

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ROSANE TERESINHA FONTANA

**SITUAÇÃO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM EM UMA INSTITUIÇÃO DE
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: SABERES E PRÁTICAS**

Porto Alegre

2011

ROSANE TERESINHA FONTANA

**SITUAÇÃO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM EM UMA INSTITUIÇÃO DE
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: SABERES E PRÁTICAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Políticas e práticas em saúde e enfermagem

Linha de Pesquisa: Gestão em saúde e enfermagem e organização do trabalho

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Liana Lautert

Porto Alegre

2011

CIP - Catalogação na Publicação

Fontana, Rosane Teresinha
SITUAÇÃO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM EM UMA
INSTITUIÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: SABERES E
PRÁTICAS / Rosane Teresinha Fontana. -- 2011.
207 f.

Orientadora: Liana Lautert.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2011.

1. saúde do trabalhador. 2. enfermagem. 3.
ergologia. 4. riscos ocupacionais. 5. engenharia
Humana. I. Lautert, Liana, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

ROSANE TERESINHA FONTANA

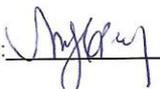
**Situação de trabalho da enfermagem em uma instituição de atenção básica à saúde:
saberes e práticas.**

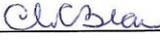
Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 15 de dezembro de 2011.

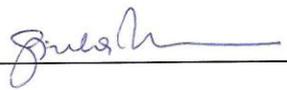
BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Liana Lautert: 
Presidente – PPGEN/UFRGS

Profa. Dra. Maria Helena Palucci Marziale: 
Membro – USP-RP

Profa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck: 
Membro – UFSM

Profa. Dra. Sônia Beatriz Cocaro de Souza: 
Membro – PPGEN/UFRGS

Profa. Dra. Gisela Maria Schebella Souto de Moura: 
Membro – PPGEN/UFRGS

*Dedico inteiramente este estudo à minha filha, **Fernanda**, razão absoluta do meu ser e fazer... Sua forma intensa de viver a vida, sua sensibilidade e sua busca pela felicidade me estimulam a ser, cada vez mais, uma pessoa melhor...*

AGRADECIMENTOS

Agradeço...

A Deus... por tudo...

À minha pequena família, sem a qual não realizaria este sonho. À minha amada filha, Fernanda, que junto delineava a formação de Mestrado e, sob muito trabalho e feriados acompanhados de intenso estudo, compartilhava comigo epistemologia e emoções. Ao meu companheiro, Flávio, que pacientemente me compreendeu...

À minha grande família: Mãe, Pai, Ju, Márcio, Gau e Mauro que, mesmo longe, torciam por mim e pela minha saúde física e mental, sempre!

E, muito especialmente, ao meu sobrinho Henrique. Seu sorriso e sua espontaneidade foram alento em muitas horas em que eu claudicava nesta trajetória. A “Tiuô” – Tia Rô – que te viu nascer durante esta caminhada tem muito a agradecer pela tua vida, pelo beijo “babado”, pelo abraço desajeitado, pela tua luz...

Aos técnicos em enfermagem e enfermeiros do cenário do estudo que, com seus saberes investidos pela experiência da atividade e imbricados nas suas histórias, provocaram em mim o ‘desconforto intelectual’ para, juntos, constituirmos um novo saber. Um afetuoso agradecimento, sobretudo pelas aprendizagens e pelas imprevistas aprendizagens...

À Dr^a Liana Lautert, pela compreensão e tempo dispensados e amizade construída. Pelo respeito e ética com que conduziu sua orientação. Pelos ancores disciplinares necessários à construção de um novo saber. Pela gestão conjunta e atenciosa deste projeto de vida...

Às Dr^{as} Carmem Lúcia Colomé Beck, Clarice Dall’agnol, Gisela Maria Schebella Souto de Moura e Maria Helena Pallucci Marziale, pelos aportes disciplinares ‘convocados’ e indispensáveis para a materialização da proposta deste estudo. Pelos seus reconhecidos méritos, sinto orgulho pela oportunidade da troca de saberes e encorajada a seguir...

À Dr^a Maria Helena Pallucci Marziale um especial agradecimento pela revisão dos instrumentos...

À Tatiane Santos, pela atenção e competência...

Aos meus alunos, pela jovialidade, alegria e infinita compreensão que me estimulavam a seguir diante do cansaço...

Aos meus amigos que incentivaram minha caminhada, uma gratidão especial...

Aos professores e colegas do curso que me acolheram, meu distinto apreço...

Aos meus colegas de trabalho e gestores que compreenderam minhas ausências e dedicação 'quase' exclusiva a minha formação, a certeza do meu reconhecimento e fortalecimento dos laços...

Àqueles que não compreenderam meus tempos e contratempos, a questão da distância territorial e da busca de espaços e, especialmente, o valor de uma tese, que a vida seja condescendente com sua incompreensão acerca da complexidade implicada na construção do saber.

“É preciso certamente reconhecer que as formas modernas, digamos, de produção, deslocam o trabalho - isto é indiscutível. Isto cria novas formas de competências e modifica muitas coisas, principalmente na composição social.”

Yves Schwartz

“Enquanto tem esperança, o homem conta com um rumo, a energia para se movimentar e o mapa para se orientar. Possui cem alternativas e uma infinidade de sonhos. Com esperança, ele está na metade do caminho para onde quer ir, sem esperança, ele está perdido para sempre.”

Leo Buscaglia

“É! a gente quer valer o nosso amor, a gente quer valer o nosso suor, a gente quer valer o nosso humor, a gente quer do bom e do melhor, a gente quer carinho e atenção, a gente quer calor no coração, a gente quer suar, mas de prazer, a gente quer é ter muita saúde, a gente quer viver a liberdade, a gente quer viver felicidade [...].”

Gonzaguinha

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa do tipo participante, que teve como objetivo compreender a situação de trabalho da enfermagem, a partir dos conceitos, saberes e valores expressos e praticados por profissionais de enfermagem para a gestão dos riscos ocupacionais sob o enfoque da ergologia. A coleta de dados foi feita no primeiro semestre de 2010, com 25 trabalhadores de um serviço de atenção básica localizado num município da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul. Tendo como base o Dispositivo Dinâmico de Três Polos preconizado por Ives Schwartz, articulou-se os saberes científicos (Polo 1) com os saberes da experiência, processados e reprocessados na atividade, representados pelas percepções dos sujeitos acerca dos riscos ocupacionais e da gestão dessas exposições (Polo 2). A partir desta relação e pautado na prevenção, na segurança e saúde do trabalhador de enfermagem surgiu um novo conhecimento (Polo 3). Foram entrevistados a enfermeira responsável pelo Programa de Saúde do Trabalhador do município (informante-chave) e os integrantes da equipe de enfermagem. As observações, participante e sistemática, complementaram os dados sobre o trabalho da enfermagem e a interface com os riscos ocupacionais. A pesquisa respeitou as recomendações éticas para pesquisas com seres humanos e se justificou à medida que expôs os riscos ocupacionais, assim como revestiu-se de relevância pela abordagem da situação de trabalho a partir do cotidiano, dos saberes e da microgestão dos trabalhadores. A análise dos dados foi feita mediante análise temática. Os temas preliminares foram apresentados aos participantes para sua validação usando-se o Dispositivo Dinâmico de Três Pólos. Após, foram construídas três categorias e nove subcategorias. Os respondentes destacaram a violência ocupacional, configurada como risco psicossocial no cotidiano do trabalho. Os riscos biológicos, químicos e ergonômicos também foram apresentados, no entanto o risco físico não foi relatado e os riscos mecânicos e de acidentes foram pouco referenciados. Observou-se que o cenário é inadequado em área física, limpeza e carente em recursos materiais e humanos, segurança pessoal e em estratégias de promoção à saúde do trabalhador. Os trabalhadores relataram dificuldades no processo de trabalho e deficiência na sua organização devido à burocratização, logística insuficiente e carência na supervisão da unidade, entre outras. Sugerem-se estratégias que possam agregar valor ao humano, e que em todos os espaços de gestão, o trabalho seja visto como atividade, reconhecendo o protagonismo de quem o vivencia, a fim de se construírem ambiências mais saudáveis a quem cuida e, conseqüentemente a quem é cuidado.

Palavras-chave: Riscos Ocupacionais. Saúde do Trabalhador. Enfermagem. Engenharia Humana.

RESUMEN^a

Se trata de una investigación del tipo participante, que tuvo como objetivo comprender la situación del trabajo de la enfermería, a partir de los conceptos, conocimientos y valores expresos y practicados por profesionales de enfermería para la gestión de los riesgos ocupacionales bajo el enfoque de la ergología. La recolección de datos fue hecha en el primer semestre de 2010, con 25 trabajadores de un servicio de atención básica localizado en un municipio de la región noroeste del estado del Río Grande del Sur. Teniendo como base el Dispositivo Dinámico de Tres Polos recomendado por Ives Schwartz, se articuló los saberes científicos (Polo 1) con los saberes de la experiencia, procesados y reprocesados en la actividad, representados por las percepciones de los sujetos acerca de los riesgos ocupacionales y de la gestión de esas exposiciones (Polo 2). A partir de esta relación y basada en la prevención, en la seguridad y salud del trabajador de enfermería surgió un nuevo conocimiento (Polo 3). Fueron entrevistados la enfermera responsable por el Programa de Salud del Trabajador del municipio (informante clave), y los integrantes del equipo de enfermería. Las observaciones, participante y sistemática, complementaron los datos sobre el trabajo de la enfermería y la interfaz con los riesgos ocupacionales. La investigación respetó las recomendaciones éticas para investigaciones con seres humanos y se justificó a medida que expuso los riesgos ocupacionales, así como se revistió de relevancia por el abordaje de la situación de trabajo a partir del cotidiano, de los saberes y de micro gestión de los trabajadores. El análisis de los datos fue hecho mediante análisis temático. Los temas preliminares fueron presentados a los participantes para su validación usándose el Dispositivo Dinámico de Tres Polos. Después, fueron construidas tres categorías y nueve subcategorías. Los respondientes destacaron la violencia ocupacional, configurada como riesgo psicosocial en el cotidiano del trabajo. Los riesgos biológicos, químicos y ergonómicos también fueron presentados, sin embargo el riesgo físico no fue relatado y los riesgos mecánicos y de accidentes fueron poco referenciados. Se observó que el escenario es inadecuado en área física, limpieza y carente en recursos materiales y humanos, seguridad personal y en estrategias de promoción a la salud del trabajador. Los trabajadores relataron dificultades en el proceso de trabajo y deficiencia en su organización debido a la burocratización, logística insuficiente y carencia en la supervisión de la unidad, entre otras. Se sugieren estrategias que puedan agregar valor al humano, y que en todos los espacios de gestión, el trabajo sea visto

^a Tradução de Claudia Mônica Martinez Ruiz

como actividad, reconociendo el protagonismo de quien lo vivencia, a fin de construirse ambientes más saludables a quienes cuida y, consecuentemente a quién es cuidado.

Palabras-clave: Riesgos Ocupacionales. Salud del Trabajador. Enfermería. Ingeniería Humana.

ABSTRACT^b

The present work is a participant-type research, which aims to understand the situation of the nursing work, from the concepts, knowledge and values expressed and carried out by nursing professionals for operational risk management under the light of ergology. Data collection was made through the first semester of 2010, with 25 workers of a basic attention service located in a town in the northwest of the state of Rio Grande do Sul. Based on the Three-Pole Dynamic Device recommended by Ives Schwartz, the scientific knowledge (pole 1) was articulated with the experience knowledge, processed and re-processed in the activity, represented by the perceptions of the subjects regarding the occupational risks and the management of such expositions (pole 2). From these relation, and based on prevention, safety and health of the nursing worker, a new knowledge arose (pole 3). An interview was made with the nurse in charge for the Worker Health Programme in town (key-informant), and the members of the nursing team. The observations, participants and systematics, complemented the data about the nursing work and the interface with occupational risks. The research followed the ethical recommendations for researches with human beings and was justified once it exposed the occupational risks, and was also relevant for approaching the daily work conditions, the knowledge and micro-management of the workers. The data analysis was carried out under a thematic analysis. Preliminary themes were shown to participants in order to validate them using the Three-pole Dynamic Device. After that, three categories and nine sub-categories were built. The interviewees highlighted the occupational violence, set as psychosocial risk in the daily work. Biological and chemical and ergonomics risks were also shown. However, physical risk was not reported and mechanical risks and accidents were little told about. It was observed that the setting is inadequate in physical area, cleanliness and lack material and human resources, personal safety and strategies for promoting the health of the worker. The workers reported difficulty in the working process and deficiency in their organization due to bureaucratization, insufficient logistics and lack of supervision of the unit, amongst others. Strategies are suggested which can add value to the human, and that in all areas of management, the work is seen as an activity, recognizing the role of those who experience it, in order to build healthier ambiances to caregivers and consequently the who are cared for.

Keywords: Occupational risks. Worker health. Nursing. Human Engineering.

^b Tradução de Ricardo Welter Brand

LISTA DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS

Figura 1 - Esquema do Dispositivo Dinâmico de Três Polos.....	56
Quadro 1 - Número de atendimentos realizados pelo setor de recepção do serviço, maio de 2010.....	60
Quadro 2 - Número de atendimentos do Centro de Testagem e Aconselhamento do serviço, maio de 2010.....	61
Quadro 3 - Distribuição dos atestados e licenças mensais dos trabalhadores da equipe de enfermagem da Unidade Básica de Saúde Municipal, 2009	75
Tabela 1 - Distribuição da frequência da idade e do tempo de serviço dos participantes do estudo, 2010.....	74

LISTA DE SIGLAS

- ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- CAT** – Cadastro de Acidentes de Trabalho
- CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial
- CCIH** – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
- CDC** – Center Diseases Control
- CIES** – Comissões de Integração Ensino-Serviço
- CID** – Código Internacional de Doenças
- CIPA** – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
- CLT** – Consolidação das leis do Trabalho
- CME** – Centro de Material e Esterilização
- COFEN** – Conselho Federal de Enfermagem
- CTA** – Centro de Testagem e Aconselhamento da AIDS
- CRS** – Coordenadoria Regional de Saúde
- dB** – Decibéis
- DSST** – Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho
- DORT** – Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho
- EAS** – Estabelecimento de Assistência a Saúde
- ECG** – Eletro Cardiograma
- ECRP** – Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes
- EPI** – Equipamento de Proteção Individual
- ESF** – Estratégia de Saúde da Família
- GEISAT** – Grupo Executivo Interministerial de Segurança e Saúde do Trabalhador
- HBV** – Vírus da Hepatite B
- HCV** – Vírus da Hepatite C
- HIV** – Vírus da Imunodeficiência adquirida
- LER** – Lesão por Esforço Repetitivo
- LTS** – Licença para Tratamento de Saúde
- NBR** – Norma Brasileira
- NR** – Norma Regulamentadora
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- OPAS** – Organização Panamericana de Saúde
- PA** – Pronto Atendimento

PAIR – Perda Auditiva Induzida por Ruídos

PCCS – Plano de cargos, carreiras e salários

PCSMO – Programa de Controle Médico Ocupacional

PNSST – Programa Nacional de Saúde e Segurança do Trabalho

PPRA – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais

PSST – Promoção da Saúde a partir das Situações de Trabalho

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

RINA – Rede Nacional de Notificação de Acidentes

SEMAPADH – Serviço Municipal de Acompanhamento ao Paciente Diabético e Hipertenso

SESMT – Serviço de Saúde e Medicina do Trabalho

SUS – Sistema Único de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento 24 horas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	24
2.1 Objetivo geral.....	24
2.2 Objetivos específicos.....	24
3 REVISÃO DA LITERATURA	25
3.1 A enfermagem e a saúde coletiva no brasil	25
3.2 Condições e organização do trabalho, exposição aos riscos e o adoecimento	30
3.3 Os riscos no trabalho da enfermagem	38
3.4 Uma breve consideração sobre a legislação em saúde do trabalhador.....	46
3.5 A abordagem ergológica do trabalho	50
4 PERCURSO METODOLÓGICO	57
4.1 Tipo de estudo	57
4.2 Local do estudo	58
4.2.1 Recepção.....	59
4.2.2 Sala de vacinas.....	60
4.2.3 Farmácia	60
4.2.4 Sala de eletrocardiograma	61
4.2.5 Centro de Testagem e Aconselhamento	61
4.2.6 Serviço Municipal de Atendimento ao Paciente Diabético e Hipertenso.....	62
4.2.7 Unidade de Urgência e Emergência	62
4.3 Sujeitos do estudo	63
4.4 Instrumentos e métodos de coleta de dados	63
4.5 Método de análise dos dados	67
4.6 Considerações éticas	68
5 AJUSTE DOS INSTRUMENTOS	70
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	72
6.1 Caracterização do cenário e dos participantes do estudo	73
6.2. As condições de trabalho: entre a trama e a urdidura	76
6.3 Saberes investidos na atividade e saberes disciplinares acerca dos riscos ocupacionais.	86

6.3.1 Os riscos psicossociais e o problemático uso de si.....	88
6.3.2 Riscos biológicos: entre o <i>vazio de normas</i> de biossegurança e as <i>renormatizações</i> ...	104
6.3.3 A exposição aos riscos químicos: o mau <i>uso de si</i>	119
6.3.4 Riscos mecânicos e de acidentes de trabalho: o <i>vazio de normas</i> como fator de risco .	125
6.3.5 Riscos ergonômicos: o uso de si por si e pelos outros gerando agravos	129
6.3.6 Riscos físicos: do desconforto à <i>renormatização</i>	137
6.4 A prevenção de agravos e a promoção da saúde do trabalhador: as normatizações e renormatizações necessárias ao cotidiano saudável da vida e do trabalho	139
7 A SOCIALIZAÇÃO COM OS SUJEITOS – O <i>DESCONFORTO INTELECTUAL</i>..	146
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	151
9 RECOMENDAÇÕES.....	156
REFERÊNCIAS	160
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	182
APÊNDICE B - Entrevista com Informante-Chave.....	184
APÊNDICE C - Entrevista com a equipe de enfermagem.....	185
APÊNDICE D – Roteiro de observação participante da situação de trabalho.....	188
APÊNDICE E – Roteiro de observação sistemática da área física e condutas dos trabalhadores.....	189
APÊNDICE F - Termo de Autorização do Gestor.....	192
APÊNDICE G - Termo de Ciência	193
ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	194
ANEXO B - Laudo Técnico	195

1 INTRODUÇÃO

Entendido como produtor de bens materiais e simbólicos, o trabalho é constitutivo da vida dos homens e produzido para responder as múltiplas necessidades dos seres humanos⁽¹⁾.

Nenhuma situação humana carrega tantas marcas de debates históricos entre as sociedades quanto o trabalho e as condições em que ocorre. Como tal, a história se reescreve continuamente; novas construções de saberes aparecem em todos os lugares onde grupos de seres humanos se reúnem para produzir. Tais saberes incluem desde aprendizagens não conscientes, não manifestas pela linguagem, até maneiras de fazer propositivas e socializadas⁽²⁾.

As preocupações com as condições em que o trabalho ocorre e as repercussões na saúde do trabalhador são antigas. Bernardino Ramazini, há 300 anos, publica em Módena – Itália – a obra intitulada *De Morbis Artificum Diatriba* (As Doenças dos Trabalhadores), na qual aborda uma classe social menosprezada e esquecida pela medicina naquela época (os trabalhadores) e aponta a determinação social da doença⁽³⁾.

A partir daí, as questões laborais e a saúde dos trabalhadores começam a ser discutidas entre alguns médicos, especialmente na Itália. Em 1919, é criada a Organização Internacional do Trabalho (OIT) com objetivo de promover a justiça social. A Constituição da OIT expressa que, "[...] se alguma nação não adotar condições humanas de trabalho, esta omissão constitui um obstáculo aos esforços de outras nações que desejem melhorar as condições dos trabalhadores"^(4:1).

Com essas iniciativas, foram reguladas algumas atividades laborais e criadas legislações para proteger o trabalhador. No entanto, o mundo do trabalho é dinâmico. Hoje, com as mudanças advindas da incorporação de novas tecnologias, muda também a sociedade e, por conseguinte, o entendimento sobre o trabalho. Nessa óptica, o foco de interesse passa a ser o homem e a atividade que realiza numa visão antropocêntrica que dá sentido a situações do contexto de trabalho, explorando os princípios que governam o uso do corpo humano⁽⁵⁻⁶⁾.

As adequações da sociedade às novas demandas alteraram o mundo social do trabalho e da economia, emergindo questionamentos sobre competências, culturas, obsolescência e adoecimento no mundo do trabalho, pois se observavam trabalhadores transformando o trabalho prescrito, aquele que fixa regras e normas, de modo a articular produtividade e

economia corporal. O trabalho, nesse novo paradigma – a ergologia^c – é abordado como atividade e não como mera ação, na qual o debate das normas pré-estabelecidas ultrapassa o meio laboral e discute suas diferentes dimensões, o que torna as experiências de trabalho singulares, ao mesmo tempo em que as valoriza^(6,8).

Consoante a esse paradigma, o setor saúde também sofre alterações no seu modo de produção. Com as mudanças no cenário da atenção à saúde, do perfil epidemiológico do processo saúde-doença, a transição demográfica, o aumento das enfermidades crônico-degenerativas, as doenças (re) emergentes, reestrutura-se o setor da saúde e confere-se ênfase à atenção básica, à não hospitalização e ao controle dos custos⁽⁹⁾.

Como consequência, aumenta ainda mais a demanda e, com esse aumento, a enfermagem é submetida a um ritmo de trabalho fatigante, decorrente da lenta adequação dos recursos humanos e materiais a essa nova realidade e, sob a tutela de um modelo centrado na execução repetitiva de ações, negligencia o que a ergologia denomina de trabalho como atividade na qual não há limite pré-definido de tempo e não se dissocia corpo e espírito, individual e coletivo, imposto e desejado⁽⁶⁾.

Na perspectiva da ergologia, o trabalho é visto como atividade, numa ideia de fazer de outra forma e, a partir da relação dialógica e sinérgica entre seus protagonistas acerca dos processos de produção e produtividade, utiliza a metodologia da troca de saberes, caracterizada pela inter-relação entre as disciplinas e, principalmente, pela participação dos trabalhadores na (re)normatização dos meios de trabalho, construindo, dessa forma, o trabalho real^(6,8).

O modelo da ergologia, tendo como alicerce a psicodinâmica do trabalho, pretende apreender o processo de trabalho real e, dessa forma, apontar estratégias que previnam determinados agravos à saúde do trabalhador. Para tanto, os gestores deverão estar atentos aos processos de trabalho e incluírem a participação dos trabalhadores no debate e implementação de normas, sistemas e atividades, pois não basta a racionalidade técnica, é preciso considerar as racionalidades da atividade real do trabalhador⁽⁸⁾.

Balizada por esses construtos, uma discussão sobre as condições de trabalho da enfermagem, a partir dos saberes expressos pelos sujeitos que realizam a atividade, com foco na exposição aos riscos ocupacionais, pode ser relevante na medida em que realiza um

^c“Abordagem pluridisciplinar que estuda o trabalho em sua dimensão micro, utilizando-se de uma “lupa” e tentando entendê-lo a partir da atividade concreta de quem trabalha, tem como ponto de partida a distinção apontada pela Ergonomia entre trabalho prescrito e trabalho efetivamente realizado”^(7:42).

diagnóstico acurado do processo saúde-doença-trabalho a partir de um diálogo sinérgico com os protagonistas e obtém elementos para intervir com vistas à melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores.

Acredita-se que restringir a análise técnica dos riscos ocupacionais, desconsiderando outras dimensões envolvidas, não permite a apreensão completa do processo de trabalho e, portanto, limita possíveis ingerências. É necessário entender os contrapontos entre as percepções de técnicos e do sujeito exposto ao risco^d e, baseados estes em diferentes avaliações, conhecimentos, experiências e crenças, construir-se políticas e estratégias.

Verifica-se que apreender a dinâmica de trabalho de diferentes grupos de trabalhadores requer uma série de considerações e cautela para evitar impropriedades, devido à peculiaridade das atividades.

Os profissionais das equipes da atenção básica em saúde são um exemplo. Esses trabalhadores protagonizam a reorganização do modelo assistencial na atenção básica, na lógica da vigilância em saúde, um trabalho típico que requer habilidades técnicas e interpessoais e o compromisso com a compreensão do processo saúde-adoecimento no âmbito coletivo, o que torna as responsabilidades desses profissionais mais complexas⁽¹²⁾.

Aliada a essa prática, a enfermagem, no âmbito da saúde coletiva, em muitos cenários, caracteriza-se por atuar em ambiente físico inadequado, sob baixa remuneração, dupla jornada de trabalho, dificuldades de relacionamentos interpessoais; pela falta de tempo, materiais e equipamentos; por dispor de recursos humanos deficientes/insuficientes para o desempenho das atividades; por dificuldades relativas à falta de transporte, de infraestrutura e de apoio administrativo, também de aplicação e repasse de verbas, entre outras, os quais se configuram como fatores que interferem na organização do trabalho e podem causar impacto negativo na qualidade do serviço prestado e/ou gerar insatisfações no trabalhador⁽¹²⁻¹⁵⁾.

E a satisfação, o conforto, a carga de trabalho, a fadiga, o estresse, as doenças, os acidentes, entre outras, são variáveis que atuam sobre o estado físico, psicológico e mental do trabalhador⁽¹⁶⁾ de enfermagem que atua na área de saúde coletiva. Uma revisão sistemática

^d Para discutir risco, há de se considerar as diferentes abordagens. A psicológica é baseada nas opiniões da população acerca da atividade ou tecnologia perigosa; a abordagem cultural envolve a pressuposição de que diferentes grupos populacionais reagem de maneiras distintas diante de um mesmo risco, a partir de seus valores culturais; e a abordagem sociológica considera que risco não está livre de seu contexto e a percepção deste está ligada na experiência social⁽¹⁰⁾. Situação ou fator de risco refere-se à condição ou conjunto de circunstâncias capazes de causar efeitos adversos, como a morte, as lesões, as doenças ou os danos à saúde, à propriedade ou ao meio ambiente⁽¹¹⁾.

sobre os acidentes de trabalho com materiais cortantes entre trabalhadores de enfermagem que atuam em Unidades Básicas de Saúde evidenciou que as enfermeiras os atribuem à sobrecarga de trabalho e que a ocorrência da exposição aos agravos estão relacionados, entre outros, aos recursos materiais disponíveis⁽¹⁷⁾.

Esses dados apontam que contextos assim configurados aumentam a suscetibilidade do trabalhador para a exposição aos riscos ocupacionais e ao sofrimento, o que pode conduzir a processos de adoecimento. Sendo assim, pode-se inferir que as doenças relacionadas ao trabalho têm frequências, surgimentos e gravidades modificadas pelas situações laborais cotidianas. A morbidade dos trabalhadores pode ser decorrente destas condições.

Os riscos ocupacionais podem ser classificados, quanto a sua manifestação, em: oculto, por ignorância ou por falta de informação acerca do risco; latente, quando somente se manifesta e causa dano nas situações de emergência ou condições de estresse, e real quando é conhecido de todos, porém, impossível de controle⁽¹⁸⁾.

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde⁽¹⁹⁾, os fatores de riscos à saúde e segurança dos trabalhadores e relacionados ao trabalho estão agrupados em cinco grandes grupos, assim denominados: físicos, biológicos, químicos, mecânicos e de acidentes, ergonômicos e psicossociais.

Embora tais riscos estejam sendo amplamente discutidos por pesquisadores e a legislação⁽²⁰⁻²³⁾ determine ações que atentem à segurança do profissional que trabalha exposto a tais circunstâncias nos serviços de saúde, frequentemente se observa negligência e omissão por parte da equipe de enfermagem quanto a procedimentos elementares de proteção^(17,24-30), o que os torna vulneráveis, principalmente aos riscos biológicos, mecânicos, químicos e ergonômicos.

Os fatores decorrentes da organização do trabalho podem predispor aos riscos ergonômicos e psicossociais. Entre esses, a utilização inadequada de equipamentos, levando às posições incorretas; locais mal-adaptados para as ações a que se destinam; más condições de iluminação, ventilação e conforto predispoem os trabalhadores a riscos ergonômicos e contribuem para o absenteísmo e o afastamento do trabalho, representando expressivo problema para a gestão de recursos humanos nos serviços de saúde⁽³¹⁻³⁴⁾.

Em se tratando de risco psicossocial, a crescente prevalência da violência nas relações de trabalho (física, sexual e psicológica) preocupa os estudiosos, embora, muitas vezes, não seja denunciada^(30,35-39).

Condições inadequadas de atendimento, por insuficiência de espaço físico, dentre outros fatores, pode ser entendido pelos pacientes como negligência, imperícia ou omissão e,

por vezes, são motivadores de insatisfações e de violência contra a equipe, não somente de usuários, mas de colegas e chefias, colocando em risco a saúde dos trabalhadores⁽³⁵⁻³⁷⁾. Acredita-se que a violência presente no cotidiano das práticas de enfermagem, mesmo que, muitas vezes, negligenciada, pode converter-se em fator do absenteísmo no trabalho ou afetar a qualidade do cuidado ao usuário na medida em que é um fenômeno gerador de tensão aos profissionais.

Em estudos realizados em São Paulo sobre a exposição a situações de risco ocupacional, os mecânicos e os ergonômicos ocuparam a segunda posição, seguidos dos riscos biológicos. As quedas, torções, escorregões, adoção de postura corporal inadequada, impacto contra objeto, carregamento de peso e esforço físico excessivo representaram 26% e 27% dos acidentes ocorridos, no hospital e na unidade básica estudados, respectivamente⁽⁴⁰⁻⁴¹⁾.

Isso posto, visando subsidiar as ações de diagnóstico das condições de trabalho do profissional de enfermagem e, acima de tudo, de prevenção a agravos e promoção da saúde do trabalhador, este estudo teve o intuito de conhecer a interface entre o trabalho e os riscos ocupacionais, na perspectiva da equipe de enfermagem de um Serviço de Atenção Básica à Saúde.

Observa-se que os trabalhadores da equipe de enfermagem da rede básica estão trabalhando sob condições de risco à saúde, considerando-se alguns fatores presentes neste contexto, tais como negligência e impudência dos próprios trabalhadores, aliadas ao descaso dos gestores e à desvalorização da política de atenção à saúde do trabalhador. Tal observação empírica, aliada a estudos acerca do tema^(13,36,42), corrobora para a motivação da pesquisadora para investigar a exposição ocupacional do trabalhador de enfermagem aos riscos presentes em seu cotidiano laboral.

Adstrita à problemática apresentada, a motivação para este estudo emerge da função desenvolvida pela pesquisadora na coordenação regional de Controle de Infecções em Serviços de Saúde. Um diagnóstico da exposição a riscos biológicos no contexto da saúde coletiva contribui para a proposição de ações preventivas de agravos à saúde do trabalhador e do usuário, bem como para a construção de ambientes saudáveis.

Além disso, interessa à pesquisadora investigar a violência no contexto da saúde, considerando sua crescente ocorrência no cenário nacional^(35-37,43-44) e internacional^(38-39,45-46), e as críticas e queixas, veladas ou não, expressas dos trabalhadores dos serviços de saúde. Sob a lente do paradigma excludente do servidor público, por vezes caracterizado como aquele

que não trabalha e que é grosseiro nas relações com o usuário, pretende-se desvelar o pressuposto de que riscos psicossociais estão envolvidos nesses comportamentos.

A trajetória profissional da pesquisadora, que é docente de graduação e pós-graduação nas áreas de doenças transmissíveis, saúde do trabalhador e vigilância em saúde, e como profissional técnico atuando em vigilância sanitária no âmbito estadual, possibilitou visualizar a complexidade da área da Saúde do Trabalhador, em especial a relacionada com os riscos à saúde.

Queixas informais, mas constantes, por parte de enfermeiros e técnicos em enfermagem acerca de fadiga, sobrecarga, dores osteomusculares e da exposição a riscos biológicos dos mais diversos e, ainda, a exposição velada à violência e a vulnerabilidade dos profissionais a epidemias e endemias, considerando que a região noroeste do estado do Rio Grande do Sul foi foco epidêmico de febre amarela e registrou um dos primeiros casos de infecção por vírus da influenza A no estado, despertando grande preocupação entre os profissionais da saúde sobre as situações existentes no trabalho hospitalar e também na saúde coletiva, evidenciaram a necessidade de construírem-se estratégias que pudessem nortear ações à preservação da integridade física e mental dos profissionais de saúde.

Sendo assim, este estudo se justifica à medida que expõe um fenômeno comum no trabalho da enfermagem, qual seja, a exposição aos riscos ocupacionais. E se reveste de relevância quando aborda as condições de trabalho e os riscos a partir dos saberes dos trabalhadores, visando identificar implicações decorrentes destas situações na saúde dos sujeitos.

A adoção de medidas de segurança ocupacional é, hoje, uma exigência nos serviços de saúde, tanto do ponto de vista legal, regido pelas Normas Regulamentadoras (NR)⁽²⁰⁾, quanto da promoção da vida e saúde do trabalhador. No entanto, se observam inadimplências à legislação referente à Saúde do Trabalhador no âmbito do serviço de saúde pública.

Embora a preocupação com este tema tenha aumentado a partir da década de 90, ainda se notam lacunas na formação dos trabalhadores, tanto no ensino superior como no médio, e são escassas as pesquisas sobre a legislação sanitária e o ensino da biossegurança e do controle das infecções, temas que possuem interface com os riscos ocupacionais^(24,47). Também, em alguns cenários da prática, essa temática ainda não é abordada nas atividades de educação permanente em saúde, seja pela falta de estímulo e atualização, seja pela prioridade de outras atividades dos enfermeiros, em detrimento da função de educador. Educar para a segurança é uma estratégia de promoção da saúde do trabalhador.

Esta pesquisa também tem o intuito de oferecer elementos aos enfermeiros para que reflitam sobre a importância dos espaços de troca de saberes entre a equipe, fortalecendo esta prática para a busca de uma ambiência saudável, além de aproximar a situação de trabalho real à prescrita permitindo a (re)criação do trabalho, e o protagonismo do sujeito na sua atividade. Por ambiência entende-se o tratamento dado ao espaço físico enquanto espaço social, profissional e de relações interpessoais⁽⁴⁸⁾.

Aplicar procedimentos científicos e em parte “reinventá-los” a partir da história, das lacunas, dos saberes inacabados, dos valores e escolhas individuais ou dos coletivos conduz à exploração de recursos técnicos e sociais existentes que se (re) combinam para produzir novas combinações, fazer história e abrir novos horizontes no campo do trabalho⁽⁸⁾.

Os serviços de assistência à saúde devem ser espaços seguros para trabalhadores e usuários e não somente locais de cuidados às pessoas doentes. Nesse sentido, é fundamental que instâncias como a Vigilância em Saúde exerça um papel educativo, sensibilizando e educando os atores para práticas institucionais que visem à proteção e à promoção da saúde, com a participação do trabalhador. É preciso reconhecer as diferentes dificuldades do setor e refletir à luz dos aspectos legais, das competências, do corporativismo, das assimetrias institucionais e dos conflitos de interesse⁽⁴⁹⁾.

A tese que se defende é a de que as variabilidades e as exigências do meio junto ao *vazio/não cumprimento de normas*^e e a desconsideração do trabalho como atividade, circunscrita pela dinâmica da vida do trabalhador, seus valores e experiências, contribuem para exposição aos riscos ocupacionais dos trabalhadores de enfermagem de um Serviço de Atenção Básica à Saúde. A promoção da saúde deve advir das ‘normas’ daqueles que vivem o trabalho e das formas utilizadas por esses sujeitos para gerir as infidelidades do meio e, ademais, a prevenção dos agravos deve considerar a capacidade de ação desses sujeitos. É preciso coexistir um diálogo entre as normas antecedentes de prevenção com as normas de segurança *renormatizadas* pelos trabalhadores em função das suas arbitragens microgestionárias. Cabe, ainda, sinalizar que, se as possibilidades dessas arbitragens forem pequenas, o trabalho se torna patogênico⁽⁵⁰⁾.

^e“As deficiências de orientações, de conselhos, de experiências adquiridas nas regras ou nos procedimentos”^(6:193). Equivale, ainda, a dizer que, ao mesmo tempo em que se valorizam as normas antecedentes (leis, portarias, manuais, programas de saúde pública, etc) falha-se com a deficiência de recursos e outras condições indispensáveis ao cumprimento dessas e ao trabalho saudável. Ou ainda, em todo o trabalho sempre haverá um *vazio de normas*, pois as *normas antecedentes* serão ininterruptamente insuficientes para gerir o cotidiano.

Isto posto, pergunta-se: Na perspectiva da ergologia, que saberes são expressos e que práticas são realizadas pelos profissionais de enfermagem para a gestão dos riscos ocupacionais?

2 OBJETIVOS

Com o intuito de contribuir para a promoção da saúde do trabalhador em enfermagem acerca da exposição aos riscos ocupacionais na perspectiva da ergologia, traçaram-se os seguintes objetivos:

2.1 Objetivo Geral

Compreender a situação de trabalho da enfermagem, a partir dos conceitos, saberes e valores expressos e praticados por profissionais de enfermagem para a gestão dos riscos ocupacionais sob o enfoque da ergologia.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o ambiente de trabalho da equipe de enfermagem que atua em um serviço de atenção básica em saúde.
- Identificar os riscos ocupacionais que estão expostos os trabalhadores de enfermagem.
- Aprender os conceitos dos trabalhadores da equipe de enfermagem sobre os riscos ocupacionais da situação de trabalho.
- Conhecer os valores sobre os riscos ocupacionais a partir de sua experiência na situação de trabalho estudada
- Entender como se dá o processo de gerir-se e de gerir o meio diante da convocação do trabalhador de enfermagem para lidar com os riscos ocupacionais.
- Reconhecer as condutas dos trabalhadores de enfermagem diante da ocorrência de agravos ou de adoecimentos pela exposição ao risco ocupacional.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo, serão apresentados construtos teóricos acerca do trabalho da enfermagem em saúde coletiva a fim de descrever os fatores que produzem a exposição aos riscos decorrentes do trabalho. A seguir, discorre-se acerca desses riscos, fundamentando-se em estudos nacionais e internacionais. E, por fim, descreve-se sobre a legislação que abarca a saúde do trabalhador brasileiro como forma de refletir sobre a atual conformação da saúde ocupacional em enfermagem no âmbito da saúde coletiva.

3.1 A enfermagem e a saúde coletiva no Brasil

A enfermagem em saúde coletiva emergiu da sociedade capitalista em resposta às demandas do estado e advindas da necessidade do rearranjo das cidades, dos espaços e dos cidadãos, numa época em que era imperiosa a transformação do Brasil numa nação competitiva no mercado industrial, que ora se instalava⁽⁵¹⁾.

Para tanto, superar o atraso significava melhorar as condições de saúde da população a fim de favorecer a força de trabalho e mão de obra necessária ao capitalismo industrial, situação que conduziu à contratação de pessoal especializado para combater as doenças transmissíveis que ameaçavam o comércio do Brasil com países importadores⁽⁵¹⁾ e para prevenir os males decorrentes do esgotamento dos campos, das endemias urbanas e dos problemas da aglomeração ocasionados pelo êxodo rural⁽⁵²⁾.

Em 1920, Carlos Chagas, diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, iniciou ações para reorganizar os serviços de saúde pública no país, colocando a educação sanitária como instrumento básico das práticas, mediante a formação de profissionais para atuarem sistematicamente, lado a lado com a população, como educadores em saúde e, em paralelo, vendo-se como elementos necessários à estratégia governamental sanitária⁽⁵¹⁾.

Dentre essas ações, a criação da escola de enfermeiras visitadoras, no ano de 1923, em cooperação com enfermeiras norte-americanas recrutadas pela Fundação Rockefeller, foi um marco decisivo para implementar a enfermagem científica brasileira. Incentivador dessa iniciativa, Plácido Barbosa, então diretor do serviço da tuberculose do referido departamento, considerava que as más condições de higiene da habitação e de seus ocupantes eram os grandes responsáveis pela doença e defendia a inserção de atividades de educação em saúde no domicílio das pessoas, o que vem amparar a prática das enfermeiras visitadoras, que, posteriormente, profissionalizam-se mediante as contribuições da enfermeira norte-americana

Ethel Parsons e sua equipe. É o início das atividades da enfermagem brasileira no âmbito da saúde coletiva⁽⁵³⁻⁵⁴⁾.

Essa profissionalização se efetiva a partir do rigor na seleção das candidatas para os cursos. Visava à competência e ao reconhecimento da profissão, com foco em ações que elevassem a qualidade dos cuidados prestados. Concomitantemente à formação das visitadoras, foi criada a primeira escola de enfermagem, visto que as visitadoras necessitavam de supervisão, até então desempenhada pelas profissionais norte-americanas. Era preciso cunhar a formação acadêmica brasileira, o que culminou na criação da primeira escola de enfermagem, em 1923, no Rio de Janeiro, a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, denominada, em 1926, de Escola de Enfermeiras Anna Néri^(52,54).

É válido referir que o início da enfermagem moderna protagonizada sob o escudo da saúde coletiva apresenta algumas contradições, visto que alguns dados apontam que o desenvolvimento da profissão advém do modelo biologicista adotado pela medicina. O regulamento da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública descrevia como finalidade dessa instituição educar enfermeiras profissionais para os serviços sanitários e para os trabalhos gerais ou especializados dos hospitais e clínicas privadas. Havia a intenção de algumas figuras públicas vincularem a profissão ao campo da saúde coletiva, mas não o suficiente para consolidá-la como sua finalidade única⁽⁵¹⁾, o que, na prática, se tornaria inexecutável, haja vista a complexidade da atuação da enfermagem e a conformação proposta pela ideologia dominante da época.

Sendo assim, a interpretação que a história revela não é somente aquela baseada na criação da profissão a partir das ou alicerçada nas práticas de saúde coletiva, mas também aquela que a Escola Anna Nery assumiu. Esta era baseada no modelo biomédico, incorporava o tecnicismo como forma de organização de trabalho, direcionava a atenção à enfermagem hospitalar e ao estudo sistemático das doenças, definido pela medicina clínica, o que já se expressava bem antes da criação dessa escola, por meio da Escola Alfredo Pinto, criada em 1890, vinculada ao hospital psiquiátrico no Rio de Janeiro⁽⁵¹⁾.

Por muito tempo, a enfermagem clínico-hospitalar fazia parte do trabalho médico como uma profissão que cuidava do corpo doente, considerando-se apenas o aspecto manual, pois o intelectual pertencia ao médico. Por outro lado, o modelo de cuidado em saúde coletiva, desde a sua concepção, valia-se de instrumentos como o saneamento, a epidemiologia, entre outras ciências, para exercer seu papel e configurar-se como um protótipo não excludente do modelo clínico, mas complementar, pois se utilizava de seus

conhecimentos. Nesse contexto, a enfermagem tinha como meta ser um instrumento da saúde coletiva e não do trabalho do médico⁽⁵⁵⁾.

Com a promoção do termo **saúde coletiva** na década de 70, questões teórico-metodológicas e epistemológicas são discutidas a fim de se definirem saberes e práticas, considerando que a compreensão social da saúde permitia e exigia o rompimento de modelos reducionistas, que percebiam o processo saúde-doença apenas como de causa e efeito biológico. A partir dessas discussões, foi possível ampliar conceitos e determinantes desse processo, e a saúde passa a ser relacionada com estruturas econômicas, políticas e ideológicas da sociedade⁽⁹⁾, assegurada, em 1986, pela VIII Conferência Nacional de Saúde.

Essa conferência se tornou o marco da criação do atual sistema de saúde brasileiro e da regulamentação de ações de proteção e promoção da saúde coletiva, bem como contribuiu para garantir, na Constituição de 1988⁽⁵⁶⁾, a saúde como um direito social universal a ser custeado pelo estado.

A partir disso, instituem-se ações e serviços públicos de saúde. E se inicia a constituição de uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada num sistema único e alicerçada em diretrizes tais como a direção única em cada esfera do governo ou descentralização, o atendimento integral do indivíduo, priorizando-se as atividades preventivas, sem desconsiderar os serviços assistenciais, e a participação da comunidade⁽⁵⁷⁻⁵⁸⁾.

Mediante a garantia instituída pela Constituição Federal, foi promulgada a Lei 8080, de 1990, que passou a ser o documento que disciplina a descentralização político-administrativa do sistema de saúde no Brasil. Essa Lei Orgânica estabelece as diretrizes para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. Está criado o Sistema Único de Saúde⁽⁵⁷⁻⁵⁸⁾ e, a partir de então, articulam-se ações para o fortalecimento dos sistemas de gestão locais e regionais, contribuindo para o controle social da gestão e para as mudanças nos processos de trabalho e da construção da cidadania⁽⁵⁹⁾.

Com esse modelo, surgem novas demandas no processo de cuidado, decorrentes da formulação de políticas nacionais, estaduais e municipais de saúde voltadas ao usuário, ao coletivo e ao ambiente.

No campo das competências governamentais, foi delegada ao município a responsabilidade pelo planejamento e desenvolvimento de ações que garantissem a promoção da saúde individual e coletiva, em consonância com as outras instâncias. A municipalização da saúde, ao conferir poder e decisão em âmbito local, pretendia produzir transformações das ações e serviços, fundamentadas nos princípios de universalidade, equidade e integralidade da

atenção à saúde e nas diretrizes de regionalização e hierarquização da oferta desse serviço, pautadas na descentralização político-administrativa, operacionalizadas de forma articulada e integrativa, de modo a permitir uma ampla cobertura e acesso do usuário, com eficiência econômica e social⁽⁵⁹⁾.

Entre outros desafios, a tarefa de tornar esse sistema efetivo, além de comprometimento ético-político-administrativo, solicitava profissionais capacitados para atender às demandas criadas a partir da complexidade que se sobrepunha ao cuidado ampliado, envolvendo não só o indivíduo, mas a família e a comunidade. Era preciso pensar a inter e a transdisciplinaridade para apreender o objeto complexo da saúde coletiva, ou seja, o processo saúde-doença pela sua natureza biológica, social, psicológica e cultural para, a partir dessa compreensão, estabelecer estratégias de cuidado⁽⁹⁾.

Trabalhadores, usuários e gestores dos serviços de atenção básica deparam-se com um contexto em que lhes é solicitado uma nova postura de trabalho, pois, para alcançar a promoção da saúde, seja pela cura da doença, seja pela sua prevenção, é preciso conjugar saberes e práticas implicadas na construção do cuidado que conformam os modelos de atenção à saúde.

Quanto maior o conjunto de saberes utilizados para a produção do cuidado, tanto maior será a possibilidade de entendimento do problema de saúde e a capacidade de enfrentá-lo adequadamente, o que será positivo ao usuário e ao processo de trabalho dos profissionais⁽⁶⁰⁾, muito embora se observe que a interdisciplinaridade está mais no discurso do que na ação prática⁽⁶¹⁾.

Adentra esta conjuntura a enfermagem, com a sua especificidade, atenta às necessidades humanas básicas, validada ao longo do tempo. Conforme a ciência foi avançando que as escolas diversificaram saberes, incluíram especialidades e *locus* de atuação. Consolidaram-se como espaços de assistência, pesquisa, ensino e extensão no campo de sua competência, de modo a atender à demanda instalada. Embora controversos, os relatos da história demonstram que foi no âmbito coletivo que a profissão iniciou seu legado.

A enfermagem em saúde coletiva trabalha com saberes e práticas que precisam estar conectadas às necessidades de saúde da população, e para que se alcance o cuidado ao indivíduo, à família e à comunidade são necessárias ações educativas, administrativas e de planejamento em saúde⁽⁵⁵⁾.

Para a gestão de uma Unidade Básica, por exemplo, é necessário ao profissional desenvolver competências e habilidades nas áreas de saúde e administração, e explorar o contexto em que está inserido, além de comprometer-se socialmente com a comunidade, pois

sua atividade pressupõe a organização e a produção de bens e serviços de saúde ao indivíduo e coletividade, fundamental na efetivação das políticas sociais e de saúde⁽⁵⁹⁾.

Por outro lado, alguns pontos críticos ainda persistem e se enfrentam algumas tensões próprias do sistema, tais como lógicas de produção em saúde centrada nos procedimentos, compromissados exclusivamente com a cura, e resultante de processos gerenciais restritos, presas às competências profissionais, sem ações integralizadas e unificadas em torno do usuário.

Sabe-se que, em geral, o usuário critica a irresponsabilidade e o desinteresse dos serviços de saúde acerca do seu problema, o que o torna inseguro, desamparado, desprotegido. Portanto, modelos de atenção comprometidos com a vida precisam ativar as diferentes tecnologias implicadas no conjunto das ações em saúde, que envolvem desde as tecnologias leves, assinaladas pelo estabelecimento de relação, como produção de vínculo e acolhimento, as leve-duras ou os saberes estruturados dos profissionais como o saber da enfermagem e demais profissionais de saúde, até as tecnologias duras, representadas pelos equipamentos, máquinas e estruturas organizacionais⁽⁶⁰⁾.

A articulação dessa conformação tecnológica representa, no atual sistema de saúde brasileiro, o grande desafio para que se operem ações centradas no usuário e que resultem em promoção e proteção da sua saúde. Para tanto, é indispensável que o indivíduo seja visto pela enfermagem como um sujeito constituído socialmente e portador de necessidades sociais e de saúde, o que a constitui e a fortalece como uma prática social.

Nessa concepção, a prática da enfermagem em saúde coletiva segue a direção da produção de uma ação social, que pode ser de manutenção ou de transformação social. Sendo assim, a prática social envolve o desenvolvimento de ações por e para pessoas, quais sejam usuários ou profissionais, que, como seres sociais, estabelecem relações e por meio de seus saberes transformam a realidade, transformando-se também, formando alianças com quem é cuidado e aprendendo com esses sujeitos acerca das formas de cuidar que desejam. Compreender a enfermagem como prática social, é considerá-la um trabalho necessário à sociedade e que o produto desse trabalho seja o cuidado à pessoa no seu processo saúde-doença⁽⁶²⁾.

Neste panorama, a Organização Mundial de saúde estabelece como objetivo dos cuidados de saúde, em nível primário, a melhor saúde para todos, o que pode ser alcançado reduzindo-se a exclusão e as desigualdades sociais, organizando serviços de saúde a partir das necessidades e expectativas da população, promovendo a integração entre a saúde e outros setores da sociedade, entre outros⁽⁶³⁾.

Em se tratando de cuidados de saúde em nível primário, surge um contexto no qual os profissionais de enfermagem necessitam compreender que trabalhar nesse âmbito pressupõe posicionar-se no ambiente de cuidado, com foco nos determinantes sociais que influenciam os estilos de vida e de trabalho de seus membros⁽⁶⁴⁾.

3.2 Condições e organização do trabalho, exposição aos riscos e o adoecimento

Os profissionais de enfermagem, a fim de atuarem de forma ativa no combate às iniquidades em saúde, necessitam conhecer as condições de vida e trabalho da comunidade em que atuam e apreciar as relações dessas condições com os determinantes gerais da sociedade, decodificando o processo saúde-doença e compreendendo a forma como ele é socialmente determinado.

Da mesma forma, necessita-se considerar as condições de vida e trabalho do profissional, considerando que esse é um sujeito social e ativo na construção da saúde. Nessa lógica, o conhecimento e a interpretação do seu ambiente laboral precisam fazer parte dessa leitura, visto que as condições de trabalho exercem influência positiva ou negativa sobre a saúde do trabalhador, seja por conta dos atos seguros ou inseguros do indivíduo, seja por situações de valorização ou desvalorização e divisão social do trabalho.

Emerge neste contexto uma reflexão acerca de uma dicotomia presente no escopo desta profissão. Sendo a enfermagem uma prática social produzida por pessoas, para pessoas e de acordo com as suas necessidades, e estando envolvida nos processos de inclusão, de redução das desigualdades, de deferência à diversidade e de participação dos atores sociais do processo saúde-doença-cuidado, na organização de seu trabalho, divide-se, fragmenta-se.

Isso se verifica quando, na *práxis*, o trabalho é hierarquizado segundo a escolaridade, pois ao profissional graduado incumbem atividades predominantemente gerenciais, e ao profissional técnico, a operacionalização de tarefas, ou seja, quando divide o trabalho segundo a classe, na qual cada categoria profissional desempenha suas funções de modo independente e desarticulado, organizadas pelo modelo taylorista/fordista de produção, ou seja, dividido por tarefas^(62,65-66).

Além disso, o trabalho da enfermagem pode ser configurado no modelo taylorista à medida que privilegia instruções sistemáticas (manuais e protocolos de saúde, rotinas, normas), atua de modo fiscalizatório e supervisionado, fragmenta a assistência e ainda educa sob forma de treinamentos e capacitações, em detrimento da educação permanente em saúde.

O taylorismo^f alavancou a produção capitalista do setor industrial, influenciando vários setores da economia, inclusive o setor de serviços, tal como o da saúde. São características desse modelo a fragmentação do trabalho, a especialização dos trabalhadores para o exercício de determinadas tarefas, a rígida hierarquia e controle gerencial do processo, os desequilíbrios nas cargas de trabalho, entre outros. Esses fragmentos laborais podem conduzir à desmotivação e à alienação do trabalhador, pois a gerência, racionalizando a produção, definindo modos e tempos de sua execução, vigiando e fiscalizando para alcançar o rendimento e produtividade⁽⁶¹⁾, contribui para a desqualificação do trabalho, na medida em que este se processa sob condições insatisfatórias e desfavoráveis, desrespeita a condição de sujeito do trabalhador.

Para complementar esta reflexão, é válido lembrar que o sujeito se constitui por meio dos processos socializadores, nos quais se insere ativamente e participativamente e dos quais resultam seus comportamentos, emoções, cognições e ações. O trabalho, neste contexto, pode ser considerado como uma categoria essencial nos processos de constituição do sujeito. A subjetividade é um processo em constante produção. Sentimentos, pensamentos e comportamentos não são produtos de uma interioridade psíquica, mas produzidos a partir de práticas históricas e também sociais⁽⁶⁸⁻⁶⁹⁾, alicerçados na indissociabilidade entre o individual e o coletivo, interior e exterior, indivíduo e sociedade⁽⁷⁰⁾.

Isso posto, condições adequadas de trabalho corroboram para construções saudáveis de sujeitos trabalhadores. As condições de trabalho podem ser caracterizadas como o conjunto de fatores – exigências, organização, execução, remuneração e ambiente do trabalho – que determinam a conduta do trabalhador, as quais podem agir sobre o estado físico e mental do trabalhador, tais como a carga de trabalho, a fadiga, as doenças, os acidentes, entre outras⁽¹⁶⁾.

Sendo assim, a partir da forma de como se processa ou se organiza o trabalho da enfermagem do Brasil, resultante das demandas comuns a todos os setores da economia, e das condições de trabalho oferecidas nos cenários públicos de produção de saúde, pode-se inferir que a conformação instituída no campo da saúde coletiva gera situações que podem alienar, bloquear a criatividade, subjugar o saber, obstruir a interação, reprimir desejos e aspirações e retirar do trabalhador a posição, ao lado do usuário, de protagonista do sistema, o que, por sua vez, pode gerar sofrimento e adoecimento.

^f Além de Taylor, é importante destacar Ford e Fayol. Enquanto Taylor privilegiava as tarefas da produção, Fayol estudava a empresa da “administração para baixo” privilegiando as tarefas da organização, sua estrutura formal e o desempenho satisfatório de suas funções como indispensáveis ao sucesso. Ford tinha como princípios a integração vertical e horizontal ou produção integrada e a padronização e economicidade para obter agilidade e redução de custos, em detrimento da flexibilização^(67:25).

As condições de trabalho podem ser classificadas em objetivas e subjetivas. Nessa perspectiva, as objetivas são mensuradas e determinadas, por exemplo, por Normas Regulamentadoras, enquanto que as subjetivas são determinadas pela avaliação e experiência do trabalhador no cenário laboral⁽⁷¹⁾. Nem sempre as condições de trabalho objetivas favoráveis são avaliadas positivamente pelos trabalhadores. Portanto, as condições inadequadas de trabalho associadas à alienação e ao descrédito para com as necessidades e experiências do trabalhador podem predispor ao risco, e este pode estar conectado ao perigo, porque o corpo físico e psíquico é incapaz de funcionar e resistir por muito tempo à repressão do desejo. A alienação, o sofrimento e o risco de uma descompensação psíquica ou um processo de somatização aguda ou crônica são consequências da economia do desejo do sujeito⁽⁷²⁾.

Acredita-se que esta situação predispõe ao risco na medida em que a monotonia, a fadiga, a desconsideração e a desvalorização do trabalho podem ser facilitadores para a frustração. Adstrito a este sentimento, advém a distração ou desatenção, predispondo, portanto, à exposição ao risco de acidentes com agentes biológicos, químicos ou mecânicos, ou negligência no autocuidado, o que gera alguma forma de sofrimento.

O sofrimento assinala o campo que separa a saúde da doença. Quando se bloqueia a relação do trabalhador com a organização do trabalho, começa o sofrimento, pois a energia que não pode ser aliviada no exercício laboral se acumula no psíquico e causa desprazer e tensão. E como essa energia não pode ficar acumulada por muito tempo, cessando as capacidades de contensão, ela se reflete no corpo⁽⁷²⁾.

O sofrimento e o adoecimento em decorrência do trabalho têm levado pesquisadores a estudarem as causas e dispositivos de prevenção e enfrentamento acerca destes agravos. São pesquisas nacionais e internacionais que têm como foco a saúde do trabalhador em enfermagem^(13,15,28,35-38,73-85).

Os riscos oriundos do ambiente e da forma de desempenho do trabalho da enfermagem contribuem para a ocorrência de acidentes e doenças ocupacionais. Com isso, diminui o estímulo ao trabalho, a produtividade reduz, aumenta a rotatividade de trabalhadores, promovendo acréscimo nas taxas de absenteísmo⁽⁸⁶⁾.

Em 2008, num estudo realizado com 1.535 profissionais da enfermagem de um hospital público, foi concluído que o absenteísmo é maior entre os técnicos e auxiliares. Os agravos à saúde foram os principais motivos dos afastamentos⁽⁸⁷⁾.

Em um estudo realizado em São Paulo para mensurar o absenteísmo em uma unidade básica e distrital, foi verificado que, em comparação a estudos semelhantes na área hospitalar,

os enfermeiros de unidades básicas faltam mais e que os técnicos/auxiliares de enfermagem, em ambos os cenários, ausentam-se mais do que enfermeiros, com índices considerados elevados⁽⁸⁸⁾, o que conduz à discussão sobre as causas geradoras deste fenômeno^(15,73,88).

O absentéismo, é válido referir, produz outro efeito subsequente, que é a sobrecarga, considerando que a ausência de um trabalhador sobrecarrega o outro^(73,88).

Muitas das ausências ao trabalho são decorrentes do não atendimento das solicitações de folgas, férias ou licenças-prêmio no período idealizado. Insatisfeitos pela negação do apelo pelas suas gerências, muitos servidores utilizam o recurso da licença-saúde para afastarem-se na ocasião desejada. Essa ausência constante de alguns colegas sobrecarrega outros, o que os motiva a também se ausentarem. Identificar as causas dessas ausências assume uma dimensão social, que deve analisar relações interpessoais, de interação no grupo e as condições e processos de trabalho⁽⁸⁸⁾.

