



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

**Centro Biomédico**

**Faculdade de Enfermagem**

**Jéssica Louise da Silva Barbosa**

**Condições de trabalho e problemas de saúde em Enfermagem na  
maternidade de um hospital universitário**

**Rio de Janeiro**

**2010**

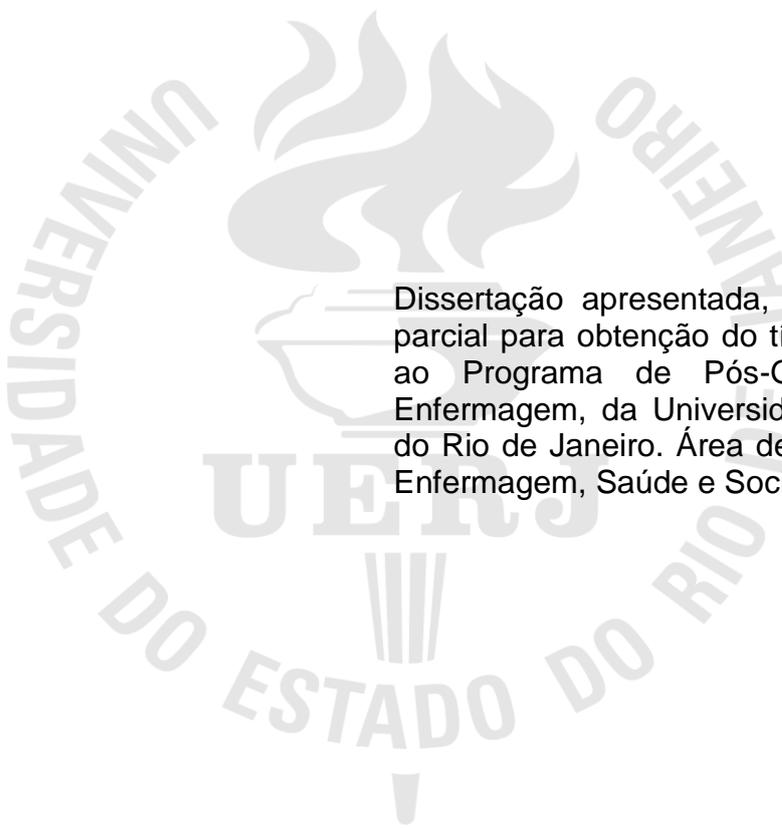
# **Livros Grátis**

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

Milhares de livros grátis para download.

Jéssica Louise da Silva Barbosa

**Condições de trabalho e problemas de saúde em Enfermagem na maternidade  
de um hospital universitário**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Yvone Chaves Mauro

Rio de Janeiro

2010



Jéssica Louise da Silva Barbosa

**Condições de trabalho e problemas de saúde em Enfermagem na maternidade  
de um hospital universitário**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 8 de março de 2010.

Banca Examinadora:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Yvone Chaves Mauro (Orientadora)  
Faculdade de Enfermagem da UERJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Lucia do Carmo Cruz Robazzi  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Thereza Christina Mó y Mó Loureiro Varella  
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Rio de Janeiro

2010

## DEDICATÓRIA

A Luiz Octavio e Rosangela, meus inestimáveis pais e principais incentivadores, por me ensinarem a lutar e a respeitar o ser humano.

Aos meus irmãos, Bruno Luiz e Bruna Louise, pela amizade verdadeira e fiel e por compartilharem das minhas dificuldades, meus sonhos e minhas conquistas.

Aos meus afilhados, Breno, Thamires e Milena pela doçura, meiguice e carinho que me proporcionam tanta felicidade.

À minha avó, Marlene, tão especial e tão querida, fundamental em cada dia da minha existência.

## AGRADECIMENTOS

Neste momento, muitas são as pessoas que vêm à memória. Todas, de uma forma ou de outra, contribuíram para a realização deste trabalho. A seguir, ousarei citar algumas destas pessoas e certamente pecarei por não mencionar outras – a estas, peço que perdoem o meu esquecimento. Os meus sinceros agradecimentos:

À professora Maria Yvone Chaves Mauro, pela confiança e estímulo constantes. Mais que isto, pela amizade.

Às professoras Maria Lucia do C. C. Robazzi e Thereza Christina Mó y Mó L. Varella, pela amabilidade, pelas valiosas contribuições durante o processo e pelo ensinamentos transmitidos.

Às professoras Norma Valéria D. O. Souza e Sheila Nascimento P. de Farias, por toda a disponibilidade e gentileza.

À amiga, comadre e companheira de mestrado, Sabrina Lins Seibert Rocha, pela presença constante. É muito bom saber que colheremos juntas a alegria de mais uma conquista. Que sejam incontáveis.

Aos companheiros de mestrado, Nei S. Duarte, Adriano T. M. Júnior, Ana Carina da Cunha e Patricia R. Rocha, pela amizade, convivência e por dividirem comigo todas as angústias e alegrias inerentes ao curso de mestrado.

À querida Bruna B. Lindemayer de Camillis, uma das pessoas mais voluntárias que já conheci. Que Deus a abençoe por isto.

À Fernando da S. Carvalho, pelo companheirismo e por compreender meus momentos de ausência em função dos estudos.

Às alunas Natasha A. S. Lima e Stéphanie L. T. Costa, pelo apoio e participação na coleta de dados.

A todos os integrantes do grupo de pesquisa INGECTH-SUS, pela solidariedade e apoio.

A todos os trabalhadores de enfermagem que aceitaram participar da pesquisa, sem os quais este trabalho não seria possível.

Aos funcionários da Faculdade de Enfermagem da UERJ, em especial, Renan, Fabíola, Marcelo, Paula e Cida, pela disponibilidade e gentileza.

Aos colegas de equipe, pois me ensinam constantemente a enxergar a beleza e as dificuldades inerentes à Enfermagem, me motivando a estudar e buscar por melhores condições de trabalho.

À equipe da Biblioteca da Faculdade de Enfermagem, em especial às bibliotecária Tânia Mello e Kalina Silva, pela dedicação.

A todos os que contribuíram direta ou indiretamente para o êxito deste trabalho.

## RESUMO

BARBOSA, Jéssica Louise da Silva. **Condições de trabalho e problemas de saúde em Enfermagem na maternidade de um hospital universitário**. 2010. 116f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

Trata-se de um estudo fundamentado na Epidemiologia, do tipo quantitativo, não-experimental, transversal apoiado na estatística descritiva e inferencial, baseado no seguinte problema de estudo: qual a associação entre problemas de saúde e riscos ocupacionais a partir da percepção dos trabalhadores de enfermagem da maternidade de um hospital universitário? Teve como objetivo estudar os problemas de saúde dos trabalhadores de enfermagem e sua associação com o trabalho, a partir de suas percepções. Foi desenvolvido em uma maternidade de um hospital universitário do estado do Rio de Janeiro, com uma amostra constituída por 60 trabalhadores de enfermagem, em 2009. Utilizou-se para coleta de dados um questionário de Boix e Vogel (1997) adaptado por Mauro (2009). Os dados foram analisados através do Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 12.0. Todos os tipos de risco foram discretamente apontados pelos participantes como existentes no campo de estudo com destaque para os riscos de acidente e mecânicos, riscos ergonômicos e as situações de conflito e violência. Os resultados configuram um ambiente de trabalho que necessita de adequações de naturezas diversas, para evitar conseqüências negativas na saúde dos trabalhadores, visando a minimização, controle ou eliminação dos referidos riscos. Em relação aos problemas de saúde evidenciados, os que se destacaram foram a depressão, o estresse, os problemas oculares, a hipertensão, as varizes, os problemas respiratórios e as lombalgias. Recomenda-se à instituição promover a melhoria das condições de trabalho, maior atenção à saúde dos trabalhadores e a efetivação de programas de promoção da saúde.

Palavras-chave: Condições de trabalho. Saúde do trabalhador. Equipe de enfermagem.

## **ABSTRACT**

This work involves Epidemiology and consists in a non-experimental quantitative cross-sectional study based on inferential and descriptive statistics. It derived from the following question: based on the perception of nursing professionals working in a university hospital maternity ward, what is the association between health problems and occupational risks? The aim of this study was to analyze nursing professionals' health problems and their association with work based on their perceptions. This study was carried out in a Rio de Janeiro state university hospital with a sample of 60 nursing professionals in 2009. For data collection a questionnaire by Boix and Vogel (1997) adapted from Mauro (2009) was used. The data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences software (SPSS) version 12.0. All kinds of risk were timidly pointed out by the participating professionals as existing risks in the studied field, but mechanical accident risks, ergonomic risks and conflict and violence situations stood out. The results illustrate an inappropriate work environment which may have a direct impact on professionals' health. Besides, they highlight the need for minimization, control or elimination of the aforementioned risks. Concerning health problems, depression, stress, eye problems, hypertension, varicose veins, breathing problems and back pain were the most cited problems. Recommendations for improvement of working conditions and for the professionals health promotion were elaborated in this study.

Keywords: Work conditions. Occupational health. Nursing team.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Distribuição dos participantes (%) segundo o sexo. Rio de Janeiro, 2009.....	51
Gráfico 2 –	Distribuição dos participantes (%) segundo o setor de trabalho. Rio de Janeiro, 2009.....	54
Gráfico 3 –	Distribuição dos participantes (%) segundo a jornada de trabalho. Rio de Janeiro, 2009.....	54
Gráfico 4 –	Distribuição dos participantes (%) segundo a carga horária trabalhada na instituição. Rio de Janeiro, 2009.....	56
Gráfico 5 –	Distribuição dos participantes (%) segundo o número de vínculos empregatícios. Rio de Janeiro, 2009.....	57
Gráfico 6 –	Distribuição dos participantes (%) segundo a percepção do risco de exposição à radiação . Rio de Janeiro, 2009.....	60
Gráfico 7 –	Distribuição dos participantes (n%) segundo a percepção do risco de contato com substâncias químicas. Rio de Janeiro, 2009.....	61
Gráfico 8 –	Distribuição dos participantes (n%) segundo a percepção do risco de exposição à gases, vapores e aerossóis. Rio de Janeiro, 2009	62
Gráfico 9 –	Distribuição dos participantes (%) segundo a percepção do risco de exposição à riscos biológicos (secreção, etc.). Rio de Janeiro, 2009.....	64

Gráfico 10 – Distribuição dos participantes (%) segundo a percepção do risco de exposição aos vírus da Hepatite B e HIV. Rio de Janeiro, 2009.....	66
Gráfico 11 – Distribuição dos participantes (%) segundo a percepção do risco por contato elétrico. Rio de Janeiro, 2009.....	68
Gráfico 12 – Distribuição dos participantes (%) segundo a percepção do risco de incêndio ou explosão. Rio de Janeiro, 2009.....	68
Gráfico 13 – Distribuição dos participantes (%) segundo a percepção do risco de choques contra objetos móveis e imóveis. Rio de Janeiro, 2009.....	70
Gráfico 14 – Distribuição dos participantes (%) segundo a percepção do risco ocasionado pela falta de equipamentos de proteção individual. Rio de Janeiro, 2009.....	71
Gráfico 15 – Distribuição dos participantes (%) segundo a percepção do risco de lesão por material perfurocortante. Rio de Janeiro, 2009.....	72
Gráfico 16 – Distribuição dos participantes (%) segundo a percepção do risco ocasionado pelo esforço físico que produz fadiga. Rio de Janeiro, 2009.....	74
Gráfico 17 – Distribuição dos participantes (%) segundo a percepção do risco ocasionado de sobrecarga de trabalho. Rio de Janeiro, 2009.....	75
Gráfico 18 – Distribuição dos participantes (%) segundo a percepção do risco ocasionado pela organização insatisfatória do horário. Rio de Janeiro, 2009.....	76

Gráfico 19 – Distribuição dos participantes (%) segundo a percepção do risco ocasionado pela realização de tarefas rotineiras ou monótonas. Rio de Janeiro, 2009.....	77
Gráfico 20 – Distribuição dos participantes (%) segundo a percepção do risco gerado por situação de conflito com chefia ou encarregados. Rio de Janeiro, 2009.....	79
Gráfico 21 – Distribuição dos participantes (%) segundo a percepção do risco gerado por situação de conflito com pacientes. Rio de Janeiro, 2009.....	80
Gráfico 22 – Distribuição dos participantes (%) segundo a percepção do risco gerado por situações de conflito entre trabalhadores. Rio de Janeiro, 2009.....	81
Gráfico 23 – Distribuição dos participantes (%) segundo a percepção do risco gerado pela pouca possibilidade de promoção. Rio de Janeiro, 2009.....	82
Gráfico 24 – Distribuição dos participantes (n) segundo a identificação dos principais problemas de saúde provocados, agravados ou não relacionados com trabalho. Rio de Janeiro, 2009.....	86

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem da maternidade de um HU segundo sexo, faixa etária e estado civil. Rio de Janeiro, 2009.....	51
Tabela 2 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem da maternidade de um HU segundo função, setor de trabalho, tipo de contrato, tipo de jornada, carga horária na instituição, número de vínculos trabalhistas e faixa salarial. Rio de Janeiro, 2009.....	53
Tabela 3 – Distribuição dos riscos físicos do ambiente de trabalho, segundo a população de estudo, por categoria profissional. Rio de Janeiro, 2009.....	59
Tabela 4 – Distribuição dos riscos químicos do ambiente de trabalho, segundo a população de estudo, por categoria profissional. Rio de Janeiro, 2009.....	61
Tabela 5 – Distribuição dos riscos biológicos do ambiente de trabalho, segundo a população de estudo, por categoria profissional. Rio de Janeiro, 2009.....	63
Tabela 6 – Distribuição dos riscos de acidente e mecânicos do ambiente de trabalho, segundo a população de estudo, por categoria profissional. Rio de Janeiro, 2009.....	66
Tabela 7 – Distribuição dos riscos ergonômicos do ambiente de trabalho, segundo a população de estudo, por categoria profissional. Rio de Janeiro, 2009.....	72

Tabela 8 – Distribuição das situações de conflito e violência no ambiente de trabalho, segundo a população de estudo, por categoria profissional. Rio de Janeiro, 2009.....	78
Tabela 9 – Distribuição dos problemas de saúde, segundo os trabalhadores, por categoria profissional. Rio de Janeiro, 2009.....	83

## LISTA DE SIGLAS

CAT –	Comunicação de Acidente de Trabalho
CEP –	Comitê de Ética em Pesquisa
CEREST –	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CIPA –	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CLT –	Consolidação das Leis do Trabalho
CNS –	Conselho Nacional de Saúde
EPI –	Equipamento de Proteção Individual
GEISAT –	Grupo Executivo Interministerial em Saúde do Trabalhador
HU –	Hospital Universitário
INAMPS –	Instituto Nacional de Previdência Social
INGECTH-SUS –	Inovação de Gestão das Condições de Trabalho em Saúde para Hospitais do Sistema Único de Saúde - SUS/Brasil
LOS –	Lei Orgânica da Saúde
MEC –	Ministério da Educação
MPAS –	Ministério da Previdência e Assistência Social
MPS –	Ministério da Previdência Social
MS –	Ministério da Saúde
MTE –	Ministério do Trabalho e Emprego
NOB –	Norma Operacional Básica
NOST –	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
NR –	Norma Regulamentadora
OIT –	Organização Internacional do Trabalho
PCMSO –	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PNSST –	Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador
PSF –	Programa Saúde da Família
RENAST –	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SESMT –	Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
SGTES –	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SIPAT –	Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho
SPSS –	Statistical Package for the Social Sciences

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>1 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	20
1.1 <b>O Trabalho e suas Transformações Históricas</b> .....	20
1.2 <b>A Saúde do Trabalhador</b> .....	24
1.3 <b>Saúde e Trabalho</b> .....	27
1.4 <b>Legislação de Proteção à Saúde do Trabalhador</b> .....	28
1.4.1 <u>Constituição Federal</u> .....	28
1.4.2 <u>As Leis Orgânicas da Saúde</u> .....	30
1.4.3 <u>Portarias Normatizadoras da Saúde do Trabalhador no SUS</u> .....	31
1.4.4 <u>A Consolidação das Leis do Trabalho</u> .....	33
1.4.5 <u>Normas Regulamentadoras</u> .....	34
1.4.6 <u>Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador</u> .....	35
1.5 <b>Meio Ambiente, Condições de Trabalho e Fatores de Risco</b> .....	36
1.6 <b>Trabalho em Hospitais</b> .....	42
<b>2 MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	44
2.1 <b>Tipo de Estudo</b> .....	44
2.2 <b>Campo de Pesquisa</b> .....	45
2.3 <b>População do Estudo e Amostra</b> .....	46
2.4 <b>Instrumento de Coleta de Dados</b> .....	48
2.5 <b>Coleta de Dados</b> .....	49
2.6 <b>Análise de Dados</b> .....	49
2.7 <b>Aspectos Éticos</b> .....	50
<b>3 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	51
<b>4 CONCLUSÃO</b> .....	92
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	97
<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	108
<b>ANEXO A – Autorização dos Autores (instrumento original)</b> .....	109
<b>ANEXO B – Instrumento de Coleta de Dados</b> .....	110
<b>ANEXO C – Autorização da Direção de Enfermagem</b> .....	115
<b>ANEXO D – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa</b> .....	116

## INTRODUÇÃO

Esta pesquisa teve como propósito estudar os problemas de saúde e as condições de trabalho dos profissionais de enfermagem da maternidade de um hospital universitário.

O interesse em desenvolvê-la surgiu a partir dos questionamentos da sua autora, enfermeira especialista em Enfermagem Pediátrica e Neonatal, em relação à saúde dos trabalhadores de enfermagem com os quais atuava em sua prática assistencial hospitalar, no local onde foi realizado o presente estudo.

A observação de situações de agravos ou danos à saúde desses trabalhadores gerou a necessidade de buscar o aprofundamento sobre estas questões.

O conteúdo científico oportunizado pelo curso de mestrado, especificamente na área da saúde do trabalhador permitiu à autora estudar temáticas como condições de trabalho, riscos ocupacionais e problemas de saúde apresentados pela enfermagem, bem como a associação existente entre esses aspectos.

Nesta perspectiva, o conhecimento adquirido estimulou ainda mais o desejo de estudar sobre os problemas de saúde e condições laborais dos trabalhadores dessa área.

A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST) (BRASIL, 2004) coloca que a saúde dos trabalhadores é condicionada por fatores sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais relacionados ao perfil de produção e consumo, além de fatores de risco presentes nos diversos processos de trabalho.

No ambiente hospitalar, o processo de trabalho não se exclui quanto a esta política, uma vez que os trabalhadores que nele atuam, também sofrem influências das condições de trabalho em seu processo saúde-doença.

Hospitais são empresas associadas à prestação de serviços à saúde, visando à assistência, tratamento e cura de pessoas acometidas por doença, mas também são responsáveis pela ocorrência de uma série de riscos à saúde dos que ali trabalham. Muitos possuem uma estrutura de alto nível de complexidade e diversidade de serviços além da presença de variados tipos de riscos ocupacionais. (GURGUEIRA, 2005).

O trabalhador assistencial da área da saúde demonstra preocupação significativa com o cuidado ao paciente, mas pouca em relação aos riscos aos quais está exposto durante a realização de suas atividades. Em geral, seu conhecimento é genérico, fruto da prática cotidiana e não procedente da sua formação ou da existência de um serviço de saúde ocupacional atuante na instituição. Além disso, esse conhecimento não se transforma numa ação segura de prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, revelando a necessidade de uma atuação efetiva para modificar esta circunstância. (GURGUEIRA, 2005).

Entende-se por riscos ocupacionais todas as situações de trabalho que podem romper o equilíbrio físico, mental e social das pessoas e não somente as situações que originam acidentes e enfermidades. Tais riscos podem gerar consequências em curto, médio e longo prazos, provocando uma variedade de danos à saúde que ocasionam doenças, desde as imediatas, denominadas agudas, até as tardias, denominadas crônicas. (BRASIL, 2001a).

Os trabalhadores de enfermagem convivem em um ambiente de trabalho com riscos resultantes de agentes químicos, físicos, biológicos e psíquicos, capazes de causar danos à saúde em função de sua natureza, concentração ou intensidade e tempo de exposição. (SANTOS; OLIVEIRA; MOREIRA, 2006).

Desse modo, os riscos ocupacionais relacionados com o trabalho de enfermagem podem ocasionar o adoecimento e a ocorrência de acidentes de trabalho. Para minimizar ou eliminar esses riscos torna-se necessário que empregadores e trabalhadores tenham conhecimento sobre os fatores de risco no trabalho para poderem realizar o seu controle e, a partir daí, elaborar um Programa de Promoção ou de Proteção à Saúde dos Trabalhadores. (SANTOS et al., 2008).

São múltiplas e variadas as definições existentes para condições de trabalho. Algumas consideram apenas o entorno físico em que se exerce a atividade laboral; outras estendem o conceito de entorno aos aspectos psíquicos; outras ponderam que além desse entorno compõem essas condições as características próprias dos trabalhadores. (SANTIAGO; LÓPEZ, 2000).

Em 1994, o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) homologou a Norma Regulamentadora 17 (NR 17, Ergonomia), que propõe limitar alguns aspectos negativos da organização do trabalho, prejudiciais à saúde dos trabalhadores. A norma visa o estudo das condições laborais com a participação do trabalhador na

identificação dos problemas de saúde relacionados aos aspectos biopsicossociais do trabalho e do meio ambiente. (BRASIL, 2001a).

Tendo em vista as condições precárias de trabalho no setor hospitalar, o Ministério da Saúde (MS), através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, realizou o Seminário Nacional de Desprecarização das Relações de Trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2003. (BRASIL, 2006a).

Em 2004, o Grupo de Trabalho Interministerial (Ministério da Previdência Social (MPS/MS/MTE), pela Portaria nº 153 de 13/02/2004, elaborou a PNSST para analisar e propor ações que garantam o direito e à segurança e a saúde dos trabalhadores. (BRASIL, 2004).

A Norma Regulamentadora 32 (NR 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde) foi aprovada pela Portaria Nº 485 de 11 de Novembro de 2005. Esta norma estabelece as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos estabelecimentos de assistência à saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. (BRASIL, 2005c).

A questão dos problemas de saúde que afetam os profissionais de saúde no ambiente hospitalar está diretamente relacionada aos riscos ocupacionais aos quais estão submetidos cotidianamente, que facilitam a ocorrência de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais.

No caso dos profissionais da equipe de enfermagem, a doença ocupacional relaciona-se aos riscos a que estão submetidos e também às suas condições de trabalho que podem ocasionar acidentes ou resultar em problemas de saúde para seus integrantes. (CORREA; DONATO, 2007).

As condições laborais, quando não apropriadas, podem afetar não só a saúde do trabalhador da enfermagem exposto aos riscos, como também causar acidentes e doenças ocupacionais. (MAURO, 1991).

Condições insatisfatórias de trabalho podem acarretar consequências como o absenteísmo, prejudicando a operacionalização e qualidade assistencial pelo aumento da carga de trabalho dos trabalhadores, quando não for possível a substituição efetiva do profissional ausente. (MAURO; VEIGA, 2008).

Outra perspectiva ainda pouco estudada é o presenteísmo, situação em que mesmo adoecido o trabalhador comparece ao trabalho, recentemente considerada

como causa de insatisfação laboral e também de acidentes de trabalho, quando o profissional adoecido não se manifesta a favor dos direitos de proteção à sua saúde por temer algum tipo de retaliação por parte da organização e dos próprios colegas de equipe. (LARANJEIRA, 2009).

Diante do exposto, definiu-se como problema deste estudo: qual a associação entre problemas de saúde e riscos ocupacionais, a partir da percepção dos trabalhadores de enfermagem da maternidade de um hospital universitário?

O objetivo geral do estudo foi:

Analisar os problemas de saúde dos trabalhadores de enfermagem e sua associação com o trabalho, a partir de suas percepções, na maternidade de um hospital universitário.

Os objetivos específicos da pesquisa foram:

- Identificar as características profissionais dos trabalhadores de enfermagem da maternidade de um hospital universitário;
- Descrever os fatores de risco do ambiente de trabalho percebidos por estes trabalhadores;
- Identificar os problemas pessoais de saúde percebidos pelos trabalhadores e sua relação com o trabalho.

O estudo revela-se importante uma vez que promove o aumento da produção de conhecimento sobre o tema e visa contribuir com estudos posteriores na área de saúde do trabalhador de enfermagem. Por outro lado, propõe a elaboração de medidas embasadas no diagnóstico das condições de trabalho, visando sua melhoria através da satisfação do trabalhador de enfermagem com o seu trabalho.

A importância também decorre do fato de ser uma investigação participativa que promove a reflexão dos profissionais sobre os riscos aos quais se expõem, a partir da tentativa de associação desses riscos com os problemas existentes no seu trabalho, o que facilita a sua proteção e reivindicação de seus direitos com maior fundamentação. Além disso, através dos resultados do estudo, as entidades de classe poderão contar com subsídios mais concretos para justificar a luta por melhores condições laborais.

Assim, a pesquisa poderá colaborar com o trabalhador e com as instituições de saúde na identificação e discussão dos problemas de saúde existentes no local e na proposição de mudanças nos processos de trabalho, contribuindo para a melhoria das condições laborais no seu setor de atividade.

## 1 REVISÃO DE LITERATURA

### 1.1 O Trabalho e suas Transformações Históricas

Antigamente, em diversas civilizações, o trabalho era correlacionado à servidão e à penosidade, pois era realizado por escravos ou classe sociais menos favorecidas. Mais que isto, o desconforto e a fadiga decorrentes de seu exercício eram considerados consequências naturais deste processo. (GUEDES, 2000).

Por outro lado, na perspectiva da organização social de produção, o trabalho já passava a assumir um papel relevante para a sobrevivência humana, uma vez que a fonte de riqueza de uma nação dependia da existência de recursos naturais e do esforço e engenho dos trabalhadores. (BENSOUSSAN et al., 1998).

O trabalho vem sofrendo modificações ao longo da história. Na Idade Média, o modelo produtivo caracterizava-se pelo feudalismo, o qual associava a posse de terra à riqueza e os trabalhadores, os servos, eram explorados e viviam em condições miseráveis. (MENDES, 1980; HUBERMAN, 1986).

Após este período, inicia-se o mercantilismo, que tem o comércio como principal fonte de riqueza (especiarias, negros, metais, etc), modelo produtivo que se estendeu até a Idade Moderna. (MENDES, 1980; HUBERMAN, 1986).

O capital acumulado através dos lucros excessivos advindos pelo mercantilismo representou o alicerce para a Revolução Industrial, iniciada na Inglaterra no século XIX. Este modelo pautou-se na organização de um sistema fabril promovido por avanços na área tecnológica através da invenção de máquinas à vapor, ferramentas de trabalho mais sofisticadas e criação de equipamentos para a indústria. (MENDES, 1980; HUBERMAN, 1986; COSTA, 1996).

A substituição do ferro pelo aço como matéria-prima, a invenção do motor à combustão, os eventos da eletricidade e dos derivados do petróleo caracterizaram uma nova forma de produção entre os anos de 1860 e 1914. (MENDES, 1980; KURCGANT et al., 1991).

Nesta fase, surge o capitalismo financeiro e a substituição da tarefa artesanal pela atividade da máquina. As fábricas substituíram as oficinas e as máquinas, os homens. Este modelo favoreceu o aumento da produção com redução de preços e,

consequentemente, o aumento do consumo. Nas fábricas, iniciava-se a demanda de pessoal qualificado para atender a esta nova modalidade de produção. (MENDES, 1980; HUBERMAN, 1986; KURCGANT et al., 1991).

Além dos donos de capital, surgia uma nova classe social, o proletariado. Esta transformação deu início a uma nova luta de classes: de um lado os proprietários das fábricas e de outro os empregados oprimidos pelas péssimas condições de trabalho. Em 1802 foi criada a primeira legislação trabalhista pelo governo inglês. (MENDES, 1980; KURCGANT et al., 1991; ORNELLAS; MONTEIRO, 2006).

Os trabalhadores eram explorados pelas indústrias, que os submetiam à jornadas de 16 horas de trabalho ininterruptas durante os sete dias da semana. Os baixos salários, as condições laborais e as moradias dos trabalhadores eram desumanos, o que gerou morbimortalidade elevada e redução da produtividade com diminuição do lucro. (MENDES, 1980; HUBERMAN, 1986; SILVA, 2008).

O trabalho pode assumir diversos sentidos: é a aplicação das forças e faculdades humanas para alcançar um determinado fim; é atividade coordenada, de caráter físico e/ou intelectual, necessária à realização de qualquer tarefa, serviço ou empreendimento. (FERREIRA, 1999).

Além disto, pode ser caracterizado como a atividade humana que visa à transformação de um determinado objeto, denominado processo de trabalho que é realizado sob determinadas relações sociais de produção, designado processo de produção. (HARNECKER, 1983).

Tem como finalidade e resultado a transformação do objeto, do meio, ou da situação a ele submetido. Esta transformação ocorre, ao mesmo tempo, na natureza e naquele que trabalha. Só existe trabalho quando a ação e o seu produto são projetados conscientemente por quem trabalha. Essa capacidade é exclusiva aos seres humanos, que são seres sociais. Portanto, ele é inerente à produção da vida humana. (FONSECA, 2007).

O trabalho como ação humana favorece as trocas entre os homens e permite a sua relação com a natureza, possibilitando o desenvolvimento humano, situa o trabalhador numa hierarquia social de valores, que determina prestígio social e remete a diferentes possibilidades de consumo, felicidade, adoecimento e morte. (SAMPAIO et al., 1985).

O trabalho tem papel essencial na inserção das pessoas no mundo, uma vez que contribui para a formação de sua identidade, possibilita a construção da subjetividade e permite que os indivíduos participem da vida social, configurando elementos essenciais à saúde. Contudo, a depender de como o trabalho é organizado e executado, preponderam seus efeitos negativos, dentre eles o adoecimento e a morte. (CODO; SAMPAIO; HITOMI, 1993; DEJOURS, 1986).

O trabalho constitui uma das práticas mais importantes da vida do ser humano, pois através dele o homem extrai os elementos de sua subsistência e de sua família. Contudo, o homem não deve trabalhar apenas pelo salário, mas também para alcançar a satisfação pessoal. (MAURO, 2004).

Além dos significados atribuídos ao trabalho que foram mencionados, torna-se válido ressaltar outras conotações propostas pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) como os conceitos de trabalho decente e trabalho precário uma vez que indicam a relação entre o trabalho e a saúde.

Entende-se por trabalho decente o emprego assalariado e por conta própria, com proteção social, com respeito aos princípios e direitos fundamentais no trabalho, e com diálogo social. Esse conceito reflete uma aspiração universal de mulheres e homens de trabalho produtivo em condições de liberdade, equidade, segurança e dignidade humana. (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2001).

Este tipo de trabalho presume um conjunto de regras que deveriam ser seguidas por qualquer empresa, facilitando o movimento sindical com a possibilidade de monitorar as condições laborais e a qualidade de vida dos trabalhadores com base em parâmetros básicos de comparabilidade. (PAULINO; VILMAR; BALTAR, 2007).

