, dê uma resposta, o mais próximo possível, do que sente.

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo se sentiu cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>
b) Quanto tempo se sentiu uma pessoa muito nervosa?	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>
c) Quanto tempo se sentiu tão deprimido nada poder animá-lo?	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>
d) Quanto tempo se sentiu calmo ou tranqüilo?	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>
e) Quanto tempo se sentiu com muita energia?	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>
f) Quanto tempo se sentiu desanimado e abatido?	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>
g) Quanto tempo se sentiu esgotado?	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>
h) Quanto tempo se sentiu feliz?	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>
i) Quanto tempo você se sentiu cansado?	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>

10 - Durante as **últimas 4 semanas**, quanto do seu tempo a capacidade física ou problemas emocionais interferiu nas suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes e outras)?

Todo Grande parte Alguma parte Pequena parte Nenhuma parte

11 – Para você, quão verdadeira ou falsa é cada afirmação?

	Definitiva mente verdadeira	A maioria das vezes verdadeira	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitiv amente falsa
a) Adoeço mais facilmente do que as outras pessoas	. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Sou tão saudável quanto qualquer pessoa conhecida	. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Penso que a minha saúde vai piorar	. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>
d) Minha saúde é excelente	. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 5

Boletim Estatístico da Secretaria de Gestão Pública Estadual de São Paulo

Figura 1 - Quantidade Mensal de Pessoal do Poder Executivo

QUANTIDADE MENSAL DE PESSOAL DO PODER EXECUTIVO												
Discriminação	Número de Servidores-Beneficiários / 2008											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Ativos	746.956	738.828	731.249	756.798	753.078	765.079	0	0	0	0	0	0
Inativos	252.542	252.631	253.302	253.772	254.431	254.888	0	0	0	0	0	0
Pensionistas	217.660	217.202	217.590	217.501	217.708	217.643	0	0	0	0	0	0
Serv. com Outros Vínculos	1.611	1.563	1.712	1.752	1.753	1.784	0	0	0	0	0	0
Total Poder Executivo	1.218.769	1.210.224	1.203.853	1.229.823	1.226.970	1.239.394	0	0	0	0	0	0

Tab9. Quantidade mensal de pessoal do poder executivo

- a) Fonte: Banco de Informações de Pessoal, Reflexos e Encargos Sociais do Estado de São Paulo.
- b) A partir de janeiro/2007, houve alteração no critério de apuração dos valores
- c) Considera-se o somatório da quantidade de servidores com pagamento (inclusive 13º Salário, 1/3 de férias) e sem pagamento, afastados, com acertos de pagamento, etc
- d) Servidores com outros vínculos, corresponde àqueles afastados de empresas, fundações, autarquias, autarquias especiais sem prejuízo de vencimentos.

Fonte: São Paulo/SGP, 2008.