Os maiores índices de afastamento, em um estudo desenvolvido com profissionais de enfermagem de 16 Unidades Básicas de Saúde de Campinas (SP), estavam relacionados direta ou indiretamente ao sofrimento mental dos trabalhadores e as possíveis causas dessas ocorrências incluíam trabalho em equipe desagregada, gerando o trabalho solitário; gestão não compartilhada seja política, administrativa ou sanitária; baixa resolutividade na assistência prestada decorrente de insuficiente suporte diagnóstico e de demora dos resultados de exames, assim como meios escassos de tratamento⁽⁸⁹⁾. Sendo assim, as causas do absentéismo podem ser resultantes de condições desfavoráveis do ambiente de trabalho.

Se o trabalhador, individualmente, não consegue manter o ritmo de trabalho ou o equilíbrio emocional, é possível que abandone o trabalho, mude de posto/empresa ou lance mão do absentéismo. Além disso, a relação do homem com o conteúdo significativo do trabalho envolve componentes relativos ao sujeito e ao objeto do trabalho. Este, relaciona sua produção como função social, econômica e política⁽⁹⁰⁾. Isto equivale a dizer que não há como um trabalho ser significativo ao sujeito se não há uma produção satisfatória e vice-versa.

Por entender-se que no serviço público há estatutos trabalhistas diferenciados ao do setor privado, com mecanismos de controle menos agressivos, por conta da estabilidade no emprego, pode-se inferir que o absentéismo seja maior, o que não elimina a preocupação acerca dos reais motivos dos afastamentos. Por um ou outro pretexto, servidores estão faltando às suas atividades cotidianas, seja por sobrecarga e fadiga, por adoecimento ou, simplesmente, porque estão desmotivados com o trabalho. Tais fatores são motivos de inquietação quando se trata da saúde do trabalhador.

Frustrações procedentes de conteúdos do trabalho inadequados às potencialidades do trabalhador e as necessidades da personalidade do sujeito podem demandar grandes esforços de adaptação e contribuir para o sofrimento. Quando o profissional utilizou ao máximo suas capacidades intelectuais, psicoafetivas e de adaptação, quando se esgotam os meios de defesa contra a exigência física e mental, quando usou todo o poder e o saber na organização do trabalho, quando não pode mudar de tarefa e quando há a certeza de que a insatisfação não diminui, inicia-se o sofrimento⁽⁹⁰⁾.

Além disso, alguns fatores que dificultam o processo de trabalho do enfermeiro incluem a deficiência de recursos materiais, insumos e equipamentos, considerados como o ponto de estrangulamento mais presente no trabalho gerencial em saúde coletiva, o que colabora para tornar o atendimento precário, muitas vezes. Somam-se a isso o trabalho desarticulado na rede de saúde, a não execução de um plano de carreira e salários, a falta de autonomia financeira, as excessivas reuniões, entre outros.

Tal configuração gera insatisfação do usuário, sobrecarga, estresse e queda do rendimento da equipe, desgastando o profissional que gerencia o serviço⁽⁹¹⁾ e o expõe, na medida em que, não lhe sendo disponibilizados recursos materiais e humanos, por exemplo, obriga-o a adaptar-se ao que tem, tornando a ação insegura.

Indicadores de efetividade e acesso ao serviço, boa integração da equipe e com a comunidade, a remuneração adequada pelo trabalho e a flexibilidade nos horários foram apontados como fontes de satisfação em estudo realizado no Rio Grande do Sul na área da saúde coletiva, ao passo que as principais fontes de desgaste profissional citadas foram as cargas de trabalho[§] psíquicas, seguidas pelas biológicas e físicas⁽¹⁵⁾.

Logo, é necessário que o trabalho seja visto como uma atividade e não como mera ação, estabelecida por meio de uma relação dialógica acerca dos processos de produção e produtividade, do curso dos acidentes e adoecimentos, das dificuldades de comunicação e qualidade, atento aos saberes dos protagonistas desta atividade. Isto pode ser efetivado mediante a participação ativa dos trabalhadores na *renormatização* das normas, constituindo, portanto, o trabalho real⁽⁸⁾.

É válido destacar que ação implica início e fim determinado, enquanto a atividade não tem limite pré-definido, pois envolve a dialética entre o dizer e o fazer, o geral e o singular, o

[§] Na análise do processo de trabalho, a categoria “cargas de trabalho” busca extrair elementos que interagem, múltipla e dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador, o que requer adaptação do indivíduo e gera desgaste, traduzindo-se em perda da capacidade potencial e/ou afetivo-corporal e psíquica. As cargas podem ser decompostas em tipos específicos que incluem os riscos particulares, mas não significa que são a soma destes, uma vez que só adquirem significado na dinâmica do processo de trabalho⁽⁹²⁾.

micro e o macro, o local e o global, o objetivo e o simbólico, de confronto entre normas e *renormatizações*, onde o sujeito é colocado diante de diferentes racionalidades constituídas pelas normas impostas pela hierarquia e pelas normas do próprio coletivo dos trabalhadores, tais como valores de dimensão social, econômica, política, de solidariedade e de saúde, entre outras^(6,93,94).

O trabalho real corresponde a uma lógica em que o sujeito que exerce a atividade está situado numa temporalidade e *locus* específico, onde ele assenta o seu corpo, sua experiência e sua afetividade, envolve, portanto, os componentes cognitivos, a cooperação, a autonomia e a construção de projetos, antevendo as modalidades de trabalho sobre as quais estabelece um compromisso entre os objetivos da produção, competências e preservação da saúde⁽⁵⁾.

Não descuidar da apreciação dos trabalhadores sobre as condições de trabalho e de risco, de sua vivência subjetiva, permite verificar a condição do próprio trabalhador, o que nem sempre varia no mesmo sentido que o das condições de trabalho.

De uma relação desarmônica entre o conteúdo de um trabalho – aqui caracterizado como riscos físicos, químicos, biológicos e outros – e a estrutura da personalidade e aptidões e necessidades procedentes da estrutura mental do trabalhador, pode surgir a insatisfação e o sofrimento. Estabelece-se, então, uma insatisfação não determinada pelo conteúdo do trabalho, mas relacionada ao exercício do corpo, no sentido físico e mental. No caso da insatisfação quanto ao conteúdo significativo da tarefa, o ponto de impacto do sofrimento é o escopo mental, mas também pode levar às doenças somáticas⁽⁹⁰⁾.

Dependendo da adequação do trabalhador à sua atividade, um trabalho de carga mecânica árdua pode ser mais bem tolerado do que um trabalho que não gera esforço. De outra forma, o sofrimento mental também pode decorrer de uma produção que não gera impacto imediato ou palpável, pois ao indivíduo tem um significado de desvalorização de sua produção [de seu trabalho] o que pode exercer influência negativa sobre sua autoimagem e gerar sofrimento.

A insatisfação procedente da ergonomia inadequada à estrutura da personalidade do indivíduo gera uma carga psíquica, diferente da carga física de trabalho. Um trabalho intelectual pode ser uma fonte maior de adoecimento do que um trabalho manual, ou vice-versa^(72,90). Um trabalho adequado às necessidades de economia psicossomática do sujeito produz menos carga psíquica e menos oportunidades de exposição a agravos.

Não é o que parece estabelecer-se na organização do trabalho da enfermagem em saúde coletiva, considerando-se sua limitação, tanto no processo gerencial, quanto no operacional. No atual sistema, a autonomia da enfermagem é limitada, projetos de alteração

de modos de trabalhar são bloqueados pelas normas advindas do poder central e experiências inovadoras para produzir saúde restringem-se a adequações da normatização vigente. O curso dos adoecimentos e dos acidentes de trabalho continua a sustentar estatísticas preocupantes. E a economia corporal não pode ser vislumbrada considerando que dos trabalhadores é exigido máximo rendimento no trabalho, não para acumulação de capital, visto que se trata de setor público, mas para reduzir custos⁽⁶¹⁾ e esgotar uma demanda gerada pela insustentabilidade do serviço, por conta da insuficiência de recursos materiais e humanos, de deficiências no acesso do usuário ao serviço e da resolutividade do sistema.

A forma como a enfermagem tem realizado seu trabalho ainda está presa ao fazer, em detrimento do pensar; o que está relacionado ao que a sociedade espera do trabalhador, ou seja, agilidade e precisão na realização da técnica, mesmo que de forma robotizada e desatenta aos anseios do usuário⁽⁶¹⁾ e de si própria, desrespeitando a subjetividade do trabalhador, contribuindo para a imperícia, a imprudência e a negligência no cuidado de si e do usuário.

A enfermagem, cuja essência é caracterizada pelo cuidado e pela atenção ao outro, muitas vezes é executada em locais insalubres, mal equipados, com insuficientes recursos humanos e expostos a riscos. Além disso, é uma profissão com exigência de constante inovação e qualidade nos serviços prestados, determinação não acompanhada pela valorização profissional⁽¹³⁾, o que gera, além da frustração, a sobrecarga, tornando o profissional vulnerável ao ato inseguro e ao erro, configurando-se o risco.

Realizado nesta conjuntura, o trabalho da enfermagem exhibe uma conformação de periculosidade e insalubridade caracterizadas pela exposição a riscos de natureza química, biológica, física, entre outros. O caráter árduo da profissão se dá pela quantidade de atividades que demandam esforço físico, decorrentes de más condições do ambiente de trabalho e por tensões nas relações entre equipe e usuários. O ambiente de trabalho, assim desenhado, pode desencadear desgaste emocional do trabalhador^(89,95).

Estudos sobre as condições do trabalho de enfermagem e agentes estressores organizacionais em unidades básicas de saúde demonstraram que excessivas demandas de pacientes, de trabalho e de exigências são fatores que predisõem ao estresse, fator de risco psicossocial, ou interferem na qualidade de vida e do cuidado. Dentre as situações geradoras de estresse, embora sob diferentes níveis, estão a escassez de recursos humanos e materiais, a má administração dos mesmos, a má qualidade do relacionamento interpessoal entre usuários e trabalhadores e entre a equipe, a inadequada estrutura física do serviço, a descontinuidade de tratamentos e comportamento inadequado dos usuários com relação às orientações de

enfermagem, jornada exaustiva e trocas constantes para outras Unidades Básicas de Saúde^(13,15,76).

Trabalhadores estressados na equipe geram atividades ineficientes, comunicação deficitária e perda do sentido do trabalho com consequências na qualidade de vida e no cuidado prestado^(15,76).

Além disso, outras situações são geradoras de riscos no trabalho da enfermagem em Unidades Básicas de Saúde, tais como Equipamento de Proteção Individual (EPI) insuficientes, contato com fluidos respiratórios (biológicos); falta de refrigeração e iluminação deficitária nos ambientes, ruídos intensos (físico), muitos deslocamentos para a realização das tarefas, espaços físicos mal distribuídos, ritmo intenso de trabalho (ergonômicos e de acidentes), administração de medicamentos/vacinas, uso de soluções antissépticas (químicas)⁽¹³⁾.

Em geral, como a enfermagem desenvolve seu trabalho em função da demanda do trabalho médico, ela pode enfrentar dificuldades na organização do trabalho coletivo e expor-se à violência, insatisfação com colegas, chefias e usuários⁽⁶⁶⁾, arriscando-se a adoecer pela despersonalização e descaracterização de sua posição como ator social do processo.

Cabe salientar que a sintomatologia associada à despersonalização, considerada uma dimensão específica do *Burnout* [estresse crônico do trabalhador] é caracterizada por condutas defensivas, desmotivação, falta de entusiasmo e interesse, que surgem da necessidade do indivíduo em aceitar emoções não prazerosas, desgastantes⁽⁹⁵⁾.

Soma-se a essa complexa organização em que ocorre o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva a relativa falta de participação crítico-criativa dos profissionais nos processos decisórios e a sobrecarga ocasionada pela dupla ou tripla jornada daqueles que buscam ampliar a renda por meio vários vínculos trabalhistas. Nesta situação, o trabalhador multiplica e acumula a exposição a riscos diversos, sobretudo quando lança mão do horário noturno ou dos plantões.

A dupla ou tripla jornada de trabalho da equipe de enfermagem em saúde coletiva implica trabalhar no período noturno, o que pode contribuir para o desempenho ineficaz de muitos profissionais e tornar o trabalho inseguro, pois na medida em que cai o estado de alerta, altera-se o ritmo biológico e surge o sono, o que compromete a qualidade do cuidado. A situação pode tornar a equipe de enfermagem descontente e insatisfeita, provocar o mesmo isolamento social experimentado pelos demais trabalhadores do hospital⁽⁸⁵⁾.

Neste sentido, é válida uma reflexão, especialmente se a dupla jornada estiver associada ao trabalho hospitalar. Num estudo finlandês, realizado com 7.340 profissionais da

equipe de enfermagem e médica de 16 hospitais, entre 2000 e 2004, os autores concluíram que o tratamento com antidepressivos estava relacionado à superlotação hospitalar⁽⁹⁶⁾, situação vivenciada em muitos hospitais brasileiros.

Sendo assim, a sobrecarga de trabalho pode ser um fator preditivo de depressão, o que, por sua vez, contribui para diminuir a resolutividade no cuidado, predispondo a uma nova fonte geradora de desgaste. Logo, a sobrecarga pode ter um efeito adverso sobre a saúde física e mental da equipe de enfermagem.

Um estudo com enfermeiras canadenses indica que a enfermagem está se tornando uma das profissões mais perigosas, pois 48% dos enfermeiros foram expostos à picada de agulha ou a ferimentos decorrentes da ocupação, 29% foram agredidos fisicamente e 44% emocionalmente por pacientes ou familiares de pacientes, 25% relataram dores crônicas de coluna e 9 % informaram sofrer depressão⁽⁹⁷⁾.

No Brasil, num estudo sobre adoecimento de 6.070 trabalhadores de enfermagem de uma rede estadual de hospitais de Minas Gerais (BR), foi identificado que 54,9% dos atendimentos psicológicos da Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador foram em decorrência de sofrimento mental. O enfermeiro foi o profissional que mais procurou o serviço, precedido pelo auxiliar de enfermagem. Estes transtornos, junto às alterações circulatórias e osteomusculares, respectivamente, estão entre as principais doenças relacionadas ao trabalho. Depressão, angústia, estresse, alcoolismo, hipertensão arterial e infarto agudo do miocárdio são alguns dos agravos frequentes e relacionados com o trabalho da enfermagem, além do adoecimento devido à exposição ocupacional a riscos biológicos, químicos, físicos, ergonômicos e psicossociais⁽⁷³⁾.

3.3 Os riscos no trabalho da enfermagem

A fim de delimitar e situar o foco deste estudo, serão apresentadas considerações acerca de alguns termos que estão direta ou indiretamente relacionados ao risco ocupacional e da classificação utilizada neste estudo.

É oportuno esclarecer que, em decorrência da divergência entre autores e legislação, na uniformização dos vocábulos relacionados aos riscos do contexto de trabalho, embora com nomenclaturas diferentes, os termos riscos ambientais e ocupacionais referem-se ao mesmo fenômeno.

De acordo com a nova redação da Norma Regulamentadora NR9, publicada em 1994⁽²¹⁾, no inciso 9.1.5, está descrito que os **riscos ambientais** se referem aos agentes

físicos, químicos e biológicos existentes nos **ambientes de trabalho** que podem causar danos à **saúde do trabalhador**.

Para a Organização Panamericana de Saúde (OPAS)⁽¹⁹⁾, no entanto, não há referência ao vocábulo **ambiental**, mas ao **ocupacional**. Refere o texto que, entre os determinantes da **saúde do trabalhador**, estão incluídos os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais responsáveis pelas condições de vida e os **fatores de risco ocupacionais**. De acordo com a Organização Panamericana de Saúde, portanto, **os fatores de risco** para a saúde e segurança dos **trabalhadores**, presentes ou relacionados ao **trabalho**, podem ser classificados em cinco grandes grupos: físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, psicossociais, mecânicos e de acidentes.

Sabe-se que, no cotidiano profissional, o indivíduo depara-se com ferramentas, instrumentos, máquinas, relações, e assume posturas que possibilitam sua proteção ou a emergência de danos à integridade física e mental. Não se pode inferir que os danos irão ocorrer, mas podem-se estimar as chances com que cada elemento do ambiente de trabalho poderá contribuir para esta condição indesejável. A cada oportunidade de dano à saúde do trabalhador denomina-se risco⁽⁹⁸⁾.

Riscos são agentes ou eventos capazes de produzir danos à saúde quando superados os limites de tolerância, que são definidos em razão da natureza, concentração, intensidade e tempo de exposição, e variam na sua capacidade de causar doença ou não, pois dependem da suscetibilidade individual⁽⁹⁹⁾. Referem-se, portanto, às condições, situações, procedimentos, condutas ou eventos que podem resultar um efeito negativo, causando dano ao usuário, ao trabalhador ao ambiente e à instituição⁽¹⁰⁰⁾.

Os riscos ocupacionais se originam de atividades cuja natureza, condições ou métodos de trabalho são capazes de gerar agravos à saúde dos profissionais. O risco é compreendido como evento de perigo, que qualifica negativamente situações, acontecimentos e indivíduos, em relação às chances de ocorrência de danos sociais ou pessoais⁽¹⁰¹⁾.

O perigo, por sua vez, é uma **situação** potencial que causa dano, ao passo que o risco é a **probabilidade** de causar um dano⁽¹⁰²⁾. É indispensável identificar e analisar os perigos latentes nos equipamentos e materiais utilizados pelo homem na execução de suas atividades e que podem causar doenças ou acidentes. Os riscos são inerentes às condições de perigo e caracterizam-se pela probabilidade de causar acidente ou doença ocupacional.

A NR9⁽²¹⁾, que institui o programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), não inclui, explicitamente, no seu texto, os riscos ergonômicos e psicossociais, e mecânicos, com

o que perdeu a oportunidade de descrever o risco por completo em favor da segurança e saúde no trabalho, o que constitui mais um desafio para a Saúde do Trabalhador⁽¹⁰³⁾.

A exposição ao risco no ambiente de trabalho é válido ressaltar, decorre tanto de atos inseguros como de condições inseguras ao trabalhador no desempenho de suas atividades.

O ato inseguro reside exclusivamente no fator humano. É decorrente de falha humana na execução de uma ação contrária às normas de segurança como, por exemplo, displicência no uso dos EPI. Este pode ser gerado por fatores sociais, internos ou externos ao trabalho⁽¹⁰²⁾. Descrito de outra forma, é a maneira como as pessoas se expõem ao perigo. Ela pode ser consciente, quando as pessoas sabem que estão se expondo ao perigo, ou inconsciente, quando desconhecem o perigo a que se expõem, ou circunstancial, quando, conhecendo ou desconhecendo o perigo, algo mais forte as leva à prática da ação insegura⁽¹⁰³⁾.

A condição insegura é decorrente das condições do local de trabalho ou do ambiente do trabalho, tal como um piso não apropriado ou um sistema de ventilação incorreta⁽¹⁰²⁾. São falhas, defeitos, irregularidades técnicas, insuficiência de dispositivos de segurança, bem como a segurança das instalações e equipamentos da própria instituição ou empresa, entre outras, que expõem a integridade do trabalhador. Não podem ser confundidas com perigos intrínsecos ao trabalho, pois estes podem ser controlados. Configura-se a condição insegura quando um ou mais perigos, fora de controle, expõem alguém ao risco de sofrer dano. Perigos existem e raramente podem ser eliminados; no entanto, condições inseguras ou risco podem deixar de existir, se e quando medidas de controle desses riscos forem corretamente aplicadas⁽¹⁰³⁾.

Um exemplo da área da enfermagem é a exposição a desinfetantes e esterilizantes: é um perigo inerente ao trabalho em saúde, mas não constituirá condição insegura ou risco se coexistirem sistemas adequados de ventilação ou outras medidas que evitem a dispersão das substâncias acima dos limites toleráveis.

Neste estudo, optou-se por estudar os fatores de risco ocupacionais de acordo com a orientação estabelecida pela OPAS⁽¹⁹⁾ que os classifica em físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, psicossociais, mecânicos e de acidentes. Tal intenção parte do fato que esta classificação é detalhada e permite explorar, por isso, toda a complexidade que a exposição aos riscos representa ao serviço de enfermagem.

Riscos físicos são decorrentes do ruído, vibração, radiação ionizante e não ionizante, temperaturas extremas (frio e calor), pressão atmosférica anormal, entre outros⁽¹⁹⁾. A maioria dos profissionais da equipe de enfermagem não identifica o risco físico como tal, embora apresente doenças relacionadas a esses agentes⁽¹⁰⁴⁾.

A exposição a ruído e à temperatura inadequados, por exemplo, são frequentes nos cenários de atenção à saúde coletiva^(13,105) e também no ambiente hospitalar, onde os níveis de ruído excedem os valores máximos permitidos pela Associação Brasileira de Normas Técnicas e pela Organização Mundial de Saúde, o que é lamentável, considerando que o fenômeno é uma causa evitável de perda auditiva induzida por ruído (PAIR)⁽¹⁰⁶⁾, a qual tem início insidioso e, no decorrer dos anos de exposição, pode conduzir à hipoacusia. A presença desse sintoma é muito frequente em indivíduos expostos aos ruídos⁽¹⁰⁷⁾.

Os riscos químicos referem-se aos agentes e substâncias químicas, sob a forma líquida, gasosa ou de partículas e poeiras minerais e vegetais, comuns nos processos de trabalho⁽¹⁹⁾. Na enfermagem, essas substâncias são consideradas instrumentos de trabalho e utilizadas em seus diferentes estados, tais como gases, vapores e líquidos, na esterilização, higienização e desinfecção de materiais, anestésias e tratamentos medicamentosos dos pacientes, além de estarem presentes nas luvas de látex, entre outros materiais⁽¹⁰⁸⁾.

A manipulação de drogas citostáticas e antibióticas, a exposição a gases anestésicos e esterilizantes, a vapores de formaldeído, glutaraldeído ou a outros produtos usados no tratamento dos materiais, são riscos químicos que causam danos significativos à saúde do trabalhador, tais como anormalidades cromossômicas, dermatites, neoplasias, intoxicações, alergias, reações inflamatórias, alterações dos sistemas reprodutivos, urinários, entre outros, dependendo do produto químico envolvido na atividade laboral^(71,109-113).

Os riscos biológicos estão associados a vírus, bactérias e parasitas, geralmente associados ao trabalho em hospitais, laboratórios e agriculturas⁽¹⁹⁾. Estudos acerca da exposição de trabalhadores a fluidos e sangue em cenários não hospitalares, embora limitados^(29,114-115), apontam a ocorrência significativa dessas exposições, o que sinaliza a importância de pesquisas que avaliem riscos também nesses cenários.

Entre as doenças relacionadas ao material biológico estão as doenças emergentes e (re) emergentes tais como a Aids, a hepatite e a tuberculose. Sabe-se que tanto a emergência de novas doenças no cenário profissional, quanto o ressurgimento de antigas doenças com novos comportamentos epidemiológicos, são desafios para o ambiente e para a saúde coletiva⁽¹¹⁶⁻¹¹⁷⁾, considerando-se os riscos de contaminação e conseqüente adoecimento, tanto do já contaminado e doente como do profissional hospitalar⁽¹¹⁸⁻¹²⁰⁾.

Embora a exposição aos riscos esteja sendo amplamente discutida por pesquisadores, e a legislação⁽²⁰⁻²³⁾ determine ações que atentem para a segurança do profissional que trabalha exposto a materiais/substâncias biológicas e químicas nos serviços de saúde, frequentemente se observa negligência e omissão por parte da equipe de enfermagem quanto a procedimentos

elementares, tais como a higienização das mãos, o uso de EPI, a adesão a precauções universais de biossegurança^h, entre outros^(17,24-26,120,122).

A negligência quanto à segurança ocupacional foi associada aos acidentes de trabalho avaliados no período de um ano em Unidades Básicas e Distritais de Saúde, Núcleos de Saúde da Família e Serviço de Assistência Médica de Urgência do Município de Ribeirão Preto (SP), e foi semelhante à encontrada nas instituições hospitalares⁽²⁹⁾. É válido ressaltar que a sobrecarga de trabalho é uma das principais causas dos acidentes de trabalho, especialmente com materiais perfurocortantes, e a sua ocorrência está relacionada não só à formação e educação da equipe, mas também aos recursos materiais disponíveis e à cultura do serviço⁽¹⁷⁾.

Conforme o *Control Diseases Center* (CDC), as consequências da exposição ocupacional aos patógenos veiculados pelo sangue não são apenas as infecções adquiridas, mas também os traumas psicológicos decorrentes da espera do resultado de uma possível soroconversão, além de alterações na vida cotidiana, nas práticas sexuais, no relacionamento social e familiar; no adiamento da gravidez, nos efeitos adversos das drogas profiláticas e nas mortes prematuras decorrentes desses agravos⁽¹²³⁾.

Além dos fatores de risco físicos, químicos e biológicos, a OPAS⁽¹⁹⁾ também apresenta os ergonômicos e psicossociais. Estes últimos podem decorrer da organização e gestão do trabalho como, por exemplo, da utilização de equipamentos, máquinas e mobiliário inadequados, levando à postura e posições inadequadas ou desconfortáveis, locais adaptados com más condições de iluminação, ventilação e de conforto para os trabalhadores, bem como do trabalho em turno diurno e noturno, monotonia ou ritmo de trabalho excessivo, exigências de produtividade, relações de trabalho autoritárias, falhas no treinamento e na supervisão dos trabalhadores, entre outros.

As inadequações do ambiente de trabalho nos serviços de saúde produzem queixas frequentes entre a enfermagem, relativas a dores na região lombar, dorsal, cervical e ombros, as quais estão relacionadas a variadas atividades desempenhadas por esses profissionais e que causam sobrecarga sobre determinados grupos musculares. Posturas inadequadas e incômodas, planta física com restrição de espaço, mobiliário disposto de forma imprópria, carregamento de peso ou carga de trabalho físico, flexões e elevações, são fatores de risco potencial para agravos osteomusculares denunciados em pesquisas realizadas nos cenários da

^h Por biossegurança, entende-se um campo de conhecimentos, de práticas e ações técnicas, com preocupações sociais e ambientais, destinados a conhecer e controlar os riscos que o trabalho pode ocasionar ao ambiente e à vida⁽¹²¹⁾.

atividade da enfermagem, tanto em áreas hospitalares, quanto em áreas de atenção à saúde coletiva^(105,124-128).

As dores osteomusculares decorrentes da exposição ao estresse psicológico e consequente tensão são sintomas que aparecem com frequência nas investigações com a equipe de enfermagem. Numa revisão da literatura acerca dos agravos musculoesqueléticos na enfermagem italiana, houve associação significativa entre os fatores psicossociais e as dores lombares⁽¹²⁶⁾.

Além disso, doenças que pareciam estar relacionadas somente a ocupações caracterizadas por movimentos repetitivos, como os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) e as Lesões por Esforços Repetitivos (LER), passam a invadir outras profissões em que o trabalho não se caracteriza por exclusiva repetição, como a enfermagem.

Na realização de procedimentos típicos do cuidado de enfermagem, tais como a higiene dos pacientes, a arrumação de leitos, a realização de curativos, o transporte e movimentação dos pacientes, entre outros, assim como em procedimentos relacionados à gestão, tais como o preenchimento de grande quantidade de fichas, tabelas, gráficos de controle de pacientes clínicos ou cirúrgicos, são atividades que, de uma forma ou de outra, estão associadas à intensidade do ritmo de trabalho e sua organização, e podem contribuir para a gênese de um distúrbio osteomuscular⁽¹²⁵⁾.

Numa revisão dos estudos brasileiros acerca dos distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores da enfermagem, os principais fatores de risco discutidos pelos autores estão relacionados à organização do trabalho e aos fatores ambientais e ergonômicos inadequados. A movimentação, o transporte de pacientes, a postura corporal inadequada, o *déficit* de pessoal, os equipamentos inadequados e sem manutenção são os fatores mais frequentes. Apenas um estudo revisado investigou aspectos psicossociais do processo de trabalho como fator de risco aos agravos osteomusculares⁽¹²⁹⁾.

Um risco psicossocial emergente nas publicações nacionais e internacionais é a violência ocupacional^(13,35-37,43-47). Afeta milhões de trabalhadores no mundo e é uma fonte importante de desigualdade, discriminação, estigmatização e conflito no trabalho, comprometendo, sobremaneira, a dignidade das pessoas e a eficiência das instituições. Constituem tal violência os incidentes, os abusos, as agressões que os trabalhadores sofrem em circunstâncias relacionadas com seu trabalho e que põem em perigo, implícita ou explicitamente, a segurança, o bem-estar e a saúde. É válido referir que vocábulos como

agressão, abuso, intimidação, discriminação e perseguição são comportamentos que podem ser associados à violência psicológica⁽¹³⁰⁾.

Os riscos mecânicos e de acidentes são aqueles ligados à falta de proteção do trabalhador. Falta de equipamentos de proteção individual, aparelhamento inadequado, arranjo físico, ordem e limpeza do ambiente de trabalho, sinalização, rotulagem de produtos e outros podem levar a acidentes do trabalho⁽¹⁹⁾. Entre os fatores predisponentes aos acidentes de trabalho e aos riscos ocupacionais no trabalho da enfermagem, estão as situações de urgência, sobrecarga de trabalho, disponibilidade de espaço físico e de materiais deficientes e fatores relacionados à negligência e desatenção dos trabalhadores, seja no desenvolvimento das atividades, seja no uso dos equipamentos, entre outros^(13,17,30,131).

De acordo o Ministério da Previdência Social, em 2008, um total de 5.188 profissionais das áreas de Ciências Biológicas, da Saúde e afins acidentaram-se, sendo que 4.327 foram acidentes típicos, 780 foram de trajeto e 81 por doença do trabalho. O número total de acidentes de trabalho ocorrido com Técnicos de Nível Médio das Ciências Biológicas, Bioquímicas, da Saúde e afins foi de 27.338. Desses, 23.296 foram típicos, 3.705 de trajeto e 337 por doença ocupacional. Acidentes típicos são aqueles característicos da atividade do acidentado. Acidentes de trajeto são aqueles que ocorrem entre a residência e o local de trabalho ou vice-versa. Os acidentes devido à doença do trabalho são assim denominados por serem ocasionados por doença profissional peculiar ao ramo de atividade padronizado em tabela da Previdência Social⁽¹³²⁾.

Cabe lembrar que onexo causal entre o adoecimento do trabalhador e o trabalho que desenvolve, por vezes, não é estabelecido e, em consequência, não gera dado no Ministério da Previdência, ficando oculto nas estatísticas.

As mais frequentes notificações de acidentes referem-se predominantemente a ferimentos, traumatismos, lesões osteoarticulares, seguidos por transtornos de adaptação e reações ao estresse, corpos estranhos, queimaduras, episódios depressivos, contatos e exposições a doenças transmissíveis. Estes últimos códigos não constavam, por exemplo, nas estatísticas dos 4 anos anteriores a 2008. No anuário de 2006, há uma referência à exposição ocupacional e a fatores de risco, sem especificação qualitativa. Ferimentos do punho e da mão foram os agravos prevalentes nessas notificações, sendo o dedo a região do corpo mais atingida^(132,133,134).

Verificou-se, a partir da revisão da literatura, que investigações acerca dos riscos biológicos e psicossociais são quantitativamente superiores, em detrimento dos demais que,

por vezes, passam despercebidos tanto para os gestores quanto para os próprios trabalhadores, o que gera uma aparente invisibilidade desses.

A enfermagem, além de estar exposta a riscos, executa algumas atividades insalubres, considerando a natureza do seu trabalho e a presença de agentes capazes de causar adoecimento. De origem latina, insalubre significa não salubre, mau para a saúde⁽¹³⁵⁾. O art. 189 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)⁽¹³⁶⁾ conceitua atividades insalubres aquelas que, devido a sua natureza, condições e métodos de trabalho, exponham os trabalhadores aos agentes nocivos à saúde além dos limites toleráveis.

Tais agentes nocivos à saúde estão definidos pela NR 9, da Portaria 3.214/78 do Ministério do Trabalho e emprego, que trata dos riscos ambientais no trabalho. A NR 15 define insalubridade em função na natureza, intensidade e tempo de exposição, considerando o limite de tolerância como aquela concentração ou intensidade que não causará dano à saúde do trabalhador, no decorrer de suas atividades^(20,137). Daí a definição dos graus de insalubridade, de acordo com a natureza do agente: máximo, médio e mínimo. E a garantia de percepção de um percentual adicional sobre o salário mínimo de acordo com o grau de insalubridade a que o indivíduo está exposto, a saber: 10% para grau mínimo, 20% para grau médio e 40% para grau máximo^(20,137).

Ao longo desta revisão, verificou-se que a enfermagem é uma profissão exposta a fatores de risco que podem ferir sua integridade física e psíquica. Diferente do risco psíquico, o risco físico é exterior e inerente ao trabalho, independente da vontade do trabalhador e quase sempre se configura como um risco coletivo. Todos os que trabalham num local desses estão expostos, embora, muitas vezes, é personalizado, como no caso de um acidente de trabalho individual. Mesmo contando com medidas de segurança, quase sempre a prevenção é incompleta, seja por investimentos limitados, seja porque seja mal conhecido o risco e suas manifestações⁽⁹⁰⁾.

Por outro lado, o risco psíquico, apesar de ser inerente ao trabalho tem um caráter subjetivo, só quem vivencia o trabalho percebe, de fato, o risco. E aquilo que não é eliminado pela organização do trabalho deve ser assumido individualmente pelo trabalhador. Desta situação surge o medo no trabalho, pois há oposição entre a natureza coletiva e material deste risco e a natureza individual e psicológica. O medo relacionado ao risco pode aumentar sensivelmente na medida em que o trabalhador desconhece os limites do risco ou os métodos de prevenção eficazes⁽⁹⁰⁾.

3.4 Uma breve consideração sobre a legislação em saúde do trabalhador

Até o início do século XVIII, não existia preocupação com a integridade física e mental do trabalhador. No entanto, a revolução industrial, o aparecimento das máquinas e o trabalho assalariado foram fatores decisivos na conformação das doenças ocupacionais, uma vez que, por conta da demanda e do processo econômico acelerado, tais fatores geraram exploração do homem pelo homem. O uso indiscriminado de homens, mulheres e crianças agregava-se ao já perturbador cenário da aglomeração nas cidades, da improvisação de espaços para as fábricas e das condições de vida degradantes desses indivíduos. Sendo assim, em 1802, Robert Peel, influente industrial inglês, apresentou ao parlamento uma proposição trabalhista, que se transformou na primeira lei sobre o tema. Era a Lei de Peel ou *Health and Moral Apprentices Act*, cujo teor limitava as jornadas de trabalho a 12 horas diárias e determinava melhorias nas condições de higiene e ventilação dos ambientes de trabalho⁽¹⁰²⁾.

Em 1833, surge, na Inglaterra, a primeira lei sanitária no mundo, que proibia o trabalho a menores de nove anos e criava a figura dos inspetores de fábrica, pois era obrigatório às fábricas da Inglaterra realizar inspeções periódicas. Era o *Factory act*, revisto em 1855, de onde advém a inserção da figura do médico de fábrica, que tinha a finalidade de investigar os acidentes nesses locais de trabalho. Mais tarde, com as considerações de higiene preconizadas e recomendadas por Pasteur, o conceito de higiene do trabalho vinculou-se aos aspectos infecciosos e assim permaneceu durante muito tempo dissociado de outras causas⁽¹⁰²⁾, paradigma que mais recentemente começa a ser discutido e só então são atribuídas outras causas ao adoecimento decorrente do trabalho.

Próximo a 1870, pelo elevado número de acidentes advindos da construção civil e do desenvolvimento industrial, começa a se desenvolver uma consciência social do problema do acidente do trabalho, embora o primeiro estudo acerca das relações do trabalho com o adoecimento tenha sido feito pelo italiano Bernardino Ramazzini, em 1700, no qual foram examinadas as condições de trabalho de 40 funções ou cargos. Nesse estudo, o pesquisador demonstrou as doenças ligadas a cada função e apontou medidas de prevenção que poderiam ser adotadas⁽¹⁰²⁾ para prevenir danos e promover a saúde do trabalhador.

A legislação brasileira acerca da saúde do trabalhador é bem mais recente. Remonta a 1919, com a publicação do Decreto Legislativo nº 3724 sobre os acidentes de trabalho com característica unicausal. Em 1943, é publicado o Decreto Lei 5.452 que aprova a

Consolidação das Leis do Trabalho, cujo capítulo V se refere à segurança e à medicina do trabalho⁽¹³⁸⁾.

Atualmente, de acordo com a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, todos os indivíduos que exercem atividades para seu sustento e de seus dependentes são considerados trabalhadores, independente da forma de inserção no mercado de trabalho, seja no setor formal, seja no informal da economia⁽²²⁾. Para essa política, é direito do trabalhador desenvolver suas atividades em condições seguras e saudáveis, independentemente do vínculo trabalhista, do caráter e da natureza do trabalho. Sendo assim, uma revisão acerca desta temática contextualiza o amparo legal ao trabalhador em função da sua ocupação, agregando valor à sua saúde física e mental.

Até a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, em 1988, não havia políticas acerca da promoção da saúde do trabalhador. Essas eram voltadas à prevenção de doenças dos trabalhadores associadas a agentes etiológicos específicos⁽¹³⁹⁾.

Com a publicação da Constituição, a saúde passa a ser um direito de todos e dever do Estado, o qual deve garanti-la mediante políticas sociais e econômicas, tendo em vista a redução do risco de doença e agravos, de acesso universal e igualitário a todas as ações e serviços que conduzam à promoção, proteção e recuperação da saúde. Essa consignação se encontra reiterada pelo artigo 2º da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990⁽⁵⁸⁾. A Constituição Brasileira legisla, entre outras prerrogativas, no seu artigo 200, que é competência do Sistema Único de Saúde, além de outras atribuições, executar ações de vigilância à saúde do trabalhador e cooperar para a proteção do meio ambiente, nele compreendido o ambiente de trabalho⁽⁵⁶⁾.

Os artigos 21 e 22 da Constituição determinam que compete, privativamente, à União legislar sobre o Direito do Trabalho, assim como prover a organização, manutenção e execução de inspeção do trabalho. Embora tais competências não se sobreponham à competência dos estados e municípios na deliberação de esforços para a normalização de ações de proteção e segurança do trabalhador, visto que o artigo 24, alínea XII, registra que “Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre previdência social, proteção e defesa da saúde”. A alínea XXII, do artigo 7, estabelece que é direito dos trabalhadores a redução dos riscos decorrentes do trabalho, constituída mediante normas de saúde, higiene e segurança^(22,56).

Da mesma forma, no artigo 6º da lei Orgânica da Saúde⁽⁵⁸⁾, há referências à competência do Sistema Único de Saúde na execução de ações de vigilância em saúde do trabalhador. No parágrafo 3º, está estabelecido que a atenção à saúde do trabalhador deve

incidir no conjunto de atividades e ações de vigilância epidemiológica e sanitária, de promoção e proteção, bem como de recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores que, por força das condições de trabalho, forem submetidos a riscos e agravos.

Essas atividades abrangem, no âmbito de competência do SUS, a assistência ao trabalhador que foi vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença ocupacional, participação em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos à saúde decorrentes do processo de trabalho e da normatização, fiscalização e controle das condições de trabalho que apresentem riscos à saúde do trabalhador, avaliação do impacto das tecnologias à saúde, também a informação ao trabalhador, ao sindicato e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde. Todas essas atividades devem respeitar aos códigos de ética profissionais, à participação nos programas de saúde do trabalhador nos serviços públicos e privados; à revisão periódica da lista de doenças decorrentes do processo de trabalho, assegurando a participação sindical na sua elaboração, entre outros⁽⁵⁸⁾.

Importante é salientar que, a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde e da promulgação da Lei 8.080/90, a saúde está vinculada a fatores como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais, entre outros. O texto dessa lei menciona que os níveis de saúde da população denotam a organização social e econômica do País, onde se pode ancorar, também, o processo de saúde ou de doença do trabalhador, considerando que condições satisfatórias de trabalho e, por conseguinte, baixos índices de adoecimento por doenças ocupacionais, ajuízam positivamente sobre a organização do trabalho.

Os artigos 12 e 13 da referida lei estabelecem a criação de comissões intersetoriais com a finalidade de articular políticas e programas de saúde que envolvam, entre outras, atividades relacionadas à saúde do trabalhador. No artigo 15, está preconizado que a União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios deverão exercer, no âmbito administrativo, a elaboração de normas técnicas e instituir padrões de qualidade com vista à promoção da saúde do trabalhador⁽⁵⁸⁾.

E, com o propósito de promover melhorias na qualidade de vida e saúde dos trabalhadores, a partir da articulação e integração das ações do governo, concernente às relações de produção, consumo, ambiente e saúde, em dezembro de 2004, instituiu-se a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador⁽²²⁾ (PNSST). Para tanto, foram elaboradas algumas estratégias e diretrizes, a fim de viabilizar um plano de trabalho em consonância com os objetivos dessa política, tais como, ampliação das ações de Segurança e Saúde no

Trabalho, visando à inclusão, harmonização das normas e articulação das ações de promoção, proteção e reparação da saúde a todos os trabalhadores brasileiros, precedendo as ações de prevenção sobre as de reparação. Ademais, foi estruturada uma rede integrada de informações, bem como incentivada a formação em saúde do trabalhador, a realização de estudos e pesquisas acerca do tema e a educação dos trabalhadores responsáveis pela operacionalização dessa política⁽²²⁾.

A gestão da PNSST deve ser desenvolvida por um Grupo Executivo Interministerial de Segurança e Saúde do Trabalhador – GEISAT –, integrado, no mínimo, por representantes do Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Saúde e Ministério da Previdência Social, que, respeitados seus respectivos âmbitos de competência, serão responsáveis por atribuições específicas⁽²²⁾.

De forma complementar às políticas de segurança e saúde do trabalhador, são atualizadas as Normas Regulamentadoras – NR – relativas à segurança e à medicina do trabalho.

Reguladas pelo Ministério do Trabalho e Emprego, entre outras, a NR 01 determina que o empregador cumpra as disposições legais e regulamentares sobre segurança e medicina do trabalho, além do mais, exige que o trabalhador cumpra tais disposições. A NR 6 exige a aquisição e o uso dos EPIs. A NR 9 determina que os trabalhadores sejam informados sobre os riscos do ambiente do trabalho e que sejam implantados Programas de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA). A NR17 dispõe sobre a ergonomia, e a NR 32 obriga todos os serviços de saúde, em qualquer nível de complexidade, a implantar medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores desses serviços e também daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral^(20,23,140).

A NR 32, relativa à especificidade do trabalho em estabelecimentos de saúde, trata dos riscos biológicos e químicos, das radiações ionizantes e dos resíduos, das condições de conforto por ocasião das refeições, das lavanderias, limpeza e conservação, bem como da manutenção de máquinas e equipamentos em serviços que prestam assistência à saúde. Essa norma se refere a qualquer local destinado à prestação de assistência à saúde nas ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade⁽²³⁾.

Da mesma forma, quanto à enfermagem, os direitos envolvendo a proteção do trabalhador estão previstos no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem⁽¹⁴¹⁾ e são contemplados em vários artigos. Também está presente no art. 60, como um direito da enfermagem, “participar de movimentos de defesa da dignidade profissional, do seu

aprimoramento técnico-científico, do exercício da cidadania e das reivindicações por melhores condições de assistência, trabalho e remuneração”.

E no art. 61, é facultado à enfermagem, segundo o Conselho Federal de Enfermagem, “suspender suas atividades, individual ou coletivamente, quando a instituição para a qual trabalhe não oferecer condições dignas para o exercício profissional ou desrespeite a legislação do setor saúde, ressalvadas as situações de urgência e emergência”. Não oferecer condições dignas de trabalho pode ser entendido por deparar-se com condições insalubres e que exponham o trabalhador a riscos, considerando que o art. 63 legisla sobre o direito da equipe de enfermagem de “desenvolver suas atividades profissionais em condições de trabalho que promovam a própria segurança e a da pessoa, família e coletividade sob seus cuidados, e dispor de material e equipamentos de proteção individual e coletiva, segundo as normas vigentes”. Em relação aos Equipamentos de Proteção Individual, pode a enfermagem recusar-se a desenvolver suas atividades na falta desses equipamentos, conforme descrito no artigo 64 do referido Código⁽¹⁴¹⁾.

Logo, verifica-se a existência de uma legislação que protege o trabalhador à medida que normaliza sobre o tema e estabelece diretrizes para fiscalização, no entanto, na prática, nem sempre essa legislação é seguida.

3.5 A abordagem ergológica do trabalho

Considerando que este estudo pretende abordar a relação dos sujeitos com o trabalho, mediante um diálogo sinérgico com os protagonistas, e entendendo que o trabalho não representa um fenômeno com início e fim determinados, característicos de uma ação conduzida somente pela razão, mas que envolve um sujeito dotado de corpo e espírito que se cruza com o imposto e o desejado, o individual e o coletivo⁽¹⁴²⁾, optou-se pela abordagem ergológica como referencial teórico-metodológico desta pesquisa.

Tendo como principal mentor o filósofo e professor Yves Schwartz, a disciplina ergológica é amparada pela filosofia e pelos aportes teóricos da ergonomia. Surgiu na França na década de 80 como uma alternativa para mudar o paradigma vigente, com o intuito de responder aos questionamentos dos operários diante do modelo taylorista e fordista acerca da organização do trabalho e da gestão da produção. Em frente a essa demanda, um grupo de pesquisadores de diversas áreas do conhecimento, tais como filosofia, linguística, ergonomia, sociologia e economia, reuniu-se com trabalhadores assalariados com a finalidade de discutir

as novas demandas que se impunham em busca de estratégias de racionalização do trabalho, iniciando os aportes da ergologia⁽¹⁴³⁾.

Essa disciplina sugere, então, uma releitura das concepções de trabalho, demarcando conceitos de ação e atividade, tendo por escopo abordar o trabalho a partir da vivência daquele que trabalha, articular a relação estabelecida entre a pessoa e o meio, e considerar os saberes de disciplinas, tais como a sociologia, a psicologia, a filosofia e, especialmente, aquelas às quais a ergonomia presta uma estreita colaboração, como, por exemplo, a psicodinâmica⁽⁶⁾. Trabalhar, de acordo com os pressupostos da ergologia, é atividade de seres humanos situados num tempo e num espaço e que ocorre no “acontecendo” da vida⁽⁷⁾.

A ergologia aposta que o sujeito que trabalha é capaz de compreender, transformar e criar novas condições para si e para a situação de trabalho, de modo a reinventá-lo^(6,8). O trabalho passa a ser percebido e epistemologicamente construído, numa visão interdisciplinar com a participação dos trabalhadores, com vista a garantir bem-estar, eficácia e segurança^(5,8).

Situando o trabalho, tanto quanto possível, do ponto de vista daquele que trabalha a ergologia é uma abordagem que o compreende como uma atividade que envolve pessoas. Atividade, para esta ciência, refere-se a um impulso de vida, de saúde, que liga tudo o que se representa separadamente e inscreve-se em complexos funcionamentos neurosensitivos com extensões que ultrapassam a pessoa física, pois estão inscritos no corpo o social, o psíquico, o institucional, as normas e os valores do contexto de trabalho e aquelas *renormatizadas/renormalizadas*ⁱ, a relação com as instalações, com os produtos, com os tempos e com os homens que participam da atividade. Esse alguém que trabalha, o centro de arbitragens que dirige a atividade, é designado como *corpo-si* ou corpo-pessoa. O trabalho não existe sem alguém que trabalha⁽¹⁴²⁾. Para lidar com as variabilidades decorrentes da atividade, o trabalhador se envolve inteiramente, a cada momento, com o próprio corpo biológico, a inteligência, a afetividade, o psiquismo e a história de vida e de relações com outros humanos⁽⁷⁾.

Na perspectiva ergológica, a atividade humana é a manifestação da vida humana. Por meio do trabalho, tomado como atividade humana, é possível transformar o meio em um meio humano, pois o sujeito põe em movimento a energia do seu corpo em relação ao meio, aos instrumentos e às técnicas, além de ativar as relações com o meio social e os companheiros de

ⁱ Alguns pesquisadores do Rio de Janeiro, que mantêm interlocução com Schwartz, optam pela tradução do conceito de “renormalization” por “renormatização” e não “renormalização”, como frequentemente é utilizado, sob a égide de realçar a “capacidade humana de criar novas normas de vida[...]A expressão “renormalização”, em português, pode dar a falsa ideia de retorno à normalidade, não expressando a intenção do autor”^(144:18). Assim, neste estudo, optou-se pelo uso do vocábulo “renormatização”.

trabalho, e aciona, também, as relações com seu grupo social, tais como a família, o bairro e a própria história⁽¹⁴⁵⁾. A prescrição ou *norma antecedente*, ou seja, as condições determinadas, tarefas pré-definidas e o conjunto de resultados a serem alcançados, são insuficientes para dar conta do que é exigido de produtividade. Ao desempenhar uma tarefa, o sujeito pode se deparar com algumas variabilidades, tais como fadiga, diferenças de ritmo, efeitos da idade, experiências, o que exige sempre uma mobilização cognitiva e afetiva do trabalhador. O trabalho, na realidade, nunca é só mera repetição de ações⁽⁷⁾. Envolve a mobilização física e psíquica de um indivíduo. Não é uma ação passiva; é ativa.

A ergologia abrange o trabalho, como o *uso de si* por outros e o *uso de si* por si mesmo, o que equivale a referir que em todo o trabalho há uso, convocação de um sujeito singular com capacidades complexas e vastas que irão solicitar do corpo bem mais do que a mera execução de tarefas. O trabalho coloca em tensão o *uso de si* solicitado pelos outros e o *uso de si* consentido por si mesmo. Esse processo é gerado quando acontecimentos quebram os ritmos habituais da vida, obrigando o sujeito a fazer *uso de si*, no sentido de reagir, de tratar esses acontecimentos, o que, por si, geram novos acontecimentos, alterando a relação com o meio e com as pessoas. Pode-se dizer que a atividade é, então, uma “*dramática*” do *uso de si*, pois as situações são variáveis em função das capacidades, dos recursos e das escolhas feitas diante do tratamento dos acontecimentos e matrizes de histórias vivenciadas⁽⁶⁾.

O *uso de si* refere-se ao sujeito sendo convocado em toda a sua subjetividade. Exige uma mobilização que o taylorismo não pode alcançar, pois envolve toda a complexidade que o ser humano representa. O *uso de si* pelo outro representa as condições históricas que são dadas e produzem subjetividade e, de certo modo, reporta ao fato de que em todo o universo da atividade de trabalho reinam normas que conduzem a relações de desigualdade, de subordinação e poder. E o *uso de si* por si mesmo refere-se ao uso que cada um faz de si mesmo nas *renormatizações* singulares da atividade humana. Não estabelecer conexão entre esses dois usos, é conceber o trabalhador como um ser passivo, reproduzidor, que apenas sofre os impactos dos determinismos históricos, econômicos e sociais⁽⁶⁻⁷⁾.

O trabalho não pode ser considerado como uma simples execução de uma prescrição ou *norma antecedente*, numa cisão entre quem planeja e quem o executa, nem uma mera repetição de movimentos previstos antecipadamente, sem a participação do trabalhador. Schwartz entende a atividade como uma matriz de histórias e de *normas antecedentes*, que são sempre *renormatizadas*, normas essas que possuem um caráter parcial dada a condição de ser impossível prever todas as possibilidades presentes e futuras de uma situação⁽¹⁴³⁾.

Numa situação de trabalho, há sempre a possibilidade de tomarem-se decisões próprias, pessoais e livres sobre os pensamentos e as ações, reconstruindo-os, tecendo novas formas, novos saberes, pois em cada situação de trabalho há uma história, uma singularidade envolvida⁽⁹³⁾. “Quando a organização diz ao trabalhador que deve ater-se ao prescrito, ela interdita formas de conhecimento que poderiam problematizar a questão do trabalho como lugar e momento de produção de eficácia”^(146:725).

O trabalho real situa a atividade do sujeito numa temporalidade e *lócus* específico, nos quais ele coloca em jogo o seu corpo e sua experiência para construir modos operatórios que irão regular sua relação com as condições de trabalho. Estão envolvidos nesse contexto os componentes cognitivos, o significado da atividade para os sujeitos, como também a cooperação e a autonomia sobre os quais o sujeito constitui um compromisso entre os objetivos do seu trabalho, suas competências e a preservação de sua saúde⁽⁵⁾.

A atividade real é aquela construída pelo trabalhador, é seu *modus operandi*, o que envolve mais do que a simples execução de normas e regras pré-estabelecidas. Pode-se citar como exemplo o fato de que muitos equipamentos de proteção individuais não são valorizados pelos trabalhadores, que os consideram, muitas vezes, “norma” incômoda, que interfere na sua liberdade. Sabe-se que muitos deles trazem desconfortos, o que acaba fragilizando a segurança e prevenção pretendidas. Nesse caso, deveriam ser concebidos com a participação ativa dos trabalhadores, reportar-se à atividade e ao debate das normas, ultrapassar a mera racionalidade técnica e considerar, de modo especial, as racionalidades da atividade do trabalhador⁽⁸⁾.

As características da atividade incluem a *transgressão*, a tensão entre o formal das normas e conceitos e o informal não bem compreendido pela linguagem. Também a *mediação*, um aspecto dinâmico da transgressão incorporado nos corpos dos sujeitos, e a *contradição* onde se instaura um debate de normas, à qual o sujeito é convocado no cotidiano de suas atividades⁽¹⁴³⁾.

Em parte, a *renormatização* consiste em transgredir certas normas, distorcê-las, a fim de apropriar-se delas, de existir como um ser singular, vivo, em face às lacunas das normas e às variabilidades da situação de trabalho. Reinterpretando essas normas, o trabalhador tenta configurar o meio como seu, num processo contínuo de história e de saberes renovados, mesmo que parcialmente, o que consiste no *debate de normas* e conduz a outros modos de ver as coisas, a outras perspectivas para viver e atuar em conjunto⁽¹⁴²⁾.

Neste sentido, estar atento ao que Schwartz denomina de *Dispositivo Dinâmico de Três Polos* pode ser um diferencial para a epistemologia no campo da saúde do trabalhador,

de tal forma que os atores, implicados diretamente na atividade e participando ativamente da elaboração de novos saberes, podem expressar as alternativas em reserva escondidas nas suas atividades, resultantes das *ressingularizações* do meio, e têm elementos para transformar a situação de trabalho ou contribuir para a construção de um ambiente que prime pela segurança do trabalhador, aliando recomendações técnicas com a subjetividade e experiência do sujeito que o vivencia.

Esse dispositivo envolve o polo dos conceitos, o dos saberes e valores oriundos da experiência dos trabalhadores e o das exigências éticas e epistêmicas^(6,7,93). Três pólos, porque é necessário um polo de disciplinas, modos de abordar conceitos que são indispensáveis, porém não são disciplinas fechadas e permitem romper-se, a trabalhar uma por meio das outras, são as *competências disciplinares*. O outro polo se configura pelas “*forças de convocação e validação*”, os *saberes investidos/gerados* na atividade, recriados a partir do *debate de normas*. O regime de produção de saberes acerca da atividade, da história, da vida social, supõe uma cooperação entre os dois polos⁽⁶⁾. A *convocação* se dá porque os *saberes investidos* necessitam da *competência disciplinar* para transformarem-se. E a *validação* se dá quando se testa o saber das *competências disciplinares* nas situações de atividade que as validarão ou as transformarão.

A partir disso, configura-se o terceiro polo, que exige que se olhe para o sujeito com humildade, como alguém que está em atividade, é foco de debates, atravessado por situações “*dramáticas*”. Exige modéstia dos sujeitos para compreender a fragilidades dos saberes, isto é, compreender que os saberes científicos e os decorrentes da experiência são frágeis para explicar a totalidade do trabalho, portanto, não são excludentes, mas complementares^(7,93).

Assim, a ergologia propõe discutir o trabalho e a produção de conhecimento sobre ele apreciando o “conhecimento e experiência dos trabalhadores, o geral e o específico da atividade, suas normas e variabilidades”, exigindo um diálogo entre as disciplinas com constante questionamento acerca de seus saberes^(93:558).

Para tanto, é necessário que se instale o *desconforto intelectual*, desnudando-se dos conceitos, da racionalidade intelectual, pois, na concepção ergológica, a “atividade não pode deixar os sujeitos confortavelmente instalados em interpretações estabilizadas dos processos e dos valores em jogo numa situação de atividade”. Enquanto que o epistêmico corresponde à exigência em trabalhar conceitos, construindo-os, precisando-os, neutralizando a dimensão histórica dos fenômenos aderidos, a ergologia faz um movimento inverso, na medida em que aproxima os conceitos da sua aderência local a fim de “apreender as configurações de saberes e de valores gerados pela atividade aqui e agora”^(142:24). Há de se estar em constante postura

indagativa, num debate constante das normas, questionando os saberes constituídos e as experiências de trabalho, a fim de avançar.

Nas concepções da ergologia, como uma disciplina de pensamento, é possível estudar situações de trabalho. Sob o ponto de vista ergológico, o conhecimento que está em jogo se refere ao entrelaçamento dinâmico e transdisciplinar entre atividades, saberes e valores⁽¹⁴³⁾.

Sendo assim, almejou-se, neste estudo, compreender a situação de trabalho da enfermagem em um Serviço de Atenção Básica à Saúde quanto à exposição aos riscos ocupacionais, articulando os saberes expressos por conceitos, o grau de apreensão das dimensões históricas vigentes na situação de trabalho e o debate de valores sobre os quais o sujeito é convocado no seu meio de trabalho⁽¹⁴³⁾, de tal modo que o confronto e o diálogo entre os saberes produzidos pelas experiências dos trabalhadores, articulados aos saberes das diversas áreas do conhecimento, produzissem um novo saber, provocado pelo questionamento, pelo atrito e pelo diálogo entre os conceitos epistêmicos das disciplinas e a experiência dos saberes investidos.

