

# Universidade Católica de Brasília

PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

## *Enfermagem*

IMPLICAÇÕES DO TRABALHO SOBRE A SAÚDE E A  
QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE  
NÍVEL MÉDIO DE ENFERMAGEM DE UM  
HOSPITAL PÚBLICO DO DF

Autora: Nayane dos Santos Cabral

Orientadora: Msc. Leila Bernarda Donato Göttems

Co-orientador: Mario Sérgio Nunes

BRASÍLIA

2008

NAYANE DOS SANTOS CABRAL

IMPLICAÇÕES DO TRABALHO SOBRE A SAÚDE E A  
QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE  
NÍVEL MÉDIO DE ENFERMAGEM DE UM  
HOSPITAL PÚBLICO DO DF

Trabalho apresentado ao curso de graduação em Enfermagem da Universidade Católica de Brasília, como requisito para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

**Orientadora:** Msc. Leila Bernarda Donato Göttems

**Co-orientador:** Mário Sérgio Nunes

Brasília  
2008

Trabalho de autoria de Nayane dos Santos Cabral, intitulado “Implicações do trabalho sobre a saúde e a qualidade de vida dos profissionais de nível médio de enfermagem de um hospital público do DF”, requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, defendida e aprovada em 19 de junho de 2008, pela banca examinadora constituída por:

---

Msc. Leila Bernarda Donato Göttems  
Orientadora

---

Msc. Jacqueline Linhares

---

Mda. Izabel Borges

Brasília  
2008

*Dedico este trabalho a todos os Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, que além de fundamentais no processo terapêutico, representam a essência humana do cuidado, e merecem um olhar especial voltado à relação entre o trabalho e a vida.*

## AGRADECIMENTOS

*A Deus e à espiritualidade amiga, presentes nas realizações da minha vida,  
e a todos que contribuíram para a realização deste estudo, em especial:*

*À Prof<sup>ª</sup> MsC. Leila Bernarda Donato Göttems, por ter me incentivado  
a adotar uma postura responsável e científica.*

*Ao Médico Mário Sérgio Nunes, que contribuiu, sempre com solicitude e empenho, em todas  
as etapas do trabalho, e fez com que eu me entusiasmasse pela saúde do trabalhador.*

*Às pessoas que me ajudaram com sugestões e críticas, pois me incentivaram a melhorar.*

*Aos profissionais do HRC, pela recepção e colaboração para que a pesquisa acontecesse.*

*Aos amigos da UCB, que sempre demonstraram a importância do auxílio mútuo  
e do companheirismo, no cotidiano e na profissão.*

*Aos meus amigos, que me fazem lembrar as infinitas possibilidades de ser feliz.*

*Por fim, à minha família, que sempre me apoiou, e à minha mãe maravilhosa,  
Aires Maria dos Santos Cabral, fonte de valores inestimáveis e insubstituíveis.*

*“O trabalhador não chega a seu local de trabalho como uma máquina nova.*

*Ele possui uma história pessoal que se concretiza por uma certa  
qualidade de suas aspirações, de seus desejos, de suas motivações,  
de suas necessidades psicológicas, que integram sua história passada.*

*Isso confere a cada indivíduo características únicas e pessoais”.*

*(Cristophe Dejours, 1994).*

## RESUMO

O estudo teve como objetivo avaliar os efeitos do trabalho sobre os profissionais de nível médio de enfermagem de um hospital público do DF. Trata-se de um estudo descritivo, teórico e empírico, com abordagem qualitativa e quantitativa. Os dados foram coletados por questionário semi-estruturado. Constituíram-se sujeitos do estudo 30 Técnicos de Enfermagem, que possuíam vínculo estatutário. A maioria pertencia ao sexo feminino (70%); 46,66% eram casados e 30% solteiros; 80% trabalhavam 40 horas semanais; 23,33% possuíam outro emprego; 63% realizavam plantões noturnos e a maioria atuava há menos de 10 anos. As insatisfações quanto ao trabalho se referiram, principalmente, ao quantitativo reduzido do pessoal, à realização de atividades de competência de outros profissionais e à estrutura física do setor, entretanto, a penosidade do trabalho parece ser amenizada pela remuneração elevada. Dos entrevistados, 43,33% afirmaram ter faltado no último ano, na maioria das vezes por problemas de saúde. Constatou-se que 50% dos profissionais apresentavam doenças como hipertensão, hipotireoidismo, tendinite, dorsalgia, insônia, o que nos leva a considerar que muitos têm trabalhado adoecidos; 50% não praticavam atividades físicas, e o consumo de medicações, álcool, cigarro e café demonstrou índices elevados. Dos entrevistados, 83,33% não possuíam tempo adequado para o lazer. Ficou nítido que a relação trabalho-casa-família é tensa, interferindo sobre a vida e a qualidade do trabalho. No contexto estudado, evidenciou-se que o trabalho dos Técnicos de Enfermagem tem prejudicado a saúde e a qualidade de vida destes trabalhadores, essenciais durante o processo de prestação de cuidados no âmbito hospitalar.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Saúde do trabalhador. Trabalho em hospitais. Técnicos de Enfermagem.

## **ABSTRACT**

The study aimed to evaluate the effects of work on the mid-level professional nursing a public hospital of DF. This is a descriptive study, theoretical and empirical, qualitative and quantitative approach. Data were collected by semi-structured questionnaire. 30 Technicians of Nursing were subject of the study, who had established ties. The majority belonged to the female sex (70%); 46.66% were married and 30% unmarried; 80% worked 40 hours weekly, 23.33% had another job, 63% worked at night and the most worked for less than 10 years. The dissatisfaction about the work is mentioned, mainly because of the reduced quantity of staff, the realization of activities of competence of other professionals, and the physical structure of the sector, however, the suffering at work seems to be mitigated by high remuneration. Of the respondents, 43.33% stated they had been absent in the last year, most often by health problems. It was found that 50% of professionals had diseases like hypertension, hypothyroidism, tendonitis, dorsalgia, insomnia, which leads us to believe that many have been worked sick, 50% did not practiced physical activities, and consumption of drugs, alcohol, cigarettes and coffee showed high levels. Of the respondents, 83.33% did not have adequate time for leisure. It was clear that the relationship work-family-home is tense, interfering on the quality of life and work. The context studied showed that the work of Technicians of Nursing has undermined the health and quality of life of these workers, that are essential during the process of care within hospitals.