O trabalho decente articula-se em torno das seguintes dimensões: oportunidades de trabalho, trabalho produtivo, liberdade no trabalho, igualdade no trabalho, segurança no trabalho, dignidade no trabalho. Estas, por sua vez baseiam-se nos seguintes componentes: emprego, proteção social, direitos dos trabalhadores e diálogo social. (GHAI, 2006).

Por outro lado, o trabalho precário tem sido frequentemente apontado como um dos processos resultantes do que se convencionou chamar de flexibilização do trabalho ou do emprego e, inicialmente, pode ser definido como uma situação de desproteção social, quando exercido com ausência dos direitos inerentes ao tipo de contrato firmado. (BRASIL, 2005a).

Não obstante, diversos questionamentos surgem ao se tentar definir o trabalho precário. Várias situações oriundas das relações de trabalho pode ser incluída nesta definição, como baixos vencimentos e salários ou inadequadas condições laborais. (BRASIL, 2005a).

O MS assume que a precariedade do trabalho está relacionada com alguma irregularidade, dizendo respeito à situação de desobediência às normas vigentes do direito administrativo e do direito do trabalho. (BRASIL, 2005a).

Existem trabalhadores em todo o mundo, não só nos países em desenvolvimento, mas também nos industrializados, cujo trabalho pode ser classificado como precário, do ponto de vista de seus possíveis efeitos sobre a saúde e o bem-estar. Estes trabalhadores podem ser categorizados em função do tipo de atividade que desempenham e da relação que mantém com seu posto de trabalho e sua empresa como: trabalhadores infantis, subcontratados e outros contratados de modo “atípico”, escravizados e com vínculos abusivos, do setor informal, migrantes, os contratados por produção e os desempregados ou subempregados. (STELLMAN; WARSHAW, 1998).

Nos últimos anos, a noção de trabalho precário ganhou destaque nas discussões sobre gestão do trabalho em saúde e tem sido utilizada, sobretudo, para indicar a ausência dos direitos sociais de trabalhadores do SUS. (BRASIL, 2006a).

O trabalho precário em saúde tem sido identificado como um obstáculo para o desenvolvimento do sistema público de saúde. Essa questão compromete a relação dos trabalhadores com o sistema e prejudica a qualidade e a continuidade dos serviços essenciais prestados pelo SUS. (BRASIL, 2006a).

O crescente processo de precarização do trabalho que ocorre a partir da década de 90, levou a uma conjuntura em que cerca de 600 mil trabalhadores possuíam mais de um vínculo trabalhista, em franca situação de desconforto e de insegurança laboral e social. (BRASIL, 2006a).

O Ministério da Saúde criou por meio da Portaria nº 2430/GM, em 23 de dezembro de 2003, o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, que tem como objetivo a elaboração de políticas e de formulação de diretrizes para desprecarização do trabalho no sistema. (BRASIL, 2006a).

Este comitê constituiu-se em um fórum de discussão, instituído para formular políticas e diretrizes para a desprecarização dos vínculos de trabalho em saúde, sendo coordenado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

(SGTES) e pelo Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, criando assim, o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS), com o intuito de buscar soluções para a precarização dos vínculos de trabalho nas três esferas de governo. (BRASIL, 2006a).

A depender da qualidade do trabalho “decente ou precário”, o trabalhador terá consequências para sua própria vida. O processo saúde-adoecimento do trabalhador é consequência da interação entre condições gerais de vida, processo de trabalho, relações laborais e controle que os próprios profissionais colocam em atuação e que interferem em suas condições de vida e trabalho. (PICALUGA, 1983).

Assim, torna-se possível integrar as concepções de Trabalho com as de Psicologia, Economia, Sociologia e, sobretudo, com a concepção de Saúde que é definida como um estado dinâmico, em que o indivíduo adapta-se a mudanças dos meios externo e interno a fim de manter um estado de bem-estar. (POTTER; PERRY, 2002).

## 1.2 A Saúde do Trabalhador

O trabalho surgiu junto com o primeiro ser humano. Porém, a relação entre as atividades laborativas e a doença pareciam ignoradas até cerca de 250 anos atrás. (HAAG et al., 1997).

O advento da revolução industrial acarretou intensas transformações nos modelos de produção e, por conseguinte, condições insalubres aos trabalhadores, o que trouxe ainda certa sensibilização no que se refere à relação entre saúde e doença no trabalho. (MENDES; DIAS, 1991; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

O reconhecimento da relação entre doença e trabalho remonta à antiguidade. Esta associação está presente em alguns papiros egípcios e foi objeto de reflexão de importantes pensadores da Grécia Antiga. (WAISSMANN; CASTRO, 1996).

Somente em torno de 1700, o médico Ramazzini introduziu na sua avaliação a informação relativa à ocupação do indivíduo, significando assim a primeira tentativa, descrita na literatura, de “sistematização médica da etiologia ocupacional das doenças”. (WAISSMANN; CASTRO, 1996).

O modelo de saúde do trabalhador sofreu modificações desde o seu surgimento quando ainda era intitulado Higiene Industrial, a qual se preocupava apenas com questões ambientais. (JOHNSTONE, 1955).

Na tentativa de solucionar a baixa produtividade dos trabalhadores, devido à elevada morbimortalidade gerada pelas péssimas condições de trabalho, surgiu a Medicina do Trabalho. (MENDES; DIAS, 1991).

Este modelo caracterizava-se por atender prioritariamente aos interesses do empresário. Sua direção competia aos médicos contratados que fossem de confiança do empresário contratante e que tinham a responsabilidade pelos problemas de saúde dos trabalhadores da empresa. (MENDES; DIAS, 1991).

A Medicina do Trabalhador torna-se insuficiente para intervir sobre os problemas causados pelos novos processos de trabalho gerados pela evolução tecnológica industrial. Surgia então, um novo modelo de atenção à saúde do trabalhador denominado Saúde Ocupacional. (MENDES; DIAS, 1991; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

A Saúde Ocupacional trouxe em seu bojo conceitos como multi e interdisciplinaridade, desqualificando o enfoque exclusivamente médico, priorizando a racionalidade científica da atuação multiprofissional e a estratégia de intervenção nos locais de trabalho com vistas ao controle dos riscos ambientais. Além disto, apresenta uma concepção multicausal da doença como determinante social do processo saúde-doença com centralidade no trabalho. (MENDES; DIAS, 1991; ROGERS, 1997; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

A Saúde Ocupacional também não conseguiu atender suficientemente às demandas propostas pelo próprio modelo, pois mantinha a medicina do trabalho firmada no mecanicismo como referencial. Além disto, não concretizou a questão da interdisciplinaridade, a qual foi dificultada pelas lutas corporativistas e não acompanhava as transformações nos processos de trabalho. (MENDES; DIAS, 1991; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Esta proposta não satisfaz os estudiosos da Saúde do Trabalhador porque se vinculava apenas aos trabalhadores ocupados em atividade e não abrangia à totalidade da força de trabalho. (MENDES; DIAS, 1991; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Hoje, o conceito vigente é voltado para a política e atenção à Saúde do Trabalhador no seu contexto biopsicossocial universal, não excluindo os que estão fora do mercado (trabalhadores informais) e os já aposentados.

Assim, uma das características que diferencia a Saúde do Trabalhador da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional é a participação do trabalhador como sujeito ativo do processo saúde-doença, deixando-o de ser mero objeto da atenção à saúde, tal como proposto nos modelos anteriores. Além disto, apresenta a construção de um saber e de uma prática interdisciplinar que se diferenciam de uma ação centrada no saber médico. (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997; NARDIR, 2002).

Historicamente, no Brasil, os ambientes de trabalho e a saúde do trabalhador competiam exclusivamente ao direito do trabalho consolidado, cujas normas de segurança e medicina do trabalho foram reunidas na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em 1943, fiscalizadas pela União, através do MTE. (BRASIL, 2001b).

A atenção à saúde dos trabalhadores foi normatizada e prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS), do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e, mais tarde, transferida e incorporada ao SUS, através do Decreto Federal nº 99.060 de 1990. (BRASIL, 2001b).

O SUS incorporou o conceito de saúde do trabalhador, definindo-o como:

um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho [...]. (BRASIL, 1990, p. 3).

Dentre as principais dificuldades para o estabelecimento da relação entre trabalho e doença, destacam-se a ausência ou imprecisão na identificação de fatores de risco e do seu potencial bem como o conhecimento insuficiente quanto aos efeitos dos fatores de risco na saúde do trabalhador. (BRASIL, 2001b).

O principal objetivo da saúde do trabalhador consiste em identificar e eliminar os fatores relacionados com o trabalho que prejudicam a saúde dos trabalhadores e, ao mesmo tempo, potencializar os fatores benéficos à sua saúde e ao seu bem-estar. (GARCÍA; BENAVIDES; RUIZ-FRUTOS, 2004).

O MS dispõe de uma listagem de doenças relacionadas ao trabalho, destinada ao uso clínico e epidemiológico, permitindo o desencadeamento de ações

dirigidas à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, reforçando a necessidade da prevenção dos agravos nos processos e ambientes de trabalho e, ainda, possibilitando a identificação de doenças. (BRASIL, 2005b).

### 1.3 Saúde e Trabalho

O trabalho não reflete apenas a produção de um serviço e o recebimento de um salário. Também não representa somente um fator de doença. Deve ser fonte de satisfação psíquica, realização pessoal e *status* social, além de representar um componente da personalidade e fator de segurança do indivíduo. (MAURO; PAZ; MAURO, 1996; MIELNIK, 1976).

Desta maneira, não deve ser considerado como mero instrumento de subsistência, mas um meio de satisfação em vários níveis, necessidades não excludentes, que orientem a capacidade para o trabalho e para a saúde e também o comportamento, as atitudes, o estilo e a vida das pessoas. (PARAGUAY, 2003).

A qualidade de vida e a saúde humana são construídas a partir das relações do homem com ele mesmo e com o ambiente. A saúde é condição *sine qua non* (grifo do autor) para o desempenho e a produtividade ótimos. (PIRES DO RIO; PIRES, 2001).

O trabalho é fundamental para a construção e desconstrução da saúde. Ele torna-se nocivo quando a sua organização constrange o trabalhador e reduz suas possibilidades de construção da saúde, que é dependente das possibilidades que ele tem para evitar riscos, atenuá-los ou eliminá-los durante a realização de suas tarefas. (MENDES, 2003).

O trabalho cotidiano reflete na saúde do trabalhador e influencia, portanto, a sua saúde. Existe uma interação permanente entre o homem e o seu ambiente de trabalho material, psicológico e social, a qual pode influenciar positiva ou negativamente na saúde deste indivíduo tendo em vista que o bem-estar físico e mental do trabalhador interfere em sua produtividade. (MARIN, 2000).

O MS reconhece o papel do trabalho na determinação e evolução do processo saúde-doença dos trabalhadores com implicações éticas, técnicas e legais,

as quais refletir-se-ão no processo de organização e provimento de ações de saúde para os trabalhadores e na rede de serviços de saúde. (BRASIL, 2001b).

Os determinantes da saúde do trabalhador incluem os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais responsáveis pelas condições de vida e os fatores de risco que estão presentes nos processos de trabalhos. Por esta razão, as ações de saúde do trabalhador são focadas em mudanças que contemplam as relações entre saúde e trabalho em toda a sua complexidade. (BRASIL, 2001b).

As transformações ocorridas no mundo do trabalho durante as últimas décadas têm repercutido na saúde dos trabalhadores, individual e coletivamente. A intensificação do trabalho é típica da atual fase do capitalismo. A insegurança gerada pelo medo do desemprego torna as pessoas submissas aos regimes e contratos de trabalho precários, baixos salários e até ao risco de morte em ambientes insalubres, de alto risco. (ELIAS; NAVARRO, 2006).

A relação entre estresse, trabalho e desemprego associados à globalização econômica tem merecido atenção especial de autoridades e instituições internacionais. (AZAMBUJA; MENDES, 2003).

A saúde e a doença não são fenômenos isolados, pois estão profundamente vinculadas ao contexto sócio-econômico-cultural. (SILVA, 2000).

Nesta perspectiva, os trabalhadores compartilham os perfis de adoecimento e morte da população em geral, em função da sua idade, do gênero ou do grupo social, mas também podem adoecer ou morrer por causas relacionadas ao trabalho, como consequência da profissão ou pelas condições em que seu trabalho é ou foi realizado. (BRASIL, 2001b).

## **1.4 Legislação de Proteção à Saúde do Trabalhador**

### **1.4.1 Constituição Federal**

A partir da Constituição Federal de 1988, a Saúde do Trabalhador adquire uma nova definição e um novo delineamento institucional, pela instituição do SUS e sua incorporação como área de competência própria da saúde. Esta nova

configuração resultou de um processo constituinte marcado pela participação dos movimentos social e sindical em que estados e municípios atualizassem seus estatutos jurídicos de forma a acompanhar essas modificações e reforçar suas práticas no campo da Saúde, em especial da Saúde do Trabalhador.

A Constituição Federal de 1988 é a norma jurídica de eficácia máxima, não podendo seus princípios serem contrariados ou diminuídos por nenhum outro diploma que a suceder na hierarquia legal, ou seja, na graduação de positividade jurídica. É também a regra de maior legitimidade, dado o processo constituinte estabelecido para sua definição e aprovação, que contou com a maior participação popular jamais vista na história do Brasil.

É de fundamental importância para a saúde, dado seu conteúdo eminentemente humanista, sendo a primeira constituição brasileira a referir-se “explicitamente à saúde como integrante do interesse público fundante do pacto social”, ao declarar, em seu artigo 196, que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado”, direito esse a ser “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (Título VIII - Da Ordem Social, Capítulo II - Da Seguridade Social, Seção II - Da Saúde). (BRASIL, 1988).

Para diversos autores, a Constituição é esclarecedora, pois quando prevê como objeto de ação a saúde do trabalhador e o ambiente do trabalho o faz expressamente no capítulo do direito à saúde:

Art. 200 - Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: ... II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;... VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Portanto, estabelece que saúde do trabalhador e ambiente do trabalho está efetivamente no campo da saúde.

Esclarece, inclusive, que ações e serviços de saúde são de relevância pública (artigo 197), com ações conjuntas dos três entes federados num sistema único, tendo por diretrizes a descentralização política e o atendimento integral, priorizando a ação preventiva (artigo 198). Desta forma, demonstra que a competência no campo da saúde, nele incluídos a saúde do trabalhador e o ambiente do trabalho, é comum a todas as esferas do governo e não exclusiva da União. (BRASIL, 2001).

#### 1.4.2 As Leis Orgânicas da Saúde

A partir da afirmação do Estado Democrático de Direito, foram elaboradas as leis que “regulam, fiscalizam e controlam as ações e os serviços de saúde”, conforme ao mandamento constitucional. São elas as leis federais nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Assim, o artigo 4º do SUS o define legalmente como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

A Lei Orgânica da Saúde (LOS) é, portanto, o conjunto dessas duas leis editadas para dar cumprimento ao novo mandamento constitucional de disciplinar legalmente a proteção e a defesa da saúde, prevista como tarefa de competência concorrente.

Conforme já definido na Constituição Federal de 1988, a Lei Federal nº 8.080 insere a Saúde do Trabalhador como campo de atuação do SUS e estabelece o que se entende por vigilância sanitária, por vigilância epidemiológica e por saúde do trabalhador. Reitera os princípios e diretrizes do SUS já apontados na Constituição, definindo as competências comuns e complementares dos três âmbitos, municipal, estadual e federal, especificando em cada um deles o campo da saúde do trabalhador.

No capítulo da Organização, da Direção e da Gestão, em seu artigo 13, faz referência explícita à criação, entre outras, de Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST), como forma de articular políticas e programas de interesse para a saúde cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS.

A Norma Operacional Básica (NOB-SUS) 01/96, aprovada pela Portaria MS nº 2.203, de 5 de novembro de 1996, instaurou novas bases de relação entre União, estados e municípios no processo de municipalização das ações de saúde, especialmente daquelas relativas ao financiamento das ações. Mesmo que tenha remetido a área de saúde do trabalhador para normatização posterior, o que passa a ser feito a partir da aprovação da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST) em outubro de 1998, o conhecimento e acompanhamento das demais

resoluções e portarias decorrentes da NOB-SUS 01/96 são de fundamental importância também para esta área. (BRASIL, 1996a; BRASIL, 1998a).

A NOB-SUS 01/96 define como um dos três grandes campos de atenção à saúde do SUS “o das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normatizações, as fiscalizações e outros)”. (BRASIL, 1996a).

#### 1.4.3 Portarias Normatizadoras da Saúde do Trabalhador no SUS

Além das legislações já citadas, existem portarias que tratam especificamente da área de saúde do trabalhador, aprovadas pelo Ministério da Saúde. Seguem as principais:

a) NOST-SUS:

Aprovada pela Portaria MS nº 3.908, de 30 de outubro de 1998, estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no SUS, definindo o elenco mínimo de ações a serem desenvolvidas pelos municípios, estados e Distrito Federal, habilitados nas condições de gestão previstas na NOB-SUS 01/96. (BRASIL, 1998a).

Esta norma, proposta por Grupo de Trabalho em 1994, tramitou no Conselho Nacional de Saúde (CNS) por cerca de três anos, passando por um processo de discussão e negociação que envolveu diversos segmentos e representações sociais, tendo sua redação final aperfeiçoada pela CIST. Sua aprovação é de fundamental importância para a área porque faz referência aos mecanismos de financiamento das ações de saúde do trabalhador, detalhando e complementando a NOB-SUS 01/96. Define mecanismos para a organização de unidades especializadas de referência em saúde do trabalhador, o estímulo à implementação de unidades no município e o registro da totalidade dos casos atendidos de acidentes de trabalho e agravos decorrentes do processo de trabalho. (BRASIL, 1998a).

b) Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS:

Aprovada pela Portaria MS nº 3.120, de 1.º de julho de 1998, é de fundamental importância porque conceitua a Vigilância em Saúde do Trabalhador como um conjunto de práticas sanitárias, articuladas supra-setorialmente, cuja especificidade centra-se na relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho, engloba estratégias de produção de conhecimento e de mecanismos de intervenção sobre os processos de produção e implica necessariamente a superação das práticas atuais em direção à transformação do modelo assistencial. (BRASIL, 1998b).

Para tal, propõe a leitura dos princípios gerais do SUS já definidos na Constituição Federal de 1988 à luz da incorporação do conjunto dos trabalhadores nas práticas assistenciais, da ausculta do saber operário à produção de conhecimento e de práticas transformadoras, traduzindo a universalidade, a integralidade das ações, a hierarquização, a descentralização, a pluri-institucionalidade e o controle social, para o contexto das relações sociais, políticas e econômicas, da vida social, dinâmica e complexa, trazendo a exigência do planejamento segundo prioridades locais e a avaliação sistemática das ações, de seus impactos e resultados. (BRASIL, 1998b).

Outras duas recomendações aos estados e municípios, que constam da Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, merecem destaque: a revisão dos Códigos de Saúde, de forma a contemplar as ações de saúde dos trabalhadores e a instituição de Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador, subordinada aos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde, com objetivo de assessorá-los na definição de políticas, no estabelecimento de prioridades e no acompanhamento e avaliação das ações de saúde do trabalhador. (BRASIL, 1998b).

c) Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS (RENAST):

Aprovada pela Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002, que dispõe sobre sua estruturação. Seu principal objetivo é estimular a criação de centros coordenadores de Saúde do Trabalhador nos estados e regiões, de forma articulada entre o MS, as secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios e balizada pelas diretrizes da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS) 01/2002. (BRASIL, 2002).

A estruturação da RENAST implica em ações na rede de Atenção Básica, no Programa Saúde da Família (PSF), na rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e em ações na rede assistencial de média e alta complexidade do SUS. (BRASIL, 2002).

#### 1.4.4 A Consolidação das Leis do Trabalho

Sancionada pelo então presidente Getúlio Vargas, através do Decreto-Lei nº 5.452, de 01 de maio de 1943, a CLT unificou toda legislação trabalhista existente no Brasil. A CLT é o resultado de 13 anos de trabalho (do início do Estado Novo até 1943), de destacados juristas que se empenharam em criar uma legislação trabalhista que atendesse à necessidade de proteção do trabalhador, dentro de um contexto de "estado regulamentador". (BRASIL, 1943).

Antes deste período, existiam várias leis de natureza trabalhista, mas não sistematizadas. A CLT sistematizou toda essa legislação esparsa. Seu principal objetivo é a regulamentação das relações individuais e coletivas do trabalho, nela previstas.

A CLT regulamenta as relações trabalhistas, tanto do trabalho urbano quanto do rural, disciplinando a relação entre empregado e empregador, mediante o Contrato Individual de Trabalho (acordo tácito ou expreso, correspondente à relação de emprego, artigo 442 da CLT). (BRASIL, 1943).

Ao longo do tempo, a CLT sofreu alterações em seu conteúdo, como é o caso do Título II do Capítulo V (Segurança e Medicina do Trabalho), que possui redação contemplada na Lei Federal nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977, parte de maior interesse dos profissionais e estudiosos da área da saúde do trabalhador. (BRASIL, 1977).

### 1.4.5 Normas Regulamentadoras

As NR estabelecidas pelo MTE (BRASIL, 2001a) regulamentam e fornecem orientações sobre procedimentos obrigatórios relacionados à medicina e segurança no trabalho no Brasil. Estão contempladas na CLT e são de observância obrigatória por todas as empresas que empregam trabalhadores mediante assinatura da carteira de trabalho. As NR de interesse aos trabalhadores da área da saúde estão sintetizadas no quadro abaixo:

NR-1: Disposições Gerais	Estabelece o campo de aplicação de todas as NR de Segurança e Medicina do Trabalho do Trabalho Urbano, assim como os direitos e obrigações do governo, dos empregadores e dos trabalhadores no tocante a este tema. A fundamentação legal, ordinária e específica, que dá embasamento jurídico à existência desta NR são os artigos 154 a 159 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).
NR-4: Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT)	Dispõe sobre a obrigatoriedade de manutenção de SESMT a todas as empresas públicas ou privadas, que possuam empregados regidos pela CLT, a fim de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho.
NR-5: Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)	Estabelece que as empresas privadas, públicas e órgãos governamentais que possuam empregados regidos pela CLT ficam obrigados a organizar e manter em funcionamento uma CIPA. Tem como principais atribuições a elaboração do Mapa de Riscos e a promoção anual, em conjunto com o SESMT, onde houver, da Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho (SIPAT).
NR-6: Equipamento de Proteção Individual (EPI)	Esta norma estabelece e define os tipos de EPI a que as empresas estão obrigadas a fornecer aos seus empregados, sempre que as condições de trabalho os exigirem. Estabelece ainda, as obrigações do empregador, do empregado e do fabricante nacional ou importador.
NR-7: Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO)	Dispõe sobre a obrigatoriedade de submissão do trabalhador aos exames admissional e periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional, os quais abrangem anamnese ocupacional, exame físico e mental e exames complementares de acordo com a necessidade. Para os casos de ocorrência ou agravamento de doença ocupacional, confirmada através de exames médicos ou ainda para os casos de alterações no organismo do profissional mesmo sem que seja estabelecida sintomatologia específica, regulamenta a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), a qual deverá ser orientada para fins de afastamento do profissional do risco ou do trabalho e no que se refere aos procedimentos junto à Previdência Social.
NR-9: Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA)	Estabelece a obrigatoriedade da elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do PPRA, visando a preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores, através da antecipação, reconhecimento, avaliação e consequente controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, tendo em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais.

Quadro 1 – Normas Regulamentadoras relacionadas aos trabalhadores da área da saúde. (continua).

(NR-15: Atividades e Operações Insalubres)	Estabelece os procedimentos obrigatórios, nas atividades ou operações insalubres que são executadas acima dos limites de tolerância previstos na legislação, comprovadas através de laudo de inspeção do local de trabalho. Tal norma aborda agentes agressivos como ruído, calor, pressões, frio, umidade, dentre outros.
NR-16: Atividades e Operações Perigosas	Regulamenta as atividades e as operações legalmente consideradas perigosas, estipulando as recomendações preventivistas correspondentes.
NR-17: Ergonomia	Estabelece parâmetros que permitem a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores. Visa proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente, incluindo os aspectos relacionados ao levantamento, transporte e descarga de materiais, ao mobiliário, aos equipamentos e às condições ambientais do posto de trabalho e à própria organização do trabalho.
NR-32: Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde	Estabelece diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. Aponta as responsabilidades do empregador e os direitos do trabalhador com relação à segurança e saúde. Norteia e facilita as ações de controle, ajustes e monitoramento por parte dos gestores dos estabelecimentos de saúde, apontando os caminhos para se obter um trabalho harmônico, centrado na segurança e nos cuidados com seus trabalhadores.

Quadro 1 – Normas Regulamentadoras relacionadas aos trabalhadores da área da saúde. (conclusão).

#### 1.4.6 Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador

A proposta de construção de uma PNSST surgiu da necessidade de garantir que o trabalho, base da organização social e direito humano fundamental, seja realizado em condições que contribuam para a melhoria da qualidade de vida, a realização pessoal e social dos trabalhadores o que inclui a garantia de sua saúde e integridade física e mental. (BRASIL, 2004).

Considerando os preceitos constitucionais do direito à saúde, à previdência social e ao trabalho e a necessidade de se estruturar a articulação intragovernamental em relação às questões de segurança e saúde do trabalhador, foi constituído o Grupo de Trabalho Interministerial (GEISAT - MPS/MS/MTE), com as seguintes atribuições:

- Reavaliar o papel, a composição e a duração do GEISAT;
- Analisar medidas e propor ações integradas e sinérgicas que contribuam para aprimorar as ações voltadas para a segurança e saúde do trabalhador;

- Elaborar proposta de PNSST, observando as interfaces existentes e ações comuns entre os diversos setores do governo;
- Analisar e propor ações de caráter intersetorial referentes ao exercício da garantia do direito à segurança e à saúde do trabalhador, assim como ações específicas da área que necessitem de implementação imediata pelos respectivos Ministérios, individual ou conjuntamente; e
- Compartilhar os sistemas de informações referentes à segurança e saúde dos trabalhadores existentes em cada Ministério.

A PNSST define as diretrizes, responsabilidades institucionais e os mecanismos de financiamento, gestão, acompanhamento e controle social, que deverão orientar os planos de trabalho e ações intra e intersetoriais. (BRASIL, 2004).

Além disso, está diretamente relacionada com as políticas dos setores de Trabalho, Previdência Social, Meio Ambiente e Saúde e apresenta interfaces com as políticas econômicas, de indústria e comércio, agricultura, ciência e tecnologia, educação e justiça, em uma perspectiva intersetorial e de transversalidade. (BRASIL, 2004).

A gestão da PNSST compete ao GEISAT, integrado, minimamente, por representantes do MTE, MS e MPS. Além disto, o GEISAT é responsável pela elaboração do Plano de Ação de Segurança e Saúde do Trabalhador, bem como pela coordenação da implementação de suas ações. (BRASIL, 2004).

### **1.5 Meio ambiente, Condições de trabalho e Fatores de Risco**

O ambiente de trabalho pode ser entendido como o conjunto das condições de produção em que a força de trabalho e o capital se transformam em mercadorias e lucro e o conjunto de todas as condições de vida no trabalho. (ODDONE et al., 1986).

O termo é abrangente uma vez que se refere ao ambiente de trabalho em senso estrito (características do local), além dos elementos conexos à atividade em si (ritmo de trabalho, horário de trabalho, etc). (ODDONE et al., 1986).

O meio ambiente de trabalho refere-se a tudo o que está relacionado às condições físicas, químicas, biológicas e ambientais e que pode produzir fatores condicionantes sobre as atividades dos trabalhadores. Desta maneira, quando se fala em condições de trabalho, além das condições físicas (calor, ruído, postura, iluminação, etc), deve-se considerar também as condições sociais do trabalho, a vida social, o salário e as perspectivas do trabalhador. (MONTMOLLIN, 1981; SANTOS; FIALHO, 1995).

As condições de trabalho são múltiplas e variados são os elementos determinantes da situação em que vive o trabalhador no local de trabalho, obrigado pelo seu contrato de trabalho (SANTIAGO; LÓPEZ, 2000). Nesta perspectiva, são consideradas como influências do ambiente de trabalho que circunscrevem as ações do trabalhador, como fator de risco para a sua saúde e segurança. (MURTA, 2008).

Em geral, o contrato de trabalho define, parcialmente, as condições de trabalho, incluindo a carga horária, a jornada, as atividades, a remuneração e outros aspectos. No entanto, existem aspectos não explícitos neste contrato como as tensões, as cobranças e o clima organizacional que o trabalhador descobrirá no cotidiano de seu trabalho. (SANTIAGO; LÓPEZ, 2000).

Diferentes aspectos interferem no meio laboral como as jornadas, a organização e o conhecimento do trabalho, as formas de remuneração, a higiene e segurança no trabalho, a ergonomia, os serviços sociais para o trabalhador, os sistemas de relação no trabalho, os aspectos individuais dos trabalhadores, as circunstâncias econômicas, políticas e sociais do país, a situação prática e jurídica do trabalhador como empregado e suas condições de vida. (MARIN, 2000).

As condições de trabalho são compostas por condições gerais (processo de trabalho, organização, materiais de trabalho), condições específicas da atividade (compreendem as atividades e a situação do trabalho) e os postos de trabalho (ambiente). (JÓDAR; BENACH, 2004).

Para se discutir condições e ambiente de trabalho, é necessário um enfoque global, uma vez que o trabalhador não é um mero executor de tarefas e mesmo durante o trabalho, no indivíduo estão presentes os seus problemas individuais (história familiar e social, situação econômica individual, etc). Isto ocorre porque o trabalho interfere na vida do trabalhador assim como este interfere em seu ambiente de trabalho, positiva ou negativamente. Trata-se de uma relação bidirecional e dialética. (MARIN, 2000).

Existe uma estreita relação entre condições sociais de vida e de trabalho. Em geral, os trabalhadores de classes sociais com melhor poder aquisitivo e com maior nível educativo possuem também trabalhos mais qualificados com condições de trabalho mais benéficas à sua saúde. (JÓDAR; BENACH, 2004).

O meio ambiente de trabalho e a vida do trabalhador é influenciada por diversos aspectos como responsabilidade exagerada inerente ao cargo, organização do trabalho, despersonalização das relações entre trabalhador e patrão, apreensão ante a possibilidade de demissão ou aproximação da aposentadoria (pela perda do status), dentre outros, os quais podem provocar sensação de fadiga e aborrecimento. (MAURO, PAZ; MAURO, 1996).

As más condições de trabalho podem produzir danos às pessoas, à máquina e ao produto. Dentre os danos à saúde do trabalhador, destacam-se os acidentes de trabalho, as enfermidades, o estresse laboral, a fadiga, a insatisfação no trabalho e o envelhecimento precoce. Estes danos irão refletir diretamente no trabalho, seja no desenvolvimento de suas atividades, seja no produto de seu trabalho, considerando que o trabalhador não é neutro e suas características individuais interferem no coletivo de seu trabalho. (MARIN, 2000).

Os contextos social, político e econômico também interferem na organização e na regulação das relações de trabalho e, em consequência, nas políticas de recursos humanos das organizações, fazendo com que seus gestores, visando equacionar seus problemas financeiros, optem pela redução do quantitativo de trabalhadores ou pela adoção de medidas de flexibilização das relações de trabalho. (FREITAS; FUGULIN; FERNANDES, 2006).