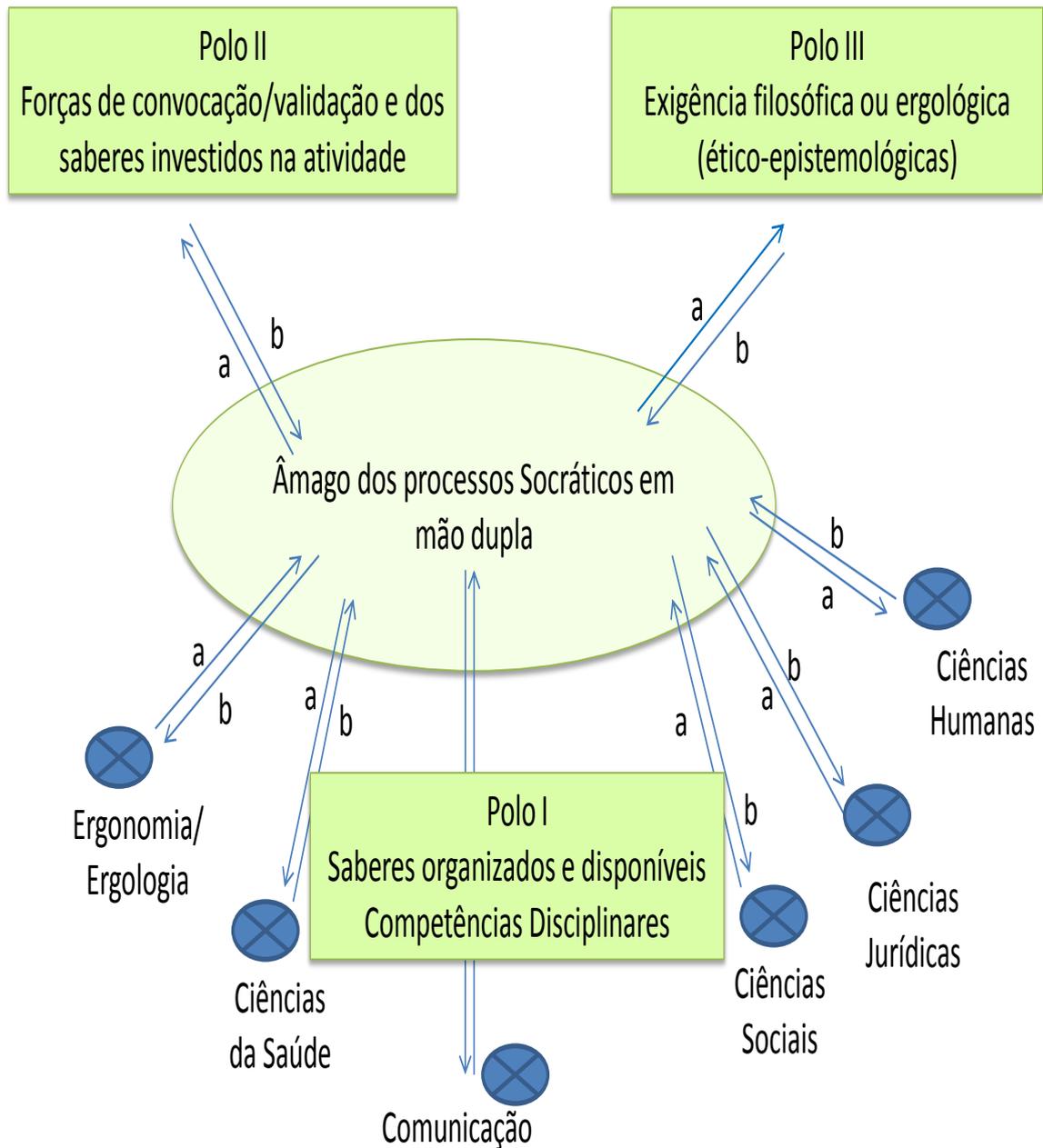
Analisar o trabalho a partir de uma situação real é uma tentativa de buscar não a saída, mas diversas, inúmeras, infinitas saídas, tal como solicita a complexidade do trabalho e da vida humana⁽⁷⁾. E estudar o mundo do trabalho e a atividade por meio da comunicação dos sujeitos (*corpos-si*) é a maneira mais eficiente de se chegar à realidade deste, aos seus desafios, aos conflitos, às dificuldades em gerir os problemas das condições de trabalho e sua superação.

Para tanto, foi utilizado o *Dispositivo Dinâmico de Três polos* (DDTP) proposto por Schwartz⁽⁶⁾ e adaptado a esse estudo, conforme Figura 1, tendo como dispositivo 1 o Polo dos saberes e valores instituídos no universo científico, representados pelos saberes das Ciências da Saúde, Sociais, Jurídicas, Humanas, Ergologia, Ergonomia e Comunicação. O Polo 2 constitui o dispositivo dos saberes e valores do universo formado pela experiência de trabalho, valores e cultura local da equipe de enfermagem estudada e o dispositivo 3 foi o Polo dos questionamentos em duplo sentido, do *desconforto intelectual* e que se assentou como um conhecimento construído a partir da relação entre os diferentes polos, conhecimento esse pautado na prevenção e segurança da saúde do trabalhador de enfermagem com foco na exposição aos riscos ocupacionais.

Ou, ainda, questionamentos e saberes acerca de como construir ambiências mais saudáveis e seguras, em benefício da vida com mais qualidade na saúde física e psíquica, que adveio de uma exigência ética e epistemológica acerca de um polo comum a construir, e sobre o qual se considerou um suporte⁽⁶⁾ de cooperação fecunda dos outros dois polos e dos

desconfortos intelectual, ético e social. É importante considerar que o DDTP prevê um movimento de convocações mútuas e retrabalho contínuo.

Figura 1 – Esquema do Dispositivo Dinâmico de Três Polos.



a e b: o sentido das flechas relaciona-se a convocações mútuas
 **b: retorno para as competências disciplinares de origem



retrabalho eventual na disciplina de origem

4 PERCURSO METODOLÓGICO

De acordo com o objeto do estudo, construíram-se os instrumentos e o método da investigação de forma a selecionar os sujeitos e o local a serem investigados, definir instrumentos de coleta dos dados e o método de análise, e considerar os aspectos éticos envolvidos na pesquisa.

4.1 Tipo de estudo

Estudo descritivo, do tipo pesquisa participante, com abordagem qualitativa dos dados. Estruturado a partir do referencial teórico da Ergologia⁽⁶⁾, visa apreender o trabalho real da enfermagem em um Serviço de Atenção Básica em Saúde e os riscos ocupacionais.

Ao longo da história, a pesquisa participante foi vista como uma abordagem possível de solucionar as tensões entre o processo de geração do conhecimento e o uso deste, ou seja, entre o mundo ‘acadêmico’ e o ‘real’, entre intelectuais e trabalhadores. A pesquisa participante é um método de pesquisa que envolve o processo de investigação, de educação e de ação⁽¹⁴⁷⁾.

Neste método, a realização da investigação é concomitante com a ação. Prevê a participação conjunta de pesquisadores e pesquisados. É uma espécie de opção ideológica, pois sua proposta político-pedagógica é trabalhar a favor dos oprimidos, com o objetivo de mudança ou transformação social.

Pode ser oportuna uma breve reflexão sobre o domínio do saber. Na sociedade contemporânea, além do poder econômico, existe o poder do conhecimento, que, ao longo do tempo, tem sido privilégio exclusivo de alguns grupos, o que não significa que outros não o possuam. Com o auxílio de pesquisadores engajados, esse saber tradicional pode transformar-se em orgânico e servir de instrumento que pode aliviar a dominação, uma vez que, de certa forma, miscigena conceitos e valores sobre “a dignidade do homem, a importância da vida e da ação”^(147:156).

Para tanto, o grupo pesquisado tem que se envolver na investigação, de modo que se forme um só *corpus* entre o pesquisado e o pesquisador na busca do saber, que só pode ser originado dessa fusão entre o popular e o erudito, e onde os sujeitos, mutuamente, se educam para a ação transformadora. Há de se referir que, operacionalmente, as pesquisas participantes “podem divergir, dependendo dos propósitos perseguidos e do momento conjuntural no qual a

ação se desenvolve”, e podem estar atreladas ao desenvolvimento de diferentes áreas do conhecimento^(147:166).

Constitui a pesquisa participante uma crítica e uma alternativa à pesquisa tradicional. Envolve alguns pilares como o destaque à relação entre o sujeito e o objeto da pesquisa, o uso do saber produzido e o lugar do saber erudito no trabalho popular. Tem como finalidade última transformar estruturas para a melhoria de vida do grupo, considerando que o saber popular orgânico gerado no processo investigativo pode conduzir a novas transformações.

A pesquisa participante presume que investigadores profissionais de fora da área e comprometidos com a causa podem assessorar a população pesquisada a definir o objeto da investigação, o que pode ser feito mediante estudos prévios, dados secundários e entrevistas com lideranças. A equipe de pesquisa se compõe de pesquisadores e do grupo interessado ou dos seus representantes que geram o conhecimento durante a ação da pesquisa, na qual pesquisados e pesquisadores se beneficiam das experiências de todos. Podem ser usados instrumentos de coleta de dados como questionários, entrevistas e observações dos participantes. A análise de dados é feita a partir de técnicas dialogais, onde todos podem participar.

Um aspecto significativo desse método é que, quando a pesquisa conta com poucos representantes da população estudada, pode ser feita uma devolução dos resultados por meio de reuniões que servem também para validação dos dados. Utiliza-se, nesses espaços de discussão, técnicas simples de comunicação, de onde provêm propostas de ação definidas em virtude das necessidades do grupo.

4.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em um Serviço de Atenção Básica em Saúde, denominado Saúde Ambulatorial e Pronto Atendimento, localizado num município do interior do Rio Grande do Sul.

O serviço atende a população na faixa etária superior a 12 anos, de segunda a domingo, das 6h às 19h. A enfermagem atua em dois turnos diurnos [7h às 13h e 13h às 19h] e a equipe médica em três turnos [7h às 11h, 11h às 15h e 15h às 19h].

No momento da realização do estudo, a equipe de enfermagem era composta por 29 profissionais: 2 enfermeiros(as) e 27 auxiliares de enfermagem [conforme cargo funcional da instituição, embora muitos deles sejam técnicos em enfermagem]. A equipe médica possui 28 plantonistas, sendo que 13 atendem no setor de consultas e 15 no setor de urgência e

emergência. O serviço conta, ainda, com um psicólogo, uma nutricionista, dois farmacêuticos, três trabalhadores que desempenham funções em serviços gerais e cinco no apoio administrativo.

A área física da Unidade de Saúde é dividida em duas partes: na área anterior [frente] do prédio se situam a recepção, os consultórios médicos de atendimento ambulatorial, a sala de vacinas, a sala de Eletrocardiograma (ECG), o Serviço Municipal de Acompanhamento ao Paciente Diabético e Hipertenso (SEMAPADH), o Centro de Testagem e aconselhamento (CTA) aos portadores de HIV, hanseníase e tuberculose, a Farmácia Básica e a sala de Educação e Saúde. Na área posterior [fundos], está localizado o Pronto Atendimento de Urgência e Emergência.

4.2.1 Recepção

O setor de recepção conta com duas salas, uma para agendamento e distribuição de fichas para consultas médicas, e outra para autorização de exames laboratoriais e de sessões de fisioterapia. É composto por quatro servidores públicos municipal. As fichas para consultas médicas são distribuídas, em sua maioria, no turno da manhã, momento em que também são agendadas as consultas para pessoas de outros municípios da região. O horário de funcionamento do setor é das 6h às 18h. Nesse local, são prestadas informações ao público em geral, pessoalmente e por telefone, e feito o agendamento de Eletrocardiograma (ECG).

Quadro 1 – Número de Atendimentos Realizados pelo Setor de Recepção do Serviço, maio 2010.

Descrição do Atendimento	n
Autorização de exames laboratoriais	400
Autorização de sessões de fisioterapia	1.200
Consultas médicas em clínica geral (na unidade)	1.500
Consultas médicas em traumatologia (na unidade)	240
Consultas médicas em urologia (na unidade)	80
Consultas médicas em cardiologia (na unidade)	80
Consultas médicas em clínica geral (no consultório)	140
Consultas médicas em traumatologia (no consultório)	300
Consultas médicas em urologia (no consultório)	80
Consultas médicas em cardiologia (no consultório)	140
Consultas médicas em nefrologia (no consultório)	100
Consultas médicas em Cirurgia geral (no consultório)	80
Consultas para traumatologista (autorização para outros municípios)	80
Consultas para cardiologista (autorização para outros municípios)	50
Autorização de mamografia e RX	40
Consultas com nutricionista	50

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2010.

Obs.: As especialidades médicas disponíveis na unidade são: traumatologista, clínica geral, urologista, pneumologista, cardiologista e nefrologista.

4.2.2 Sala de vacinas

A sala funciona das 7h às 12h30min e das 13h30min às 18h. A equipe de vacinadoras é composta por seis profissionais técnicos em enfermagem, que realizam atividades de vacinação e orientação da população, especialmente crianças. Está vinculada ao setor de vigilância epidemiológica do município. A média mensal é de 500 vacinas administradas.

4.2.3 Farmácia

A farmácia básica da unidade possui uma equipe composta por quatro profissionais, sendo quatro auxiliares de enfermagem e uma farmacêutica. Funciona das 7h às 18h, sem intervalo. Entre as atividades desenvolvidas estão entrega de medicamentos, orientações para o uso correto da medicação, cadastro das medicações entregues e controle de estoque. Conta

com um programa informatizado para controle de estoques e saídas. A média mensal de atendimentos é de 3.500 (receitas), considerando-se que cada receita possibilita ao usuário a retirada do medicamento por seis meses. Nesse local, é dispensada, também, insulina NPH humana e regular, assim como seringas para sua aplicação.

4.2.4 Sala de eletrocardiograma (ECG)

O serviço de ECG funciona na parte da manhã. Uma auxiliar de enfermagem realiza o exame e o encaminha ao consultório do cardiologista para a realização do laudo. O horário de funcionamento é das 7h às 12h30min. A média mensal de atendimentos é de 360 ECG realizados.

4.2.5 Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)

O Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) é um serviço que realiza acompanhamento dos portadores do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV), sintomáticos e assintomáticos, pacientes com hanseníase e tuberculose, residentes no município ou noutros municípios da região de abrangência da Coordenadoria Regional de Saúde (CRS). A equipe do CTA é composta por quatro trabalhadores: um farmacêutico, duas auxiliares de enfermagem e uma estagiária. O horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 7h30min às 11h30min. As coletas ocorrem nas terças-feiras e nas quintas-feiras.

Quadro 2 - Número de Atendimentos do Centro de Testagem e Aconselhamento do Serviço, maio 2010.

Descrição dos pacientes atendidos	n
Pacientes HIV sintomáticos (recebem medicamentos). Residentes no município	184
Pacientes HIV assintomáticos acompanhados. Residentes no município	255
Pacientes com hanseníase (do município)	12
Pacientes com tuberculose (do município)	10
Mães HIV + que recebem leite para o bebê	16
Exames HIV/Hepatite/Chagas	110

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2010.

Obs.: Além do atendimento aos municípios, o CTA atende a alguns municípios que compõem a Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

4.2.6 Serviço municipal de atendimento ao paciente diabético e hipertenso (SEMAPADH)

O SEMAPADH é um serviço que cadastra e acompanha os pacientes hipertensos e diabéticos do município. A equipe é composta por um médico clínico geral, uma enfermeira (não concursada para esta função), uma nutricionista (servidora estadual cedida ao município), uma auxiliar de enfermagem, um digitador, uma psicóloga e uma médica endocrinologista. Funciona, em geral, das 7h às 11h e das 13h às 17h.

A média de atendimentos mensais é de 70 consultas com a nutricionista, 140 consultas médicas, 40 psicoterapias e 200 consultas de enfermagem. Inclui quatro grupos de educação em saúde.

4.2.7 Unidade de urgência e emergência

A área física dessa unidade é composta de recepção, sala de convivência da equipe e confecção de material, setor de material de higienização, almoxarifado, sala de lanches, consultório médico, sala de espera, banheiros, sala de administração de medicamentos, sala de esterilização e almoxarifado, salas de curativos e pequenos procedimentos, um quarto com quatro leitos de observação ambulatorial com banheiro anexo e uma área externa para guarda dos *containers* de resíduos.

É válido afirmar que, embora com essa denominação, neste espaço físico se realizam consultas, procedimentos médicos, de enfermagem e atendimento de algumas situações de emergência. Os casos de urgência e emergência são atendidos no hospital do município cadastrado como estabelecimento capacitado para atender a essa complexidade.

Entre os procedimentos realizados no serviço, no período da pesquisa, se destacam 4.500 aferições de pressão arterial, 2.800 administrações de medicamentos, 2.000 consultas de urgência ou emergência, 1.400 curativos, 90 retiradas de pontos, 500 observações ambulatoriais, 100 hemoglicotestes, 130 nebulizações, 15 imobilizações, 15 sondagens vesicais, entre outros.

Dentre as doenças e agravos de saúde prevalentes, atendidos no Plantão de Urgência e Emergência, destacam-se: crises hipertensivas, problemas respiratórios (crises de asma, bronquite, amigdalite, faringite, laringite, entre outros, de maior incidência no período de inverno), gastroenterites (maior incidência no período de verão), cólica renal, crise de ansiedade em pacientes depressivos, entorses e distensões lombares, diabetes melito,

pequenas suturas (provenientes de acidentes de trabalhos, quedas, cortes, etc.), sintomatologia inespecífica (febre, dores abdominais não específicas, cefaleia), entre outros.

Anexa a este pavimento há uma sala de educação em saúde.

4.3 Sujeitos do estudo

A investigação foi desenvolvida com 25 trabalhadores da equipe de enfermagem que pertencem a um Serviço de Atenção Básica à Saúde, denominada de Unidade de Saúde Ambulatorial e Pronto Atendimento. O recrutamento dos participantes foi feito mediante convite à participação de todos, momento em que foi apresentada a proposta de investigação e oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Como critérios de inclusão no estudo, consideraram-se os enfermeiros e os auxiliares/técnicos de enfermagem efetivos, ativos no período da coleta de dados, que estavam trabalhando na área da enfermagem do referido serviço.

4.4 Instrumentos e métodos de coleta de dados

A coleta de dados foi feita de junho a agosto de 2010, mediante entrevistas e observação participante. Foi utilizado como instrumento complementar um roteiro sistematizado para observar as condições gerais da área física e condutas dos trabalhadores e para aferir ruído, umidade, temperatura/conforto térmico e iluminação.

Inicialmente, foi realizada uma entrevista com a enfermeira responsável pelo Programa de Saúde do Trabalhador do município, que também desempenha a função de coordenadora geral da Secretaria Municipal da Saúde. Essa enfermeira foi considerada a informante-chave neste estudo.

Informante-chave é o indivíduo que tem conhecimentos específicos sobre o tema pesquisado e com quem o pesquisador mantém uma relação especial de intercâmbio de informações acerca do objeto de estudo. O informante-chave tem acesso ao contexto do estudo de uma forma que o pesquisador não tem, ambos, porém, participam ativamente do grupo a ser estudado. Nas pesquisas qualitativas, o informante-chave pode ser útil para explorar o tema de interesse do estudo, identificar aspectos relevantes do contexto e familiarizar-se com o vocabulário que será utilizado com os outros informantes⁽¹⁴⁸⁾.

Para tanto, algumas características foram consideradas na seleção do informante-chave, tais como, um indivíduo que participa ativamente do grupo e que tem envolvimento no

momento da investigação, disponibilidade e tempo para prestar informações sobre o tema em estudo à pesquisadora⁽¹⁴⁸⁾.

A entrevista inicial com a informante-chave (Apêndice B) foi realizada nas dependências da Secretaria Municipal e versou sobre Dados de Identificação do Serviço, Dados sobre o Serviço de Enfermagem, Dados sobre o Processo de Trabalho e Dados sobre a Prevenção da Exposição a Riscos.

No segundo momento, entrevistaram-se todos os trabalhadores da equipe de enfermagem do serviço. As entrevistas (Apêndice C) foram feitas no serviço em estudo, sob agendamento prévio, em horário conveniente ao sujeito, e versou sobre Dados de identificação e Saúde do Trabalhador, Condições de Trabalho e Riscos, e Relações Interpessoais.

Na perspectiva ergológica, essa etapa correspondeu à investigação de saberes, valores e histórias dos sujeitos, aos saberes investidos na atividade, representados pelas forças de convocação e validação: o Polo II do *Dispositivo Dinâmico de Tres Polos*.

Por meio da entrevista, buscaram-se as informações contidas nas falas dos sujeitos entrevistados acerca da realidade investigada. Foi uma conversa com propósitos definidos, uma comunicação que confere importância à linguagem e ao significado da fala. Por meio da entrevista, obtiveram-se dados objetivos e subjetivos, estes últimos relacionados aos valores, atitudes e opiniões dos sujeitos entrevistados⁽¹⁴⁹⁾. Pela interação, se descobriu o que era significativo para a equipe de enfermagem, suas percepções, interpretações e cosmovisões e possibilitou o entendimento das informações colhidas por meio da comunicação estabelecida acerca das condições de trabalho, dos riscos e sua prevenção, e das relações interpessoais.

Para a condução das entrevistas, foram utilizados formulários com questões fechadas, abertas e complementares. A entrevistadora fez anotações relativas às questões estruturadas e utilizou um gravador para registrar as falas.

As questões abertas oportunizaram ao sujeito relatar sua percepção sobre a situação e o que era significativo para ele. As questões complementares ajudaram a esclarecer e aprofundar as informações a respeito de um dado. Procurou-se tomar cuidado para evitar a tendenciosidade na condução desses esclarecimentos⁽¹⁵⁰⁾.

A observação participante foi feita em todos os momentos da interação entre a pesquisadora e os sujeitos, embora houvesse uma previsão de horas e dias para a condução da mesma. Essa técnica permitiu observar o cotidiano de trabalho, ou seja, a situação de trabalho e a interação entre os atores. Foram selecionados, por sorteio, seis dias, consecutivos ou não, em períodos não mais que 2 horas e não menos do que 1 hora, no turno da manhã e à tarde,

para realizar as observações relativas à organização do trabalho. Alguns itens, por serem significativos nas situações sociais e de trabalho, foram considerados, quais sejam, as condutas dos sujeitos e as características do cenário de trabalho.

Atentou-se, durante essa etapa, para o desenvolvimento de uma espécie de dualidade, ou seja, a pesquisadora estar dentro e fora do evento observado, não se esquecendo que o pesquisador-observador é parte do evento observado. A observação participante tem como objetivo conhecer e compreender a realidade. Entendendo que algumas ações observadas poderiam ser fruto da presença do observador⁽¹⁵¹⁾, procurou-se esclarecer aos sujeitos que o intuito da observação era enriquecer o estudo e não ‘fiscalizar’ a dinâmica do trabalho.

Os registros das observações foram feitos de forma breve em um formulário de observação (Apêndice D) e depois organizados e detalhados em um diário de campo. Para esse tipo de técnica de pesquisa e registro de dados, é sugerido, além de memória, tomar notas breves e discretas para, posteriormente, serem complementadas e expandidas. Além de outros elementos, foram observados: ambiente interno e externo, comportamento das pessoas no grupo (postura), comunicação (verbal e não verbal, tom da voz, vocabulário), relacionamentos e formas em que ocorrem os processos de trabalho⁽¹⁵¹⁾.

Para complementar a coleta de dados, realizou-se uma observação sistemática. Foi utilizado, para registro dessa observação, um roteiro adaptado das recomendações da Norma Regulamentadora (NR) 32⁽²³⁾ e da classificação de risco para a saúde e segurança dos trabalhadores da OPAS⁽¹⁹⁾, com as categorias a serem observadas (Apêndice E). Foram também observadas as condições sanitárias (de limpeza e conservação da área física, e relativa à alimentação/refeição do trabalhador, aos odores, ao sistema de exaustão).

Considerando as limitações ético-legais, a avaliação/aferição do ruído, iluminação, umidade e temperatura/conforto térmico do ambiente (item G do Apêndice E), foi realizada por um profissional da área de engenharia de segurança no trabalho. Sendo assim, o engenheiro de Segurança do Trabalho da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – campus de Santo Ângelo – realizou as aferições relativas aos referidos agentes, acompanhado pela pesquisadora, cujos dados permitiram complementar o relatório acerca dos riscos ocupacionais no ambiente de trabalho da enfermagem.

O conhecimento que emergiu da etapa das observações participante e sistemática e da avaliação do ruído, iluminação, umidade e temperatura do ambiente alicerçou-se nos saberes organizados e disponíveis, as competências disciplinares científicas: o Polo I do *Dispositivo Dinâmico de Três Polos*.

Feitas as entrevistas e observações, as informações foram analisadas preliminarmente e posteriormente socializadas com os sujeitos da pesquisa mediante a formação de um grupo de discussão e validação. Todos os sujeitos da pesquisa foram convidados, pessoalmente, pela pesquisadora para participar do grupo, com o intuito de se promover um diálogo com os diferentes saberes e experiências, tendo como elementos principais as reflexões sobre a atividade de trabalho e a exposição aos riscos ocupacionais. Participaram deste grupo 15 sujeitos e o número de encontros foram definidos em conjunto com os participantes, que preferiram realizar as discussões e validação dos dados em um único encontro.

A sessão foi programada mediante consenso do grupo quanto à duração e conteúdo desenvolvido, data e hora, de modo a favorecer a disponibilidade, participação e interesse dos sujeitos na identificação e discussão dos riscos vivenciados no cotidiano de trabalho.

Um acadêmico do curso de enfermagem, trabalhador da unidade, foi convidado a auxiliar na condução do encontro e registrar, em ata, as falas dos sujeitos.

Nessa fase, todas as informações coletadas e pré-analisadas pela pesquisadora foram compartilhadas junto com os participantes do grupo para discussão, análise e interpretação que intencionaram um movimento entre o conhecimento formal e o informal, de “*transaberes*”, de modo que os saberes formalmente constituídos para o exercício da profissão da enfermagem e aqueles decorrentes da experiência, bem como suas *renormatizações*, fossem socializados para a construção de um novo saber, tendo como foco o conhecimento de que ambos convivem com a fragilidade de não explicarem a realidade no seu todo, portanto, são complementares e não excludentes⁽⁷⁾. Este movimento permitiu a validação, pelos sujeitos, dos resultados da pré-análise.

A discussão e validação dos dados possibilitaram o *desconforto intelectual* da pesquisadora o que corresponde ao Polo III do *Dispositivo Dinâmico de Três Polos*, de exigência ético-epistemológica. Ética, de respeito e ao mesmo tempo epistemológica, pois sem esta postura, “nos faltaria um espaço de compreensão do que torna possível a história, as instituições, o próprio trabalho”^(6:268).

Considerou-se que a reunião dos diferentes protagonistas em torno do que se passa no trabalho permitiu aprendizagens dos sujeitos e/ou “*imprendizagens*” [uma forma de humildade diante da atividade de trabalho], o que representa a inserção de elementos novos e que informam acerca de como colocar em uso os saberes constituídos pela experiência. Implicou o desnude da racionalidade intelectual, o *desconforto intelectual*, para, a partir do ético e do epistêmico, constituir-se o polo do mundo comum a construir⁽⁶⁾, de modo que propostas de ambiência saudável fossem delineadas por meio de decisões consensuais e

coletivas sobre atitudes e condutas frente a exposição ao risco ocupacional e a medidas de proteção e promoção à saúde do trabalhador.

Sendo assim, neste estudo, o método da pesquisa participante possibilitou a aplicação do *Dispositivo Dinâmico de Três Polos* preconizado por Schwartz⁽⁶⁾ na medida em que articulou saberes científicos disponíveis para antecipar a atividade, ou seja, os conhecimentos científicos das ciências, necessários à produção de saúde, com os saberes da experiência, processados e reprocessados na atividade, representados pelas percepções dos sujeitos acerca do risco ocupacional e da gestão dessas exposições para a proteção de sua saúde, para, enfim, ‘fecundá-los’.

Quando o pesquisador utiliza a análise do trabalho baseada nesse dispositivo, deve deixar a “história” falar por meio de pessoas que a vivenciam no mundo real. O importante é procurar estudar a vida como ela é. “Se a vida no trabalho é tentativa de viver, ela é também [...] tentativa de fazer valer nesse meio - nesse tecido de normas antecedentes [...], as normas de vida oriundas da própria história daqueles que trabalham, oriundas do que é para eles viver em saúde”^(152:18).

Oportuno é ressaltar que os roteiros de entrevistas foram avaliados quanto à objetividade e adequação por um pesquisador especialista na área de saúde de trabalhador.

4.5 Método de análise dos dados

Para determinar os riscos ocupacionais, os dados das entrevistas, das observações, do encontro grupal (de discussão e validação dos dados) e do laudo de aferição dos riscos físicos (ruído, temperatura/conforto térmico e umidade) e ergonômico (iluminação) do engenheiro de segurança no trabalho, foram organizados segundo os grupos de fatores de risco e segurança para a saúde dos trabalhadores, relacionados ao trabalho e denominados como físicos, biológicos, químicos, mecânicos, de acidentes, ergonômicos e psicossociais⁽¹⁹⁾.

Os dados foram analisados por meio do método de Análise de Conteúdo na modalidade Análise Temática, na qual a presença de alguns temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presente nas falas dos sujeitos. Trabalhar com temas implica agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abrangê-los⁽¹⁵³⁾, e o conjunto de categorias foi estabelecido mediante um único princípio de classificação.

A análise de conteúdo consiste em descobrir os núcleos de sentido das comunicações e, neste estudo, foi operacionalizada em três etapas: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação⁽¹⁵³⁾.

Na pré-análise, foram retomados os objetivos da pesquisa, procedendo-se à leitura flutuante e exaustiva de todo o material (entrevistas e observações), de modo a ter contato direto e intenso com o conteúdo dos materiais. A partir de então, foram determinadas as unidades de registro constituídas por palavras-chaves, expressões ou frases significativas, para, na fase da exploração do material, serem elaboradas as categorias. Na fase de tratamento dos dados e interpretação, os significados foram colocados em evidência, fase na qual o pesquisador fez suas inferências, relacionou à literatura e construiu novas dimensões teóricas⁽¹⁵³⁾.

A organização dos dados da observação sistemática da área física e condutas dos trabalhadores (Apêndice E) obedeceu a uma pré-categorização construída a partir da NR32⁽²³⁾ e dos fatores de risco para a saúde e segurança dos trabalhadores da OPAS⁽¹⁹⁾, centrada na exposição aos riscos biológicos, químicos, físicos, ergonômicos, mecânicos, psicossociais, de manipulação de resíduos e de condições sanitárias. Os dados decorrentes desta pré-categorização foram agregados às categorias de análise.

A triangulação metodológica^j foi feita mediante o confronto dos dados do informante chave, das entrevistas com a equipe de enfermagem e das observações - sistemática e livre.

Após a análise preliminar dos dados, as categorias analíticas foram apresentadas no encontro grupal com os sujeitos envolvidos no estudo para discussão e validação.

4.6 Considerações éticas

Quando se coletam dados, supõe-se a invasão da vida privada de alguém. Em vista disso, foi obtida a permissão das pessoas envolvidas, das instâncias superiores, bem como garantido o anonimato dos participantes e informada a publicidade que será dada ao estudo. A Resolução 196, de 10 de outubro de 1996⁽¹⁵⁵⁾, determina que a eticidade da pesquisa implica

^j Combinação de múltiplos métodos para estudar um determinado problema de investigação ou triangulação intermétodos que significa usar diferentes métodos em relação ao mesmo objeto de estudo. Denzin⁽¹⁵⁴⁾ sugere a combinação da observação participante com questionários e análise documental, entre outras, para que teorias fundamentadas e verificadas sejam geradas. É útil para apreender o fenômeno de vários ângulos e melhor compreendê-lo. Defende a análise do problema de tantas e diferentes perspectivas metodológicas quanto possível.

assegurar os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade ao indivíduo e às comunidades.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – campus Santo Ângelo –, sob protocolo nº 0033-4/PPH/10 (Anexo A). Após aprovação, foi encaminhado ao gestor municipal de saúde para que fosse apreciado, junto com um Termo de Autorização para Investigação (Apêndice F) e um Termo de Ciência (Apêndice G). Com base na Resolução 196/96, foi oferecido aos participantes do estudo um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) em duas vias, uma para o sujeito e outra para a pesquisadora. Somente participaram do estudo aqueles que assinaram o documento, consentindo em participar da pesquisa, momento em que foram prestados esclarecimentos acerca da investigação. Os sujeitos foram identificados pela palavra ‘Trabalhador’ seguida de um algarismo arábico.

5 AJUSTE DOS INSTRUMENTOS

Estando definida a entrevista quanto a seu conteúdo, esta foi testada antes da coleta de dados, com a intenção de averiguar a compreensão dos sujeitos quanto à linguagem usada no roteiro de perguntas, o tempo exigido às respostas e a forma de abordagem aos sujeitos a serem entrevistados, a fim de torná-la exequível e apropriada para o alcance dos objetivos propostos.

O teste ocorreu por meio de entrevistas a trabalhadores de três unidades de Estratégia de Saúde da Família(ESF) e de um Centro de Atenção Psicossocial(CAPS). Foram entrevistados três enfermeiros e três auxiliares/técnicos em enfermagem. Todos trabalhavam com jornadas de 8 horas diárias, à exceção de uma técnica em enfermagem que também desempenhava funções de fisioterapeuta no horário vespertino. As ESF funcionam, prioritariamente, como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm a finalidade de atender o usuário em sofrimento psíquico por meio de ações que visam ao acompanhamento clínico e à reinserção social dos usuários.

Sendo assim, mesmo com mecanismos peculiares de cuidado, tais atividades são semelhantes às do foco da Unidade Básica e de Pronto Atendimento, local proposto para o estudo. Dadas as especificidades dessas unidades, é válido ressaltar que possuem algumas particularidades decorrentes da organização do trabalho e, portanto, da exposição aos riscos ocupacionais. Entretanto, a experiência se mostrou positiva, considerando que mediante o diálogo com esses sujeitos se pode apreender elementos para ajustar o instrumento. As modificações realizadas no roteiro da entrevista (Apêndice C) estão descritas a seguir:

- incluído no item A1 a idade dos sujeitos a fim de caracterizá-los;
- no item B, vinculou-se a pergunta 1 à 2 , pois ao responder sobre as condições de trabalho o profissional já mencionava sua satisfação ou insatisfação;
- no item 3B, diante da solicitação aos sujeitos à avaliação dos agentes/riscos de exposição, efetuaram-se explicações, caso demonstrassem dúvidas.

Neste mesmo item, acrescentou-se uma menção aos equipamentos de proteção individual, considerando que alguns entrevistados falaram sobre os EPI oferecidos e outros não os citavam. Considerando a natureza do estudo, optou-se por complementar o item:

- retirado do item 8B o espaço referente a “mês”, considerando que nem todos lembram o mês da ocorrência e a maioria não respondeu;

-no item 11B, sobre a exposição à violência, adicionaram-se questões sobre notificação e registro deste agravo em boletim de ocorrência policial e/ou chefia;

-no item C, no questionamento sobre o relacionamento interpessoal, detalharam-se as informações sobre a qualidade destas relações com o usuário, equipe, chefia/supervisor e gestor municipal de saúde.

A partir das adequações das questões da entrevista, iniciou-se a coleta de dados com os trabalhadores da unidade campo de pesquisa.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A ergologia considera o trabalho como atividade, pois mobiliza o corpo e o espírito, o que o descaracteriza como simples ação ou repetição de normas. É uma metodologia que permite melhor conhecer e intervir nas situações de trabalho⁽⁶⁾ e que significa envolver os trabalhadores como protagonistas do processo de trabalho, desfazendo a dicotomia entre geridos e gestores. A proposta da ergologia é uma análise ‘situada’, que aposta na capacidade e força humana de compreender e transformar o trabalho, “(re) inventando, criando novas condições e um novo meio pertinente – a si e à situação”^(156,VII).

A abordagem ergológica, como um modelo de produzir conhecimento sobre o trabalho e suas relações, supõe pensar o geral e o específico, a articulação entre as disciplinas e a interrogação sobre seus saberes, além de encontrar na atividade ‘situada’ as normas antecedentes e as variabilidades, compreendendo que a “análise do trabalho é inseparável do campo dos valores, da epistemologia e da ética”, e que produção de saberes sobre o humano é sempre uma descoberta^(50:104).

A partir da visão ergológica e, conforme o que foi proposto, foi possível conhecer os riscos de uma situação de trabalho, bem como os mecanismos envolvidos na prática de prevenção aos danos dessas exposições, mediante o *Dispositivo Dinâmico de Três Polos* (DDTP) recomendado por Schwartz⁽⁶⁾, entendendo que “todos os trabalhadores da saúde são gestores”, pois cotidianamente criam “normas para conseguir eficácia”. Se a gestão das variabilidades não fosse feita por meio de *renormalizações e ressingularizações* “a situação dos serviços de saúde pública estaria ainda pior, pois é exatamente essa atividade dos trabalhadores [...] que explica como ainda pessoas são curadas apesar das condições de trabalho degradadas que se encontram nesses serviços”^(157:210).

Vale ressaltar que o trabalho, sob este modelo, envolve a natural tensão entre o que é formalizado pelas normas e conceitos e o informal que sofre intervenção do trabalhador, o qual o singulariza a partir de um debate cotidiano em que é convocado. Para o mentor desta *démarche*, Yves Schwartz, a atividade é uma matriz de histórias e de *normas antecedentes* sempre *renormalizadas*.

O DDTP permitiu articular o saber expresso sob a forma de conceitos, com os saberes e valores que mobilizam o trabalhador no seu ambiente de trabalho. Foram explorados por meio de entrevistas e observações para, por fim, fecundar essas duas dimensões com a eticidade necessária à formação de parceria entre os sujeitos, vendo o outro como seu semelhante⁽⁵⁰⁾.

Desta análise, resultaram três categorias: as condições gerais de trabalho: entre a *trama e a urdidura*; os saberes investidos na atividade e saberes disciplinares acerca dos riscos ocupacionais; a prevenção de agravos e a promoção da saúde do trabalhador: as normatizações e *renormatizações* necessárias ao cotidiano saudável da vida e do trabalho. E seis subcategorias: os riscos psicossociais e o problemático *uso de si*; os riscos biológicos: entre o *vazio de normas* de biossegurança e as *renormatizações*; a exposição aos riscos químicos: o mau *uso de si*; os riscos mecânicos e de acidentes de trabalho: *o vazio de normas* como fator de risco; os riscos ergonômicos: *o uso de si* por si e pelos outros gerando agravos; e, os riscos físicos: do desconforto à *renormatização*.

6.1 Caracterização do cenário e dos participantes do estudo

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50, de 21 de fevereiro de 2002⁽¹⁵⁸⁾, a Unidade de Saúde pesquisada, quanto à organização físico-funcional, insere-se na classificação de um serviço de **prestação de atendimento eletivo de promoção e assistência à saúde em regime ambulatorial e de hospital-dia** provendo atenção à saúde, atividades de promoção, prevenção, vigilância à saúde da comunidade e atendimento a pacientes externos de forma programada e continuada. E, também, é um serviço de **prestação de atendimento imediato de assistência à saúde**, ou seja, de atendimento a pacientes externos em situações de sofrimento, sem risco de vida (urgência) ou com risco de vida (emergência).

A equipe de enfermagem é composta por 29 profissionais, dos quais 25 participaram do estudo, sendo um enfermeiro e 24 técnicos/auxiliares de enfermagem. No período da coleta de dados, três servidores se encontravam em férias e um não quis participar.

Ressalta-se que, pelo estatuto da secretaria do município, embora a maioria dos trabalhadores de nível médio possui o curso técnico em enfermagem, o cargo oferecido no concurso para provimento de cargos desse nível é o de auxiliar de enfermagem. Sendo assim, mesmo tendo certificação de técnico, são efetivados como auxiliares de enfermagem.

Os sujeitos possuem idades entre 28 e 41 anos de idade, conforme tabela 1, sendo que 40% possuem entre 36 e 40 anos.

Tabela 1- Distribuição da frequência da idade e do tempo de serviço dos participantes do estudo.

Variáveis	Anos	n	%
Idade em anos	26-30	01	04
	31-35	01	04
	36-40	10	40
	41-45	05	20
	46-50	05	20
	51-60	03	12
Tempo de serviço	1-5	02	08
	6-10	18	72
	11-15	03	12
	16-20	01	04
	Mais de 20	01	04

Fonte: Fontana RT. Coleta direta de dados, 2010.

A distribuição do pessoal de enfermagem é feita da seguinte forma: Sala de Imunizações: seis técnicos em enfermagem; SEMAPHAD: dois; Farmácia: quatro; CTA: dois; ECG: um; e Pronto Atendimento: dois gestores e 12 técnicos em enfermagem.

Os trabalhadores pesquisados desempenham atividades no serviço entre um e 25 anos, sendo que 72% desses trabalham de 6 a 10 anos no serviço.

Em relação à jornada de trabalho dos sujeitos, 52% possuem jornada dupla, distribuídas entre duas instituições de saúde e/ou estudo. Cinco técnicos (20%) em enfermagem estão cursando ensino superior, sendo quatro em Enfermagem e um em Direito.

Quanto às Licenças para Tratamento de Saúde (LTS), o quadro 3 demonstra, em números absolutos, as causas dos afastamentos da equipe de enfermagem, em 2009. Foram causas prevalentes das licenças: *problemas relacionados com a organização de seu modo de vida; pessoa em boa saúde acompanhando pessoa doente; menstruação excessiva e frequente com ciclo irregular; dorsalgia; episódios depressivos; episódio depressivo grave com sintomas psicóticos; calculose da vesícula biliar com outras formas de colecistite; transtorno depressivo recorrente; episódio depressivo não especificado; outros transtornos do ouvido interno*, codificados na Classificação Internacional de Doenças⁽¹⁵⁹⁾. Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, em 2009 não houve nenhuma notificação de acidentes de trabalho e em 2010 houve uma notificação de acidente com perfurocortante na mão.

Não foi identificado o CID decorrente do afastamento em 11 prontuários dos servidores. Outras causas afastaram o servidor do trabalho, tais como cuidar de familiar

doente (2), gripe e infecção respiratória (2), perícia médica (1), acidente de trânsito (1) e óbito da mãe (1).

Quadro 3 - Distribuição dos Atestados e Licenças Mensais dos Trabalhadores da Equipe de Enfermagem da Unidade de Saúde Municipal, 2009.

Meses	Atestados	Licença Gestação	Licença Prêmio
Jan., fev., mar.	08	-	03
Abr., maio, jun.	10	-	01
Jul., ago., set.	10	-	03
Out., nov., dez.	04	02	04
Total	32	02	11

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2010.

Os dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde demonstram que houve 32 afastamentos de trabalhadores da equipe de enfermagem por licença-saúde no ano de 2009, sendo prevalentes os transtornos depressivos, seguidos de doenças osteomusculares. Ao questionamento, apenas quatro dos respondentes informaram que se afastaram no último ano, sendo que distúrbios osteomusculares foi o motivo relatado por três e hipertensão arterial sistêmica, por um.

Ressalta-se que o serviço em estudo não dispõe de registros que ajuíze sobre o estado de saúde-doença dos trabalhadores quanto aos acidentes de trabalho ou outros, o que é inquietante, pois indicadores epidemiológicos que informem sobre os afastamentos e adoecimentos dos trabalhadores podem expressar a efetiva condição da saúde do grupo e /ou servir para avaliar o serviço de saúde.

Dentre os que não têm imunizações completas, um não se vacinou contra gripe sazonal, um contra a tuberculose, dois não se vacinaram contra o H1N1 e dois não completaram o esquema vacinal da hepatite.

São benefícios oferecidos ao servidor: bônus alimentação, vale-transporte, licença-prêmio (após cinco anos de serviços, o servidor tem direito a três meses de licença-prêmio), licença para tratar de interesse de dois anos (não remunerada) e insalubridade de 20%.

6.2. As condições de trabalho: entre a *trama* e a *urdidura*^k

Para a maioria dos sujeitos^l, as condições de trabalho não são boas, principalmente pelas deficiências em relação à inadequação do espaço físico, à insuficiência de recursos humanos e à falta de segurança pessoal.

Piso preto dá uma má impressão, funcionário não tem banheiro de uso adequado, é de difícil acesso, tem que ter mais banheiro. [...]. Não há um lugar específico para lanche. É baixo o prédio, falta tinta. Precisaria mais ventilação, é abafado, cheio de doentes no corredor (Trabalhador 1).

A área física é inadequada. Hoje nós temos a sala de emergência nos fundos, a sala de medicação está junto, onde tu lava material, onde tem esterilização, e junto do estoque, tem soro, é vergonhoso para nós que prestamos serviço de saúde (Trabalhador 2).

Querem debater para ficar só uma [profissional] na sala de vacina, se tem uma de atestado e a gente fica sozinha aqui. E a responsabilidade é muito grande, às vezes quando tu vai fazer uma tríplice viral, com a agulhinha de insulina, se a mãe não segurar o braço da criança direito, se tu chega a rasgar um braço, tu te incomoda um horror (Trabalhador 4).

[...] Há acesso livre para vir aqui roubar alguma coisa. Tu não tem segurança, não tem uma recepção, não tem porteiro, tu não tem segurança [...](Trabalhador 2).

Também foram relatadas algumas dificuldades em relação à falta de recursos materiais/equipamentos e à burocracia para adquiri-los, o que demonstra falta de planejamento adequado e torna as condições de trabalho deficientes.

[...] Dificuldade de não ter recursos [...]; se precisar de toalha, tem que mandar pedido, passa para o fulano que tem que comprar e demora, não tem pressa, porque quem compra não tem pressa, não sabe que estamos precisando. Um dia desses briguei para ter uma tesoura; a gente está duas a quatro semanas sem seringa de 10 ml, sem atadura grande, quando tu pede para o paciente comprar, ele briga contigo. [...], tu ouve coisas pelo sistema e tu sabe que foi pedido, foi solicitado, é pedido, é implorado, é chorado, é reclamado e tu ainda sai como chata e louca, 'reclamona' e exigente. É um sistema muito burocrático, a burocracia atrapalha muito. O ambiente também, tu pede um conserto de uma escadinha e demora, um aparelho vai e pode esquecer, não tem tempo para voltar. A lerdeza de certas coisas que afetam o trabalho, tu sabe que está trabalhando com menos coisas e isso interfere na qualidade da assistência (Trabalhador 2).

^k Termo utilizado em analogia à tecelagem: cruzam-se os fios da urdidura, previamente colocados no tear, com os fios da trama, que se entrelaçam por meio de uma navete. Descrita por François Daniellou, em semelhança ao trabalho, considerando que, assim como num tear, as pessoas tecem a atividade, na qual a trama são os processos técnicos, os instrumentos, os clientes, as políticas, entre outros, e a urdidura, a própria história dos indivíduos, o corpo que aprende e envelhece, o pertencer a grupos sociais que os abastecem de valores, saberes, projetos, entre outros^(6,146).

^l O termo "sujeito" será usado para denominar quem vivencia a situação. O sujeito da atividade para a ergologia é um "corpo si, arbitro do mais íntimo da atividade, não é um sujeito delimitado, definido, mas uma entidade enigmática, que resiste às tentativas de ser objetivado"^(6:198). O *corpo-si* refere-se às profundezas do ser, além do biológico, são os desejos, experiências e histórias, algo que atravessa o intelectual, o cultural, o fisiológico, o muscular, o sistema nervoso⁽⁶⁾.

Não adianta dizer que está bom, que não está. Tem muita coisa que não funciona, tipo higiene, não funciona, às vezes falta material, uma época faltavam gases, agora está em falta atadura [...] (Trabalhador 6).

Os materiais/equipamentos não estão em condições boas, e também é solicitado equipamentos novos e daí, assim, as pessoas que são responsáveis por isso acham que não é necessário, que o que a gente tem já é suficiente. Quem trabalha no dia a dia está vendo que não, mas a gente não tem uma resposta positiva em relação a isso (Trabalhador 7).

A instituição em estudo, por ser pública, exige que a aquisição de material de consumo e permanente seja realizada por meio de licitações ou por tomadas de preço. Essa sistemática prevê um planejamento detalhado e com antecedência, o que, por vezes, dificulta a resolução imediata das situações imprevistas e, se não for devidamente cautelosa, pode incorrer na compra de materiais com baixa qualidade e sem as especificações requeridas para seu uso, fatores que causam desgaste aos profissionais que os utilizam.

Foram evidenciadas, ainda, por alguns trabalhadores, as dificuldades para trabalhar sem os recursos de informática, considerando que no cenário em estudo ainda é incipiente o uso dessa ferramenta, pois faltam computadores e treinamentos. Sabe-se que, para o registro e controle dos serviços e do sistema de saúde, é fundamental a existência de um sistema de informações, considerando que toda e qualquer instituição, hoje, precisa facilitar a comunicação e, conseqüentemente, a transmissão de dados necessários ao planejamento e desenvolvimento das atividades.

[...] Ainda é tudo manual, arquivos e mais arquivos [...], tem dias, em épocas de campanha que é uma loucura, tu sai daqui que parece que teu braço está amortecido, de tanto vacinar e preencher [formulários] [...] Precitaria de um funcionário só para digitar nestas épocas de campanha [e de computadores que o serviço de imunização não dispõe] (Trabalhador 3).

Tem coisas a desejar como horário de trabalho, quantidade de pessoal, fornecimento de material e equipamento para a gente trabalhar [...], falta um computador (Trabalhador 8).

Deveria ser tudo informatizado, vacinou uma pessoa, todos os municípios e todos os postos de vacinação saberiam que aquela vacina foi feita, em tal época. Isso seria ótimo (Trabalhador 5).

A enfermagem brasileira, de um modo geral, está insatisfeita com suas condições de trabalho ou trabalha sob condições inadequadas^(160,161,162). Na Europa, a situação não é diferente. Um estudo que verificou as condições de saúde e de bem-estar de mais de 20 mil trabalhadores de enfermagem, de 585 instituições e de sete países, demonstrou que a saúde e o bem-estar desses profissionais estão associados às condições do trabalho. Foi identificado

que, após um ano de trabalho, agravou-se a saúde daqueles que se sentiam expostos a condições negativas e melhora naqueles que experimentaram boas condições laborais⁽¹⁶³⁾.

Condições precárias de infraestrutura para o cuidado tais como a ausência de equipamentos/materiais, insuficiência de área física e dimensionamento inadequado de profissionais de enfermagem promovem tensões e conflitos entre os profissionais, dificultam a realização do trabalho e as relações entre os trabalhadores e usuários, os quais também se sentem insatisfeitos⁽¹⁶⁰⁾.

A vivência cotidiana de situações assim configuradas pode contribuir para a frustração, irritabilidade e impotência de alguns, na medida em que exige conviver com a precariedade e/ou abster-se de realizar o procedimento. Além disso, exige mais habilidade para improvisar, o que pode deixar os trabalhadores insatisfeitos quanto ao cuidado prestado ao usuário ou quando desafiados.

A falta de materiais e a necessidade de encontrar meios de substituí-los, improvisá-los ou adaptá-los exigem, muitas vezes, a busca em outros setores, demandando em longas caminhadas e tempo para encontrá-las, o que acaba provocando desgaste físico e mental do trabalhador⁽¹⁶⁴⁾. Tudo contribui para situações de estresse.

Adstrita a essa configuração deficiente, a falta de segurança, isto é, de um serviço de vigilância que proteja o trabalhador e o usuário, foi considerado por muitos respondentes, um risco. A falta de segurança pessoal é um problema que exige resolução urgente, sob pena de causar sofrimento aos profissionais, pois poderia coibir as agressões cotidianas que sofrem os trabalhadores. De acordo com os relatos, os sujeitos estão desprotegidos contra abusos físicos e verbais advindos, especialmente, de usuários, de familiares, enfim da população em geral.

[...] Segurança não tem, tem um vigilante (patrimonial), que tendo ou não tendo, é a mesma coisa [...], a gente já reivindicou vigilância terceirizada, uma pessoa uniformizada, que dê um pouco mais de respeito. A gente, às vezes, está entre dois colegas [...], um medicando e outro fazendo curativo, lá dentro fica toda a outra parte sem ninguém (Trabalhador 9).

[...] Todo o mundo ia embora às 5 h e nós ficávamos até as 6 h, e isso oferece risco porque chegava gente lá do bairro X [bairro considerado de criminalidade] e a gente tinha até medo de ficar sozinha porque ali entrava alguém, te calçava e pronto, tu vai fazer o quê, sem segurança? E quando tu tá sozinha, quem vai ver alguma coisa? (Trabalhador 5).

[...] A gente recebe muitas pessoas do CAPS, e daí na questão de segurança eu acho que peca muito, a gente não tem segurança (Trabalhador 10).

O trabalho, nesse contexto, se configura como uma *atividade industriosa*, no sentido de mestria, de habilidade⁽¹⁴²⁾ na gestão do próprio fazer. Para a ergologia, isso supõe um constante debate de normas que “ultrapassa o meio de trabalho, mas que se situa dentro do

meio de trabalho”^(8:459). Em frente às dificuldades, há uma tendência do trabalhador a *renormatizar* esse meio, e é na distância entre o prescrito e o real que as *renormatizações* se inserem.

Não há trabalho ativo, seja individual ou coletivo, sem um debate de normas, entre o que é prescrito e o que é desejado para realizá-lo, o que implica um outro olhar sobre o trabalho, aqui considerado como atividade. Em toda atividade, sempre há a tentativa de recriação do meio, que levam à redefinição dos objetivos e sobre as quais o imprevisto pode ser o elemento motor. Não sendo essa recriação bem sucedida ou impedida, ou ainda estando fragilizada sua capacidade normativa, pode advir a doença^(144,165).

Transportando-se ao campo de estudo, verifica-se que os trabalhadores, a fim de desempenharem sua atividade, precisam adequar-se à infraestrutura oferecida, o que implica, cotidianamente, trabalhar com a precariedade, com a insegurança, com a falta de material, ou adquiri-lo por conta própria, ou seja, *renormatizar*.

[...] Muita coisa tu acaba comprando do teu bolso [...](Trabalhador 4).

[...] Um impermeável tem porque a enfermeira conseguiu; não tem todos os EPIs, luvas têm, máscaras acho que se tem (Trabalhador 11).

Se não tem tu, vai atrás, não tem toalha, faz uma vaquinha, e vamos comprar a toalha por que é uma questão de precisar, de necessidade [...](Trabalhador 2).

A isso se denomina trabalho real. Ou seja, são dadas *normas antecedentes* ou *prescrições* do trabalho a ser realizado, que, cotidianamente, são transformadas, retrabalhadas, conferindo a forma singular de trabalhar de cada um e do coletivo. Ao trabalhador, portanto, cabe fazer ajustes, mesmo que infinitesimal naquilo que é ‘prescrito/norma antecedente’ para garantir a continuidade do trabalho. Há sempre uma defasagem entre o trabalho prescrito e o real, pois as situações de trabalho são dinâmicas, imprevistas, dependentes de variabilidades e de acasos, que requerem estratégias de adaptação. Para tanto, a atividade do trabalho envolve, sempre, o *uso de si*, o que implica mobilizar-se para equacionar os problemas⁽¹⁶⁶⁾.

Outra dificuldade apontada na organização do trabalho da Unidade Básica de Saúde foi a falta de supervisão, uma fala recorrente por parte dos trabalhadores que atuam nas imunizações, semelhante ao que foi identificado em um estudo realizado em onze centros de saúde da família de Fortaleza (CE)⁽¹⁶⁷⁾.

[...] Não tem uma chefia que a gente possa esclarecer as dúvidas, a gente fica mal-assessorada, tem que resolver tudo, tem que arcar com toda a responsabilidade sozinha (Trabalhador 4).

[...] Nós temos que resolver, decidir e botar a cara à tapa. Tinha a fulana, mas ela não ficava única e exclusivamente aqui, depois era a outra fulana e depois que ela saiu, um ano e pouco, desde lá, a gente está sozinha (Trabalhador 4).

[...] A chefia tem trocado bastante, a fulana foi embora e daí era a outra chefia, daí voltou a fulana e agora ela saiu, daí a gente não sabe de nada, ninguém passa para gente direito quem vai ser realmente, daí a gente fica meio perdida. Tipo hoje, se tem um problema aqui e eu não sei para quem ligar, é difícil. A gente precisava de uma chefia direta, assim. Essas campanhas dão trabalho, dão dor de cabeça, se não tem alguém que fica bem ali na frente. Agora não tem chefia direta da vacina, antes tinha [Trabalhador 3].

Nós tivemos duas [...]. Hoje eu perguntei quem está respondendo por nós, e é a geral [supervisão geral da secretaria]. Estamos desprotegidas, não sei por que isso, quando tem uma responsável por ti, tu te sente segura, qualquer dúvida pergunta para aquela pessoa, senão tem que recorrer a três, quatro; todo mundo manda, não dá certo, tu fica inseguro, assim não, tu tem intimidade, já conhece a pessoa (Trabalhador 5).

As falas demonstram a necessidade de um coordenador da equipe com quem possam contar para a resolução dos problemas, para a tomada de decisões neste exaustivo e tumultuado cotidiano, um profissional que gerencie a unidade, sobre o qual repousem as responsabilidades e os comandos, o que demonstra a forte influência do modelo taylorista/fordista de administração clássica sobre a enfermagem, tão debatida pela ergologia. Embora o trabalho se modifique e exija novas competências, percebe-se que as influências deste modelo ainda persistem.

Esta configuração encontra suporte na organização do serviço. A equipe de trabalhadoras das imunizações vivencia, no âmbito da gestão ‘superior’, os paradigmas de burocratização e, por certo, está habituada à linha de comando vertical modelada pela administração taylorista/fordista, ainda característica da gestão em saúde e de enfermagem, voltada ao cumprimento de normas, rotinas e tarefas⁽¹⁶⁸⁾. Esta organização do trabalho ocorre no âmbito de todo serviço estudado, onde se observa a sua segmentação, pois cada setor trabalha de forma isolada, sob a égide de velhas dicotomias individual/coletivo, curativo/preventivo, nos quais inexistem processos de planejamento conjunto e participativo. A interdisciplinaridade é entrecruzada por dificuldades inerentes ao próprio modelo de gestão, semelhante a outras realidades estudadas^(169,170).

Os pressupostos da ergologia⁽⁶⁾ ajuízam a importância das competências sobre as qualificações e assinalam que as grandes transformações ocorridas no mundo jurídico, da comunicação e de conceito institucional/empresarial alteraram a organização do trabalho.

Neste sentido, revisando a Norma Operacional Básica⁽¹⁷¹⁾ em busca de subsídios para a discussão sobre gestão, na lógica atual do Sistema Único de Saúde, o vocábulo **gestão** caracteriza-se pela responsabilidade de dirigir um sistema de saúde, seja municipal, seja estadual ou nacional, desempenhando funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. A norma refere que são gestores do SUS os secretários municipais e estaduais de saúde e o ministro da saúde, que representam o governo municipal, estadual e federal, respectivamente. A **gerência**, por sua vez, é a administração de uma unidade ou órgão de saúde, tais como ambulatório, hospital, instituto, fundação, etc., prestador de serviços ao sistema. Tais definições podem elucidar a atual organização do trabalho, centrado num único gestor e/ou gerência.

A concepção de gestão proposta na ergologia a distingue de administração e de gerenciamento do trabalho dos outros. É entendida como atividade de todos e de cada um, considerando valores, decisões e modos de fazer, atentando às variabilidades sempre presentes⁽¹⁷²⁾. Todos os trabalhadores de saúde são gestores, assim, para se referir ao trabalho de um ‘chefe’ ou ‘diretor’ deveriam ser usadas palavras como gerente ou gerenciamento e não gestor ou gestão⁽¹⁵⁷⁾.

Diante da demanda dos trabalhadores, caberia à Secretaria Municipal de Saúde alocar enfermeiros exclusivos a essa atividade, sob pena de comprometer a qualidade do serviço e a saúde dos trabalhadores e usuários. Salienta-se que esta recomendação está adstrita à proposta de analisar como cada trabalhador vive, cria e recria sua situação de trabalho, conforme indicado por Schwartz e seus seguidores, e se justifica pela tentativa de decodificar a situação de trabalho com o sujeito que o desempenha. A ergologia defende a **Gestão com Pessoas**, plural e coletiva, em vez de **Gestão de Pessoas**. Para Schwartz, é impossível o gerenciamento a partir do nada, de um território esvaziado, uma vez que sempre é coletivo⁽⁷⁾.