**Keywords:** Quality of life. Occupational health. Work in hospitals. Technicians of Nursing.



## LISTA DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| <b>Tabela 1</b> – Distribuição dos profissionais de nível médio de Enfermagem do HRC por sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, número de filhos e/ou dependentes, faixa de renda mensal e situação econômica. Brasília-DF, 2008 (n=30) ..... | 41 |
| <b>Tabela 2</b> – Distribuição dos Técnicos de Enfermagem do HRC segundo as horas trabalhadas por semana e a existência de outro vínculo empregatício. Brasília-DF, 2008 (n=30; n=7)* .....  | 46 |
| <b>Tabela 3</b> – Distribuição dos motivos para a realização de plantões noturnos relatados por 19 Técnicos de Enfermagem do HRC. Brasília-DF, 2008 (n=23)* .....  | 48 |
| <b>Tabela 4</b> – Distribuição das opiniões dos Técnicos de Enfermagem do HRC quanto às características do trabalho. Brasília-DF, 2008 (n=30) .....  | 52 |
| <b>Tabela 5</b> – Relação das características das atividades referidas pelos Técnicos de Enfermagem do HRC. Brasília-DF, 2008 (n=30)* .....  | 53 |
| <b>Tabela 6</b> – Distribuição dos motivos para faltas ao trabalho relatados por 13 Técnicos de Enfermagem do HRC. Brasília-DF, 2008 (n=15)* .....   | 54 |
| <b>Tabela 7</b> – Relação dos problemas decorrentes do trabalho relatados pelos Técnicos de Enfermagem do HRC. Brasília-DF, 2008 (n=30)* .....   | 55 |
| <b>Tabela 8</b> – Distribuição das alterações de saúde relatadas por 15 Técnicos de Enfermagem do HRC. Brasília-DF, 2008 (n=24)* .....   | 56 |
| <b>Tabela 9</b> – Distribuição dos Técnicos de Enfermagem do HRC quanto ao uso de medicamentos, cigarro, café e álcool. Brasília-DF, 2008 (n=30; n=14)* .....  | 57 |
| <b>Tabela 10</b> – Distribuição da realização de atividade física regular entre os Técnicos de Enfermagem do HRC. Brasília-DF, 2008 (n=15)* .....  | 59 |
| <b>Tabela 11</b> – Relação das atividades de lazer realizadas com maior frequência por 23 Técnicos de Enfermagem do HRC. Brasília-DF, 2008 (n=35)* .....   | 60 |
| <b>Tabela 12</b> – Listagem das sugestões dos Técnicos de Enfermagem quanto à redução dos problemas no PS do HRC. Brasília-DF, 2008 (n=30)* .....  | 63 |

## LISTA DE GRÁFICOS

|  |    |
|--|----|
| <b>Gráfico 1</b> – Tempo de atuação dos Técnicos de Enfermagem no HRC. Brasília-DF, 2008 .....   | 44 |
| <b>Gráfico 2</b> – Tempo de atuação dos Técnicos de Enfermagem no Pronto Socorro. Brasília-DF, 2008 .....  | 45 |
| <b>Gráfico 3</b> – Distribuição dos Técnicos de Enfermagem do HRC quanto ao tempo de realização de plantões noturnos. Brasília-DF, 2008, (n=19)* ..... | 47 |
| <b>Gráfico 4</b> – Percepção dos Técnicos de Enfermagem do HRC acerca do padrão de sono. Brasília-DF, 2008 .....                                       | 49 |
| <b>Gráfico 5</b> – Percepção dos Técnicos de Enfermagem do HRC acerca da tarefa do cuidar no PS. Brasília-DF, 2008 .....                               | 50 |
| <b>Gráfico 6</b> – Influências da vida pessoal sobre o trabalho dos Técnicos de Enfermagem do HRC. Brasília-DF, 2008, (n= 27)* .....                   | 61 |
| <b>Gráfico 7</b> – Influências do trabalho sobre a vida pessoal dos Técnicos de Enfermagem do HRC. Brasília-DF, 2008 (n=23)* .....                     | 62 |
| <b>Gráfico 8</b> – Percepção dos Técnicos de Enfermagem do HRC acerca do relacionamento com familiares e amigos. Brasília-DF, 2008 .....               | 63 |

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

|          |  |
|----------|--|
| ABEn:    | Associação Brasileira de Enfermagem                                    |
| AE:      | Auxiliar de Enfermagem   |
| AMS:     | Assistência Médico-Sanitária (Pesquisa)                                |
| CEP:     | Comitê de Ética em Pesquisa  |
| CID:     | Classificação Internacional de Doenças                                 |
| CNES:    | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde                         |
| CNS:     | Conferência Nacional de Saúde  |
| COFEN:   | Conselho Federal de Enfermagem   |
| COREN:   | Conselho Regional de Enfermagem  |
| DATASUS: | Departamento de Informática do SUS                                     |
| DF:      | Distrito Federal   |
| DORT:    | Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho                        |
| EPSJV:   | Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio                           |
| FEPECS:  | Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde                     |
| FIOCRUZ: | Fundação Oswaldo Cruz  |
| Hab.:    | Habitantes   |
| HRC:     | Hospital Regional de Ceilândia   |
| IBGE:    | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística                        |
| INEP:    | Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira |
| LER:     | Lesão por Esforço Repetitivo   |
| MEC:     | Ministério da Educação   |
| MS:      | Ministério da Saúde  |
| PEA:     | População Economicamente Ativa   |
| PLE:     | Projeto Larga Escala   |
| PROFAE:  | Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem  |
| PS:      | Pronto Socorro   |
| QV:      | Qualidade de Vida  |
| QVT:     | Qualidade de Vida no Trabalho  |
| RAIS:    | Relação Anual de Informações Sociais                                   |
| SAE:     | Sistematização da Assistência de Enfermagem                            |
| SENAC:   | Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial                             |
| SES:     | Secretaria de Estado de Saúde  |
| SUS:     | Sistema Único de Saúde   |
| TE:      | Técnico de Enfermagem  |
| US:      | Unidade de Significação  |