Figura 2 – Quantidade de pessoal da administração direta por órgão

QUANTIDADE ANUAL DE PESSOAL DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA POR ÓRGÃO											
Discriminação	Número de Servidores e Beneficiários/Média Anual										
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
ADM MOD. SERV. PUBLICO	775	701	439	0	0	0	0	0	0	0	0
ADMINISTRACAO GERAL DO ESTADO	62.188	61.073	59.995	57.840	55.830	53.689	52.837	50.839	49.201	47.822	46.964
ADMINISTRACAO PENITENCIARIA	18.021	18.986	20.448	20.863	27.837	28.520	28.486	29.544	29.770	32.442	32.889
AGRICULTURA ABASTECIMENTO	13.370	13.030	12.756	12.503	12.255	11.960	11.803	11.683	11.465	11.642	11.525
ASSIST. E DESENVOLVIMENTO SOCIAL	2.821	2.533	1.981	1.732	1.492	1.465	1.443	1.399	1.074	1.496	1.484
CASA CIVIL	2.055	2.100	2.317	2.672	2.553	2.434	2.409	2.361	2.374	2.687	2.731
CULTURA	824	787	759	738	751	755	757	737	724	702	709
DEFENSORIA PUBLICA DO ESTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	95	328	461
DESENVOLVIMENTO	1.084	1.087	1.079	1.043	1.004	976	969	1.009	1.200	1.335	1.283
ECONOMIA E PLANEJAMENTO	534	525	520	503	486	476	486	493	490	634	663
EDUCACAO	398.102	398.915	399.748	400.952	405.450	411.234	408.918	415.288	426.463	462.959	462.258
EMPREGO E REL DO TRABALHO	2.677	2.595	2.503	2.429	2.358	2.291	2.246	2.155	2.078	2.028	1.920
ENSINO SUPERIOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	19
ESPORTE, LAZER E TURISMO	2.032	1.930	1.903	1.849	1.819	1.778	1.742	1.640	1.558	1.690	1.686
FAZENDA	15.542	15.202	15.048	14.809	14.881	14.617	17.744	18.092	17.912	19.986	19.924
GABINETE DO GOVERNADOR	256	241	230	212	204	196	191	179	164	153	149
GESTAO PUBLICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	78	86
HABITACAO	162	169	170	172	180	170	170	167	168	186	182
JUSTICA E DEFESA DA CIDADANIA	2.429	2.328	2.259	2.174	2.094	2.030	1.994	1.845	1.765	1.610	1.578
MEIO AMBIENTE	3.078	3.027	2.985	2.941	2.896	2.847	2.838	2.843	2.804	2.855	2.933
PROCURADORIA GERAL DO ESTADO	1.782	1.788	1.820	1.819	1.819	1.821	1.859	1.982	2.023	2.466	2.482
RELACOES INSTITUCIONAIS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	50
SANEAMENTO E ENERGIA	3.035	2.907	2.783	2.639	2.522	2.393	11.550	11.565	11.366	11.249	11.146
SAUDE	83.599	87.304	89.249	89.377	90.028	88.537	88.396	87.967	87.539	91.512	90.846
SEGURANCA PUBLICA	165.568	166.769	168.409	170.490	176.885	182.402	191.356	182.404	185.421	187.862	186.574
TRANSPORTES	336	327	316	570	567	562	558	551	549	560	552
TRANSPORTES METROPOLITANOS	69	70	66	66	62	58	62	67	70	75	76
Total da Administração	780.339	784.394	787.783	788.393	803.973	811.211	828.814	824.810	836.273	884.368	881.169

Tab8. Quantidade Anual de Pessoal da Administração Direta por Órgão

- a) Fonte: Banco de Informações de Pessoal, Reflexos e Encargos Sociais do Estado de São Paulo.
b) A partir de janeiro/2007, houve alteração no critério de apuração da quantidade.
c) Média anual: considera-se o somatório da quantidade de servidores com pagamento do mês, atrasados, acertos de pagamento, afastados, etc., no período de janeiro a dezembro, dividindo por 12.
d) Defensoria Pública: considerada a partir do mês de abril/2006.
e) Os aposentados estão incluídos nas respectivas Secretarias.
f) Administração Geral do Estado, constam as pensões, complementações de aposentadorias e pensões.
g) A Secretaria da Administração e Modernização do Serviço Público foi extinta pela Lei nº 10.341, de 16/07/99 publicada em 17/07/99 e o seu quadro de servidores foi transferido para a Casa Civil, denominada anteriormente como Secretaria do Governo e Gestão Estratégica, a partir de 2001.
h) Lei nº 12.474 de 26/12/06, ficam criadas as seguintes Secretarias de Estado: Secretaria de Gestão Pública, Secretaria de Comunicação e Secretaria de Relações Institucionais;
i) O Decreto nº 51.460, de 1º/01/07, publicado em 1º/01/07, altera a denominação das seguintes Secretarias:
- Secretaria da Ciência, Tecnologia e Desenvolvimento Econômico para Secretaria de Desenvolvimento;
- Secretaria da Juventude, Esporte e Lazer para Secretaria de Esporte e Lazer;
- Secretaria de Turismo para Secretaria de Ensino Superior;
- Secretaria de Energia, Recursos Hídricos e Saneamento para Secretaria de Saneamento e Energia.
j) O Decreto nº 51.552, de 9/02/07, publicado em 10/02/07, altera a denominação da Secretaria de Esporte e Lazer para Secretaria de Esporte, Lazer e Turismo;
k) A Secretaria de Comunicação não consta da tabela acima, tendo em vista que o processamento de sua folha de pagamento é efetuado pela Casa Civil.

Fonte: São Paulo/SGP, 2008.