Contudo, analisando a situação de trabalho da equipe de imunizações, esta solicita um supervisor que assuma a burocracia e centralize o saber. Há de se referir que o modelo de gestão contemporâneo, de organogramas horizontais e participativos ainda não foi adotado neste cenário, e os pressupostos da ergologia podem contribuir para isso, na medida em que fomentam a ideia de que não existe trabalho sem o trabalhador, o que significa que não há uma situação de trabalho sem a participação e interpelação de todos os sujeitos que trabalham.

Importante é salientar que, para o desenho conformado neste cenário, talvez os trabalhadores entendam que este modelo, de traços tayloristas/fordistas, seja adequado para ‘gerir’ o trabalho, talvez não disponham de alternativas para a ‘gestão’ de enfermagem ou talvez novas alternativas possam ser incorporadas às formas de ‘gestão’ em questão.

O trabalho prescrito, ou seja, as tarefas que se espera sejam realizadas no processo de trabalho e decorrentes de singularidades locais são fundamentais para que se compreenda uma das faces do trabalho e a qual exerce implicações sobre a outra, ou seja, o trabalho real, a atividade. Mas o trabalho não se resume à tarefa prescrita, à sua mera execução, pois mobiliza o corpo e o espírito do trabalhador, a quem deve ser dado oportunidades de cogestão. Não se trata, portanto, de excluir a importância do trabalho prescrito já questionado pela ergonomia, pois “sua ausência, ou a não definição clara dos objetivos, de instruções e de determinados instrumentos de trabalho, compromete significativamente o desenvolvimento das atividades e a saúde do trabalhador”. Porém, fundamental é estabelecer uma prescrição pertinente^(173:442) e compreender a complexidade e as múltiplas faces da organização do trabalho, as quais não se excluem, ao contrário, se complementam.

A prescrição é característica da ciência da ergonomia da atividade. A ergologia a denomina de *normas antecedentes*, advindas de um movimento de antecipação como patrimônios coletivos, bens comuns vinculadas aos saberes técnicos, científicos e culturais historicamente congregados ao processo do fazer e necessários ao desenvolvimento do trabalho e aos códigos organizacionais. Esses sinalizam valores do bem comum, como saúde, educação, segurança e outros, que no trabalho em saúde podem ser exemplificadas como as políticas de saúde, as tecnologias e materiais disponíveis, os protocolos terapêuticos, as regras instituídas nos serviços, as demandas dos usuários, etc.⁽¹⁷³⁾.

Assim como nos pressupostos da ergonomia o prescrito se reveste de importância, as *normas antecedentes*, em ergologia, são significativas como referências para a própria realização das atividades e para a análise das anomalias existentes entre a norma e a condição real do trabalho⁽¹⁷⁴⁾. São *antecedentes* porque elas existem antes da atividade e, portanto, não consideram as singularidades dos trabalhadores. Trabalhar é colocar em debate essas *normas antecedentes*, pois a atividade é desempenhada por seres únicos e num meio sujeito a variações.

Para lidar com essas variabilidades, o trabalhador se envolve por inteiro em cada situação, “com seu corpo biológico, sua inteligência, sua afetividade, seu psiquismo, sua história de vida e de relações com outros humanos”^(7:42), o que supõe ser impossível considerar o trabalho como mera execução de tarefas e prescrições. Sendo a atividade o trabalho vivido por alguém único, um *corpo-si* singular, *renormatizar* é condição imprescindível para tornar a atividade humana possível⁽¹⁴²⁾.

Portanto, cada trabalhador da enfermagem certamente cuidará de forma diferente um mesmo paciente/usuário. Sua história o conduzirá a valores singulares vivenciados no

cotidiano *uso de si* e suas *dramáticas* para cuidar do outro⁽¹⁷⁵⁾. Para a ergologia, o trabalho é inseparável das demais dimensões da vida de um ser humano⁽⁷⁾.

Embora a atenção em saúde conte com *normas antecedentes*, caracterizadas pelos protocolos e recomendações técnicas a serem seguidas e pela divisão do trabalho de enfermagem prevista pelo órgão fiscalizador do exercício profissional, configurada pela presença de um responsável técnico, o Sistema Único de Saúde demanda muito mais do que isso. Exige um modelo de gestão diferenciado que abarque a totalidade dos seus princípios e diretrizes.

Na organização do trabalho da enfermagem, se destacam, entre outras, a importância da implicação da equipe, do usuário e da família no planejamento e avaliação do cuidado; a gestão participativa da enfermagem no micro e macros espaço de produção de saúde e na educação no trabalho⁽¹⁶⁸⁾. O que, para a ergologia, representa que não existe trabalho sem o trabalhador, aspecto ainda deficiente na organização do trabalho da unidade em estudo e reforçado pelas resoluções e normas deliberadas pelas assessorias técnicas ou por determinações dos órgãos de classe que caracterizam o trabalho prescrito ou as *normas antecedentes*.

Como se pode perceber, por outro lado, nem as *normas antecedentes*, por vezes, são cumpridas. Um exemplo, já referido, é a falta de enfermeiros para supervisão técnica da equipe. Conforme o Manual de Procedimentos para Vacinação^(176:33), “é importante garantir a presença, sistemática e contínua, de um supervisor técnico para acompanhar e avaliar o desenvolvimento do trabalho”, e ainda conforme determinado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) na Resolução nº 302⁽¹⁷⁷⁾, todo estabelecimento público, privado ou filantrópico, onde existam atividades de enfermagem, deve apresentar Certidão de Responsabilidade Técnica de Enfermagem, exercida por um enfermeiro.

Da mesma forma, de acordo com o COFEN a coordenação de serviço e de unidade de enfermagem são privativas do enfermeiro⁽¹⁴¹⁾. No serviço estudado, há dois enfermeiros, lotados no Pronto Atendimento. As outras áreas não possuem esses profissionais na supervisão da equipe de enfermagem. Na farmácia, os técnicos de enfermagem dispensam medicamentos sob a supervisão de um farmacêutico. Conforme Decisão nº 069/2005, art.1º, do Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul “é vedado a qualquer Profissional de Enfermagem exercer atividades nas farmácias, existentes nas instituições de saúde, de entrega e manipulação de produtos, sob guarda das mesmas”⁽¹⁷⁸⁾.

A sala de vacinação exige presença diária do enfermeiro para desempenhar ações de supervisão e educação permanente da equipe de enfermagem⁽¹⁷⁶⁾, assim como de orientação

ao usuário, pais e responsáveis acerca dos imunobiológicos, manejo das possíveis reações adversas, controle de materiais, entre outros⁽¹⁶⁷⁾.

A equipe deve compor-se, ainda, de dois técnicos/auxiliares de enfermagem para cada turno de trabalho e pode ser ampliada, conforme demanda o serviço de saúde⁽¹⁷⁶⁾, tendo em vista que as responsabilidades do pessoal em sala de vacinas são inúmeras. Incluem, entre outras, orientar e prestar assistência à clientela, abastecer, manter e descartar adequadamente os imunobiológicos, manter os equipamentos em condições de funcionamento, realizar acompanhamento das doses de vacinas administradas, buscar faltosos, avaliar e acompanhar sistematicamente as coberturas vacinais e as atividades desenvolvidas, manter o arquivo e atualizar-se técnica e cientificamente⁽¹⁷⁶⁾. Tudo isso exige provisão de recursos humanos.

Por sua importância epidemiológica, as imunizações ocupam um espaço vital no modelo de atenção à saúde, o que requer condições favoráveis ao seu desempenho. A complexidade e a responsabilidade que essas ações demandam, exigem recursos não só materiais, mas principalmente humanos, sob pena de sobrecarregarem e estressarem o trabalhador e afetarem negativamente a eficácia e a eficiência da sua atividade.

Em se tratando de condições de trabalho, é oportuno citar as percepções dos trabalhadores concernentes às satisfações e insatisfações sobrevividas do trabalho. O relacionamento entre a equipe e a satisfação do usuário são causadores de satisfação, conforme as falas recorrentes dos entrevistados.

[...] Eu queria ter vários “chips” (mostra a cabeça) aqui para fazer educação com as pessoas, eu adoro conversar com eles. Que nem essa senhora que estava ali, chorando; eu pedi para as filhas saírem porque elas ficam, se metem na consulta. Conversei, e ela se acalmou [...], gosto de ver a evolução do curativo, por isso que eu quero trabalhar no PSF, a gente vai na casa e volta para ver como é que está indo o atendimento, se está melhorando aquela feridinha (Trabalhador 12).

[...] De ver que a gente está fazendo alguma coisa para a prevenção quanto a várias doenças graves, isso é bem satisfatório, ver as pessoas virem até a gente e a gente ter o que elas procuram (Trabalhador 3).

É bom trabalhar aqui. Apesar de tudo, eu gosto de trabalhar aqui, não sei se é pela equipe, mas é bom trabalhar com essa equipe, é bom trabalhar com o pessoal (Trabalhador 10).

Dados semelhantes foram encontrados em outros estudos, os quais demonstram que a recuperação do paciente/usuário, o envolvimento e a satisfação da equipe, a percepção de si como sujeito no seu processo de trabalho, a sensação de estar contribuindo para a qualidade de vida das pessoas, o vínculo estabelecido com a comunidade, a valorização e o

reconhecimento social do trabalho são elementos que favorecem o trabalho da enfermagem, causam satisfação, são ações potencializadoras à saúde do trabalhador^(162,179-180).

O reconhecimento profissional tem papel determinante na motivação para o trabalho e a ele pode ser atribuído o prazer. Quando reconhecida a qualidade do trabalho, os esforços e as decepções advindas do mesmo adquirem sentido, pois não foram em vão, o que contribui para a construção da identidade, constituindo uma armadura da saúde mental⁽¹⁸¹⁾.

A valorização do trabalho pode motivar o profissional na medida em que o estimula desenvolver suas atividades de forma criativa e humanizada. Não se pode esquecer que o processo de produção de saúde é feito por humanos, possuidores de necessidades e fragilidades, tanto do ponto de vista do sujeito-usuário, quanto do sujeito-profissional. Sendo assim, condições de trabalho insatisfatórias, de desrespeito aos anseios, não só dos usuários, mas também dos trabalhadores, vislumbram o cuidado numa dimensão meramente tecnicista e burocrática, desqualifica e desumaniza⁽¹⁷⁹⁾. Tratar o trabalhador de forma humanizada favorece a restituição de valores sociais, na medida em que promove a satisfação das suas necessidades sociais, de *status*, de estima e de autorrealização.

Quanto aos trabalhadores pesquisados, foi perceptível que trabalham buscando satisfazer as necessidades dos usuários e, mesmo assim, por vezes, são agredidos ou não são reconhecidos pelo empenho dispensado. Acreditam que as agressões podem estar associadas aos obstáculos inerentes à eficácia e eficiência do sistema de saúde que ainda não é completamente resolutivo, embora tenha avançado nos últimos anos.

A falta de reconhecimento por parte do usuário, a ausência de recursos e as dificuldades relacionadas à resolutividade são motivos de insatisfação do trabalhador. A insatisfação proveniente de um conteúdo ergonômico inadequado à personalidade do indivíduo configura-se como uma carga de trabalho psíquica e supõe uma relação descompassada entre esse conteúdo ergonômico do trabalho [exigências de natureza física, química, biológica] e a sua personalidade, podendo causar insatisfação e sofrimento de natureza mental⁽⁹⁰⁾.

Com a pouca resolutividade do sistema de saúde, tu te sentes incompetente, porque não consegue resolver o problema das pessoas, mas não depende de ti, depende de todo o sistema, muitas vezes, então, neste sentido, a gente se sente um pouco frustrado (Trabalhador 7).

A incompreensão das pessoas me deixa insatisfeito. Tu está fazendo tudo o que pode, e as pessoas acham que não, não tem aquele reconhecimento; e acontece bastante (Trabalhador 14).

Quando tu faz, faz, faz e aquela pessoa parece que sai descontente com tudo o que tu fez, isso deixa a gente bem triste, bem chateada, parece que nada daquilo que tu fez valeu alguma coisa (Trabalhador 11).

Dados semelhantes relatados em outros estudos^(162,179), demonstram que as insatisfações e as situações que dificultam o trabalho da enfermagem ou são produtoras de desgaste muitas vezes estão associadas à organização do trabalho e à precariedade do serviço público devido à deficiência de materiais, equipamentos e recursos humanos, baixa remuneração salarial, área física insuficiente para o cuidado, falta de compreensão e paciência da comunidade, conflitos no trabalho, falta de ética entre colegas e de reconhecimento/valorização profissional e modelos de gestão centralizadores.

6.3 Saberes investidos na atividade e saberes disciplinares acerca dos riscos ocupacionais

Pela análise dos relatos dos sujeitos, pode-se inferir que a violência transpareceu como o fator de risco mais aflitivo, inclusive superior aos demais riscos investigados, embora quando questionados diretamente sobre os riscos que o trabalho oferece, a maioria tenha destacado os biológicos, seguidos dos ergonômicos, físicos e químicos. Os agentes mecânicos e os riscos de acidentes foram relatados por poucos sujeitos, embora apareçam nas falas.

[...] Às vezes pode ter esses pacientes contaminados, com doenças transmissíveis... A gente se protege, tem luva, mas se tem uma pessoa que tem uma tuberculose, a gente não sabe, é um risco que a gente corre (Trabalhador 11).

Usuários com HIV, tuberculose. Os pacientes circulam, chegam com tosse, não tem vidro de proteção; tem curativos, drenagens de abscesso (Trabalhador 15).

Sim, ergonômico, risco físico, químico, biológico, psicossocial. Ergonômico pelas condições de pessoal [falta] que tem para trabalhar, então se corre bastante. Às vezes tem um paciente que precisa de num leito ou tirar do leito, por em cadeira, tirar de cadeira, só em um ou dois colegas; biológico pelos fluidos, sangue e secreções e psicossocial pelo próprio usuário que chega às vezes estressado. Já aconteceu comigo discussão e ameaça por parte do usuário; e físico, pelo próprio ambiente, a iluminação [inadequada] (Trabalhador 9).

A parte de estrutura física, a ventilação, a umidade. Têm áreas aí que têm muita umidade, têm mofo; têm ambientes que a gente consegue sentir o cheiro de mofo bem presente; o risco biológico que tu tá exposto; o químico, que é o glutaraldeído; o psicológico, em relação ao estresse (Trabalhador 7).

Nessa categoria de análise, importante é salientar que na percepção de três sujeitos o trabalho não oferece risco algum, e alguns negam totalmente os biológicos, com falas como “aqui não tem”, “não há muita exposição”, “muito pouco”, o que demonstra deficiência no reconhecimento desses riscos. Da mesma forma, alguns desconsideram ou não identificam agentes físicos e químicos como riscos à sua saúde.

Estudos que abordam a percepção do risco pelos trabalhadores^(161,182) demonstram progresso em relação a investigações de décadas anteriores, à medida que passaram a considerar os trabalhadores sujeitos ativos e protagonistas do seu processo de trabalho e respeitar suas singularidades, pois cotidianamente esses mobilizam o *corpo si* para adequarem as prescrições/normas de modo a facilitarem a operação e/ou proverem economia corporal, fazem escolhas e arbitragens que conformam a atividade, e é isso que faz do trabalhador o ator principal do processo.

Ao trabalhar, o sujeito mobiliza um corpo multidimensional que compreende o biológico, o psíquico e o histórico. “Não temos *dois corpos*, um para ‘o trabalho’ e outro para o ‘fora do trabalho’, é o mesmo corpo que enfrenta, experimenta-se, forma-se, gasta-se em todas as situações da vida social”^(183:152). Portanto, esse *corpo si*, onipresente, deve ser considerado quando se estuda as situações de trabalho, as quais são miscigenações de experiências e histórias de cada um e de todos os trabalhadores que se inscrevem num meio.

Dados de uma revisão sistemática sobre riscos ocupacionais no período de 1979 a 2004 apontam um período no qual predominaram abordagens que contemplavam apenas o risco ocupacional, sem considerar os aspectos subjetivos envolvidos nos fatos e atendo-se ao risco biológico e ao químico. Apenas quatro estudos (9,52%) assinalaram fatores que sugerem associação com a subjetividade do trabalhador⁽¹⁸⁴⁾, o que expressa não só uma lacuna na investigação dos riscos psicossociais, físicos, ergonômicos e de acidentes, como também da interpretação desses na perspectiva da pessoa que o vivencia⁽⁶⁾.

Esta tendência mudou, pois nos últimos anos se observa o interesse crescente dos pesquisadores por estudos dos fatores de risco psicossociais e de acidentes. Embora ainda sejam comuns as investigações epidemiológicas nesse campo, as abordagens subjetivas acerca dos riscos ocupacionais aos profissionais da saúde tem se solidificado em diferentes publicações científicas de impacto^(35-37, 182, 185).

Não se pretende valorizar uma abordagem em detrimento da outra, pois são complementares. Trata-se de reafirmar o que a ergologia propõe, ou seja, estudar o trabalho do ponto de vista de quem o vivencia, colocando no centro das preocupações a atividade real, o que supõe ir ao encontro dos trabalhadores para que relatem sua atividade e, desta forma, favorecer o processo socrático de mão dupla ou do *Dispositivo Dinâmico de Três Polos* proposto por Schwartz⁽⁶⁾, sobre o qual os saberes científicos dialogam com os saberes populares para que, de forma epistemológica e ética, ‘germine’ um novo conhecimento por meio de aprendizagens e *imprendizagens*, os quais, se acredita, sejam positivos para a saúde e para a segurança individual e coletiva.

Vale trazer a discussão dados de um estudo com 48 trabalhadores de um serviço público do Rio Grande do Sul que identificou a percepção do risco ‘acidente típico de trabalho’ por um quarto dos respondentes, além de doença relacionada ao trabalho, desgaste emocional, violência e falta de resolutividade⁽¹⁸²⁾. Neste, os acidentes foram pouco referenciados pelos entrevistados, mas os dados assemelham-se em relação aos riscos decorrentes da violência e desgaste emocional.

6.3.1 Os riscos psicossociais e o problemático uso de si

Entre os agentes e fatores que podem configurar os riscos psicossociais estão o estresse, o trabalho em turnos e noturno, a monotonia ou o ritmo de trabalho excessivo, as exigências de produtividade, as relações de trabalho autoritárias e as falhas no treinamento e na supervisão dos trabalhadores, entre outros⁽¹⁹⁾.

O estresse decorrente, principalmente da sobrecarga e dos ritmos de trabalho intenso e das agressões advindas dos usuários, foi citado como um desconforto vivenciado ao longo da jornada de trabalho, alcançando seu auge nos períodos de manifestação de novas doenças transmissíveis (re)emergentes, que têm assolado o país nos últimos anos e para as quais os trabalhadores das unidades básicas de saúde são solicitados em decorrência das políticas de prevenção e controle.

Cabe esclarecer que os estressores ocupacionais são classificados em dois grupos: os relacionados ao ambiente físico e os relacionados ao próprio trabalho e suas demandas. O contexto em que o agente agressor se apresenta e as características pessoais dos sujeitos são variáveis que intervêm na produção de diferentes combinações, responsáveis por manifestações e efeitos individuais diversos⁽⁹⁵⁾.

Diversos pesquisadores associaram fatores do ambiente físico, tais como ruído, temperaturas e iluminação inadequadas, higiene precária, exposições a riscos no manejo de produtos, inadequação do espaço físico para o desempenho do trabalho, entre outros, como agentes responsáveis por consequências psicológicas e ergonômicas à saúde do trabalhador.

Da mesma forma, o trabalho em turno e noturno, a sobrecarga de trabalho, falta de controle sobre o trabalho, responsabilidade excessiva, rotina ou excesso de variabilidade no desempenho de suas ações, divergências entre os interesses do usuário e da instituição, e a qualidade das relações interpessoais e grupais estão entre os estressores presentes no desempenho da atividade em si⁽⁹⁵⁾.

O ano passado, principalmente quando da gripe H1N1, a gente se expôs bastante, foi bastante estressante. Depois que passou, este ano, foi bem mais tranquilo (Trabalhador 10).

Muito fluxo de pessoas, principalmente com essa campanha do H1N1 que tivemos, isso também foi desconforto físico, porque, olha, tive dor intensa nos braços e a mente também bastante cansada, era muito fluxo (Trabalhador 16).

[...] A campanha da febre amarela para nós foi um tumulto, porque as vacinas vieram em mínimas quantidades e o pessoal queria. A imprensa, o que eles falam é irreal e fazem um tumulto que tu vê que a metade não é por a, e quando eles começam bater numa coisa eles vão muito naquilo [...], e o alvo somos nós. Eles [usuários] gritam, xingam, querem exigir os direitos deles [...], nós temos pouca gente para vacinar, tem gente que acha que vacina não é preocupação, vacina é uma coisa muito, muito séria (Trabalhador 4).

Tais falas permitem inferir que o estresse é um agravo presente no cotidiano do servidor público, pela falta de infraestrutura para o trabalho, tanto em situações regulares quanto nas excepcionais, decorrentes dessas da mobilização pública diante das ameaças à saúde da população.

O desgaste emocional pode ter como condicionantes a organização deficitária do trabalho, a cobrança de produtividade por parte da gestão, o ritmo aumentado de trabalho em decorrência da demanda e as dificuldades impostas por limites intrínsecos ao serviço, além do vínculo adquirido e a conseqüente (con)vivência na comunidade com suas precárias condições de vida^(182,186). Situações assim podem causar frustração e desânimo procedentes do empenho do trabalhador em resolver os problemas de saúde da comunidade, sem muitas vezes conseguir satisfazer as necessidades requeridas⁽¹⁸²⁾ e desgastá-lo.

[...] Às vezes eu fico bem abalada, eu pego as coisas do paciente, sou muito emotiva e isso me abala psicologicamente. Eles acham [os usuários] que a gente da enfermagem é também um psicólogo e desabafam e tu tens que conversar com eles, tem que dar aconselhamento, e conforme as coisas tu não pode responder, que é da alçada do médico. Tu vê as coisas e tem que ficar quieto, porque tem uma ética. Fico assim um dia ou dois e depois passa. Eu sei que a minha profissão é assim e eu sempre tento levar para outro lado, tento não pegar pra mim, mas às vezes me atinge um pouco [...](Trabalhador 13).

Às vezes rola um estresse, por causa do excesso de trabalho, causa familiar, financeira, tudo vai afetando. Em relação ao trabalho [...], às vezes a gente fica em dois funcionários no turno para atender toda a parte de assistência de enfermagem, auxiliar o médico, fazer serviço de secretaria, tudo isso sobrecarrega bastante (Trabalhador 9).

[...] Todo dia, principalmente nas campanhas, quatro, cinco ou mais crianças gritando nos ouvidos, tinha hora que eu dizia: “eu estou preocupada comigo, se eu chego fazer uma vacina errada aqui, é minha responsabilidade”. Pegando na parte de vacina, tem oito ou dez tipos de vacina, e é um te perguntando uma coisa, outro te indagando, outro te perguntando por que que não é ‘minha’ faixa etária, outra criança gritando, sabe, é terrível (Trabalhador 5).

Toda a atividade de trabalho é circunscrita pela presença e debate de valores, pois muitas vezes o corpo tem limitações que são incompatíveis com as normas⁽¹⁸⁷⁾. É impossível,

por exemplo, exigir que um profissional não se estresse diante das situações de violência psicológica perpetrada por usuários, familiares, colegas. A atividade é um lugar de implicação, pois é desenvolvida por seres sociais. A partir disso, *os usos de si*, por si e pelos outros que implica e configura essa situação, podem gerar estresse.

A equipe de enfermagem é a categoria, dentre os profissionais de saúde, mais afetada por agravos psíquicos ou mentais resultantes do excesso de trabalho⁽¹⁸⁸⁾. Esses trabalhadores apresentam sinais de estresse ocupacional e crônico, sofrimento e queixas de adoecimento físico e psíquico em decorrência do trabalho, o que pode ser associado a cargas excessivas de trabalho, altas demandas, ambientes e condições inadequadas, desvalorização do trabalhador e sua fraca inserção nos processos decisórios, o que também foi evidenciado no cenário do estudo. No contexto estudado, a sobrecarga de trabalho, está relacionada, principalmente, à insuficiência de pessoal e à grande demanda dos usuários.

A rotina de enfermagem é estressante, pelo motivo de lidar com pessoas, de resolver problemas das pessoas, e aqui a demanda é uma demanda bem grande. Então, muitas vezes, sobrecarrega sim e a pessoa se sente estressada no dia a dia, mas são coisas que fazem parte e que, dependendo de cada um, consegue resolver bem esta situação, e outro dia é outro dia (Trabalhador 7).

Temos poucas vacinadoras, porque saíram umas quantas [...], então, o pessoal, às vezes, aguardando na fila reclama porque acha que a gente leva tempo, mas para nós exige bem mais a parte burocrática do que vacinar. Têm dias, em épocas de campanha, que é uma loucura, tu sai daqui que parece que teu braço está amortecido, de tanto vacinar e preencher coisa (Trabalhador 3).

[...] A gente não consegue se organizar porque é muito fluxo de gente, deveria ser mais organizado e ter um escriturário, alguém para organizar o fichário, porque se tu está atendendo a pessoa, se tem um minutinho, vai organizar, tu já tem que soltar tudo, não tem organização (Trabalhador 5).

A incompreensão e a impaciência de alguns usuários, que esperam resolutividade imediata do sistema de saúde, também podem causar algum tipo de desconforto mental no trabalhador. Devido à organização do trabalho do sistema de saúde, muitas vezes a equipe de enfermagem funciona como ‘escudo’ de uma comunidade insatisfeita, ouvindo, muitas vezes, queixas que deveriam ser proferidas a outras instâncias da esfera pública. Nem sempre o profissional de enfermagem pode resolver todas as necessidades do sujeito que procura o serviço, até por que, muitas vezes, não são da sua alçada.

As crises emocionais das pessoas que chegam já ansiosas, elas querem o atendimento imediato e não é sempre assim, depende da boa vontade do outro profissional, depende do que a gente tem para oferecer naquele momento (Trabalhador 12).

Eles agridem, a gente ouve muita coisa. O usuário às vezes tem problema, eles vêm querer descontar em cima da gente. Acontece muitas vezes a falta de informação; vai num lugar, eles dizem que é tal lugar que tu tem que ir, chega lá, não é. Então, quando eles chegam aqui, eles chegam querendo descontar em cima da gente (Trabalhador 14).

[...] A consulta de emergência não vai dar o tratamento que eles querem e eles acham que o médico que está ali tem que solucionar; se a gente vai a favor [do médico, da gestão], eles dizem que é 'puxa-saco'; eles têm uma ideia fixa do que querem, mas não depende de nós (Trabalhador 10).

Acho que são os incômodos, isso estressa a gente, irrita a gente, tu vem disposto a trabalhar, gosta do que tu faz, mas existe alguns desconfortos. Às vezes a gente é barreira de frente do sistema de saúde [...] (Trabalhador 2).

Tu tem que lidar com o estresse do povo, eles querem as coisas para ontem, aquela ideia do povo de "eu pago teu salário". Tem coisas que dão um desconforto na gente [...], aqui o povo quer tudo para ontem (Trabalhador 22).

O mais estressante aqui é que a gente não tem respaldo do pessoal superior [...], não tem respaldo das chefias, do secretário. Eles acabam impondo uma coisa que é bem política e quem mata no peito somos nós, então tu dá a cara à tapa para livrar a cara deles. Isso que é estressante (Trabalhador 17)

Os relatos dos participantes do estudo evidenciam a falta de organização do Sistema de Referência e Contra Referência de Saúde e sua resolutividade bem como a função da equipe de enfermagem no acolhimento do usuário. Esta é uma conformação que ainda persiste, apesar dos 21 anos de criação do Sistema Único de Saúde, e indica um grande desafio aos gestores municipais de saúde. Vale lembrar que é atribuição do Sistema Único de Saúde, entre outras, o controle, a fiscalização, a execução e o ordenamento das políticas e práticas de saúde⁽⁵⁶⁾.

Nesse panorama, é oportuno mencionar que a busca dos usuários por atendimento em unidades de urgência, mesmo em situação não urgente, parece estar atrelada ao fato de que aquele está aparentemente mais disponível, e às inúmeras outras causas, dentre elas, a falta de resolutividade dos serviços. Essa dinâmica exige do profissional atenção a uma demanda que excede o que os serviços estão preparados para reconhecer e intervir⁽¹⁶⁰⁾, contribuindo para as situações de desgaste.

Tal conformação pode ser geradora de conflitos entre os que exigem o que é prometido pelo poder público e aqueles que o representam, quais sejam, os profissionais de saúde e sobre os quais os usuários expressam suas angústias por não encontrarem o atendimento esperado. Por sua vez, o trabalhador se sente injustiçado pela agressão que lhe é conferida⁽⁷⁹⁾. Como se percebe, o trabalho ora é produtor de saúde, ora é produtor de mal-estar e adoecimento para si e para outrem⁽⁹³⁾.

A complexidade do sistema exige empenho e uso constante do *corpo si* dos atores que atuam na produção de saúde, ajustando e adaptando. O trabalhador, cotidianamente, está gerindo seu cotidiano, mas encontra pouca aderência das esferas a que seu trabalho está interligado. É ingênuo pensar que o trabalhador da atenção primária pode dar conta da resolução dos problemas de sua comunidade no *lócus* da unidade básica de saúde. Há de se atentar para isso, sob pena de impelir o trabalhador ao centro das dificuldades geradas por um sistema ainda em vias de efetivação.

Nesse panorama, configura-se um *dispositivo de dois polos*. E quando se refere a polos, não significa territórios individualizados, ou instituições precisamente delimitadas e absolutamente independentes. Está inscrita nessas atribuições uma gama de situações intermediárias, que não suportam um raciocínio dicotômico. Trata-se de um *polo* orientado por valores mercantis, que envolve rendimentos, cujo impacto não pode ser minimizado no conjunto da vida social, política e cultural, e um segundo *polo*, representado pelo político onde estão em jogo valores não mensuráveis quantitativamente, tais como “o bem-estar da população, seus acessos aos cuidados, o desenvolvimento da cultura, o bem viver em um ambiente cotidiano [...] e dos quais se espera ou reivindica que sejam assumidos por instituições como as de cunho político”^(6:250) e onde se podem incluir questões relativas aos cuidados de saúde pública. “É o *polo* que deve gerenciar o bem comum, entendido como uma busca pelo estabelecimento de bases políticas que garantam recursos sociais à população”^(189:3).

Embora interagindo, há problemas nas relações entre os dois *polos* e não se trata de um universo pacífico, pois em alguns momentos são comunicantes entre si, e em outros se opõem, tal como é cotidianamente vivenciado pelos produtores de saúde: ora usuários e trabalhadores têm suas necessidades satisfeitas, ora, por obstáculos advindos da ‘dimensão mercantil’, não as são, o que impele o trabalhador a contestar os regulamentos, influências, decisões políticas, adaptando a situação para atender às necessidades dos usuários, exigindo constante *uso de si*, o que supõe desgaste.

Adentra-se o espaço que Schwartz⁽⁶⁾ denomina de *polo das gestões*, da atividade humana. Sem este *polo* não se sabe quem pensa, quem sofre, quem quer mudar e sofre e com o qual estão envolvidas as *dramáticas do uso de si*, os debates das normas, das gestões do trabalho, necessárias ao recentramento das normas de eficácia, de saúde e de vida desse “si”, de recriação no meio do trabalho, de dialética com os organogramas oficiais⁽¹⁴⁴⁾ da gestão do e no trabalho⁽⁶⁾. Envolve as escolhas que cotidianamente são feitas em relação a si mesmos, aos outros e à vida social e que abarcam produtividade, eficiência, manutenção do próprio

emprego e valores de ética e solidariedade. Está presente em movimento contínuo na atividade⁽¹⁸⁷⁾ e ocorre nos momentos em que há rupturas dos acontecimentos habituais. É uma espécie de reação para tratar os acontecimentos da vida.

Fala-se em *dramáticas*, porque se trata de “colocar algo de drama, de grandeza naquilo que sempre foi considerado infinitamente pequeno ou negligenciável”^(6:193). É importante referir que todo trabalho demanda *uso de si* e é condição natural o debate de normas. Restamos refletir quando esse uso se dá de forma a gerar sofrimento.

Outra reflexão oportuna é que, em se tratando de atividade de trabalho, há sempre uma adesão entre o “micro” e o “macro”. Nos serviços de saúde, contexto do estudo, há, de um lado, os profissionais com seus saberes característicos e suas diferentes formas de inserção no processo de trabalho, os usuários com suas histórias de vida e condições de saúde, supervisores, equipes e tecnologias, e, de outro, as políticas de saúde, a estruturação da rede assistencial, entre outras⁽¹⁷³⁾.

Como a interdependência entre os dois é inevitável, a conformação do ‘macro’ profetiza sucesso ou fracasso na atividade, pois o trabalho real se dá no encontro entre o geral e o particular e, portanto, no ‘acontecendo da vida’⁽⁷⁾. É o trabalhador, que é convocado cotidianamente, individual e coletivamente a gerir essa complexidade e também a gerir-se, criando e recriando continuamente modos de trabalhar.

Isso posto, a tomada de decisões da equipe de enfermagem que trabalha no serviço é interdependente de um grupo e um sistema, nem sempre integralizado, equitativo e universal, como preconiza a lei orgânica de saúde. Essa situação configura uma dificuldade para o desempenho adequado do trabalho da enfermagem e, muitas vezes, tem como resultado, além de desconforto mental, a exposição pública.

Descontentes com a falta de eficiência e eficácia da atuação e gestão da saúde coletiva, os usuários do serviço utilizam-se da imprensa falada, do rádio ou da administração da prefeitura para denunciar, principalmente quando se trata de servidor público. Desse modo, violentam e culpam os trabalhadores por problemas que, não raro, têm sua base nas dificuldades econômicas ou políticas que fogem ao escopo do local de atendimento, pois envolvem entraves na gestão de uma ou de todas as três esferas de atenção à saúde, quais sejam, União, Estado e Município.

A semana passada eu estava escutando no rádio o meu nome. Chegou uma senhora e bateu na mesa, lá na frente, porque foi pedido para ela o comprovante de residência e ela não tinha, era minha vizinha e achou que eu tinha obrigação de dizer que era minha vizinha (e de atender). Discutiu e eu não disse, não disse por que ela bateu na mesa, ela deu parte na Delegacia do Atendimento. A gente não tem guarda aqui (Trabalhador 18).

Veio uma usuária fazer um curativo às 18 h, com fixador externo e coloquei o material para esterilizar na autoclave e só teria material amanhã de manhã [...], a mulher entendeu e saiu. Daqui a pouco veio o esposo, e eu atendendo outro usuário, chegou e disse: "Ô piá quem é o chefe? [...], ela precisa do curativo, vocês não querem trabalhar, são um bando de vadios, ficam sentados e depois não querem que eu vá para o rádio, vou falar com o secretário", e aí ficou discutindo, tentei argumentar, explicar (Trabalhador 9).

[...] Esses dias vi uma usuária aí falar na rádio, reclamar. O gestor já liga, 'xinga', nem pergunta ou então tu ouve uma ofensa de lá, uma ofensa daqui, então tu sai cabisbaixo do trabalho [...]. (Trabalhador 2).

Realizar o trabalho tentando transpor essas dificuldades, trabalhar com deficiência de recursos materiais e humanos e vivenciar o desagrado da comunidade podem contribuir para a sobrecarga física e mental do trabalhador⁽¹⁶²⁾. Também para a exposição à violência, considerando que, na busca da acessibilidade e da resolutividade que, muitas vezes, o serviço não oferece, o usuário agride e, em frente a essa prática, não encontra resistência, pois não há serviço de segurança pessoal/profissional na unidade em estudo. Há apenas vigilância patrimonial, como já mencionado.

Embora o desgaste físico e mental tenha sido apontado como fator de risco de sofrimento ou adoecimento, o que angustia e aborrece os sujeitos é a violência verbal desferida por parte dos usuários. De acordo o referencial adotado para classificar os riscos^(19:40) “relações de trabalho tensas e precárias, constituem fatores psicossociais responsáveis por situações de estresse relacionado ao trabalho”. Sendo assim, incluiu-se a violência como risco psicossocial.

Segundo os depoentes, as relações interpessoais entre a equipe, entre esta e supervisores, médicos e gestão superior, são satisfatórias, porém com os usuários e/ou familiares há conflitos decorrentes de muitas causas, tais como falta de polidez/amabilidade/delicadeza de algumas pessoas, desinformação, entraves políticos, além de usuários em surto por sofrimento psíquico, entre outros.

A maioria dos participantes respondeu já ter vivenciado experiências de violência no trabalho, sendo a psicológica, sob forma de agressão verbal, advinda de usuários do serviço a mais frequente, seguida pela incidida por colegas de trabalho. O abuso verbal, a chantagem, o assédio e as ameaças, entre outras, são vocábulos associados a esse tipo de violência⁽¹³⁰⁾.

Olha, a gente entre colega é tranquilo, com a chefia a gente tem muito pouco contato [...]. O pessoal é que é meio agressivo e intolerante [...] Anos atrás eu fui ameaçada por uma criança de 6 anos, com uma tesoura que ela trazia no bolso da jaqueta, porque não queria fazer a vacina (Trabalhador 4).

[...] Violência verbal de pessoas, usuários, por ignorância, tipo de pessoa que às vezes já chega estressada [...], chamam a gente de vaca, dizem “vou chamar fulano para te ensinar”. Estou com cansaço mental. Tenho vontade de ficar quieta, sem falar (Trabalhador 1).

[...] Ela veio por causa da criança; não sei o que houve com a criança e não tinha pediatra e daí eu disse que tinha que levar na pediatria do hospital e ela disse “é você que não quer passar para o doutor” e me ‘encheu o saco’ e o chefe [administrador da prefeitura] me chamou para saber o que tinha acontecido (Trabalhador 6).

De caráter polissêmico, o vocábulo violência, de origem latina, deriva da palavra *vis*, que quer dizer força, e se refere às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro⁽¹⁹⁰⁾.

A Organização Mundial de Saúde, no Relatório de 2002, conceitua a violência como o “o uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”^(191:5).

Acrescenta-se, ainda, uma classificação, sobre a qual podem decorrer sub- tipificações, a denominada violência estrutural, a qual se refere aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e cronificam a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero, de etnia e de domínio adultocêntrico sobre crianças e adolescentes. A violência no trabalho, objeto desta discussão, é, também, denominada estrutural, pois envolve “as relações de desigualdade, de dominação e de exploração dos trabalhadores, juntando expressões econômicas, políticas e simbólicas em diferentes épocas históricas”. A violência estrutural se ritualiza nas relações em forma de violência interpessoal inter e intraclases e segmentos, sob as formas de discriminação, de exploração, de ameaças diversas e, no plano cultural, pelo assédio moral, sexual e pela homofobia, além de uma forma de violência de resistência que se caracteriza pela reação agressiva dos trabalhadores à superexploração^(192:242).

Os dados noticiados, cotidianamente, pela mídia demonstram que a sociedade em que se vive hoje é de risco. Precárias condições de vida de muitos cidadãos, famílias desorientadas e valores sociopolíticos decadentes ou imorais são alguns dos fatores que contribuem para a violência na sociedade e, por consequência, contra os profissionais de saúde. O uso e abuso de drogas ilícitas, os acidentes por causas externas, tais como homicídios, agressões, acidentes de transporte e outros agravos que vitimam as pessoas, fragilizam a saúde individual e coletiva e deságuam nos serviços públicos, que, por vezes, não conseguem atender à demanda por fragilidades do sistema. Esta precariedade no atendimento à saúde torna o setor público vulnerável à violência.

A precariedade dos vínculos de trabalho e o sucateamento da infraestrutura dos serviços de saúde de um lado e de outro as relações mercantis que movimentam o setor privado e conduzem a relações de negação do outro podem contribuir para a violência⁽¹⁹³⁾, decorrente de organizações e processos de trabalho que favorecem esses comportamentos agressivos. Emerge neste argumento uma contribuição da ergologia: não há como separar o trabalho das outras instâncias da vida, nem a dialética entre o micro e o macroespaço do trabalho⁽⁷⁾.

Neste sentido, é oportuna uma reflexão sobre o esquema tripolar alcunhado por Schwartz⁽⁶⁾, considerando que a violência pode ter uma dimensão incorporada às dificuldades dos polos político e/ou mercantil. Esse esquema, revisando, constitui-se pelo polo do trabalho e suas dramáticas; pelo polo orientado por valores mensuráveis, mercantis; e pelo polo político, orientado aos valores sem dimensões, do direito, dos organismos da democracia. A enfermagem, no cenário do serviço público, não se expressa em valores comerciais, mas esses coeficientes circulam pelo seu ambiente de trabalho. Há, neste panorama, um aprisionamento dos serviços de saúde por estabelecerem-se valores mercantis a serviços de natureza não mercantil⁽⁶⁾.

Para a intervenção, nesta situação de trabalho, é preciso a “*dupla antecipação*”, a dialética dos saberes, na medida em que o conhecimento acadêmico permite *antecipar* situações da atividade [primeira antecipação] mas a atividade propriamente dita extravasa esse conhecimento, pois recria parcialmente normas e meios [segunda antecipação]. Para isso, há de se dominar os saberes que serão compartilhados, reconhecer os saberes do outro e estar disponível a novas aprendizagens^(6:265). Vale salientar que reconhecer os saberes investidos na atividade dando voz a quem vivencia o cotidiano de trabalho é o que legitima a atividade.

Os usuários do sistema público de saúde e seus familiares, ao buscarem o serviço de pronto atendimento, esperam ser atendidos, pronta e imediatamente, devido às tensões decorrentes dos seus problemas de saúde. Se esse atendimento não é feito no tempo por eles determinados, podem eles iniciar manifestações de violência.

Alguns fatores contribuem para a exigência dos usuários de um atendimento imediato. Entre eles está o conceito de que o pronto atendimento é, de fato, um espaço para tal. Por vezes, o entendimento decorre das informações repassadas pelos meios de comunicação, os quais divulgam que a saúde é um direito do cidadão, sem explicitar sobre as redes de acesso e fluxos de acordo com a complexidade⁽¹⁹⁴⁾. Neste sentido, a mídia também se constitui como um espaço gerador de normas.

Além disso, a longa espera causada, seja por recursos humanos deficientes para o atendimento, seja pelo grande número de usuários, juntos com a falta de medicamentos, de acomodações desconfortáveis, de espaços físicos inadequados ao cuidado e lotados, entre outros, impacientam usuários e acompanhantes que se sentem frustrados pela falta de atendimento de suas exigências de um cuidado rápido e qualificado, o que por vezes contribui para as agressões⁽¹⁹⁵⁾. Pode-se inferir, então, que o usuário que agride também é vitimado por um sistema pouco resolutivo.

Por outro lado, é pertinente ressaltar que o serviço público não é sinônimo de falta de resolutividade, assim como não se pode associar a violência exclusivamente ao serviço público de saúde, a qual pode se configurar em tempos e espaços singulares e em diferentes e complexos contextos políticos.

De toda violência no mundo, 25% ocorre no setor de saúde⁽¹⁹⁵⁾. Estudos recentes demonstram que a violência psicológica sobre a enfermagem é um fenômeno de ocorrência mundial⁽¹⁹⁶⁻²⁰⁰⁾.

Alguns dados da violência no mundo apontam que nos últimos anos esta tem atingido a enfermagem de forma desumana. Uma revisão da literatura a respeito da violência ocupacional sobre profissionais de saúde no período de 2000 a 2008 identificou que entre esses os mais vulneráveis à violência psicológica e à física são os da enfermagem⁽²⁰¹⁾.

Dados de 2000 apontam que as ameaças respondem por 40% de violência cometida contra enfermeiros no Canadá. E em 2001 foi demonstrado que 86% dos enfermeiros australianos já experimentaram agressões de pacientes. Em Moçambique, dados de 2003 denotam que 38% dos profissionais de saúde foram vítimas de agressão verbal em hospitais de Maputo e em Portugal. No ano de 2006, 50% dos enfermeiros sofreram pelo menos um episódio de violência física ou psicológica⁽¹⁹⁵⁾.

A violência psicológica também foi vivenciada mais de uma vez durante a prática profissional de 43,4% das enfermeiras, conforme verificado em um estudo realizado no Paraná(PR). Configurou-se como violência horizontal, visto que os principais agressores foram os colegas de trabalho⁽²⁰⁰⁾. Os dados do estudo paranaense diferem dos deste estudo, ou seja, neste estudo os colegas foram pouco citados como agressores.

A violência dos pacientes sobre a enfermagem e os agentes de saúde também foi identificada em quatro instituições de saúde na Alemanha, nas quais 74,8% dos agredidos pertenciam à equipe de enfermagem, ao sexo feminino, e que possuía mais de 15 anos de experiência; 89,4 % dos sujeitos tinham sofrido agressão verbal nos últimos 12 meses, e 70,7%, física, sendo que para 82,9% a agressão verbal era sofrida pelo menos uma vez por

mês. As agressões mais frequentes corresponderam aos abusos, ameaças, sopros, chutes, uso de objetos, assédio sexual e discriminação racial, advindos, na sua maioria, de pacientes⁽¹⁹⁸⁾.

Buscando avaliar o abuso dos pacientes sobre a enfermagem canadense, uma pesquisa em 2005 com dezoito mil profissionais identificou que quase metade (47%) dos sujeitos pesquisados tinham sofrido agressão verbal no último ano e mais de um terço, agressão física. Profissionais mais experientes foram menos agredidos, e a condição de dispor de um diploma de curso superior foi associado com menos relatos de agressão física, mas não de verbal⁽¹⁹⁶⁾.

No Brasil, um estudo que caracterizou o assédio moral no setor saúde do Rio de Janeiro, feito com 1.425 profissionais que trabalhavam em setores com ou sem internação, gerais ou especializados, públicos ou privados, demonstrou que o auxiliar de enfermagem foi o mais agredido, seguido por enfermeiros, sendo os colegas os maiores agressores, seguido por pacientes, por familiares e pelo público. Vale ressaltar que aqueles profissionais que interagem diretamente com usuários foram mais agredidos por estes⁽¹⁹³⁾.

A doença mental é um fator de risco para a violência. Este dado pode ser observado em um estudo de coorte realizado em Taiwan, com 167 sujeitos da equipe de enfermagem de um hospital psiquiátrico o qual identificou 971 episódios de violência vivenciados pelos sujeitos no decorrer de um ano. A violência psicológica obteve um percentual de 66%, e a física de 29,6%. As variáveis - idade mais jovem, sexo feminino, menor escolaridade, menor tempo de trabalho e alto nível de ansiedade- tiveram associação estatística com a violência⁽²⁰²⁾.

Na Unidade de Saúde em estudo, a maioria dos sujeitos referiu que os pacientes/usuários em sofrimento psíquico e presidiários são os usuários que mais os agredem ou lhes causam sentimentos de medo e apreensão.

[...] Eles queriam colocar três presidiários para dentro da sala, e eu disse: “ não, é um por vez”; eles estão algemados,mas eles são muito ágeis e se tu tem uma seringa, de 5(ml), tem que cuidar [...]. O risco de agressão, esse sim, às vezes não é tanto o físico como o moral, o psicológico, isso é bem complicado (Trabalhador 4).

[...] Então tu pega aquele marginal que matou, estuprou alguém, o policial da SUSEPE traz ele; nós temos muito presidiário aqui, a gente corre muito risco. Eles trazem ele para fazer curativo, injeção e eles encaram a forma do nosso tratamento, digamos assim, já ‘botando’ medo (Trabalhador 20).

Tem de tudo, paciente alcoolizado... Outro dia um paciente me mostrou uma faca na cintura e eu pedi para ele se retirar que eu ia chamar a Brigada (Trabalhador 9).

[...] Ele estava muito alterado e daí a gente tentou de todas as formas com que ele se acalmasse e inclusive chamou a Brigada e ele se acalmou[...], ele passou pelo médico e eu fui

fazer a medicação nele e daí ele veio pra cima de mim [...], ele começou bater na maca e eu disse: "calma, calma" (Trabalhador 10).

A presença de doentes com problemas mentais e usuários de drogas e álcool é frequente nas instituições públicas⁽¹⁹⁵⁾. Entre os atendimentos, pode acrescentar-se o atendimento a presidiários e criminosos, aos quais, por vezes, não existem instituições de saúde específicas. Usuários com essas características podem causar medo ao profissional que está atendendo devido ao despreparo para lidar com essas clientelas e situações e devido, também, à falta de um serviço de segurança na Unidade de Saúde, como na fala que segue:

Não tem proteção, segurança. Tem paciente psiquiátrico que vem sempre aqui e agride e outros que ameaçam a gente. Tinha que ter um guarda, já falamos com as enfermeiras, mas depende de outros (Trabalhador 19).

As unidades de emergência e de psiquiatria foram identificadas como setores de grande ocorrência de violência contra os profissionais de saúde, numa revisão da literatura acerca da violência ocupacional⁽²⁰¹⁾.

Um estudo realizado com 7.478 auxiliares de enfermagem noruegueses identificou que a exposição desse profissional à violência foi maior nos serviços psiquiátricos, asilos e instituições para deficientes mentais⁽²⁰³⁾. Numa investigação realizada no Canadá sobre a violência, a psicológica foi mais frequente nas áreas de saúde mental, psiquiatria e emergência, respectivamente. O número reduzido de pessoal, recursos inadequados e precárias relações interpessoais na equipe foram associados às agressões⁽¹⁹⁶⁾. São dados preocupantes, considerando que a agressão de usuários em sofrimento psíquico causa influência negativa sobre a pessoa agredida⁽¹⁹⁸⁾.

Analisando esses estudos, observam-se algumas características comuns e outras contraditórias. Pode-se inferir, porém, que as trabalhadoras de enfermagem, jovens ou não, são mais agredidas que os homens. Embora sejam elas em maior número, a pouca experiência parece aumentar a vulnerabilidade às agressões, enquanto que mais tempo na profissão possibilita o desenvolvimento de capacidades para lidar com situações desse tipo, o que torna menos intenso o ataque, porém não menos sofrido.

O que se percebe, a partir dos dados desses estudos, é que usuários e colegas violentam em diferentes dimensões. Embora os primeiros sejam os agressores mais frequentes, se depreende que, sendo indivíduos internos ou externos aos serviços, os profissionais de enfermagem estão sendo agredidos, assinalando urgência na tomada de

medidas para frear esse processo que ora eclode com crescimento indisciplinado, trazendo-lhes como consequências sofrimento e adoecimento.

Dentre os sentimentos emergidos da violência no cotidiano de trabalho, estão a irritabilidade, a raiva, a tristeza, a baixa autoestima, a frustração, a humilhação e o medo, além de sensação de impotência e insegurança^(35,198,200). Essas emoções podem ter como consequências agravos à saúde como dores, ansiedade e alterações somáticas, além de que, após os insultos, os trabalhadores podem tornar-se mais tensos e assustados no trabalho e desempenharem suas atividades com menor satisfação e sob um estado de permanente vigilância^(193,198). Isso demonstra o quanto as agressões sofridas pelos trabalhadores podem causar sofrimento e que esses riscos psicossociais, tão denunciados pelos pesquisados, devem ser alvos de imediata intervenção.

Um dado pertinente a ser analisado é que das 32 licenças para tratamento de saúde registrados em 2009 pelos sujeitos deste estudo, seis foram relativos a episódios que envolveram *esgotamento, estado de exaustão vital, acentuação de traços de personalidade, falta de repouso e de lazer, estresse não classificado em outra parte, sofrimento físico e mental*. Observando a classificação dos motivos das licenças de saúde desses trabalhadores, pode-se inferir que há sofrimento psíquico, o qual pode ter o trabalho como gatilho na medida em que este é estressante para os trabalhadores.

Essa pressão vivida pelos trabalhadores e a conseqüente exposição à violência advinda dos usuários também os colocam numa *dramática do uso de si*, na medida em que exige mobilização do *corpo si* para enfrentar a situação inusitada. É preciso usar de suas habilidades para enfrentar o *vazio ou deficiência de normas*⁽⁶⁾ que a *infidelidade* do meio estabelece, pois as *normas antecedentes* nem sempre são suficientes para gerir o cotidiano, neste caso, as situações de violência. Só assim pode-se “viver” o trabalho. Evidenciam-se, neste contexto, variabilidades situacionais decorrentes do processo de trabalho que devem ser transformadas e adaptadas para garantir-se a produção (neste caso, a de saúde) e a economia corporal (ou seja, evitar o sofrimento gerado pela exposição à violência).

O que tenho pensado nos últimos tempos é que muitas vezes é melhor tu ficar quieta do que ficar discutindo [...]. Eu adaptei para mim este modo, vou atender uma pessoa, se ele tiver me xingando, eu fico quieta, nem respondo, muitas vezes, porque a gente só se incomoda mais, porque se tu diz uma coisa, te dizem duas ou três, então fica pior, então é melhor ficar calada. Faz a tua obrigação, teu serviço, tua ficha, passa para o médico. É a melhor coisa (Trabalhador 14).

Ao se anunciar *o uso de si*, verifica-se que o trabalho não é simples execução de uma atividade. Há convocação de um indivíduo, continuamente, pois quando se diz que o meio é

infiel, significa dizer que jamais há a repetição de uma situação de trabalho. E a gestão disso requer um *uso de si*, ou seja, que o trabalhador faça uso de suas capacidades, de seus recursos e de escolhas para gerir essa infidelidade^(6:192).

A pura execução da tarefa seria *'invivível'* do ponto de vista de Schwartz. Fazendo uso de si, o sujeito pode lidar com as deficiências do meio do seu jeito, (re)posicionando o trabalho, mesmo que infinitesimal, em torno de suas próprias normas e que não pode ser padronizado, pois envolve o 'aqui e o agora'.

Isso significa que, ao tentar criar modos de lidar com as lacunas do sistema, com a irritação dos usuários carentes de resolutividade aos seus anseios, o trabalhador *ressingulariza* o meio a seu modo e vivencia uma *dramática*. Escolher tal atitude e assumir as consequências disso expõe a verdadeira dimensão desse *drama*. É preciso que o trabalhador lide com a agressão para que a produção em saúde aconteça, o que não implica que isso deva se perpetuar. O diálogo entre o particular e o geral, o micro e o macro devem acontecer sob o escopo de evitar sofrimento ao usuário e ao trabalhador.

O trabalho implica autogestão de si e de seus compromissos, constantemente, e é nessas *dramáticas do uso de si, por si e pelos outros* que o profissional busca meios de defesa para o enfrentamento das adversidades. O debate de normas, mesmo que 'inconsciente', é estratégico para a resolução dos infortúnios vivenciados.

Nessa situação, é preciso que o sujeito encontre meios para enfrentar a violência e permanecer trabalhando. É nesse momento que ele, utilizando-se de suas experiências e história de vida, codifica o que vivencia e *renormatiza* sua atividade. O fluxo das gestões individuais organiza-se segundo o polo da eficácia ou da avaliação do melhor desempenho relativo ao objetivo visado e o polo da eficiência ou "facilitar a si mesmo a tarefa". Assim, seja para evitar ou lidar com a violência ou para cuidar da saúde de um usuário, a enfermagem, conforme sua meta, fará avaliações e negociações tanto ao conjunto quanto ao segmento de sua atividade^(175: 27).

Tu acaba fazendo ficha para todo mundo, embora aqui seja um plantão de emergência. O que seria para emergência, tu acaba fazendo ficha para consultas eletivas, não tem nada a ver, seria para um clínico lá na frente para tratamento [...] e tu acaba fazendo aqui para não se indispor com o paciente; essa é a adequação que a gente faz, aí tu evita estresse e até agressão moral (Trabalhador 17).

Nem sempre tudo pode ser previsto pela *norma antecedente*, momento em que se conforma o trabalho real. Quando a norma, a prescrição ou a tarefa não pode ser integralmente respeitada, surge o trabalho real. Então o real advém sempre de um revés, sobre

o qual o trabalhador ajusta os objetivos e técnicas, rearranja modos operativos que transitam nas dimensões do saber, da imaginação e da inovação. Sem isso, trabalhando sob a mera execução de tarefas, sem o aliciamento da inteligência humana, há a denominada ‘greve do zelo’, aqui representada pela mobilização da inteligência, sem a qual nenhum processo de trabalho pode funcionar adequadamente⁽²⁰⁴⁾.

Tal assertiva se alicerça quando se atenta para o fato de que os problemas que os trabalhadores precisam resolver nunca estão definidos inteiramente, *a priori*, e é o trabalhador, nesse contexto, a enfermagem, que deve conduzir tudo isso, o que envolve não só o cuidado, mas também o financeiro, a gestão do serviço, e isso se dá, muitas vezes, no ‘se virando’⁽¹⁶⁶⁾. Facilidades e dificuldades se tramam e se modificam, rearticulam e reconfiguram as atividades e os saberes envolvidos no seu desempenho, redimensionam escolhas, de forma dialética, entre o contexto político institucional e a história de vida dos trabalhadores⁽¹⁶⁹⁾ e também dos usuários.

Isso pode ser ratificado pelo estudo com 48 trabalhadores de Estratégias da Saúde da Família, do Rio Grande do Sul, no qual o elemento condicionante da violência estava associado às características sociocomportamentais da comunidade atendida⁽¹⁸²⁾. Permite-se inferir daí que a violência pode ser decorrente da condição do usuário do serviço de saúde, vitimado por um sistema desqualificado para atender a suas necessidades e, por vezes, maltratado pelos profissionais.

Como a atividade está adstrita a tudo que circunda o trabalhador, as adequações ou *renormatizações* também são feitas neste âmbito, pois a atividade não tem limite pré-definido, o profissional e o privado se cruzam.

Procuro me isolar dos problemas, porque a enfermagem deve segurar todas, agora estou aprendendo a ficar isento disso (Trabalhador 9).

Eu uso musicoterapia em casa para diminuir o estresse [...]. Tu sai do trabalho com um nível de estresse e chega em casa e tu consegue soltar e se livrar daquilo ali e estar bem em casa, estudar, procurar saber mais (Trabalhador 7).

Oportuno é mencionar que o uso da violência psicológica de forma repetitiva caracteriza o assédio moral, hoje considerado uma epidemia invisível que pode trazer como consequência a falta de mobilização de recursos para o seu combate^(193:21).

Além disso, por medo de serem responsabilizados pelo fato ou pela banalização ou naturalização do agravo no cotidiano, como ‘parte do trabalho’ e por sentirem-se envergonhados ou culpados, os trabalhadores não relatam nem registram as ocorrências de

violência. Sentindo que nenhuma medida será tomada, há uma 'cultura do silêncio'^(193,196), como se observa na fala desta participante:

Uma vez a gente teve que falar com a chefia, mas no 'normal' a gente já leva como normal (Trabalhador 22).

Combater essa invisibilidade parece ser fundamental para que se inicie um processo de relações interpessoais éticas no trabalho, pois há uma tendência de naturalização atribuída pelos trabalhadores às ações violentas contra eles, encontrada também em outro estudo⁽⁷⁹⁾. O que inquieta é que esta naturalização muitas vezes causada pela exposição aos ambientes de hostilidade e sofrimento contribui para atitudes de brutalização de um sujeito que, se espera, deveria estar a serviço da vida e não como produtor ou reprodutor de ações violentas. Há de se referir que o profissional que violenta pode estar sendo também vitimado na sua vida social, no seu trabalho, adicionando um sofrimento a mais ao comumente vivenciado⁽²⁰⁵⁾.