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| <b>1. INTRODUÇÃO</b> .....  | 11 |
| <b>2. OBJETIVOS</b> .....   | 13 |
| 2.1 Objetivo Geral .....  | 13 |
| 2.2 Objetivos Específicos .....   | 13 |
| <b>3. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....   | 14 |
| 3.1 Divisão técnica do trabalho e formação profissional da enfermagem no Brasil ....        | 14 |
| 3.2 O mercado de trabalho em saúde no Brasil e no Centro-Oeste .....                        | 17 |
| 3.3 O processo de trabalho da enfermagem no ambiente hospitalar .....                       | 22 |
| 3.4 O advento da saúde do trabalhador e sua relação com a enfermagem .....                  | 27 |
| 3.5 Discussões sobre saúde e qualidade de vida: uma abordagem complexa .....                | 31 |
| <b>4. METODOLOGIA</b> .....   | 33 |
| 4.1 Ciência e conhecimento científico .....   | 33 |
| 4.2 Classificação do estudo .....   | 34 |
| 4.3 Campo do estudo .....   | 35 |
| 4.4 Sujeitos da pesquisa .....  | 35 |
| 4.5 Critérios de inclusão e exclusão .....  | 36 |
| 4.6 Instrumento de coleta de dados .....  | 37 |
| 4.7 Limitações do estudo .....  | 37 |
| 4.8 Análise dos dados .....   | 38 |
| 4.9 Autorização e aspectos éticos .....   | 39 |
| 4.10 Publicidade da pesquisa .....  | 40 |
| <b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....  | 41 |
| 5.1 Perfil sócio-econômico e cultural dos trabalhadores de nível médio de enfermagem .....  | 41 |
| 5.2 Características ocupacionais .....  | 44 |
| 5.3 Características pessoais .....  | 55 |
| 5.4 Relações interpessoais/ familiares .....  | 61 |
| <b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....  | 65 |
| <b>7. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES</b> .....  | 67 |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....   | 70 |
| <b>ANEXOS</b> .....   | 78 |
| Anexo A– Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde- DF ..... | 78 |
| Anexo B– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....                                   | 79 |
| Anexo C– Instrumento de coleta de dados .....   | 80 |
| Anexo D– Cronograma das atividades .....  | 83 |

## 1. INTRODUÇÃO

A presente investigação inscreve-se na área da saúde do trabalhador, e tem como objeto de estudo os efeitos do trabalho sobre a saúde e a vida dos profissionais de nível médio de enfermagem de uma instituição hospitalar de caráter público do Distrito Federal.

O interesse em abordar tal temática surgiu do contato da autora com o cotidiano da enfermagem tanto no hospital público quanto no privado, onde pôde observar problemas decorrentes do trabalho. Esta vivência expôs a lógica atual das relações trabalhistas, que muitas vezes faz uso de forma inapropriada da força de trabalho. No contexto hospitalar, os Auxiliares e Técnicos de Enfermagem são, sem dúvida, os mais sobrecarregados, realizando esforços múltiplos e pouco reconhecidos para que a assistência se dê conforme o esperado.

A instituição hospitalar é uma empresa prestadora de serviços, e traz o conceito de produtividade atrelado a si, o que faz com que os funcionários sejam incentivados a atingir metas e objetivos. O atual mecanismo de gestão visa, primordialmente, o aumento da produção sem perda da qualidade, o que gera uma contradição à enfermagem, pois o cuidado não se reduz à somatória de atos quantificáveis, em que se busca a execução do maior número de procedimentos dentro do menor tempo possível (BELLATO; PASTI; TAKEDA, 1997).

O intenso processo de trabalho hospitalar reproduz características industriais, produzindo trabalhadores ora compromissados, ora desesperançados, que são submetidos à excessiva carga de trabalho, às jornadas prolongadas, ao desgaste psicoemocional ocasionado pelas tarefas diárias, ao contato direto com situações-limite, ao elevado nível de tensão e aos perigos para os outros e para si (ELIAS; NAVARRO, 2006).

Segundo Aquino et al. (1993), o hospital favorece o adoecimento, não somente pelos riscos de acidentes ou à saúde física, mas sobretudo pelo sofrimento psíquico ao qual a equipe de enfermagem está constantemente exposta. Ao ingressar neste ambiente, os funcionários geralmente não recebem treinamento para evitar a exposição ocupacional, e muitos hospitais ignoram ou procuram ocultar seus riscos (REZENDE, 2003).

O pensamento da medicina ocupacional entendia que a saúde dos trabalhadores se relacionaria apenas ao ambiente físico, pela exposição a agentes químicos, físicos, ergonômicos e biológicos. No entanto, reconhece-se hoje que a relação entre trabalho e saúde é bem mais ampla. Os estudos sobre prazer-sofrimento no trabalho vêm sendo consolidados, pois o papel dos trabalhadores, que efetivamente produzem riquezas e serviços à sociedade, tem sido reconhecido (SIQUEIRA; WATANABE; VENTOLA, 1995; MENDES et al., 2002).

O trabalho oferece condições para que a pessoa atenda às necessidades básicas e psicossociais, aspectos cruciais à manutenção da saúde. Porém, é necessário que ela esteja inserida no mundo exterior (da família, do lazer), visto que este conjunto complementa-se para que ela permaneça em equilíbrio, e obtenha satisfação no cotidiano (REZENDE, 2003).

Silva, em 1987 (*apud* SIQUEIRA; WATANABE; VENTOLA, 1995), já considerava que o trabalho humano poderia significar realização, riqueza, bens materiais e serviços úteis à sociedade; entretanto poderia levar ao sofrimento, doença e morte. Quanto ao trabalho do pessoal de nível médio de enfermagem, Pitta (1999, p. 54) nos dá a seguinte definição:

[...] suas atividades são, a um só tempo, as mais intensas, repetitivas e social e financeiramente pior valorizadas. Além de conviver mais tempo com os enfermos, os acompanham de perto, anotam com detalhes suas reações, cumprindo toda a estratégia de vigiar a vida e a morte dos internados, que é, em si, a atribuição do hospital como um todo.

Entretanto, apesar do indispensável papel desempenhado por esses profissionais, eles enfrentam inúmeras dificuldades, como: desgaste emocional, ritmo intenso de trabalho, jornadas prolongadas, repetitividade de tarefas e restrição na tomada de decisões. Surgem as estratégias individuais e coletivas de defesa para enfrentar o sofrimento, e muitos apresentam sintomas psicoemocionais para manter o equilíbrio (SHIMIZU; CIAMPONE, 2002).