O sofrimento dos trabalhadores pode se expressar ou pela insatisfação ou pela ansiedade. A satisfação e a insatisfação estão vinculadas à condições de trabalho (ambiente e condições de higiene e segurança) e à organização (divisão do trabalho e das tarefas, relações de poder, questões envolvendo responsabilidade, relacionamento interpessoal). (DEJOURS, 1992).

Ao se tratar das condições de trabalho não se pode deixar de considerar os riscos ocupacionais.

Bulhões (1998) coloca que o risco ocupacional pode, no ambiente de trabalho, ser ou estar:

- Oculto: pela falta de conhecimento ou de informação do trabalhador, que sequer suspeita de sua existência;

- Latente: ocorre quando o risco só se manifesta e causa danos em situações de emergência ou condições de estresse. O trabalhador sabe que corre riscos, mas as condições de trabalho o forçam a isso. Este fato é bastante comum no cotidiano da enfermagem;
- Real: quando é conhecido por todos, mas sem controle, por inexistência de solução para tal, ou pelos altos custos exigidos, ou ainda por falta de vontade política.

A noção de risco tem a ver com a possibilidade de perda ou dano, ou como sinônimo de perigo. A palavra risco é utilizada em muitas áreas e com vários significados, como a matemática, a economia, a engenharia e o campo da saúde pública. (PORTO, 2000).

O risco ocupacional é entendido como a probabilidade do trabalhador perder a saúde devido às condições em que se desenvolve o trabalho. Geralmente, é consequência da exposição dos trabalhadores aos fatores nocivos, presentes no ambiente de trabalho. (MARIN, 2000).

Os riscos ocupacionais têm origem nas atividades insalubres e perigosas, nas quais a natureza, condições ou métodos de trabalho, assim como os mecanismos de controle podem provocar efeitos adversos para a saúde do trabalhador. (MAURO, 2004).

As NR do MTE classificam os riscos ocupacionais em dois grandes grupos: riscos ambientais (que incluem os riscos físicos, químicos, biológicos e de acidentes) e riscos ergonômicos (que abrangem os riscos organizacionais e psicossociais). (ATLAS, 2000).

Embora existam diversas categorizações disponíveis na literatura, para o presente trabalho, foi considerada a classificação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001b) em relação aos fatores de risco para a saúde e segurança dos trabalhadores, relacionados com o trabalho, os quais são disponibilizados em cinco grupos, a saber:

Físicos: ruído, vibração, radiação ionizante e não-ionizante, temperaturas extremas (frio e calor), pressão atmosférica anormal, dentre outros;  
Químicos: agentes e substâncias químicas, sob a forma líquida, gasosa ou de partículas e poeiras minerais e vegetais, comuns nos processos de trabalho [...];  
Biológicos: vírus, bactérias, parasitas, [...];  
Ergonômicos e psicossociais: decorrem da organização e gestão do trabalho, como, por exemplo, da utilização de equipamentos, máquinas e mobiliário inadequados, levando a posturas e posições incorretas; locais adaptados com más condições de iluminação, ventilação e de conforto para os trabalhadores; trabalho em turnos e noturnos; monotonia ou ritmo de trabalho excessivo, exigências de produtividade,

relações de trabalho autoritárias, falhas no treinamento e supervisão dos trabalhadores, entre outros;  
Mecânicos e de acidentes: ligados à proteção das máquinas, arranjo físico, ordem e limpeza do ambiente de trabalho, sinalização, rotulagem de produtos e outros que podem levar a acidentes de trabalho.

Os agentes físicos incluem as diversas formas de energia a que os trabalhadores possam estar expostos como ruído, vibrações, pressões anormais, radiações ionizantes e não-ionizantes. (ATLAS, 2000).

Os agentes químicos são substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar no organismo pela via respiratória como, por exemplo, gases e poeiras ou que, pela natureza da atividade de exposição possam ter contato ou ser absorvido pelo organismo através da pele ou ingestão. (ATLAS, 2000).

Os agentes biológicos incluem as bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários, vírus e outros. (ATLAS, 2000).

Os agentes de acidentes ou mecânicos abrangem a todos os que se originam de atividades mecânicas, que envolvem máquinas, equipamentos, responsáveis pelo surgimento de lesões nos trabalhadores em função do trabalho. (PIZA, 1997).

Os agentes ergonômicos consideram a elevada carga de trabalho, além de fatores relacionados à estrutura, organização e caracterização do meio ambiente. (ATLAS, 2000). Estes riscos pressupõem a não adaptação do trabalho ao homem.

Outros riscos presentes no ambiente de trabalho são os psicossociais, os quais podem ser entendidos como os agentes ou fatores de risco presentes no ambiente de trabalho, que podem alterar a situação de bem estar dos trabalhadores, ocasionando-lhes danos à saúde. (CARAN, 2007).

Os riscos psicossociais relacionam-se aos aspectos de planejamento, organização e gerenciamento do trabalho e ao seu contexto ambiental e social, os quais apresentam potencial para causar prejuízo físico, social e psicológico podendo provocar estresse. (CAMELO, 2006).

O ambiente de trabalho tem sido causa de morte, doença e incapacidade para um número incalculável de profissionais ao longo da história. O progresso científico permite poupar lutos e sofrimentos através de estudos relacionados à previsão de riscos e efeitos dos ambientes de trabalho sobre o homem. Mas torna-se necessário que as descobertas científicas sejam socializadas com os trabalhadores de forma eficaz. (ODDONE et al., 1986).

As condições do meio ambiente de trabalho são determinantes da saúde dos trabalhadores, dentre as quais se destacam: horas ininterruptas de trabalho por longos períodos de tempo, posturas incorretas, monotonia relacionada aos trabalhos simples e rotineiros, meio físico inadequado e trabalho noturno. (MAURO, 1990).

Algumas condições de trabalho que não causam morte ou necessidade de interromper o trabalho podem alterar o equilíbrio da saúde, acrescentar a vulnerabilidade do profissional, agravar estados patológicos existentes ou desencadear doenças em pessoas predispostas. Em geral, estas condições não são reportadas nem quantificadas, razão pela qual não se define muito bem o quanto prejudicial poderá ser o trabalho, o aumento do absenteísmo e a redução dos anos de vida dos trabalhadores (DURÃO, 1998). Estes fatores são considerados condições de penosidade, comuns na área de prestação de serviços.

Outro aspecto compreendido nas condições de trabalho e que deve ser ressaltado é a relação entre higiene e segurança no trabalho.

A higiene do trabalho abarca o conjunto de normas e procedimentos que tem em vista a proteção da integridade física e mental do trabalhador, preservando-o dos riscos de saúde inerentes às tarefas do cargo e ao ambiente físico onde são executadas. (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

O termo segurança do trabalho compreende o conjunto de medidas técnicas, administrativas, educacionais, médicas e psicológicas utilizadas no intuito de prevenir acidentes, seja pela eliminação de condições inseguras do ambiente, seja pela instrução ou pelo convencimento das pessoas para a implementação de práticas preventivas. (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

A saúde e segurança dos empregados constituem uma das principais bases para a preservação da força de trabalho adequada. Portanto, a relação entre higiene e segurança do trabalho deve existir no sentido de garantir condições pessoais e materiais de trabalho capazes de manter certo nível de saúde dos empregados. (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

O funcionamento dos estabelecimentos de saúde dependia, no passado, basicamente do trabalho braçal e de investimentos que não iam muito além de paredes e camas. A globalização mundial gerou exigências em que até mesmo a assistência à saúde ultrapassa fronteiras, com automação, virtualidade e tecnologias de ponta, que passaram a fazer parte do cotidiano de muitos hospitais. (BULHÕES, 1998).

Em condições ocupacionais inadequadas, o trabalho passa a ser patológico. O trabalhador, quando não consciente do que se passa em seu ambiente de trabalho, nada ou pouco faz a fim de evitar as consequências da prática laboral alienada e alienante. Desse modo, pesquisadores que estudam o trabalho patológico procuram apontar os fatores de risco laborais, apesar de que poucos são os interessados em adotar atitudes que minimizem tais riscos. (MAURO, 2008).

As condições de trabalho oferecidas pelos hospitais, as peculiaridades das tarefas de enfermagem, a crise econômica advinda da globalização, as dificuldades do setor saúde, a carência de recursos humanos e materiais e a constante preocupação com o processo de atualização objetivando acompanhar os avanços técnico-científicos são fatores que contextualizam a situação de trabalho do pessoal de enfermagem em vários países. (ROYAS; MARZIALE, 2001).

## **1.6 Trabalho em Hospitais**

O Brasil vem redefinindo a estrutura e o perfil do sistema de saúde há mais de vinte anos. Na década de 90, os papéis e funções dos entes federados foram reformulados e este novo modelo foi organizado de forma regionalizada, segundo as diretrizes da descentralização administrativa e operacional, do atendimento integral à saúde e da participação da comunidade visando ao controle social. (BRASIL, 2006b).

O SUS cresceu, estruturou-se e expandiu-se através dos municípios. Na década de 80, o total de empregos públicos de saúde era de ordem de 265.956, sendo que o setor público municipal representava 17,8% desse total. Já em 2002, estes números chegam a mais de 1 milhão de empregos, sendo que 66,3% são de responsabilidade municipal. (BRASIL, 2006b).

Em 2007, os trabalhadores de saúde respondiam por mais de 2,5 milhões de empregos, sendo 726.910 especificamente da equipe de enfermagem. (BRASIL, 2007).

Os hospitais de ensino hoje, respondem por cerca de 26% dos leitos de unidades de tratamento intensivo da rede pública, 40% do atendimento de alta complexidade e por mais de 12% de todas as internações. (BRASIL, 2006b).

Historicamente, a categoria dos profissionais de saúde não era considerada como de alto risco para os acidentes e doenças profissionais. Esta perspectiva tomou novo rumo mediante vários estudos e estatísticas que confirmaram que este grupo de trabalhadores, especialmente os que atuam em unidades hospitalares, está sujeito a um maior número de riscos ocupacionais do que outras categorias. (CAVALCANTE et al., 2006).

O hospital, de maneira geral, é reconhecido como um ambiente insalubre, penoso e perigoso para os que ali trabalham. Pesquisas apontam-no como local privilegiado para o adoecimento. Além dos riscos de acidentes e doenças de ordem física aos quais os trabalhadores hospitalares estão expostos, o sofrimento psíquico é também bastante comum e parece estar em crescimento, diante da alta pressão social e psicológica a que estes são submetidos, tanto na esfera do trabalho quanto fora dela. As difíceis condições de trabalho e de vida podem estar relacionadas com a ocorrência de transtornos mentais como a ansiedade e a depressão, frequentes entre os profissionais de enfermagem. (ELIAS; NAVARRO, 2006).

No âmbito hospitalar, a enfermagem representa a maior força de trabalho e suas atividades são frequentemente marcadas por divisão fragmentada de tarefas, rígida estrutura hierárquica para o cumprimento de rotinas, normas e regulamentos, dimensionamento qualitativo e quantitativo insuficiente de pessoal, situação de exercício profissional que tem repercutido em elevado absenteísmo e afastamentos por doenças. (BARBOZA; SOLER, 2003).

Fatores socioeconômicos da população, aliados à falta de infraestrutura, sobrecarregam os hospitais, prejudicando consideravelmente as condições de trabalho dos profissionais de enfermagem, o que compromete obviamente as rotinas e facilita a ocorrência de acidentes, muitos dos quais sequer são comunicados. (ABREU; MAURO, 2000).

A precarização do trabalho, pelo excesso de atividade laboral física e mental, acúmulo de horas trabalhadas, sistema de vínculo empregatício, ou mesmo a má remuneração ocupacional no sistema de saúde também são determinantes dos acidentes e doenças ocupacionais. (MAURO, 2008).

## 2 MATERIAL E MÉTODOS

### 2.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo baseado na Epidemiologia, do tipo quantitativo, não-experimental, transversal apoiado na estatística descritiva e inferencial acerca das condições de trabalho em unidades de internação da maternidade de um hospital universitário e a associação entre problemas de saúde e riscos ocupacionais percebidos pelos trabalhadores de enfermagem.

A Epidemiologia estuda os determinantes e as condições de ocorrências de doenças e agravos à saúde em populações humanas através de diversos métodos e técnicas, conforme suas próprias concepções, posicionamentos teóricos, propósitos imediatos ou não de seus estudos (MEDRONHO et al., 2004), enquanto a Bioestatística é a ciência da Estatística aplicada às ciências que estudam aspectos referentes à vida. (ARANGO, 2005).

A pesquisa quantitativa tem como principal objetivo “proporcionar, através do bom delineamento, as respostas mais exatas, imparciais e interpretáveis possíveis para a questão de pesquisa e propiciar resultados replicáveis” (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004, p.191). Além disto, o método quantitativo inicia-se com ideias pré-concebidas acerca do problema do estudo, utiliza procedimentos estruturados e instrumentos formais para coletar informações mediante condições de controle com ênfase na objetividade e analisa as informações numéricas através de procedimentos estatísticos.

As pesquisas não-experimentais descritivas também têm por finalidade documentar aspectos do objeto de estudo, buscando o relacionamento entre as variáveis sem, contudo, estabelecer uma relação causal (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Neste sentido, a intenção deste estudo não é explicar ou comprovar as causas, mas compreender e associar os efeitos do fenômeno estudado, além de descrever e sistematizar o conhecimento estabelecido nesta associação.

Os estudos transversais caracterizam-se pela coleta de dados em um ponto do tempo. Os delineamentos transversais são especialmente apropriados para

descrever a situação, o *status* (grifo do autor) do fenômeno ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo. (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Descrever é narrar o que acontece ou como acontece (RUDIO, 2001). As ferramentas da estatística descritiva permitem ao pesquisador reduzir, resumir, organizar, avaliar, interpretar e confirmar a informação numérica. (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Foi utilizada a estatística inferencial através do teste do Qui-quadrado que permite estabelecer a relação de dependência entre algumas variáveis do estudo a fim de demonstrar se os resultados obtidos não serão devidos ao “acaso”. (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

## 2.2 Campo de Pesquisa

O hospital universitário (HU) onde a pesquisa foi realizada foi inaugurado no ano de 1950, compondo a rede hospitalar da Secretaria de Saúde do então Distrito Federal. Em 1962, tornou-se o hospital-escola da Faculdade de Ciências Médicas de uma universidade estadual no Rio de Janeiro. No ano de 1965, foi incorporado à universidade como Hospital das Clínicas. Até então, suas atividades privilegiavam exclusivamente as questões acadêmicas de ensino e pesquisa, com o acompanhamento e estudo de raridades clínicas e doenças em estágio final de evolução. Em 1975, em decorrência do Convênio firmado entre o Ministério da Educação (MEC) e MPAS, o HU adequou suas atividades para atender a realidade sanitária da população. A qualidade dos profissionais e os meios sofisticados de diagnósticos e tratamento oferecidos ocasionaram um aumento progressivo na procura pelo atendimento oferecido pelo HU, transformando-o em um dos maiores complexos hospitalares docente-assistenciais na área de saúde.

A maternidade do HU em questão foi inaugurada em junho de 2006 e funciona em um prédio anexo. Sua estrutura física foi construída a fim de incorporar as unidades de maternidade que até então eram desenvolvidas no prédio principal do HU. Atualmente, com exceção das atividades de Pré-Natal, os serviços relacionados à saúde perinatal da população que busca atendimento no HU ocorre no âmbito da maternidade.

O campo de pesquisa foi constituído por unidades da maternidade do HU a saber: Alojamento Conjunto, Enfermaria de Gestantes, Centro Obstétrico, Banco de Leite, Pré-Natal, Medicina Fetal e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). As atividades de Pré-Natal são desenvolvidas no prédio do HU, mas a administração, a equipe e todas as questões envolvidas neste serviço estão subordinadas à maternidade. Por esta razão, este campo não foi excluído do estudo.

A maternidade do HU tem como missão “Ser referência para o atendimento de saúde a gestantes que demandem cuidados terciários e para a formação de profissionais e a produção de conhecimento na área de saúde perinatal”. Como parte integrante de um hospital universitário, serve como campo de aprendizado para o ensino de graduação na área de saúde e de aperfeiçoamento dos conhecimentos para graduados.

### **2.3 População do Estudo e Amostra**

Segundo informações da atual Coordenadoria de Enfermagem, a maternidade do HU onde o estudo foi realizado conta atualmente com 143 enfermeiros e 218 auxiliares de enfermagem, totalizando 361 trabalhadores de enfermagem. Dentre estes, existem trabalhadores afastados em caráter temporário ou permanente por motivos como férias, licenças, processos de exoneração ou aposentadoria, etc.

Os que atuam na instituição diferem em relação ao tipo de vínculo institucional, considerando os concursados os trabalhadores que ingressaram através de concurso público (estatutários) e os contratados, os que trabalham por um período de até três anos e que foram selecionados por meio de contratação direta.

Embora os concursados não tenham suas atividades respaldadas pela CLT, usufruem direitos como licença-prêmio, auxílio-creche, transporte, dentre outros. Além disto, seus vencimentos são superiores em mais de 100% em relação ao salário mensal dos contratados. Estas características mostram que os trabalhadores de enfermagem da mesma categoria (enfermeiros ou técnicos de enfermagem) estão expostos ao mesmo ambiente de trabalho, mas com benefícios institucionais do trabalho distintos.

Não foram aplicadas técnicas de amostragem, uma vez que a intenção era realizar o estudo com todos os trabalhadores do local.

Os critérios de inclusão no estudo foram:

- Ser profissional da equipe de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem);
- Trabalhar nas unidades estudadas, independente do vínculo (estatutário ou contrato temporário);
- Trabalhar nas unidades estudadas há, no mínimo, um ano;
- Aceitar participar espontaneamente da pesquisa, após ser informado e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Não estar em situação de afastamento por motivos variados (cessão a outras unidades, férias, licenças, exoneração, aposentadoria, dentre outros);
- Participar de todas as etapas da coleta de dados.

Conforme descrito, o universo do estudo compreendia 361 trabalhadores de enfermagem da maternidade do HU registrados na Coordenadoria de Enfermagem.

A população foi selecionada por conveniência, considerando o tempo disponível para a coleta de dados e a disponibilidade de horários dos profissionais de enfermagem convidados para participação na pesquisa e foi composta por 163 participantes.

Dentre estes, 103 foram excluídos, pois não atendiam aos critérios de inclusão desejados e 60 indivíduos foram selecionados para o estudo, constituindo a amostra. A seguir, o Quadro 2 ilustra o quantitativo de profissionais que iniciaram participação no estudo e as razões para exclusão dos mesmos na pesquisa.

<b>Iniciaram participação na pesquisa</b>	<b>163</b>
Com menos de 01 ano de trabalho nas unidades de estudo	47
Que tiveram contratos rescindidos	02
Em processo de exoneração de cargo público	06
Cedidos à outras unidades da instituição (não selecionadas como campo de pesquisa)	15
Afastados, em período de licenças- médicas	08
Afastados por outros tipos de licença (prêmio, maternidade, estudos externos)	07
Em período de férias	12
Afastados, em processo de aposentadoria	05
Que se recusou em participar da pesquisa	01
<b>Selecionados para o estudo</b>	<b>60</b>

Quadro 2 - Seleção dos participantes da pesquisa. Rio de Janeiro, 2009

Embora se tenha observado o absenteísmo ocasionado por licenças-médicas, não foi possível identificar suas causas, pois estes dados não estavam registrados nas unidades de estudo.

## 2.4 Instrumento de Coleta de Dados

O instrumento de coleta de dados foi composto por um questionário adaptado de Boix e Vogel (1997), adaptado por Mauro (2009).

Pere Boix e Laurent Vogel (1997) elaboraram alguns cadernos os quais compreendem um instrumento multidimensional criado para avaliação das condições de trabalho no setor industrial, na Espanha, constituindo um “Guia de Avaliação de Riscos no Ambiente de Trabalho” que foi utilizado pela Oficina Técnica Sindical para Saúde e Segurança daquele país, baseado na experiência sindical de diversos países, cuja preparação foi desenvolvida em dois seminários, visando sua utilização pelos delegados sindicais.

O instrumento original completo é constituído por cinco cadernos, sendo que o que foi utilizado nesta pesquisa corresponde ao terceiro destes, o qual versa sobre os riscos e danos no ambiente de trabalho além dos problemas de saúde dos trabalhadores.

No Brasil, o instrumento em pauta foi adaptado através do projeto “Inovação de Gestão das Condições de Trabalho em Saúde para Hospitais do Sistema Único de Saúde - SUS/Brasil” – INGECTH-SUS (MAURO, 2009), desenvolvido ao longo de dois anos, mediante auxílio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Para tanto, a adaptação foi autorizada pelos autores da obra original (Anexo A).

O processo de adaptação e validação do caderno B (Anexo B), como foi designado o terceiro caderno na versão brasileira, consistiu na revisão de literatura sobre sua adaptação ou uso, na literatura nacional e internacional, na pesquisa em dicionários de espanhol e português, na tradução, retradução (com avaliação do processo e resultados), na sondagem (*probing*) para esclarecimentos de dúvidas, na realização de pré-testes e de estudos de confiabilidade teste-reteste.

O caderno B engloba três grupos de variáveis, distribuídas majoritariamente em escalas e relacionadas com os objetivos desta dissertação, a saber:

- Características profissionais dos trabalhadores. Envolvem variáveis como sexo, idade, tempo de trabalho, dentre outras que versam sobre o perfil do participante e visa responder ao primeiro objetivo do estudo;
- Fatores de riscos do ambiente de trabalho. Relaciona-se ao segundo objetivo. O trabalhador dispõe de escala de 0 a 4 para caracterizar sua percepção sobre uma lista de fatores;
- Problemas de saúde dos profissionais. Contempla o terceiro objetivo, em que se verifica a percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre os problemas de saúde e sua relação com o trabalho.

## 2.5 Coleta de Dados

Foi realizada pela própria autora e por acadêmicas de enfermagem, que participam como voluntárias no INGECTH-SUS, sob a orientação da professora orientadora do estudo em projetos de pesquisa do Núcleo de Pesquisa em Saúde, Trabalho e Meio Ambiente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (NUEST) do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (DESP/FENF/UERJ).

As acadêmicas foram treinadas oportunamente para a realização da coleta de dados e participaram da pesquisa matriz do INGECTH-SUS.

A coleta de dados ocorreu durante o primeiro semestre de 2009.

## 2.6 Análise de Dados

Os dados coletados foram tabulados através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 12.0. A elaboração do banco de dados bem

como o tratamento estatístico dos mesmos foram realizados com o apoio de uma profissional com qualificação na área de Estatística, contratada para tal.

Efetou-se análise descritiva das variáveis relativas à população de estudo, por distribuição de frequências.

Foram realizadas análises bi-variadas, por meio do teste de qui-quadrado, para observar possíveis diferenças entre as respostas dos profissionais enfermeiros e os técnicos de enfermagem, considerando-se o intervalo de confiança (IC) de 95%.

## **2.7 Aspectos Éticos**

A investigação foi conduzida de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996b) que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) após a autorização da direção de Enfermagem onde seria desenvolvido o estudo (Anexo C). A pesquisa foi aprovada, sem ressalvas pelo referido comitê, mediante o protocolo 2493-CEP/HUPE – CAAE: 0090.0.228.000-09 (Anexo D).

Da mesma maneira, todos os participantes da pesquisa foram esclarecidos a respeito dos objetivos e das condições de participação no estudo antes da coleta de dados por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados e discutidos conforme a ordem estabelecida no instrumento de coleta de dados utilizado e, conseqüentemente, dos objetivos propostos. Optou-se por analisar e discutir os resultados que se mostraram estatisticamente significativos (valores de p inferiores a 0,05) e também os que se apresentaram relevantes do ponto de vista dos objetivos ou que representem influência sobre a saúde dos trabalhadores de enfermagem. Todos os resultados estarão ilustrados através de tabelas agrupadas conforme as variáveis do instrumento de dados.

A Tabela 1 mostra as características dos participantes no que concernem aos dados demográficos presentes no questionário.

Tabela 1- Distribuição dos trabalhadores de enfermagem da maternidade de um HU segundo sexo, faixa etária e estado civil. Rio de Janeiro, 2009

Variável		n	%
Sexo	Masculino	4	6,7
	Feminino	56	93,3
Faixa etária	25-34 anos	19	31,7
	35-44 anos	21	35,0
	45 anos ou mais	20	33,3
Estado civil	Casado	35	58,3
	Solteiro	16	26,7
	Divorciado	7	11,7
	Viúvo	2	3,3

A amostra indicou maior frequência de participantes de mulheres (Gráfico1).

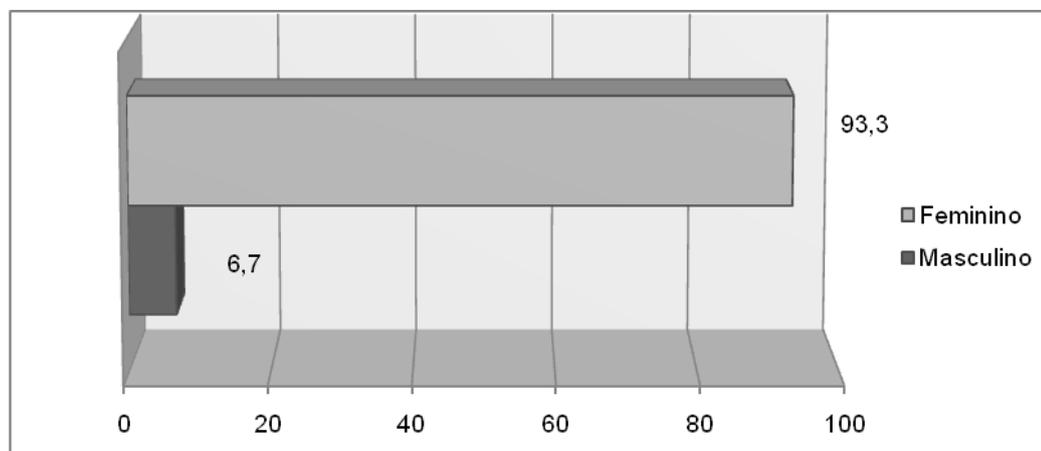


Gráfico 1 - Distribuição dos participantes (%) segundo o sexo. Rio de Janeiro, 2009

A equipe de enfermagem é composta predominantemente por mulheres. Neste sentido, é importante que se reconheçam as diferenças inerentes ao gênero para qualquer análise do processo saúde e adoecimento dessa classe trabalhadora. (ROCHA; DEBERT-RIBEIRO, 2001).

No contexto das trabalhadoras de enfermagem, verifica-se a existência da sobrecarga imposta pelo ambiente de trabalho além daquela relacionada à organização do trabalho doméstico. (LEITE; SILVA; MERIGHI, 2007).

Com frequência, observam-se mulheres exercendo dupla e até tripla jornada, ao considerar o trabalho doméstico relevante nos agravos à saúde das trabalhadoras. Deste modo, faz-se necessário que todas as questões acerca do gênero feminino e do trabalho na enfermagem sejam ponderadas para que intervenções reais possam ser tomadas no intuito de minimizar os riscos inerentes às trabalhadoras. (LEITE; SILVA; MERIGHI, 2007).

Se as atividades domésticas, em geral atribuídas às mulheres, não são consideradas trabalho por serem funções de manutenção das condições para a realização de um típico trabalho, a desigualdade entre os sexos é perpetuada, o que causa maiores agravos à mulher trabalhadora. (ROCHA; DEBERT-RIBEIRO, 2001).

Em relação à faixa etária, predominou o intervalo de 35 a 44 anos, seguido por 45 anos ou mais e 25 a 34 anos. A média de idade foi de 39,9 anos. As idades estavam compreendidas entre o limite mínimo de 25 anos e o máximo de 65 anos, com mediana de 40,5 anos e desvio-padrão de 9,9.

Sobre o estado civil, 35 eram casados ou viviam em união consensual, 16 eram solteiros, sete, divorciados ou desquitados e dois, viúvos.

A seguir, a Tabela 2 distribui os participantes no que se refere às variáveis relacionadas ao perfil de trabalho destes profissionais.

Tabela 2 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem da maternidade de um HU segundo função, setor de trabalho, tipo de contrato, tipo de jornada, carga horária na instituição, número de vínculos trabalhistas e faixa salarial. Rio de Janeiro, 2009.

Variável	n	%	
Função	Enfermeiros	27	45,0
	Técnicos de enfermagem	33	55,0
	<b>Total</b>	60	100,0
Setor trabalho	UTI Neonatal	13	21,7
	Alojamento Conjunto	9	15,0
	Centro Obstétrico	16	26,7
	Enfermaria de Gestantes	10	16,7
	Medicina Fetal	5	8,3
	Banco de Leite	6	10,0
	Pré-Natal	1	1,7
	<b>Total</b>	60	100,0
Tipo de vínculo	Estatutário	39	65,0
	Outros	21	35,0
	<b>Total</b>	60	100,0
Tipo de jornada na instituição	Plantão diurno	41	68,3
	Diarista	13	21,7
	Plantão noturno	6	10,0
	<b>Total</b>	60	100,0
Carga horária na instituição	40 horas	10	16,7
	32,5 horas	35	58,3
	20 horas	2	3,3
	Outra	13	21,7
	<b>Total</b>	60	100,0
Número de vínculos	Um	31	51,7
	Dois	25	41,7
	Três	4	6,7
	<b>Total</b>	60	100,0
Faixa salarial*	1-2	17	28,3
	3-5	18	30,0
	6-8	16	26,7
	9-11	6	10,0
	12 ou mais	3	5,0
	<b>Total</b>	60	100,0

\* Em salários-mínimos (equivalente a R\$ 465,00/US\$ 237,00 na época da coleta de dados).

Participaram do estudo profissionais de todas as unidades selecionadas, sendo 16 do Centro Obstétrico, 13 da UTI Neonatal, dez da Enfermaria de Gestantes, nove do Alojamento Conjunto, seis do Banco de Leite, cinco da Medicina Fetal e apenas um do Pré-Natal, conforme ilustra o Gráfico 2, a seguir.