Figura 3 – Quantidade e Despesa de Pessoal por Regime de Contratação

SEÇÃO III – REGIME DE CONTRATAÇÃO, FAIXAS DE SALÁRIOS

QUANTIDADE E DESPESA DE PESSOAL POR REGIME DE CONTRATAÇÃO						
Regime de contratação	Ativos		Inativos		Total	
	Qtd	Despesa	Qtd	Despesa	Qtd	Despesa
ADM. LC. 733/93, LEI 7696/92, LEI 11.064/02	4.609	5,3	4	0,0	4.613	5,3
ADMITIDO CLT (INCLUI ESTÁVEL)	142.245	487,2	1.216	1,6	143.461	488,8
ADMITIDO LEI 500/74	182.029	245,1	27.791	34,3	209.820	279,4
BOLSISTA/ESTAG. E SUBST. DOCENTE EVENTUAL	3.352	1,7	2	0,0	3.354	1,7
CARGO ELETIVO	2	0,0	0	0,0	2	0,0
SERVIDOR ESTÁVEL	214	1,2	116	0,1	330	1,3
SERVIDOR EXTRANUMERÁRIO	202	0,3	5.577	7,0	5.779	7,3
TITULAR DE CARGO EFETIVO	402.232	1.001,9	209.718	537,1	611.950	1.539,0
TITULAR DE CARGO EM COMISSÃO	12.802	30,5	84	0,2	12.886	30,7
UNIVERSIDADE	17.392	71,9	10.380	63,1	27.772	135,0
Total Poder Executivo	765.079	1.845,1	254.888	643,4	1.019.967	2.488,5

Posição: Junho de 2008 / Despesas em R\$ milhões

Tab11. Quantidade e Despesa de pessoal Ativo e Inativo por regime de contratação

- a) Fonte: Banco de Informações de Pessoal, Reflexos e Encargos Sociais do Estado de São Paulo.
 b) A partir de janeiro/2007, houve alteração no critério de apuração da quantidade e valores
 c) Corresponde aos valores brutos: valores do mês, atrasados, 13º salário, 1/3 de férias

Fonte: São Paulo/SGP, 2008.

Anexo 6

Perfil de funcionários da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo

Figura 4 – Quantidade de funcionários da SES-SP por unidade

Perfil – SES/SP

- **Aproximadamente 70.000 funcionários**

Tipo de unidade	Gestão da Unidade		TOTAL
	MUNICIPAL	ESTADUAL	
AMBUL ESPEC	1.345	3.233	4.578
DIR	0	5.027	5.027
HEMOTERAPIA	0	184	184
HOSPITAL	291	42.271	42.562
INSTITUTOS	0	1.823	1.823
LABORATÓRIO	283	1.192	1.475
ADM SUP/ SEDE	0	1.995	1.995
UBS/CS	9.525	1.040	10.565
VIG EPID/ SANIT	0	1.327	1.327
TOTAL	11.444	58.092	69.536

Fonte: "PERFIL DA FORÇA DE TRABALHO NA SES/SP"

Fonte: Seixas 2008.

Figura 5 – Despesas com pessoal da SES-SP por unidade, jan 2006.