Diante deste contexto, e considerando que é “[...] escassa a literatura sobre as peculiaridades do trabalho dos agentes de nível médio de enfermagem, concentrando-se a produção teórica na investigação do processo do trabalho do enfermeiro, ou genericamente, da enfermagem” (PEDUZZI; ANSELMINI, 2004, p.425), foram desenvolvidas reflexões sobre o trabalho penoso do pessoal técnico em Enfermagem, que sofre constantes agressões, e se define como grupo altamente vulnerável e, portanto, merecedor de estudos voltados à saúde do trabalhador (ABEn, 2006).

Neste sentido, a pesquisa foi norteada pela seguinte questão: *“De que forma o trabalho dos profissionais de nível médio de enfermagem interfere em sua saúde e qualidade de vida?”* Partiu-se da hipótese de que existe um elevado contingente de profissionais que atuam com sobrecarga de horas semanais de trabalho, poucas horas de descanso e lazer, e que embora insatisfeitos com estes e outros problemas, não conseguem reivindicar mudanças.

Após elaboração de referencial teórico aprofundado, foi realizada pesquisa empírica com produção de novas informações, que permitissem melhor entendimento dos problemas enfrentados por estes profissionais. A intenção não foi desenvolver um estudo de caráter conclusivo, mas que indicasse algumas respostas a tantos questionamentos sobre um assunto relevante para a profissão.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral:**

- Avaliar os fatores que interferem na saúde e na qualidade de vida dos trabalhadores de nível médio de enfermagem em um hospital público do Distrito Federal.

### **2.2 Objetivos Específicos:**

- Identificar o perfil sócio-econômico e cultural dos trabalhadores de nível médio de enfermagem que atuam no Pronto Socorro da instituição hospitalar em estudo.

- Levantar e analisar os fatores internos e externos ao ambiente de trabalho que influenciam na saúde e na qualidade de vida do trabalhador.

- Identificar e analisar os elementos responsáveis pelos prejuízos à saúde e à qualidade de vida dos profissionais pesquisados.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Divisão técnica do trabalho e formação profissional da enfermagem no Brasil

A enfermagem moderna, consolidada por Florence Nightingale na segunda metade do século XIX, trouxe em seu bojo a divisão do trabalho. As *'lady-nurses'* eram encarregadas da administração e as *'nurses'*, do cuidado. Tal divisão não surgiu ao acaso, nem se mantém por tradição, mas como adaptação ao modo de produção capitalista; e não é apenas a separação de tarefas intelectuais e manuais, mas a manifestação das desigualdades sociais (BELLATO; PASTI; TAKEDA, 1997; MELO, 1986).

Hoje no Brasil, a prática do cuidado na enfermagem é dividida em categorias: o Enfermeiro, o Técnico de Enfermagem e o Auxiliar de Enfermagem. Existem também, em alguns locais, as Parteiras (COREN, 2000; REZENDE, 2003).

A preocupação com a qualificação da força de trabalho tem acompanhado a trajetória da profissão. No Brasil, desde a década de 40, a precariedade no quadro de pessoal era nítida, já que havia um elevado contingente de pessoal com formação elementar, composto pelos Atendentes, para o reduzido número de Enfermeiros (GELBKE; REIBNITZ; PRADO, 1997).

Com a necessidade de expansão da assistência hospitalar, priorizou-se a formação dos profissionais de enfermagem (MÉDICI, 1987). Foram fundadas as escolas de Auxiliares de Enfermagem para mudar a composição das equipes, uma vez que havia “forte polarização da força de trabalho, com profissionais qualificados, médicos, de um lado e profissionais menos qualificados, atendentes e similares, de outro” (GÖTTEMS; ALVES; SENA, 2007, p.169).

Nos anos 80, com a Reforma Sanitária e a VIII CNS, a profissionalização da Saúde passa a ser enfrentada com urgência. Com a aprovação da Lei 7.498, em 1986, o exercício da enfermagem é regulamentado, reconhecendo as categorias de Enfermeiro, Auxiliar e Técnico de Enfermagem. Foi estipulado o prazo de 10 anos para a qualificação dos Atendentes, sob pena de deixarem de exercer suas funções (AGUIAR, 2001).

Os Auxiliares de Enfermagem (AEs) possuem um ano de qualificação técnica formal e, no mínimo, ensino fundamental completo, e representam o maior contingente de trabalhadores da enfermagem. Dados de 2002 apontam um percentual de 62,7% de Auxiliares com relação ao total de profissionais de enfermagem (PEDUZZI et al., 2006). Atualmente, porém, a categoria dos AEs está em processo de extinção, para que a segmentação profissional diminua, e sejam mantidos os níveis Técnico e Superior.



Uma característica negativa da formação do AE é o enfoque exclusivo na técnica, que desvincula o aluno da consciência crítica e enfatiza o conformismo e a subordinação. Isto contribui para a má remuneração, a ausência de prestígios e a restrita capacidade decisória e política do grupo (MAYER; GASTALDO, 1989 *apud* AGUIAR, 2001). Tais problemas se manifestam no dia-a-dia desses trabalhadores, que:

estão expostos, diariamente, às exigências e cobranças dos pacientes, familiares e médicos. No entanto, comumente são pouco valorizados pelos pacientes, pelos seus superiores e pela instituição, por executarem atividades caracterizadas como trabalho manual, trabalho este desvalorizado em relação ao trabalho intelectual (SHIMIZU; CIAMPONE, 2002, p. 149).

Desde 1966, a formação do Técnico de Enfermagem (TE) está regulamentada para o âmbito da prestação de cuidados de enfermagem, “[...] com a prerrogativa legal de assistir ao enfermeiro nos diferentes níveis de atenção à saúde, [...] e no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem, como integrante da equipe” (ABEn, 2002, p. 18).

Os requisitos educacionais da maioria das profissões técnicas conferem apenas o direito ao certificado, diploma ou autorização para praticar determinadas atividades. Já os cursos de Enfermagem possuem legislação específica e se sujeitam a restrições estabelecidas pelos Enfermeiros, que definem atribuições e fiscalizam o exercício profissional. (EPSJV, 2003).