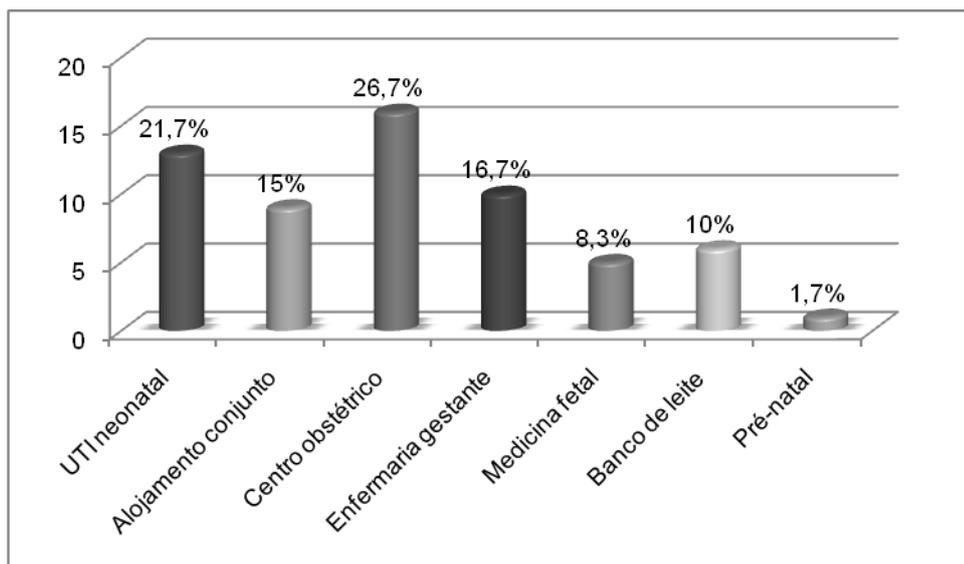


Gráfico 2 - Distribuição dos participantes (%) segundo o setor de trabalho. Rio de Janeiro/2009

Em relação ao tipo de vínculo trabalhista, 39 (65,0%) eram estatutários e 21 (35,0%), contratados temporariamente.

A seguir, o Gráfico 3 ilustra os dados referentes ao tipo de jornada de trabalho na instituição em estudo, onde 41 declararam trabalhar em plantões diurnos de 12 horas (seguidas por 60 horas de descanso), 13, de segunda à sexta-feira, por seis horas, diariamente e seis, em plantões noturnos de 12 horas (seguidas por 60 horas de descanso).

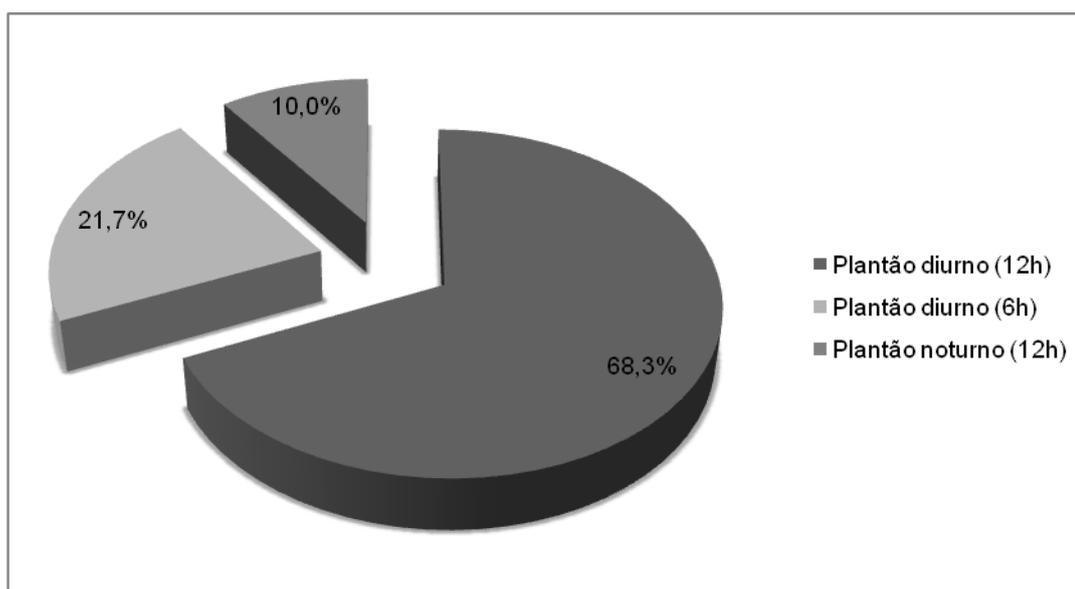


Gráfico 3 - Distribuição dos participantes (%) segundo a jornada de trabalho. Rio de Janeiro, 2009

O trabalho em turnos envolve uma abordagem complexa por lidar com variáveis de difícil mensuração, abranger muitos fatores que atuam fora do local de trabalho e tratar de assuntos subjetivos e de caráter multidisciplinar. (RODRIGUES, 1998).

As três fontes principais de dificuldades advindas do trabalho em turnos são: a adaptação dos ritmos biológicos às inversões dos períodos de atividade e repouso, as perturbações do sono e os fatores domésticos e sociais. (FISCHER, 1990).

Em relação ao trabalho noturno, alguns estudos demonstram evidências de que profissionais expostos a esta jornada de trabalho costumam levar de três a quatro horas para dormir. (COUTO, 2002).

Dentre o que pode ser entendido como vantagens do trabalho noturno para alguns trabalhadores, destacam-se os adicionais salariais, a possibilidade de se obter agenda mais favorável para cuidar da família ou de projetos pessoais como os estudos, o trabalho com menor supervisão, o uso de trajés mais confortáveis e menos formais, entre outros. Muitos trabalhadores preferem o turno da noite pela maior liberdade em termos de atitudes e ritmo de trabalho, sendo que alguns se tornam mais produtivos e criativos neste turno. (RODRIGUES, 1998).

Contudo, na maioria das instituições hospitalares a assistência de enfermagem constitui uma atividade a qual não pode ser interrompida durante o horário noturno. Isto significa dizer que o trabalho noturno representa um fator de agravo à saúde dos profissionais expostos e que não pode ser eliminado por completo das instituições de saúde.

Em geral, o quantitativo de trabalhadores de enfermagem é maior nos plantões diurnos tendo em vista o aumento de atividades de rotina neste período como a coleta de exames laboratoriais, os cuidados como higiene corporal dentre outras.

Além disto, na instituição onde a pesquisa foi realizada, por tratar-se de um HU, no período diurno ocorre um incremento de pessoal com a presença de professores, residentes e acadêmicos. Isto favorece a divisão das atividades assistenciais no serviço diurno o que não acontece no noturno. Esta desproporção agrava ainda mais a questão da sobrecarga de trabalho noturno.

O trabalho neste horário repercute na saúde geral e mental, resultando em cansaço acentuado o que têm influência na vida social do trabalhador. O trabalhador da noite não usufrui um sono de boa qualidade e pode desenvolver fadiga

psicológica devido ao acúmulo do cansaço pelos dias mal dormidos. Mais que isto, tende a apresentar irritabilidade acentuada, o que prejudica o seu relacionamento tanto no trabalho quanto no ambiente familiar. As pessoas isolam-se e a solidão pode ocasionar o adoecimento mental. (SELIGMANN-SILVA, 2009).

Como mostra o Gráfico 4, em relação à carga horária trabalhada por semana na maternidade do HU, 35 declararam 32,5 horas, 13 outra carga horária (não especificada), 10, 40 horas e dois trabalhadores, apenas 20 horas.

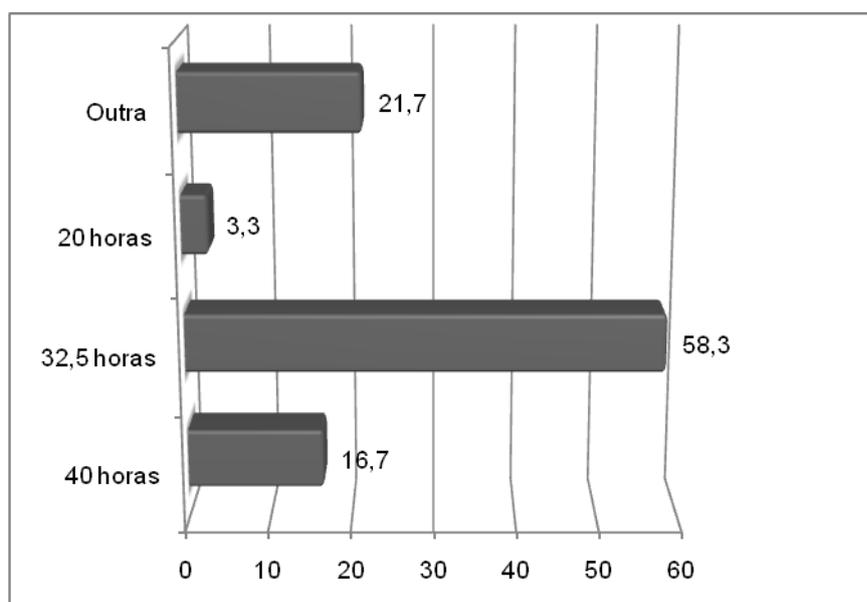


Gráfico 4 - Distribuição dos participantes (%) segundo a carga horária trabalhada na instituição. Rio de Janeiro/2009

O instrumento de coleta de dados utilizado não permite identificar por que trabalhadores da mesma categoria declararam cargas horárias distintas. Embora o estudo não tenha o propósito de discutir as diferentes cargas horárias trabalhadas pelos participantes, evidenciou-se a sua existência.

A seguir, o Gráfico 5 representa os resultados referentes à existência de outras atividades laborais além das desenvolvidas na maternidade do HU, onde 31 (51,7%) declararam dedicação exclusiva, 25 (41,7%) revelaram possuir mais um vínculo de trabalho e quatro (6,7%), mais dois empregos.

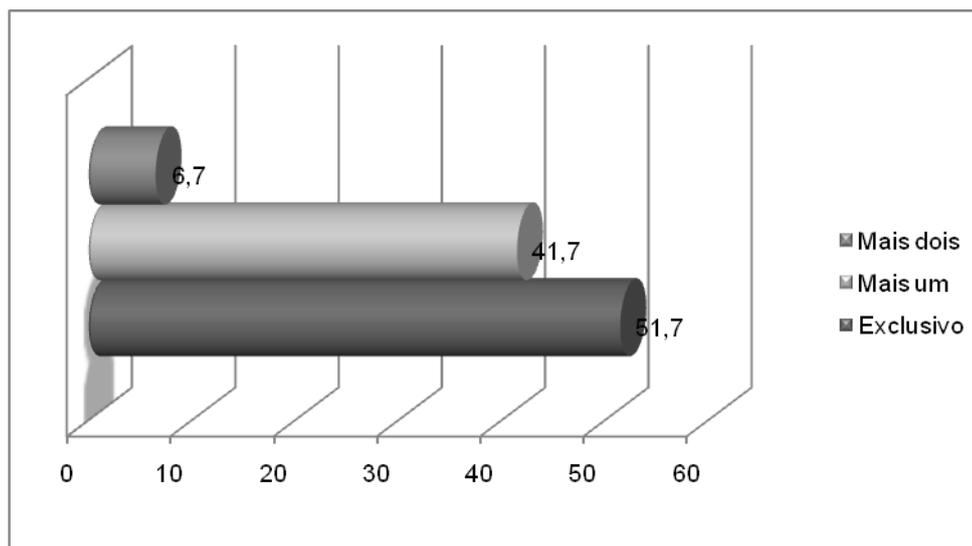


Gráfico 5 - Distribuição dos participantes (%) segundo o número de vínculos empregatícios. Rio de Janeiro, 2009

A política atual de racionalização de recursos humanos, materiais e financeiros é responsável pelo achatamento salarial associada à inexistência de reajustes, o que leva um grande número de profissionais à dupla jornada de trabalho. A não-contratação de pessoal para reposição de demissões ou aposentadorias resulta em sobrecarga de trabalho para o pessoal que se encontra em pleno exercício. (PEREIRA; FÁVERO, 2001).

Em função dos baixos salários pagos, muitos membros da equipe de enfermagem acumulam dois e até mais vínculos empregatícios. Isto reduz sua atenção ao trabalho e institui fortes pressões físicas e emocionais. Em consequência, são estabelecidas situações instáveis de relacionamento entre os membros da equipe e, por vezes, surgem conflitos entre trabalhadores e pacientes. Este contexto reflete os estresses cotidianos decorrentes da natureza da atividade. (PINHO; RODRIGUES; GOMES, 2007).

Para fins de análise, a questão do instrumento de coleta de dados referente à carga horária trabalhada em outra instituição foi desconsiderada, pois estava vinculada aos que não mantinham vínculo exclusivo de trabalho no hospital onde o estudo foi realizado e estes, em sua maioria não declararam o dado em questão.

Por outro lado, vale considerar que 29 profissionais declararam outros empregos o que pressupõe o acúmulo de carga horária semanal, sobrecarga de trabalho e, por conseguinte, a possibilidade aumentada de problemas de saúde.

Constatando-se que a maioria é mulher, acresce-se o rol de atividades realizadas em casa, aprofundando ainda mais as possibilidades de alterações à saúde.

Sobre a faixa salarial mensal dos trabalhadores, 17 (28,3%) declararam atingir renda mensal de um a dois salários-mínimos, 18 (30,0%), de três a cinco salários-mínimos, 16 (26,7%), de seis a oito salários-mínimos, seis (10,0%), de nove a 11 salários-mínimos e apenas três (5,0%), renda igual ou superior a 12 salários-mínimos.

Para efeitos de esclarecimento, na época da coleta de dados, o salário-mínimo vigente equivalia a R\$ 465,00, o que correspondia a cerca de US\$ 237,00.

Considerando a atual conjuntura econômica do país, tem-se que na maior parte dos casos, a faixa salarial obtida pelo trabalhador de enfermagem em um único emprego não atende suficientemente às suas necessidades deste e de sua família, o que pode direcioná-lo ao duplo e até triplo vínculo e à aceitação de situações de precarização do trabalho, revertendo em danos à saúde destes profissionais.

A própria evolução histórica do trabalho em enfermagem pode ser considerada como um fator condicionante para sua baixa remuneração e desvalorização. (SIQUEIRA; WATANABE; VENTOLA, 1995).

Historicamente, a enfermagem está relacionada aos valores cristãos de fraternidade e caridade, como forma de salvação da alma. Atribuem-se os primeiros serviços de enfermagem aos cristãos que desejavam exercitar sua caridade, proporcionando refugio aos enfermos pobres. Independente da evolução profissional do serviço de enfermagem, sua imagem persiste vinculada a denodos como bondade e humanismo, refreando o nível reivindicatório da categoria e, conseqüentemente, sua capacidade de lutas por seus direitos trabalhistas. (SIQUEIRA; WATANABE; VENTOLA, 1995).

A Tabela 3, a seguir, engloba os resultados referentes aos riscos físicos presentes no ambiente de trabalho, segundo a perspectiva dos participantes.

Tabela 3 - Distribuição dos riscos físicos do ambiente de trabalho, segundo a população de estudo, por categoria profissional. Rio de Janeiro, 2009

Variável		Enfermeiros n (%)	Técnicos n (%)
Exposição à radiação*	desconhece	4 (14,8)	6 (18,2)
	não acontece	8 (29,6)	15 (45,5)
	raramente	13 (48,1)	3 (9,1)
	frequentemente	1 (3,7)	5 (15,2)
	sempre	1 (3,7)	4 (12,1)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)
Exposição a ruídos	desconhece	2 (7,4)	7 (21,2)
	não acontece	6 (22,2)	11 (33,3)
	raramente	8 (29,6)	8 (24,2)
	frequentemente	8 (29,6)	2 (6,1)
	sempre	3 (11,1)	5 (15,2)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)
Exposição a temperaturas inadequadas	desconhece	2 (7,4)	4 (12,1)
	não acontece	9 (33,3)	16 (48,5)
	raramente	13 (48,1)	10 (30,3)
	frequentemente	3 (11,1)	3 (9,1)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)
	Exposição a umidade excessiva	desconhece	4 (14,8)
não acontece		11 (40,7)	17 (51,5)
raramente		11 (40,7)	8 (24,2)
frequentemente		1 (3,7)	2 (6,1)
sempre		0	1 (3,0)
<b>Total</b>		27 (100,0)	33 (100,0)

\* p-valor &lt; 0,05

Os riscos provenientes do ambiente e da própria forma de execução do trabalho de enfermagem vêm contribuindo para a ocorrência de acidentes de trabalho e para o desenvolvimento de doenças relacionadas ao trabalho, promovendo acréscimo nas taxas de absenteísmo, rotatividade, desestímulo ao trabalho, queda na produtividade e principalmente na qualidade de vida do trabalhador de enfermagem. (SILVA; MARZIALE, 2006).

Conforme representado no Gráfico 6, a seguir, em relação ao risco de exposição à radiação, 23 trabalhadores apontaram que este não acontece em seu ambiente de trabalho. Por outro lado, 13 enfermeiros indicaram que tal risco ocorre raramente em relação a três técnicos de enfermagem que indicaram a mesma frequência de ocorrência, dado estatisticamente significativo com um valor de  $p < 0,05$  (teste do qui-quadrado).

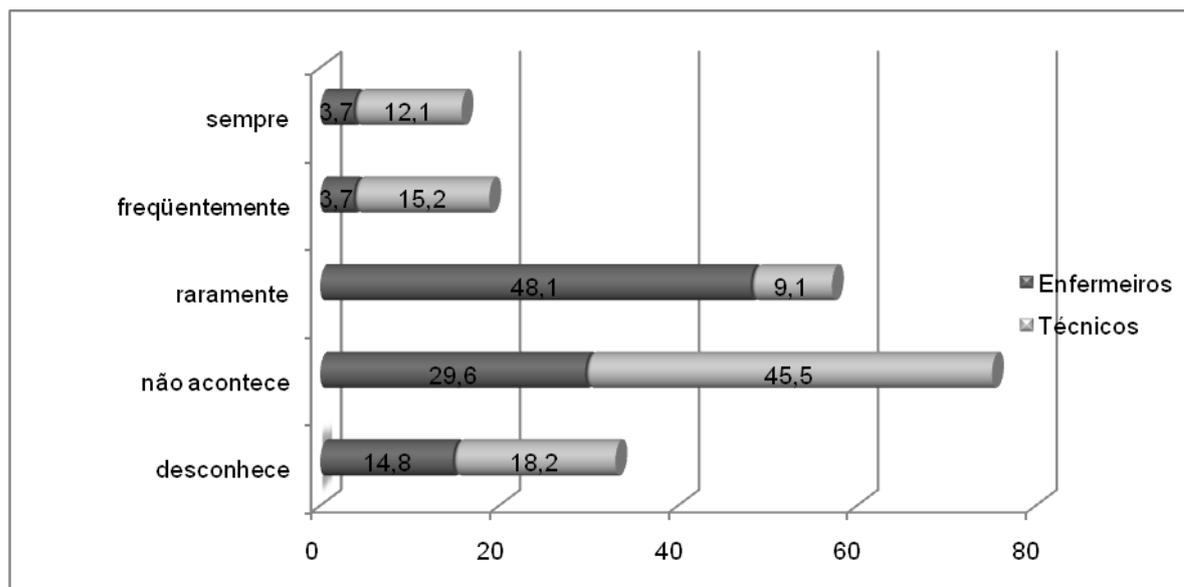


Gráfico 6 - Distribuição dos participantes (%) segundo a percepção do risco de exposição à radiação. Rio de Janeiro, 2009

Além disto, há estudos disponíveis sobre os efeitos adversos da radiação no organismo do ser humano, mas como se trata de um risco invisível, a capacidade de abstração do mesmo precisa estar apurada. Isto leva à reflexão de que o conhecimento isoladamente não garante a percepção do risco real a que os trabalhadores estão expostos. (MENDES, 2003).

Vale ressaltar que os efeitos da radiação são cumulativos e irreversíveis no organismo.

Os resultados referentes aos riscos de exposição a ruídos, temperaturas inadequadas e umidade excessiva não foram considerados como risco relevante nos ambientes de trabalho para os trabalhadores do presente estudo e não apresentaram diferenças estatisticamente significativas (valores de  $p$  superiores a 0,05) entre as respostas dos participantes.

A seguir, a Tabela 4 distribui os resultados obtidos para os riscos químicos presentes no ambiente de trabalho, de acordo com a percepção dos participantes.

Neste caso, as substâncias químicas estão diferenciadas apenas em relação ao estado físico em que se encontram dispostas no ambiente hospitalar. Embora sejam de mesma natureza, elas podem se apresentar nas formas gasosa, de vapor ou como aerossóis, nem sempre perceptíveis.

Tabela 4 - Distribuição dos riscos químicos do ambiente de trabalho, segundo a população de estudo, por categoria profissional. Rio de Janeiro, 2009

Variável		Enfermeiros n (%)	Técnicos n (%)
Risco de contato com substâncias químicas *	desconhece	2 (7,4)	2 (6,1)
	não acontece	2 (7,4)	16 (48,5)
	raramente	15 (55,6)	8 (24,2)
	frequentemente	6 (22,2)	4 (12,1)
	sempre	2 (7,4)	3 (9,1)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)
Exposição a gases, vapores e aerossóis *	desconhece	1 (3,7)	6 (18,2)
	não acontece	5 (18,5)	16 (48,5)
	raramente	11 (40,7)	8 (24,2)
	frequentemente	8 (29,6)	2 (6,1)
	sempre	2 (7,4)	1 (3,0)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)

\* p-valor < 0,05

Sobre o risco de contato com substâncias químicas, apenas dois enfermeiros indicaram que o mesmo não ocorre em relação a 16 técnicos de enfermagem com a mesma concepção, ao passo que 15 enfermeiros apontaram que este tipo de risco é observado poucas vezes, quando comparados a oito técnicos que compartilham da mesma opinião. Nesta questão, o teste do qui-quadrado indicou um valor de  $p < 0,05$ , sugerindo-se estatisticamente significativo, conforme mostra o Gráfico 7.

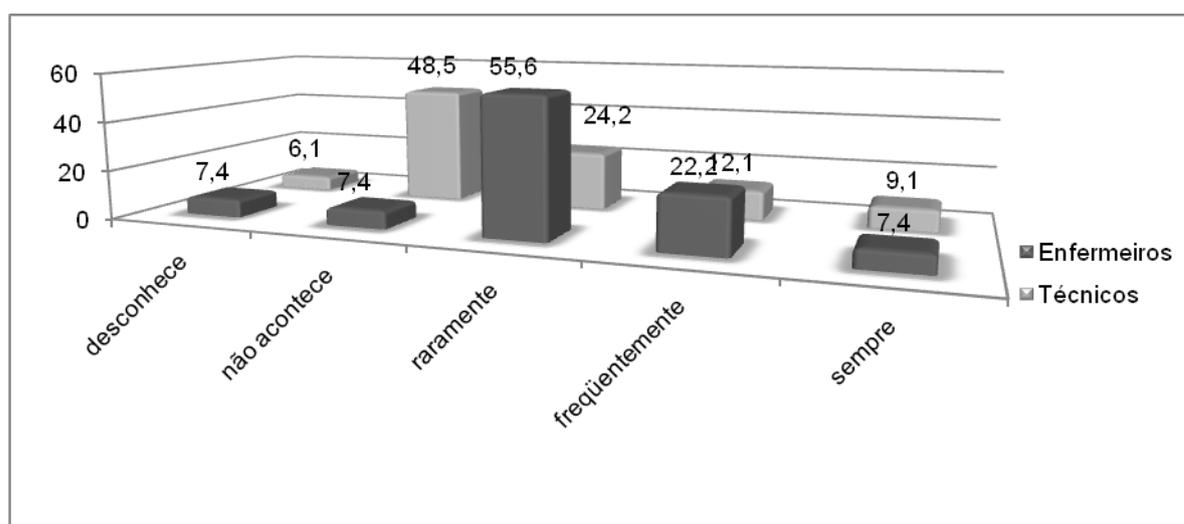


Gráfico 7 - Distribuição dos participantes (%) segundo a percepção do risco de contato com substâncias químicas. Rio de Janeiro, 2009

Com resultados similares à questão apresentada anteriormente, cinco enfermeiros indicaram que o risco de exposição a gases, vapores e aerossóis não acontece em relação a 16 técnicos de enfermagem com a mesma opinião, ao passo

que 11 enfermeiros apontaram a ocorrência rara deste tipo de risco em relação a oito técnicos com a mesma opinião. Além disto, oito enfermeiros colocaram que tal risco é observado com frequência nos ambientes de trabalho. Estes dados estão representados no Gráfico 8. O teste do qui-quadrado apontou significância estatística entre os resultados obtidos ( $p < 0,05$ ) para esta questão.

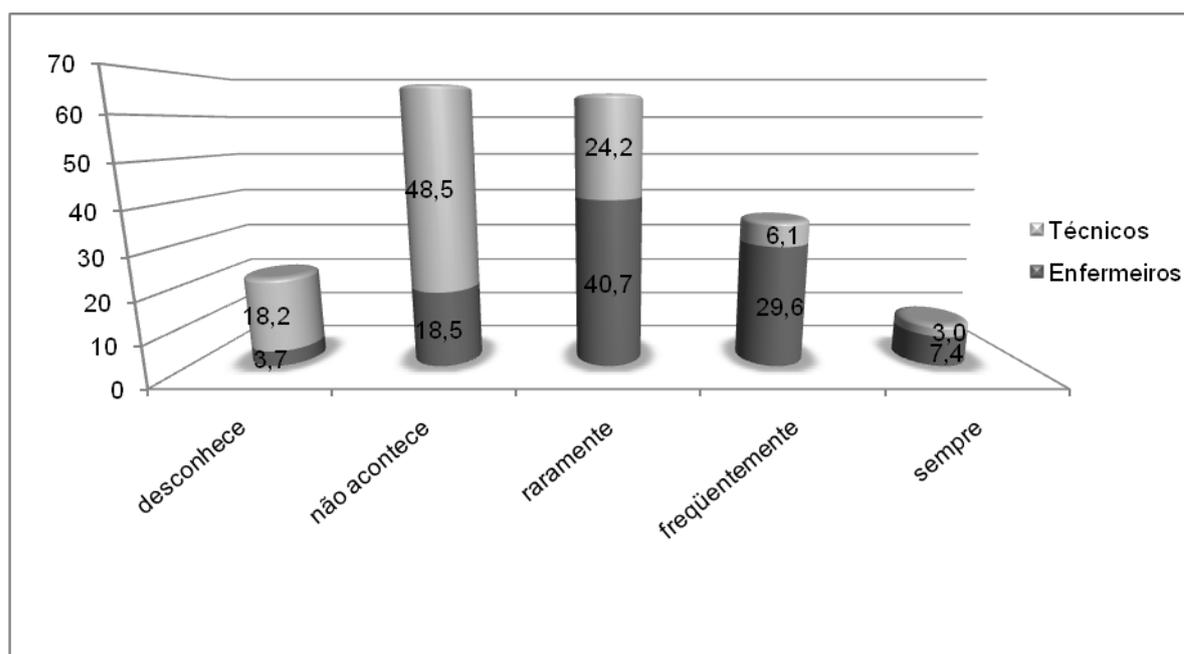


Gráfico 8 - Distribuição dos participantes (%) segundo a percepção do risco de exposição a gases, vapores e aerossóis. Rio de Janeiro, 2009

Na área da saúde e na enfermagem, as substâncias químicas representam instrumentos de trabalho em que são introduzidas em seus diferentes estados como gases, vapores e líquidos para uso em esterilização, desinfecção de materiais, anestésias e tratamentos medicamentosos dos pacientes, entre outros. (COSTA; FELLI, 2005).

A maioria dos trabalhadores desconhece os possíveis efeitos das substâncias químicas e estas podem representar riscos à saúde desses indivíduos que vão desde leves processos alérgicos até o câncer. (XELEGATI et al., 2006; ROCHA; MARZIALE; ROBAZZI, 2004).

Se por um lado as substâncias químicas podem, em determinado nível, promover, preservar e recuperar a saúde da população, por outro podem provocar riscos à saúde do trabalhador de enfermagem, no ambiente hospitalar. (COSTA; FELLI, 2005).

A maneira como o trabalho de enfermagem é organizado interfere diretamente nos processos de desgaste dos trabalhadores pela exposição às substâncias químicas. A manipulação destas substâncias em salas mal ventiladas e espaços físicos inadequados e fatores como ritmo acelerado, pressões das chefias, longas jornadas, uso inadequado de equipamentos de proteção individual e falta de medidas de proteção coletiva possibilitam ou intensificam essa exposição. (SILVA, 1996).

Além disto, cabe ressaltar que os efeitos das substâncias químicas não impactam apenas na saúde do trabalhador, mas também na saúde da população. Os resíduos de produtos químicos descartados de maneira inadequada ocasionam prejuízos ambientais, como por exemplo, as drogas citostáticas que não sofrem o processo de inativação adequado ou os produtos químicos insolúveis em água que acabam depositando-se no solo, no leito dos rios, podendo afetar o ciclo vital da natureza. (BARBOSA, 1995).

Neste sentido, medidas como a educação continuada dos trabalhadores em relação aos riscos relacionados às substâncias químicas associadas a estratégias de melhoria das condições organizacionais do trabalho podem influenciar diretamente na minimização de problemas inerentes a tal exposição.

A seguir, a Tabela 5 distribui os resultados obtidos para os riscos biológicos presentes no ambiente de trabalho, de acordo com a percepção dos participantes.

Tabela 5 - Distribuição dos riscos biológicos do ambiente de trabalho, segundo a população de estudo, por categoria profissional. Rio de Janeiro, 2009 (continua)

Variável		Enfermeiros n(%)	Técnicos n(%)
Exposição a risco biológico (secreção, etc)*	desconhece	0	3 (9,1)
	não acontece	2 (7,4)	10 (30,3)
	raramente	6 (22,2)	9 (27,3)
	frequentemente	12 (44,4)	10 (30,3)
	sempre	7 (25,9)	1 (3,0)
	<b>Total</b>	<b>27 (100,0)</b>	<b>33 (100,0)</b>
Exposição ao vírus da Hepatite	desconhece	0	1 (3,0)
	não acontece	2 (7,4)	5 (15,2)
	raramente	13 (48,1)	20 (60,6)
	frequentemente	10 (37,0)	4 (12,1)
	sempre	2 (7,4)	3 (9,1)
	<b>Total</b>	<b>27 (100,0)</b>	<b>33 (100,0)</b>

Tabela 5 - Distribuição dos riscos biológicos do ambiente de trabalho, segundo a população de estudo, por categoria profissional. Rio de Janeiro, 2009 (conclusão)

Variável		Enfermeiros n(%)	Técnicos n(%)
Exposição ao vírus HIV	desconhece	0	1 (3,0)
	não acontece	2 (7,4)	6 (18,2)
	raramente	11 (40,7)	18 (54,5)
	frequentemente	12 (44,4)	5 (15,2)
	sempre	2 (7,4)	3 (9,1)
	<b>Total</b>	<b>27 (100,0)</b>	<b>33 (100,0)</b>

\* p-valor < 0,05

No que se refere ao risco biológico (Gráfico 9), 22 trabalhadores (12 enfermeiros e 10 técnicos de enfermagem) apontaram que se trata de um tipo de risco frequente em seus locais de trabalho. Para esta questão, o teste do qui-quadrado apresentou relevância estatística ( $p < 0,05$ ).