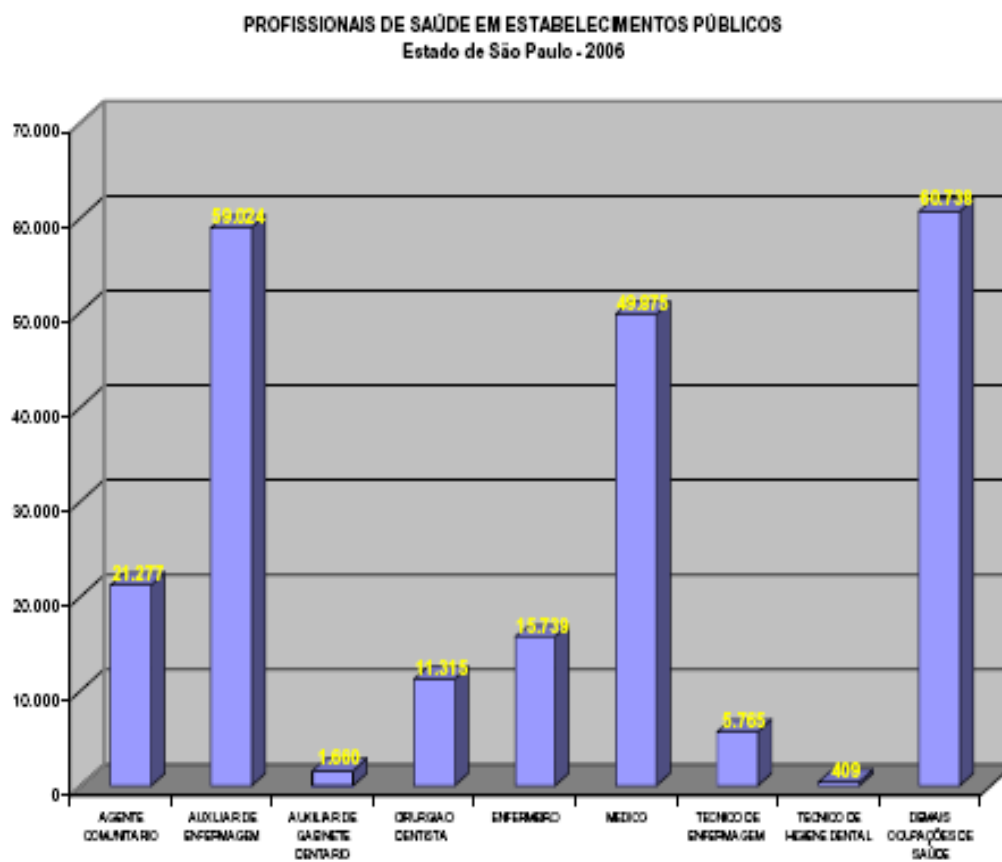
Perfil – SES/SP Total de salário (sem PIN)-Jan 2006

Agrupamento	Gestão da Unidade		Total
	MUNICIPAL	ESTADUAL	
ASSISTÊNCIA	13.524.961,00	72.199.442,00	85.724.403,00
DIR	-	6.840.907,00	6.840.907,00
INSTITUTOS	-	4.570.106,00	4.570.106,00
LABORATÓRIO	277.957,00	1.587.704,00	1.865.661,00
ADM SUP/ SEDE	-	3.647.421,00	3.647.421,00
VIG EPID/ SANIT	-	2.443.592,00	2.443.592,00
Total geral	13.802.918,00	91.289.172,00	105.092.090,00

Fonte: "PERFIL DA FORÇA DE TRABALHO NA SES/SP"

Fonte: Seixas 2008.