Nas décadas de 80 e 90, as políticas públicas de Saúde passam a investir na formação de recursos humanos, pois além do estabelecimento, pela Constituição Federal de 1988, da articulação entre educação e saúde como atribuição do SUS, a rede ambulatorial necessitava de melhoria da qualidade no atendimento e encontrava-se em expansão. Na enfermagem, essa mudança expressou-se por projetos como o Projeto Larga Escala (PLE) e o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE). O PROFAE foi implantado em 2000 pelo MS, e abrangeu cerca de 5.505 municípios brasileiros, destinando-se à profissionalização de 225 mil trabalhadores de enfermagem sem qualificação técnica formal, à complementação de 90 mil TEs e à capacitação pedagógica de 12 mil Enfermeiros docentes. O Programa avaliou a situação da educação profissional em Saúde e a participação dos trabalhadores no mercado de trabalho, a fim de contribuir para uma maior visibilidade política, social e institucional dos técnicos, que executam funções consideradas simples (MÉDICI, 1987; PEDUZZI et al., 2006; EPSJV, 2003).

Informações do Censo Escolar de 2006, do período de 2003 a 2005, indicam mudanças no perfil da área da saúde, com aumento progressivo do número de alunos,

crescimento de matrículas em faixas etárias acima de 25 anos e aumento de mulheres nos cursos. Deve-se ressaltar que dado o peso da área da saúde, variando em torno de 30% do total de matrículas da educação profissional em todo o Brasil, muitas mudanças se relacionam ao comportamento da área, e não configuram uma tendência geral. Em 2003, foram registrados na área da Saúde, aproximadamente 174 mil alunos (29,5% do total das matrículas). Em 2005, esse número passou para 236 mil alunos (31,5% do total). Estes números foram atribuídos principalmente à grande quantidade de cursos técnicos em Enfermagem (INEP, 2006).

Em nível nacional, com relação à natureza administrativa dos estabelecimentos, as instituições particulares apresentaram o maior número de alunos, com percentual de 56,8%; em seguida, vieram as escolas da rede estadual, com 27,4% de alunos; as da rede federal, com 12,5%; e as municipais, com 3,2% do total das matrículas (INEP, 2006).

Dados do Censo Escolar de 2001 já indicavam algumas das características expostas, como podemos observar:

- Existia um quantitativo importante de alunos matriculados na área de Saúde, sendo que o maior percentual era na Enfermagem. O número de cursos de Enfermagem ofertados no território nacional chegava a 687 neste ano;

- Na Enfermagem, a feminização era bastante perceptível, com 85,3% de mulheres matriculadas para 14,7% homens, o que não se trata de fenômeno novo, uma vez que a profissão é majoritariamente feminina;

- Os concluintes dos cursos em Saúde se concentravam no Sudeste, principalmente no setor privado, sendo que na Enfermagem, o percentual chegava a 67,9%;

- A faixa etária mais significativa dos alunos da Enfermagem era entre 20 a 24 anos (30,7%), seguida pela faixa de até 19 anos (22%), indicando que a maioria estaria cursando ou havia concluído recentemente o ensino Médio. No entanto, houve uma modificação da faixa de idade no período de 2003 a 2005, com o crescimento de idades tidas como *mais velhas* (EPSJV, 2003; INEP, 2006).

Considerando a relevância da formação e o quantitativo ampliado de postos de trabalho na enfermagem, é necessário um tratamento diferenciado de sua participação nos serviços. A identificação das demandas, tendências, possibilidades e limites do trabalho dos profissionais não enfermeiros, nas dimensões da promoção, prevenção, recuperação da saúde e acautelamento de agravos, deve ser incorporada nos processos de tomada de decisão em relação às políticas de educação e de prestação de serviços na área de Saúde/ Enfermagem (EPSJV, 2003; ABEn, 2002).

Um problema que se desenvolveu com o tempo, é a dicotomia profissão *versus* ocupação. Tende-se a valorizar o Enfermeiro, que detém o conhecimento científico e o poder técnico, em detrimento dos profissionais de nível médio, que executam atividades menos complexas, porém não menos importantes. Daí a necessidade de mudanças que promovam a valorização dos diferentes níveis de qualificação. Adentrando nos determinantes desta convivência muitas vezes conflituosa, apresenta-se a reflexão:

[...] quando se fala em transformação na Enfermagem, fala-se primordialmente na atuação do Enfermeiro, e não se considera que a história da profissão e a sua inserção na sociedade se dão através das ações realizadas pelo conjunto de trabalhadores da enfermagem. Em vez de percebidos como atores sociais, portanto construtores de sua própria história, estes agentes são, na realidade, vistos como objetos, sujeitados a cumprir decisões, ordens e determinações das quais não tiveram nenhuma, ou quase nenhuma participação. Não se pretende, com isso, colocar os enfermeiros na posição de algozes e o pessoal auxiliar de vítimas, mas chamar a atenção para o fato de que não pode haver transformação possível sem a participação efetiva desses trabalhadores (BALSANELLI; CUNHA, 2006, p. 120).

### **3.2 O mercado de trabalho em saúde no Brasil e no Centro-Oeste**

A estruturação do mercado de trabalho no Brasil, após uma expressiva fase de avanço, entre as décadas de 30 e 80, passou a regredir. Uma vez esgotado o modelo de desenvolvimento industrial, as atividades produtivas tornam-se instáveis. Transformações como a terceirização das ocupações urbanas, as tecnologias inovadoras e as diferentes formas de gestão e organização do trabalho, favoreceram também, a precarização das relações trabalhistas (POCHMANN, 2002; NETO et al., 2002).

Na década de 90, o mercado de trabalho enfrentou problemas devido à dificuldade do país em se adaptar à dinâmica neoliberal, o que significou: o enfraquecimento das relações com o capital estrangeiro, as privatizações, a desregulamentação da legislação trabalhista, o desassalariamento e o desemprego, o aumento da informalidade, a flexibilização e degradação laboral, que causaram, dentre outros problemas, a perda dos direitos trabalhistas, tornando o trabalhador mais vulnerável (PEREIRA, 2004; POCHMANN, 2002; BARALDI, 2005).

O fenômeno da globalização tem sido compreendido como sinônimo de ilimitadas possibilidades de desenvolvimento, mas isso estabelece um panorama idealizado do acesso aos recursos, abstraindo o nível de desigualdade e os prejuízos do mercado e da ampla concorrência, como a redução dos postos de trabalho e a intensificação do seu ritmo aos que permanecem empregados (BARALDI, 2005; MUROFUSE, 2004).