Dos sujeitos que vivenciaram alguma forma de violência, todos comunicaram à supervisora imediata. Três registraram em Boletim de Ocorrência (BO) na Delegacia de Polícia.

Nunca notifiquei, mas é assédio moral, principalmente dos pacientes, eles chegam e acham que é do SUS. Como o SUS é universal, eles têm que ser atendidos, não aceitam explicação nenhuma [...] (Trabalhador 17).

Não fiz notificação, só para o chefe; o enfermeiro sabia e me passou o recado para ir lá [na prefeitura]. Isso me magoou muito (Trabalhador 6).

Incentivos para a notificação da violência, assim como encaminhamentos e resposta da notificação desses incidentes e a orientação dos trabalhadores dos serviços de saúde acerca das medidas a serem tomadas ante a presença de pacientes/usuários com distúrbios de comportamento, poderiam reduzir as agressões no trabalho da enfermagem^(23,196).

Num contexto assim configurado, deve-se lembrar das determinações da Política Nacional de Humanização (PNH). Um de seus pilares é a preocupação com a ambiência do cuidado, qual seja, o tratamento dado ao espaço físico, entendido como espaço social, profissional, de relações interpessoais, com o desenvolvimento e satisfação dos trabalhadores envolvidos no processo de produção de saúde⁽⁴⁸⁾. Torna-se salutar que o trabalhador de saúde cuide de sua realização pessoal e profissional, e que exista um projeto coletivo no qual toda a organização se reconheça e se (re)valorize⁽²⁰⁶⁾.

Para humanizar a assistência, não é suficiente investir somente em equipamentos e tecnologias duras. O cuidado se torna zeloso quando o usuário é acolhido, ouvido e respeitado

pelos profissionais de saúde, o que remete à humanização das condições de trabalho desses profissionais com vista a um atendimento eficiente⁽²⁰⁷⁾.

A humanização pode ser compreendida como uma forma de cuidado, onde o protagonismo dos sujeitos é respeitado e se consolida quando está centrada na voz do indivíduo, no respeito à sua autonomia e, portanto, no uso de tecnologias leves, como a escuta e a satisfação de suas necessidades. Tal enfoque pode ser aplicado nas relações de cuidado ao usuário e adequado ao cuidado do profissional, ambos, elementos dinâmicos do processo produtivo de saúde⁽²⁰⁸⁾. Ao contrário, a desconsideração da subjetividade e, pela vertente da ergologia, do *corpo si*, e da dialogicidade provoca consequências negativas para a consolidação de relações saudáveis no trabalho e pode ser um dos fatores preditivos da violência.

O *Dispositivo Dinâmico de Três Polos* pode ser uma estratégia de intervenção neste contexto. Além de humanizar o trabalho, pode contribuir para o combate à violência, na medida em que mobiliza saberes do cotidiano e de várias disciplinas no entorno da problemática. Outros mecanismos podem ser úteis no combate à violência, tais como segurança pessoal e profissional, recursos humanos em número suficiente, instalação de alarmes e câmeras de vídeo, iluminação em áreas interiores e exteriores de excelente qualidade e quantidade, desenvolvimento de processos de educação e trabalho em grupo⁽²⁰⁹⁾.

Acredita-se que um sistema de saúde eficaz nas suas diretrizes de universalidade, equidade, integralidade, alicerçado na valorização do usuário e do trabalhador de saúde como reais protagonistas deste sistema, confere eticidade ao processo de produção de saúde e constrói ambiências saudáveis, pois somente quem faz e usa a saúde como um bem tem legitimidade para a gestão de conflitos decorrentes da prática e de sua transformação.

Ao finalizar esta discussão, cabe registrar que não foi explorado o entendimento ou a diferença atribuída pelos dos sujeitos à violência psicológica e assédio moral, ao se abordar os riscos psicossociais e o problemático uso de si.

6.3.2 Riscos biológicos: entre o *vazio de normas* de biossegurança e as *renormalizações*

Os riscos biológicos estão relacionados a vírus, bactérias e parasitas, geralmente associados ao trabalho em estabelecimentos de saúde, laboratórios e na agricultura⁽¹⁹⁾.

Embora alguns profissionais denotem certa despreocupação com os agentes biológicos quando falam que “*aqui não há risco*”, “*aqui não*”, “*muito pouco*”, “*embora não como no*

hospital, mas sempre tem”, “acho que não tanto”, a exposição a esses agentes é citada por mais da metade dos sujeitos.

O espaço físico é apertado, não é arejado, tu tem contato direto (na recepção) com o paciente que tem tuberculose; não tem sala de espera específica, tem contato com secreções dos pacientes (Trabalhador 20).

Me exponho [...], ainda hoje um cidadão [...] estava com a fralda tão cheia, tão cheia que ele sentou ali e molhou tudo, aí tive que trocar tudo, passar um álcool, limpar, ventilar a sala[...] (Trabalhador 22).

Nos testes de HGT, risco de acidente, pelo atendimento ao usuário com DST, com tuberculose, que fala com a gente, vem pedir informação, tosse (Trabalhador 18).

[...] Sempre tem um risco, de picar a paciente e a paciente te chutar e picar em ti, isso já aconteceu com colega, então tem que ter muito cuidado (Trabalhador 5).

Se machucar ao erguer paciente da maca, contato com secreção, com pessoa contaminada, tu faz um medicamento e a pessoa é soropositiva e ela não conta; aí, depois numa conversa.... Aconteceu comigo, fui passar a menina na consulta, conversei com ela, na hora de fazer a medicação, fiz a medicação e depois que eu fiz tudo ela disse que ela era soropositiva, daí eu disse: “Por que tu não falou?” E ela disse: “Eu esqueci”, e eu disse: “Na hora que tu tiver que fazer um procedimento com o profissional de saúde, tu tem que contar” (Trabalhador 24).

Dados semelhantes aos encontrados nesta pesquisa foram registrados num estudo realizado com 296 sujeitos da equipe de enfermagem que identificou que os trabalhadores percebem os riscos biológicos devido à possibilidade de adquirir uma doença pela exposição ao vírus da hepatite e ao do HIV, pela falta de equipamentos de proteção individual, entre outros⁽¹⁶¹⁾.

Os agentes biológicos que comprometem a saúde do homem, dos animais e das plantas são classificados segundo o risco por escores que variam de 1 a 4. Sendo o escore 1 considerado de baixo risco individual e para a comunidade; o 2 representa moderado risco individual e risco limitado para a comunidade; o 3, alto risco individual e risco moderado para a comunidade; e o 4, alto risco individual e para a comunidade. Entre as bactérias do tipo 2 e 3, por exemplo, estão *Acinetobacter baumannii*, *Escherichia coli*, *Enterobacter aerogenes*, *Mycobacterium spp.*, *M. tuberculosis*. Entre os vírus, todas as oito espécies conhecidas do tipo Herpesvirus humanos, subtipos da hepatite, da rubéola, da influenza⁽²¹⁰⁾, de fácil transmissão por aerossóis, respirações e contatos, muitos associados à multirresistência antimicrobiana, fatores significativos de risco ocupacional.

Tal classificação considerou apenas os possíveis efeitos dos agentes biológicos aos indivíduos sadios, sem atentar para os danos aos indivíduos com patologia prévia, em uso de medicação, portadores de desordens imunológicas, gravidez ou em lactação. Sendo assim,

trabalhadores de saúde estão em constante contato com agentes que variam na intensidade do dano de moderado a alto risco.

São muitos os riscos que podem ocorrer ou serem precipitados, *antecipados* [na linguagem da ergologia] sem a participação dos trabalhadores, porém muitos deles são advindos da organização do trabalho. Os riscos ocupacionais, conforme já mencionado, não podem ser previstos somente a partir das *normas antecedentes*. Ou melhor: será que os conceitos e as normas são suficientes para abarcar a complexidade de uma situação de exposição ao risco? Embora sejam inerentes à atividade da enfermagem, algumas *renormatizações* relativas ao modo de lidar com a exposição são necessárias, considerando a já citada *infidelidade* do meio, esta caracterizada pelas novas situações e demandas que se inscrevem no cotidiano da saúde, tais como a falta de recursos, comportamento dos usuários, doenças, etc.

Sobre isso, é relevante a discussão sobre a exposição dos usuários e trabalhadores a doenças (re) emergentes que desafiam pesquisadores e gestores, tais como as hepatites, a AIDS e a tuberculose, entre outras, que surgem com comportamentos agressivos, geneticamente modificados e/ou desconhecidos. São doenças que (re) aparecem no cenário do cuidado com novo desenho epidemiológico e, portanto, necessitam de adequação ou *renormatização*, principalmente para as equipes de enfermagem que, por passarem mais tempo com o usuário, estão mais predispostos à exposição.

Sobre a hepatite, dados de um estudo epidemiológico realizado em Uganda, na África, demonstram que entre os profissionais da enfermagem, medicina, odontologia e de laboratório, os primeiros, incluindo-se enfermeiras, parteiras e auxiliares/técnicos, foram os trabalhadores entre os quais a prevalência da hepatite foi significativa, sendo os últimos, a categoria que mais se infectou com o vírus. Estes tiveram cerca de 18 vezes mais risco do que os médicos de adquirir a infecção. Indivíduos com história de cortes, exposição mucosa ou cutânea, atividade em cirurgia e aqueles que não costumavam usar outro equipamento de proteção, a não ser luvas, tiveram maior risco de infecção, embora esses dados não tenham sido significativos⁽²¹¹⁾.

O estudo identificou soro prevalência positiva para hepatite B em torno de 8,1%; lesões por agulhas e exposição a mucosas em 67,8% e 41% dos pesquisados, respectivamente, e taxa de 6,2% de vacinação contra a hepatite B, denotando exposição a risco biológico em decorrência do alto índice de lesões, de contato direto com fluidos orgânicos e da baixa adesão a vacinas⁽²¹¹⁾.

Quanto à tuberculose, estudos desenvolvidos na Alemanha, Portugal, Polônia e Estados Unidos reforçam que essa doença tem alta prevalência entre os profissionais de saúde. Os dados apontam que a idade superior a 30 anos e trabalho na área há longo tempo são fatores associados⁽²¹²⁻²¹⁶⁾.

Fatores relacionados às características ambientais, aos procedimentos usados na atenção aos usuários e/ou no acompanhamento do estado de saúde dos pacientes/usuários estão envolvidos na transmissão de tuberculose em profissionais e estudantes da área da saúde, em especial aos da enfermagem e da medicina^(212, 217-219) e envolvem atraso no diagnóstico dos infectados, prolongada infectividade dos pacientes/usuários, geração de aerossóis em procedimentos, ventilação inadequada do ambiente, entre outras⁽²¹⁷⁾. Algumas infrações das *normas antecedentes* são de importância significativa na transmissão das infecções.

Algumas *normas antecedentes* ou *prescrições* são necessárias à gestão do risco no trabalho. Sendo assim, passa-se a discorrer sobre elas, muito embora atentos aos pressupostos da ergologia, que as considera insuficientes para neutralizar os riscos, pois as normas não antecipam tudo, numa situação de trabalho considerada como atividade.

Organizações internacionais e nacionais como a *World Health Organization* (WHO), o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) *American College of Chest Physicians e American Thoracic Society* (ACCP/ATS), a *Health Canada* e Ministério da Saúde do Brasil têm elaborado e divulgado manuais [*normas antecedentes, prescrições*] visando diminuir a transmissão da tuberculose ocupacional. Entre as medidas propostas estão o rápido estabelecimento do diagnóstico e início precoce da terapêutica, as quais visam subsidiar protocolos para assegurar a rápida identificação, isolamento respiratório, diagnóstico e tratamento dos indivíduos com provável tuberculose pulmonar, além de educação permanente dos profissionais de saúde para diminuir o tempo do diagnóstico e promover o tratamento adequado^(217, 220).

Oportuno é discutir o escopo das unidades de Testagem e Aconselhamento da Aids(CTA) e tuberculose. Além da finalidade do CTA de oferecer a testagem gratuita, confidencial e anônima, de educar e aconselhar para a redução de risco e vulnerabilidade aos portadores de HIV e de dar suporte para a aderência aos cuidados e tratamentos previstos, espera-se que contribuam para a ampliação do controle da transmissão vertical e das coinfeções HIV/hepatites e HIV/tuberculose⁽²²¹⁾.

Num estudo realizado no Mato Grosso do Sul, em 2005, foi verificado que os diagnósticos da tuberculose e de HIV/Aids se sucederam em datas próximas ou aproximadas

de um ano, o que demonstra a necessidade da realização do teste anti-HIV para todos os pacientes com diagnóstico positivo de tuberculose⁽²²²⁾ e vice-versa.

A elevada prevalência de coinfeção entre tuberculose e HIV impulsionou a ampliação do acesso da população, especialmente dos portadores de tuberculose, ao diagnóstico de infecção pelo HIV. Essa prática tem vantagens, dentre as quais se destaca o “diagnóstico precoce”, o qual, espera-se, tenha “potencial impacto na diminuição da transmissão do HIV, sua morbidade e mortalidade”^(220:72).

Sendo assim, pessoas com diagnóstico de tuberculose fazem parte dos segmentos que têm prioridade de atendimento na testagem da Aids⁽²²¹⁾, donde conclui-se que portadores de HIV ou doentes de Aids também podem estar infectados com tuberculose. Considerando-se que a ocorrência dessa doença no Brasil é elevada e que a tuberculose é uma infecção oportunista, típica dessa síndrome, a exposição dos trabalhadores dos CTAs é expressiva.

Conforme norma prescrita pelo Ministério da Saúde, pode ser necessário, ainda, para melhorar a biossegurança institucional contra a tuberculose, designar um ou mais responsáveis pela elaboração e monitoramento de um plano de controle dessa infecção, auxiliado pelos gestores do Programa Estadual/Municipal de Controle da Tuberculose, com o objetivo de avaliar os locais de risco, verificar o perfil de resistência do bacilo, bem como a disponibilidade de EPI oferecido aos trabalhadores para acompanharem o cumprimento das recomendações, entre outras⁽²²⁰⁾.

Assim, as *normas antecedentes* relativas às condutas cosmopolitas de proteção a usuários e trabalhadores contra os danos decorrentes da exposição biológica têm sua importância. A atividade não se desenvolve sem elas. O universo científico tem seu espaço no campo prático do trabalho em saúde e as adequações/*renormalizações* e *ressingularizações* em frente à deficiência de recursos de proteção ou de organização, entre outras, são executadas a partir de uma diretriz científica.

A questão se reporta à falta de participação do trabalhador na elaboração dessas normas e na gestão de suas deficiências. É um desafio a ser vencido pelos sujeitos e instituições que, de forma vertical, editam códigos e esperam sua execução. Essa prática é possível na enfermagem por meio do exercício cidadão no microespaço do cuidado.

Para tanto, pode ser necessário o exercício do *desconforto intelectual* dos profissionais, gestores e pesquisadores, ou daqueles que editam normas e regras sobre o tema para que, muito além de monitorar, avaliar e exigir o cumprimento das recomendações permita alternativas de transformação junto com os trabalhadores a partir de suas experiências intrincadas pelas suas histórias de vida e de trabalho.

O modo de operar dos trabalhadores e a desenvoltura de sua atividade se dão no “reconhecimento dos problemas, das variabilidades e contradições que surgem no real do trabalho, que, raramente, são conhecidas ou analisadas por aqueles que compõem a organização e os procedimentos técnicos do trabalho”^(223:157).

Nenhuma situação de trabalho é igual à outra, o que dificulta que seja analisada pelo outro. Neste sentido, é imprescindível estar atento às aprendizagens e *impredizagens*. Pode ser mais complexo para operacionalizar, mas são mecanismos que respondem às exigências da vida social e da vida de trabalho, especialmente se forem conduzidas mediante uma equipe de Análise Pluridisciplinar de Situações de Trabalho (APST). Trata-se de uma estratégia para quem compreende de fato o trabalho como atividade humana⁽⁶⁾.

Considerando-se, portanto, que *normas antecedentes* são, no seu âmbito, essenciais a um ambiente de trabalho saudável, no cenário do estudo observou-se um *vazio de normas* ou deficiência destas quanto aos dispositivos de proteção e prevenção contra os agentes biológicos, tais como mecanismos para a correta higienização das mãos e proteção individual.

À referência da expressão *vazio de normas* salienta-se que, ao mesmo tempo em que, no meio do trabalho se dá grande valor às *normas antecedentes* [a biossegurança, neste caso], “peca-se com a falta de outros elementos importantes para a viabilização de um trabalho que permita a conquista de saúde - os modos de fazer e as condições para isso”. E mais, pode haver uma espécie de fragilização na possibilidade de (re) criar o meio, configurada pela própria organização do trabalho e pelas condições oferecidas^(224:74). Sendo assim, é preciso, cotidianamente, inventar algumas regras para gerir o *vazio de normas*,

Ainda sobre o *vazio de normas*, o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), especialmente no local onde são processadas as amostras de escarro e feita a coleta de sangue, não dispõe de dispositivos adequados de higienização das mãos. Há um banheiro, que também é utilizado para higienização das mãos, o que é inadequado em se tratando de um setor caracterizado pelo contato constante com sangue e fluidos biológicos.

De forma semelhante, os setores de farmácia e de eletroencefalograma (EEG), embora não possuam procedimentos invasivos, trabalham em contato com usuários e com substâncias químicas e também não possuem pias anexas ao serviço, o que expõe o trabalhador a riscos biológicos e químicos. As pias usadas para antissepsia das mãos dos profissionais da sala de emergência estão localizadas dentro da própria sala. A RDC 50⁽¹⁵⁸⁾ recomenda que para atendimentos de urgência de alta complexidade e emergências deve haver uma sala de escovação de 1,10 m² por torneira.

Para garantir segurança à atividade, em não havendo pia específica e adequada no local de atendimento, configurando um *vazio de normas*, observa-se que o trabalhador ora utiliza álcool gel ou outro, ora álcool a 70% para a higienização das mãos, ora as higieniza somente com água e sabão. *Renormatiza, pois*, a atividade de forma a buscar a “economia corporal”⁽⁶⁾ que, nessa situação, implica segurança, pois muitas vezes, por menor que sejam as modificações feitas pelo indivíduo ou coletivo, há a marca de um viver com saúde num meio que, nesse contexto, é o trabalho.

Sobre os saberes do universo científico à conduta de biossegurança contra os agentes biológicos e relativos à higienização das mãos, a Portaria 2.616, de maio de 1998⁽²²⁵⁾, que dispõe sobre a prevenção e o controle de infecções hospitalares, regulamenta que devem ser empregadas medidas e recursos para incorporar a prática da lavagem das mãos em todos os níveis de assistência hospitalar e que a distribuição e a localização de pias para lavagem das mãos devem atender às necessidades da unidade de cuidado, além de contarem com os produtos adequados. Embora destinada ao atendimento hospitalar, tal regulamentação é apropriada a qualquer unidade, cujo escopo é o cuidado à saúde, tanto do usuário quanto do trabalhador.

A Resolução n. 42, de 25 de outubro de 2010⁽²²⁶⁾, dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de álcool para antissepsia das mãos pelos serviços de saúde e exige que esteja presente nas salas de triagem, de pronto atendimento, de unidades de urgência e emergência, de ambulatórios e consultórios, entre outros, o que não foi observado integralmente no cenário em estudo.

De acordo com a RDC 50⁽¹⁵⁸⁾, em unidades de saúde onde houver paciente/usuário que será examinado, manipulado, tocado, medido ou tratado, é obrigatório o provimento de dispositivos para higienização das mãos, mediante lavatórios ou pias. Da mesma forma, em locais em que houver manipulação de insumos, amostras, medicamentos, alimentos, é válida a mesma obrigatoriedade.

As diretrizes para funcionamento de CTA⁽²²¹⁾ preconizam que serviços que realizam teste rápido de tuberculose devem ter sala de atendimento individual com pia e que, onde sejam realizadas baciloscopia e cultura para micobactéria, o escarro e os demais materiais biológicos devem ser manipulados em cabines de segurança biológica, equipamento usado como contenção primária no trabalho com agentes de risco biológico, diminuindo a exposição do operador, do produto e do ambiente^(220,227). Esse equipamento não está disponibilizado no serviço estudado.

Além disso, os profissionais do laboratório ou aqueles que realizam procedimentos que promovam a formação de partículas infectantes em ambientes fechados, como, por exemplo, de escarro induzido, devem usar máscaras PFF2 ou N95 por ocasião da manipulação dos materiais e na realização de exames. O uso de máscaras tipo PFF2, padrão brasileiro e da União Europeia, ou N95, padrão dos EUA, é recomendado para profissionais de saúde que tiverem contato em áreas de alto risco de transmissão, tais como, ambulatório para atendimento referenciado de bacilíferos e portadores de tuberculose⁽²²⁰⁾.

Note-se que não há disponibilidade de máscaras capazes de filtrar partículas menores do que 5 *micras* de diâmetro aos profissionais que cuidam ou realizam procedimentos a usuários com suspeita ou confirmação de doenças do tipo tuberculose, sarampo e varicela, entre outras caracterizadas por bacilos dessa dimensão. O trabalhador de enfermagem que faz a pesquisa do bacilo de Koch a realiza em ambiente inseguro e insalubre, pois além da indisponibilidade de EPI específico, não há dispositivos para a correta higienização das mãos, nem recinto adequado para a coleta e preparo de exames ou cabine de segurança biológica.

A sala onde são preparadas as lâminas de escarro é uma espécie de almoxarifado. A sala de espera dos usuários portadores de Aids ou daqueles que aguardam a testagem e, portanto, passíveis de estarem infectados pelo bacilo da tuberculose, não possui ventilação adequada e está localizada num corredor onde os usuários do programa de diabéticos e hipertensos aguardam atendimento.

De acordo com a RDC 50 e 307, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a área física para atendimento ambulatorial deve ter sala de inalação individual para tratamento da Aids, dotada de ar comprimido, oxigênio e sistema de exaustão, elementos inexistentes nas salas do pronto atendimento ou no CTA. Para controle ambiental da doença, é recomendada a adaptação do mobiliário e dos espaços de atendimento, a ventilação adequada em ambientes de permanência dos sintomáticos respiratórios, manutenção de pressão negativa no interior dos mesmos, local apropriado para coleta de escarro, entre outros, assim como utilização de equipamento de proteção individual^(158, 220, 228).

As normas regulamentadoras n^os 6 e 32^(23, 229) legislam que em todo local onde exista possibilidade de exposição a agentes biológicos deve haver lavatório exclusivo para higiene das mãos com água corrente, sabonete líquido, toalha descartável, lixeira de abertura sem contato manual e equipamentos de proteção Individual descartáveis ou não em número suficiente. Deve o empregador garantir a disponibilidade e o seu uso – normas não cumpridas no ambiente estudado.

Observou-se que, em nenhuma área, estão disponibilizados todos os Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Há luvas, porém não há máscaras, nem óculos, nem aventais em número suficiente. Os jalecos usados pelos trabalhadores são dos próprios servidores. Por outro lado, havendo alguns EPI disponíveis, nem todos os trabalhadores os usam. Isso sugere uma reflexão na perspectiva da ergologia.

Instituir mecanismos de proteção sem a participação de quem os usa, é ignorar o significado de atividade humana. É, portanto, uma questão a ser negociada entre os trabalhadores, tendo em vista que a atividade nunca é mera execução de uma norma, o que implica considerar não apenas a tecnologia e o saber do técnico quanto ao funcionamento do sistema de proteção para a antecipação dos riscos, mas também atentar para o ponto de vista de quem trabalha. Não é suficiente a racionalidade técnica dos engenheiros que projetam os EPI; é preciso também reconhecer as racionalidades da atividade⁽⁸⁾.

Sabe-se que, além da utilização das precauções padrão a todos os contatos, de acordo com o *Center of Disease Control and Prevention* (CDC), de Atlanta, EUA, há algumas recomendações específicas conforme o modo de transmissão sejam elas **transmissão aérea ou respiratória por gotículas** – disseminação de gotículas maiores do que 5 micras – ou **por aerossol** – dispersão de partículas, menores do que 5 micras, ou **transmissão por contato**, modo mais comum de transmissão de infecções, envolve o contato direto ou indireto com objetos, superfícies, etc., ou **transmissão por exposição a sangue e outros fluidos corpóreos**⁽²³⁰⁾, as quais o serviço deve adotar e discutir com os trabalhadores sobre outras formas de atenuar ou eliminar possíveis agravos, assim como compreender as dificuldades à adesão ao EPI.

Como se vê, as *normas antecedentes* e a legislação que regulamenta a proteção biológica dos trabalhadores existem, estabelecidas pelo Ministério da Saúde e/ou pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

As *normas antecedentes* visam à prevenção, porém para a eficiência e eficácia das atividades e a promoção da saúde, é fundamental incorporarem-se os saberes e vivências dos trabalhadores para a gestão do risco, pois a operacionalização dessas normas pode ser obstruída pelas condições de trabalho oferecidas, verificadas no cenário estudado, seja por deficiência de recursos materiais e humanos, ou por área física inadequada no que tange às barreiras microbiológicas, entre outras. Advém da subjetividade e da vivência de cada trabalhador, da forma como ele lida com as deficiências e que lhe exigem debates constantes de normas e valores. Portanto, é ele o protagonista da atividade e quem melhor pode discorrer sobre isso junto com os gestores, supervisores, pesquisadores e outros.

Um ponto nevrálgico nessa discussão se refere à rigidez das *normas antecedentes* de regulação e saberes disciplinares. Havendo a *transgressão*, relatar o que se faz na atividade é assumir que se subjuga o prescrito, é mencionar que este foi contrariado na prática. Verbalizar é arriscado, porque envolve uma transgressão mais ou menos arriscada, o que faz com que muitos se calem⁽⁶⁾.

Logo, não estando disponível um EPI adequado à atividade e o trabalhador se vendo ante o impasse entre cuidar sem o EPI e expor-se à doença ou não cuidar e não ‘produzir’[saúde], adentra-se uma *dramática do uso de si*. Pode-se inferir que esse impasse contribui para a geração de um sofrimento decorrente da possibilidade do *mau uso de si*, de uma má escolha. É um *mau uso de si* por si e pelos outros que não oferecem condições para o bom *uso de si*.

Isto implica questionar: Na falta de dispositivos adequados e recomendados por *normas antecedentes* para a proteção individual ou coletiva, como é feita a gestão desta deficiência? Por meio das *renormatizações*, por meio de escolhas e arbitragens que o trabalhador faz, a partir de sua experiência e de seus valores, ancorados nos saberes científicos e/ou práticos que escolhem o que e como fazer; nem sempre seguros.

As escolhas que os trabalhadores são convocados a fazer diante da imprevisibilidade do meio, do acaso ou das variabilidades podem fracassar e levar ao sofrimento e ao adoecimento. Tais opções colocam o trabalhador na ‘clandestinidade’ em relação às normas e podem gerar riscos, produzir efeitos desvantajosos⁽²³¹⁾.

No cenário estudado, o profissional, na tentativa de trabalhar com o que dispõe a fim de preencher lacunas existentes no *vazio de normas* provocado pela falta de alguns materiais e equipamentos, utiliza-se do que tem, expondo-se ao sofrimento, que se dá em proporções variáveis, seja em relação às próprias capacidades e valores do trabalhador, seja porque a instituição estabelece normas diferentes das pretendidas pelo trabalhador em enfermagem para o adequado cuidado de uma pessoa⁽⁶⁾.

Tais situações, assim como outras já referidas, podem estar integradas à face mercantil do processo de trabalho. Ao trabalhador é solicitado constantemente à gestão de sua atividade e dramaticamente eleger alternativas para sua segurança que se confrontam com valores imensuráveis [de justiça, solidariedade e saúde] e mensuráveis [implicados pelos valores econômicos].

Isto posto, cabe esta pergunta: Como vincular a gestão do polo econômico aos valores não mensuráveis? A resposta pode estar no *Dispositivo Dinâmico de Três Polos*, onde pode ser dado aos gestores do macro e do meso espaço a oportunidade de aprender junto com os

trabalhadores do microespaço de produção de saúde, por meio dos *transaberes* e do exercício do *desconforto intelectual*, mediante trocas acerca da atividade que resultem em progresso a cada um e a todos os participantes⁽⁶⁾. “Na vida não há começos, nem práticas instituintes, quando se desconsidera a experiência [...]. Não há pontos de partida e de chegada. Há, principalmente, processos”^(231:111).

A prática dos *transaberes* pode conferir maior garantia na análise e prevenção do risco, pois envolve saberes coletivos. A abordagem dos riscos de uma situação de trabalho se torna complexa a partir do conhecimento da atividade, integrando-se fatores técnicos a fatores humanos. Os fatores de risco devem, também, ser considerados como fatores humanos de risco e, portanto, não totalmente objetiváveis, pois estão marcados por forte subjetividade e por isso é difícil determinar meios de proteção sob um único olhar^(232:45). Isso implica formas organizacionais que favoreçam a capacidade de gestão dos protagonistas da atividade.

Assim, os *transaberes* exercem influência positiva sobre a gestão dos riscos advindos das deficiências das normas ou do *vazio de normas* e viabilizam o trabalho com saúde. Esses vazios podem colocar o trabalhador na ilegalidade em frente às prescrições⁽²³¹⁾. A atividade de trabalho, portanto, pode [e deve] “ser um operador transversal, um objeto não só pluri, quiçá transdisciplinar, mas necessariamente *transaberes*”^(156:7).

Quanto à exposição a riscos biológicos, outras observações merecem destaque da pesquisadora como inadequadas do ponto de vista de *normas antecedentes* necessárias à prevenção do risco.

Encontram-se nessa relação a sala de imunizações desprovida de privacidade. A sala de espera do setor é comum para outros usuários que esperam por consulta médica. Há um corredor sem ventilação, expondo crianças, adultos e trabalhadores à transmissão de doenças por aerossóis. Observou-se que adultos com tosse produtiva, lesões cutâneas e outros sintomas de doenças respiratórias dividiam o espaço com crianças de todas as idades que esperavam a vacinação de rotina. Os trabalhadores lidam com este *vazio de normas* fechando a porta de acesso à sala de vacinas. Não há forma de evitar a contaminação nas salas da unidade de saúde visto que é um problema de arquitetura do prédio.

Em nenhuma das áreas há um local destinado a expurgo ou desprezo de fluidos e secreções. Conforme o tipo de descarte usa-se o banheiro dos usuários ou a pia da sala de procedimentos de enfermagem, onde o material também é lavado, o que configura um ambiente inseguro, na medida em que expõe o trabalhador a fluidos orgânicos, predispondo a infecções e ao mau *uso de si*.

Os resíduos produzidos na unidade são separados, adequadamente, no local da segregação e encaminhados ao “lixão” da prefeitura, se não contaminados ou administrativos. Os resíduos contaminados são guardados temporariamente em recipientes específicos e recolhidos por uma empresa contratada pela prefeitura, que os transporta ao destino final. Porém, o depósito temporário do lixo contaminado está situado no corredor, na entrada do Pronto Atendimento, em local aberto e em condições inadequadas. Mesmo acondicionados em *containers*, estão depositados em local impróprio e sob superfícies sem revestimento adequado à limpeza e sanitização.

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 306⁽²³³⁾ legisla que a sala onde são guardados os recipientes de resíduos deve ter pisos e paredes lisas e laváveis. O piso deve ser resistente ao tráfego dos recipientes coletores. Deve ter ponto de iluminação artificial e uma área suficiente para armazenar, no mínimo, dois recipientes coletores. Quando a sala for exclusiva para essa finalidade, deve estar identificada como **Sala de Resíduos**. Não há programa, instituído pela unidade, de gerenciamento de riscos. Na NR 32⁽²³⁾, é recomendado ainda que esta sala deva ter ralo sifonado, pontos de água e de luz, ventilação adequada, abertura dimensionada de forma a permitir a entrada dos recipientes de transporte, mantida limpa e livre de vetores, entre outros, o que está parcialmente adequado no cenário de estudo.

Quanto às superfícies dos pisos e paredes do cenário estudado, na maioria das salas, as paredes são revestidas de azulejos, não monolíticas, com ranhuras e pintadas com tinta comum. O piso é de material cimentado áspero e rugoso, do tipo “concreto alisado” e de *Paviflex* em folhas de cor preta em alguns ambientes da unidade, o que dificulta a limpeza e sanitização, donde se deduz que estão inadequadas. As tintas comuns usadas nas pinturas das paredes sugerem não serem resistentes à lavagem e ao uso de desinfetantes, conforme recomendado. As janelas abrem parcialmente, dificultando a ventilação, o que pode contribuir para a exposição dos servidores a infecções que, por não possuírem telas, permitem a entrada de insetos, roedores e aves.

A RDC 50⁽¹⁵⁸⁾ indica que em revestimentos de piso e parede de áreas críticas e semicríticas devem ser usados materiais de acabamento com menor número de ranhuras ou frestas, serem impermeáveis ou não possuírem índice de absorção de água superior a 4%.

Sob o prisma arquitetônico exigido pela RDC 50⁽¹⁵⁸⁾, foram encontradas outras irregularidades: área de recepção de usuários, pois a mesma sala de espera das consultas recebe o usuário em emergência e não há barreira microbiológica; as macas são guardadas no corredor de acesso à área do lanche dos trabalhadores, passível de trânsito e dispersão de bactérias; a roupa é guardada junto com os materiais de procedimentos, não existindo um

espaço destinado a cada material; não há vestiário para os trabalhadores; o banheiro exala mau cheiro e é inadequadamente ventilado.

A área para alimentação, utilizada para o preparo e a guarda de lanche dos trabalhadores, é pequena, com odor característico de mofo e sem ventilação externa. Possui uma geladeira, um fogão, um armário e uma mesa em condições precárias de conservação e limpeza. De acordo com a NR 32⁽²³⁾, os estabelecimentos com até 300 trabalhadores devem possuir locais para refeição que se localize fora da área do posto de trabalho, com piso lavável, limpo, ventilado e bem iluminado. Deve dispor de mesas e assentos de acordo com o número de trabalhadores e refeições, com água potável, equipamento seguro para aquecimento de refeições e lavatórios para higiene das mãos com papel, toalha, sabonete líquido, lixeira com tampa e acionamento por pedal, próximos ou no próprio local.

A área de almoxarifado compõe-se de dois ambientes isolados um do outro, com péssimas condições. O ambiente não possui ventilação, tem cheiro característico de mofo, em especial em uma das salas. Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, esta área foi construída para abrigar o serviço de radiologia, até então desativado. Essas salas estão localizadas em frente à área destinada à alimentação dos servidores, impregnando o ambiente de odores e favorecendo a transmissão de microrganismos, tais como ácaros e fungos.

Oportuno, nesta discussão, é mencionar as condições de limpeza e sanitização do ambiente estudado. Todos os respondentes estão descontentes com a limpeza e a percebem como um risco à sua saúde. As falas denotam dificuldades quanto à educação para o serviço e na gestão ao servidor contratado para essas atribuições.

É precário, o pessoal é desqualificado, [...], não são pessoas que estão interessadas em trabalhar, elas não se veem como num trabalho importante.[...]; a gente depende delas para limpar parede, limpar chão, limpar instrumental/ equipamento. É feito o básico, tirar o lixo e passar o pano no meio, e isso é muito estressante, a gente sabe que é um serviço que precisa de limpeza (Trabalhador 2).

Negativo, muito ruim a limpeza, horrível, porque eu acho que as funcionárias da higiene... deveriam 'botar' elas mais na obrigada de fazer..., elas não fazem, ficam sentadas; querem desempenhar outras funções, menos a higiene. Às vezes a gente tem que tirar lixo (Trabalhador 13).

Está precária, porque eu não sei, faz uma ou duas semanas que passaram um paninho nesta sala, eu acho que pelo que a gente faz na sala de vacina que é uma coisa de prevenção, é um ambiente que deveria estar 100% limpo, e assim, a gente tem que chamar para virem recolher o lixo, e olha esse chão escuro que já dá um [mau] aspecto, nossa!(Trabalhador 3).

A limpeza tem a finalidade de garantir aos trabalhadores e usuários dos serviços a menor carga de contaminação possível, o que contribui para a redução da probabilidade de transmissão de infecções originárias de fontes inanimadas⁽²³⁴⁾.

As áreas dos serviços podem ser classificadas em críticas, onde se realizam procedimentos invasivos ou que possuem pacientes de risco ou com sistema imunológico comprometido; semicríticas, aquelas ocupadas por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas e não críticas, não ocupadas por pacientes, onde não se realizam procedimentos⁽²³⁴⁾.

Nas áreas críticas e semicríticas, todas as superfícies, tais como pisos, paredes e divisórias, teto, porta, visores, luminárias, mobiliários e demais instalações, devem passar pelo processo de limpeza por profissionais habilitados. Nessas, a limpeza concorrente ou diária deve obedecer à frequência de três vezes ao dia para as áreas críticas, e duas vezes ao dia para as semicríticas^(234, 235).

Verificou-se que as áreas destinadas ao cuidado são limpas precariamente uma vez ao dia. Durante o período em que foi feita a coleta dos dados, não se observou pisos, paredes, divisórias, teto, portas e luminárias sendo limpos. Os corredores em que transitam usuários e profissionais têm muita sujeira, mascarada pela coloração preta e material rugoso do piso, em desacordo com a legislação e preditivo de adoecimento ao trabalhador, pois os serviços de saúde são, por si, insalubres, por conta do trânsito e permanência de pessoas doentes.

A NR 32⁽²³⁾ legisla que os trabalhadores que realizam a limpeza dos serviços de saúde sejam habilitados, sob forma de educação inicial e continuada quanto aos princípios de higiene pessoal, risco biológico, químico, sinalização, rotulagem, EPI, EPC e procedimentos em situações de emergência. Não há, no serviço estudado, documentação comprobatória de cursos nem oficinas para os servidores que desempenham esta atividade.

Além de “acionarem” constantemente os servidores da limpeza que também trabalham sob deficientes processos, os trabalhadores da enfermagem, muitas vezes, realizam, eles mesmos, a limpeza do ambiente, *renormalizando* a atividade de modo a garantir segurança e saúde.

Péssima [a higiene]. Tem barata nos arquivos. Usam o mesmo pano para limpar tudo; o chão, a mesa, a bancada. Não adianta reclamar, senão é pior, não vem. Eu mesmo limpo. Elas ficam só conversando. Elas acham que se fizerem bem, não serão promovidas, o funcionário que não limpa colocam em outro setor. Falta treinamento (Trabalhador 18).

Péssima, tem dias que não vem nem tirar o lixo. Sábado eu trabalhei de manhã, não veio higiene de manhã, não veio de tarde, domingo de manhã nós chegamos estava aquele lixo, o colega ensacou [o lixo] e arrumou (Trabalhador 6).

Péssima. Se não é eu limpar, elas não limpam! Seria bom terceirizar a limpeza, para ter alguém para fiscalizar e poder falar e não se indispor com o colega (Trabalhador 21).

Finalmente, cabe uma análise acerca da atribuição do setor de pronto atendimento da unidade pesquisada, qual seja a Prestação de Atendimento Imediato de Assistência à Saúde. A RDC 50⁽¹⁵⁸⁾ descreve-a como uma unidade que realiza atendimentos e procedimentos de emergência e urgência de baixa, média e alta complexidade e, portanto, de cuidados críticos e semicríticos. No entanto, conforme a Secretaria da Saúde do Município e confirmado pela observação, é uma unidade que realiza consultas e procedimentos de baixa e média complexidade.

Sendo assim, pode ser equívoca uma avaliação da área física da sala de emergência, que, na prática, não funciona como tal, mas havendo a necessidade, é usada. Mesmo sob essa ressalva, cabe referir que a sala para essa complexidade deve respeitar algumas especificidades que garantam a biossegurança do usuário e do trabalhador.

Uma unidade de Pronto Atendimento deve, ainda, dispor de sala de procedimentos especiais⁽¹⁵⁸⁾, com área de 15 m², o que não se observa no cenário estudado. Há duas salas de procedimentos/curativos/suturas. Para essas salas, em unidades de urgência de baixa e média complexidade, a área deve ser de 9m², ou seja, superior à observada. Desse modo, a unidade está inadequada em se tratando de atenção à saúde do trabalhador e do usuário quanto à prevenção e controle de infecções em estabelecimentos de saúde.

Ao longo deste capítulo, foi exposto que as *normas antecedentes* são necessárias antes mesmo de se processar a atividade. Constituem um patrimônio científico, cultural e conceitual que contribui para as *renormatizações* necessárias. Porém, essas resolvem parte da exposição aos riscos no trabalho e alguns *vazios de normas* representam uma fragilidade para *renormatizar*, em virtude da *gestão de si* e do meio serem dependentes de “macroinstâncias” e pautadas em valores mensuráveis.

Para a ergologia, é preciso o diálogo entre o saber estruturado das normas de biossegurança e o saber da prática, donde se pode promover um novo saber ou a consolidação de um existente. Além da oportunidade de educação dialógica no trabalho, esse dispositivo auxilia na superação das formas prescritivas de educação e que tende a culpar os trabalhadores por acidentes ou infrações às normas, o que pode ser adequado a quem discute a exposição aos riscos⁽²³⁶⁾.

Isto posto, há de se ressaltar que, como a saúde dos trabalhadores está condicionada a fatores sociais, econômicos, tecnológicos e fortemente influenciada por fatores

organizacionais decorrentes dos processos de trabalho, e que algumas doenças adquiridas no trabalho são de caráter irreversível, de difícil tratamento ou de comportamento epidemiológico variável no tempo e no espaço, urge uma metodologia de gestão que dê conta da elevada exposição biológica percebida e observada no ambiente em estudo.

6.3.3 A exposição aos riscos químicos: o mau *uso de si*

Os riscos químicos são representados pelos agentes e substâncias químicas, sob a forma líquida, gasosa ou de partículas e poeiras minerais e vegetais, comuns nos processos de trabalho⁽¹⁹⁾

Mais da metade dos sujeitos (56% dos pesquisados) não reconhecem a exposição a agentes químicos, analogamente a um estudo que demonstrou que o risco químico é percebido por um terço dos profissionais da equipe de enfermagem⁽¹⁶¹⁾. Entre os profissionais que se consideram vulneráveis a esse risco, o glutaraldeído foi o agente mais lembrado, seguido das vacinas e medicamentos.

Hoje a gente trabalha com cidex® aqui, não tem EPI adequado, não tem local adequado, é em cima da bancada, onde a gente coloca o instrumental; é inadequado (Trabalhador 2).

Químico, acho que não, só o glutaraldeído, só tem esse aqui e só se usa luva para preparar; não tem máscara. É arrumado ali mesmo [na sala de procedimentos de enfermagem] e é só usado para nebulizador, é pequena quantidade (Trabalhador 11).

Acho que não, no nosso caso aqui é só medicações. O 'glutaral' é só para máscaras de nebulização, fica 14 dias fechado e não usamos máscara para o preparo (Trabalhador 17).

São produtos químicos sobre os quais o trabalhador da unidade estudada se encontra exposto em decorrência de suas atividades: sanificantes, medicamentos/imunobiológicos, desinfetantes contendo aldeído e álcool, e látex. Alguns referiram as vacinas como possível risco.

A gente cuida no preparo das vacinas; não tem nenhum risco também, nunca aconteceu nada (Trabalhador 3).

É pouco. A única coisa que tu tem que ter um manuseio muito mais concentrado é a BCG, vacina que tem que ter cuidado, os outros não tem como, a não ser que tu quebre um frasco de vacina (Trabalhador 4).

Os cinco agentes de risco químico distinguidos com maior frequência num estudo realizado, em 2006, foram os antibióticos, a benzina, o iodo, o látex/talco e o glutaraldeído. Tais produtos são usados no tratamento dos pacientes, no desengorduramento e assepsia da

pele, limpeza/desinfecção de materiais e proteção das mãos. Reações cutâneas alérgicas pelo látex/talco, diarreias pelos antibióticos e lacrimejamento pelo glutaraldeído, entre outros, foram agravos associados à exposição a tais agentes⁽¹¹²⁾.

Na unidade de estudo, observou-se que a exposição mais expressiva aos agentes químicos se dá pelo *mau uso de si* no manuseio do glutaraldeído.

O glutaraldeído é um agente desinfetante bactericida com rápida e efetiva ação contra bactérias gram-positivas e gram-negativas e é eficaz contra *Mycobacterium tuberculosis*, alguns fungos e vírus, incluindo os da hepatite B e HIV. Após mistura e completa homogeneização, obtêm-se as soluções ativadas, cujos prazos de validade são de 14 ou de 28 dias⁽²³⁷⁾.

O produto é comercializado em concentração de 2% em pH ácido, é eficaz na desinfecção e esterilização de equipamentos, tais como endoscópios e instrumentos de borracha ou plástico e outros que não podem ser submetidos ao calor. Para tanto, o material deve ficar submerso, após limpeza prévia, enxágue e secagem, na solução por, no mínimo, 30 minutos. Para que ocorra a esterilização, é necessário um período superior a 8 horas⁽²³⁷⁾.

A Organização Mundial da Saúde recomenda que a área de manipulação seja ventilada [7 a 15 trocas de ar por hora] e o produto colocado em recipientes de plásticos com tampa para imersão dos materiais e que sejam usados equipamentos de proteção individual durante a manipulação, tais como luvas de borracha, as quais, para maior segurança, devem ser duplas ou trocadas a cada 10 minutos, quando usada apenas uma luva, e também óculos e máscaras próprias para vapores orgânicos. O limite máximo aceitável de volatilização da substância no ambiente é de 0,2 ppm. Níveis superiores a esta concentração podem causar irritação dos olhos, nariz e garganta⁽²³⁷⁾.

Os efeitos adversos mais comuns decorrentes da exposição ocupacional a vapores são náusea, cefaleia, obstrução das vias aéreas, asma, rinite, irritação dos olhos, dermatite e descoloração da pele, dor de cabeça, dor no peito, palpitação, taquicardia, dificuldade respiratória, tosse, coriza, epistaxe, náusea e vômito. A exposição pode induzir asma em alguns indivíduos e causar dermatite de contato. O risco da exposição ocupacional ao vapor pode ser mais alto em climas mais elevados⁽²³⁷⁾.

A exposição do profissional pode ocorrer durante o reprocessamento dos artigos em salas com ventilação deficiente, quando são usados recipientes abertos e quando há respingos ou derramamento da solução. Por isso, a NR 32 refere que “o empregador deve destinar local apropriado para a manipulação ou fracionamento de produtos químicos que impliquem riscos à segurança e saúde do trabalhador”. Observou-se que isso não ocorre no cenário estudado.

Os servidores realizam a desinfecção do material numa sala usada para preparo e administração de medicamentos, sem sistema de exaustão, provida de ventilação deficiente e sem EPI adequado, pois são usadas somente luvas de látex no seu manuseio, denotando um *mau uso de si* frente ao *vazio de normas*, considerando a toxicidade do produto utilizado.

É importante salientar que, em decorrência dos surtos envolvendo infecção por micobactérias de crescimento rápido em videocirurgias no período de 2003 a 2008^(238,239), a ANVISA determinou que os serviços de saúde realizassem a esterilização de artigos críticos com outros métodos devido à resistência de linhagens bacterianas ao glutaraldeído. Assim, artigos críticos devem ser esterilizados, e por outros meios que não o químico.

Diante disso, alguns serviços substituíram o processamento de artigos com glutaraldeído por outros produtos tais como o ácido peracético, peróxido de hidrogênio ou por outros meios como a termodesinfecção. Muitos deles com a vantagem de que os produtos de sua decomposição não são tóxicos⁽²³⁰⁾, o que é positivo para a saúde do trabalhador que os manuseia, embora a prática do uso de glutaraldeído para desinfecção de artigos ainda continue em muitos estabelecimentos de assistência a saúde⁽²⁴⁰⁾.

Além disso, são recomendações da ANVISA, ainda em consulta pública, que o CME que realiza desinfecção química disponha de uma sala exclusiva com área mínima de 4 m², com sistema de climatização que garanta pressão negativa e sistema de exaustão⁽²⁴¹⁾, considerando a toxicidade ocupacional.

Para Scwhartz⁽⁶⁾, nenhuma técnica é neutra. O “emprego de um princípio técnico tem sempre algo de reinvenção local, nunca é por acaso o modo como cada um, individualmente – ou coletivamente [...] vai reinventar localmente o emprego eficaz de um princípio técnico, de uma instalação técnica”. Pressupondo-se que a atividade nunca é mera execução de prescrições ou normas antecedentes, mas uma confrontação, é preciso gerir e fazer escolhas de “como lidar com esta confrontação”^(6:97). Há aqui, novamente, um *debate de normas*. Na situação investigada, as *normas antecedentes* [de biossegurança] estão sendo *renormalizadas* numa tentativa de conferir segurança e eficácia diante do que é disponibilizado para a gestão da atividade. Sendo a atividade o trabalho real, o ‘aqui e agora’, com todas as suas variabilidades, é o trabalhador quem tem que gerir as inúmeras e variadas atividades para desenvolver o trabalho que faz.

A questão refere-se ao limite da gestão singular que, neste caso, pode implicar adoecimento, pois na atividade há momentos de fracasso, de sucesso, de inventividade, de circunstâncias históricas, econômicas e institucionais, de relações sociais, e cada equipe usará seus dispositivos de maneira diferente. E é por isso que são necessárias as instruções [as

normas antecedentes], pois, por meio delas, pretendem-se evitar acidentes decorrentes do uso da técnica, porém isso pode ser insuficiente para colocar a técnica em funcionamento⁽⁶⁾ no trabalho real, hajam vista as variabilidades decorrentes das condições de trabalho oferecidas: não há EPI nem local apropriado para a eficácia da técnica.

Nessa situação de trabalho, há também, assim como na exposição aos riscos biológicos, um mau *uso de si*, e isto é validado pelo coletivo, pois todos processam o material sob as mesmas condições, inadequadas do ponto de vista prescritivo. “A reinvenção local de uma técnica passa por coletivos que se desenham em função das atividades”. A isto se denominam Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRP), laços entre pessoas que partilham valores, relativamente pertinentes/relacionados. Laços esses que, mesmo informais e/ou sem se comunicarem, se arranjam para recompor seu espaço de trabalho sem intervir no do outro. Numa ECRP, há um laço entre pessoas que têm valores comuns e que formam microcoletivos responsáveis pela reinvenção local e que faz laborar os ambientes técnicos^(242:89).

Na situação estudada, existem algumas dificuldades na *ressingularização/renormatização* do meio, e o trabalhador opta pela produtividade à economia corporal.

A gente dança conforme a música. Fazer [os procedimentos, realizar o cuidado] com as condições que são oferecidas, ir se adaptando (Trabalhador 11).

A escolha pela *transgressão* à norma pode impor responsabilidades aos que trabalham pelos riscos que as microdecisões possam causar ao processo de trabalho. E o ‘segredo’ dos *usos de si* podem colocar o trabalhador na solidão. É preciso, então, publicizar o ato técnico do *uso de si*, pois esta atitude confere reconhecimento da habilidade do sujeito, da sua inventividade, o que necessita confiança nos pares e voluntariedade⁽²³¹⁾. Além disso, é preciso atenção à contravenção de uma norma que implique mau *uso de si*, porque quando a mudança individual no modo de trabalhar é significativa para o coletivo, a contravenção pode induzir os colegas e tornar-se catastrófica.

O que pode estar implicada nessa situação é, a exemplo de outras exposições, a falta de participação do trabalhador na gestão desse risco. É necessário, primeiramente, que se coloque a questão: se há o risco, como se pode suprimi-lo? Não há como analisar ou tratar as condições de trabalho sem a interlocução dos envolvidos. E aquele que se interessa pela análise da atividade do trabalho está sempre num cruzamento, está entre o que François Daniellou denominou de *trama e urdidura* e que Schwartz refere como *registro um e registro dois*. De um lado, os saberes jurídicos, técnicos, organizacionais, econômicos, os instrumentos, os clientes; e de outro, os saberes decorrentes do investimento feito nas

situações de trabalho e por indivíduos singulares, com seus corpos que aprendem e envelhecem, seus valores, seus desejos, sua história pessoal^(6,146).

Então, de um lado estão as normas prescritivas de adequação da área física com ventilação e dimensões apropriadas para a processamento da desinfecção química com glutaraldeído, uso de equipamentos de segurança individual e coletiva adequados à complexidade do procedimento – *a trama* –, e de outro estão as atividades, os trabalhos reais, as deficiências e as solicitações aos trabalhadores à gestão desses pontos todos, que, entrelaçados por essas normas, se veem convocados a dar conta dessas lacunas – *a urdidura*.

Quanto à área física para o desenvolvimento do trabalho da enfermagem na unidade em tela, essa foi projetada sem a participação dessa categoria, o que torna o prescrito, ou seja, *a norma antecedente* contraditória à prevenção de danos.

Nesse mesmo ambiente, separado por uma porta aberta, há a sala de esterilização e guarda de materiais processados e a serem esterilizados, junto com materiais descartáveis, materiais de pequenas cirurgias e suturas, alguns medicamentos, roupas limpas, antissépticos e desinfetantes, onde há, inclusive, uma autoclave pequena, uma estufa em desuso e armários. É o Centro de Material e Esterilização do Serviço que funciona no mesmo local onde são guardados materiais de procedimentos e de estoque - o almoxarifado.

Anexa a esta sala está a destinada ao preparo de medicamentos e procedimentos de enfermagem do tipo injeções, nebulizações, soroterapia, a qual dispõe de uma mesa, uma maca e armários com medicamentos, servindo de local do processamento químico dos artigos, composto por uma pia de cuba inoxidável, usada para higienização das mãos e limpeza de material. É uma situação *renormatizada* pelos trabalhadores em face do *vazio de normas* devido à falta de locais distintos e apropriados para essas ações. Há saboneteira, papel-toalha e um recipiente do tipo *descartex*®, dispositivos adequados à higienização das mãos e descarte de materiais, mas a estrutura física é deficitária. Disposto na parede há uma rede de ar comprimido, onde os usuários fazem nebulização. A sala não possui sistema de exaustão e conta somente com uma janela do tipo *maxim-ar*, o que proporciona ventilação deficiente, outro *vazio de normas*.

A *norma antecedente*, Portaria 500⁽²⁴³⁾, do Estado do Rio Grande do Sul, prescreve que o local de processamento de artigos deve dispor de pia de lavagem com bancada para limpeza, desinfecção ou esterilização de materiais e seja dotado de sabonete líquido e papel-toalha para higienização das mãos, o que não está contemplado na sua totalidade. A sala para desinfecção de artigos, embora possua esses dispositivos, divide o espaço para o cuidado

direto ao usuário, processamento de artigos por meio físico de esterilização (autoclave) e almoxarifado, sem dispositivos para higienização das mãos.

O Centro de Material e Esterilização da Unidade (CME) é conformado como uma sala pequena “permutada” com outra, em inobservância às *antecedentes normas* sanitárias vigentes. Esse centro deve existir quando houver centro cirúrgico, centro obstétrico e ambulatorial, hemodinâmica, emergência de alta complexidade e urgência. Nesse caso, deve haver área para recepção, descontaminação e separação de materiais, área para lavagem e para esterilização física e química líquida, com sistema de exaustão, água quente e fria.

Além disso, deve dispor de sala de armazenagem e distribuição de roupas e materiais esterilizados, medindo, no mínimo, 10 m², e uma área para armazenagem e distribuição do material esterilizado e materiais descartáveis com dimensões que correspondam a 25% da área de armazenagem desses materiais^(158,228). Deve a unidade ainda dispor de sanitários próprios aos trabalhadores, depósito de material de limpeza e vestiário de barreira.

Porém, em Estabelecimentos de Assistência a Saúde (EAS) que não realizam atividades cirúrgicas, pode-se dispensar todo o CME por um simplificado, composto por sala de lavagem e descontaminação e sala de esterilização com água fria e quente e sistema de exaustão. Essas salas devem ter dimensões de 4,8 e 3,2 m² respectivamente, não sendo necessários ambientes de apoio. Uma sala de utilidades pode substituir a sala de lavagem e descontaminação^(158,228), o que não estão contemplados na unidade pesquisada.

Nenhuma das situações consegue se adequar à área do CME do serviço pesquisado, o que, pode-se inferir, torna inseguro o trabalho da enfermagem por deficiência na área física do ambiente de trabalho. Isso facilita a transmissão de infecções e a exposição a riscos químicos pelo processamento inadequado de artigos e ergonômicos e de acidentes, pela falta de conforto e arranjo inadequado da área física. E mesmo não haja procedimentos cirúrgicos complexos, a área atende a procedimentos ambulatoriais e urgências, o que aponta a necessidade de um CME adequado.

Em alusão ao processamento de materiais por meio físico, quando não houver sala para processamento de material, esta atividade pode ser feita dentro da sala de procedimentos, com área mínima de 4m², estabelecendo-se uma barreira técnica e nela devem circular apenas pessoas que executem essas atividades. Deve haver local para guarda de material limpo não esterilizado, o qual deverá ser acondicionado em recipiente fechado, limpo e livre de umidade, e local para guarda e armazenamento de material esterilizado com as mesmas condições⁽¹⁵⁸⁾. Constatou-se que essas salas e esses cuidados não estão contemplados na área destinada a essas finalidades.

Logo, devido a esses *vazios de normas*, o trabalhador desenvolve a atividade, processando os materiais na única sala disponível, mesmo inadequada, o que confere produtividade, mas favorece o adoecimento.

6.3.4 Riscos mecânicos e de acidentes de trabalho: o *vazio de normas* como fator de risco

Os riscos mecânicos e de acidentes são aqueles ligados à falta de proteção do trabalhador, falta de equipamentos de proteção individual e inadequação do aparelhamento, do arranjo físico, da ordem e limpeza do ambiente de trabalho, da sinalização, rotulagem de produtos e outros que podem levar a acidentes do trabalho⁽¹⁹⁾.

Identificou-se a negligência quanto ao fornecimento de EPI, o que pode expor o trabalhador a riscos de adoecimento por contato com sangue e fluidos biológicos e de acidentes por contato com agentes de incidência e prevalência conhecida e desconhecida configurada pela (re) emergência de microrganismos com comportamento epidemiológico ignorado ou ainda a ser explorado.

A deficiência de EPI sujeita o trabalhador a executar mal o trabalho, uma fonte frequente de sofrimento, tal qual à submissão ao constrangimento do trabalho malfeito. Enfrentar riscos químicos, físicos, biológicos, entre outros, provocam não só o sofrimento do corpo, mas também apreensão e angústia⁽¹⁸¹⁾.

O fornecimento de luvas para procedimentos foi considerado adequado, no entanto, os demais equipamentos estão em falta, como se observa nas falas.

[...] EPI falta também, a gente vai fazer curativo, não tem um par de óculos para usar, não tem um avental [impermeável], isso também prejudica o atendimento (Trabalhador 9).

É por briga, até a gente conseguir convencer para que venha EPI apropriado, tu tem luva à disposição [...]. Agora tem máscara comum. A N95, por exemplo, não tem. Só tem a comum, normal (Trabalhador 2).

O que a gente não tem aqui é óculos de proteção. Aventais, se der um negócio contaminado que precisa de avental [impermeável], não tem (Trabalhador 11).