Figura 6 – Número de servidores da SES-SP por categoria, 2006

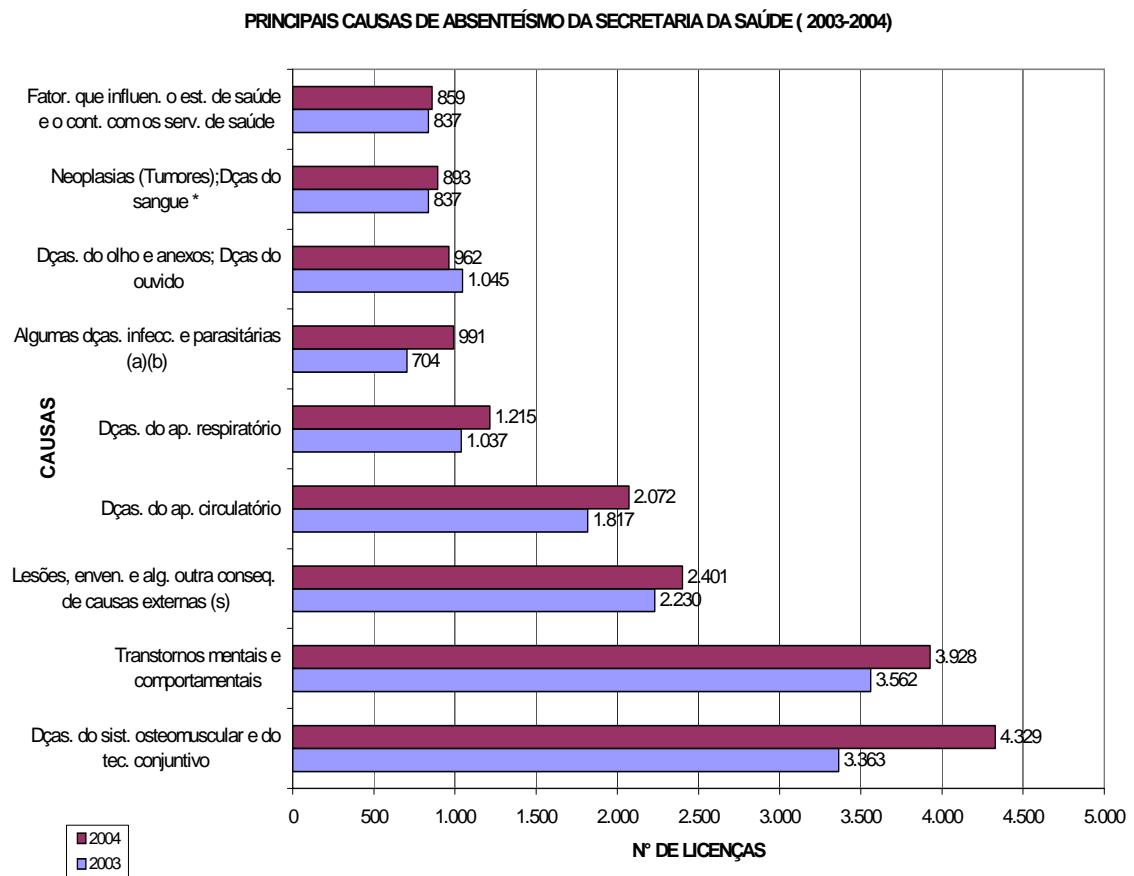


Fonte: Seixas 2008.

Anexo 7

Principais causas de absenteísmo de funcionários da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo

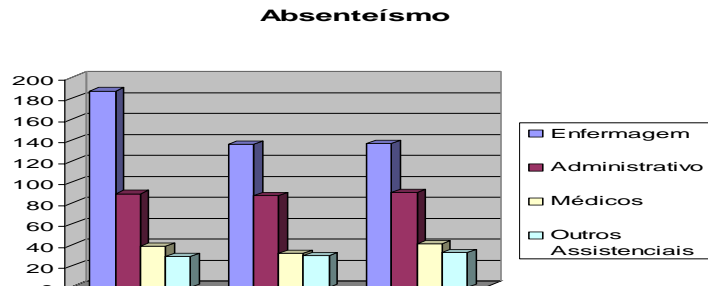
Figura 7 – Principais causas de absenteísmo de funcionários da SES-SP



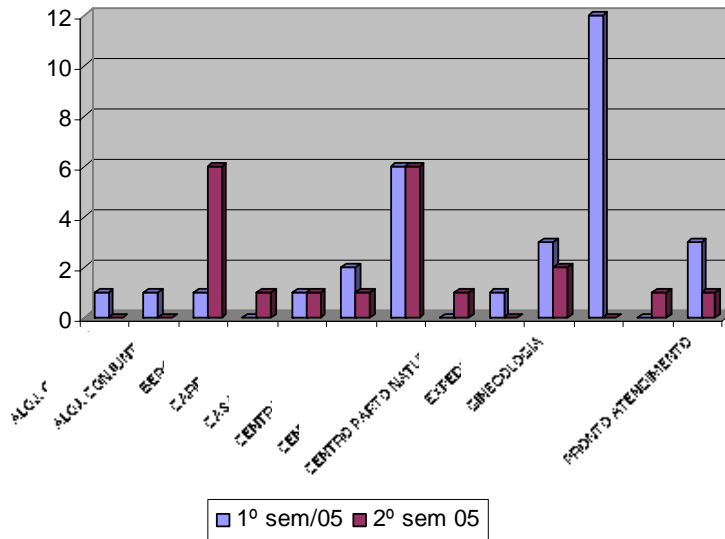
Fonte: DPME, 2006.