No que tange à precariedade e à hiperexploração no trabalho, a luta dos trabalhadores levou muito tempo para protegê-los por meio da regulação trabalhista. Todavia, muitos direitos constitucionais não são assegurados, agravando as desigualdades. O fato é que muitos empregadores priorizam mudanças tecnológicas e organizacionais, e não destinam atenção aos danos potenciais e reais do trabalho sobre os empregados (NARDI, 2006; MENDES, 2003; MUROFUSE, 2004).

O perfil epidemiológico do adoecimento dos trabalhadores também reflete tais mudanças, traduzindo-se no aumento da prevalência de doenças relacionadas ao trabalho, como as Lesões por Esforços Repetitivos (LER), os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), e as formas de adoecimento mal caracterizadas, como a fadiga física e mental, o estresse e outras expressões de sofrimento (DIAS; HOEFEL, 2005).

Na área de saúde, a preocupação dos gestores públicos até meados dos anos 80 estava restrita ao financiamento, estrutura da rede e organização dos serviços. Entretanto, na década de 80, os recursos humanos voltam a receber atenção, pois a centralidade do trabalhador no processo produtivo passa a ser valorizada. Um modelo baseado na intelectualização do trabalho ganha espaço, sendo expresso pela qualificação diferenciada, polivalência, conhecimento técnico e educação continuada. Aumentam-se as exigências, mas permite-se, em contrapartida, maior autonomia aos trabalhadores (BRASIL, 2007; MENDES, 2003).

O setor saúde detém importante parcela da PEA, e funciona como um forte indutor de emprego no Brasil. Como parte do setor terciário (dos serviços), apresenta um dinamismo diferenciado quando comparado ao mercado de trabalho em geral. De 1980 a 2000, o Brasil registrou o inchamento do setor terciário, responsável pela abertura de 81,8% dos postos de trabalho no meio urbano (VIEIRA, 1998; BRASIL, 2007; POCHMANN, 2002).

São inúmeras as dificuldades encontradas ao se dimensionar o mercado de trabalho em saúde e caracterizar sua trajetória e tendências, pois fatores como a municipalização do emprego, a expansão da ocupação informal, a precarização das relações de trabalho nos mercados formais e o vigoroso crescimento da chamada “outra saúde” (práticas terapêuticas complementares e outras práticas não reconhecidas) escapam quase sempre dos registros e estatísticas. Logo, a vigorosa expansão observada no emprego em saúde encontra-se descoberta de diagnósticos abrangentes (GIRARDI; CARVALHO, 2002).

A heterogeneidade de vínculos é outro dado importante ao abordarmos o trabalho em saúde. As novas formas de contrato alteram os mecanismos de ingresso e manutenção do trabalhador, estabelecendo complexas relações de trabalho. Além disso, fatores como a

incorporação tecnológica, que introduz novas práticas e processos de trabalho, também influenciam os mecanismos envolvidos no mundo do trabalho (BRASIL, 2007).

Existem bases de dados distintas que avaliam a situação do mercado de trabalho em saúde no Brasil. O IBGE realiza anualmente e em âmbito nacional, estatísticas através da pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS), que analisa características dos postos de trabalho, como sua natureza jurídica (pública ou privada), a ocupação do trabalhador e os tipos de serviços prestados por estabelecimento e por setor de atividade (EPSJV, 2003).

Existe também uma pesquisa denominada RAIS, registro do Ministério do Trabalho e Emprego, que funciona como um censo do mercado de trabalho formal brasileiro, e adquire informações sobre atividades e ocupações, permitindo a análise de múltiplas dimensões do mercado de trabalho. O registro possui periodicidade anual e exige preenchimento obrigatório por todos os estabelecimentos da economia formal (GIRARDI; CARVALHO, 2002).

O conjunto das atividades econômicas comprometidas em explorar o emprego em saúde constitui a malha de saúde, cuja composição envolve os diversos prestadores de serviços de saúde, estendendo-se a outros ramos. Segundo estimativas da RAIS, em 2000 havia cerca de 2,6 milhões de vínculos formais de emprego em estabelecimentos ligados à economia da saúde, sendo que 1,7 milhões correspondiam a postos de trabalho em estabelecimentos do setor (hospitais, clínicas e serviços diagnósticos e terapêuticos). Concluiu-se que os maiores empregadores eram os hospitais; e as profissões e ocupações de saúde somavam 930.189 vínculos de emprego, representando 3,5% do mercado de trabalho assalariado formal brasileiro (GIRARDI; CARVALHO, 2002).

Os resultados de 2002 da pesquisa AMS, mostraram aceleração no ritmo de crescimento dos estabelecimentos de saúde, que passaram de 48.815 em 1999 para 53.825 em 2002, representando um crescimento de 3,31% ao ano. Houve aumento significativo dos estabelecimentos de saúde com e sem internação no setor público, e queda no setor privado. O aumento da participação do setor público não se deve apenas à redução do particular, mas ao aumento do próprio setor público (IBGE, 2002).

Com relação à quantidade de leitos, houve diminuição importante, mas o número de internações voltou a crescer. A participação do setor público nas internações cresceu de 28,52% em 1999, para 30% em 2002. Em 2002, o número de internações por 100 hab. preconizado pelo MS foi de 11,58. O Centro-Oeste atendeu ao padrão, com o valor de 14,37. O DF teve 43,01% de aumento no número de internações, o que se deve ao crescimento populacional do Entorno (IBGE, 2002).

No período de 1995 a 2000, identificou-se uma tendência de mudança na composição dos empregos de saúde no país. O recuo dos investimentos públicos influenciou o volume e a qualidade do emprego, sobretudo em regiões menos desenvolvidas. Dados da RAIS confirmam que a configuração espacial do emprego se concentrou no Sudeste, que concentra o sistema formador e possui a maior oferta de serviços e estoque de postos de trabalho na saúde (EPSJV, 2003; NETO et al., 2002).

Observa-se que o mercado de trabalho da enfermagem sofreu modificações ao longo das décadas. Os AEs se caracterizam como trabalhadores públicos. Os TEs, em contrapartida, apresentavam maior absorção pelo setor privado, embora com a reforma setorial de 1992, perceba-se que o setor público passou a ofertar mais empregos aos TEs. A contração dos empregos para o Atendente pode ser atribuída à qualificação da força de trabalho em enfermagem e ao crescimento de ocupações como faxineiro e serviços gerais. Em locais como o Centro-Oeste, deve-se considerar a “maquiagem” do antigo Atendente sob a classificação de outras ocupações (EPSJV, 2003; NETO et al., 2002; GIRARDI; CARVALHO, 2002).