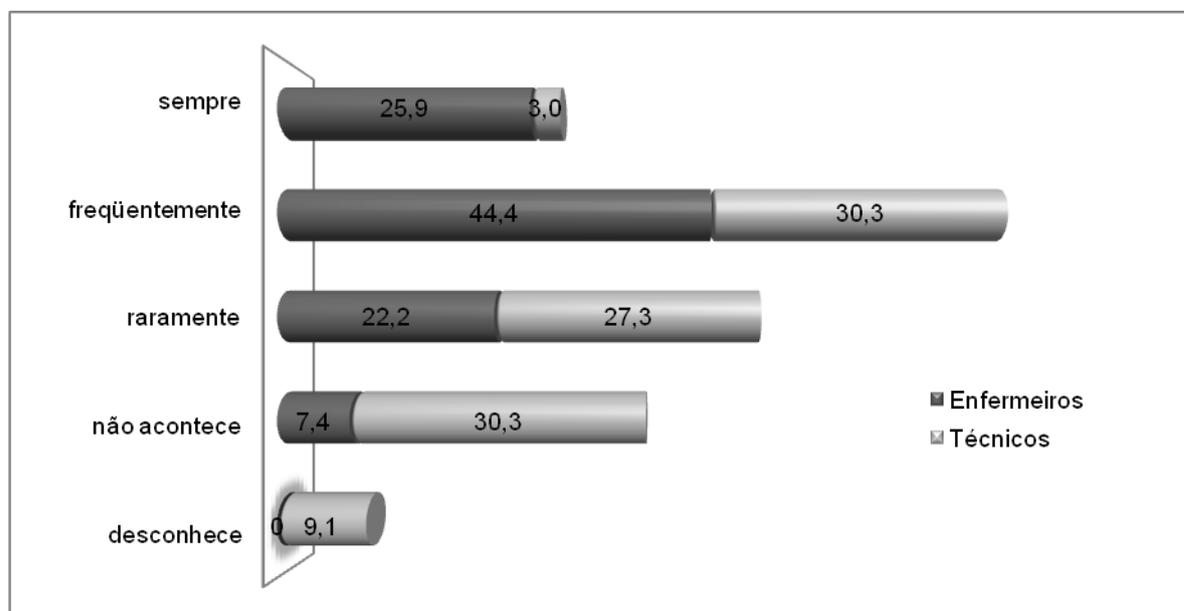


Gráfico 9 - Distribuição dos participantes (%) segundo a percepção do risco de exposição a riscos biológicos (secreção, etc.). Rio de Janeiro, 2009

As unidades de internação conferem risco elevado para a exposição a agentes biológicos, destacando a importância dos comportamentos preventivos recomendados. (MORILLEJO; MUÑOZ, 2004).

O Ministério da Saúde, através da Norma Regulamentadora 32 (NR-32), dispõe sobre a segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Tal norma representa a primeira regulamentação específica de proteção à saúde dos trabalhadores em estabelecimentos de saúde, no Brasil e no mundo. Ela visa a

estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral, discutindo todas as medidas necessárias para o controle desses riscos. (BRASIL, 2005c).

Assim, dada a relevância dos riscos biológicos inerentes ao trabalho em saúde e considerando a existência de uma norma específica, cabe ressaltar a importância do cumprimento da NR-32 nas instituições de assistência à saúde com vistas à minimização e controle dos riscos biológicos a que estão expostos os trabalhadores.

Os riscos de exposição aos vírus da Hepatite B e do HIV estavam contemplados em questões distintas do questionário, mas optou-se por discutir os resultados conjuntamente. Isto porque, embora o teste do qui-quadrado não tenha indicado diferenças estatisticamente significativas entre os dados de ambas as questões, na prática, os resultados indicam controvérsias.

O questionário não tinha por pressuposto verificar peculiaridades dos riscos de exposição ao vírus por características inerentes ao próprio vírus, como por exemplo, capacidade de patogenicidade, infectividade, letalidade, entre outros, mas de identificar a opinião dos participantes sobre a presença de determinado risco em seus ambientes de trabalho.

A partir da exposição acidental a sangue contaminado, o risco ocupacional para o HIV é certo, embora considerado fraco, quando comparado à Hepatite B (0,1% para 20 a 30%). (MELO, 2004).

Em termos práticos, independente das características inerentes aos vírus, a via de transmissão dos vírus da Hepatite B e do HIV no ambiente hospitalar pressupõe o mesmo tipo de risco. Assim, a opinião dos participantes não deveria ser tão diferenciada, o que não é constatado na Tabela 5.

Para melhor entendimento destes questionamentos, o Gráfico 10, a seguir, contempla os resultados obtidos sobre o risco de exposição ao vírus da Hepatite B e para o caso do HIV.

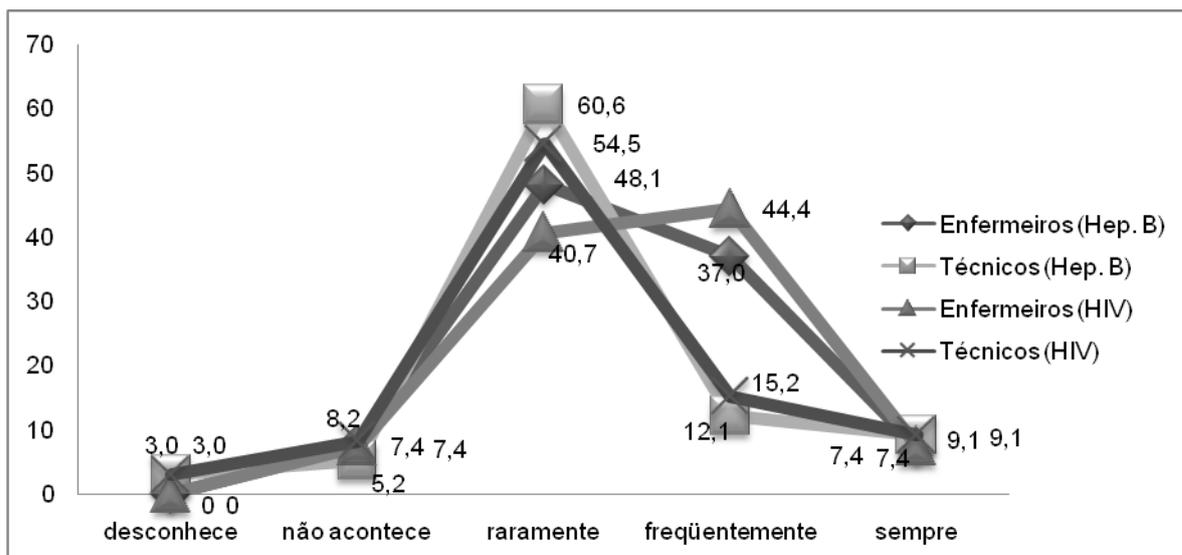


Gráfico 10 - Distribuição dos participantes (%) segundo a percepção do risco de exposição aos vírus da Hepatite B e HIV. Rio de Janeiro, 2009

Em termos gerais, o que se pretende dizer é que no ambiente hospitalar o risco à exposição aos diferentes vírus ocorre, a princípio, em mesmo grau e, portanto, um mesmo profissional deveria considerar esta situação.

No caso do estudo e, através do Gráfico 10, constata-se que os valores obtidos para a mesma categoria profissional (enfermeiros ou técnicos de enfermagem) apresentam-se divergentes, indicando o desconhecimento do real risco de exposição aos vírus em pauta.

A Tabela 6, a seguir, engloba a opinião dos participantes sobre a percepção dos riscos de acidentes e mecânicos do ambiente de trabalho.

Tabela 6 - Distribuição dos riscos de acidente e mecânicos do ambiente de trabalho, segundo a população de estudo, por categoria profissional. Rio de Janeiro, 2009 (continua)

Variável		Enfermeiros n(%)	Técnicos n(%)
Risco por contato elétrico *	desconhece	3 (11,1)	11 (33,3)
	não acontece	9 (33,3)	13 (39,4)
	raramente	15 (55,6)	8 (24,2)
	frequentemente	0	1 (3,0)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)
Risco de incêndio ou explosão *	desconhece	3 (11,1)	13 (39,4)
	não acontece	9 (33,3)	12 (36,4)
	raramente	15 (55,6)	7 (21,2)
	frequentemente	0	1 (3,0)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)

Tabela 6 - Distribuição dos riscos de acidente e mecânicos do ambiente de trabalho, segundo a população de estudo, por categoria profissional. Rio de Janeiro, 2009 (conclusão)

Variável		Enfermeiros n(%)	Técnicos n(%)
Risco de queda de materiais	desconhece	1 (3,7)	2 (6,1)
	não acontece	4 (14,8)	13 (39,4)
	raramente	17 (63,0)	16 (48,5)
	frequentemente	5 (18,5)	2 (6,1)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)
Choques contra objetos moveis / imóveis *	desconhece	2 (7,4)	10 (30,3)
	não acontece	5 (18,5)	8 (24,2)
	raramente	9 (33,3)	13 (39,4)
	frequentemente	9 (33,3)	2 (6,1)
	sempre	2 (7,4)	0
<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)	
Falta de equipamentos de proteção individual	desconhece	1 (3,7)	1 (3,0)
	não acontece	8 (29,6)	18 (54,5)
	raramente	13 (48,1)	7 (21,2)
	frequentemente	2 (7,4)	4 (12,1)
	sempre	3 (11,1)	3 (9,1)
<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)	
Má utilização de equipamentos de proteção individual	desconhece	2 (7,4)	3 (9,1)
	não acontece	4 (14,8)	14 (42,4)
	raramente	16 (59,3)	11 (33,3)
	frequentemente	3 (11,1)	3 (9,1)
	sempre	2 (7,4)	2 (6,1)
<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)	
Lesão por material perfurocortante *	desconhece	0	4 (12,1)
	não acontece	1 (3,7)	8 (24,2)
	raramente	18 (66,7)	19 (57,6)
	frequentemente	6 (22,2)	1 (3,0)
	sempre	2 (7,4)	1 (3,0)
<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)	

\* p-valor < 0,05

Com valor de  $p < 0,05$ , evidenciado pelo teste do qui-quadrado (estatisticamente significativo), 15 enfermeiros apontaram o risco por contato elétrico como de ocorrência rara em relação a oito técnicos de enfermagem com a mesma opinião, ao passo que 13 técnicos de enfermagem apontaram que tal risco não acontece em comparação a nove enfermeiros com a mesma concepção (Gráfico 11, a seguir).

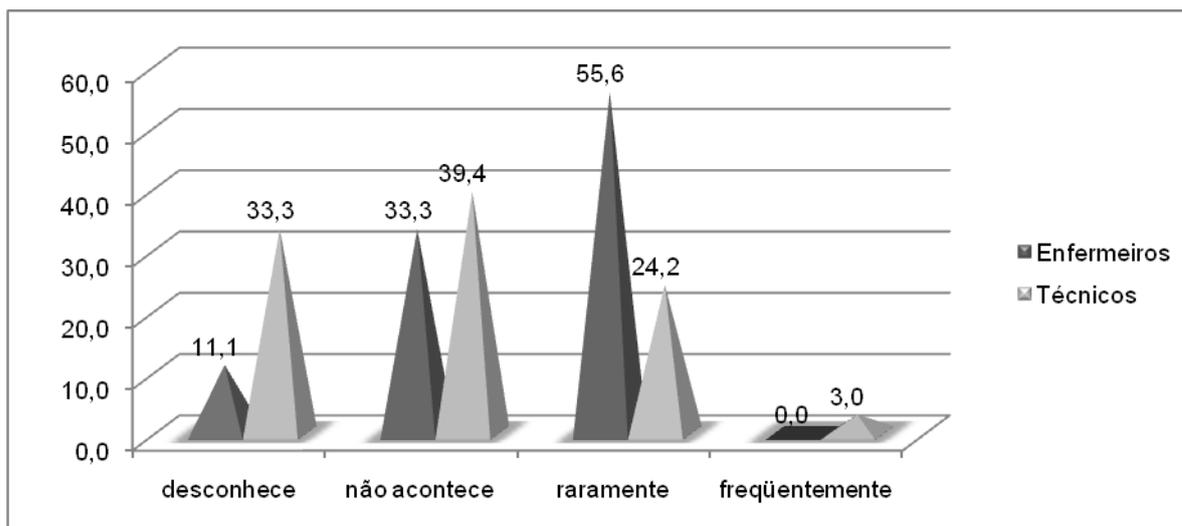


Gráfico 11 - Distribuição dos participantes (%) segundo a percepção do risco por contato elétrico. Rio de Janeiro, 2009

Outra questão que apresentou diferenças significativas ( $p < 0,05$ ) foi a que engloba o risco de incêndio ou explosão. Neste item, 15 enfermeiros indicaram ser um risco observado poucas vezes no ambiente de trabalho em relação a sete técnicos de enfermagem com igual opinião. Vale ressaltar que, mesmo sendo um risco presente apontado por mais de um terço dos participantes ( $n = 23$ ), 16 profissionais (três enfermeiros e 13 técnicos de enfermagem) opinaram que desconhecem a sua ocorrência nos ambientes de trabalho (Gráfico 12).

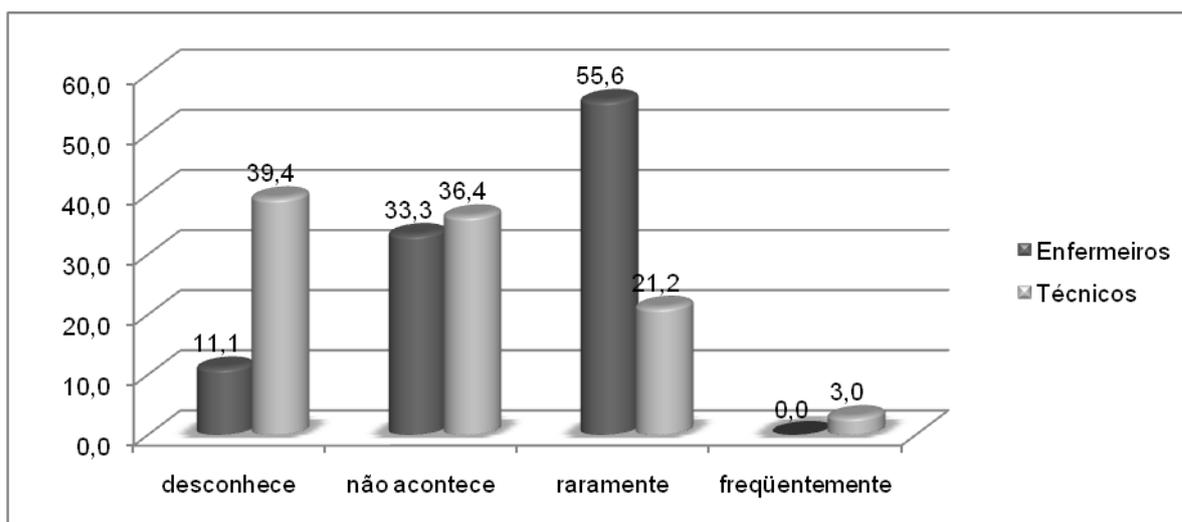


Gráfico 12 - Distribuição dos participantes (%) segundo a percepção do risco de incêndio ou explosão. Rio de Janeiro, 2009

Como discutido anteriormente sobre risco de exposição às radiações ionizantes, o risco por contato elétrico bem como o de incêndio e explosão também representam situações presentes e iminentes, mas abstratas. Talvez por esta razão, exista uma divergência real entre a percepção dos participantes. Desta maneira, enquanto alguns profissionais conseguem perceber a presença destes riscos, outros podem não possuir a mesma percepção sem que isto tenha a ver necessariamente com a presença ou inexistência real do risco ou pode ser considerado mero desconhecimento sobre determinado risco.

Neste caso, a situação é preocupante, uma vez que o risco só se materializa mediante a ocorrência do acidente.

Fato importante e que não pode ser desconsiderado é que o ambiente hospitalar, em função dos avanços tecnológicos, constitui um espaço físico onde cada vez mais estão presentes os equipamentos elétricos o que, por conseguinte, aumenta este tipo de risco. (CALVO, 1993).

Somado a isto, considera-se o aumento do risco de incêndios e explosões, eventos intimamente relacionados à eletricidade o que, no caso do ambiente hospitalar é potencializado tendo em vista a presença constante de gases inflamáveis como o próprio oxigênio medicinal, substância presente em praticamente todas as unidades de uma instituição de saúde. (PADIN, 1993).

Assim, acredita-se que o conhecimento sobre estes riscos deve ser estimulado, bem como a educação continuada da equipe no que concerne à sua prevenção e treinamentos específicos frente a situações reais de incêndios e explosões.

Os resultados para esta questão relacionada ao risco de queda de materiais não se demonstraram estatisticamente significativos pelo teste do qui-quadrado ( $p > 0,05$ ).

Em relação ao risco de choques contra objetos móveis e imóveis, nove enfermeiros indicaram tratar-se de um risco observado poucas vezes em relação a 13 técnicos com a mesma opinião, enquanto outros nove enfermeiros apontaram tal risco como frequentemente observado em relação a dois técnicos com a mesma opinião (Gráfico 13, a seguir).

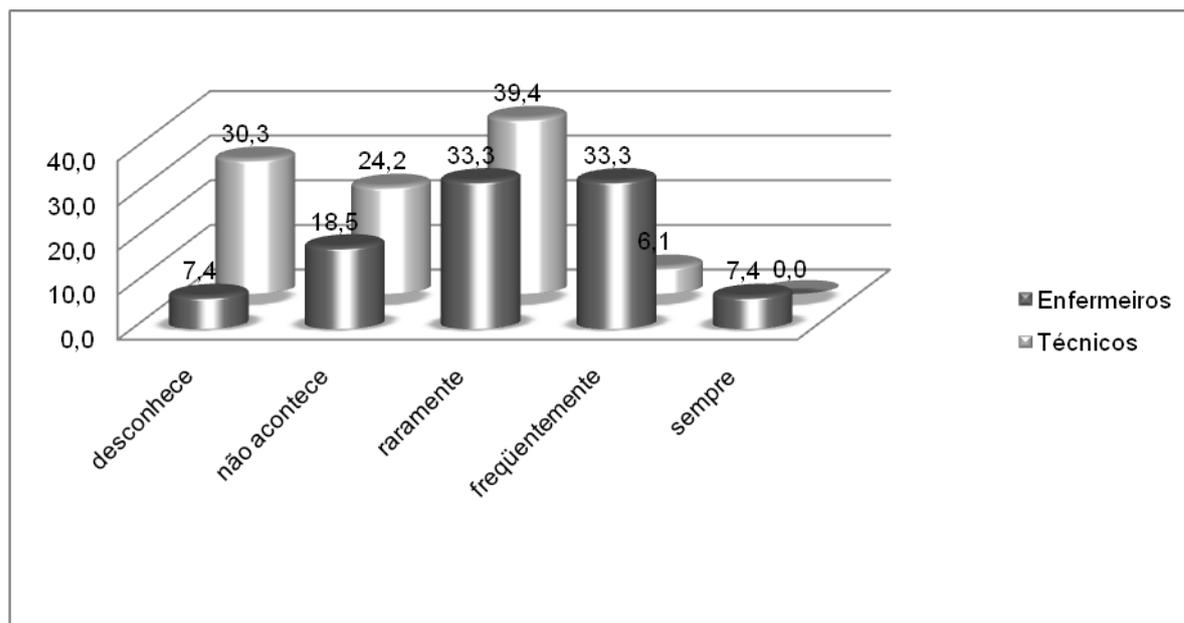


Gráfico 13 - Distribuição dos participantes (%) segundo a percepção do risco de choques contra objetos móveis e imóveis. Rio de Janeiro, 2009

Nesta questão, o teste do qui-quadrado indicou um valor de  $p < 0,05$ , demonstrando diferenças estatisticamente significativas entre as respostas dos participantes. Ainda no que se refere a esta questão, 12 profissionais relataram desconhecer se o risco em pauta ocorre ou não nos locais de trabalho.

Acredita-se que, no caso dos resultados sobre a percepção do risco de choque contra objetos móveis e fixos, estes tenham apresentado diferenças estatísticas significativas uma vez que o campo de pesquisa compreende diferentes espaços físicos na mesma maternidade. Isto porque, a depender das características de equipamentos e mobília, dentre outros objetos móveis e imóveis utilizados em cada setor, o risco de choque contra os mesmos dependerá das peculiaridades de cada unidade. Neste contexto, pondera-se que as respostas mostraram-se divergentes, pois foram consideradas as percepções de trabalhadores expostos à ambientes distintos.

O teste do qui-quadrado não apontou diferenças estatisticamente significativas para os resultados encontrados na questão que trata dos riscos relacionados à falta de equipamentos de proteção individual (EPI).

Curiosamente 26 profissionais (oito enfermeiros e 18 técnicos de enfermagem) indicaram que este risco não é observado nas unidades estudadas, ao passo que 20 trabalhadores (13 enfermeiros e sete técnicos de enfermagem) apontaram ser rara a ocorrência deste tipo de risco (Gráfico 14, a seguir).

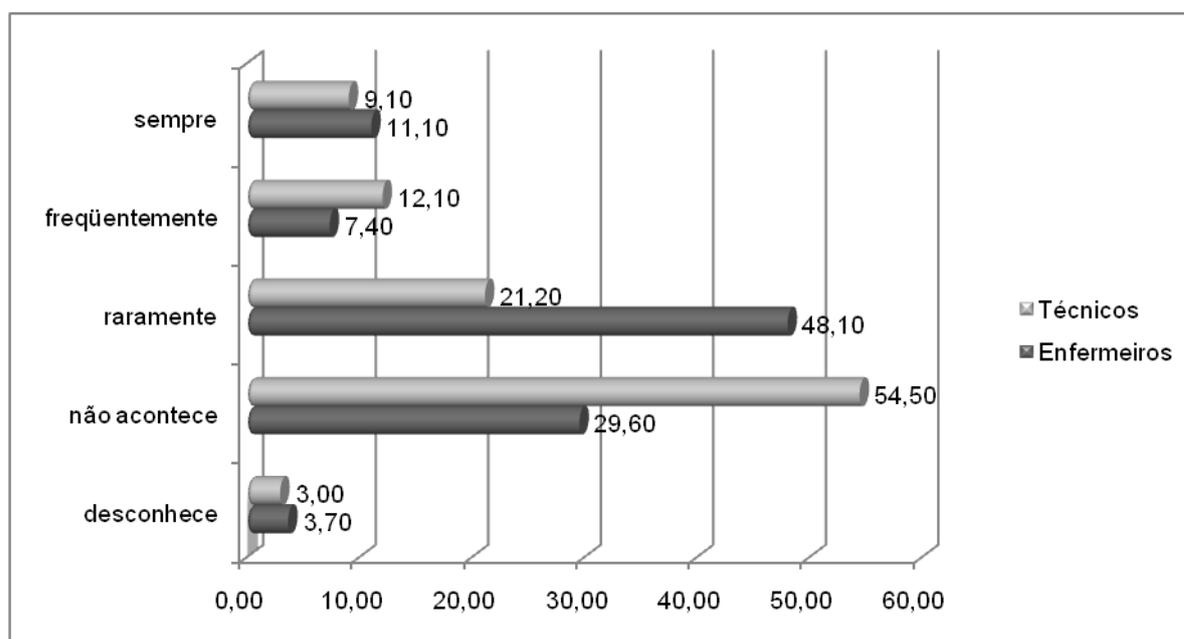


Gráfico 14 - Distribuição dos participantes (%) segundo a percepção do risco ocasionado pela falta de equipamentos de proteção individual. Rio de Janeiro, 2009

Como se trata de uma instituição onde os recursos materiais, dentre eles os EPIs, deveriam estar disponíveis equitativamente, não existe justificativa para sua falta em uma unidade e sua distribuição em outra. Isto implica na ideia de gestão de recursos materiais deficitária.

Ainda no que se refere aos EPIs, mas em relação à sua má utilização pelos profissionais, quase metade dos participantes do estudo (16 enfermeiros e 11 técnicos de enfermagem) indicou que se trata de uma solução para diminuir o risco observada poucas vezes no ambiente de trabalho. Os resultados não apresentaram diferenças estatisticamente significativas.

Mais de 50% dos participantes apontaram que o risco de lesão por material perfurocortante é observado poucas vezes no local de trabalho (Gráfico 15, a seguir). Considerando a presença do risco como mais evidente, seis enfermeiros (em relação a apenas um técnico de enfermagem) apontaram tal risco como frequente e dois enfermeiros (em relação a um técnico) que é constatado diariamente no ambiente de trabalho. O teste do qui-quadrado apresentou valor de  $p < 0,05$ , indicando presença estatisticamente significativa entre as respostas.

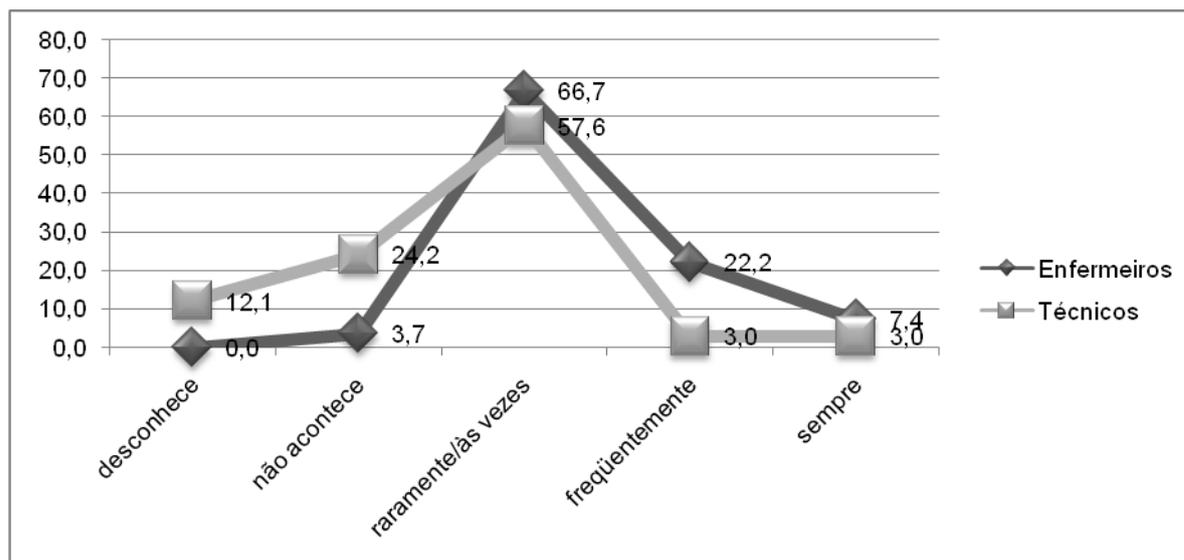


Gráfico 15 - Distribuição dos participantes (%) segundo a percepção do risco de lesão por material perfurocortante. Rio de Janeiro, 2009

Os acidentes com material perfurocortante não acometem apenas a equipe de enfermagem. Estudos indicam a hegemonia destes trabalhadores para tal risco, sobretudo ao se considerar que estes materiais estão relacionados à natureza do trabalho executado. (MAURO et al., 2004; MELO, 2004; SPÍNDOLA, 1999).

A Tabela 7 indica a concepção dos trabalhadores sobre a presença de riscos ergonômicos nos ambientes de trabalho.

Tabela 7 - Distribuição dos riscos ergonômicos do ambiente de trabalho, segundo a população de estudo, por categoria profissional. Rio de Janeiro, 2009 (continua)

Variável		Enfermeiro n (%)	Técnico n (%)
Desconforto pela postura adotada por muito tempo	desconhece	0	1 (3,0)
	não acontece	1 (3,7)	6 (18,2)
	raramente	15 (55,6)	19 (57,6)
	frequentemente	5 (18,5)	4 (12,1)
	sempre	6 (22,2)	3 (9,1)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)
Posturas forçadas pela realização de alguma tarefa	desconhece	0	2 (6,1)
	não acontece	3 (11,1)	9 (27,3)
	raramente	17 (63,0)	15 (45,5)
	frequentemente	3 (11,1)	4 (12,1)
	sempre	4 (14,8)	3 (9,1)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)
Esforço físico que produz fadiga *	desconhece	1 (3,7)	4 (12,1)
	não acontece	3 (11,1)	12 (36,4)
	raramente	14 (51,9)	13 (39,4)
	frequentemente	7 (25,9)	1 (3,0)
	sempre	2 (7,4)	3 (9,1)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)

Tabela 7 - Distribuição dos riscos ergonômicos do ambiente de trabalho, segundo a população de estudo, por categoria profissional. Rio de Janeiro, 2009 (conclusão)

Variável		Enfermeiro n (%)	Técnico n (%)
Risco de sobrecarga de trabalho *	desconhece	0	9 (27,3)
	não acontece	3 (11,1)	12 (36,4)
	raramente	17 (63,0)	8 (24,2)
	frequentemente	5 (18,5)	3 (9,1)
	sempre	2 (7,4)	1 (3,0)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)
Organização insatisfatória do horário *	desconhece	2 (7,4)	5 (15,2)
	não acontece	9 (33,3)	24 (72,7)
	raramente	11 (40,7)	3 (9,1)
	frequentemente	2 (7,4)	1 (3,0)
	sempre	3 (11,1)	0
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)
Duração excessiva da jornada de trabalho	desconhece	1 (3,7)	3 (9,1)
	não acontece	9 (33,3)	19 (57,6)
	raramente	12 (44,4)	11 (33,3)
	frequentemente	1 (3,7)	0
	sempre	4 (14,8)	0
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)
Ritmo de trabalho acelerado	desconhece	0	1 (3,0)
	não acontece	3 (11,1)	13 (39,4)
	raramente	15 (55,6)	14 (42,4)
	frequentemente	4 (14,8)	2 (6,1)
	sempre	5 (18,5)	3 (9,1)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)
Recursos insuficientes para realizar o trabalho	desconhece	1 (3,7)	4 (12,1)
	não acontece	6 (22,2)	13 (39,4)
	raramente	15 (55,6)	11 (33,3)
	frequentemente	1 (3,7)	2 (6,1)
	sempre	4 (14,8)	3 (9,1)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)
Tarefas rotineiras ou monótonas *	desconhece	0	5 (15,2)
	não acontece	3 (11,1)	14 (42,4)
	raramente	17 (63,0)	12 (36,4)
	frequentemente	2 (7,4)	0
	sempre	5 (18,5)	2 (6,1)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)

\* p-valor &lt; 0,05

Os resultados das questões relativas aos riscos relacionados ao desconforto pela postura adotada por muito tempo, às posturas forçadas pela realização de alguma tarefa, à duração excessiva da jornada de trabalho, ao ritmo de trabalho acelerado e aos recursos insuficientes para realizar o trabalho não apresentaram diferenças estatísticas significativas entre as respostas dos participantes ( $p > 0,05$ ).

Em relação ao risco relacionado ao esforço físico que produz fadiga, 27 profissionais o apontaram como pouco observado nos locais de trabalho (Gráfico 16). O teste do qui-quadrado revelou valor de  $p < 0,05$  para esta questão, indicando diferenças estatisticamente significativas entre as respostas. Neste caso, 12 técnicos de enfermagem relataram que o risco em pauta não acontece em relação a três enfermeiros com a mesma opinião, ao passo que sete enfermeiros apontam o risco como frequente (em relação a um técnico) e dois enfermeiros e três técnicos de enfermagem como um risco de ocorrência diária.