Dados fornecidos pelo HMLMB
18/08/2008

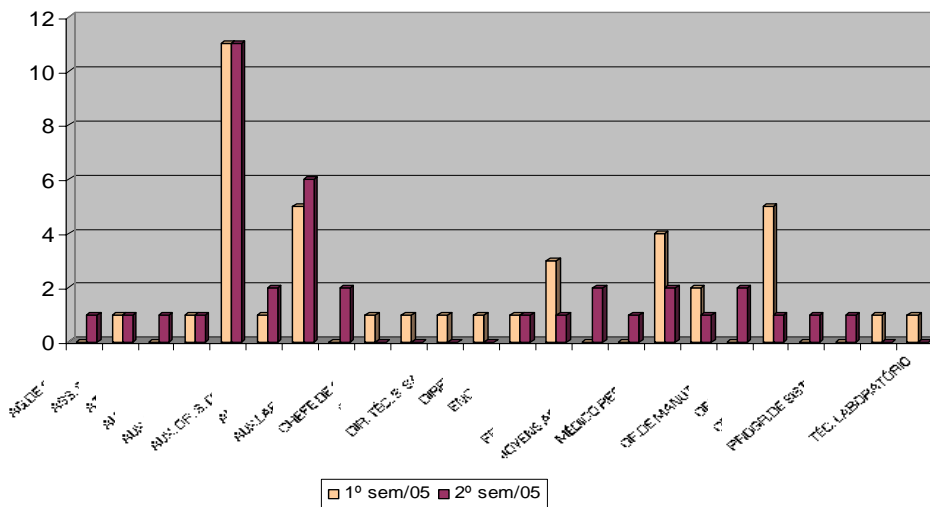
Figura 8 – Principais causas de absentéismo de funcionários do HMLMB



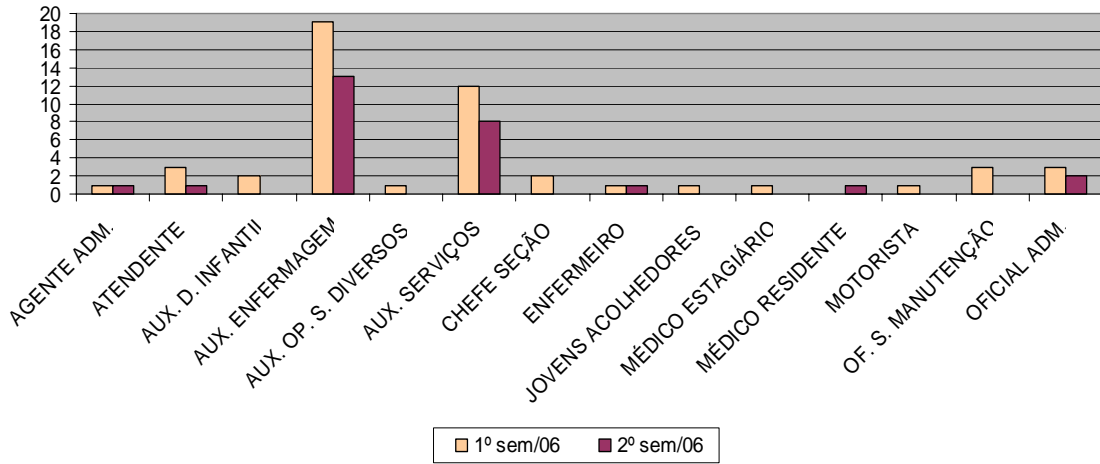
Acidente de Trabalho Enfermagem ano 2005



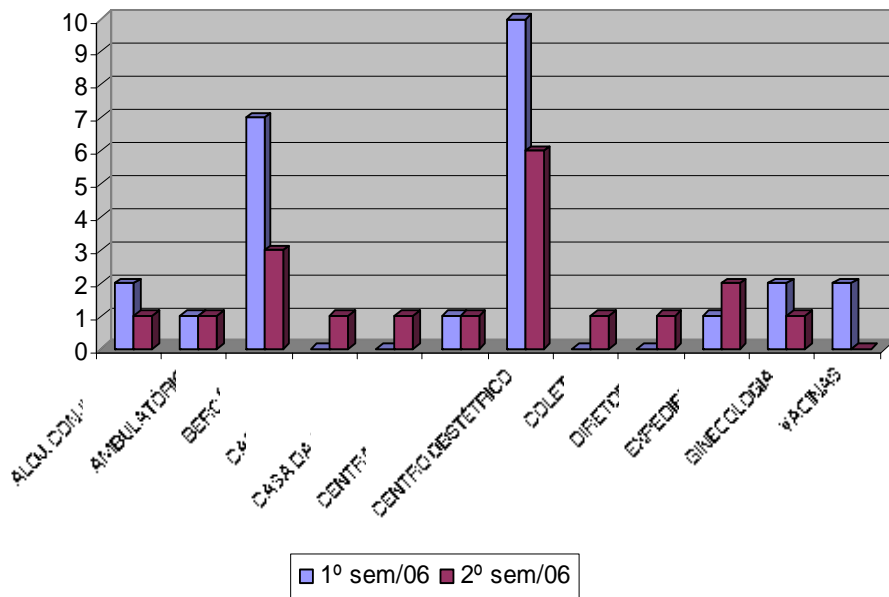
Acidente de Trabalho por função ano 2005