De acordo com dados de 2003 cedidos pelo COFEN (*apud* COSTA e SILVA; PEDUZZI, 2005), a força de trabalho em enfermagem (que contava com a presença de 771.742 inscritos) estava dividida da seguinte forma, a nível nacional:

- 103.688 Enfermeiros, compondo 13,4% dos profissionais de enfermagem;
- 144.834 Técnicos de Enfermagem, o equivalente a 18,8% dos recursos humanos;
- 486.382 Auxiliares de Enfermagem, representando 63% do pessoal total;
- 36.312 Atendentes de Enfermagem, ou seja, 4,7% dos postos de trabalho;
- 326 parteiras, representando 0,04% do pessoal de enfermagem.

A categoria dos AEs, apesar de predominante na força de trabalho, declinou em 7,42%, de 1995 a 2000. Em contrapartida, os TEs tendem a assumir a composição dos postos de trabalho (NETO et al., 2002). De acordo com dados da ABEn (2002), a presença do TE na composição da força de trabalho em julho de 2002, chegava a quase 19% dos profissionais de enfermagem, e no Centro-Oeste, chegava a 32%. No DF, existiam 4.845 Técnicos e 8.740 Auxiliares neste período. No entanto, tais números não guardam inteira fidedignidade com a realidade, devido aos seguintes fatores:

-É possível ter mais de uma inscrição profissional na autarquia de fiscalização do exercício profissional da enfermagem, desde que sejam pagas as respectivas anuidades;

- Em 2002, a formação e a inclusão do TE estavam em andamento com o PROFAE;

- Existe uma situação, que não é recente, de contratação ou manutenção de Técnicos no emprego desconsiderando sua formação como tal. Esta realidade se justifica devido à menor remuneração oferecida aos Auxiliares, o que é vantajoso aos setores contratantes.

O Centro-Oeste, segundo dados da RAIS, apresentou resultados adversos com relação à força de trabalho, com redução de 59,46% dos empregos públicos e elevação de 18,9% dos privados, resultando em declínio no estoque de empregos. O declínio do emprego público não foi acompanhado por efeitos positivos do privado, ocasionando encolhimento absoluto do trabalho e deterioração do mercado formal para a enfermagem (NETO et al., 2002).

A tendência do mercado de trabalho dos profissionais de nível médio em enfermagem, que representam número expressivo em relação à equipe de enfermagem e ao hospital como um todo, varia segundo as singularidades regionais, que influenciam, por exemplo, a intensa migração intersetorial (deslocamento para funções administrativas) do pessoal de enfermagem. A partir dos anos 90, o remodelamento do setor público contribuiu decisivamente para as novas configurações do emprego na saúde, e a inserção das empresas privadas (e suas estratégias de lucratividade), para a reestruturação do processo de trabalho (SIQUEIRA; WATANABE; VENTOLA, 1995; NETO et al., 2002).

Entre as ocupações que passam a dividir espaço com a enfermagem, estão as de Contador e Administrador, cuja função está ligada à otimização de processos, redução de custos e ampliação de mercados. A finalidade do trabalho volta-se à clientela, e com isso, o pessoal que presta atendimento direto ao consumidor apresenta crescimento superior ao das outras ocupações, demonstrando a preocupação com a qualidade (NETO et al., 2002).

Assim sendo, o estudo do mercado de trabalho em saúde envolve diferentes aspectos, como as inovações tecnológicas e as mudanças nas relações entre os componentes das organizações (estrutura formal, trabalho, profissionais, clientes), constituindo um novo modelo de gestão, que tem obrigado o trabalhador a se adaptar a uma nova conjuntura, colocando muitas vezes sua saúde e bem-estar em xeque. É importante compreendermos que:

*O trabalho na Saúde faz-se através dos seus trabalhadores, portanto, por gente, com gente e para gente. Os trabalhadores de saúde, todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde ou em atividades de saúde, são trabalhadores do conhecimento, interpretam e aplicam saber e informações para criar e proporcionar soluções aos problemas. Para isso, devem ter acesso a condições de trabalho e organizacionais que lhes permitam adquirir e aplicar conhecimento teórico e prático, desenvolver hábitos de aprendizagem permanente e seguir competentes e produtivos. A reestruturação do processo produtivo, a permanente mudança dos sistemas de saúde, as novas exigências do mercado de trabalho, entre outros aspectos, são desafios para a formação e desenvolvimento dos recursos humanos em Saúde e exigem novo enfoque e novas abordagens (BRASIL, 2007, p. 148, grifo do autor).*

### 3.3 O processo de trabalho da enfermagem no ambiente hospitalar

Émile Durkheim (1858-1917) apontava o trabalho como categoria central das sociedades modernas. Para ele, o trabalho se distingue dos demais fenômenos porque é um fato social, e possui maneiras de agir, pensar e sentir exteriores ao indivíduo. O processo de trabalho cria valores de uso por meio do trabalho útil, sendo considerado uma atividade que visa transformar o objeto sobre o qual versa o trabalho, de acordo com o fim perseguido. Este processo desemboca num produto, e busca satisfazer às necessidades humanas, mediante uma mudança de forma (IAMAMOTO; CARVALHO, 2004).

As sociedades modernas são sociedades fundadas no trabalho. A origem latina da palavra trabalho deriva do *'tripalium'*, instrumento de tortura composto de três paus usado antigamente para punir criminosos submetidos ao trabalho forçado, remetendo-nos à idéia de sofrimento e castigo quando pensamos no ato do trabalho. A palavra inglesa *'work'* (trabalho) deriva de *'werg-on'*, que significa “fazer”. Esta diferença etimológica, embora não se baseie em uma lógica explicativa, expressa divergências em relação ao sentido do trabalho, que sofre diversos tipos de influência (NARDI, 2006).

Trabalhar significa “ocupar-se com ofício, profissão ou atividade” (HOUAISS, 2004, p. 725), e segundo Mendes et al. (2002, p. 27),

como fonte de prazer, pode ser uma das razões pelas quais ganha tanta importância na vida do indivíduo e faz com que a maioria dos trabalhadores não perca o desejo de permanecer produzindo, além de ter, nessa atividade, a oportunidade de realização e de identidade para construir-se como sujeito psicológico e social. O ato de produzir permite um reconhecimento de si próprio como alguém que existe e tem importância para a existência do outro, transformando o trabalho em um meio para a estruturação psíquica do homem.