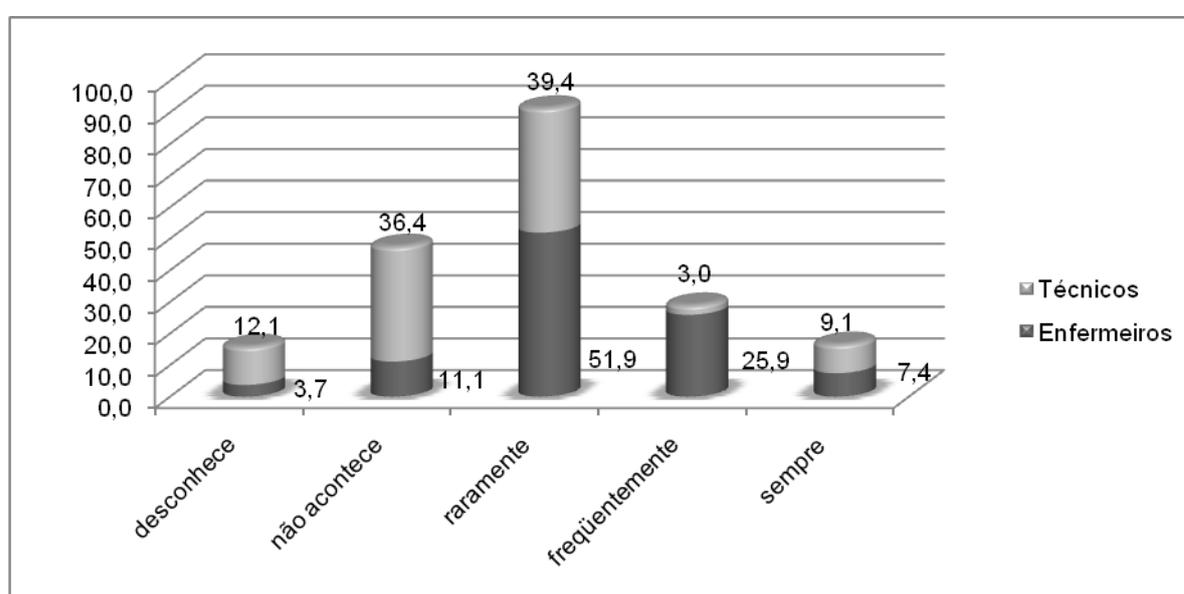


Gráfico 16 - Distribuição dos participantes (%) segundo a percepção do risco ocasionado pelo esforço físico que produz fadiga. Rio de Janeiro, 2009

A despeito das percepções dos participantes, sabe-se que o esforço físico está presente em muitas atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem. Dependendo das características estruturais e das condições clínicas dos pacientes e da atividade-fim de cada setor, o esforço ocorrerá em maior ou menor proporção, o que pode justificar a diferença na resposta entre os participantes.

Assim, como exemplo prático do que se pretende colocar, os pacientes recém-nascidos hospitalizados na UTI Neonatal demandam mais componentes cognitivos da equipe e menos esforço físico, ao passo que as gestantes hospitalizadas nas enfermarias necessitam de cuidados menos complexos, mas por vezes precisam ser amparadas, gerando esforço físico dos trabalhadores. Neste contexto, os indivíduos expostos a situações de trabalho distintas, tendem a

apresentar concepções distintas, o que pode explicar os resultados encontrados neste estudo.

A fadiga resulta do trabalho continuado que provoca a diminuição reversível da capacidade do organismo e uma degradação qualitativa do trabalho. Pode ser causada por inúmeros fatores, que são cumulativos e complexos. Em consequência, a pessoa fadigada tende a aceitar menores padrões de precisão e segurança (simplificando a tarefa e eliminando tudo o que não é essencial), diminuir força, velocidade, movimentos e precisão. (IIDA, 2005).

Conforme mostra o Gráfico 17, a questão sobre riscos de sobrecarga de trabalho também apresentou diferenças estatisticamente significativas entre as respostas dos participantes. Embora a maioria (n = 25) tenha compartilhado a concepção de que se trata de um risco observado poucas vezes, existiram divergências em relação aos que consideraram que o risco não acontece (três enfermeiros em relação a 12 técnicos de enfermagem).

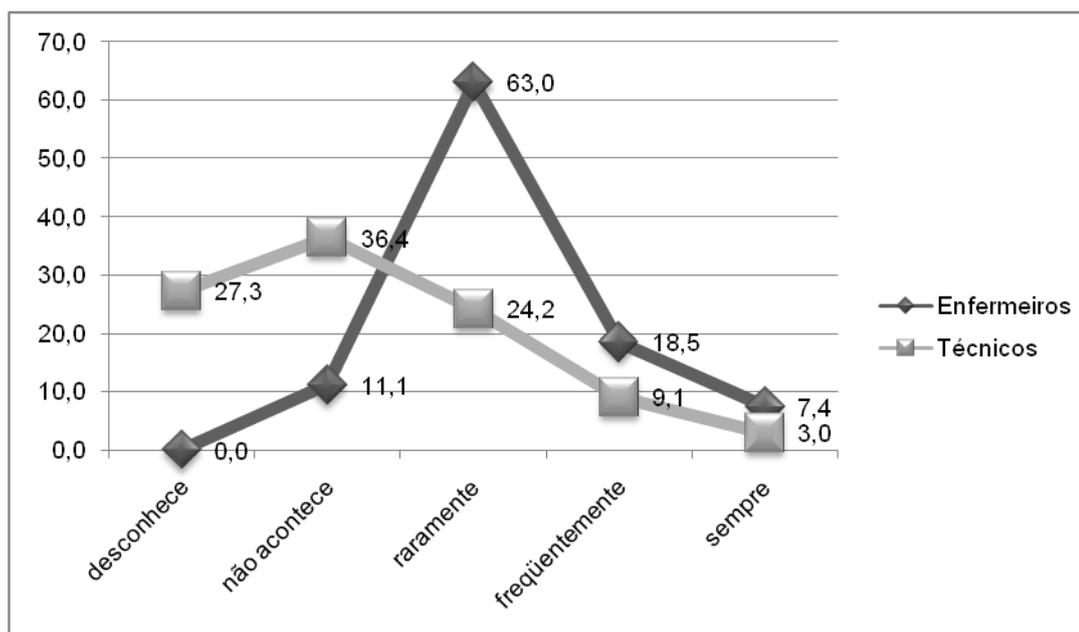


Gráfico 17 - Distribuição dos participantes (%) segundo a percepção do risco ocasionado de sobrecarga de trabalho. Rio de Janeiro, 2009

A sobrecarga de trabalho é evidente e parece ser inevitável aos profissionais de enfermagem, uma vez que estes comumente cuidam do outro, seja no hospital ou no ambiente familiar. No entanto, o cuidar de si próprio, quase sempre está em ultimo plano porque o tempo que lhes resta é insuficiente. Em geral, parece haver

pouca consciência da importância dessa atitude pelos próprios trabalhadores. (ELIAS; NAVARRO, 2006).

Como a equipe de enfermagem é composta predominantemente por mulheres, esta sobrecarga é agravada pela dupla e até tripla jornada de trabalho tendo em vista todas as atividades femininas no ambiente familiar. Somado a isto, cabe destacar que esse trabalho não pode ser acumulado e transferido para outro dia, independente de situações como a deficiência de recursos materiais e humanos ou a própria sobrecarga laboral.

Conforme ilustra o Gráfico 18, em relação à organização insatisfatória do trabalho, 33 participantes (nove enfermeiros e 24 técnicos de enfermagem) indicaram como fator que não ocorre nos ambientes de trabalho. Por outro lado, 11 enfermeiros apontaram que tal frequência é rara em relação a três técnicos com a mesma opinião. Os resultados diferentes mostraram-se estatisticamente significativos tendo em vista o valor de  $p < 0,05$  no teste do qui-quadrado.

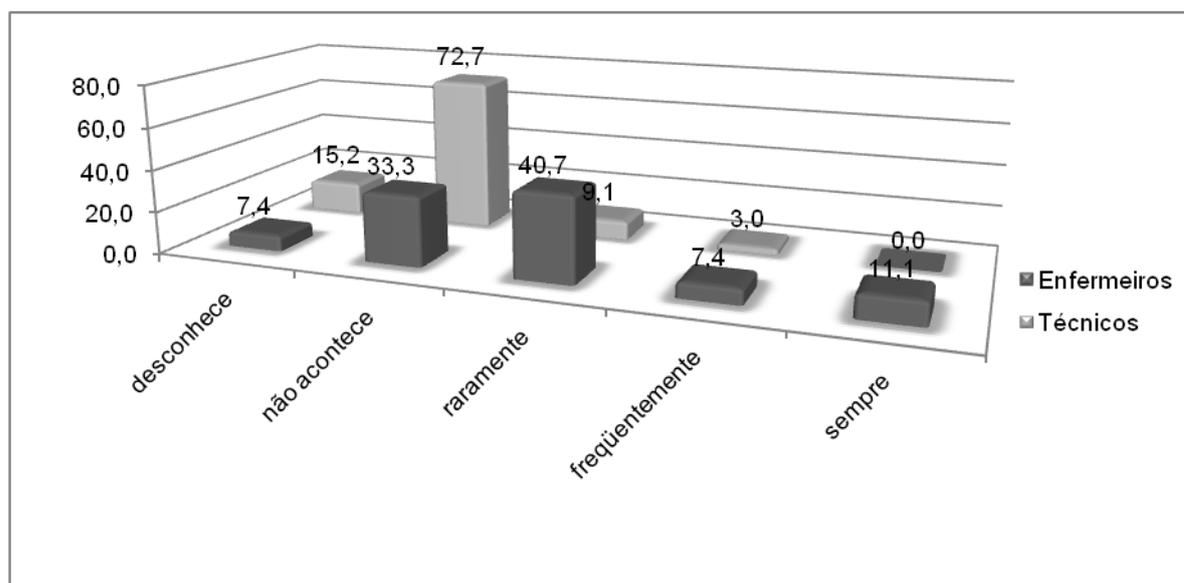


Gráfico 18 - Distribuição dos participantes (%) segundo a percepção do risco ocasionado pela organização insatisfatória do horário. Rio de Janeiro, 2009

A despeito das diferenças entre as respostas dos participantes, observa-se que a maioria apontou a organização insatisfatória do horário como de ocorrência rara ou muito pouco frequente, indicando que se trata de uma característica que não interfere tanto em suas condições de trabalho. Por outro lado, vale considerar que as

diferenças entre as respostas não ocorreram ao acaso ( $p < 0,05$ ) e que o fato de determinado evento acontecer com rara frequência já o coloca como existente.

A organização e distribuição de atividades pelo número de funcionários por equipe, o remanejamento nos casos de folgas e férias refletem tanto a satisfação, a produtividade e a qualidade da assistência quanto o absenteísmo e a rotatividade dos trabalhadores de enfermagem. O resultado negativo pode se expressar em acidentes frequentes, doenças ocupacionais, lombalgias, estresse, irritabilidade, desânimo, desinteresse, abandono da profissão, entre outros. Tal situação tem ocasionado prejuízos não só aos trabalhadores, mas também às instituições empregadoras e assistenciais. (SILVA, 1999).

O Gráfico 19 mostra os resultados da questão sobre as tarefas rotineiras ou monótonas em que a maioria dos participantes ( $n=29$ ) indicou como situação de ocorrência rara. Curiosamente, 14 técnicos de enfermagem apontaram que este risco não acontece nos ambientes de trabalho ao passo que cinco enfermeiros indicaram que se trata de um fator de ocorrência diária. O teste do qui-quadrado indicou que as diferenças entre as respostas foram estatisticamente significativas (valor de  $p < 0,05$ ).

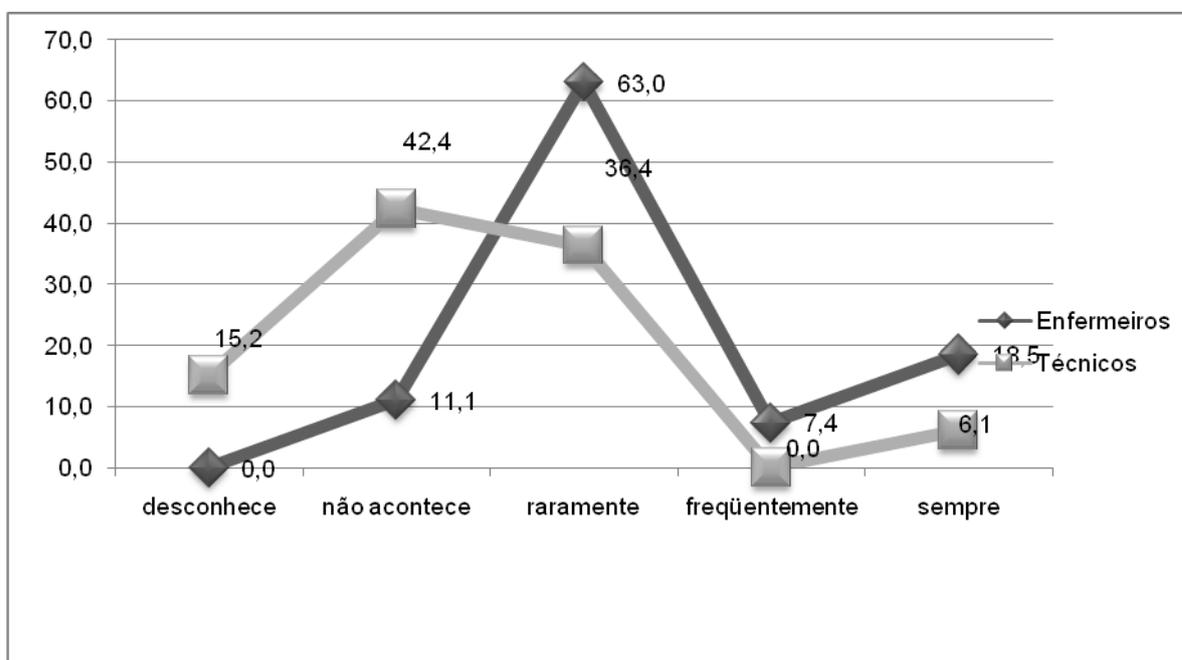


Gráfico 19 - Distribuição dos participantes (n%) segundo a percepção do risco ocasionado pela realização de tarefas rotineiras ou monótonas. Rio de Janeiro, 2009

O trabalhador exposto a um ambiente que traz, pela sua própria peculiaridade, um desgaste emocional, com tarefas repetitivas e monótonas, além das atividades burocráticas e daquelas que exigem esforço físico, contribui para a mudança de humor, a fadiga e o esgotamento. (BIANCHI, 2000).

A Tabela 8 distribui as situações de conflito e violência no trabalho conforme a percepção dos participantes.

Tabela 8 - Distribuição das situações de conflito e violência no ambiente de trabalho, segundo a população de estudo, por categoria profissional. Rio de Janeiro, 2009 (continua)

Variável		Enfermeiros n (%)	Técnicos n (%)
Agressividade, assédio sexual ou violência no trabalho	desconhece	7 (25,9)	12 (36,4)
	não acontece	13 (48,1)	17 (51,5)
	raramente	6 (22,2)	3 (9,1)
	frequentemente	1 (3,7)	0
	sempre	0	1 (3,0)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)
Conflito com chefia ou encarregados *	desconhece	0	7 (21,2)
	não acontece	4 (14,8)	12 (36,4)
	raramente	20 (74,1)	13 (39,4)
	frequentemente	3 (11,1)	1 (3,0)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)
Conflito com clientes ou pacientes *	desconhece	1 (3,7)	7 (21,2)
	não acontece	5 (18,5)	11 (33,3)
	raramente	21 (77,8)	15 (45,5)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)
	Conflito entre trabalhadores *	desconhece	0
não acontece		2 (7,4)	8 (24,2)
raramente		22 (81,5)	18 (54,5)
frequentemente		3 (11,1)	0
sempre		0	1 (3,0)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)
Pouca oportunidade de decisão sobre a realização do trabalho	desconhece	0	2 (6,1)
	não acontece	1 (3,7)	8 (24,2)
	raramente	15 (55,6)	16 (48,5)
	frequentemente	7 (25,9)	5 (15,2)
	sempre	4 (14,8)	2 (6,1)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)
Pouca possibilidade de promoção *	desconhece	0	6 (18,2)
	não acontece	1 (3,7)	5 (15,2)
	raramente	13 (48,1)	8 (24,2)
	frequentemente	3 (11,1)	1 (3,0)
	sempre	10 (37,0)	13 (39,4)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)

Tabela 8 - Distribuição das situações de conflito e violência no ambiente de trabalho, segundo a população de estudo, por categoria profissional. Rio de Janeiro, 2009 (conclusão)

Variável		Enfermeiros n (%)	Técnicos n (%)
Situação de discriminação no trabalho (assédio moral)	desconhece	5 (18,5)	10 (30,3)
	não acontece	8 (29,6)	16 (48,5)
	raramente	11 (40,7)	6 (18,2)
	frequentemente	2 (7,4)	1 (3,0)
	sempre	1 (3,7)	0
	<b>Total</b>	<b>27 (100,0)</b>	<b>33 (100,0)</b>

\* p-valor < 0,05

Todas as questões que versavam sobre as relações conflitantes interpessoais (trabalhador-chefia, trabalhador-paciente e trabalhador-trabalhador) apresentaram diferenças estatísticas significativas entre as respostas dos participantes (teste do qui-quadrado com valores inferiores a 0,05).

Sobre as situações de conflito com chefia ou encarregados, o Gráfico 20 ilustra que mais da metade dos participantes (20 enfermeiros e 13 técnicos de enfermagem) declararam que estas ocorrem com rara frequência nos setores de trabalho ao passo que 16 profissionais (quatro enfermeiros e 12 técnicos) apontaram que esta questão não compõe parte do cotidiano das unidades estudadas.

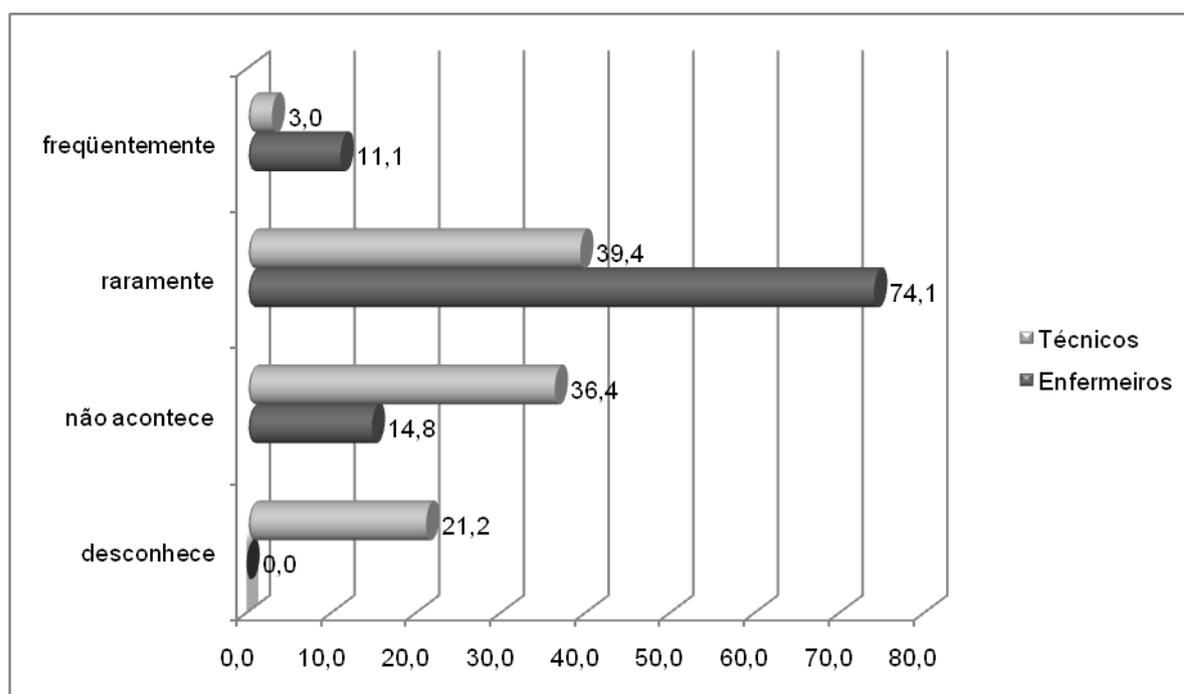


Gráfico 20 - Distribuição dos participantes (%) segundo a percepção do risco gerado por situação de conflito com chefia ou encarregados. Rio de Janeiro, 2009

Em relação às situações de conflito com pacientes, 36 participantes as consideraram como evento raro, 16 indicaram que este não acontece e oito profissionais (um enfermeiro e sete técnicos de enfermagem) desconheciam este tipo de situação, como mostra o Gráfico 21, a seguir.

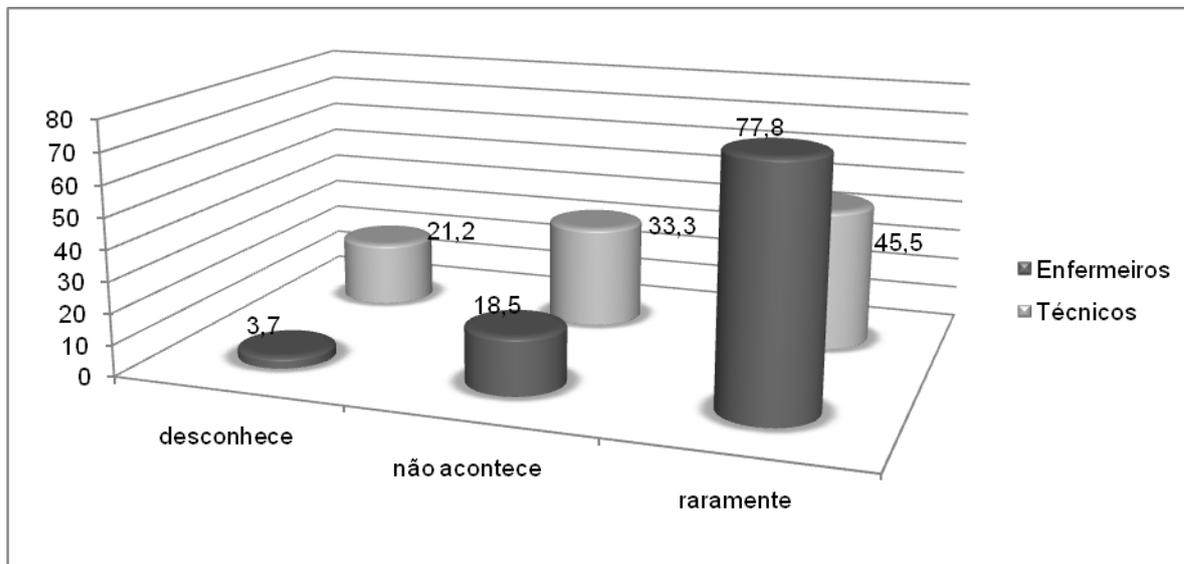


Gráfico 21 -Distribuição dos participantes (%) segundo a percepção do risco gerado por situação de conflito com pacientes. Rio de Janeiro, 2009

Como representado no Gráfico 22, a seguir, no que concerne à questão sobre conflitos entre trabalhadores, a maioria apontou que estes ocorrem com rara frequência (22 enfermeiros e 33 técnicos). Por outro lado, nesta mesma questão, apenas dois enfermeiros indicaram que esta situação não ocorre em relação a oito técnicos com mesma percepção. Contraditoriamente, três enfermeiros indicaram que o conflito entre trabalhadores acontece frequentemente e um técnico de enfermagem apontou que se trata de uma situação rotineira.

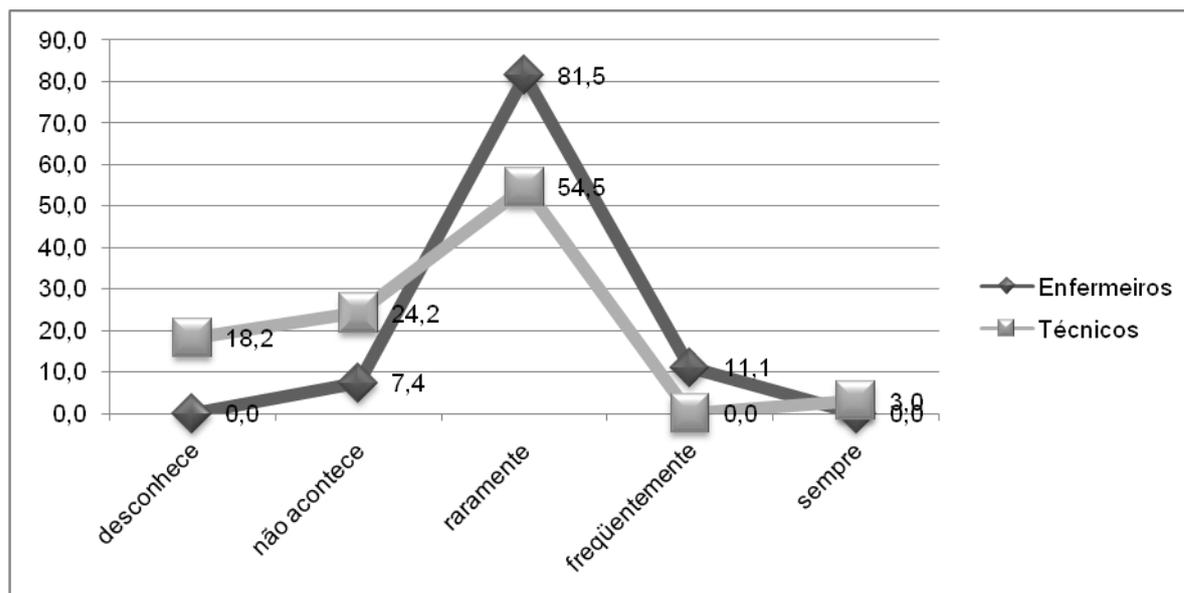


Gráfico 22 - Distribuição dos participantes (%) segundo a percepção do risco gerado por situações de conflito entre trabalhadores. Rio de Janeiro, 2009

Cabe lembrar que o estudo foi realizado em campos distintos e que a realidade entre estes pode apresentar divergências no que se refere às relações interpessoais.

O estresse pode estar relacionado com as duplas jornadas, gerando conflitos nas relações de trabalho, pois, quando estão cansados os trabalhadores acabam priorizando uma parte do serviço em detrimento de outras atividades também essenciais, ocasionando atrito nas relações com colegas de trabalho, e ficando ainda mais estressados podendo acabar doentes. (MUROFUSE, 2004).

No trabalho são estabelecidas diferentes relações entre dois ou mais indivíduos. Algumas delas são necessárias, outras impostas e outras espontâneas. A qualidade destas relações influenciará diretamente na qualidade assistencial e no próprio ambiente de trabalho. (SAGEHOMME, 1997).

Conforme ilustra o Gráfico 23, os resultados apontaram que quase metade dos trabalhadores (n=27) considerou a pouca possibilidade de promoção como uma situação de conflito muito evidente nos ambientes de trabalho estudados. Alguns profissionais (n=21) indicaram que esta situação ocorre com rara frequência no campo de estudo, seis participantes indicaram desconhecimento sobre a questão em pauta e outros seis apontaram que tal situação não ocorre nos locais de trabalho. As diferenças entre as respostas foram estatisticamente significativas, através do teste do qui-quadrado ( $p < 0,05$ ).

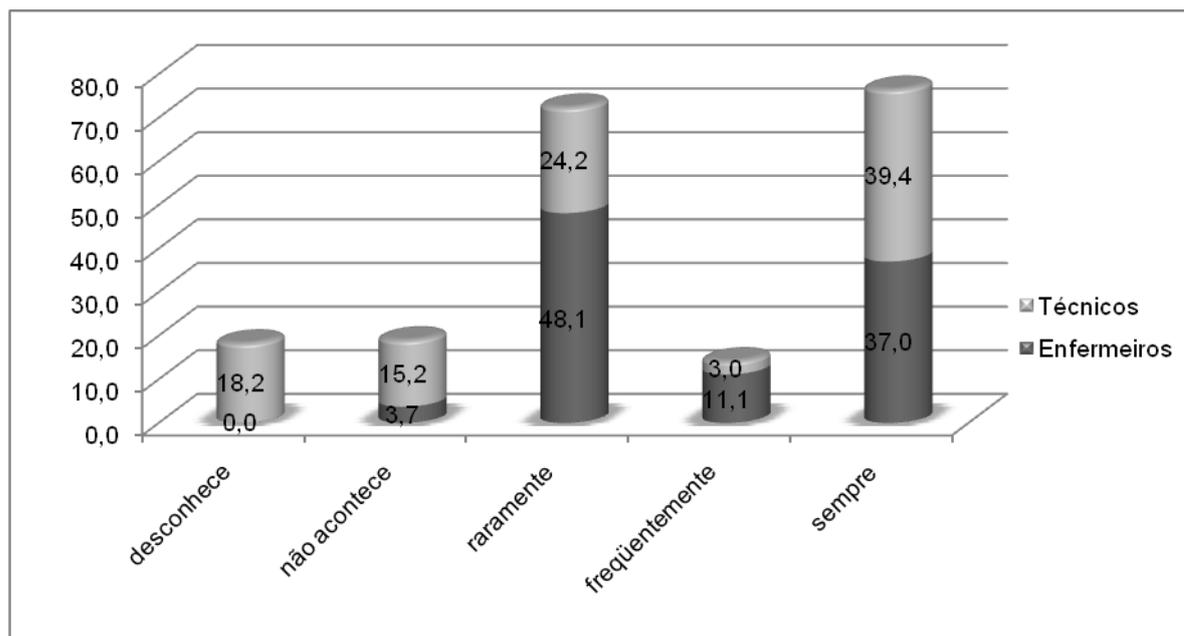


Gráfico 23 - Distribuição dos participantes (%) segundo a percepção do risco gerado pela pouca possibilidade de promoção. Rio de Janeiro, 2009

Em geral, a maioria das instituições públicas de saúde tem o seu quantitativo de recursos humanos dimensionado através da realização de concursos públicos regidos por editais, os quais não prevêem as situações de promoção do profissional.

Como na instituição onde o estudo foi realizado há certa restrição para a promoção dos trabalhadores, talvez por esta razão os participantes considerem tal situação estressante. Muitos destes trabalhadores serão aposentados com a mesma qualificação com a qual ingressaram na instituição, o que pode gerar a sensação de desvalorização profissional.

A falta de valorização gera um sentimento de inutilidade, remetendo à falta de qualificação e de finalidade do trabalho. Isto pode ocasionar o estresse organizacional, gerando insatisfação, baixa da produtividade e qualidade, e insatisfação do trabalhador e da própria instituição. (MARTINS et al., 2000).

As questões referentes a situações de agressividade, assédio sexual ou violência no trabalho, pouca oportunidade de decisão sobre a realização do trabalho e assédio moral não indicaram diferenças estatísticas significativas entre as respostas dos participantes (teste do qui-quadrado com valores de p superiores a 0,05) e também não apresentaram resultados de relevância quantitativa.

A Tabela 9, a seguir, agrupa os problemas de saúde mais apontados pelos participantes. Para efeitos de discussão, optou-se por realizar a análise dos problemas de saúde independente da categoria profissional uma vez que os

trabalhadores estavam igualmente expostos ao mesmo ambiente de trabalho. Além disto, para a maioria das respostas divergentes entre os grupos, o teste do qui-quadrado não indicou diferenças estatisticamente significativas, com valores de p superiores a 0,05.