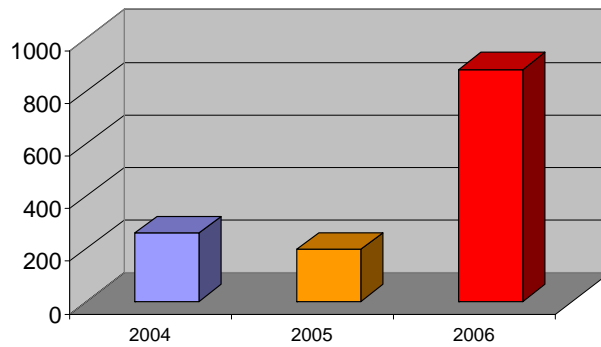
Acidente de Trabalho por função ano 2006



Acidente de Trabalho Enfermagem ano 2006



Dias de Afastamento 2004, 2005 e 2006



PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

CURRICULO LATTES

Maria Cecilia Focesi Pelicioni

Maria Cecilia Focesi Pelicioni concluiu o doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo em 1995. Atualmente é Professor Associado da Universidade de São Paulo. Publicou 37 artigos em periódicos especializados e 200 trabalhos em anais de eventos. Possui 25 capítulos de livros e 6 livros publicados. Possui 168 itens de produção técnica. Participou de 32 eventos no exterior e 188 no Brasil. Orientou 14 dissertações de mestrado e 4 teses de doutorado, além de ter orientado 1 trabalho de iniciação científica na área de Saúde Coletiva. Atualmente orienta 3 doutorados e 4 mestrados. Recebeu 14 prêmios e/ou homenagens. Entre 1984 e 2008 participou de 49 projetos de pesquisa, sendo que coordenou 15 destes. Atualmente participa de 7 projetos de pesquisa, sendo que coordena 1 destes. Atua na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Educação em Saúde e Educação Ambiental. Em suas atividades profissionais interagiu com 184 colaboradores em co-autorias de trabalhos científicos. Em seu currículo Lattes os termos mais freqüentes na contextualização da produção científica, tecnológica e artístico-cultural são: Promoção da Saúde, Educação em Saúde, Educação Ambiental, Meio Ambiente, Qualidade de vida, Saúde Pública, Capacitação de Recursos Humanos, Escola Promotora da Saúde, Formação de Recursos Humanos, Saúde Escolar e Participação Popular.

(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 25/08/2008

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/1006683875453587>



**Certificado
pelo autor em
25/08/08**

Dados pessoais

Nome Maria Cecilia Focesi Pelicioni

Nome em citações bibliográficas PELICIONI, Maria Cecilia Focesi

Sexo Feminino

Endereço profissional Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública.
AV DR ARNALDO 715 - Térreo
CERQUEIRA CESAR
01246904 - Sao Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30667796 Ramal: 7761 Fax: (11) 30833501
URL da Homepage: <http://www.fsp.usp.br/hsp>

Links para Outras Bases:

[Diretório de grupos de](#)

[pesquisa](#) 

[Infohab](#) 

[SciELO - artigos em texto](#)

[completo](#) 

Lucia Helena Presoto

Graduada em Ciências Biológicas Modalidade Médica pela Faculdade de Filosofia e Letras Barão de Mauá (1983) e em Farmácia pela Associação Prudentina de Educação e Cultura (1984). Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2004). Professora da Associação de Ensino de Ribeirão Preto de 1997 a 2002. Atualmente, doutoranda em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Coordenação didático-pedagógica e professora de Pós-graduação lato sensu em saúde pelo Instituto Nacional de Educação em Saúde-INES, de 2003 até o momento. **(Texto informado pelo autor)**

Última atualização do currículo em 24/08/2008

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/2041733063804346>



**Certificado
pelo autor em
24/08/08**

**Links para
Outras**

Bases:

[SciELO - artigos
em texto](#)

[completo](#) 

Dados pessoais

Nome Lucia Helena Presoto

Nome em citações bibliográficas PRESOTO, Lucia Helena

Sexo Feminino

Endereço profissional Instituto Nacional de Educação em Saúde.
Rua Alves Guimarães, 642 - Apto 155
Jd. América
05410-001 - Sao Paulo, SP - Brasil
URL da Homepage: <http://>

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)