O básico tem, a qualidade deixa a desejar. Às vezes nós precisamos comprar máscaras de melhor qualidade (aconteceu na campanha H1N1). Jaleco deram alguns anos atrás [depois disso não houve mais fornecimento de jalecos; os trabalhadores os adquirem por conta própria] (Trabalhador 23).

O EPI tem a finalidade de proteger o trabalhador dos riscos capazes de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho. A legislação brasileira [*norma antecedente*] estabelece a obrigatoriedade do seu uso. O trabalhador deve usá-lo adequadamente, e o empregador deve

exigir seu uso. Descartáveis ou não, deverão estar disponíveis nos postos de trabalho em número suficiente e garantido o imediato fornecimento ou reposição^(23, 229).

As *normas antecedentes* acerca desse objeto descrevem que é da competência do empregador oferecer esses equipamentos e em bom estado de conservação. Ele deve prover trocas sempre que extraviadas ou danificadas. É responsável pela higienização e manutenção. Todos os EPI usados pelos trabalhadores devem oferecer segurança e possuírem certificação de qualidade, sob a fiscalização do Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho (DSST), e o empregador deve registrar o seu fornecimento ao trabalhador^(23, 229).

São EPI usados no trabalho da enfermagem óculos, jalecos, luvas, sapatos fechados, máscaras, gorros, entre outros, e com algumas especificidades decorrentes da área de atuação e do cenário. Os sujeitos referiram que não dispõem de todos os EPI necessários ao cuidado. Luvas e máscaras são ofertadas com mais frequência, embora máscaras N95 não o sejam, nem em áreas de maior risco de tuberculose, como no Centro de Tratamento e Acolhimento ao usuário com Aids, local onde uma técnica em enfermagem realiza a coleta de escarro e o preparo das lâminas para a pesquisa do bacilo de Koch.

Quanto às luvas, seu uso está indicado internacionalmente para proteção ao risco de exposição a microorganismos patogênicos, em especial os vírus HCV, HBV e HIV. Mesmo havendo esta recomendação e a biossegurança ser abordada nos cursos para profissionais de enfermagem, um estudo apontou que muitos não utilizavam luvas ao administrar medicamentos endovenosos, principalmente quando aplicados nos injetores laterais do equipo de soro e na retirada de agulhas ou cateteres intravenosos. Também alguns trabalhadores não utilizam luvas para puncionar veias quando o risco de exposição a sangue é maior⁽²⁴⁴⁾. Esses dados são semelhantes aos observados neste estudo e preocupantes na medida em que contribuem para a exposição a acidentes biológicos.

Outro ponto relatado pelos sujeitos foi a necessidade do fornecimento de jalecos ou uniformes. O uniforme constitui uma barreira física que protege os pacientes e profissionais de saúde do risco de contaminação. Tem um importante papel na percepção pública dos profissionais de saúde, construído social e culturalmente, e confere confiabilidade, além da associação com limpeza, decorrente da cor e *design* do jaleco⁽²⁴⁵⁾.

Muitos profissionais, sob a égide da falta de estudos conclusivos que avaliem o impacto desta vestimenta nas taxas de infecção hospitalar, transitam livremente por diversos ambientes com o mesmo EPI. O jaleco pode ser um veículo para transmissão de microrganismos e fonte de infecções associadas aos profissionais de saúde. Portanto, são

obrigatórios, pois eles protegem aqueles que os utilizam durante a realização dos cuidados, em especial quando estes envolvem materiais biológicos^(245,246).

Os jalecos ou uniformes podem ser fonte de contaminação. Servem, porém, de barreira às infecções cutâneas, desde que sejam higienizados logo que termine a jornada ou logo que haja sujidade por vômitos, respingos de sangue ou de outros fluidos decorrentes do cuidado. Se não há esta barreira ou atenção, o trabalhador que necessite locomover-se diretamente ao seu domicílio ou a outro ambiente de trabalho expõe-se ao mesmo risco que usar o jaleco durante duas jornadas ou permanecer com ele no seu domicílio.

O risco é considerável nessas situações, o que reforça a relevância de o empregador oferecer jalecos em número suficiente ao trabalhador e condições para a higienização no local de trabalho, assim como vestiários, área não disponível na Unidade Básica de Saúde estudada, um *vazio de normas* que exigiu adequação do trabalhador, embora consciente de que essa *transgressão* à norma pode causar-lhe dano.

A NR 32 recomenda que os trabalhadores com risco de exposição a agentes biológicos utilizem vestimenta de trabalho adequada e confortável. Ela deve ser fornecida sem ônus para o trabalhador, em locais apropriados para depositar as usadas e apanhar as limpas. Quando houver contato da vestimenta com fluido orgânico, a responsabilidade de higienização é do empregador.

As prescrições ou *normas antecedentes* avaliam e denunciam a falta de adesão às normas de biossegurança, notadamente o uso de EPI. No entanto, como há sempre um engajamento do *corpo-si* no trabalho, correr algum risco é inevitável, porém a responsabilidade disso não deve ser somente dos protagonistas da atividade, pois numa situação de trabalho isso não se torna possível pela relação de autonomia e heteronomia e pelas relações de subordinação dos trabalhadores aos empregadores^(232:59), o que inviabiliza, de imediato, a responsabilização individual.

Aos trabalhadores, solicita-se constante *uso de si* e das *dramáticas* advindas desse *uso*, assim como das frequentes *renormatizações*, na medida em que eles são autônomos nesse processo. No entanto, essa autonomia é relativa na medida em que a atividade está circunscrita também pelo *uso de si* por outros e onde ele, os atores principais do processo, realizam suas atividades sob normas que não são de sua autoria, por meios e organização do trabalho não determinados ou elaborados por eles, que compõem uma situação mais ou menos favorável à gestão do risco.

Nesta concepção de *uso de si* pelos outros, uma consideração é inevitável: quando o trabalho é feito coletivamente, “o risco corrido pelo *si* (protagonista do trabalho) diz respeito

também aos outros (os outros protagonistas do trabalho), na medida em que o trabalho do *si* influencia o trabalho dos *outros*”. Em consequência disso, os efeitos do risco corrido pelo *si*, tocarão outros que não necessariamente acompanharam o processo de infração^(232:60), fragilizando o coletivo e neutralizando a possibilidade de gerir coletivamente o risco na atividade.

Pelas falas dos trabalhadores, não foram frequentes os acidentes de trabalho entre a equipe no último ano. Ocorreram três acidentes de trabalho nesse período, dois com material perfuro cortante, do tipo agulha, e um por lesão decorrente de condição ergonômica inadequada por transporte de usuário obeso. Note-se que esses dados representam, entre os 25 pesquisados, o percentual de 12%. Vale salientar que não houve notificação desses acidentes, embora 11 afastamentos por saúde foram registrados em 2009 sem identificação de CID, o que permite supor que alguns desses possam ter sido por acidentes de trabalho. Outra limitação para se conhecer os acidentes de trabalho se refere ao fato de que a prefeitura não dispõe de estatísticas acerca dos acidentes ocorridos.

O serviço não possui Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), mas o município está em fase de implantá-la. Caso aconteça algum acidente, este é encaminhado, informalmente, à rede de atendimento à saúde. Se o acidente envolver afastamento do trabalho por período superior a 15 dias, o servidor é encaminhado à perícia. Segundo dados da prefeitura, os acidentes de trabalho são notificados sob a forma de Cadastro de Acidentes de Trabalho (CAT), encaminhados ao Ministério da Previdência Social pela Técnica de Segurança do Trabalho e registrados na Rede Nacional de Notificação de Acidentes (RINA). Esses dados, porém, no serviço estudado foram contraditórios e confusos.

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, a técnica em segurança do trabalho, lotada na Secretaria de Obras, reuniu-se com dois servidores de cada secretaria para, em conjunto, estruturarem uma CIPA que abarcará toda a prefeitura. No ano de 2009, não houve notificação de acidente de trabalho nessa unidade de saúde, e em 2010, foi notificado um acidente com perfuro cortante, embora dois sujeitos tenham referido notificação.

Não tem CAT, CIPA atuante não tem (Trabalhador 2).

Houve notificação, fiz o exame no dia do acidente, negativou [...], ninguém orientou o que fazer depois (Trabalhador 1).

[...] Foi notificado, encaminhado [...] tipo uma CAT, a gente foi no laboratório, fez os exames, com paciente fonte, foi tudo bem, via prefeitura (Trabalhador 10).

Todos os sujeitos citaram o uso de EPI e a ‘atenção’ para realizar o procedimento de forma ‘correta e segura’ como as melhores formas de evitar o acidente de trabalho.

Além de uma CIPA e do devido registro dos acidentes de trabalho, outras medidas que colaboram para a prevenção ou agravamento dos acidentes necessitam ser implementadas pelo serviço, tais como normalizações referentes à segurança contra incêndios em edificações urbanas, o que envolve saídas de emergência, sinalização de segurança contra incêndio e pânico, detectores de fumaça para proteção contra incêndio, porta corta-fogo para saídas de emergência, entre outras, que devem ser instaladas por pessoal capacitado e avaliadas pelo Corpo de Bombeiros para oferecer segurança ao usuário e ao trabalhador⁽²²⁸⁾.

O sistema de extinção de incêndio pode ser feito por aquisição de extintores móveis e hidrantes de parede⁽²²⁸⁾. Os trabalhadores estão em ambiente desprovido de equipamentos de segurança contra incêndio, tais como extintores e sinalização de segurança, desenvolvendo suas ações sob condições inseguras e perigosas.

6.3.5 Riscos ergonômicos: o uso de si por si e pelos outros gerando agravos

A utilização de equipamentos, máquinas e mobiliários inadequados, levando à postura e posições inadequadas ou desconfortáveis, além de locais com más condições de iluminação, ventilação e de conforto para os trabalhadores, constituem agentes ou fatores de risco ergonômicos⁽¹⁹⁾.

Observou-se que a ventilação é insatisfatória, pois, por tratar-se de uma unidade de cuidado à saúde, deveria contar com amplas janelas que facilitassem a constante troca de ar. As janelas existentes em todos os ambientes são pequenas e do tipo *maxim-ar* e sem telas.

Uma ventilação natural adequada pode reduzir a prevalência das patologias respiratórias e nos ambientes de trabalho age como um redutor dos afastamentos por doenças. No caso de sistema de ventilação artificial, se este não for adequadamente limpo ou não for bem projetado, pode poluir o ambiente e aumentar a prevalência das doenças, comparando-se à ventilação natural⁽²⁴⁷⁾.

Há associações positivas entre ambientes com ventilação artificial e sintomas nasais, rinoconjuntivites, tosses e sinusites, o que sugere que o ar climatizado é um fator contribuinte para o aparecimento ou agravamento de sintomas respiratórios em regiões com clima quente e úmido⁽²⁴⁸⁻²⁴⁹⁾. Na unidade em estudo, embora não instalado em todos os ambientes, naqueles que possuem aparelho climatizador não há protocolo para limpeza, fator preditivo de adoecimento.

Embora não percebido pelos sujeitos como um risco, para a maioria, a iluminação é inadequada, pois há lâmpadas que não funcionam e demora na burocracia para as trocas.

Quando não está chovendo, está bom, porque quando chove fica piscando tudo, a parte elétrica não está muito boa. Quando chove muito, não dá para atender, cai água nas pessoas, cai água em tudo (Trabalhador 12).

De acordo com o Laudo Técnico do Engenheiro de segurança do Trabalho (Anexo B), a iluminação estava abaixo do recomendado⁽²⁵⁰⁾ em muitas salas. Estas apresentavam lâmpadas queimadas e falta de algumas.

A exposição aos agentes ergonômicos posturais foi uma constante nas falas dos sujeitos. Dores na coluna, em especial nas regiões lombar, cervical e nos membros superiores foram citadas pelos respondentes em decorrência de transporte de usuários, muitas vezes obesos ou com sobrepeso, da cadeira para maca e vice-versa, de trabalhar muito tempo em pé ou sob esforços repetitivos, de confeccionar muitos materiais sentados sob posturas inadequadas em cadeiras e mesas inapropriadas para essas atividades.

As macas... passar paciente, às vezes tu tem que levar paciente para ambulância, as macas não são adequadas, as portas de entrada e saída não são adequadas, as passagens não são adequadas, calçadas não são adequadas, é muito difícil tu sair com o paciente numa maca, tu quase derruba o paciente, com cadeira também é difícil, sair com uma cadeira pra fora do posto (Trabalhador 10).

[...] A equipe é pequena, [...] às vezes a gente fica em menos gente, um está ocupado lá, a gente tem que ajudar um paciente e se expõe, subir na cama, descer da cama, pôr em cadeira de roda, quando tem que colocar um na maca é um sacrifício, dor na coluna é o que a gente sente mais. Faz uns quatro ou cinco anos que tenho, de fazer esforço, virar paciente, erguer paciente. (Trabalhador 11).

[...] Tu vai vacinar uma criança de 4 anos, sentada na cadeira, tu fica agachada, sabe, torta, uma postura totalmente desconfortável[...] (Trabalhador 5).

Eu passei toda a campanha do H1N1 com filas e filas no saguão, e eu sozinha na sala de vacina, até 8-9 h da noite, estava escuro e eu vacinando, aí tu não consegue mais pegar o frasco, tu ia pegar e derrubava [...] (Trabalhador 5).

É rotina no serviço os técnicos em enfermagem confeccionarem pacotes de curativos para os usuários que fazem os curativos em casa. Essa atividade é considerada muito cansativa pelos sujeitos, pois, além da confecção de material para a demanda do cotidiano, o serviço deve fornecer material aos usuários e familiares. Queixas de dor estão associadas a essa prática.

Dói a coluna, porque dobrar as gazes, isso aqui (mostra a região cervical) ninguém aguenta. O dia que a gente faz bastante material a gente sai dura, é cervical (Trabalhador 6).

[...]Dor cervical, pelo motivo de fazer muita gaze (Trabalhador 24).

Tenho dor nas costas e cervical, por 2 anos, por causa da posição ao preparar as gazes, material que é feito em grande quantidade (Trabalhador 19).

Embora pela ergologia seja inerente ao ser humano reformular normas do seu meio de trabalho para a saúde e produtividade, deve-se considerar que algumas circunstâncias podem impedir o trabalhador de *renormatizar* positivamente. Movimentos repetitivos, equipamentos ergonomicamente inadequados, esforço físico, entre outros, a que são submetidos forçadamente os trabalhadores, são situações que anunciam os *maus usos de si* provocados *por si e pelos outros* e favorecem o adoecimento osteomuscular, referenciado pelos sujeitos.

Experiências decorrentes de doenças causadas por movimentos repetitivos, equipamentos ergonomicamente inadequados sobre os quais o trabalhador não dispõe de meios para *renormatizar* e, por isso, acaba sendo forçado a submeter-se, são circunstâncias que expressam os *maus usos de si* gerados pelos outros⁽²⁵¹⁾.

O profissional, adoecendo, vive uma situação *dramática* com seus pares, pois para desempenhar bem sua atividade desafia sua saúde, empenhando-se como se estivesse em condição saudável, para garantir um trabalho bem feito e não ser considerado ocioso. Há nesse panorama uma dialética: o amor-próprio/orgulho sobressaindo-se sobre o valor da saúde e contribuindo para o sofrimento no trabalho⁽²⁵¹⁾.

Quanto à ergonomia, “todos os equipamentos que compõem um posto de trabalho devem estar adequados às características psicofisiológicas dos trabalhadores e à natureza do trabalho a ser executado”⁽²⁵⁰⁾. *Norma antecedente* não respeitada. Prova do não respeito são as queixas unânimes dos trabalhadores que consideram os mobiliários e os aparelhos inadequados para a execução das atividades.

Assim, a *norma antecedente* existe e é possível aprender a utilizar o corpo, sem correr risco de desenvolver lesões, muito embora a coluna seja frequentemente exposta ao *mau uso*. Quando lombalgias estão presentes, não é incomum a empresa providenciar cursos para uso da postura correta, isolada de todo o contexto. É como se o trabalhador tivesse que se abster do espaço inadequado de trabalho, das sequências repetitivas, da pressão com o tempo e da demanda⁽²⁵²⁾.

Trabalhar sobre mesas altas, cadeiras baixas, usos de macas e cadeiras de roda pesadas ou muito baixas que dificultam os transportes, pisos quebrados e inadequados foram algumas

situações observadas no cotidiano do trabalhador e que favorecem as doenças osteomusculares. Se a legislação estabelece alguns parâmetros para adaptar as condições do posto de trabalho às características do trabalhador⁽²⁵⁰⁾ no caso em estudo, o que se vê pode ser considerado também uma *dramática do uso de si*, pois o trabalhador se vê convocado a adaptar-se ao que lhe é oferecido, trabalhar sob postura inadequada e, em consequência, adoecer, o que denota o fracasso da escolha.

O debate entre normas e valores, mesmo que ínfimo, a que, constantemente, o trabalhador é chamado a fazer, envolve os debates de ordem social e consigo mesmo, este, ligado à economia e racionalidade do corpo, a economizar-se, a evitar a fadiga, mas mantém os ritmos laborais, pois o trabalho é também o lugar onde o trabalhador recebe seu salário⁽⁶⁾, o que lhe exige, muitas vezes, que, mesmo cansado, mantenha a cadência da atividade.

Outra questão ergonômica referida pelos sujeitos se refere aos agravos de ordem ergonômica ocasionados nas campanhas de vacinação pela quantidade de pessoas a serem vacinadas com insuficientes recursos humanos. São citados, em decorrência dessa exposição, dores osteomusculares, dificuldades para dormir, cansaços e medos.

[...] Precisaria de um funcionário só para digitar nestas épocas de campanha, ainda é tudo manual...arquivos e mais arquivos. [...], então o pessoal, às vezes, aguardando na fila, reclama porque acha que a gente leva tempo, mas para nós exige bem mais a parte burocrática, do que vacinar e tal [...]. Tu sai daqui que parece que teu braço está amortecido de tanto vacinar e preencher coisa (Trabalhador 3).

Lesões por esforços repetitivos e estresse mental. Sai de cabeça cansada. Não há profissional treinado, e é muita vacinação. A vacina exige atenção, os frascos são muito parecidos; desgasta [...]. Esses dias eu não podia fazer assim – mostra flexionando o punho – é horrível, de derrubar a seringa da mão. A colega também tem isso. Precisa de mais pessoas treinadas [...]. (Trabalhador 1).

[...] Hipocondilodinite na mão direita, dor nas costas e lesão na cervical. Estou mais trabalhando porque é aquela coisa assim: o Dr. manda [trabalhar]. Quanto mais eu aguentar ficar livre, ele disse que quanto mais eu deixar a mão sem movimentar, mais difícil vai ser eu retornar os movimentos (Trabalhador 4).

Só assim, as LER, essas coisas, esses riscos sim, senti na pele. Nessa campanha não conseguia dormir de dor nos braços de noite e cansaço. Eu acordava de noite falando, falando, falando, sabe, um horror foi essa campanha! Eu acho que foi uma campanha muito grande e não treinaram pessoas suficientes para isso, sabe [...]. Na campanha, eu já tinha medo do outro dia, quando amanhecia me dava medo, um horror, a gente abria a porta, a fila estava lá, e vacinava, vacinava, vacinava, olhava e a fila estava l, de novo. Já era um trauma era um pânico, sabe, e não tinha ninguém para ajudar (Trabalhador 16).

As Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), usualmente denominadas de LER/DORT, constituem uma síndrome relacionada ao trabalho, apresentam vários sintomas concomitantes ou não, tais

como dor, parestesia, sensação de peso, fadiga, aparecimento insidioso, geralmente nos membros superiores, podendo acometer, também, os membros inferiores. É multicausal. O início dos sintomas é insidioso, de aparecimento nos finais da jornada de trabalho ou durante os picos de produção, e de alívio com o repouso noturno e nos finais de semana. Por serem intermitentes, de curta duração, de leve intensidade, são confundidos com cansaço passageiro ou “mau jeito”. Aos poucos, tornam-se mais presentes durante a jornada de trabalho e, às vezes, passam a invadir as noites e finais de semana⁽²⁵³⁾.

Estudos apontam elevada ocorrência de distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho na equipe de enfermagem, a qual sofre, ao longo dos anos, dores na coluna, com destaque para as dores lombares, ombros, regiões cervicais. As maiores frequências dessas dores estão entre os técnicos e auxiliares^(129, 254-256).

A (des) organização do trabalho, os fatores ambientais e os ergonômicos impróprios, como a movimentação e o transporte de pacientes, a postura corporal incorreta, o déficit de pessoal, os equipamentos e mobiliários inadequados e sem manutenção, estão entre as variáveis mais frequentes que favorecem as dores nas costas^(129, 255).

A dor pode interferir na qualidade de vida dos sujeitos e aumentar a incidência de afastamentos no trabalho, a qual, por sua vez, sobrecarrega os colegas. Logo, é pertinente conhecer os fatores multicausais que a predispõe, considerar sua interação com o homem, a tarefa e o ambiente de trabalho de forma a buscar alternativas para sua redução e incentivar atitudes e hábitos de preservação à saúde dos trabalhadores⁽²⁵⁵⁾.

Quadros neuro-ortopédicos de tenossinovites, sinovites, compressões de nervos periféricos e síndromes miofaciais podem ser identificados nos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. Podem causar incapacidade temporária ou permanente para o trabalho e resultam da sobrecarga das estruturas anatômicas do sistema osteomuscular associada à falta de tempo para sua recuperação. A sobrecarga se dá pela utilização excessiva de grupos musculares em movimentos repetitivos com ou sem exigência de esforço localizado ou pela posição de alguns segmentos corporais, por tempo prolongado, em especial quando essas posições requerem esforço ou resistência contra a gravidade. Concentração e atenção do trabalhador para realizar suas atividades e tensões decorrentes da organização do trabalho colaboram para a ocorrência dessas entidades clínicas⁽²⁵³⁾.

Sabe-se que, tanto em ambiente hospitalar, quanto em outros contextos, os agravos osteomusculares são de ocorrência frequente na equipe de enfermagem, principalmente na região lombar. Alongamento e fortalecimento muscular assistidos são tipos de exercícios que contribuem para melhorar a dor e recuperar a função. Terapias com exercícios

supervisionados por profissionais parecem ser alternativas que têm alcançado sucesso para a melhoria clínica das dores lombares crônicas^(257,258).

Há evidências de que o exercício reduz a dor musculoesquelética quando implica movimentos resistidos, supervisionados e aplicados por período igual ou superior a dez semanas, o que foi constatado no controle da dor cervical e lombar. O exercício realizado no ambiente de trabalho e a correção postural podem reduzir a dor musculoesquelética. Esse efeito, porém, depende das características dos programas de exercícios realizados⁽²⁵⁹⁾.

No entanto, melhor é investir na prevenção dessas morbidades por meio de equipamentos e mobiliários apropriados, dimensionamento adequado de recursos humanos, pausas, organizações do trabalho, programas de educação em saúde, principalmente em situações como as campanhas de vacinação e também noutros períodos de altas demandas, entre outros, que podem ser apontados por quem vivencia o trabalho.

Algumas normas antecedentes estão disponíveis para auxiliar o trabalhador na redução dos agravos ergonômicos e podem ser úteis. Acredita-se, no entanto, que a prevenção perpassa pelos *transaberes* e pode conferir qualidade de vida a esses sujeitos.

Analisando os documentos do Ministério da Saúde sobre as dores do trabalhador⁽²⁵³⁾, verifica-se que as recomendações se referem aos sujeitos acometidos, com indicações de tratamentos medicamentosos, fisioterapia, entre outros, com poucas referências aos indivíduos sadios.

Os trabalhadores dos serviços de saúde, no que tange à segurança e à saúde no trabalho, devem ser habilitados para adotar mecânica corporal apropriada para movimentação de pacientes ou de materiais a fim de preservar a integridade física. Contudo, adotar mecânica corporal adequada implica também oferecer condições ergonômicas apropriadas ao trabalho seguro. Mas o que se observou na unidade pesquisada, além dos mobiliários baixos ou altos demais para as atividades, foram macas altas, cadeiras de rodas para o transporte do usuário sem dispositivos que facilitem a biomecânica do corpo dos profissionais e, portanto, *um vazio de normas* difícil de gerir. Tudo isso obriga o trabalhador a optar pelo mau *uso de si* ou tentar com o que tem, recentrar a norma [o vazio, a deficiência] para manter a saúde nesse meio⁽⁶⁾.

Segundo os pressupostos de Schwartz, a atividade é um lugar de retratamento, de reavaliação das normas e valores, com forte implicação local, pouco ou nada formalizado, onde a prioridade é dada às necessidades do trabalho real, com uma preocupação de segurança, mas com uma “visão de risco corrido muito distante de uma concepção regulamentar que é frequentemente julgada mais exigente ou que traga mais segurança”^(260:156).

Na negociação entre os *usos de si*, por si e pelos outros, é que o trabalho pode ser operador de saúde. Porém, quando a realização satisfatória do debate de normas e valores não é conseguida, pode tornar-se um operador de adoecimento⁽²⁶¹⁾.

Dispositivos e equipamentos que exigem esforço para a elevação de pacientes/usuários, falhas no treinamento biomecânico, ambientes que dificultam a mobilidade do profissional, do usuário como para as atividades de apoio, mobiliário impróprio à fisiologia corporal e, especialmente, dimensionamento inadequado de pessoal em alguns setores foram deficiências observadas no cenário do estudo que podem estar associadas às queixas de dores osteomusculares apresentadas pela maioria dos participantes do estudo.

O risco ligado ao engajamento do corpo e suas relações na atividade de trabalho podem ser analisadas sob dois prismas. O primeiro se relaciona ao corpo exposto a fatores de risco exteriores a ele, quais sejam, máquinas, produtos e seus efeitos danosos como quedas, queimaduras; e o segundo, relacionado ao corpo como sede da memória no trabalho, no qual se acumula mais ou menos consciente ou inconsciente, o saber-fazer. Sobre isso é importante uma consideração. O risco, estando inscrito na atividade, tendo, portanto, um caráter singular e de variabilidade, impossibilita fazer do trabalho uma simples execução de tarefas prescritas. Sendo assim, a relação causal entre fator de risco, consciência do risco, correr risco e racionalidade devem ser relativizadas, pois há pluralidades de racionalidades. O correr riscos mobiliza a memória e, por vezes, a ultrapassa. Não há consciência total nem domínio perfeito sobre isso. Só se tem medida sobre o seu significado quando estiver situado na experiência dos trabalhadores e no contexto multidimensional das atividades⁽²³²⁾.

É conveniente, na contextualização desses agravos, referir que, dos 32 afastamentos por licença de saúde da unidade, duas se referem ao adoecimento relativo do sistema musculoesquelético, identificado como dorsalgia. Vale ressaltar um dado referenciado anteriormente. Desses afastamentos, 11 estão registrados sem identificação do CID, o que pode revelar uma subnotificação de agravos. O reforço desse dado se deve ao fato de que, sem uma notificação completa e adequada, o acesso às intervenções é dificultado.

Durante as entrevistas, quatro sujeitos referiram licença para tratamento de saúde (LTS). Três foram decorrentes de agravos semelhantes, de origem osteomuscular e um foi por hipertensão arterial sistêmica (que o sujeito associou ao estresse vivenciado), com períodos de afastamentos que variaram de 6 a 30 dias. Ressalte-se que o desconforto físico mais mencionado foi dor na coluna e nas regiões lombar e cervical. Pode se inferir que muitos

servidores trabalham com dores, considerando o baixo número de afastamentos por esses agravos ou subnotificação.

Verificou-se que, além do trabalho em posição ortostática, por longos períodos, característicos da profissão, o piso de acesso ao PA é de material acidentado e rugoso, o que dificulta o transporte do usuário em cadeira de rodas e maca, pois aumenta o esforço muscular do trabalhador.

A sala de emergência do Pronto Atendimento está instalada em área e fluxos inadequados. Há necessidade de transpor cinco portas para que o usuário e os profissionais tenham acesso à sala. É, portanto, um fator de risco ergonômico. Além disso, as salas possuem dimensões pequenas, facilitando esbarrões, tropeços, quedas.

Na sala de estar de enfermagem e médicos, há uma maca, duas cadeiras, um armário tipo fichário, uma televisão e uma escrivaninha. É nesse ambiente que são preparados o material do tipo gases, apósitos, torundas, entre outros, sob mobiliários inadequados do ponto de vista ergonômico, pois as cadeiras são muito altas para a altura da mesa e não há espaço suficiente para prover conforto aos trabalhadores.

A sala destinada às imunizações é pequena e com mobiliário não ergonômico. Muitas crianças em idade pré-escolar e escolar são vacinadas no colo da mãe ou sentadas em uma cadeira baixa, obrigando a vacinadora, em decorrência do *vazio de normas*, a agachar-se para vacinar. Muitas mães não seguram a criança adequadamente e isso expõe as trabalhadoras a riscos de acidentes. As crianças chutam e batem nas vacinadoras. Essas situações inerentes ao trabalho devem ser adequadas para evitar estresses e acidentes de trabalho pela sobrecarga e pela dificuldade, muitas vezes, de segurar a criança para administrar os imunobiológicos.

Na sala destinada à dispensação de medicamentos, onde trabalham quatro técnicos de enfermagem, há pouco espaço para movimentação, pois não existem prateleiras suficientes para a guarda do material e dos medicamentos, o que obriga os servidores a colocarem as caixas no chão, as quais dificultam o trânsito, forçam posturas inadequadas e predisõem esbarrões e até mesmo quedas.

As salas do CTA, assim como a de acompanhamento aos usuários diabéticos e hipertensos são pequenas e dificultam a movimentação dos trabalhadores. Constituem riscos ergonômicos pela possibilidade de contusões. Além disso, no CTA, a iluminação e a ventilação são inadequadas nas salas e no corredor de espera dos usuários. Uma das salas possui mofo nas paredes.

Mesmo diante dessas situações deficientes decorrentes das inadequações de área física, os trabalhadores, diante do *vazio de normas* e na intenção de trabalhar com o que lhe é

disponível, procuram adequar-se. Como se vê, as *renormatizações* são um destino a viver para o trabalhador⁽⁶⁾.

6.3.6 Riscos físicos: do desconforto à *renormatização*

Riscos físicos são decorrentes do ruído, vibração, radiação ionizante e não ionizante, temperaturas extremas (frio e calor), pressão atmosférica anormal, entre outros⁽¹⁹⁾.

Conforme pesquisa em bases de dados nacionais, investigações sobre riscos físicos e a enfermagem se restringem a alguns dados extraídos de análises situacionais de trabalho. Ainda são modestos os estudos que analisam, sob forma subjetiva e mesmo objetiva utilizando-se de aparelhos de aferição, os agentes físicos capazes de causar adoecimento a esses trabalhadores.

Frequentemente se observam profissionais queixando-se de desconforto relacionado à falta de aparelhos de climatização/ar condicionado ou ventiladores num dia de temperatura extrema ou de iluminação deficiente para o desempenho de suas atividades operacionais ou de leitura, porém identificar tais situações como risco à saúde desses profissionais ainda é incomum^(13,104). Confirmou-se isso nos resultados deste estudo. Embora não mencionados como um risco pelos sujeitos, a umidade e a temperatura extrema foram agentes classificados como de desconforto, como também as áreas com goteiras e infiltração de água em dias de chuva.

No decorrer das falas dos sujeitos, podem-se observar insatisfações com algumas condições/situações que envolvem tais agentes. Também há dificuldades aos trabalhadores em transformar essas situações de trabalho. Envolvem custos, alterações arquitetônicas e negligências dos gestores, que, não vendo o trabalho desses sujeitos sob o olhar de quem vivencia a atividade, desconsideram a dificuldade implicada em trabalhar sob temperaturas extremas, ruídos ou umidades.

[...] ali nas salas tem climatizador, e aqui, onde nós fizemos o material, não tem nenhum, não tem ventilação, não tem nada. No verão, a gente bota um ventiladorzinho assoprar, mas e no inverno? É quente quando é calor e frio quando é frio (Trabalhador 11).

No verão é muito quente, no inverno é frio, mas não extremo. O que temos é uma sala com mofo, úmida, onde era para ser RX. Não tem ventilação. Têm colegas que fazem hemodiálise [e sofrem com isso], a sala é muito mofada, os pacientes começam a tossir, é onde tem medicamentos da farmácia, é uma sala de estoque (Trabalhador 12).

O ambiente de trabalho é úmido, esse tipo de coisa. A umidade, as condições físicas não são ideais para o trabalho. No calor é quente e no inverno é frio e úmido. Não tem ventilação (Trabalhador 10).

No inverno é frio e no verão é muito quente, apesar de ter um climatizador, mas é numa sala grande, não tem muita utilidade, digamos assim, e na salinha específica, onde fica a equipe de enfermagem, é uma salinha muito pequena, abafada. Onde se faz a recepção dos pacientes, é uma sala que não tem muito conforto, tanto para a equipe quanto para o paciente (Trabalhador 9).

Semelhantes a este estudo, foram riscos físicos identificados num estudo realizado no Rio de Janeiro (RJ) com profissionais da equipe da enfermagem em uma instituição hospitalar: exposição a ruído (30,8%), exposição à temperatura inadequada (27,9%), exposição à umidade excessiva (17,7%), entre outros⁽¹⁶¹⁾.

Constatou-se que, no ambiente, há algumas irregularidades que podem ser consideradas como fatores de risco físico, tais como frio (no momento da coleta de dados), ar climatizado por equipamento em alguns ambientes e no corredor de acesso às salas de procedimentos, cheiro de mofo, este último exacerbado e próximo à sala de lanches dos trabalhadores.

A sala de observação dos usuários em observação, conta com quatro leitos. Tem janelas *maxim-ar*, sem climatizador, o que favorece a exposição a temperaturas que causam desconforto térmico ao usuário e ao trabalhador.

A sala de procedimentos de enfermagem é provida de uma única janela. Possui três ambientes, todos com ventilação deficiente e temperatura desconfortável pelo frio (no momento da coleta). Nas salas de consulta médica, algumas possuem climatização, outras não.

De acordo com o Laudo Técnico acerca da temperatura/conforto térmico, ruído e umidade, assinado por um engenheiro de segurança do trabalho (Anexo B), avaliado em 23 de junho de 2010, “no ambiente não existem equipamentos que gerem ou emitam calor, assim sendo, nada que produza no ambiente a sobrecarga térmica e em consequência sem risco potencial de dano à saúde dos servidores”.

O laudo não alude ao frio. Quanto à temperatura, informa que, como variou entre 15 e 17°C, estava abaixo dos parâmetros estabelecidos pela *norma antecedente*, ou seja, a Norma Regulamentadora n. 17⁽²⁵⁰⁾, que são de 20 a 23°C. A temperatura foi citada pelos sujeitos como desconfortável pelos extremos vivenciados nas diversas estações do ano.

Embora a umidade tenha sido citada como um desconforto pelos sujeitos, no momento da aferição, esta foi maior do que 40%, o que está adequado ao recomendado, que varia de 55

a 65%⁽²⁵⁰⁾. A sala de lanches, porém, apresentou um nível de 72%, configurando alta umidade relativa do ar. Embora não se tenha encontrado referências sobre a umidade com esse percentual, sabe-se que a exposição a ambientes úmidos pode ocasionar doenças do aparelho respiratório, quedas, doenças de pele, doenças circulatórias, entre outras⁽²⁶²⁾. Além disso, há risco de contaminação com bactérias e fungos que facilmente sobrevivem e se reproduzem nesses tipos de ambientes.

Em todos os ambientes do serviço em estudo, segundo dados do laudo técnico os ruídos se encontravam acima dos parâmetros preconizados para conforto acústico⁽²⁶³⁾, variando de 56,1 a 75,4 dB(A), ou seja, acima do intervalo 45-55 dB(A) para serviços e de 30-45 dB(A) para enfermarias. As exceções foram as salas de curativos e de emergência, as quais estavam desocupadas no momento da aferição acústica. Embora a aferição tenha demonstrado níveis de ruídos acima dos preconizados pela norma, os sujeitos não os reconheceram como um desconforto. Oportuno é mencionar que se optou por aferir ambientes de permanência da equipe de enfermagem.

6.4 A prevenção de agravos e a promoção da saúde do trabalhador: as normatizações e renormatizações necessárias ao cotidiano saudável da vida e do trabalho

Atividades de esporte e lazer que envolvem “caminhar”, apontada pela maioria, seguidas de escutar música, ficar com a família, realizar trabalhos manuais, praticar exercícios físicos em academia, ler e assistir à televisão foram formas encontradas pelos trabalhadores para aliviar as pressões advindas do trabalho.

Porém, as atividades físicas não são, em geral, praticadas com frequência. Apenas três sujeitos referiram praticá-las com regularidade de duas a três vezes por semana. A maioria realiza caminhada “quando dá”.

Um estudo apontou que o tempo livre de trabalhadores de enfermagem é destinado a passeios diversos, a dormir e a ler. Em menor número, assistir à televisão, jogar futebol, ir ao cinema, navegar na Internet, ir à igreja e pescar. Quanto à atividade física, 47,6% a praticam, sendo a caminhada a atividade realizada por 60% dos trabalhadores⁽²⁶⁴⁾. Outra pesquisa, junto a trabalhadores de Estratégias de Saúde da família⁽¹⁵⁾, demonstrou que atividades extralaborais correspondem a atividades domésticas e de lazer, tais como assistir à televisão, ler jornais, livros, revistas e estudar. Pouco mais de um terço dos pesquisados referiu realizar exercícios físicos, o que demonstra que, contraditoriamente, os trabalhadores de saúde,

possuidores de conhecimentos sobre os benefícios da atividade física regular, não a desenvolvem.

Em face aos debates de valores a que os trabalhadores são convocados cotidianamente, ao serem questionados sobre o que era adequado à sua vida profissional e pessoal para a prevenção de agravos e à promoção de sua saúde, as falas demonstraram que eles fazem constantes *renormalizações e uso de si* para, a partir de suas experiências e sua história, prevenir os agravos e promover o autocuidado, de modo que a produção [de saúde] aconteça, considerando as condições precárias do ambiente de trabalho e a insuficiência de recursos.

Para sentirem-se como um sujeito singular, saudável e vivo, e em decorrência das lacunas das normas do meio e das inúmeras variabilidades da situação local, e/ou geradoras de tensão, eles tentam permanentemente re-interpretar as normas que lhes são propostas, de modo a configurar o meio como o seu⁽¹⁴²⁾, e utilizar-se de estratégias de confronto direto e indireto aos conflitos, as quais podem levar a um relaxamento temporário das situações tensas, mas nem sempre transformá-las⁽²⁶⁵⁾, causando sofrimento ainda maior.

Como as normas possuem um caráter parcial, dadas as impossibilidades de prever as variabilidades de uma situação de trabalho, são necessárias *forças de convocação e reconvocação* para lidar com essas situações. As disciplinas, por outro lado, só podem se desenvolver a partir das forças de convocação, “das questões trazidas pelos mundos do trabalho, questões muitas vezes desconhecidas e sem respostas por parte das ciências”⁽²⁶⁶⁾.

Para a ergologia, as *forças de convocação* são usadas para transformar as normas antecedentes, as habilidades mentais e físicas e seus padrões científicos, da ordem do conceitual, há necessidade dos saberes disciplinares. A partir disso, se desenham as *forças de reconvocação* na medida em que os protagonistas da atividade interpelam ou validam saberes constituídos no decorrer dessas atividades⁽¹⁴²⁾.

Você tem que jogar com o horário, às vezes dentro do próprio ambiente fica difícil trabalhar com a sobrecarga, quando teu colega não consegue administrar isso [evitando a exposição psicossocial decorrente da deficiência de recursos humanos] (Trabalhador 8).

Uso de EPI ,às vezes. Não reencapo agulha, lido com psicologia com os usuários, falo de forma humilde com eles [para evitar desagrado e violência - exposição psicossocial](Trabalhador 18).

Tomo cuidado, evito reencape, oriento as mães a segurar o nenê [para evitar acidentes/exposição biológica] (Trabalhador 1).

Eu procuro me autoprotoger. Não tem EPI suficiente. Não temos máscaras, óculos...Então tu procura te resguardar e tal, ficar sempre na defensiva (Trabalhador 10).

Ah! Eu me cuido assim, com as técnicas corretas de administração da medicação, tudo o que a gente pode. Termino de aplicar a vacina e já coloco a seringa direto para o 'perfuro' [para evitar exposição biológica/química] (Trabalhador 4).

A gente procura se cuidar, usar EPI, calçado antiderrapante. Aqui é muito úmido, tem violência. E isso não tem jeito, é ficar quieto (Trabalhador 6).

Os sujeitos versam sobre adequações no âmbito da família para diminuir as adversidades que o trabalho impõe. É válido lembrar que a atividade é “um impulso de vida, de saúde, sem limite predefinido, que sintetiza, cruza e liga tudo o que se representa separadamente (corpo/espírito, individual/coletivo, fazer/valores, privado/profissional, imposto/desejado, etc.”^(142: 23).

Adequar os horários, os filhos, trabalhar bastante esse lado com eles... Eu deixei muito a casa, eu fico o dia inteiro aqui, para ganhar um pouco mais (Trabalhador 13).

Troquei meus filhos de colégio para ficar mais prático. Eu consegui também ficar aqui, porque salas de vacinas têm em mais pontos da cidade, mas graças a Deus os chefes, que são bem acessíveis, eles aceitaram de eu vir trabalhar em um posto mais próximo da minha casa, foi ótimo (Trabalhador 3).

Talvez eu leve um pouquinho destes problemas para casa....De lá para cá não, às vezes acabo conversando com meu esposo. Você tem que se adaptar, às vezes tem que mudar de setor, tem que achar maneira de trabalhar e conviver com essas coisas (Trabalhador 8).

Nenhum programa de prevenção de adoecimentos e de acidentes é desenvolvido com os servidores. A única profissional Técnica em Segurança do Trabalho, lotado na Secretaria de Obras, é responsável por um Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) para toda a instituição. E, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, há aproximadamente um ano essa técnica e um engenheiro realizaram um estudo acerca dos riscos que o trabalhador da unidade em estudo se expunha, o que resultou em pagamento de insalubridade ao servidor, que até então não o percebia.

O Programa de Saúde do Trabalhador não possui profissionais em número suficiente para atender à demanda do município nessa área, quanto mais atender às demandas internas. Mesmo em regime de trabalho de oito horas diárias, a enfermeira que coordena a política da saúde do trabalhador, acumula outras funções administrativas na Secretaria Municipal de Saúde. Falta contratar um médico, fisioterapeutas e auxiliares para colaborar no trabalho. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, os trabalhadores desta unidade de saúde foram orientados sobre um protocolo para prevenção de acidentes com material biológico e condutas

a tomar diante desses acidentes. Válido é referir que nenhum servidor citou o referido protocolo.

Cabe ressaltar que contar com uma equipe multidisciplinar especialista em saúde do trabalhador não avaliza a perspectiva de saúde ocupacional. Alguns técnicos exercem seu papel nessa perspectiva, outros não. A maior dificuldade parece estar na deficiência da difusão dos conceitos e princípios dessa atenção, em especial no que diz respeito à importância dos processos de trabalho, na prevenção dos agravos e no diagnóstico de adoecimento.

Para a prevenção e promoção da saúde do trabalhador, há a necessidade de desenvolver a capacidade de entendimento e análise do trabalho e aperfeiçoar a metodologia adotada para isso. São recursos que ainda desafiam este campo. É preciso atentar que a tendência desta disciplina ainda é proceder a análises descritivas deste processo, privilegiando o trabalho de conformação capitalista, negando o trabalho real e produtor de valores, correndo-se o risco de transformar os trabalhadores em simples executores de tarefas, que constriem, subordinam e exploram⁽⁵⁰⁾.

Os depoentes queixam-se também da falta de reuniões. Por outro lado, para a prefeitura, realizar reuniões ainda é um problema a ser equacionado, considerando-se o baixo comparecimento dos trabalhadores. A convocação da reunião exige pagamento de horas extras, o que se apresenta como uma dificuldade.

Inexistem, até o momento, mapeamento e regulação da exposição aos riscos ocupacionais, tais como Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) conforme a legislação, *normas antecedentes* de prevenção de agravos.

Esses dados demonstram a omissão da instituição municipal em estudo em relação a ações que minimizem o risco ou previnam o dano à saúde.

Para prevenir os riscos, três sugestões foram manifestadas: ginástica laboral, serviço de psicologia e educação em saúde.

Emerge nessas manifestações um apelo à prevenção dos riscos ocupacionais, visto que a maioria dos sujeitos mencionou não fazer nenhum tratamento para os desconfortos mentais ou físicos já instalados, tais como, estresses, dores e tensões. Apenas utilizam medidas paliativas para os sinais ou sintomas com analgésicos e algumas atividades de esporte e lazer, que são acertadas, porém nem sempre eficazes para resolver problemas que exigem maior seriedade no enfrentamento.

Acho ruim, porque deveria ter... No sentido do funcionário, periodicamente, alguém passar para ver como é que está a saúde dele, fazer uma ginástica laboral ou até fazer reuniões com o pessoal, para ver o que poderia melhorar, ver sugestões, pedir o que falta, o que poderia melhorar, o que precisa. Ninguém vem perguntar nada (Trabalhador 25).

Eu acho que deveria ter sabe o quê? Um serviço de ginástica laboral, mesmo que fosse umas três vezes por semana, mas tinha que ter. Serviço de psicologia para o funcionário poderia ter, isso ia ajudar bastante, pelo menos dá impressão que a gente está sendo bem atendida, porque precisa. Tem funcionário aí que precisa do serviço de psicologia. Até eu tenho que me atirar naquele sofazinho e falar, falar, falar... (Trabalhador 12).

A saúde do trabalhador funciona, mas não para o funcionário. Fazem notificação, mas não para o funcionário. Quando se acidenta, não se sabe para quem falar (Trabalhador 18).

Existe um serviço de saúde e do trabalhador não sei para quê. A gente não tem nada, não tem palestras, nada. Vamos dizer assim psicóloga, não tem segurança. Ah! tu fazer ginástica laboral preventiva, massagem preventiva, nada. Ouvir, ver vídeos, nada, nem educação (Trabalhador 2).

Até hoje, 6 anos e 10 meses, eu não lembro de ter tido alguma palestra sobre prevenção, ou alguém por parte da CIPA, se é que existe, vir até a instituição. Eu ouvi falar que existe uma técnica de segurança do trabalho, mas nunca vi (Trabalhador 9).

Pelas falas dos participantes, se verifica que é urgente que ações acerca da qualidade de vida no trabalho transponham o meio acadêmico e a pesquisa para se transformarem em ações concretas de enfrentamento do problema. Tais intervenções expressam evolução na medida em que denotam a valoração que os governantes atribuem ao ser humano trabalhador.

Algumas ações são recomendadas para reduzir os fatores de riscos físicos, biológicos, químicos, psicossociais e organizacionais que exercem influência na saúde e bem-estar dos trabalhadores, como os propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em consonância com as recomendações da ergologia. Deve-se promover a qualidade de vida nos ambientes de trabalho, ressaltando, entre outras, “a participação dos trabalhadores, de forma individual e coletiva, para promover estilos de vida saudáveis e fortalecer os grupos de trabalhadores para que possam tomar decisões adequadas para um trabalho seguro, saudável e digno”. Sugere a OMS, ainda, solicitar aos setores governamentais, não governamentais, trabalhistas, públicos, privados e à sociedade civil engajamentos para a construção de projetos relacionados com os assuntos aqui expostos^(267:41).

Vinculado a essas iniciativas, o fomento à educação à saúde com o trabalhador deve constar nos currículos acadêmicos e nas oficinas referentes à segurança e saúde no trabalho. A promoção da saúde e a prevenção dos agravos dependem, pois, do autocuidado e das políticas públicas eficazes e efetivas construídas e socializadas com os trabalhadores.

Sendo o arranjo estabelecido no cotidiano laboral, a categoria central da análise da relação saúde/trabalho é conveniente considerar que havendo, em toda atividade, sempre a tentativa de recriação, dada as imprevisibilidades do meio, a busca de um ambiente saudável, seguro, limpo, organizado, é parte integrante deste processo. Logo, as propostas de promoção da saúde e a prevenção das doenças devem advir das normas daqueles que vivenciam o trabalho e das muitas maneiras encontradas para a gestão dessas imprevisibilidades, não sobrevivendo somente de estruturas horizontais ou isoladas da conjuntura local de trabalho⁽⁵⁰⁾. A interlocução com os trabalhadores sobre suas noções a respeito disso poderia ser fecunda para a nova saúde pública que vem se desenhando.

Estudos têm demonstrado⁽²⁶⁸⁻²⁶⁹⁾ que a ergologia pode ser uma metodologia para a promoção da saúde de quem a produz, sejam usuários, trabalhadores, estudantes ou gestores. E o método da Promoção da Saúde a partir das Situações de Trabalho (PSST) é um processo ininterrupto de compreensão/apreensão, por parte de trabalhadores e pesquisadores profissionais, das situações de trabalho em sua relação com a saúde e a doença, com propósito de investigarem as formas de organização e condições de trabalho para que se possam intervir preventivamente e propositivamente nas fontes geradoras de danos à própria saúde⁽²⁶⁸⁾.

Sendo assim, as competências do SUS para ordenar a formação na área da saúde e a educação permanente em saúde, atribuídas a esse sistema pela Constituição Federal, podem ser uma estratégia de prevenção de agravos e de promoção da saúde mais eficaz e eficiente se ancorada sob a égide da ergologia.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde entendida como a “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho”, deve ocorrer no cotidiano laboral das organizações mediante análise dos problemas e desafios diários dos trabalhadores. Esta proposta tem como expectativa a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho, recomendando que a educação dos trabalhadores da saúde se dê “a partir da problematização do processo de trabalho” e seja regulada pelas necessidades de saúde das pessoas, o que, pode-se inferir, ajusta-se aos propósitos da ergologia^(270:20).

A cogestão dessa política é realizada pelas Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) interinstitucionais e regionais, as quais atuam orientadas pelo plano de ação regional para a área da educação na saúde, a partir de projetos que auxiliem na mudança da formação, seja na educação técnica, de graduação ou pós-graduação, seja no desenvolvimento dos trabalhadores para a reorganização dos serviços de saúde⁽²⁷⁰⁾.

Oportuno para tanto é o já mencionado *Dispositivo Dinâmico de Três Polos*, que se institui como uma cooperação entre as competências disciplinares junto com as forças de convocação, e que envolve o respeito aos saberes dos trabalhadores, a compreensão da atividade real, sem subtraírem-se os conceitos^(6, 260).

Para que os processos de construção e de desconstrução dos saberes sejam eficazes, é preciso um espaço onde todos os participantes implicados ao longo do processo possam elaborar meios para a busca de soluções aos problemas do cotidiano, considerando-se que pode haver diferenças e oposições entre os participantes, papel do terceiro pólo do DDTP⁽²⁶⁰⁾. Acredita-se que o DDTP permite o protagonismo, torna possível construir e revelar situações emancipatórias no cotidiano de trabalho.

A intenção deste estudo foi estabelecer um diálogo com os trabalhadores acerca do seu processo de trabalho e sua implicação com a exposição a riscos. Sabe-se que “não é possível refletir sobre os riscos presentes num tal tipo de processo adotando uma lógica de exatidão, pois isso significaria privar a atividade das qualidades da experiência humana”^(232:57). A saúde no trabalho é possível e não supõe a ausência do risco, mas capacidade de gerir e transpor as dificuldades ligadas a ele. Correr risco é também afrontá-lo, geri-lo pela experiência, como um processo de produção de *saber-fazer* de *prudência*. Nada pode garantir que isso implicará um final feliz, porém eliminá-lo da atividade também é impossível. Neste sentido, a cautela é analisar que tipo de gestão e de organização de trabalho é apropriado para transformar o ato de expor-se ao risco num ‘ato seguro’⁽²³²⁾.

7 A SOCIALIZAÇÃO COM OS SUJEITOS – O *DESCONFORTO INTELLECTUAL*

Considerando que a atividade é sempre um debate de normas, a ergologia sugere a “transversalidade” dos saberes - os *transaberes*. Sendo assim, a partir da compreensão de que o mundo está continuamente se transformando pela atividade, a epistemologia do processo de trabalho requer tanto os saberes investidos na atividade, quanto os saberes acadêmicos. Para tanto, é preciso conjugar o que Schwartz denomina de *transformativo* e *epistêmico*. O primeiro está ligado “ao agir que modifica o estado das coisas e o segundo está ligado ao objetivo de conhecer”^(142:3), pois seria um erro acreditar que de um lado está a ação e do outro o conhecimento, ou seja, de um lado os intelectuais e do outro as pessoas que exercem o trabalho.

Nessa conformação, é importante salientar que, para haver cooperação entre os saberes científicos e aqueles advindos dos protagonistas da atividade e que, para *renormalizá-los*, é exigido o saber científico, mas quem validará ou interpelará sobre a *episteme* constituída é o sujeito trabalhador⁽¹⁴²⁾ com seu saber processado na atividade.

A segurança do trabalho é a expressão de uma relação social. Uma relação vertical ou hierarquizada demais dificulta atender eficazmente a toda complexidade do trabalho humano. Para a ergologia, as questões referentes ao trabalho, inclusive de saúde e segurança, não podem ser conduzidas somente por especialistas devido a sua complexidade. Logo, agregando o coletivo de pessoas envolvidas na situação de trabalho, uma abordagem pluridisciplinar e uma formação ergológica⁽²⁶⁰⁾ obtêm subsídios específicos para auxiliar a transformação das condições que favorecem o risco.

Isso posto, considerando que o trabalho “visto de perto, na abordagem clínica, faz mover a história e os saberes [sob condição de reconhecer esses saberes], uma vez que o trabalho é necessariamente pensado”, buscou-se mediante a formação de um grupo apresentar os saberes que surgiram da pré-análise dos dados, de modo a oportunizar a expressão de todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, para que emergissem conhecimentos da prática, das disciplinas científicas e da confrontação dos mesmos entre si, para, então, compor o universo epistemológico e alicerçado na “humildade e rigor na referência ao saber”^(142:25) que esta pesquisa se propôs, fazer emergir novos saberes sob o escopo da exposição aos riscos.

No dia 2 de dezembro de 2010, das 20h30min às 22h, reuniram-se nas dependências da Associação Atlética do Banco do Brasil (AABB), quinze sujeitos entre trabalhadores da equipe de enfermagem e gestores de enfermagem, junto com a pesquisadora, com o intuito de validar os dados por meio da discussão coletiva acerca desses dados.

A partir da transversalização dos conhecimentos, foi construído um novo saber, representado pelas propostas e recomendações de melhoria das condições de trabalho e de minimização da exposição aos riscos ocupacionais.

As melhorias das condições de trabalho adquiriram expressiva ênfase sobre a exposição aos riscos ocupacionais, o que exigiu um desacomodar intelectual da pesquisadora para garantir a ‘integridade’ do DDTP e não invalidar o objeto de estudo, pois estão inter-relacionados.

Uma intervenção de especialistas sobre um risco ocupacional nem sempre atinge uma situação de trabalho profundamente. Ela permanece inferior à organização deficiente e considera que, muitas vezes, essa intervenção é insignificante perante as inúmeras exigências operacionais e organizacionais que o trabalho demanda ou em que a precariedade é bem tolerada. Depende do valor atribuído pelo trabalhador às melhorias em relação à economia global da relação homem-trabalho⁽⁹⁰⁾.

A implicação da vivência do trabalhador pode ser um objeto privilegiado de análise das situações de trabalho, pois permite o confronto com os especialistas acerca das condições de trabalho e a experiência subjetiva coletiva, de onde emanam experiências do grupo e também as individuais⁽⁹⁰⁾. Tais contribuições se aproximam dos pressupostos de Schwartz quando este se refere à atividade e aos modos de dar voz e vez aos protagonistas do trabalho na análise das próprias situações ocupacionais.

No entanto, a prática de dar voz aos trabalhadores foi singular e por sugestão deles as falas não foram gravadas. Sendo assim, todos os sujeitos envolvidos no estudo, pesquisadora e pesquisados, participaram sob manifestação livre. As sugestões coletivas foram registradas em ata elaborada por um acadêmico que atua como técnico em enfermagem no cenário pesquisado.

Os sujeitos validaram os dados apresentados e, mediante a confrontação dos saberes e das experiências de todos os envolvidos na pesquisa, foram apontadas propostas para o referido Serviço de Atenção Básica à Saúde. Para minimizar a exposição aos riscos ocupacionais e melhorar as condições de trabalho a pesquisadora e os pesquisados sugerem:

- Programas de ginástica laboral, serviço de psicologia e atividades de educação em saúde, como já referenciado na análise das entrevistas. Os sujeitos sugerem convênios com a Universidade Regional com os cursos de Educação Física e de Psicologia;

- “Capacitação” de um grupo de profissionais de cada setor da prefeitura para encaminhar os acidentes de trabalho a fim de melhorar o atendimento aos trabalhadores;

- Serviço de vigilância terceirizada, uniformizada, capacitada e comprometida com a segurança do trabalhador;
- Serviço de Higienização terceirizado com profissionais e capacitados/educados que organize a sistemática para limpeza por setores;
- Climatização em todos os setores;
- Melhoria do mobiliário, tais como uma bancada/balcão que sirva de barreira microbiológica na recepção dos usuários do pronto atendimento;
- Contratação de telefonista e colocação de ramal telefônico em todos os setores;
- Gestão: os trabalhadores acreditam que 90% dos colegas são comprometidos, mas necessitam de um 'gestor/gerente' que organize o serviço e que, efetivamente, se comunique. Referem que os problemas de gestão causam os problemas decorrentes da deficiência de material e de pessoal. Solicitaram uma pessoa responsável pelo serviço e também um coordenador geral de toda a unidade;
- Plano de cargos e salários: o serviço não prevê promoção; falta um plano de cargos, carreiras e salários (PCCS);
- Educação Permanente em Saúde. Referiram que há a intenção de realizar oficinas sobre determinados temas, em que há muita demanda e necessitam de atualização técnica. No entanto, reconhecem que, quando são oferecidos cursos, mesmo que no horário de trabalho, em geral o profissional não comparece. Transpareceu como recomendação, que alguém frequente o curso e repasse aos demais, mas ainda não está resolvida esta questão;
- Estagiários para desenvolverem projetos de melhorias na unidade. Foi referida a falta de tempo para fazer projetos de melhoria ao serviço. Os 'administradores' poderiam contar com estagiários, pois "visão sistêmica da unidade poderia gerar dinheiro". Deve ser pensado em recursos humanos para o desempenho dessas atividades;
- Mudança na logística de produção de materiais para a população realizar o cuidado no domicílio;

Os sujeitos consideram que há possibilidade dessa atividade ser realizada na própria unidade da Estratégia de Saúde da Família e cada pessoa ou cada família se responsabilizar por isso. Essa medida também facilitaria o controle, pois muitas vezes em visitas domiciliares os trabalhadores encontram materiais para curativo e medicamentos em estoque na casa do usuário. Referem que usuários 'particulares' também vêm ao serviço e dizem que têm direito a todo serviço da unidade. Sugerem orientação da comunidade a respeito do uso da ESF de referência do seu bairro para evitar a sobrecarga da unidade.