Tabela 9 - Distribuição dos problemas de saúde, segundo os trabalhadores, por categoria profissional. Rio de Janeiro, 2009 (continua)

Variável	Existência e relação com o trabalho	Enfermeiro n (%)	Técnico n (%)	Ambos n(%)
Afastamentos frequentes por motivos de doença	Não	25 (92,6)	30 (90,9)	55 (91,6)
	Sim-agravado	2 (7,4)	3 (9,1)	5 (3,3)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)	60 (100,0)
Mudança/transferência de trabalho por motivos de doença	Não	26 (96,3)	31 (93,9)	57 (95,0)
	Sim-provocado	1 (3,7)	1 (3,0)	2 (3,3)
	Não relacionado	0	1 (3,0)	1 (1,7)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)	60 (100,0)
Lesões por acidentes	Não	26 (96,3)	32 (97,0)	58 (96,7)
	Sim-provocado	1 (3,7)	1 (3,0)	2 (3,3)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)	60 (100,0)
Doenças infecciosas	Não	25 (92,6)	33 (100,0)	58 (96,6)
	Sim-provocado	1 (3,7)	0	1 (1,7)
	Não relacionado	1 (3,7)	0	1 (1,7)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)	60 (100,0)
Consumo frequente de medicamentos	Não	23 (85,2)	23 (69,7)	46 (76,7)
	Sim-provocado	0	1 (3,0)	1 (1,6)
	Sim-agravado	3 (11,1)	4 (12,1)	7 (11,7)
	Não relacionado	1 (3,7)	5 (15,2)	6 (10,0)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)	60 (100,0)
Problemas do sistema nervoso	Não	27 (100,0)	28 (84,8)	55 (91,6)
	Sim-agravado	0	4 (12,1)	4 (6,7)
	Não relacionado	0	1 (3,0)	1 (1,7)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)	60 (100,0)
Estresse	Não	18 (66,7)	25 (75,8)	43 (71,6)
	Sim-provocado	4 (14,8)	4 (12,1)	8 (13,4)
	Sim-agravado	5 (18,5)	4 (12,1)	9 (15,0)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)	60 (100,0)
Depressão	Não	18 (66,7)	25 (75,8)	43 (71,6)
	Sim-provocado	4 (14,8)	4 (12,1)	8 (13,4)
	Sim-agravado	5 (18,5)	4 (12,1)	9 (15,0)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)	60 (100,0)
Agressões ou condutas violentas	Não	26 (96,3)	32 (97,0)	58 (96,6)
	Sim-provocado	1 (3,7)	0	1 (1,7)
	Sim-agravado	0	1 (3,0)	1 (1,7)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)	60 (100,0)

Tabela 9 - Distribuição dos problemas de saúde, segundo os trabalhadores, por categoria profissional. Rio de Janeiro, 2009 (continuação)

Variável	Existência e relação com o trabalho	Enfermeiro n (%)	Técnico n (%)	Ambos n(%)
Transtornos do sono	Não	23 (85,2)	24 (72,7)	47 (78,3)
	Sim-provocado	3 (11,1)	2 (6,1)	5 (8,3)
	Sim-agravado	1 (3,7)	7 (21,2)	8 (13,4)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)	60 (100,0)
Mudanças de humor/alterações de comportamento	Não	19 (70,4)	25 (75,8)	44 (73,3)
	Sim-provocado	4 (14,8)	2 (6,1)	6 (10,0)
	Sim-agravado	4 (14,8)	6 (18,2)	10 (16,7)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)	60 (100,0)
Alcoolismo ou uso de outras drogas	Não	27 (100,0)	31 (93,9)	58 (96,6)
	Sim-agravado	0	2 (6,1)	2 (3,4)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)	60 (100,0)
Dor de cabeça frequente	Não	18 (66,7)	23 (69,7)	41 (68,3)
	Sim-provocado	2 (7,4)	2 (6,1)	4 (6,7)
	Sim-agravado	4 (14,8)	4 (12,1)	8 (13,7)
	Não relacionado	3 (11,1)	4 (12,1)	7 (11,6)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)	60 (100,0)
Perda auditiva	Não	26 (96,3)	28 (84,8)	54 (90,0)
	Sim-provocado	0	1 (3,0)	1 (1,7)
	Sim-agravado	0	1 (3,0)	1 (1,7)
	Não relacionado	1 (3,7)	3 (9,1)	4 (6,6)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)	60 (100,0)
Problemas oculares *	Não	19 (70,4)	14 (42,4)	33 (55,0)
	Sim-agravado	0	8 (24,2)	8 (13,3)
	Não relacionado	8 (29,6)	11 (33,3)	19 (31,7)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)	60 (100,0)
Doenças do coração	Não	26 (96,3)	30 (90,9)	56 (93,4)
	Sim-agravado	0	2 (6,1)	2 (3,3)
	Não relacionado	1 (3,7)	1 (3,0)	2 (3,3)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)	60 (100,0)
Hipertensão	Não	24 (88,9)	21 (63,6)	45 (75,0)
	Sim-provocado	0	2 (6,1)	2 (3,3)
	Sim-agravado	1 (3,7)	8 (24,2)	9 (15,0)
	Não relacionado	2 (7,4)	2 (6,1)	4 (6,7)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)	60 (100,0)
Varizes	Não	9 (33,3)	15 (45,5)	24 (40,0)
	Sim-provocado	2 (7,4)	3 (9,1)	5 (8,3)
	Sim-agravado	13 (48,1)	14 (42,4)	27 (45,0)
	Não relacionado	3 (11,1)	1 (3,0)	4 (6,7)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)	60 (100,0)
Doenças renais	Não	27 (100,0)	31 (93,9)	58 (96,7)
	Não relacionado	0	2 (6,1)	2 (3,3)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)	60 (100,0)

Tabela 9 - Distribuição dos problemas de saúde, segundo os trabalhadores, por categoria profissional. Rio de Janeiro, 2009 (conclusão)

Variável	Existência e relação com o trabalho	Enfermeiro n (%)	Técnico n (%)	Ambos n(%)
Problemas respiratórios *	Não	19 (70,4)	30 (90,9)	49 (81,7)
	Sim-provocado	1 (3,7)	0	1 (1,7)
	Sim-agravado	7 (25,9)	1 (3,0)	8 (13,6)
	Não relacionado	0	2 (6,1)	2 (3,3)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)	60 (100,0)
Doenças da pele	Não	24 (88,9)	30 (90,9)	54 (90,0)
	Sim-agravado	1 (3,7)	0	1 (1,7)
	Não relacionado	2 (7,4)	3 (9,1)	5 (8,3)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)	60 (100,0)
Problemas digestivos	Não	22 (81,5)	30 (90,9)	52 (86,7)
	Sim-provocado	0	1 (3,0)	1 (1,6)
	Sim-agravado	2 (7,4)	2 (6,1)	4 (6,7)
	Não relacionado	3 (11,1)	0	3 (5,0)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)	60 (100,0)
Doenças do fígado	Não	26 (96,3)	31 (93,9)	57 (95,0)
	Não relacionado	1 (3,7)	2 (6,1)	3 (5,0)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)	60 (100,0)
Fadiga muscular	Não	19 (70,4)	23 (69,7)	42 (70,0)
	Sim-provocado	1 (3,7)	0	1 (1,7)
	Sim-agravado	5 (18,5)	8 (24,2)	13 (21,7)
	Não relacionado	2 (7,4)	2 (6,1)	4 (6,6)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)	60 (100,0)
Problemas de articulação	Não	21 (77,8)	26 (78,8)	47 (78,3)
	Sim-provocado	2 (7,4)	1 (3,0)	3 (5,0)
	Sim-agravado	1 (3,7)	5 (15,2)	6 (10,0)
	Não relacionado	3 (11,1)	1 (3,0)	4 (6,7)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)	60 (100,0)
Lesões da coluna vertebral	Não	21 (77,8)	26 (78,8)	47 (78,4)
	Sim-provocado	2 (7,4)	0	2 (3,3)
	Sim-agravado	2 (7,4)	7 (21,2)	9 (15,0)
	Não relacionado	2 (7,4)	0	2 (3,3)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)	60 (100,0)
Lombalgias	Não	16 (59,3)	22 (66,7)	38 (63,3)
	Sim-provocado	5 (18,5)	4 (12,1)	9 (15,0)
	Sim-agravado	5 (18,5)	7 (21,2)	12 (20,0)
	Não relacionado	1 (3,7)	0	1 (1,7)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)	60 (100,0)
Transtornos relacionados ao ciclo menstrual	Não	20 (74,1)	23 (69,7)	43 (71,6)
	Sim-provocado	1 (3,7)	0	1 (1,7)
	Sim-agravado	3 (11,1)	2 (6,1)	5 (8,3)
	Não relacionado	3 (11,1)	8 (24,2)	11 (18,4)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)	60 (100,0)
Transtornos da gravidez ou órgão reprodutor	Não	26 (96,3)	30 (90,9)	56 (93,4)
	Sim-agravado	0	2 (6,1)	2 (3,3)
	Não relacionado	1 (3,7)	1 (3,0)	2 (3,3)
	<b>Total</b>	27 (100,0)	33 (100,0)	60 (100,0)

\* p-valor &lt; 0,05. Não ocorreu relato de intoxicação por substâncias tóxicas, nem caso de câncer.

O Gráfico 24 mostra os principais problemas de saúde sofridos pelos participantes do estudo. Apenas os problemas oculares e respiratórios apresentaram diferenças estatísticas significativas entre as respostas dos trabalhadores. Os demais apresentaram relevância no que se refere à frequência absoluta na amostra do estudo e, portanto, serão comentados.

Mais da metade dos participantes (n=55) indicou que não existem afastamentos frequentes por motivos de doenças nas unidades estudadas, enquanto cinco indicaram a existência desse problema, podendo ser agravado pelo trabalho. O teste do qui-quadrado não indicou relevância estatística ( $p < 0,05$ ) para esta questão.

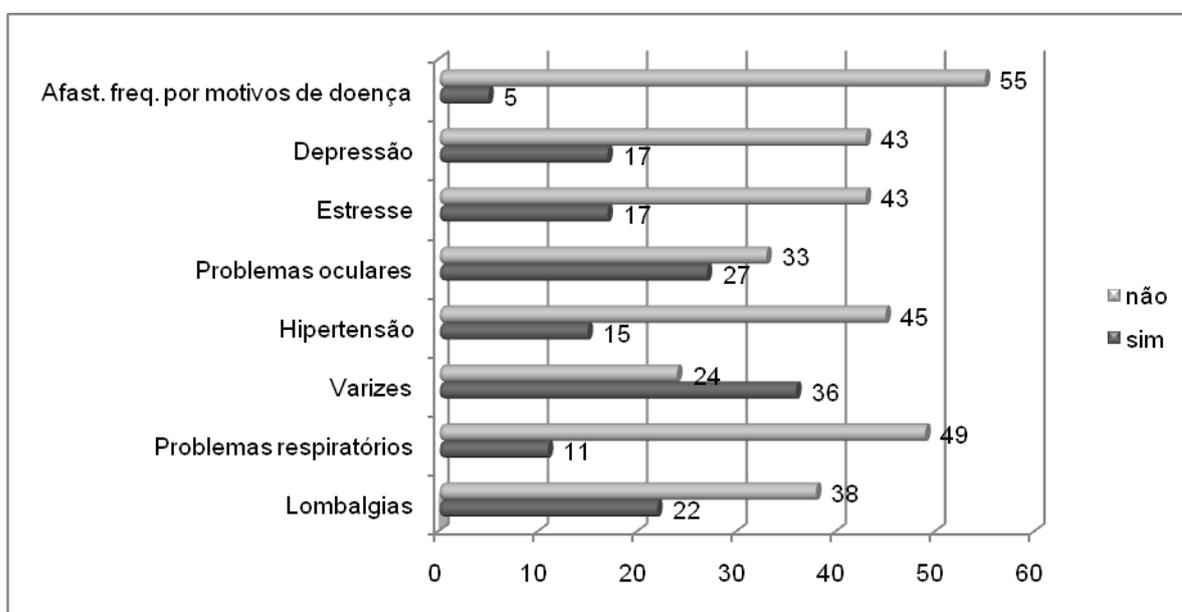


Gráfico 24 - Distribuição dos participantes (n) segundo a identificação dos principais problemas de saúde provocados, agravados ou não relacionados com trabalho. Rio de Janeiro, 2009

Por outro lado, cabe lembrar que oito participantes foram excluídos do estudo porque estavam afastados do trabalho durante o período de coleta de dados e tiveram suas licenças-médicas como critério de exclusão. O instrumento de coleta de dados não permitiu identificar as causas destas licenças. Além disso, tais dados não estavam disponíveis nas unidades, o que não favorece a discussão mais aprofundada sobre a relação entre o trabalho e o adoecimento nos ambientes estudados.

O absenteísmo por doença abrange 75% ou a totalidade das ausências no trabalho e justifica-se por atestado médico segundo as normas legais da Seguridade Social. (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 1989).

O absenteísmo é uma expressão utilizada para designar a falta do empregado ao trabalho e abrange a soma dos períodos em que os empregados de determinada organização se encontram ausentes do trabalho, não sendo a ausência motivada por desemprego, doença prolongada ou licença legal. (CHIAVENATO, 1994).

Cabe citar que as causas do absenteísmo podem perpassar a questão do adoecimento relacionado ao trabalho.

Outros fatores que contribuem para o absenteísmo incluem os atrasos involuntários, as faltas voluntárias, as dificuldades em relação ao meio de transporte, a redução da motivação para trabalho, a supervisão precária e a política organizacional imprópria. (ALVES; GODOY; SANTANA, 2006).

Os problemas como mudança ou transferência de trabalho por motivo de doença, lesões por acidentes, doenças infecciosas, consumo frequente de medicamentos, problemas do sistema nervoso, agressões ou condutas violentas, transtornos do sono, mudanças de humor ou alterações de comportamento, alcoolismo ou uso de outras drogas, a cefaléia frequente, a perda auditiva, as cardiopatias, as nefropatias, as doenças da pele, os distúrbios do aparelho digestivo e as hepatopatias não apresentaram valores de interesse entre os participantes no que se refere à ocorrência destes distúrbios em sua saúde. Da mesma forma, as diferenças entre as respostas dos participantes não se mostraram estatisticamente significativas para a abordagem das questões referentes a estes problemas de saúde.

Com resultados idênticos no que se refere ao quantitativo de ocorrências para cada frequência, sobre o estresse e a depressão, 43 participantes declararam não apresentar este tipo de problema enquanto 17 afirmaram acometimento por estas intercorrências. As diferenças entre as respostas não foram significativas estatisticamente pelo teste do qui-quadrado ( $p > 0,05$ ).

O estresse pode estar relacionado com as duplas jornadas, gerando conflitos nas relações de trabalho, pois, quando estão cansados os trabalhadores acabam priorizando uma parte do serviço em detrimento de outras atividades também essenciais, ocasionando atrito nas relações com colegas de trabalho e ficando ainda mais estressados podendo acabar doentes. (MUROFUSE, 2004).

Enquanto 33 participantes declararam não possuir nenhum tipo de distúrbio ocular, 27 apontaram acometimento por este tipo de problema, sendo que oito (todos técnicos de enfermagem) consideram que tal distúrbio é agravado pelo trabalho em relação a 19 trabalhadores que indicaram que o problema não está relacionado com as atividades laborais. O teste do qui-quadrado apontou que as diferenças entre as respostas foram estatisticamente significativas para esta questão.

Além de favorecer a acuidade visual, o nível de iluminação adequado do ambiente propicia a prevenção e minimização da ocorrência de erros. Em atividades dependentes de precisão visual, deve-se usar iluminação localizada nos postos de trabalho e também tentar mesclar a iluminação artificial com a natural, com janelas projetadas para permitir a entrada adequada da luz natural. (COUTO, 2002).

Embora os resultados sobre a hipertensão não tenham se revelado significativas para efeitos estatísticos ( $p > 0,05$ ), 45 participantes declararam-se normotensos enquanto 15, hipertensos. Dentre os portadores de hipertensão, dois consideram que o trabalho provoca este problema, nove que o trabalho agrava e quatro não estabeleceram relação entre a hipertensão e o trabalho.

A hipertensão arterial é um dos grandes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão, esta patologia é crônica, não transmissível, de natureza multifatorial que compromete fundamentalmente o organismo. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2002).

A hipertensão apresenta uma elevada prevalência na população adulta brasileira e é responsável por provocar lesões em diferentes órgãos do corpo humano. Utilizando-se o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (pressões sistólica e diastólica com valores limítrofes de 140 e 90 mmHg), as taxas de prevalência na população adulta brasileira em estudos selecionados variam de 22,3% a 43,9%, sendo que a maioria das pessoas desconhece que são portadoras de hipertensão. (BUSNELLO et al., 2001).

Isto leva a reflexão sobre a possibilidade da existência de participantes hipertensos assintomáticos no estudo não apontarem acometimento pela hipertensão por mero desconhecimento.

Mais da metade dos participantes ( $n=36$ ) apresentava varizes no período de realização da pesquisa. Destes, cinco consideraram que o trabalho provocava este

distúrbio, 27 indicaram o trabalho como agravante e apenas quatro profissionais registraram que o trabalho não está relacionado com este problema de saúde.

As varizes provocam dor e desconforto e também correspondem a um problema de saúde considerado esteticamente desagradável.

Estima-se que, em cada cinco mulheres, uma possui varizes que traz deformidade estética e pode ser incapacitante, com complicações e sequelas graves. (SANTOS, 2003).

Embora os problemas respiratórios não tenham apresentado relevância quantitativa no estudo, os casos existentes indicaram diferenças estatísticas significativas entre as respostas por categoria profissional, em que os enfermeiros indicaram a relação entre trabalho e doença ao passo que os técnicos não a estabeleceram.

Em relação às lombalgias, 22 participantes declararam sofrer deste tipo de problema. Neste caso, nove participantes consideraram que o trabalho provoca este distúrbio, 12 indicaram-no como agravante e apenas um profissional não estabeleceu a relação entre trabalho e lombalgia.

A lombalgia aparece tradicionalmente em estudos epidemiológicos como um quadro ocupacional que dura, em média, de um a sete dias e que se torna muitas das vezes repetitivo ao longo da vida do trabalhador. (MARRAS, 2000).

A etiologia deste distúrbio é multifatorial e acomete mais comumente trabalhadores que lidam com grande sobrecarga física em associação com uma postura deficiente, expondo o profissional a lesões musculoesqueléticas frequentes, acabando por se tornarem patologias ocupacionais. (MARRAS, 2000).

Embora o quantitativo de participantes do estudo seja predominantemente feminino, os problemas inerentes a este gênero como os transtornos relacionados ao ciclo menstrual e à gravidez ou órgão reprodutor não foram significativamente apontados pelas trabalhadoras nem apresentaram relevância estatística neste grupo.

Considerando os resultados encontrados, constatou-se que os participantes apontaram que a maioria dos fatores de riscos encontra-se pouco presente nas unidades estudadas. Isto porque a resposta mais comumente marcada pelos trabalhadores em praticamente todas as questões do questionário utilizado foi a opção “raramente”.

Como se trata de um estudo em que os resultados são oriundos da perspectiva dos participantes, as condições de trabalho favoráveis podem refletir em um ambiente de fato salubre para o trabalhador, mas também pode encobrir situações de submissão deste indivíduo às condições de trabalho impostas pelo empregador ou chefia.

O que se pretende colocar é que alguns trabalhadores sentem receio em indicar inconformidades entre o ambiente de trabalho ideal e o real por medo perderem seus empregos ou sofrerem algum tipo de penalização, questão séria que leva à reflexão acerca de aspectos éticos e morais envolvidos nas relações de trabalho em nosso país (BENATTI, 1997; NAPOLEÃO et al., 2000) e que não foi descartada no presente estudo.

Por outro lado, vale citar também que na maioria das questões onde os valores de  $p$  foram inferiores a 0,05 pelo teste do qui-quadrado, indicando diferenças estatisticamente significativas entre as respostas de acordo com a categoria profissional, observou-se que, em geral, os enfermeiros apontavam uma frequência aumentada de fatores de risco em relação ao grupo de técnicos com percepção oposta.

Acredita-se que tais diferenças ocorram devido ao maior conhecimento e à percepção mais apurada deste profissional em relação aos técnicos de enfermagem, pela própria formação mais aprofundada.

Em relação aos problemas de saúde, observou-se que se trata de um grupo de trabalhadores que se considera relativamente saudável, tendo em vista que a frequência de indivíduos acometidos por algum distúrbio ou doença não atingiu a metade dos participantes em nenhuma das opções apresentadas no instrumento de coleta de dados.

Nos casos dos trabalhadores que indicaram sofrer de algum problema de saúde dentre os listados no questionário, o nexos causal ou a percepção do trabalho como um fator agravante para o referido problema mostrou-se evidente, uma vez que assinalaram mais as opções “provocado” ou “agravado” em relação à opção “não relacionado”.

A percepção do profissional sobre o trabalho como fator que provoca ou agrava algum problema à sua saúde não garante a sua notificação; para que isto ocorra, é necessária a comprovação do nexos causal o que favorece a sub-

notificação dos dados de adoecimento dos trabalhadores. (DIAS, 1994; LEITE; SILVA; MERIGHI, 2007).

## 4 CONCLUSÃO

É importante considerar que a pesquisa compreendeu uma população inserida numa instituição com aproximadamente três anos de funcionamento. Desta forma, o quantitativo aparentemente reduzido de participantes após a seleção da amostra foi significativo tendo em vista os critérios de exclusão estabelecidos.

No que concerne às condições de trabalho, o estudo buscou identificar os fatores de risco e sua associação com os problemas de saúde dos trabalhadores de enfermagem de uma maternidade.

A análise dos riscos no ambiente de trabalho bem como dos problemas de saúde apontados pelos participantes da pesquisa permitiram compreender que o ambiente de trabalho apresenta condições que não favorecem a saúde e o bem estar plenos dos trabalhadores.

No que se refere às características profissionais, a abordagem dos aspectos demográficos dos participantes foi discutida com menos profundidade tendo em vista não contemplar os objetivos da pesquisa. Por isto, tais questões visaram apresentar apenas o perfil dos trabalhadores.

Os resultados obtidos foram baseados na percepção dos trabalhadores sobre os fatores de risco e os problemas de saúde apresentados por estes indivíduos e sua relação com as condições de trabalho.

Considera-se a participação do trabalhador como um direito e uma necessidade para que os riscos presentes no ambiente de trabalho sejam identificados uma vez que estes profissionais são os mais habilitados no reconhecimento do seu próprio contexto laboral por se constituírem, também, agentes do processo.

Além disto, a valorização da participação dos trabalhadores na pesquisa pode favorecer a sua reflexão sobre as condições de trabalho e a repercussões em sua saúde.

Os trabalhadores de enfermagem do presente estudo apresentaram características profissionais que podem ser influenciadas pelo processo de trabalho, capazes de gerar problemas, dentre as quais se destacaram o duplo vínculo, a carga horária excessiva de trabalho, o baixo rendimento mensal e o trabalho em turnos.

Em consonância com a literatura estudada, a pesquisa evidenciou que a equipe de enfermagem é composta predominantemente por mulheres as quais estão expostas à dupla e até tripla jornada de trabalho, o que pode aumentar a sobrecarga de trabalho inerente ao trabalho de enfermagem, além de outros fatores que incluem a terceirização e a precarização dos contratos de trabalho que submetem o trabalhador a formas flexibilizadas e não regulamentadas de trabalho, gerando insegurança, medo e ansiedade no profissional e que poderão refletir no seu processo de trabalho e em sua saúde.

Cabe citar que mais de um terço dos participantes da pesquisa que trabalham na maternidade estudada estão em situação de contratação temporária.

Em relação aos riscos mais apontados ou que apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre as respostas dos profissionais por categoria profissional, destacaram-se:

- Risco físico: exposição à radiação;
- Riscos químicos: risco de contato com substâncias químicas e exposição a gases, vapores e aerossóis;
- Risco biológico: exposição a risco biológico (secreção, etc);
- Riscos de acidentes e mecânicos: risco por contato elétrico, risco de incêndio ou explosão, choques contra objetos móveis ou imóveis e lesão por material perfurocortante;
- Riscos ergonômicos: esforço físico que produz fadiga, risco de sobrecarga de trabalho, organização insatisfatória do horário e tarefas rotineiras ou monótonas;
- Situações de conflito e violência: conflito com chefia ou encarregado, conflito com pacientes, conflito entre trabalhadores e pouca possibilidade de promoção.

Estes resultados configuram um ambiente de trabalho inadequado e que poderá refletir diretamente na saúde dos trabalhadores, apontando para a necessidade de minimização, controle ou eliminação dos referidos riscos.

Dentre os problemas de saúde mais indicados pelos trabalhadores, destacaram-se a depressão, o estresse, os problemas oculares, a hipertensão, as varizes, os problemas respiratórios e as lombalgias.

Vale ressaltar um elevado índice de respostas conflitantes dos participantes e respostas “desconhece”, o que sugere falta de informação sobre os riscos ocupacionais.

Como descrito, para a maioria dos trabalhadores que apontaram algum tipo de problema de saúde, o trabalho é compreendido como fator que provoca ou agrava tal condição.

Os fatores de risco direcionam para a necessidade de mudanças visando a melhoria das condições de trabalho e, por conseguinte, a saúde dos trabalhadores. Neste sentido, são indicadas algumas recomendações, as quais serão descritas com vistas à melhoria das condições laborais dos participantes do estudo.

Tendo em vista os resultados apresentados, conclui-se que os objetivos propostos nesta pesquisa foram alcançados e permitiu ressaltar a importância do reconhecimento dos fatores de risco nos ambientes de trabalho e suas repercussões para a saúde do trabalhador. Contudo, é necessária a continuidade de estudos visando o aprofundamento de questões que precisam ser esclarecidas.

## **Recomendações**

Os resultados apontam a necessidade de realização de novos concursos públicos a fim de aumentar o quantitativo de recursos humanos para a equipe de enfermagem. Tal medida reduziria a precarização do trabalho além da sobrecarga, minimizando os riscos ergonômicos e psicossociais.

Em relação à capacitação profissional, verifica-se a necessidade do desenvolvimento de treinamentos para a equipe de enfermagem com diferentes enfoques, destacando-se a importância do controle ou minimização dos riscos ocupacionais, da promoção da saúde do trabalhador, das medidas de biossegurança para o controle dos riscos químicos e biológicos e das medidas ergonômicas visando o bem estar dos profissionais.

Os resultados indicam que algumas estratégias para o controle e a minimização de riscos poderiam representar recomendações úteis para a melhoria das condições de trabalho dos participantes do estudo, a saber:

- Risco físico: capacitação da equipe sobre as radiações ionizantes e as repercussões destas sobre o organismo do trabalhador;
- Riscos químicos: atualização dos trabalhadores no que se refere ao armazenamento, à manipulação e ao descarte adequados de substâncias químicas;
- Risco biológico: realização de estratégias de educação continuada para os profissionais sobre as medidas de biossegurança, a disponibilização de recursos materiais (como os equipamentos de proteção individual e coletiva) para o cumprimento das normas de biossegurança, especificamente da NR-32 do MTE;
- Riscos de acidentes ou mecânicos: realização de estratégias de capacitação permanente dos trabalhadores voltadas para as noções de primeiros socorros e condutas específicas em casos de acidentes (como nos casos de incêndios ou explosão e dos acidentes por material perfurocortante);
- Riscos ergonômicos: adoção de medidas ergonômicas com mudanças nos processos de trabalho (como a organização dos horários e das atividades visando o rodízio contínuo dos trabalhadores a cada dia de trabalho), equipamentos e utensílios e atualização dos trabalhadores para as posturas corretas no trabalho e o seguimento da NR-17 do MTE;
- Quanto às situações de conflito e violência: criação de espaços e horários específicos para a reunião dos trabalhadores na tentativa de melhorar ou manter o bom relacionamento interpessoal;
- Incentivo à gestão participativa na instituição.

No que se refere aos problemas de saúde mais apontados pelos trabalhadores, acredita-se que a adoção de determinadas recomendações, supracitadas, já seriam capazes de minimizar alguns problemas de saúde apontados pelos participantes do estudo como a melhoria das condições e do ambiente de trabalho para a redução do estresse e da depressão e a adoção de medidas ergonômicas para os casos de varizes e lombalgias.

No que se refere aos problemas oculares apontados, a melhoria das condições de iluminação do ambiente poderia ser útil para não provocar tais problemas nos indivíduos saudáveis e não agravar os casos já existentes.

Em relação aos hipertensos, o seu acompanhamento médico pela instituição, deve ser garantida bem como o rastreamento de possíveis casos de hipertensão nos assintomáticos.

No que concerne aos problemas respiratórios, medidas como a manutenção e troca adequadas dos filtros dos diferentes aparelhos de ventilação existentes na instituição podem minimizar os efeitos negativos típicos de ambientes mal ventilados em trabalhadores acometidos por distúrbios respiratórios e evitar a ocorrência de novos casos.

Finalmente, vale ressaltar a importância de uma efetiva atuação do serviço de saúde do trabalhador, visando a investigação dos fatores de risco no ambiente ocupacional e o controle da saúde dos trabalhadores da instituição.

## REFERÊNCIAS

ABREU, A.M.M.; MAURO, M.Y.C. Acidentes de trabalho com a equipe de enfermagem no setor de emergência de um hospital municipal do Rio de Janeiro. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 139-146, abr. 2000.

ALVES, D.; GODOY, S.C.B.; SANTANA, D.M. Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 59, n. 2, p. 195-200, mar./abr. 2006.

ARANGO, H.G. **Bioestatística: Teoria e computacional**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

ATLAS. **Segurança e medicina do trabalho**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2000.

AZAMBUJA, M.I.R.; MENDES, R. **Detecção de agravos à saúde, relacionados com o trabalho, na consulta médica**. São Paulo: Atheneu, 2003.

BARBOSA, A. Hospitais: fontes de saúde ou de riscos? **Rev. Saúde Dist Fed.**, Brasília, v. 6, n. 1/2 p. 32-36, jan./jun. 1995.

BARBOZA, D.B.; SOLER, Z.A.S.G. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 177-183, mar. 2003.

BENATTI, M.C.C. **Acidente do trabalho em um hospital universitário: um estudo sobre a ocorrência e os fatores de risco entre trabalhadores de enfermagem**. 1997. 239f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo Ribeirão, Preto, 1997.

BENSOUSSAN, E. et al. **Saúde ocupacional**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1998.

BIANCHI, E.R.F. Enfermeira hospitalar e o stress. **Rev. Esc. Enf. da USP**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 390-394, dez. 2000.

BOIX, P.; VOGEL, L. **La evaluación de riesgos em los locales de trabajo: guia para una intervención sindical**. Bruxellas: BTS, 1997.

BRASIL. Decreto-Lei Nº 5.452, de 01 de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 09 mai. 1943.

BRASIL. Lei Nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977. Altera o Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo à Segurança e Medicina do Trabalho. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 23 dez. 1977.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. 140 p.

BRASIL. 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**, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

BRASIL. Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Define a criação dos Conselhos de Saúde e dos Fundos de Saúde. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 28 dez. 1990b.

BRASIL. Portaria Nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 6 nov. 1996a.