- Conservação, adequação e ampliação da área física. Os enfermeiros solicitaram várias vezes bebedouro, conservação e pintura do prédio, serviço de segurança, escadinha para usuário, uma central de esterilização para todos os postos e não obtiveram ainda. Os sujeitos citaram a área física imprópria, como exemplo, a sala de imunizações: localização, finalidade, ventilação e circulação de trabalhadores e usuários doentes e não doentes no mesmo ambiente;

- EPI: há necessidade de disponibilizar uniformes, máscara N95, óculos e um vestiário. Alguns trabalhadores manifestaram preocupação com a falta de cumprimento da NR 32⁽²³⁾.

- Desenvolvimento de um sistema informatizado para a rede de atenção à saúde. Alguns serviços não têm, outros são deficientes em treinamento e rapidez de processamento. Com a informatização, os trabalhadores esperam melhorar a organização e os fluxos, reduzir o acúmulo de pessoas e de trabalho e o custo;

- Aumento do quantitativo dos recursos humanos no programa dos ostomizados, trabalho feito, atualmente, por uma única técnica de enfermagem que também atende no setor de pronto atendimento.

- Reforço de que gostariam de ter um supervisor/coordenador que representasse a unidade, um responsável que ‘cuidasse’ do setor.

A reunião foi exitosa, considerando a participação dos trabalhadores. Os dados, portanto, foram validados pelos sujeitos e pelo informante chave, conforme intenção da investigação em pauta e houve a proposição de alternativas para resolução dos problemas do ambiente de trabalho, o que configurou um espaço democrático, cujo foco foi o reconhecimento da experiência dos sujeitos vinculados à realidade do microespaço de trabalho, assim como considerou os saberes científicos, sem a presunção de estabelecer, impositiva e incontestavelmente um sobre o outro, tão característico em alguns modelos de gestão de trabalho.

Esteve-se atento para o julgamento da exposição ao risco, sem descaracterizar o trabalho real da unidade e as microgestões em frente ao trabalho prescrito e as consignações à transformação e à criação de ambiências saudáveis.

Como o intuito desta investigação era conhecer a situação de trabalho dos profissionais de enfermagem e a interface com os riscos ocupacionais, compreendeu-se que “só os laços com o coletivo prevenirão que o trabalhador esteja ou se sinta isolado”^(271:182). Para tanto, não se pode negligenciar o papel do grupo e o do contexto socioeconômico-cultural sobre os quais o trabalhador edifica a experiência e constrói a identidade profissional

e pessoal. Revela-se nessa configuração a valorização do coletivo de trabalho quanto ao seu poder sobre si e sobre o meio.

Compreendeu-se, ainda, que a prevenção dos riscos ocupacionais está intimamente ligada às condições de trabalho dos sujeitos que, além de logística, área física deficiente e/ou *vazio/não cumprimento/deficiência de normas*, envolve o reconhecimento do trabalhador como ator principal de sua atividade, num cenário onde é imperativo a (re)criação de normas, seja para ‘sobreviver’ num meio infiel ou para caracterizá-lo como seu.

Logo, foi possível compreender que a microgestão da situação de trabalho é feita cotidianamente pelos trabalhadores, que, conforme observado durante a discussão e validação dos dados tem competências legítimas para isso. A partir do desconforto intelectual do pesquisador, das aprendizagens e *imprendizagens* de todos, certificou-se o quão fecundo é democratizar e socializar os discursos.

Além disso, “cada um procura no trabalho o equilíbrio aceitável entre *o uso de si* requisitado e consentido. O fracasso é um sofrimento [...], a dramática pode se tornar trágica, levando até a um grande sofrimento [...]”^(6:200). Oportunizar espaços para livre expressão como este, acredita-se, constitui um investimento para consolidar a saúde física e mental. O *mau uso de si* mesmo, observado e vivenciado pelos trabalhadores, pode reverter em sofrimento pelo fracasso da escolha feita.

Para finalizar, ressalta-se a importância da ergoformação no seu mais amplo sentido, que designa ver o trabalho a partir do conceito de atividade pelos ‘gestores hierárquicos’, que ainda persistem no mundo do trabalho. Trata-se de “uma preocupação de que o mundo do trabalho carece de uma demanda social, que convoca uma pluridisciplinaridade de olhares e de abordagens plurais”^(260:152).

É preciso considerar, também, a *urdidura*, a lida com a *trama*, a atividade. A anulação da dialética entre a *trama* e a *urdidura* torna os efeitos da *urdidura* pouco visíveis, pois relações de força e poder tentarão, sempre, neutralizá-los e sobre os quais somente um esforço coletivo os fará aparecer⁽⁶⁾.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do diálogo, das observações, dos momentos de confrontação, de circulação de saberes dirigidos pela convocação, reconvocação e validação, de *desconforto intelectual*, mas de respeito mútuo aos semelhantes/pares/*corpos-si* envolvidos, estabeleceu-se a sinergia para a construção do saber escrito neste relatório.

Compreendeu-se que os trabalhadores da equipe de enfermagem do serviço estudado vivenciam o cotidiano de seu trabalho sob alguns riscos, de acordo com experiências expressas pelos diálogo sinérgico e pela observação participante.

Os riscos ocupacionais que mais expõem os sujeitos ao sofrimento e ao adoecimento físico e mental foram os **riscos psicossociais**, caracterizados pelos seguintes agentes: violência, estresse, ritmos excessivos de trabalho, falhas na provisão de recursos materiais e humanos, e no treinamento e supervisão dos trabalhadores. A falta de valorização profissional foi citada como uma insatisfação comum aos sujeitos.

A violência verbal é, seguramente, a agressão que mais expõe o trabalhador do serviço pesquisado. Reflexões profundas sobre esse agravo devem ser realizadas por todos os gestores (entende-se, nesta perspectiva gestores do micro, meso e macro espaço do trabalho em saúde) a fim de abrandar esta prática e evitar o sofrimento. Eficácia e eficiência, associadas ao acesso e resolutividade do sistema da saúde e *transaberes*, são palavras-chave para o equacionamento deste nó crítico do serviço público de saúde. Campanhas educativas à população acerca do sistema de saúde e para valorização do servidor público podem auxiliar.

Os riscos **biológicos e mecânicos** conjuntamente estão implicados pela falta de EPI adequados (em quantidade, em qualidade e em especificidade), pela inadequação da área física e falta de limpeza adequada, o que expõe o trabalhador ao contato com microrganismos oriundos do ambiente, dos sujeitos doentes, portadores de fluidos e sangue infectados e das situações que podem favorecer **os acidentes de trabalho**. Os **riscos ergonômicos** estão presentes nos locais com condições deficitárias de ventilação, iluminação, de conforto e de fluxo, de alguns equipamentos e mobiliários, e até mesmo de áreas físicas, inadequados à fisiologia e anatomia corporais, fatores que favorecem posturas e posições inadequadas e desconfortáveis.

Os riscos **físicos** se manifestam nas condições inadequadas de temperaturas e na deficiência dos sistemas de ventilação e climatização do ambiente, embora ainda pouco reconhecidos como agravos pelos sujeitos. E os **químicos**, cuja exposição mais freqüente

observada e citada foi na situação que envolve o contato com uma substância química utilizada para desinfecção de materiais, além das partículas de poeira procedentes da limpeza insuficiente do ambiente, o que também pode ser considerado um risco químico, afóra o contato com medicamentos, inerente à profissão. Alguns riscos são naturalizados pelo trabalhador, como se fossem intrínsecos à sua ocupação, em especial os biológicos e os químicos. Estes últimos, ainda desconsiderados.

Pela observação, verificou-se que há envolvimento positivo dos profissionais à demanda de saúde. Em nenhum momento, qualquer comportamento de desrespeito do trabalhador ao usuário que procurou o serviço público ou aos colegas foi demonstrado.

O trabalhador do cenário em estudo é alvo de constantes *dramáticas* em decorrência do debate de seus valores e dos valores do meio. Há confrontação entre o prazer no trabalho, a satisfação em ter desempenhado sua atividade de modo a contribuir para a qualidade de vida do usuário e a dificuldade, o desprazer de ser agredido pelo usuário, justamente a fonte de sua satisfação no trabalho ou ainda as *dramáticas* de ter que suportar essas agressões por necessidade de trabalhar.

Embora algumas condições de trabalho sejam inadequadas, os trabalhadores seguem trabalhando, *ressingularizando* seu meio, *renormatizando-o*, fazendo *uso de si, por si e pelos outros*, sejam bons ou maus usos. Estão, cotidianamente, entre a *trama* e a *urdidura*, num movimento que produz modos diferentes de trabalhar, e de onde nascem alternativas.

E a microgestão dos riscos, das invariabilidades do meio e da deficiência de normas se dá nas múltiplas opções que faz, tais como escolher trabalhar, mesmo sem EPI, sem área física adequada do ponto de vista sanitário e ergonômico e /ou arquitetônico, sem materiais, sob iluminação e ventilação impróprias, entre outras. Talvez, motivados pela necessidade de trabalhar, o *mau uso de si*, muitas vezes, seja a escolha. Porém, em outros momentos a microgestão se dá na autonomia dos encaminhamentos, no improviso dos materiais para desenvolver o cuidado, na troca de plantões com o colega para a organização da vida pessoal, e outras.

Para a prevenção dos agravos, os trabalhadores se utilizam dos recursos que tem, de mobilizações internas de autocuidado frente aos agentes e de alternativas de adequação da vida pessoal, os quais, nem sempre são suficientes, tendo em vista as queixas de descaso, de agressão, de desvalorização, determinantes de sofrimento e afastamentos/adoecimentos, seja por sofrimento psíquico, hipertensão, LER/DORT, ou outros.

Mesmo sem análise de indicadores, visto que o serviço não possui coeficientes de doenças e acidentes ocupacionais, pode-se inferir que os trabalhadores sofrem com a situação assim configurada, embora, a maioria não notifique os agravos e pouco procure tratamento.

Além disso, sentem necessidade de discutir sobre seu trabalho, mas as possibilidades de reuniões/encontros de educação permanente ou continuadas estão, hoje, entravadas por deficiências de recursos humanos e por dificuldades na provisão de recursos para horas extras, trabalhadas além da jornada normal dos servidores. Adentra-se neste contexto outra questão: os próprios trabalhadores não valorizam as reuniões quando estas são propostas/convocadas. Talvez porque os temas não os interesse, talvez porque se discutam apenas normas a serem implementadas sem atenção aos problemas ora existentes ou por outra causa que precisa ser examinada.

Sendo assim, a partir da análise dos conceitos, saberes e valores emergidos nesta pesquisa, percebeu-se que o trabalhador encontra-se numa posição de esperança por melhores condições. Demonstraram preocupação com a ética, com a técnica e, especialmente com os riscos ocupacionais a que estão expostos. Estão alicerçados em valores do bem comum, mas de alguma forma desestimulados pela desconsideração do seu trabalho.

Atitudes de promoção à saúde e prevenção aos agravos decorrentes do trabalho ainda são tímidos na realidade estudada, o que preocupa, frente à naturalização ou à banalização das condições de trabalho oferecidas.

Ao pensar e estudar a exposição do trabalhador aos riscos numa perspectiva ergológica percebeu-se que, para viver, trabalhar é necessário, e, mesmo em proporções infinitesimais, debater, valorar, refletir, escolher e definir, incluindo a gestão da exposição ao risco e a organização do trabalho, é investir em ambiência saudável. Para tanto há de se articular o micro, o meso e o macros espaço de trabalho, a fim de que o cuidado aconteça com saúde e segurança ao usuário e ao trabalhador, considerando-se os conhecimentos da experiência e da ciência.

Não é possível trabalhar em saúde sem os saberes científicos. Intolerável é, porém, sob a lente da ergologia, desvincular o sujeito que trabalha, sua história, suas emoções e seu multifacetado universo de experiências do cotidiano do trabalho e cenário intricado por relações pessoais, seja com colegas e usuários, seja com a gestores e comunidade, seja com especificidades singulares que surgem por conta das intervenções políticas, econômicas e sociais do país.

Entre o *desconforto intelectual*, as aprendizagens e as *imprendizagens*, acredita-se que os objetivos foram alcançados, pois o escopo de contribuir para o conhecimento científico e para a promoção da saúde do trabalhador, a partir dos saberes investidos na atividade foram

os alicerces desta investigação. Além disso, permitiu aos sujeitos o movimento de *transaberes*. Envolveu a identificação, a problematização e a reflexão sobre a ambiência oferecida no trabalho quanto à exposição aos riscos e a participação coletiva no intuito de melhorar esse cotidiano.

Acredita-se que, a partir da democratização das práticas, que prime por um modelo não hegemônico, com foco nos determinantes do processo saúde-doença e que possibilite a emancipação dos trabalhadores e da cultura aos *transaberes* pelo *Dispositivo Dinâmico de Três Polos*, o qual funde saberes científicos aos populares que dá a palavra a quem vivencia o trabalho, é possível vislumbrar um serviço que atenda às necessidades de saúde dos usuários e dos trabalhadores, de forma a considerá-la como um bem maior e que sobrepuja siglas partidárias e interesses políticos.

Considerando que a tese que se defende é a de que as variabilidades e as exigências do meio junto ao *vazio/deficiência de normas* e a desconsideração do trabalho como atividade, circunscrita pela dinâmica da vida do trabalhador, seus valores e experiências, contribuem para exposição aos riscos ocupacionais dos trabalhadores de enfermagem de um Serviço de Atenção Básica à Saúde, pode-se inferir que o reconhecimento do trabalhador como um *corpo-si* envolvido, cotidianamente em *dramáticas* para gerir a si e o meio são fundamentais para a produção da saúde com equidade, universalidade, integralidade e participação social positiva e/ou efetiva.

Suprir o *vazio/deficiência de normas* implica em protagonizar esses sujeitos numa discussão coletiva entre gestores do micro ao macro espaço, sobre que investimentos ou processos podem ser implantados ou melhorados para que a saúde seja, efetivamente, um direito de todos, pois, enfim, são todos, independente da hierarquia instituída, responsáveis pela satisfação das necessidades de saúde dos usuários. Sem essa discussão o trabalho é vazio e o trabalhador um anônimo, desconsiderado na sua complexidade biopsicossocial, cultural e histórica.

Isto posto, este estudo compõe-se de elementos que podem contribuir, para o conhecimento científico acerca da prevenção dos riscos ocupacionais, para a inclusão epistemológica da metodologia da ergologia na ciência da enfermagem, ainda tímida, mas também para discutir a cidadania do trabalhador de enfermagem, nos meios sociais em que vive, entre eles, o ambiente de trabalho.

O desígnio do estudo também foi de provocar uma nova cultura de pesquisa, gestão e educação em enfermagem, centrada no trabalhador, focada nas vivências daqueles que tecem o trabalho e nas alternativas usadas por eles para gerir o meio e gerir-se, seja na prevenção de

agravos ou mesmo na reflexão sobre as formas de organização do trabalho, estimulando processos emancipatórios de gestão, não apenas ‘de’ pessoas, mas ‘com’ pessoas. Vale lembrar que atitudes dessa natureza iniciam-se na formação acadêmica.

Ratificamos que o trabalho, na perspectiva da ergologia, é atividade, o que supõe mais do que mera repetição de tarefas e que não existe trabalho sem uma pessoa, um *corpo-si*, que como tal está neuropsíquica e socialmente envolvida. Sugere-se refletir sobre isso, bem como recomendam-se estudos que tenham como foco as *renormatizações* feitas a partir do *vazio/deficiência/não cumprimento de normas*, a inserção da ergologia como cultura organizacional e a pesquisa participante como método, pois facilmente articula-se com a *demarché* ergológica.

Finalizando, cabe registrar que este estudo teve algumas limitações devido à falta de sistematização das informações sobre os agravos à saúde do trabalhador da unidade em foco e a ausência de indicação do Código Internacional de Doenças no registro dos afastamentos, o que desfavoreceu, em muito, uma análise melhor fundamentada sobre os agravos advindos do trabalho na unidade básica em estudo e respectivos afastamentos dos sujeitos.

9 RECOMENDAÇÕES

Sabe-se que a maneira como cada pessoa age diante das deficiências do trabalho prescrito é particular e não pode ser padronizada, porém, a fim de evitar o mau *uso de si* e que esse uso resulte em fracasso, sofrimento e adoecimento, descrevem-se algumas alternativas emergidas do *desconforto intelectual* articulado pelo polo dos saberes disciplinares e aqueles investidos na experiência do trabalhador.

Sugere-se um olhar atento sobre a precariedade do trabalho e da atenção aos trabalhadores da unidade de saúde pesquisada e sobre a importância de oportunizar representações participativas de todos, em todas as instâncias da gestão do SUS, e na criação de ambiências saudáveis tanto aos usuários como aos trabalhadores, o que é estimulado pela Política Nacional de Humanização.

Deve ser incentivado o diálogo na equipe e entre equipe e demais gestores, apostando na capacidade das pessoas de (re)criar e inovar, o que favorece a autoestima, a emancipação e a inclusão desse profissional como um ator social do processo de produção de saúde, atentando-se, pela lógica da ergologia, num movimento de “pensar junto”. Por conseguinte, o interesse pelas microgestões que cada *corpo-si* emprega para a reconfiguração do seu cotidiano laboral, para torná-lo “vivível”, permite identificar (im) possibilidades de segurança e saúde. Isso implica entrever que o trabalho em saúde coletiva, tecida por macrogestões nem sempre consonantes, exige a capacidade de lidar com os imprevistos e as nocividades imbricados nesses cenários, *renormatizando-os*.

Compreender o valor do trabalhador num contexto de saúde envolvido com o sofrimento do outro por conta de suas dores e necessidades de saúde, possibilita o desenvolvimento de atitudes solidárias de atenção ao usuário e comprometidas, igualmente, com a comunidade. Sugerem-se reflexões e ações protagonizadas pela equipe de saúde sobre o ‘cuidado de quem cuida’ que atribuam ao grupo uma maneira ergogestionária de lidar com conflitos, deficiências e soluções.

A gestão “com”, ao invés “de” trabalhadores, pode ser um mecanismo que agrega valor ao humano. Vale ressaltar que, adstrito a isso, o coletivo de trabalho necessita que algumas dificuldades de ordem macrogestionária sejam resolvidos, tais como um plano de cargos e salários, deficientes condições físicas, materiais, humanas e de segurança da unidade, entre outros.

Como desafio aos ‘gerentes/gestores’ locais e estaduais, propõe-se um movimento, um deslocamento dos seus espaços particulares para o espaço coletivo de

trabalho, como uma forma de apropriação e apreensão dos saberes gerados na atividade dos trabalhadores da unidade em estudo, a fim de, concretamente, considerar o trabalho e a exposição ocupacional em toda a sua complexidade e, ao mesmo tempo, tão singular.

Com isso, pode ser possível a negociação e a transformação para o e do trabalho com comprometimento de todos, mediante a produção e a (re)criação de novos conceitos e saberes que podem (re)incitar novas atitudes e uma reorientação das políticas públicas, incluindo-se as da saúde do trabalhador. Propõe-se a inter e a transdisciplinaridade, mas, acima de tudo, o *desconforto intelectual* dos profissionais e pesquisadores para que os determinantes de saúde do trabalhador ultrapassem a mera discussão e se transformem em indicadores positivos.

Propõe-se ainda:

- Contratação de um serviço de vigilância pessoal/profissional para garantir a segurança dos trabalhadores; a sistematização de um serviço deste tipo pode auxiliar na prevenção das agressões verbais contra o trabalhador;

- Treinamento e supervisão do pessoal de limpeza terceirizado estimulando o comprometimento com o serviço e as exigências que o ofício requer para a saúde coletiva.

- Disponibilidade de EPI e materiais/equipamentos necessários ao trabalho, em quantidade e qualidade, com atenção especial às áreas de exposição direta do trabalhador ao sangue, aos fluidos orgânicos e às substâncias químicas;

- Informatização adequada da unidade, garantindo adequada quantidade de máquinas e rapidez do sistema e da rede de informática e a capacitação do pessoal para seu uso;

- Setor de compras, desempenhado ou supervisionado por profissionais da área da saúde, o que poderia auxiliar essa demanda, pois conhecem as especificidades técnicas da área; um serviço de compras centralizado para o setor da saúde poderia ser uma alternativa para o controle de custos e desburocratização da dispensação de materiais e equipamentos;

- Adequação da área física, com o objetivo de prevenção de agravos e de conforto aos trabalhadores e usuários. De acordo com a legislação, há indicação de que estabelecimentos de saúde estejam em conformidade com a prevenção das infecções e danos aos sujeitos trabalhadores e usuários, tanto nas dimensões arquitetônicas, de ventilação, exaustão, iluminação, climatização e conforto térmico, quanto nas dimensões de eliminação de ruídos, entre outros.

- Implementação de um sistema de segurança contra incêndio, minimizando a exposição da integridade física do trabalhador.

- Combate à invisibilidade da violência, pois esta é uma prioridade. Recomenda-se incentivos à pesquisas sobre o tema e educação cidadã do trabalhador levando-o a refletir

sobre o enfrentamento, a necessidade de ser respeitado e valorizado. Isso pode contribuir para a desnaturalização do fenômeno da violência no ambiente de trabalho. Além disso, é necessário um sistema de ouvidoria e de registro das ocorrências, em que participem ‘gestores’ ou supervisores e responsáveis pelo programa de vigilância em saúde do trabalhador junto com os trabalhadores com vista à proposta de combate à violência, bem como um serviço de psicologia para manejo de conflito sociais, comuns nas relações interpessoais, o que, existindo, pode construir ambiências saudáveis.

Para coibir a violência ocupacional, algumas estratégias⁽³⁵⁾ podem envolver a educação dos trabalhadores para o enfrentamento de situações críticas e para a prevenção de atos violentos de usuários e familiares. As melhorias quantitativas e qualitativas das condições de trabalho que abarcam suficientes recursos humanos e materiais, instalações de dispositivos de segurança, proibição da entrada de pessoas portando armas no serviço, orientação aos usuários e familiares sobre os motivos da demora no atendimento, sistematização do registro da violência ocupacional e implantação de um programa de prevenção de violência podem dar condições de saúde, bem-estar e tranquilidade na unidade de trabalho.

- Elaboração de estratégias de coparticipação dos trabalhadores nas decisões e nas ações de promoção à saúde. Favorecer a comunicação e o acolhimento ao trabalhador são ações que ajudam a qualificar o atendimento a população e a satisfação do servidor.

- Reflexão sobre a possibilidade de criar uma Unidade de Pronto Atendimento 24 Horas⁽²⁷²⁾(UPAs) pode ser oportuno neste momento. Essas unidades são estruturas de complexidade intermediária entre as UBS e os hospitais, a fim de compor uma rede organizada de Atenção às Urgências. De acordo com o porte da UPA, que compreende a população da região a ser coberta, a capacidade instalada (a área física, o número de leitos disponíveis, os recursos humanos) e a capacidade diária de atendimentos médicos, está instituído um incentivo financeiro que prevê a implantação das unidades e as despesas de custeio mensal. Com área física adequada, esse tipo de unidade pode ser uma alternativa viável e, subsidiada pelo governo estadual e federal, de menos custo.

- Valorização do trabalhador de enfermagem em suas expectativas de diminuir a carga de trabalho, pela inserção, por concurso, de pessoal qualificado e técnico para a supervisão das unidades. Neste item, pode-se inserir a formulação de um plano de cargos e salários.

- Organização do processo de trabalho da Secretaria de Saúde com chefias setoriais, onde cada unidade seja responsável pela sua demanda, tanto em atendimentos como na dispensação de materiais e medicamentos. Esta estratégia, se informatizada e bem

coordenada, pode reverter em diminuição de custos e de carga de trabalho, hoje referida como muita demanda para poucos recursos humanos.

- Elaboração de indicadores epidemiológicos sobre a saúde do trabalhador: acidentes de trabalho, afastamentos por adoecimento e outros.

- Parcerias com a universidade para planejamento e efetivação de ações preventivas às doenças, tais como atividades físicas, de escuta, de terapias alternativas, assim como de auxílio à gestão pública e jurídica, contribuirá para o bem-estar dos profissionais da saúde.

- Investimentos na saúde do trabalhador, com atividades de prevenção de agravos, tais como, educação permanente em saúde ou outras alternativas, de acordo com as necessidades sugeridas pelos sujeitos que vivenciam o trabalho, além de cumprirem recomendações da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, são necessários e urgentes para a promoção da saúde.

- Considerando que a saúde é um direito de todos e um dos princípios da Lei Orgânica de Saúde refere-se à universalidade da assistência, gratuita e sem distinções, sugerem-se oficinas de atualização aos trabalhadores sobre a legislação de saúde brasileira, de modo a orientá-los sobre o direito de todo cidadão a dispor do serviço público. Por outro lado emerge a necessidade de rever a logística de produção de materiais (gases, apósitos), de forma a prover a necessidade da comunidade e a economia corporal dos trabalhadores.

- Instituição de programas de Prevenção de Riscos Ambientais e de Controle Médico de Saúde Ocupacional próprios e uma Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, viabilizar-se-iam a prevenção e a notificação de agravos. Mapear os riscos ocupacionais da unidade pode ser estratégico a essas finalidades.

O que se espera, a partir dessa contextualização, é o comprometimento de todos os trabalhadores para cumprir e fazer cumprir a legislação a favor da saúde e segurança ocupacional. E, por meio da cogestão, construir proposições para a solução dos problemas e agregar valor ao trabalhador, o que torna a gestão democrática e emancipatória. Válido é reforçar que, aliado a isso tudo, o fazer política alicerçada na ética contribui para a efetivação do sistema de saúde e auxilia para a satisfação do trabalhador e do usuário.

REFERÊNCIAS

- 1.Frigotto G. A dupla face do trabalho: criação e destruição da vida. In: Frigotto G, Ciavatta M. Experiência do trabalho e a educação básica. Rio de Janeiro: DP&A; 2002. p. 11-27.
- 2.Schwartz Y. Trabalho e saber. Trab e Educ [Internet]. 2003 [citado 2009 20 jun]; 12(1): 21-34. Disponível em: <http://www.portal.fae.ufmg.br>.
- 3.Ramazzini, B. As Doenças dos Trabalhadores - Trad. Raimundo Estrela. 2ª ed. São Paulo: Fundacentro; 1999.
- 4.Organização Internacional do Trabalho (CH). Nações Unidas. Conheça a OIT: História [Internet]. Genebra (CH); 2009 [citado 2009 jun 14]. Disponível em: <http://www.oitbrasil.org.br>.
- 5.Ferreira MC. Atividade, categoria central na conceituação de trabalho em ergonomia. Aletheia [Internet]. 2000 [citado 2009 fev 9]; 1(11): 71-82: Disponível em: <http://www.mendeley.com/research/atividade-categoria-central-na-conceituao-trabalho-em-ergonomia/>.
- 6.Schwartz Y, Durrive L. Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana.Niterói: Ed UFF; 2007.
- 7.Borges MES. Trabalho e gestão de si: para além dos “recursos humanos”. Cad. Psicol Soc Trab [Internet]. 2004 [citado 2010 Mar 27]; 7: 41-9. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo>.
- 8.Schwartz Y. Entrevista com Yves Schwartz. Trab Educ Saúde 2006; 4(2): 457-66.
- 9.Rocha SMM, Almeida MCP. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. Rev Latino-Am Enfermagem 2000; 8(6): 96-101.
- 10.Peres F. Onde mora o perigo? Percepção de riscos, ambiente e saúde. In: Minayo MCS, Miranda AC, organizadores. Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 135-42.
- 11.Trivellato GC. Metodologias de reconhecimento e avaliação qualitativa de riscos ocupacionais. São Paulo: Fundacentro; 1998.
- 12.Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica de saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cad. Saúde Pública 2008; 24(1):193-201.
- 13.Abranches SS. A situação ergonômica do trabalho de enfermagem em unidade básica de saúde [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.
- 14.Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa de Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2006 [citado

2009 jun 3]; 15(3): 7-18. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300002.

15.Trindade LL. O estresse laboral da equipe de saúde da família: implicações para saúde do trabalhador [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

16.Associação Brasileira de Enfermagem (BR). Cartilha do trabalhador de Enfermagem. Saúde, Segurança e Boas condições de trabalho. Rio de Janeiro: ABEn; 2006.

17.Marziale MHP, Rodrigues CM. A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem 2002; 10(4): 571-77.

18.Bulhões I. Riscos do trabalho de enfermagem. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ideas; 1998.

19.Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Ministério da Saúde do Brasil(BR). Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde [Internet]. 2001 [citado em 2009 fev 9]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0388_M1.pdf

20.Ministério do Trabalho (BR). Portaria n.º 3.214, de 08 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas a Segurança e Medicina do Trabalho [Internet]. Brasília (DF); 1978 [citado 2009 jun 8]. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/legislacao/normas>.

21.Ministério do Trabalho (BR). Programa de Prevenção de Riscos Ambientais. Norma Regulamentadora n.9 [Internet]. Brasília (DF); 1994 [citado 2009 jun 8]. Disponível em <http://www.mte.gov.br/legislacao/normas>.

22.Ministério do Trabalho, Ministério da Previdência Social e Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. Brasília (DF); 2004.

23.Ministério do Trabalho e Emprego (BR). Normas Regulamentadoras. Norma Regulamentadora n.32. Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde [Internet]. Brasília (DF); 2005 [citado 2009 ago 15]. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/legislacao/normas-regulamentadoras-1.htm>.

24.Tipple AFV, Pereira MS, Hayashida MMTM, Souza ACS. O ensino do controle de infecção: um ensaio teórico-prático. Rev Latino-Am Enfermagem 2003; 11(2): 245-50.

25.Cardoso SR, Pereira LS, Souza ACS, Tipple AFV, Pereira MS, Junqueira ALN. Anti-sepsia para administração de medicamentos por via endovenosa e intramuscular. Rev Eletr Enf [Internet]. 2006 [citado 2009 jun 25]; 8(1): 75-82. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_10.htm.

26.Scheidt KLS, Carvalho M. Avaliação prática da lavagem das mãos pelos profissionais de saúde em atividades lúdico-educativas. Rev Enferm UERJ 2006; 14(2): 221-25.

27. Ribeiro EJM, Shimizu HE. Acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem. *Rev Bras Enferm* 2007; 60(5): 535-40.
28. Ganczac M, Szych Z. Surgical nurses and compliance with personal protective equipment. *J Hosp Infect* [Internet]. 2007 [cited 2009 out 19]; 66(4): 346-51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17662505>.
29. Chiodi MB, Marziale MHP, Robazzi MLCC. Acidentes de trabalho com material biológico entre trabalhadores de unidades de saúde pública. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2007; 15(4): 632-38.
30. Dalri RCMB. Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem de unidades de pronto atendimento em Uberaba-MG [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2007.
31. Tezel A. musculoskeletal complaints among a group of turkish nurses. *Int J Neurosci* [Internet]. 2005 [cited 2009 jun 20]; 115(6): 871-80. Available from: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/00207450590897941>.
32. Murofuse NT, Marziale MHP. Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2005; 13(3): 364-73.
33. Alves M, Godoy SCB, Santana DM. Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(2): 195-200.
34. Appolinário RS. Absenteísmo na equipe de enfermagem: análise da produção científica. *Rev Enferm UERJ* 2008; 16(1): 83-7.
35. Cezar ES. Problemas de violência ocupacional em um serviço de Urgência hospitalar na cidade de Londrina. Paraná [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.
36. Costa ALRC. As múltiplas formas de violência no trabalho da Enfermagem. O cotidiano de trabalho no setor de emergência e urgência em um hospital público [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.
37. Oliveira AR. Violência de gênero contra mulheres profissionais de enfermagem de um Hospital Geral do município de São Paulo [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2007.
38. Çelik SS, Çelik Y, Ağırbaş I, Uğurluoğlu Ö. Verbal and physical abuse against nurses in Turkey *Int Nurs Rev* [Internet]. 2007 [cited 2008 set 20]; 54(4): 359-66. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17958665>.
39. Çelik SS, Çelik Y. Sexual harassment against nurses in Turkey. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2007 [cited 2008 set 20]; 39(2): 200-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17535323>.

- 40.Silva RCG, Felli VEA. Um estudo comparativo sobre a identificação dos riscos ocupacionais por trabalhadores de enfermagem de duas Unidades Básicas de Saúde do município de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP* 2002; 36(1): 18-24.
- 41.Benatti MCC. Acidentes do trabalho entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. *Rev Esc Enferm USP* 2001; 35(2): 155-62.
- 42.Chiodi MB, Marziale MHP. Riscos ocupacionais para trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde: revisão bibliográfica. *Acta Paul. Enferm* 2006; 19(2): 212-17.
- 43.Contrera-Moreno L, Contrera-Moreno MI. Violência no trabalho em enfermagem: um novo risco ocupacional. *Rev Bras Enferm* 2004; 57(6): 746-49.
- 44.Zapparoli AS, Marziale MHP. Risco ocupacional em unidades de Suporte Básico e Avançado de Vida em Emergências. *Rev Bras Enferm* 2006; 59(1): 41-6.
- 45.Rowe MM, Sherlock H. Stress and verbal abuse in nursing: do burned out nurses eat their young? *J Nurs Manag* [Internet]. 2005 [cited 2008 out 10]; 13(3): 242-48. Available from: <http://www.ingentaconnect.com/content/bsc/jnm/2005/00000013/00000003/art00008>.
- 46.Oweis A, Mousa Diabat K. Jordanian nurses perception of physicians' verbal abuse: findings from a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2005 [cited 2008 out 10]; 42(8):881-88. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16210026>.
- 47.Andrade AC, Sanna MC. Ensino de Biossegurança na Graduação em Enfermagem: uma revisão da literatura. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60(5): 569-72.
- 48.Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Ambiência*; 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
- 49.Lorenzi RL, Oliveira IM. Tuberculose em trabalhadores de Enfermagem: uma abordagem epidemiológica de base populacional. *Rev Bras Saúde Ocup* [Internet]. 2008 [citado 2009 out 29]; 33 (117): 6-14. Disponível em: <http://www.fundacentro.gov.br>.
- 50.Brito J. Saúde do Trabalhador. Reflexões a partir da abordagem ergológica. In: Athayde M, Brito J, Alvarez D(org). *Labirintos do Trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A; 2004. p. 91-114.
- 51.Rizzotto MLF. (Re) vendo a questão da origem da enfermagem profissional no Brasil: a Escola Anna Nery e o mito da vinculação com a Saúde Pública [dissertação]. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas, Escola de Enfermagem; 1995.
- 52.Moreira MCN. A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional de enfermagem no Brasil na Primeira República. *Hist Cienc Saúde - Manguinhos* [Internet]. 1999 [citado 2009 Out 09]; 5(3): 621-45. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701999000100005.
- 53.Almeida MCP, Mishima SM, Silva EM ,Mello DF. O trabalho da enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva-rede básica de saúde. In: Almeida MCP e Rocha SMM. *O trabalho de Enfermagem*. Cortez: São Paulo; 1997.

54. Escola de Enfermagem Anna Nery (BR). Breve Histórico Institucional da EEAN [Internet]. 2003 [citado 2009 set 23]. Disponível em <http://www.eean.ufrj.br>.
55. Almeida MCP, Rocha SMM. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: Almeida MCP e Rocha SMM. O trabalho de Enfermagem. Cortez: São Paulo; 1997.
56. Ministério da Justiça (BR). Legislação. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Brasília (DF); 1988 [citado 2009 jul 13]. Disponível em <http://www.mj.gov.br>.
57. Andrade LOM. SUS passo a passo: gestão e financiamento. São Paulo: Hucitec; Sobral: Uva; 2001.
58. Ministério da Saúde (BR). 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 [Internet]. Brasília (DF); 1990 [citado 2009 out 28]. Disponível em <http://portal.saude.gov.br>.
59. Passos, JP, Ciosak SI. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde. Rev Esc Enferm USP 2006; 40 (4): 464-68.
60. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
61. Pires D, Gelbcke FL, Matos E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. Trab Educ Saúde 2004; 2(2): 311-25.
62. Trezza MCAF, Santos RM, Leite JL. Enfermagem como prática social: um exercício de reflexão. Rev Bras Enferm 2008; 61(6): 904-8.
63. World Health Organization. Primary Health Care [Internet]. 2008 [cited 2009 ago 24]. Available from: http://www.who.int/topics/primary_health_care.
64. Fundação Oswaldo Cruz (BR). Determinantes Sociais da Saúde Ou Por que alguns grupos da população são mais saudáveis que outros? [Internet]. Rio de Janeiro (RJ); 2009 [citado 2009 jun 27]. Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br>.
65. Bueno FMG, Queiroz MS. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. Rev. Bras. Enferm 2006; 59(2): 222-27.
66. David HMSL, Mauro MYC, Silva VG, Pinheiro MAS, Silva FH. Organização do trabalho de enfermagem na Atenção Básica: uma questão para a saúde do trabalhador. Texto Contexto - Enferm 2009; 18(2): 206-14.
67. Ferreira AA. Reis ACF, Pereira MI. Gestão empresarial: de Taylor aos nossos dias: evolução e tendências da moderna administração de empresas. São Paulo: Pioneira Thompson Learning; 2002.
68. Veronese MV. Subjetividade, trabalho e solidariedade. Aletheia [Internet]. 2006 [citado 2009 Nov 14]; 24: 105-13. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S141303942006000300010&script=sci_arttext.

69. Reishoffer, JC; Bicalho PPG. Insegurança e produção de subjetividade no Brasil contemporâneo. *Fractal Rev Psicol* [Internet]. 2009 [citado 2009 set 23]; 21(2): 425-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-02922009000200015>.
70. Ramminger T, Nardi HC. Subjetividade e trabalho: algumas contribuições conceituais de Michel Foucault. *Interface - Comunic. Saude Educ* [Internet] 2008 [citado 2010 mar 01]; 12(25): 339-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832008000200009>.
71. Queiroz SG. Condições de Trabalho e Saúde dos enfermeiros em oncologia [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem; 2008.
72. Dejours C, Abdoucheli JC. *Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas; 1994.
73. Murofuse NT. O adoecimento dos Trabalhadores de Enfermagem da Fundação Hospitalar do estado de Minas Gerais: reflexo das mudanças no mundo do trabalho [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2004.
74. Murofuse NT, Abranches SS, Napoleão AA. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2005; 13(2): 255-61.
75. Grau A, Suñer R, García MM. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gac Sanit* [Internet]. 2005 [citado 2009 Set 20]; 19(6): 463-70. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s0213-91112005000600007>.
76. Camelo SHH, Angerami ELS. O estresse e o profissional de enfermagem que atua na assistência a comunidade: uma revisão da literatura. *Rev Nursing* 2006; 97(8): 855- 59.
77. Oztunç G. Examination of incidents of workplace verbal abuse against nurses. *J Nurs Care Qual* [Internet] 2006 [cited 2008 nov 21]; 21(4): 360-5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16985407>.
78. Manetti ML, Marziale MHP. Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. *Estud Psicol* [Internet]. 2007 [citado 2009 ago 27]; 12(1): 79-85. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v12n1/a10v12n1.pdf>.
79. Dal Pai D. *Enfermagem, trabalho e saúde : cenas e atores de um serviço público de pronto socorro* [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem; 2007.
80. Ulrich C, O'Donnell P, Taylor C, Farrar A, Danis M, Grady C. Ethical climate, ethics stress, and the job satisfaction of nurses and social workers in the United States. *Soc Sci Med* [Internet]. 2007 [cited 2009 set 3]; 65(8): 1708-19. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2442035>.
81. Nachreiner NM, Gerberich SG, Ryan AD, McGovern PM. Minnesota nurses' study: perceptions of violence and the work environment. *Ind Health* [Internet]. 2007 [cited 2009 set 3]; 45(5): 672-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18057810>.

82. Juárez-García A. Psychosocial work factors associated to blood pressure and cardiovascular symptoms among Mexican nurses. *Salud Pública Méx* [Internet]. 2007 [cited 2009 nov 07]; 49(2): 109-17. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17522737>.
83. Jong-Eun L, Soon-Lae K, Hye-Sun J, Jung-Wan K, Kuck-Hyeun W, Miyong TK. Participatory Action Oriented Training for Hospital Nurses (PAOTHN) Program to Prevent Musculoskeletal Disorders. *J Occup Health* [Internet]. 2009 [cited 2009 out 6]; 51(4): 370-76. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19542677>.
84. Lauvrud C, Nonstad K, Palmstierna T. Occurrence of post traumatic stress symptoms and their relationship to professional quality of life (ProQoL) in nursing staff at a forensic psychiatric security unit: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2009 [cited 2009 set 16]; 16: 7-31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19371413>.
85. Silva RM, Beck CLC, Guido LA, Lautert L, Tavares JP, Prestes FC, Rocha L. Night shift pros and cons in nursing: qualitative study. *Online Brazilian Journal of Nursing* [Internet]. 2009 [cited 2009 set 25]; 8(2). Available from: www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewArticle/j.1676-4285.2009.2346.
86. Silva DMPP, Marziale MHP. Condições de trabalho versus absenteísmo-doença no trabalho de enfermagem. *Ciênc Cuid e Saúde* 2006; 5(supl): 166-72.
87. Riboldi CO. Dimensão do absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem; 2008.
88. Nascimento GM. Estudo do absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em uma unidade básica e distrital de saúde do município de Ribeirão Preto [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2003.
89. Gehring Junior G, Corrêa Filho HR, Vieira Neto JD, Ferreira NA, Vieiras SVR. Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS. *Rev Bras Epidemiol*. 2007; 10(3): 401-9.
90. Dejours, C. *A loucura do trabalho*. São Paulo: FTA/Oboré; 1992.
91. Weirich CF, Munari DB, Mishima SM, Bezerra ALQ. O trabalho gerencial do enfermeiro na Rede Básica de Saúde. *Texto Contexto - Enferm*. 2009; 18(2): 249-57.
92. Laurrell AC, Noriega M. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: HUCITEC; 1989.
93. Hennington EA. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(3): 555-61.
94. Brito J. Trabalho e Saúde Coletiva: o ponto de vista da atividade e das relações de gênero. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10(4): 879-90.

- 95.Lautert L. O desgaste profissional do enfermeiro [tese]. Salamanca (ES): Universidade Pontifícia de Salamanca, Faculdade de Psicologia; 1995.
- 96.Virtanen M, Pentti J, Vahtera J, Ferrie JE, Stansfeld SA, Helenius H, et. al. Overcrowding in hospital wards as a predictor of antidepressant treatment among hospital staff. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2008 [cited 2009 nov 19]; 165(11): 1482-86. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18676590>.
- 97.Kondro W. The hazards of nursing. *CMAJ* [Internet]. 2007 [cited 2009 jul 29]; 176(4): 437. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1800566/>
- 98.Barbosa Filho NA. Segurança do trabalho e Gestão Ambiental. São Paulo: Atlas; 2001.
- 99.Saliba TM, Corrêa MAC, Amaral, LS, Riani RR. Higiene do Trabalho e Programa de Prevenção de Riscos ambientais: São Paulo: LTR; 1997.
- 100.D’Innocenzo M.(coord).Indicadores, auditorias, certificações. Ferramentas de qualidade para a gestão em saúde. São Paulo: Martinari; 2006.
- 101.Neves EM. Antropologia e ciência. Uma etnografia do fazer científico na era do risco. São Luis: Edufma; 2008.
- 102.Costa MAF, Costa MFB, Melo NSFO. Biossegurança. Ambientes hospitalares e Odontológicos. São Paulo: Santos; 2000.
- 103.Zocchio A. Prática da Prevenção de Acidentes: ABC da Segurança do Trabalho.7 ed. São Paulo: Atlas; 2002.
- 104.Rezende MP. Agravos à saúde de auxiliares de enfermagem resultantes da exposição ocupacional a riscos físicos [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de enfermagem; 2003.
- 105.Farias SNP, Zeitoun RCG. Riscos no trabalho de enfermagem em um centro municipal de saúde. *Rev Enferm UERJ* 2005; 13: 167-74.
- 106.Otenio MH, Cremer E, Claro EMT. Intensidade de ruído em hospital de 222 leitos na 18ª Regional de Saúde - PR. *Rev Bras Otorrinolaringol* [Internet]. 2007 [citado 2009 Nov 20]; 73(2): 245-50. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rboto/v73n2/a16v73n2.pdf>.
- 107.Leme OLS. Estudo audiométrico comparativo entre trabalhadores de área hospitalar expostos e não expostos a ruído. *Rev Bras Otorrinolaringol* [Internet]. 2001 [citado 2009 Out 21]; 67(6): 837-43. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-72992001000600013>.
- 108.Costa TF, Felli VEA. Exposição dos trabalhadores de enfermagem às cargas químicas em um hospital público universitário da cidade de São Paulo. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2005; 13(4): 501-8.
- 109.Xelegati R, Robazzi MLCC. Riscos químicos a que estão submetidos os trabalhadores de enfermagem: uma revisão de literatura. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2003; 11(3): 350-56.

- 110.Rodríguez MI, Valdés YC. Proveyer Derich Samira. Cysatostatic drugs: risky drugs. Rev Cubana Med [Internet]. 2004 [cited 2009 Oct 21]; 43(2-3): <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75232004000200009>.
- 111.Almeida CB, Pagliuca LMF, Leite ALLS. Acidentes de trabalho envolvendo os olhos: avaliação de riscos ocupacionais com trabalhadores de enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem 2005; 13(5): 708-16.
- 112.Xelegati R, Robazzi MLCC, Marziale MHP,Haas VJ. Riscos ocupacionais químicos identificados por enfermeiros que trabalham em ambiente hospitalar. Rev Latino-Am Enfermagem 2006; 14(2): 214-19.
- 113.Cetinkaya F, Ozturk AO, Kutluk G, Erdem E. Penicillin sensitivity among hospital nurses without a history of penicillin allergy. J Adv Nurs [Internet]. 2007 [cited 2009 mai 7]; 58(2): 126-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2846734/>.
- 114.Gershon RR, Qureshi KA, Pogorzelska M, Rosen J, Gebbie KM, Brandt-Rauf PW, Sherman MF.Non-hospital based registered nurses and the risk of bloodborne pathogen exposure. Ind Health [Internet]. 2007 [cited 2009 mai 7]; 45(5): 695-704. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18057813>.
- 115.Gershon RR, Pogorzelska M, Qureshi KA, Sherman M. Home health care registered nurses and the risk of percutaneous injuries: a pilot study. Am J Infect Control [Internet]. 2008 [cited 2009 abr 10]; 36(3): 165-72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18371511>.
- 116.Luna EJA. A emergência das doenças emergentes e as doenças infecciosas emergentes e reemergentes no Brasil. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2002 [citado 2009 jan 25]; 5(3): 229-43. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rbepid/v5n3/03.pdf.
- 117.Pignatti MG. Saúde e ambiente: as doenças emergentes no Brasil. Ambient Soc [Internet]. 2004 [citado 2009 jan 25]; 7(1): 133-47. Disponível em: www.scielo.br/pdf/asoc/v7n1/23540.pdf.
- 118.Reis C, Heisler M, Amowitz LL, Moreland RS, Mafeni JO, Anyamele C, Iacopino V. Discriminatory attitudes and practices by health workers toward patients with HIV/AIDS in Nigeria. PLoS Med [Internet]. 2005 [cited 2009 out 20]; 2(8): e246. Available from: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16022564.
- 119.Petroll AE, Hare CB, Pinkerton SD.The essentials of HIV: a review for nurses. J Infus Nurs [Internet]. 2008 [cited 2009 out 20]; 31(4): 228-35. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18641486>.
- 120.Sadoh AE, Sadoh WE, Fawole AO, Oladimeji A, Sotiloye O. Attitude of health care workers to patients and colleagues infected with human immunodeficiency virus. SAHARA J [Internet]. 2009 [cited 2009 jun 29]; 6(1):17-23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19399312>.

- 121.Almeida ABS, Albuquerque MBM. Biossegurança: um enfoque histórico através da história oral. *Hist Cienc Saúde Manguinhos* [Internet]. 2000 [citado 2009 jun 12]; 7(1): 171-84. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702000000200009.
- 122.Lopes ACS, Oliveira AC, Silva JT, Paiva MHRS. Adesão às precauções padrão pela equipe do atendimento pré-hospitalar móvel de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad.Saúde Pública* 2008; 24(6): 1387-96.
- 123.International Healthcare Worker Safety Center(US). Risk of infection following a single HIV, HBV, or HCV-contaminated needlestick or sharp instrument injury. [Internet]. 2001. [cited 2009 sep 4]. Available from: <http://www.healthsystem.virginia.edu/internet>.
- 124.Feng CK, Chen ML, Mao IF. Prevalence of and risk factors for different measures of low back pain among female nursing aides in Taiwanese nursing homes. *BMC Musculoskelet Disord* [Internet] 2007 [cited 2009 out 20] 25; 8:52. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/8/52>.
- 125.Leite PC, Silva A, Merighi MAB. A mulher trabalhadora de enfermagem e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(2): 287-91.
- 126.Lorusso A, Bruno S, L'abbate N. A Review of Low Back Pain and Musculoskeletal Disorders among Italian Nursing Personnel. *Ind Health* [Internet]. 2007 [cited 2009 out 13]; 45(5): 637-44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18057806>.
- 127.Mitchell T, O'Sullivan PB, Burnett AF, Straker L, Rudd C. Low back pain characteristics from undergraduate student to working nurse in Australia: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2008 [cited 2009 jan 28]; 45(11):1636-44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18420208>.
- 128.Karahan A, Kav S, Abbasoglu A, Dogan NJ. Low back pain: prevalence and associated risk factors among hospital staff. *Adv Nurs* [Internet]. 2009 [cited 2009 out 26]; 65(3):516-24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19222649>.
- 129.Magnago TSBS, Lisboa MMTL, Souza IEO, Moreira MC. Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem: associação com condições de trabalho. *Rev Bras Enferm* 2007; 60(6): 701-5.
- 130.Organización Internacional de Enfermeras, Organización Mundial de la Salud y Organización de Servicios Públicos(CH). *Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud*. Geneva; 2002.
- 131.Beghdadli B, Belhadj Z, Chabane W, Ghomari O, Kandouci AB, Fanello S. Standard precautions: practices among nurses in a university hospital in Western Algeria. *Sante Publique* [Internet]. 2008 [cited 2009 jan 17]; 20(5): 445-53. Available from: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19086684.
- 132.Ministério da Previdência Social (BR). *Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho 2008*. [Internet]. Brasília (DF); 2008 [citado 2009 out 8]. Disponível em <http://www.previdenciasocial.gov.br>.

- 133.Ministério da Previdência Social (BR) Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho 2004. [Internet] Brasília (DF); 2004 [citado 2009 out 8]. Disponível em <http://www.previdenciasocial.gov.br>.
- 134.Ministério da Previdência Social (BR). Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho 2006. [Internet]. Brasília (DF); 2006 [citado 2009 out 8]. Disponível em <http://www.previdenciasocial.gov.br>.
- 135.Ferreira ABH. Aurélio: o dicionário da língua portuguesa. 3ª ed. rev. ampl..Curitiba (PR): Positivo; 2008. Insalubre; p. 293.
- 136.Ministério do Trabalho e Emprego (BR). Decreto-lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a consolidação das leis do trabalho [Internet]. Brasília (DF); 1943 [citado 2009 set 17]. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/legislacao>.
- 137.Ayres DO, Corrêa JAP. Manual de Prevenção de Acidentes de Trabalho: aspectos técnicos e legais. São Paulo: Atlas; 2001.
- 138.Sarquis LMM, Cruz EBS, Hausmann M, Felli VEA, Peduzzi M. Uma reflexão sobre a saúde do trabalhador de enfermagem e os avanços da legislação trabalhista. Cogitare Enferm. 2004; 9(1): 15-24.
- 139.Mendes R. Patologia do Trabalho.2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2003.
- 140.Feldman LB. Gestão de risco e segurança hospitalar. São Paulo: Martinari; 2008.
- 141.Conselho Federal de Enfermagem (BR). Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [Internet]. Brasília (DF); 2007 [citado 2009 ago 15]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4158>.
- 142.Schwartz Y, Durrive L. Glossário da ergologia. Laboreal [Internet]. 2008 [citado 2009 20 jan]; IV(1): 23-8. Disponível em: <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php>.
- 143.Brito JE. Reflexões epistemológicas sobre a ergologia [Internet]. Núcleo de Estudos sobre Trabalho e Educação-FaE/UFMG [citado 2010 jan 6]. Disponível em:<http://www.anped.org.br/reunioes/29ra/trabalhos/posteres/GT09-1830--Int.pdf>.
- 144.Oliveira SSS. Um olhar sobre a saúde a partir da dimensão gestonária do trabalho: contradições e ambigüidades no telemarketing [tese]. Rio de janeiro: Escola nacional de Saúde pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2007.
- 145.Fígaro R. Atividade de comunicação e de trabalho. Trab. Educ. Saúde 2008; 6(1):107-45.
- 146.Scherer MDA, Pires D, Schwartz Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. Rev Saúde Pública [Internet]. 2009 [citado 2010 Jan 20]; 43(4): 721-25. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/90.pdf.
- 147.Haguette TMF. Metodologias qualitativas na sociologia. Petrópolis: Vozes; 2002.

148. World Health Association (CH). Division of Mental Health. Qualitative Research for health programmes [Internet]. Geneva: WHO; 1994 [cited 2009 jun 23]. Available from: <http://whqlibdoc.who>.
149. Cruz Neto O. O Trabalho de campo como descoberta e criação. In: Souza MC(org), Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 22ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 1994.
150. Matheus MCC, Fustinoni SM. Pesquisa Qualitativa em enfermagem. São Paulo: Livraria Médica Paulista; 2006.
151. Gomes CV, Knauth DR, Hassen MNA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo editorial Ltda; 2000.
152. Amador FS. (Tecno)poéticas da atividade: artesanias por entre imagem, trabalho e subjetivação. Informática na Educação: teoria & prática 2010; 13(1): 17-30.
153. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde; 11ª ed; São Paulo: Hucitec; 2008.
154. Denzin NK. The research act: a theoretical introduction to sociological methods. New Jersey: Rutgers; 2009.
155. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Brasília (DF); 1996.
156. Athayde M, Brito J. Um livro-ferramenta diálogo e seu uso na perspectiva ergológica. In: Schwartz Y, Durribe L. Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói: Ed UFF; 2007. p. V-IX.
157. Franca MB, Muniz HP. A gestão coletiva dos serviços de saúde pública: uma perspectiva ergológica. Trab Educ Saúde [Internet]. 2011 [citado 2011 out 2011]; 9(1): 201-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v9s1/10.pdf>.
158. Ministério da saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n.º 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimento assistenciais de saúde [Internet]. Brasília (DF); 2002 [citado 2011 abr 23]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf.
159. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Organização Mundial de Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima Revisão [Internet]. São Paulo: Edusp; 2008 [citado 2011 mai 5]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/principal.htm>.
160. Garlet ER, Silva MAD, Guedes JLG, Marques GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. Texto Contexto - Enferm 2009; 18(2): 266-72.

161. Mauro MYC, Paz AF, MCCC, Pinheiro MAS, Silva VG. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. *Esc Anna Nery* 2010; 14(2): 244-52.
162. Beck CLC, Prochnow A, Silva RM, Prestes FC, Tavares JP. Fatores que favorecem e dificultam o trabalho dos enfermeiros nos serviços de atenção à saúde. *Esc. Anna Nery* 2010; 14(3): 490-95.
163. Camerino D, Sarquis L, Costa G. Condições do trabalho, saúde e bem estar dos trabalhadores de enfermagem na Europa. *Cogitare Enferm* 2009; 14(1): 11-21
164. Souza NVDO, Santos DM, Ramos EL, Anunciação CT, Thiengo PCS, Fernandes MC. Repercussões psicofísicas na saúde dos enfermeiros da adaptação e improvisação de materiais hospitalares. *Esc Anna Nery* 2010; 14(2): 236-43.
165. Gomes L, Masson LP, Brito JC, Athayde M. Competências, sofrimento e construção de sentido na atividade de auxiliares de enfermagem em Utin. *Trab Educ Saúde* 2011; 9(1): 137-156.
166. Brito J. Trabalho Real. In: Pereira IB, Lima JCF. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 453-59.
167. Queiroz SA, Moura ERF, Nogueira PSF, Oliveira NC, Pereira MMQ. Atuação da equipe de enfermagem na sala de vacinação e suas condições de funcionamento. *Rev RENE* 2009; 10(4): 126-35.
168. Matos E, Pires D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. *Texto Contexto-Enferm* 2006; 15(3): 508-14.
169. Scherer MDA. O trabalho na equipe de saúde da família: possibilidades de construção da interdisciplinaridade [tese]. Florianópolis: Programa de pós-graduação em enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.
170. Almeida PJS. O conflito no processo de trabalho da equipe de emergência [dissertação]. Florianópolis: Programa de pós-graduação em enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2007.
171. Ministério da Saúde (BR). Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
172. Osório C. Labirintos do Trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Marcelo Figueiredo, Milton Athayde, Jussara Brito e Denise Alvarez (orgs.) (Recensão crítica). *Laboreal* [Internet]. 2005 [citado em 2011 3 fev]; 1(1): 61-62. Disponível em: <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=48u56oTV658223469:53348592>.
173. Brito J. Trabalho Prescrito. In: Pereira IB, Lima JCF. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 440-45.

- 174.Nouroudine A. Norma. Laboreal [Internet]. 2009 [citado 2011 fev 4]; 5(1): 125-26. Disponível em: <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=37t45nSU547112359223315348>.
- 175.Schwartz Y. Trabalho e gestão: níveis, critérios, instâncias. In: Athayde M, Brito J, Alvarez D(org). Labirintos do Trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A; 2004. p.23-33.
- 176.Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Manual de Procedimentos para vacinação [Internet]. 2001 [citado em 2011 mar 4]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manu_proced_vac.pdf.
- 177.Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução Nº 302 de 16 de março de 2005. Aborda a responsabilidade técnica do enfermeiro. Rio de Janeiro; 2005.
- 178.Conselho Regional de Enfermagem(RS). Decisão COREN-RS Nº 069/2005. Veda ao Profissional de Enfermagem exercer atividades específicas nas farmácias [Internet]. 2005 [citado 2012 jan 10]. Disponível em: <http://www.portalcorenrs.gov.br/index.php?categoria=profissional&pagina=decisoes>.
- 179.Fontana RT. Fatores geradores de (in)satisfação no trabalho do (da) enfermeiro(a): um olhar do estudante de enfermagem. Cienc Cuid Saúde 2009; 8(3): 337-44.
- 180.Azambuja EP, Pires DEP, Vaz MRC, Marziale MHP. É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem? Texto Contexto - Enferm. 2010; 19(4): 658-66.
- 181.Dejours C. A banalização da Injustiça Social. Monjardim LA (trad.). 7ª ed. Rio de Janeiro: FGV; 2000.
- 182.Cezar-Vaz MR, Soares JFS, Figueiredo PP, Azambuja EP, Sant'Anna CF, Costa VZ. Percepção do risco no trabalho em saúde da família: estudo com trabalhadores no Sul do Brasil. Rev Latino-Am. Enfermagem 2009; 17(6): 961-67.
- 183.Schwartz Y. Trabalho e valor. Tempo Social: Rev Sociol USP; 1996; 8(2): 147-58.
- 184.Castro MR, Farias SNP. A produção científica sobre riscos ocupacionais a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem. Esc Anna Nery 2008; 12(2): 364-69.
- 185.Silva, MKD, Zeitoune RCG. Riscos ocupacionais em um setor de hemodiálise na perspectiva dos trabalhadores da equipe de enfermagem Esc Anna Nery 2009; 13(2): 279-86.
- 186.Oliveira JDS, Alves MSCF, Miranda FAN. Riscos ocupacionais no contexto hospitalar: desafio para a saúde do trabalhador. Rev Salud Pública [Internet]. 2009 [citado 2010 Set 02]; 11(6): 909-17. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v11n6/v11n6a07.pdf>.
- 187.Souza-e-Silva MCP O trabalho do professor sob um enfoque ergológico-discursivo. Ciente-fico [Internet]. 2007 [citado em 2011 fev 4]; VII(II): 195-205 Disponível em: <http://www.docstoc.com/docs/24838116/O-trabalho-dO-professor-sOb-um-enfOque-ergOl%C3%83%C2%B3gicO-discursivO>.