BRASIL. Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996. Estabelece os requisitos para realização de pesquisa clínica de produtos para saúde utilizando seres humanos. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 16 out. 1996b.

BRASIL. Portaria Nº 3.908, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST), estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] União**, Brasília, 10 nov. 1998a.

BRASIL. Portaria Nº 3.120, de 01 de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 02 de jul. 1998b.

BRASIL. Normas regulamentadoras. In: **Segurança e medicina do trabalho**. 48. ed. São Paulo: Atlas, 2001a.

BRASIL. **Doenças relacionadas ao trabalho**. Manual de procedimentos para o serviço de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001b.

BRASIL. Portaria No 1.679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 20 set. 2002.

BRASIL. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão do Trabalho e da regulação profissional em saúde**: agenda positiva do departamento de gestão e da regulação do trabalho em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. **Lista de doenças relacionadas ao trabalho**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria Nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora n.º 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 16 nov. 2005c. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: **DesprecarizaSUS: perguntas & respostas**: Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. **Painel de indicadores do SUS**. Ano I. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. **Indicadores de gestão do trabalho em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BULHÕES, I. **Riscos do trabalho de enfermagem**. 2.ed. Rio de Janeiro: Folha Carioca, 1998.

BUSNELLO, R.G. et al. Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. **Arq Bras Cardiol.**, Porto Alegre, v. 73, n. 5, p. 349-351, 2001.

CALVO, A.J.G. Electricidad. In: OTERO, J.J.G. **Riesgos del trabajo del personal sanitario**. 2.ed. Espanha: Mc Graw-Hill & Interamericana de España,1993. p .73-82.

CAMELO, S.H.H. **Riscos psicossociais relacionados ao estresse no trabalho das equipes de Saúde da Família e estratégias de gerenciamento**. 2006. 161f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

CARAN, V.C.S. **Riscos Psicossociais e Assédio Moral no contexto acadêmico**. 2007. 188f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

CAVALCANTE, C.A.A. et al. Riscos ocupacionais do trabalho em enfermagem: uma análise contextual. **Ciênc. Cuid Saúde**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 88-97, jan./abr. 2006.

CHIAVENATO, I. **Recursos humanos na empresa**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1994.

CODO, W.; SAMPAIO, J.J.C.; HITOMI, A.H. **Indivíduo, trabalho e sofrimento**: uma abordagem interdisciplinar. Petrópolis: Vozes, 1993.

CORREA, C.F.; DONATO, M. Biossegurança em uma unidade de terapia intensiva - a percepção da equipe de enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 197-204, jun. 2007.

COSTA, C.O.B. Trajetória conceitual no entendimento da relação saúde-trabalho. **Cadernos do Serviço Social do HUPE**, v. 4, n. 5, p. 113-127, 1996.

COSTA, T.F.; FELLI, V.E.A. Exposição dos trabalhadores de enfermagem às cargas químicas em um hospital público universitário da cidade de São Paulo. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 501-508, jul./ago. 2005.

COUTO, H.A. **Ergonomia aplicada ao trabalho em 18 lições**. Belo Horizonte: Ergo, 2002.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo da psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez, 1992.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Rev Bras Saúde Ocupacional**, v. 14, n. 54, p. 10-23, abr./jun. 1986.

DIAS, E.C. Aspectos atuais da saúde do trabalhador no Brasil. In: ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M.; BUSCHINELLI, J.T.P. (Org.). **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 139-56.

DURÃO, A. Fomento de la salud de los trabajadores: aportes del área medica. **Boletín de la oficina sanitaria panamericana**, v. 105, n.2, p. 183-191, 1998.

ELIAS, M.A.; NAVARRO, V.L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 517-525, jul./ago. 2006.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FISCHER, M.F. **Condições de trabalho e de vida em trabalhadores de setor petroquímico**. 1990. 342f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.

FONSECA, A.F. **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

FREITAS, G. F.; FUGULIN, F.M.T.; FERNANDES, M.F.P. A regulação das relações de trabalho e gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 40, n.3, p. 443-448, 2006.

GARCÍA, A. M.; BENAVIDES, F.G.; RUIZ-FRUTOS, C. **Salud Laboral: Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales**. 2. ed. Barcelona: Masson, 2004.

GHAJ, D. **Trabalho decente: objetivos e estratégias**. Genebra: OIT, 2006.

GUEDES, E.M. **Distúrbios osteomusculares e o trabalho de enfermagem hospitalar: estudo com auxiliares de enfermagem em unidade ortopédica**. 2000. 160f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

GURGUEIRA, G.P. **Contribuições ao estudo de qualidade de vida e de restrições de trabalho em uma instituição hospitalar**. 2005. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2005.

HAAG, G.S. et al. **A enfermagem e a saúde dos trabalhadores**. Goiânia: AAB, 1997.

HARNECKER, M. **Os conceitos elementares do materialismo histórico**. São Paulo: Global, 1983.

HUBERMAN, L. **História da riqueza do homem**. 21.ed. Rio de Janeiro: LTC, 1986.

IIDA, I. **Ergonomia: projeto e produção**. 2.ed. São Paulo: Edgard Blucher, 2005.

JÓDAR, P.; BENACH, J. **Condiciones de trabajo**. 2.ed. Barcelona: Masson, 2004.

JOHNSTONE, R.T. **Medicina del trabajo y higiene industrial**. Argentina: Nova Buenos Aires, 1955.

KURCGANT, P. et al. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.

LARANJEIRA, C.A. O Contexto organizacional e a experiência de estresse: uma perspectiva integrativa. **Rev. Salud Pública**, v. 11, n. 1, p.123-133, 2009.

LEITE, P.C.; SILVA, A.; MERIGHI, M.A.B. A mulher trabalhadora de enfermagem e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 287-291, 2007.

MARIN, M.A.J.C. **Enfermería comunitaria**. Madrid: Mc Graw-Hill, 2000.

MARRAS, W.S. Occupational low back disorder causation and control. **Ergonomics**, v. 43, n. 7, p. 880-902, 2000.

MARTINS, L.M.M. et al. Agentes estressores no trabalho e sugestões para amenizá-los: opiniões de enfermeiros de pós-graduação. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 52-58, 2000.

MAURO, M.Y.C. Riscos ocupacionais em saúde. **Enfermagem Científica**, v. 2, p. 7-22, 1990.

MAURO, M.Y.C.. Riscos ocupacionais em saúde. **Enfermagem Científica**, v. 3, n. 1, p. 11-15, 1991.

MAURO, M.Y.C. (Coord.) **Inovação de gestão das condições de trabalho em saúde para hospitais do sistema único de saúde – SUS/BRASIL**. Projeto inserido no edital MCT – CNPQ/MS – SCTIE/DECIT Nº 23/2006. Processo 409526/2006-1. Brasília, 2009.

MAURO, M.Y.C.; PAZ, A.F.; MAURO, C.C.C. Estudio de La postura de los Estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidade el Estado do Rio de Janeiro. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, edição extra, p. 81-88, 1996.

MAURO, M.Y.C. et al. Riscos ocupacionais em saúde. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 338-345, 2004.

MAURO, M.Y.C.; VEIGA, A.R. Problemas de saúde e riscos ocupacionais: percepções dos trabalhadores de enfermagem de unidade materna infantil. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 64-69, jan./mar. 2008.

MEDRONHO, R.A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2004.

MELO, A. Um desafio para o trabalhador da saúde. **Revista Proteção**. Especial Biossegurança, v. 31, p. 9, nov. 2004. Entrevista.

MENDES, R. **Medicina do trabalho e doenças profissionais**. São Paulo: Sarvier, 1980.

MENDES, R. **Patologia do trabalho**. São Paulo: Atheneu, 2003.

MENDES, R.; DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.

MIELNIK, I. **Higiene Mental do Trabalho**. São Paulo: Artes Médicas, 1976.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S.M.F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. Saúde Públ.**, v. 13, n. 2, p. 21-32, 1997.

MONTMOLLIN, M. **Le taylorisme a visage humain**. Paris: PUF, 1981.

MORILLEJO, E.A.; MUÑOZ, C.P. Fatores de risco em trabalhadores da saúde. **Rev Téc-cient Enferm**, v. 2, n. 9, p. 138-145, maio/jun. 2004.

MUROFUSE, N.T. **O adoecimento dos trabalhadores de enfermagem da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais**: reflexo das mudanças no mundo do trabalho. 2004. 298 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MURTA, G.F. **Saberes e práticas**: guia para o ensino e aprendizagem de enfermagem. 4.ed. Difusão: São Paulo, 2008.

NAPOLEÃO, A. A. et al. Causas de subnotificação de acidentes de trabalho entre trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 119-120, 2000.

NARDIR, H.C. **Saúde do trabalhador**. 4.ed. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: UFRGS, 2002.

ODDONE, I. et al. **Ambiente de trabalho**: a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Hucitec, 1986.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Absentismo: causa y control. In: **Enciclopedia de salud e seguridad en el trabajo**. Madri: OIT, 1989. p. 5-12.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **The decent work deficit**: a global challenge. Disponível em: <<http://www.ilo.org/public/english/standards/relm/ilc/ilc89/rep-i-a.htm> >. Acesso em: 25 set. 2008.

ORNELLAS, T.C.F.; MONTEIRO, M.I. Aspectos históricos, culturais e sociais do trabalho. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 59, n. 4, p. 552-5, jul./ago. 2006.

PADIN, M.D. Incendios. In: OTERO, J.J.G. **Riesgos del trabajo del personal sanitario**. 2.ed. Espanha: Mc Graw-Hill & Interamericana de España, 1993. p. 110-121.

PARAGUAY, A.I.B.B. **Da organização do trabalho e seus impactos sobre a saúde dos trabalhadores**. São Paulo: Atheneu, 2003.

PAULINO, A.Y.; VILMAR, M.L.; BALTAR, R. **Índice de trabalho decente nas empresas**: proposições para uma metodologia. São Paulo: Instituto Observatório Social, 2007.

PEREIRA, M.C.A.; FÁVERO, N. A motivação no trabalho da equipe de enfermagem. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, p. 7-12, jul. 2001.

PICALUGA, I.F. **Saúde e trabalho**. São Paulo: IBASE-Vozes, 1983.

PINHO, D.L.M.; RODRIGUES, C.M.; GOMES, G.P. Perfil dos acidentes de trabalho no Hospital Universitário de Brasília. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 291-294, maio/jun. 2007.

PIRES DO RIO, R.; PIRES, L. **Introdução à ergonomia**. 3. ed. São Paulo: LTR, 2001.

PIZA, F.T. **Informações básicas sobre saúde e segurança no trabalho**. São Paulo: CIPA, 1997.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.B.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTO, M.F.S. **Análise de riscos nos locais de trabalho**: conhecer para transformar. São Paulo: INST, 2000.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Grande tratado de enfermagem prática**: clínica e prática hospitalar. 3.ed. São Paulo: Livraria Santos, 2002.

ROCHA, L.E.; DEBERT-RIBEIRO, M. Trabalho, saúde e gênero: um estudo comparativo sobre analistas de sistemas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 6, p. 539-547, dez. 2001.

ROCHA, L.R.R.; MARZIALE, M.H.P.; ROBAZZI, M.L.C.C. Perigos potenciais a que estão expostos trabalhadores de enfermagem na manipulação de quimioterápicos antineoplásicos: conhecê-los para preveni-los. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 511-517, mai./jun. 2004.

RODRIGUES, V.F.R. Principais impactos do trabalho em turnos: estudo de caso de uma sonda de perfuração marítima. **R. Un. Alfenas**, Alfenas, v. 4, p. 199-207, 1998.

ROGERS, B. **Enfermagem do trabalho**: conceitos e prática. Portugal: Lusociência, 1997.

ROYAS, A.D.V.; MARZIALE, M.H.P. A situação de trabalho do pessoal de enfermagem no contexto de um hospital argentino: um estudo sob a ótica da ergonomia. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 102-108, jan. 2001.

RUDIO, F.V. **Introdução ao Projeto de Pesquisa Científica**. 29.ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

SAGEHOMME, D. **Por um trabalho melhor**: guia de análise das condições de trabalho no meio hospitalar. Portugal: Formasau, 1997.

SAMPAIO, J.J.C. et al. **Saúde e trabalho**: uma abordagem do processo e jornada de trabalho. Petrópolis: Vozes, 1985.

SANTIAGO, F.R.; LÓPEZ, R.M.D. **Condiciones de trabajo y salud**. Riesgos laborales. Ibermutuamur /Madrid: PYCH/Asociación, 2000.

SANTOS, A.D. **Prevalência de pacientes com varizes nos membros inferiores, na comunidade Sombra dos Eucaliptos**. 2003. Monografia (Especialização em Ciências Médicas) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2003.

SANTOS, I. et al. **Enfermagem e campos de prática em saúde coletiva**: realidade, questões e soluções. São Paulo: Atheneu, 2008.

SANTOS, J.M.; OLIVEIRA, E.B.; MOREIRA, A.C. Estresse, fator de risco para a saúde do enfermeiro em centro de terapia intensiva. **R Enferm UERJ**, v. 14, n. 1, p. 580-585, out./dez. 2006.

SANTOS, N.; FIALHO, F.A.P. **Manual de análise ergonômica do trabalho**. Curitiba: Gênese, 1995.

SELIGMANN-SILVA, E. Referência Nacional: psiquiatria dedicada à saúde mental dos trabalhadores há 35 anos aponta o que os aflige. **Proteção**, Rio Grande do Sul, edição 206, ano XXII, p.8-12, fev. 2009. Entrevista.

SILVA, D.M.P.P. **O adoecer dos trabalhadores de enfermagem**: estudo dos problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo-doença em um hospital universitário. 1999. 140f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

SILVA, D.M.P.P.; MARZIALE, M.H.P. Condições de trabalho versus absenteísmo-doença no trabalho de enfermagem. **Ciênc. Cuid Saúde**, Maringá, v. 5, p. 166-172, 2006.

SILVA, F.P.P. Burnout: um desafio à saúde do trabalhador. **Revista de Psicologia**, Londrina, v. 2, n. 1, p. 1-22, jun. 2000.

SILVA, S.L. **Saberes e práticas**: guia para o ensino e aprendizagem de enfermagem. 4. ed. São Paulo: Difusão, 2008.

SILVA, V.E.F. **O desgaste do trabalhador de enfermagem**: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. 1996. 289f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

SIQUEIRA, M.M.; WATANABE, F.S.; VENTOLA, A. Desgaste físico e mental de auxiliares de enfermagem: uma análise sob o enfoque gerencial. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 1, p. 54-57, jan. 1995.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Rev Bras Hipertens.**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 359-404, out./dez. 2002.

SPÍNDOLA, T. Prevenindo acidentes com perfurocortantes na área hospitalar. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 7, p. 54-60, 1999.

STELLMAN, J.M.; WARSHAW, L.J. **Trabajo e trabajadores**. Madrid: OIT, 1998.

WAISSMANN, W.; CASTRO, J.A.P. **A evolução das abordagens em saúde e trabalho no capitalismo industrial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

XELEGATI, R. et al. Chemical occupational risks identified by nurses in a hospital environment. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n.2, p.214-219, mar./abr. 2006.

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO BIOMÉDICO  
Faculdade de Enfermagem – FENF/UERJ  
Programa de Pós-Graduação / Mestrado Acadêmico

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estimado colega trabalhador,

Você é convidado a participar da pesquisa intitulada “Condições de trabalho e problemas de saúde em enfermagem na maternidade de um hospital universitário”, cujos objetivos são:

- Identificar as características profissionais dos trabalhadores de enfermagem da maternidade de um hospital universitário;
- Descrever os fatores de risco do ambiente de trabalho percebidos por estes trabalhadores;
- Identificar os problemas pessoais de saúde percebidos pelos trabalhadores e sua relação com o trabalho.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária, isto é, você tem o direito de não participar ou de se retirar do estudo a qualquer momento, sem que isto represente prejuízo em sua relação com a instituição onde a pesquisa está sendo realizada.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial e seu nome será mantido em sigilo.

As informações prestadas serão utilizadas apenas nesta pesquisa e a divulgação dos resultados ocorrerá em eventos ou publicações científicas.

A pesquisa será conduzida pela aplicação de questionários e sua participação consistirá em responder as perguntas realizadas.

Sua participação não inclui qualquer custo e nem compensação financeira.

O benefício esperado com a realização desta pesquisa é, através de um diagnóstico dos riscos ocupacionais e problemas de saúde dos trabalhadores de enfermagem das unidades estudadas, propor mudanças que minimizem estes riscos para promover a saúde destes trabalhadores.

Você terá uma cópia deste termo, que contém número de telefone e e-mails da pesquisadora e da orientadora. Com eles, poderá a qualquer momento esclarecer suas dúvidas a respeito da pesquisa ou de sua participação.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, concordo em participar desta pesquisa encontrando-me esclarecido sobre todos os aspectos acima descritos.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do trabalhador

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

**Jéssica Louise da Silva Barbosa**

Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da FENF/UERJ  
Tel.: 9259-5681. E-mail: jessicalouise@uol.com.br

**Profa. Dra. Maria Yvone Chaves Mauro**

Orientadora – Prof<sup>a</sup>. Titular Visitante do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da FENF/UERJ  
Coordenadora do Projeto INGECTH-SUS. E-mail: mycmauro@uol.com.br

## ANEXO A – Autorizaçã dos Autores (instrumento original)



Valencia, 20 de octubre de 2007

A quien corresponda:

Dr. **Pere Boix**, coautor junto con el profesor **Laurent Vogel**, de la Universidad Libre de Bruselas, de "La evaluación de riesgos en los lugares de trabajo – guía para una intervención sindical" publicado por la Oficina Técnico Sindical Europea para la Salud y Seguridad.

AUTORIZA A: **Dra. María Yvone Chaves Mauro**

Docente de la Universidad Estadual de Rio de Janeiro - UERJ e Investigadora Principal (en Brasil recibe la denominación de Coordinadora) del proyecto financiado por el Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), recurso MCT- CNPq/ MS-SCTIE- DECIT – Nº 23/2006, titulado: Innovación en la Gestión de las Condiciones de Trabajo en Salud para Hospitales del Sistema Único de Salud – SUS/BRASIL.

A UTILIZAR, TRADUCIR Y ADAPTAR para el sector de la salud y mas concretamente al sector Hospitalario, el cuestionario que se encuentra en dicha publicación.



Fdo. Dr. **Pere Boix**

C/ Liria, 70  
46500 Sagunto  
Tel. 963 661 500

**ANEXO B – Instrumento de Coleta de Dados**



**CNPq**  
Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico



**INGECTH** SUS



**UERJ**  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



**UERJ**  
Faculdade de Enfermagem

---

Projeto INOVAÇÃO DE GESTÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO EM SAÚDE, PARA HOSPITAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS/BRASIL

## MANUAL DE APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO

---

### CADERNO B

**QUESTIONÁRIO SOBRE RISCOS E DANOS:  
Identificação subjetiva dos problemas de Saúde no Trabalho.**

- 1 - **OBJETIVO:**
  -  Identificar os riscos e danos percebidos pelos trabalhadores no seu trabalho
  
- 2 - **CONTEÚDO:**
  -  Compõe-se de:
    - ➔ Questionário para caracterização profissional dos trabalhadores;
    - ➔ Questionário para identificação de problemas de saúde relacionados ao trabalho.
  
- 3 - **INSTRUÇÃO DE APLICAÇÃO:**
  -  Este caderno será auto-aplicado por profissionais com da área da Saúde
  
- 4 - **RESPONDENTE:**
  -  Este caderno deverá ser respondido pelos próprios trabalhadores, segundo sua percepção.

0



Projeto INOVAÇÃO DE GESTÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO EM SAÚDE, PARA HOSPITAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS/BRASIL

## CADERNO B <sup>(1)</sup>

### QUESTIONÁRIO SOBRE RISCOS E DANOS

#### Identificação subjetiva de problemas de Saúde no Trabalho

#### CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS DOS TRABALHADORES

1. UNIDADE: .....
2. Função: .....
3. Setor de Trabalho: .....
4. Ano de Admissão: .....
5. Tipo de contrato/inserção:
 

<input type="checkbox"/> Estatutário Federal	<input type="checkbox"/> Estatutário Estadual	<input type="checkbox"/> Estatutário Municipal
<input type="checkbox"/> Contrato CLT	<input type="checkbox"/> Outros Contratos	<input type="checkbox"/> Cooperativo
6. Sexo
 

<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino
------------------------------------	-----------------------------------
7. Idade: .....
8. Estado Civil:
 

<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (ou união consensual)	<input type="checkbox"/> Divorciado/Desquitado	<input type="checkbox"/> Viúvo
-----------------------------------	---	--	--------------------------------
9. N° de Vínculos Empregatícios: .....
10. Tipo de Jornada nesta unidade de Saúde:
 

<input type="checkbox"/> Diário	<input type="checkbox"/> Plantão diurno	<input type="checkbox"/> Plantão noturno	<input type="checkbox"/> Outro .....
---------------------------------	---	--	--------------------------------------
11. Carga Horária Semanal nesta unidade:
 

<input type="checkbox"/> 20 a 29 horas	<input type="checkbox"/> 30 a 39 horas	<input type="checkbox"/> 40 ou mais horas	<input type="checkbox"/> 24 horas	<input type="checkbox"/> outra
--	--	---	-----------------------------------	--------------------------------
12. Carga Horária Semanal em outra (s) unidade (s): .....
13. Faixa Salarial em Salário Mínimo Federal:
 

<input type="checkbox"/> 1 a 2 salários mínimos	<input type="checkbox"/> 3 a 5 SM	<input type="checkbox"/> 6 a 8 SM
<input type="checkbox"/> 9 a 11 salários mínimos	<input type="checkbox"/> acima de 12 salários mínimos	

<sup>(1)</sup> Modelo de BOIX e VOGEL (1997) adaptado por MAURO (2009).

**CADERNO B <sup>(1)</sup>**

**QUESTIONÁRIO SOBRE RISCOS E DANOS**  
**Identificação subjetiva de problemas de Saúde no Trabalho**

**FATORES DE RISCOS DO AMBIENTE DE TRABALHO**

Considere que no seu Posto de Trabalho existem alguns dos seguintes fatores de risco ocupacional

Marque com um X no quadrinho correspondente à legenda abaixo. Preencha utilizando:

4 - Sempre – você observa todos os dias no seu trabalho

3 - Frequentemente – você observa muitas vezes no seu trabalho

2 - Raramente – você observa poucas vezes no seu trabalho

1 - Não acontece – você não observa no seu trabalho

0 - Desconhece – você não tem conhecimento se acontece ou não

Aspectos percebidos pelos trabalhadores	4	3	2	1	0
<b>Riscos Físicos</b>					
14. Exposição à radiação	<input type="checkbox"/>				
15. Exposição à ruído	<input type="checkbox"/>				
16. Exposição à temperatura inadequada	<input type="checkbox"/>				
17. Exposição à umidade excessiva	<input type="checkbox"/>				
<b>Riscos Químicos</b>					
18. Risco de contato com substância química	<input type="checkbox"/>				
19. Exposição a gases, vapores ou aerossóis	<input type="checkbox"/>				
<b>Riscos Biológicos</b>					
20. Exposição à risco biológico ( secreção, etc)	<input type="checkbox"/>				
21. Exposição ao vírus da Hepatite	<input type="checkbox"/>				
22. Exposição ao vírus HIV	<input type="checkbox"/>				
<b>Riscos de Acidente/Mecânicos</b>					
23. Risco por contato elétrico	<input type="checkbox"/>				
24. Risco de incêndio ou explosão	<input type="checkbox"/>				
25. Risco de queda de materiais	<input type="checkbox"/>				
26. Choques contra objetos <u>móveis/imóveis</u>	<input type="checkbox"/>				
27. Falta de equipamentos de proteção individual	<input type="checkbox"/>				
28. Má utilização de equipamento de proteção individual	<input type="checkbox"/>				
29. Lesão por material perfuro cortante	<input type="checkbox"/>				
<b>Aspectos percebidos pelos trabalhadores</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>

<sup>(1)</sup> Modelo de BOIX e VOGEL (1997) adaptado por MAURO (2009).

	<input type="checkbox"/>				
<b>Riscos Ergonômicos</b>					
30. Desconforto pela postura adotada por muito tempo	<input type="checkbox"/>				
31. Posturas forçadas para realização de alguma tarefa	<input type="checkbox"/>				
32. Esforço físico que produz fadiga	<input type="checkbox"/>				
33. Risco de sobrecarga de trabalho	<input type="checkbox"/>				
34. Organização insatisfatória de horário	<input type="checkbox"/>				
35. Duração excessiva da jornada de trabalho	<input type="checkbox"/>				
36. Ritmo de trabalho acelerado	<input type="checkbox"/>				
37. Recursos insuficientes para realizar o trabalho	<input type="checkbox"/>				
38. Tarefas rotineiras ou monótonas	<input type="checkbox"/>				
<b>Situações de Conflito e Violência</b>					
39. Agressividade, assédio sexual ou violência no trabalho	<input type="checkbox"/>				
40. Conflito com chefia ou encarregados	<input type="checkbox"/>				
41. Conflito com clientes ou pacientes	<input type="checkbox"/>				
42. Conflito entre trabalhadores	<input type="checkbox"/>				
43. Pouca oportunidade de decisão sobre a realização do	<input type="checkbox"/>				
44. Pouca possibilidade de promoção	<input type="checkbox"/>				
45. Situação de discriminação no trabalho (assédio moral)	<input type="checkbox"/>				

(1) Modelo de BOIX e VOGEL (1997) adaptado por MAURO (2009).

CADERNO B <sup>(1)</sup>

QUESTIONÁRIO SOBRE RISCOS E DANOS  
Identificação subjetiva de problemas de Saúde no Trabalho

**PROBLEMAS DE SAÚDE DOS PROFISSIONAIS**

Marque com um X no quadrinho correspondente à legenda abaixo. Preencha utilizando:

**Existente** – Você possui o problema. Especifique SIM ou NÃO.

**Relacionado ao trabalho** – O problema foi ocasionado pelo trabalho.

**Provocado** – Você não possuía o problema antes de trabalhar neste lugar e depois adquiriu.

**Agravado** – Você já tinha o problema e ficou pior depois de começar a trabalhar neste lugar

**Não relacionado ao trabalho** – O problema não tem a ver com o trabalho

RISCOS E DANOS	EXISTENTE		RELACIONADO AO TRABALHO		NÃO RELACIONADO
	NÃO	SIM	Provocados	Agravados	
46. Afastamentos freqüentes por motivo de doença					
47. Mudança/transferência do trabalho por motivo de doença					
48. Lesões por acidentes					
49. Doenças Infecciosas					
50. Consumo freqüente de medicamentos					
51. Problemas sistema nervoso					
52. Estresse					
53. Depressão					
54. Agressões ou condutas violentas					
55. Transtornos do sono					
56. Mudanças de humor/alterações de comportamento					
57. Alcoolismo e uso de outras drogas					
58. Dor de cabeça freqüente					
59. Perda Auditiva					
60. Problemas oculares					
61. Doenças do Coração					
62. Hipertensão					
63. Varizes					
64. Doenças Renais					
65. Problemas respiratórios					
66. Doenças de pele					
67. Problemas digestivos					
68. Doenças do Fígado					
69. Fadiga Muscular					
70. Problemas de articulação					
71. Lesões da coluna vertebral					
72. Lombalgias					
73. Intoxicação por metais ou substâncias químicas					
74. Câncer					
75. Transtornos relacionados ao ciclo menstrual					
76. Transtornos da gravidez ou de órgão reprodutor					

<sup>(1)</sup> Modelo de BOIX e VOGEL (1997) adaptado por MAURO (2009).

## ANEXO C – Autorização da Direção de Enfermagem



Universidade do Estado do Rio de Janeiro  
Hospital Universitário Pedro Ernesto - Faculdade de Ciências Médicas  
Núcleo Perinatal



**Termo de consentimento para coleta de dados no Núcleo Perinatal**

**Pesquisador:** JÉSSICA LOUISE DA SILVA BARBOSA (FENF-UERJ)

**Orientador:** DRA MARIA YVONE CHAVES MAURO (FENF-UERJ)

**Título:** CONDIÇÕES DE TRABALHO E PROBLEMAS DE SAÚDE EM ENFERMAGEM NA MATERNIDADE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.

**Natureza:** PESQUISA DESCRITIVA QUANTITATIVA (DISSERTAÇÃO DE MESTRADO)

**Resumo (anexar cópia do projeto assinada pelo pesquisador e orientador):**

PROJETO DE PESQUISA COM FINS DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO, ATRAVÉS DO QUAL PRETENDE-SE APLICAR O CADERNO B (QUESTIONÁRIO) DO PROJETO INGECTH-SUS (CNPq) QUE VERSA SOBRE AS CONDIÇÕES DE TRABALHO E PROBLEMAS DE SAÚDE DOS TRABALHADORES. CÓPIA DO PROJETO EM ANEXO.

**O pesquisador:**

1. Toma ciência que após esta aprovação, a coleta de dados somente poderá ter início após a apresentação da autorização pela Comissão de Ética em Pesquisa do HUPE;
3. Assume o compromisso em entregar na secretaria do NP cópia da versão final do trabalho.

Data:

pesquisador

Maria Yvone Chaves Mauro  
orientador

**Avaliação de área (s) específica (s):**

5/12/2011  
de Aceite  
Comissão de Ética em Pesquisa  
HUPE  
MAR. HUPE. 00282/1

Data:

Cadastrado com o nº:

Aprovação pelo coordenador do Núcleo Perinatal:

Rua Prof. Manoel de Abreu 500. Vila Isabel, Rio de Janeiro, RJ CEP: 20550-170  
Tel.: 2587-6552 587-6490 FAX: 2587-6551

Alexandre José Barbosa Trajano  
Coordenador do Núcleo Perinatal  
HUPE  
t. 03488-7

## ANEXO D – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**



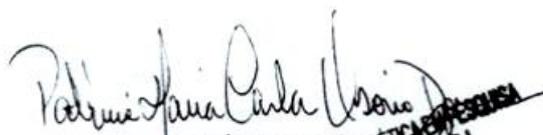
Rio de Janeiro, 16 de dezembro de 2009

Do: Comitê de Ética em Pesquisa  
 Prof<sup>a</sup>. Patrícia Maria C. O. Duque  
 Para: Aut. Jessica Louise da Silva Barbosa  
 Orient. Prof<sup>a</sup>. Maria Yvone C. Mauro

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, após avaliação, considerou o projeto (2493-CEP/HUPE – CAAE: 0090.0.228.000-09) "CONDIÇÕES DE TRABALHO E PROBLEMAS DE SAÚDE EM ENFERMAGEM NA MATERNIDADE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO" aprovado, encontrando-se este dentro dos padrões éticos da pesquisa em seres humanos, conforme Resolução n.º196 sobre pesquisa envolvendo seres humanos de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, bem como o consentimento livre e esclarecido.

O pesquisador deverá informar ao Comitê de Ética qualquer acontecimento ocorrido no decorrer da pesquisa.

O Comitê de Ética solicita a V. S<sup>a</sup>., que ao término da pesquisa encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto.

  
 Prof<sup>a</sup> Patrícia Maria C. O. Duque  
 Membro do Comitê de Ética em Pesquisa

# 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](#)