- 188.Robazzi MLCC, Chaves MMY, Dalri RCMB, Silva LA, Secco IAO, Jorge PL. Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2010 [citado 2010 Dez 04]; 26(1): 52-64. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid.
- 189.Souza-e-Silva MCP. Atividade de Linguagem, Atividade de Trabalho: Encontro de Múltiplos Saberes. Revista Intercâmbio, 2008; (XVIII): 1-21.
- 190.Minayo MCS. Violência: um problema para a saúde dos Brasileiros. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.p.10-42.
- 191.Organização mundial da saúde (OMS). Relatório mundial sobre violência e saúde. Brasília: OMS/OPAS; 2002.
- 192.Gómez MC. Violência no Trabalho. In:Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 241-78.
- 193.Xavier ACH, Barcelos CRV, Lopes JP, Chamarelli PG, Ribeiro SS, Lacerda LS, Palacios M. Assédio moral no trabalho no setor saúde no Rio de Janeiro: algumas características Rev Bras Saúde Ocup 2008; 33 (117): 15-22.
- 194.Costa ALRC, Marziale MHP. Relação tempo-violência no trabalho de enfermagem em Emergência e Urgência Rev Bras Enferm 2006; 59(3): 337-43.
- 195.Marinho J. Violência ocupacional: a vítima é a enfermagem. Revista do COREN/SP [Internet]. 2006 [citado em 2009 nov 11]; 66: 9-13. Disponível em: <http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/66.pdf>.
- 196.Shields M, Wilkins K. Factors related to on-the-job abuse of nurses by patients. Health Rep. [Internet]. 2009 [cited 2010 ago 15]; 20(2): 7-19. Available from: <http://www.arnnl.ca/documents/statistics/10835-eng.pdf>.
- 197.Abbas MA, Fiala LA, Abdel Rahman AG, Fahim AE. Epidemiology of Workplace Violence against Nursing Staff in Ismailia Governorate. J Egypt Public Health Assoc [Internet] 2010 [cited 2010 mar 13]; 85(1-2): 29-43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21073846>.
- 198.Franz S, Zeh A, Schablon A, Kuhnert S, Nienhaus A. Aggression and violence against health care workers in Germany - a cross sectional retrospective survey. MC Health Services Research [Internet] 2010 [cited 2010 set 20]; 10 (51). Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/51>.
- 199.Tak S, Sweeney MH, Alterman T, Baron S, Calvert GM. Workplace Assaults on Nursing Assistants in US Nursing Homes: A Multilevel Analysis. Am J Public Health [Internet]. 2010 [cited 2011 feb 19]; 100(10): 1938-45. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20724680>.

- 200.Barbosa R, Labronici LM, Sarquis LMM, Mantovani MF. Violência psicológica na prática profissional da enfermeira. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45 (1): 26-32.
- 201.Farias GM, Moraes Filho LA, Dantas RAN, Rocha KMM. Violência ocupacional: situação de risco a dignidade e integridade dos profissionais da saúde. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet] 2010; 4(1): 341-47 Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/703/pdf_328.
- 202.Chen WC, Sun YH, Lan TH, Chiu HJ. Incidence and risk factors of workplace violence on nursing staffs caring for chronic psychiatric patients in taiwan. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2009 [cited 2010 ago 15]; 6(11): 2812-21. Available from: <http://www.mdpi.com/1660-4601/6/11/2812>.
- 203.Eriksen W. Practice area and work demands in nurses' aides: a cross-sectional study. *BMC Public Health* [Internet]. 2006 [cited 2010 ago 15] 13; 6:97. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1458330>.
- 204.Dejours C. O fator humano. Rio de Janeiro: Editora da FGV; 1997.
- 205.Skaba MMVF. O vício da Adrenalina. Etnografia da violência num hospital de emergência [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; Fundação Oswaldo Cruz; 1997.
- 206.Beck CLC, Lisboa RL, Colomé ICS, Silva RM, Tavares JP. Os enfermeiros e a humanização dos serviços de saúde do município: um estudo exploratório. *Cienc Cuid Saude* 2009; 8(2): 184-90.
- 207.Ministério da Saúde (BR). Biblioteca Virtual em Saúde. Descritores em Ciências da saúde. Humanização da Assistência [Internet]. 2010 [citado 2010 ago 16]. Disponível em <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe>.
- 208.Fontana RT. Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. *Rev. RENE* 2010;11(1):200-7.
- 209.Nursing Assistant Education. Violence in the workplace: Occupational Safety and Health Administration (OSHA) [Internet]. 2010 [cited 2010 dez 18]. Available from: <http://www.nursingassistanteducation.com/site/courses/eng/nae-vio-eng.php>.
- 210.Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde. Classificação de risco dos agentes biológicos [Internet]. Brasília; 2010. [citado 2011 abr 23]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/classificacao_risco_agentes_biologicos_2ed.pdf.
- 211.Ziraba AK, Bwogi J, Namale A, Wainaina CW, Mayanja-Kizza H. Sero-prevalence and risk factors for hepatitis B virus infection among health care workers in a tertiary hospital in Uganda. *BMC Infect Dis* [Internet]. 2010; 29: 10:191. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20587047>.

- 212.Prado TN, Galavote HS, Brioshi APL, Lacerda T, Fregona G, Detoni VV et al . Perfil epidemiológico dos casos notificados de tuberculose entre os profissionais de saúde no Hospital Universitário em Vitória (ES) Brasil. *J. Bras. Pneumol* 2008; 34(8): 607-13.
- 213.Demkow U, Broniarek-Samson B, Filewska M, Lewandowska K, Maciejewski J, Zycinska K et al. Prevalence of latent tuberculosis infection in health care workers in Poland assessed by interferon-gamma whole blood and tuberculin skin tests. *J Physiol Pharmacol* [Internet]. 2008 59(6): 209-17. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19218645>.
- 214.Mirtskhulava V, Kempker R, Shields KL, Leonard MK, Tsertsvadze T, Del Rio C, Salakaia A et al. Prevalence and risk factors for latent tuberculosis infection among health care workers in Georgia. *Int J Tuberc Lung Dis* [Internet]. 2008 [cited 2011 abr 19]; 12(5): 513-9 Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2742226/?tool>.
- 215.Nienhaus A. Tuberculosis in healthcare workers. *Pneumologie* [Internet]. 2009 [cited 2011 mai 30]; 63(1): 23-30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1913750>.
- 216.Torres CJ, Sá R, Cardoso MJ, Silva R, Ferreira J, Ribeiro C, Miranda M, Plácido JL, Nienhaus A. Tuberculosis screening. In: Portuguese healthcare workers using the tuberculin skin test and the interferon-gamma release assay. *Eur Respir J* [Internet]. 2009 [citado 2011 mai 30]; 34(6): 1423-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19948911>.
- 217.Franco C, Zanetta DM. Tuberculose em profissionais de saúde: medidas institucionais de prevenção e controle. *Arq Cienc Saúde* 2004; 11(4): 244-52.
- 218.Hosoglu S, Tanrikulu AC, Dagli C, Akalin S. Tuberculosis among health care workers in a short working period. *Am J Infect Control* [Internet]. 2005; 33(1): 23-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15685131>.
- 219.Coelho MAQ, Biscotto CR, Tinois BR, Freitas FC, Oliveira JS et al . Prevalência da infecção tuberculosa em universitários da Universidade Estadual de Montes Claros, Minas Gerais. *Rev Bras Educ Med* 2009; 33(4): 535-41.
- 220.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil [Internet]. Brasília [DF] 2010; [citado em 2010 nov 24]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_de_recomendacoes_controle_tb_novo.pdf
- 221.Ministério da Saúde(BR).Departamento de DST, Aids e Hepatites virais.Diretrizes para Organização e Funcionamento dos CTAs no Brasil [Internet]. Brasília [DF]; 2010 [citado 2011 jun 29]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/cta2010-01-web.pdf>.
- 222.Cheade MFM, Ivo ML, Siqueira PHGS, Sá RG, Honer MR. Caracterização da tuberculose em portadores de HIV/AIDS em um serviço de referência de Mato Grosso do Sul 9. *Rev Soc Bras Med Trop* [Internet]. 2009 [citado em 2011 19 mar]; 42(2): 119-25. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003786822009000200005&lng=en&nrm=iso.

- 223.Vieira ER, Kumar S,Coury HJCG, Narayan Y. Low back problems and possible improvements in nursing jobs. Journal of Advanced Nursin [Internet]. 2006; [cited 2011 jan 22]; 55(1): 78-89. Available from: <http://www.orthonurse.org/portals/0/back%20injuries%20and%20nursing.pdf>.
- 224.Masson LP, Brito JC, Sousa RNP. O trabalho e a saúde de cuidadores de adolescentes com deficiência: uma aproximação a partir do ponto de vista da atividade. Saude Soc 2008; 17(4): 68-80.
- 225.Ministério da Saúde (BR). ANVISA. Portaria nº 2.616 de 12 de maio de 1998. Dispõe sobre a prevenção e o controle da Infecção hospitalar [Internet]. Brasília(DF); 1998 [citado 2011 mar 12]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/2616_98.htm.
- 226.Ministério da Saúde (BR). ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada n. 42, de 25 de outubro de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do País [Internet]. Brasília; 2010 [citado em 2010 nov 24]. Disponível em:ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2010/iels.out.10/Iels203/URS-MS-ANVISA-RDC-42_251010.pdf.
227. Ministério da Saúde (BR). Fundação Osvaldo Cruz. Biossegurança no uso de Cabine de Segurança Biológica no manuseio de substâncias químicas, drogas e radioisótopos [Internet]. Rio de Janeiro (RJ); 2009 [citado em 2011 jul 23]. Disponível em: http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/lab_virtual/csb.html.
- 228.Ministério da Saúde(BR). Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n.º 307, de 14 de novembro de 2002. Altera a RDC nº50/ 2002 [Internet]. Brasília (DF); 2002 [citado em 2011 abr 23]. Disponível em:http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/307_02rdc.htm.
- 229.Ministério do Trabalho (BR). Normas Regulamentadoras. Equipamentos de Proteção Individual [Internet]. Brasília (DF); 1978 [citado 2009 jun 8]. Disponível em <http://www.mte.gov.br/legislacao/normas>.
- 230.Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Curso Básico de Controle de Infecção Hospitalar. Caderno C: Métodos de proteção anti-infecciosa [Internet]. Brasília (DF); 2000. [citado em 2010 out 11]. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/CIHCadernoC.pdf> .
- 231.Fonseca TMG, Barros ME. Entre prescrições e singularizações: o trabalho em vias da criação. Fractal Rev Psicol [Internet]. 2010 [citado em 2011 mar 5]; 22(1):101-14. Disponível em: <http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/view/167>.
- 232.Nouroudine A.Risco e atividades humanas.acerca da possível positividade aí presente. In: Athayde M, Brito J, Alvarez D(org). Labirintos do Trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de janeiro: DP&A; 2004.p.37-62.
- 233.Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da diretoria colegiada - RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento

Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde [Internet]. Brasília (DF); 2004 [citado em 2010 nov 23]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2003/rdc/360_03rdc.htm.

234.Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies [Internet]. Brasília (DF); 2010. [citado 2011 jul 30]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/36fc1e8043d212059d559f4eca73f154/Manual+Limpeza+e+Desinfeccao+WEB.pdf?MOD=AJPERES>.

235.Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto(SP). Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Comissão de controle de infecção Hospitalar. Limpeza e desinfecção dos serviços de saúde [Internet]. Ribeirão Preto (SP); 2006. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/comissao/desin/i16limpdesinfecsuperficie.pdf>.

236.Neves TP. As contribuições da ergologia para a compreensão da biossegurança como processo educativo: perspectivas para a saúde ambiental e do trabalhador. Mundo Saúde 2008; 32(3): 367-75.

237.Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Informe técnico 04. Glutaraldeído em estabelecimentos de Saúde: fundamentos para a utilização [Internet]. Brasília (DF); 2007 [citado 2010 18 ago]. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br/servicosaud.e>

238.Fontana RT. As Micobactérias de Crescimento Rápido e a infecção hospitalar: um problema de saúde pública. Rev Bras Enferm 2008; 61(3): 371-76.

239.Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). RDC nº 8, de 27 de fevereiro de 2009.Dispõe sobre as medidas para redução da ocorrência de infecções por Micobactérias de Crescimento Rápido - MCR em serviços de saúde [Internet]. Brasília (DF); 2009 [citado em 2010 dez 3]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>.

240.Starling CCD.Reprocessamento de endoscópios e seus acessórios.In: Revista da AMRIGS 2011(supl); 55 (1): 1-62.

241.Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Consulta Pública nº 34, de 3 de junho de 2009 [Internet]. Brasília (DF); 2009 [citado em 2011 6 jul]. Disponível em: <http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/CP/CP%5B26720-1-0%5D.PDF>.

242.Schwartz Y, Duc M, Durrive L. Técnicas e competências. In: Schwartz Y, Durrive L. Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói: Ed UFF; 2007. p. 82-102.

243.Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Portaria 500 de 31 de agosto de 2010. Regulamento técnico para Processamento de artigos por método físico em estabelecimentos sujeitos à Vigilância Sanitária no RS [Internet]. Porto Alegre (RS); 2010 [citado em 2011 mai 16]. Disponível em: http://www.osap.org/resource/resmgr/Docs/PORTARIA_500_31_AGOSTO_2010.pdf

244.Marziale MH, Zapparoli AS, Felli VE, Anabuki MH. Network Prevention of Accidents at Work: a strategy for distance education. Rev Bras Enferm 2010; 63(2): 250-56.

- 245.Loveday HP, Wilson JA, Hoffman PN, Pratt RJ. Public perception and the social and microbiological significance of uniforms in the prevention and control of healthcare-associated infections: an evidence review. *Br J Infec Control* [Internet]. 2007 [cited 2010 dez 4]; 8(4):10-21. Available from: <http://bj.i.sagepub.com/content/8/4/10.full.pdf+html>.
- 246.Carvalho CMRS, Madeira MZA, Tapety FI, Alves ELM, Martins MCC, Brito JNPO. Aspectos de biossegurança relacionados ao uso do jaleco pelos profissionais de saúde: uma revisão da literatura. *Texto Contexto - Enferm.* 2009; 18(2): 355-60.
- 247.Seppänen OA, Fisk WJ. Summary of human responses to ventilation. *Indoor Air* [Internet]. 2004 [cited 2010 set 3]; 14 Suppl 7: 102-18. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15330778>.
- 248.Graudenz GS, Kalil J, Latorre MR, Arruda LK, Morato-Castro FF. Transporte passivo de alérgenos de cão e gato em edifícios de escritórios. *Rev Bras Alerg Immunopatol* 2002; 25(3): 99-106.
- 249.Graudenz GS, Oliveira CH, Tribess A, Mendes CJ, Latorre MR, Kalil. Association of air-conditioning with respiratory symptoms in office workers in tropical climate. *Indoor Air* [Internet]. 2005 [cited 2010 set 3]; 15(1): 62-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15660569>.
250. Ministério do Trabalho e Emprego (BR). Normas Regulamentadora nº 17. Ergonomia [Internet]. Brasília (DF); 1978 [citado 2009 ago 15]. Disponível em: URL: www.mte.gov.br/legislacao/normas.
251. Silva CAF. A gestão de si na reinvenção das normas: práticas e subjetividade no trabalho. *Saúde Soc.* 2008; 17(4): 111-23.
- 252.Duc M, Doraffourg J, Durrive L. O Trabalho e o ponto de vista da atividade. In: Schwartz Y, Durrive L. *Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói: Ed UFF; 2007. p. 47-82.
- 253.Ministério da Saúde(BR). Instrução normativa INSS/DC nº 98, de 05 de dezembro de 2003. Aprova Norma Técnica sobre Lesões por Esforços Repetitivos - LER ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - DORT. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.
- 254.Souza AC, Coluci MZO, Alexandre NMC. Sintomas osteomusculares em trabalhadores da enfermagem: uma revisão integrativa. *Cienc Cuid Saúde* 2009; 8(4): 683-90.
- 255.Marcelino FAB, Freitas FCT, Robazzi MLCC. Revisão bibliográfica: a lombalgia entre a equipe de enfermagem hospitalar *Rev Enferm UFPE On Line* [Internet]. 2009 [citado em 2011 mai 23]; 3(1): 99-106. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/270>.
- 256.Magnago TSBS, Lisboa MTL, Griep RH, Kirchhof ALC, Camponogara S, Nonnenmacher CQ et al. Condições de trabalho, características sociodemográficas e

distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. Acta Paul Enferm 2010; 23(2): 187-93.

257.Vieira CEC, Barros VA, Lima FPA. Uma abordagem da psicologia do trabalho, na presença do trabalho. Psicol Rev [Internet] 2007 [citado em 2010 dez 4]; 13(1): 155-68. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/viewArticle/266>.

258.Hayden DCJA; Tulder MWV, Tomlinson G. Systematic Review: Strategies for Using Exercise Therapy To Improve Outcomes in Chronic Low Back Pain. Annals Intern Med [Internet]. 2005 [cited 2011 abr 3]; 142(9):776-785. Available from: <http://www.annals.org/content/142/9/776>.

259.Coury HJCG, Moreira RFC, Dias NB. Efetividade do exercício físico em ambiente ocupacional para controle da dor cervical, lombar e do ombro: uma revisão sistemática. Rev Bras Fisioter 2009; 13(6): 461-79.

260.Trinquet, P. trabalho e educação: o método ergológico. Revista HISTEDBR On-line [Internet]. 2010 [citado 2010 set 12]; num. esp.: 93-113. Disponível em: http://www.histedbr.fae.unicamp.br/revista/edicoes/38e/art07_38e.pdf.

261.Silva ACB, Athayde M. O Programa de Saúde da Família sob o ponto de vista da atividade: uma análise das relações entre os processos de trabalho, saúde e subjetivação. Rev Bras Saúde Ocup. 2008; 33 (117): 23-35.

262.Ministério da Saúde(BR).Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ). Riscos Físicos [Internet]. Brasília (BR); 2011 [citado 2010 fev 9]. Disponível em: http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/lab_virtual/riscos_fisicos.html.

263.Associação brasileira de normas técnicas. NBR 10.152. Níveis de ruído para conforto acústico. Rio de Janeiro: ABNT; 1987.

264.Jodas DA, Haddad MCL. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. Acta Paul Enferm 2009; 22(2): 192-97.

265.Calderero ARL, Miasso AI, Corradi-Webster CM. Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de Pronto Atendimento. Rev Eletr Enf [Internet]. 2008; 10(1): 51-62. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a05.htm>.

266. Brito J, Athayde M. Trabalho, educação e saúde: o ponto de vista enigmático da atividade Rev Educação, Saúde e Trabalho 2003; 1(2): 63-89.

267.Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Fichas Temáticas. Municípios e Comunidades Saudáveis - Ambientes de Trabalho Saudáveis [Internet]. 2010 [citado em 2011 mai 23]. Disponível em: http://www.paho.org/Portuguese/AD/SDE/HS/MCS_Fichas.pdf.

268.Silva EF, Brito J, Neves MY, Athayde M. Health promotion from work situations: points relating to an experience among public school workers. Interface - Comunic. Saude Educ. 2009; 13(30): p.107-19.

269.Souza WF, Athayde M. Com quantos gestos se faz uma gestão em saúde? Tempus Actas de Saúde Coletiva [Internet]. 2011[citado em 2011 jul 20]; 5(1): 113-35. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/923/933>.

270.Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2009.

271.Vasconcelos R, Lacomblez M. Entre a auto-análise do trabalho e o trabalho de auto-análise: desenvolvimentos para a psicologia do trabalho a partir da promoção da segurança e saúde no trabalho. In: Figueiredo M, Athayde M, Brito J, Alvarez D (org). Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A; 2004. p.161-87.

272.Ministério da Saúde (BR). Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24h [Internet]. Brasília (DF); 2010 [citado 2010 dez 4]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1465.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: **Situação de trabalho da enfermagem em uma instituição de atenção básica à saúde: saberes e práticas**

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS: A pesquisa se **justifica** à medida que expõe um fenômeno comum no trabalho da enfermagem, qual seja, a exposição aos riscos ocupacionais e reveste-se de relevância quando pretende abordar as condições de trabalho e os riscos ocupacionais, a partir do cotidiano de trabalho e dos saberes dos trabalhadores, visando identificar suas implicações à saúde do trabalhador. **O objetivo deste estudo é** Compreender a situação de trabalho da enfermagem, a partir dos conceitos, saberes e valores expressos e praticados por profissionais de enfermagem para a gestão dos riscos ocupacionais sob o enfoque da ergologia.

Os procedimentos para coleta de dados serão: Inicialmente, será realizada uma entrevista com a enfermeira responsável pelo Programa de Saúde do Trabalhador do Município, a seguir serão entrevistados os integrantes da equipe de enfermagem e, posteriormente, serão feitas observações acerca do processo de trabalho da enfermagem e a interface com os riscos ocupacionais. Após a análise preliminar dos dados, as categorias analíticas serão apresentadas aos participantes para sua validação. Para tanto, serão agendados encontros grupais com os sujeitos envolvidos no estudo.

DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS: Existe um desconforto mínimo para você ao se submeter à entrevista e à observação.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

O(s) pesquisador(es) irá(ão) tratar a sua identidade com sigilo. Os resultados da pesquisa serão disponibilizados pelo pesquisador aos sujeitos da pesquisa em momento oportuno. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada pela pesquisadora e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você e não terá nenhuma compensação financeira adicional.

Eu, _____, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim o desejar. A professora orientadora, Dra. Liana Lautert, e a doutoranda Rosane Teresinha Fontana certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que, caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas, poderei chamar a pesquisadora Rosane Teresinha Fontana ao telefone (55) 99830086. Declaro que concordo em participar deste estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome	Assinatura do Participante	Data
Nome	Assinatura do Pesquisador	Data
Nome	Assinatura da Orientadora	Data

APÊNDICE B - Entrevista com Informante-Chave**A. Dados de Identificação do Serviço**

1. Tipos de atendimentos/programas/políticas:
2. Número de atendimento mensal:
3. Número servidores ativos:
 - serviços gerais:
 - apoio administrativo:
 - farmacêuticos:
 - psicólogos:
 - equipe de enfermagem:
 - * enfermeiros:
 - * técnicos em enfermagem:
 - * auxiliares de enfermagem:
 - médicos:
 - odontólogos:
 - outros:.....quais.....

B. Dados Sobre o Serviço de Enfermagem

1. Horários e turnos de trabalho:
2. Taxa de absenteísmos, licenças/afastamentos e acidentes de trabalho mensais em 2009 e suas causas:
3. Benefícios oferecidos ao servidor desta unidade:

C. Dados Sobre o Processo de Trabalho

1. Qual sua percepção sobre as relações interpessoais na equipe?
2. Quais as principais dificuldades encontradas no processo de trabalho da enfermagem?

D. Dados Sobre a Prevenção da Exposição a Riscos

1. Que Programa de Prevenção dos Riscos ambientais são desenvolvidos na UBS?
2. Que ações são desenvolvidas para a prevenção e promoção da saúde do trabalhador da UBS?
3. Há ações de educação, mapeamento e regulação dos riscos ocupacionais? Fale sobre isso.
4. Qual sua percepção sobre a atenção à saúde do trabalhador de enfermagem da UBS?

APÊNDICE C - Entrevista com a Equipe de Enfermagem

A. Dados de Identificação e de Saúde

1. Sexo () M () F Idade.....

2. Formação:

() enfermeiro () com especialização

() técnico em enfermagem

() auxiliar de enfermagem

3. Tempo de trabalho no serviço _____ anos e _____ meses

4. Número de jornadas de trabalho e/ou estudo

() 1

() 2 Local:Turnos:..... () M () T () N () V

() 3 Local:.....Turnos:..... () M () T () N () V

5. Situação de saúde no último ano

Imunizações: () Sim () Não

Em caso positivo, quais:

hepatite B () esquema completo () esquema não completo

tétano () esquema completo () esquema não completo

febre amarela () tuberculose () outra

6. Licença por motivo de saúde no último ano?

() Sim () Não

Motivo:

Tempo..... em dias

Mais que uma licença?

() Sim () Não

Motivo:

Tempo.....em dias.....

7. Queixas de desconforto físico decorrente do trabalho no último ano?

Se sim, qual?.....

Duração:.....

Causa:.....

Tratamento :.....

8. Queixas de desconforto mental decorrente do trabalho no último ano?

Se sim,

Qual.....

Duração:.....

Causa:.....

Tratamento:

9.Prática de atividades de lazer ()Sim ()Não

Qual.....Frequência.....

B. Condições de Trabalho e Riscos

1. Fale sobre as condições de trabalho oferecidas a você nesta instituição?
2. Você está satisfeito com as condições de trabalho que lhe são oferecidas?
Por quê?
3. Como você avalia as condições do ambiente de trabalho tomando como base a iluminação, ruído, temperatura – calor/frio, umidade, ventilação –, mobiliário, conforto, limpeza, área física, condições sanitárias, equipamentos e materiais de trabalho, relacionamento interpessoal, carga horária, supervisão, rotina de trabalho, exposição a outros riscos físicos, biológicos, químicos, ergonômicos, mecânicos, psicossociais.
4. Há disponibilidade de EPI no serviço? Quais?
5. O trabalho lhe oferece riscos? Se sim, qual (is) e por quê?
6. O que é feito na instituição para minimizar os riscos ocupacionais, evitar AT e adoecimento do trabalhador?
7. Como você avalia estas condutas? Por quê?
8. No último ano sofreu algum acidente de trabalho? Em caso positivo,
 - em qual segmento corporal?
 - houve notificação? se sim, onde?
 - estava usando EPI?
 - a que você atribui o AT?
- 9- O que você faz para prevenir AT e o seu adoecimento pelo trabalho?
10. Já sofreu ou sofre alguma forma de violência no trabalho? Em caso positivo, de que tipo?
11. Houve notificação? Em caso positivo, a quem?
12. O que lhe dá prazer ou satisfação no trabalho?
13. O que lhe faz sofrer ou ficar insatisfeito no trabalho?
14. O que faz ou fez no seu trabalho para trabalhar melhor?
15. O que faz fez na sua vida para trabalhar melhor?

C. Relações Interpessoais

1. Como você descreveria as relações interpessoais entre:

- equipe de enfermagem:
- equipe e coordenação:
- equipe e gestor:
- equipe de saúde e equipe de enfermagem:
- equipe e usuário:

2. Qual sua avaliação quanto à qualidade dessas relações?

APÊNDICE D – Roteiro de observação participante da situação de trabalho**Dia:****Local:****Horário:**

Observação	Comentários

APÊNDICE E - Roteiro de observação sistemática da área física e condutas dos trabalhadores

Nome da Sala Observada:

<u>A. Exposição a Riscos Biológicos</u>	Observações
<ol style="list-style-type: none"> 1. Área física e prática da higienização das mãos e condições sanitárias 2. Área para alimentação e guarda de alimentos 3. Disponibilização e uso de EPI 4. Higienização dos uniformes da equipe 5. Higienização dos materiais e instrumentos de trabalho 6. Revestimento dos mobiliários 7. Tipo e manuseio de perfuro-cortantes 8. Acondicionamento e tratamento dos fluidos orgânicos <p>Outros:</p> <p><u>B. Exposição a Riscos Químicos</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rotulagem dos produtos químicos 2. Manipulação ou fracionamento de produtos químicos e reutilização das embalagens 3. Transporte de produtos químicos 4. Áreas de armazenamento de produtos químicos 5. Quanto à utilização de gases: local de armazenamento, identificação, vazamentos, movimentação de cilindros, temperaturas, válvulas 6. Tratamento de materiais (limpeza, desinfecção e esterilização) 7. Outros <p><u>C. Manipulação de Resíduos</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tipos de sacos plásticos 2. Segregação dos resíduos 3. Tipos e condições dos recipientes usados na segregação 4. Transporte do recipiente de segregação 5. Condições da sala de armazenamento temporário dos recipientes de resíduos 6. Transporte dos resíduos para a área de armazenamento 	

externo

7. Local do armazenamento externo dos resíduos
8. Pessoal e EPI específico para transporte de resíduos
9. Programa de gerenciamento de resíduos
10. Outros

D. Exposição a Riscos Ergonômicos e Mecânicos

1. Arranjo/ espaço/ dimensões da sala, nº de pessoas presentes (trabalhadores, pacientes, outros)
2. Disposição/ quantidade/qualidade do mobiliário
3. Dispositivos/mecanismos de acesso a locais altos e baixos
4. Procedimentos de movimentação e postura nas atividades
5. Transporte e uso de materiais e equipamentos
6. Dispositivos/mecanismos de segurança (segurança humana, extintor/ condições sanitárias da área física, sinalização)

E. Exposição a Riscos Psicossociais

1. Violência
2. Sobrecarga
3. Relações interpessoais
4. Sinais de cansaço, desânimo
5. Ritmo de trabalho
6. Dinâmica do processo de trabalho

F. Condições Sanitárias

Condições de limpeza e conservação da área física, condições relativas à alimentação/refeição do trabalhador, aos odores, ao sistema de exaustão

G. Exposição a Riscos Físicos (realizado por engenheiro do trabalho com acompanhamento da pesquisadora)

1. Temperatura
 - Aferição da temperatura
 - Condições climáticas do dia
 - Umidade relativa
 - Temperatura máxima e mínima

2. Iluminação*

Aferição do nível de iluminamento

Artificial/ natural

Lâmpadas

Cor do ambiente

* (De acordo com NR 9⁽²¹⁾ e OPAS⁽¹⁹⁾ classifica-se como agente ergonômico)

3. Ruído

Aferição do ruído

Fontes do ruído

Características gerais do ruído

APÊNDICE F - Termo de Autorização do Gestor

Data.....

Prezado Senhor,

Estamos desenvolvendo um estudo sobre a exposição da equipe de enfermagem a riscos físicos, biológicos, químicos, mecânicos, ergonômicos, psicossociais e de acidentes (OPAS, 2001), decorrentes de suas atividades ocupacionais.

Esta pesquisa se refere à elaboração de Tese do Curso de Doutorado, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Para a realização deste estudo, precisamos da colaboração de Vossa Senhoria no que se refere à autorização para entrevistar os profissionais da equipe de enfermagem que atuam nessa instituição, com o objetivo de levantamento de dados para a presente pesquisa.

Da mesma forma, solicitamos a Vossa Senhoria permissão para realizar algumas observações quanto às condições gerais da instituição nas suas diversas áreas. Comprometemo-nos a manter sigilo sobre a identificação dos participantes do estudo e instituição. O nome do serviço e dos profissionais serão fictícios.

Contando com sua preciosa colaboração e apoio, antecipamos agradecimentos.

Atenciosamente

Rosane Teresinha Fontana

Aluna do Curso de Doutorado em
Enfermagem
Escola de Enfermagem da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul /EEUFRGS

Dr^a. Liana Lautert

Profa. Orientadora do Curso de Doutorado em
Escola de Enfermagem da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul/ EEUFRS

Ilmo. Sr. _____

Gestor Municipal de Saúde

APÊNDICE G - Termo de Ciência

Eu,....., gestor desta instituição de saúde, mediante apreciação do projeto de pesquisa intitulado “**Situação de trabalho da enfermagem em uma instituição de atenção básica à saúde: saberes e práticas**”, aprovado pelo comitê de ética da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – campus Santo Ângelo – sob o número.....,estou ciente da realização da mesma nesta Instituição de Saúde e aprovo sua realização.

Data.....

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa**UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO
ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES**

Reconhecida pela Portaria Ministerial nº 708 de 19/05/92 - D.O.U. de 21/05/92
Mantida pela Fundação Regional Integrada - FuRI

Santo Ângelo, 19 de maio de 2010.

Prezado (a) Senhor (a).

O Comitê de Ética em Pesquisa da URI-Campus de Santo Ângelo aprovou, o projeto de pesquisa registrado sob o nº.0033-4/PPH/10 intitulado: "A situação de trabalho da enfermagem em uma instituição de atenção básica à saúde sob a perspectiva da ergologia: saberes expressos e práticas na prevenção e controle dos riscos ocupacionais.", sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Rosane Teresinha Fontana.

Reiteramos que um relatório anual, do projeto em andamento, deverá ser apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP – SAN) URI – Santo Ângelo.

Atenciosamente,


Lizete Dieguez Piber

**Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
URI – Campus de Santo Ângelo**



ANEXO B - Laudo Técnico

MEDICINA DO TRABALHO
ROMEU E. WEIERBACHER Eng^o de Segurança do Trabalho

LAUDO TÉCNICO**SOBRECARGA TÉRMICA / CONFORTO TÉRMICO / RUÍDO /
ILUMINAMENTO****1. APRESENTAÇÃO**

Este relatório de avaliação ambiental de CONFORTO TÉRMICO e do RUÍDO junto ao POSTO DE SAÚDE [REDACTED]

[REDACTED] foi realizado por solicitação da Professora Rosane Fontana, para auxiliar a doutoranda a fundamentar sua tese. Foram realizados levantamentos somente nas salas onde laboram enfermeiros e/ou técnicos de enfermagem.

Portanto, como prestador de serviço e responsável pelo presente, eu, Romeu Emilio Weierbacher, Engenheiro de Segurança do Trabalho CREA-RS 34801 julgo-me qualificado e, logo, apto para a realização dos trabalhos solicitados.

2. OBJETIVO

A avaliação da temperatura do ambiente para determinação da existência de sobre carga térmica, com risco potencial de dano a sua saúde dos trabalhadores do local.

Quanto ao conforto térmico para verificação da temperatura efetiva junto aos postos de trabalho no ambiente do posto avaliado.

Medição do nível de pressão sonora (NPS) para avaliar o impacto ambiental do ruído junto ao ouvido dos servidores do referido posto de saúde.

3. LOCALIZAÇÃO E DATA DA AVALIAÇÃO

Solicitante: **Doutoranda ROSANE FONTANA**
Local: **POSTO DE SAÚDE MUNICIPAL [REDACTED]**

Endereço: [REDACTED]

Bairro: [REDACTED]

Cidade: [REDACTED]

Data da Avaliação: **23 de junho de 2010.**

4. TERMINOLOGIA E DEFINIÇÕES

NBR 10152: Norma brasileira que estabelece os níveis de ruídos.

LEQ: nível sonoro equivalente contínuo calculado através de uma fórmula baseada no princípio de igual energia. É uma função de

integração usada em ambientes para definir o valor contínuo do ruído equivalente em energia ao existente no local.

L_{max}: nível de ruído máximo existente no local durante as medições. Representa o ruído que ocorreu acima de 0,1% do tempo de medição.

dB(A): valor em decibéis que simula a curva de resposta do ouvido humano.

L_n: nível de ruído estatístico em dB(A) representativo do tempo de medição. A análise estatística pode ser baseada em registros analógicos ou digitais do nível sonoro. Para fins de avaliação dos NPS ambientais pode ser suficiente em certos casos determinar-se a distribuição estatística, observando-se as leituras do medidor de nível sonoro em intervalos de tempo através da técnica do histórico de amostragem.

Detecção (lenta e rápida): os aparelhos usados para monitorar o ruído apresentam internamente circuitos de detecção lenta e rápida. No nosso caso, foi utilizada a detecção lenta (slow).

NPS: nível de pressão sonora.

Ruído de Fundo: todo e qualquer ruído proveniente de uma ou mais fontes sonoras, que esteja sendo captado durante o período de medição e que não seja proveniente da fonte objeto das medições.

5. NORMAS DE REFERÊNCIA

- | | |
|--------------------|---|
| [1] NBR 10152/2000 | Estabelece Níveis de Ruído para Conforto Acústico; |
| [2] NR-15 | Norma Regulamentadora número quinze, atividades e operações insalubres da Portaria nº3.214, de 08/06/1978, das normas relativas a Segurança e Medicina do Trabalho. |
| Anexo 3 | Limites de Tolerância para exposição ao calor. |
| [3] NR-17 | Norma Regulamentadora número dezessete, ergonomia, da Portaria nº3.214, de 08/06/1978, das normas relativas a Segurança e Medicina do Trabalho. |

6. PREMISSAS TÉCNICAS

As medições de temperatura devem ser realizadas com termômetros de bulbo seco, bulbo úmido e anemômetro. As medições de ruído devem ser efetuadas com medidor de nível de pressão sonora (NPS) como especificado na Norma ISSO/IEC 60804 – Decibelímetro. Deve ser utilizada a escala de compensação “A” e respostas de leitura lenta (slow).

7. METODOLOGIA EMPREGADA NAS MEDIÇÕES

Nos procedimentos de medição para avaliação do conforto térmico do ambiente do posto foi utilizado o que preconiza no item 17.5.2 a, b, c, e d, a letra a) com recomendação do item 17.5.2.1 pela “não correlação apresentada com aquelas relacionadas na NBR 10152” utilizamos o nível de 65 dB(A).

Nota: utilizou-se um barra-vento para evitar interferências do vento nas medições.

8. EQUIPAMENTOS E RASTREABILIDADE

ANALISADOR MULTI-FUNÇÕES:

Modelo: THAL-300

Marca: Instrutherm

Nº Série: Q512537

Certificado: calibrado em 14.04.2010 (certificado de calibração nº40.224.A-04.10)

Função: medição da temperatura do ar, velocidade do vento e umidade do ar.

CALIBRADOR:

Modelo: 887-2; 94-114 dB em 1000 Hz.

Marca: Simpson

Classe: 2

Certificado: calibrado no INMETRO em 2009 (Certif. Labelo nºA0073/2009)

Função: Fornecer nível de sinal conhecido antes e após as medições.

DOSÍMETRO:

Modelo: 897

Marca: Simpson

Tipo: 2

Especificação para dose: ANSI S1.25-1978 e S1.4-1993

Certificado: calibrado no INMETRO em 2009 (Certif. Labelo nºA0082/2009)

Função: medição do nível de pressão sonora.

Nota: certificados de calibração em anexo.

9. CONSIDERAÇÕES

O posto de saúde onde foi realizada a avaliação é um posto de saúde com área aproximada de mil metros quadrados, com pé direito regulamentar, piso cerâmico coberto por piso vinílico em chapas, forro em alvenaria, pintado na cor branca, ventilação natural por meio das portas e janelas, auxiliado aparelhos de ar condicionado em algumas salas em outras climatizadores e também são utilizados aquecedores elétricos durante o inverno, iluminação natural auxiliada por lâmpadas fluorescentes. Composto basicamente por dois blocos (frente e fundos).

No bloco da frente foram avaliados corredores utilizados como locais de espera pelos usuários, e os seguintes setores: sala de vacinação, sala do EEG, SEMAPHAD, DST/AIDS com duas salas.

No bloco dos fundos foram avaliados os seguintes setores: Sala de Espera do Pronto Atendimento (PA), Corredor de Circulação do PA, CME (centro de Materiais e Esterilização), Sala de Convivência da Enfermagem, Posto de Enfermagem (preparo de medicação/administração de medicação e preparo de materiais), Sala de Emergência e Sala de Recuperação.

Ao iniciar a avaliação foi verificado no ambiente que não existem equipamentos que geram ou emitam calor, assim sendo nada que produza no ambiente a **sobrecarga térmica** e em consequência sem risco potencial de dano à saúde dos servidores do posto de saúde.

A partir daí passamos a avaliar o **conforto térmico** do ambiente.

10. RESULTADOS DAS MEDIÇÕES DA TEMPERATURA

Verificou-se que a temperatura na cidade de naquele dia variou entre 6°C e 22°C, a umidade do ar entre 36 e 86%, vento NNE 15 km/h e o tempo foi bom com sol e algumas nuvens.

Horário (h)	6	9	12
Direção do vento	ENE	ENE	NE
Velocidade do vento km/h	12.24	13.32	16.56
Pressão h/PA	1020	1019	1019
Umidade relativa	74	69	60

Fonte: Climatempo, junho de 2010

Como em [REDACTED] não existe estação climatológica utilizamos os dados abaixo da Estação Automática de [REDACTED] localizada a mais de 70 km.

Data 23/06/2010	10 horas	11 horas	12 horas
Pressão atmosférica horária (mb)	987,1	986,6	985,5
Umidade Relativa horária (%)	65	57	39
Temperatura instantânea (°C)	13,3	16,3	20,0

Fonte: Instituto Nacional de Meteorologia, junho de 2010

Todas as avaliações foram realizadas na manhã do dia 23 de junho de 2010.

Avaliações realizadas no bloco da frente do posto de saúde:

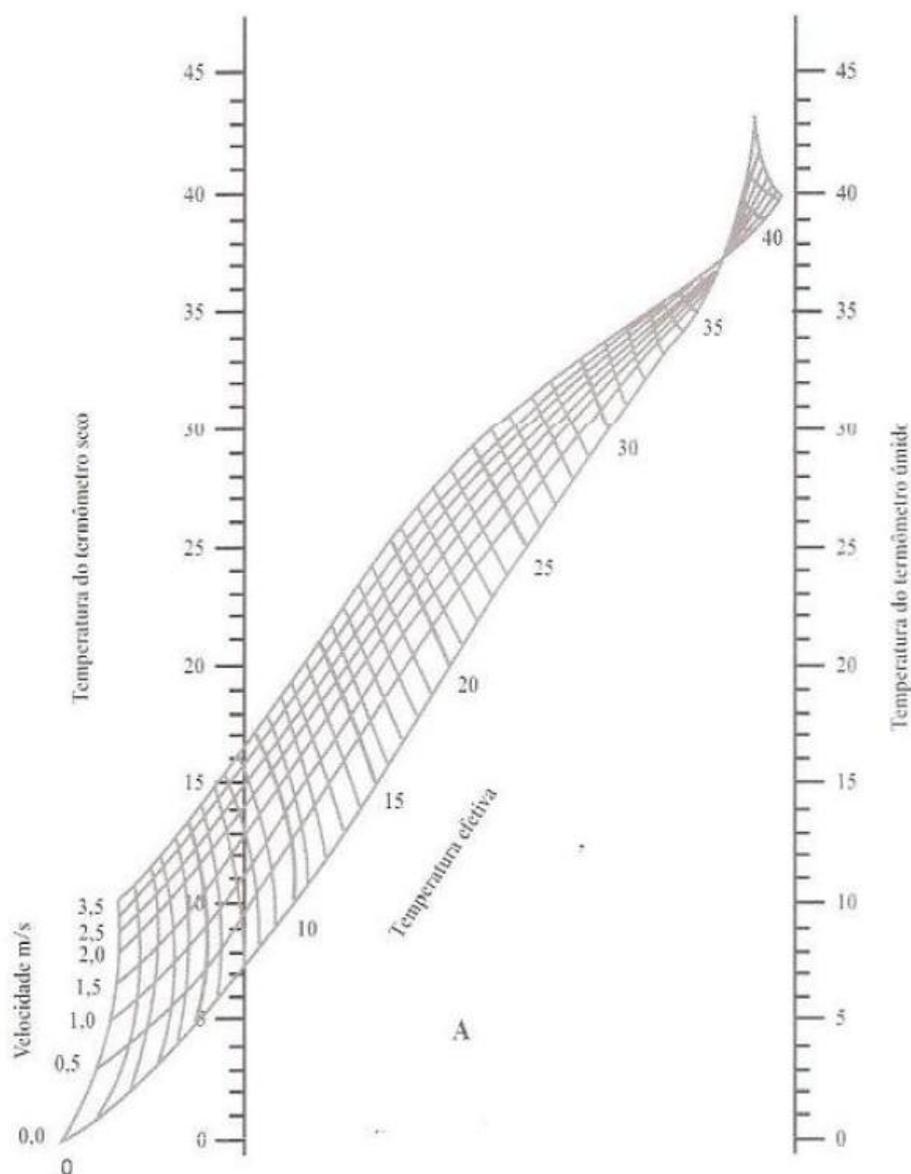
Local	Umidade relativa %	Velocidade do ar m/s	Temperatura °C		
			Úmido	Seco	Globo
Sala de vacina	63,6	0,1	14,6	18,7	17,6
Sala do EEG	63,2	0,1	13,2	16,2	16,1
SEMAPHAD	63,6	0,1	14,1	17,2	17,8
Sala 1 DST/AIDS	64,5	0,1	15,2	18,5	18
Sala 2 DST/AIDS	65,9	0,1	15,9	18,8	18,5

Avaliações realizadas no bloco dos fundos do posto de saúde:

Local	Umidade relativa %	Velocidade do ar m/s	Temperatura °C		
			Úmido	Seco	Globo
Pronto Atendimento (PA)	-	-	-	-	-
Sala de Espera	55,0	0,4	13,0	16,6	17
Corredor de Circulação	55,7	0,3	13,2	17,2	17,6
CME	61,5	0,1	14,0	18,0	17,4
Sala Convivência Enf.	60,6	0,0	13,9	17,1	16,8
Posto de Enfermagem	61,5	0,1	14,8	18,2	17,8
Curativos "A"	58,2	0,1	14,5	17,9	17,7
Curativos "B"	57,6	0,1	14,5	17,8	17,7
Emergência	58,1	0,1	14,5	18,1	17,4
Recuperação	60,3	0,2	14,5	17,7	17,7

Observação:

Este ábaco foi extraído do livro Ergonomia Aplicada ao trabalho: Manual técnico da Máquina Humana do autor Hudson de Araújo Couto da editora ERGO, 1995 vol. 1.



Analisamos os dados captados dos ambientes do Posto de Saúde durante a avaliação realizada a velocidade do ar entre 0,1 m/s e 0,4m/s, a umidade relativa do ar entre 65,9% e 55% e a temperatura efetiva após a utilização do ábaco acima permaneceu entre 15°C e 17°C.

11. RESULTADO DAS MEDIÇÕES DE RUÍDO

Levantamento realizado pelo Dosímetro Simpson:

O dosímetro foi calibrado às 9h do dia 23/06/2010 e transportado de local em local sendo utilizado na função de sonômetro (decibelímetro), captando os ruídos produzidos por equipamentos, servidores e usuários. As medidas foram pontuais nestes locais e foram encontrados os seguintes valores:

Local	Valor Encontrado	Recomendado pela NBR 10152
Sala de vacina	71,5 dB(A)	45 dB(A)
Sala do EEG	75,4 dB(A)	50 dB(A)
Corredor Sala vacina	62,4 dB(A)	55 dB(A)
Hall Central – próximo a recepção	64,4 dB(A)	55 dB(A)
SEMAPHAD	55,1 dB(A)	50 dB(A)
Corredor SEMAPHAD	63,8 dB(A)	55 dB(A)
Sala 1 DST/AIDS	56,6 dB(A)	55 dB(A)
Sala 2 DST/AIDS	56,5 dB(A)	55 dB(A)
Pronto Atendimento (PA)	-	-
Sala de Espera	64,1 dB(A)	55 dB(A)
Corredor de Circulação	63,2 dB(A)	55 dB(A)
CME	53,2 dB(A)	50 dB(A)
Sala Convivência Enf.	57,9 dB(A)	50 dB(A)
Posto de Enfermagem	63 dB(A)	55 dB(A)
Curativos "A"	55 dB(A)	55 dB(A)
Curativos "B"	55 dB(A)	55 dB(A)
Emergência	55 dB(A)	55 dB(A)
Recuperação	55 dB(A)	45 dB(A)

12. RESULTADOS DAS MEDIÇÕES DA ILUMINAÇÃO

O levantamento do iluminamento dos ambientes foi realizado sobre as bancadas de trabalho, quando não existiam foram medidas um metro acima do piso.

Local	Valor Encontrado – LUX	Nível Recomendado pela NBR-5413
Sala de vacina – centro	330	200
Preparo das vacinas	343	500
Mesa de BCG	380	500

Sala do EEG – Mesa	113	500
Sala do EEG - Maca	120	200
Corredor Sala vacina - em baixo da lâmpada	183	100
Corredor Sala vacina - centro	60	100
Hall central próximo a recepção – abaixo da lâmpada	255	100
Hall central próximo a recepção – centro	181	100
SEMAPHAD mesa 1	161	500
SEMAPHAD mesa 2	158	500
Corredor SEMAPHAD – em baixo das lâmpadas	189	100
Corredor SEMAPHAD – sem lâmpadas	50	100
Sala 1 DST/AIDS	175	500
Sala 2 DST/AIDS	126	500
Pronto Atendimento (PA)	-	-
Sala de Espera	360	150
Corredor de Circulação	300	100
CME	110	500
Sala Convivência Enf.	95	200
Posto de Enfermagem	220	500
Curativos “A”	400	500
Curativos “B”	380	500
Emergência - entrada	340	500
Emergência – junto a pia	100	150
Emergência – mesa cirúrgica sem o refletor	250	500
Recuperação leito	300	150

13. CONCLUSÃO

Conforme NR-17 no item:

17.5.2. Nos locais de trabalho onde são executadas atividades que exijam solicitação intelectual e atenção constantes, tais como: salas de controle, laboratórios, escritórios, salas de desenvolvimento ou análise de projetos, dentre outros, são recomendadas as seguintes condições de conforto:

- a) níveis de ruído de acordo com o estabelecido na NBR 10152, norma brasileira registrada no INMETRO;
- b) índice de temperatura efetiva entre 20oC (vinte) e 23oC (vinte e três graus centígrados);
- c) velocidade do ar não superior a 0,75m/s;
- d) umidade relativa do ar não inferior a 40 (quarenta) por cento.

também na literatura analisada a recomendação para o conforto térmico acima é para locais onde é realizado "TRABALHO INTELECTUAL" .

Nos locais avaliados neste Posto de Saúde, portanto quanto ao item 17.5.2

letra "a" – na maioria estão acima dos níveis de ruído estabelecidos pela norma;

letra "c" – a velocidade do ar está dentro dos parâmetros;

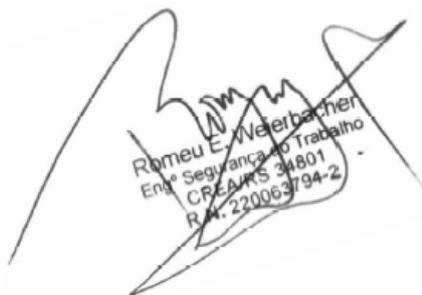
letra "d" – a umidade relativa do ar está conforme a determinação da norma;

letra "b" – a temperatura efetiva no interior do posto variou entre 15°C e 17°C nos dias portanto bastante abaixo dos parâmetros estabelecidos pela norma.

Verificamos também que a temperatura efetiva permaneceu baixa devido à umidade que variou entre 55% e 65,9%, justamente porque o levantamento foi realizado durante o inverno, temperaturas baixas e alta umidade.

A iluminação está muito abaixo do recomendado pela norma, existem poucas lâmpadas instaladas, na maioria lâmpadas econômicas, algumas queimadas.

Santo Ângelo (RS), 01 de dezembro de 2010.



Romeu E. Weierbacher
Eng^o Segurança do Trabalho
CREA/RS 34801
R.N. 220063794-2

14. BIBLIOGRAFIA

- ENGENHARIA E MEDICINA DO TRABALHO. *Manuais de Legislação Atlas. Fundacentro*. 65ª Ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- ARAÚJO, Giovanni Moraes de. *Normas Regulamentadoras Comentadas*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Verde, 2003.
- PRIMO, A. Brandmiller. *Perícia Judicial em Acidentes e Doenças do Trabalho*. São Paulo: Editora Senac, 1996.
- COUTO, Hudson de Araujo. *Ergonomia aplicada ao trabalho: Manual Técnico da Máquina Humana*. 1ª ed. Belo Horizonte: Ergo, 1995.

LAUDO TÉCNICO COMPLEMENTAR

SOBRECARGA TÉRMICA / CONFORTO TÉRMICO / RUÍDO / ILUMINAMENTO

1. APRESENTAÇÃO

Este relatório complementar de avaliação ambiental de CONFORTO TÉRMICO e do RUÍDO junto ao [REDACTED] foi realizado por solicitação da Professora Rosane Fontana, para outras salas que não foram avaliadas em 23 de junho de 2010.

2. OBJETIVO

Tem como objetivo a complementação do Laudo realizado em 23 de junho de 2010.

3. LOCALIZAÇÃO E DATA DA AVALIAÇÃO

Solicitante: **Doutoranda ROSANE FONTANA**

Local: [REDACTED]

Endereço: [REDACTED]

Bairro: [REDACTED]

Cidade: [REDACTED]

Data da Avaliação: **06 de janeiro de 2011.**

4. TERMINOLOGIA E DEFINIÇÕES

5. NORMAS DE REFERÊNCIA

6. PREMISSAS TÉCNICAS

7. METODOLOGIA EMPREGADA NAS MEDIÇÕES

8. EQUIPAMENTOS E RASTREABILIDADE

Dos itens 4 a 8 são os mesmos do laudo técnico realizado em 23 de junho de 2010.

9. CONSIDERAÇÕES

Os locais do posto de saúde onde foi realizada a avaliação possuem a mesma descrição anterior. O que mudou foi o uso de um condicionador

de ar tipo split na farmácia de dispensação. Já na sala de lanches verificamos que só existe a porta de acesso a sala, pois a mesma foi projetada e construída para atender o setor de Raio-X e ali seria a sala escura (local de revelação do Raio-X), como o setor de radiologia não foi ativado a sala está sendo utilizada para lanches dos servidores do posto de saúde. O entorno é um corredor de acesso que também atende o setor depósito da farmácia de dispensação, nestes locais não é aberto nenhuma janela existente. Este levantamento foi realizado no verão.

10. RESULTADOS DAS MEDIÇÕES DA TEMPERATURA

Verificou-se que a temperatura na cidade de naquele dia variou entre 22°C e 31°C, a umidade do ar entre 71 e 30%, vento SSE 06 km/h e o tempo bom com sol.

Horário (h)	8h 30 min
Direção do vento	SSE
Velocidade do vento km/h	6,00
Pressão h/PA	1020
Umidade relativa	71

Fonte: Climatempo, janeiro de 2011

Todas as avaliações foram realizadas na manhã do dia 06 de janeiro de 2011.

Avaliações realizadas no bloco da frente do posto de saúde:

Local	Umidade relativa %	Velocidade do ar m/s	Temperatura °C		
			Úmido	Seco	Globo
Sala da Farmácia de dispensação de medicamentos	50,4	0,1	18,8	23,3	25,2

Avaliações realizadas no bloco dos fundos do posto de saúde:

Local	Umidade relativa %	Velocidade do ar m/s	Temperatura °C		
			Úmido	Seco	Globo
Sala de Lanches	70,2	0,0	24,9	28,3	28,2
Espaço de circulação no entorno da sala de lanches	70,2	0,1	24,7	27,9	28,4

11. RESULTADO DAS MEDIÇÕES DE RUÍDO

Levantamento realizado pelo Dosímetro Simpson:

As medidas foram pontuais nestes locais e foram encontrados os seguintes valores:

Local	Valor Encontrado	Recomendado pela NBR 10152
Farmácia	66,0 dB(A)	50 dB(A)
Sala de Lanches	30,0 dB(A)	50 dB(A)
Entorno	40 dB(A)	50 dB(A)

12. RESULTADOS DAS MEDIÇÕES DA ILUMINAÇÃO

O levantamento do iluminamento dos ambientes foi realizado sobre as bancadas de trabalho, quando não existiam foram medidas um metro acima do piso.

Local	Valor Encontrado – LUX	Nível Recomendado pela NBR-5413
Farmácia - Computador	74	500
Farmácia - Atendimento	140	300
Farmácia - Geral	86	150
Sala de Lanches	40	150
Em torno sala de lanches	210	100

13. CONCLUSÃO

Conforme NR-17 no item:

17.5.2. Nos locais de trabalho onde são executadas atividades que exijam solicitação intelectual e atenção consta tais como: salas de controle, laboratórios, escritórios, salas de desenvolvimento ou análise de projetos, dentre ou são recomendadas as seguintes condições de conforto:

- a) níveis de ruído de acordo com o estabelecido na NBR 10152, norma brasileira registrada no INMETI
- b) índice de temperatura efetiva entre 20oC (vinte) e 23oC (vinte e três graus centígrados);
- c) velocidade do ar não superior a 0,75m/s;
- d) umidade relativa do ar não inferior a 40 (quarenta) por cento.

também na literatura analisada a recomendação para o conforto térmico acima é para locais onde é realizado "TRABALHO INTELECTUAL" .

Nos locais avaliados neste laudo complementar, quanto ao item 17.5.2 letra "a" – somente na farmácia o ruído está acima do estabelecido na norma, nos demais não existe ruído;

letra "c" – a velocidade do ar está dentro dos parâmetros;

letra "d" – a umidade relativa do ar está conforme a determinação da norma;

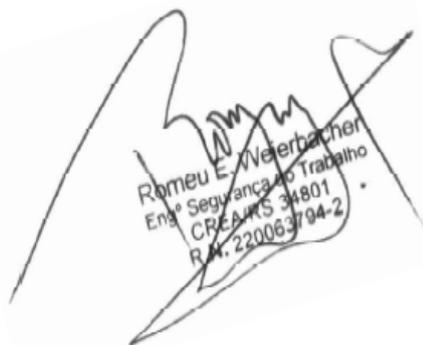
letra "b" – a temperatura efetiva no interior da farmácia foi de 21,8°C dentro da norma. Porém na sala de lanches e no entorno ficou entre 26,4 e 26,8°C, portanto acima dos parâmetros estabelecidos pela norma.

Verificamos que a temperatura efetiva da farmácia permaneceu na norma devido à existência do ar condicionado com baixa umidade do ar.

Já na sala de lanches totalmente anti ergonômica pela escuridão e falta de ventilação, com temperatura e umidade alta.

A iluminação está muito abaixo do recomendado pela norma, existem poucas lâmpadas instaladas, metade delas queimadas. Somente o entorno que está com iluminação acima da recomendada.

Santo Ângelo (RS), 08 de março de 2011.



Romeu E. Weierbacher
Eng^o Segurança do Trabalho
CREA/RS 34801
R.N. 220063794-2

14. BIBLIOGRAFIA

- ENGENHARIA E MEDICINA DO TRABALHO. *Manuais de Legislação Atlas. Fundacentro*. 65^a Ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- ARAÚJO, Giovanni Moraes de. *Normas Regulamentadoras Comentadas*. 4^a ed. Rio de Janeiro: Verde, 2003.
- PRIMO, A. Brandmiller. *Perícia Judicial em Acidentes e Doenças do Trabalho*. São Paulo: Editora Senac, 1996.
- COUTO, Hudson de Araujo. *Ergonomia aplicada ao trabalho: Manual Técnico da Máquina Humana*. 1^a ed. Belo Horizonte: Ergo, 1995.