No século XVIII, o trabalho significava para o trabalhador, basicamente, o esforço individual à imposição de sobrevivência. Já no século XIX, o trabalho torna-se meio de criação individual e coletiva. Os ideais progressistas representados pelo domínio da natureza (através da ação das máquinas), também se consolidam nesta época. O trabalho era associado à civilização, pois tornaria pleno o potencial humano. Surge o marxismo, com a proposta de analisar criticamente a estrutura e a dinâmica social, fundamentando as lutas sociais pela emancipação do homem (NARDI, 2006).

Para Karl Marx, o trabalho tinha a vantagem de possibilitar a relação do homem com a natureza, mas gerava a alienação do trabalhador, expressa não somente na relação com os produtos de trabalho, mas no próprio ato da produção, que aparecia como algo externo ao



trabalhador, em que ele não se afirma, mas nega a si mesmo, que o mortifica. Ou seja, “*o trabalhador produz e reproduz o capital; produz e reproduz a classe capitalista que o personifica, enfim, cria e recria as condições de sua própria dominação*” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2004, grifo do autor, p. 55).

No século XX, o trabalho assume a forma contratual de empregos assalariados e estáveis, e passa a garantir coesão social e crescimento econômico. Os governos se comprometem a manter o pleno emprego, reafirmando a democracia, e ficam responsáveis por assegurar trabalho e condições aceitáveis de vida aos cidadãos (SINGER, 1998).

Na era moderna, o trabalho adquire valor de cidadania e atributo moral, e consolida uma sociedade operária, sendo peça-chave para a distribuição de renda. As mudanças no modo de concepção do trabalho se justificam pela necessidade de se ter mão-de-obra trabalhando, de maneira fragmentada e alienada, sem realizar questionamentos, o que ocorreu em decorrência da Revolução Industrial e da imposição do pensamento capitalista (NARDI, 2006; REZENDE, 2003).

O trabalho em saúde é baseado no contato humano, e produz bens não palpáveis no ato de produção. Deste modo, estabelece-se uma relação de troca entre empregado e empregador, que compra sua força de trabalho como uma mercadoria diferenciada, pois sua capacidade de trabalho adquire valor de mercadoria (FELLI; PEDUZZI, 2005; BRASIL, 2007).

Dentre as profissões da saúde, uma das mais atuantes é a Enfermagem, que se institucionalizou no século XIX na Inglaterra, juntamente com a transformação do hospital enquanto instrumento de recuperação (REZENDE, 2003). Segundo Barbosa (1995, p. 32), os hospitais são ambientes “normalmente associados à prestação de serviços à saúde, visando a assistência, o tratamento e a cura daqueles acometidos pela doença. No entanto, podem ser responsáveis pela ocorrência de uma série de riscos à saúde daqueles que ali trabalham”.

Particularmente no hospital, o ordenamento do espaço físico, a singular padronização do tempo e a estrutura rítmica das atividades terapêuticas, são traços marcantes do processo de trabalho, que tem como produto final o resultado de uma ação compartilhada entre vários profissionais. Cada categoria está submetida a um modelo de organização, que contém elementos homogêneos ou contraditórios, facilitadores ou não, de vivências particulares do trabalhador. O trabalho não significa fonte de sofrimento. Pelo contrário, ele possui poder estruturante em relação ao equilíbrio dos indivíduos. No entanto, as relações laborais freqüentemente despojam o trabalhador de sua subjetividade, fazendo com que ele se torne vítima do trabalho (PINHO; ABRAHÃO; FERREIRA, 2003; MENDES et al., 2002; DEJOURS, 1992).

O indivíduo cria, inconscientemente, estratégias a fim de evitar o aspecto doloroso que o sofrimento no trabalho resgata para si, dificultando a manutenção do equilíbrio psíquico. As estratégias de defesa desenvolvidas pelos profissionais de saúde podem ser: fragmentação e impessoalidade na relação técnico/paciente; valorização dos procedimentos técnicos em detrimento da relação interpessoal; individualismo e negação dos sentimentos; redução do peso da responsabilidade e eliminação de decisões; desgosto, passividade, apatia e adormecimento intelectual; temor em não atender imposições quanto a normas de trabalho, produtividade etc (SIQUEIRA; WATANABE; VENTOLA, 1995; MENDES et al., 2002).

O sofrimento psíquico no trabalho é ainda pouco analisado devido à dificuldade em desvendar um assunto tão complexo. O trabalho hospitalar gera situações de intenso desgaste, pois quando o hospital é transformado no local onde as pessoas adoecem e morrem, a dor fica circunscrita a este espaço. A morte passa a ser negada pelos amigos e parentes do moribundo, e pelos profissionais que, obstinados pela cura, estão sempre lançando mão de onipotências e de uma “última medida terapêutica eficaz” para prolongar-lhe a vida (PITTA, 1999).

Sendo assim, a esfera do trabalho penoso e doloroso cerca a enfermagem de muitas maneiras, como pela confrontação com o sofrimento, pela concentração de trabalho, pela complexidade das tarefas e esclarecimentos insuficientes, pela pressão das mudanças nas condições dos pacientes, pelos atos fracionados e com interrupções, pela imprevisibilidade do trabalho etc (ABEn, 2006; SIQUEIRA; WATANABE; VENTOLA, 1995).

O hospital constitui uma retaguarda ininterrupta de atendimento às demandas de cuidados intensivos de saúde, exigindo que seus trabalhadores participem de uma organização inabitual, expressa pelo funcionamento diuturno, que implica no regime de turnos e plantões. O resultado é o enfrentamento de jornadas de trabalho desproporcionais à necessidade de manutenção do ciclo sono-vigília (alternância entre períodos de atividade e repouso) e a possibilidade de mais de um vínculo empregatício. A privação de sono origina problemas domésticos, sociais e à integridade física e psíquica. O trabalho em turnos altera os papéis do trabalhador dentro e fora do trabalho, prejudicando a interação com as pessoas. Com relação à vida doméstica, o tempo de convivência com a família é afetado, e o trabalhador utiliza o tempo livre, que deveria ser voltado ao lazer e às atividades diárias, trabalhando, o que prejudica seu bem-estar e gera constante insatisfação (PITTA, 1999; ALVES; BRUNELLI, 2000; ELIAS; NAVARRO, 2006).

O estudo do processo de trabalho da enfermagem não pode ser dissociado de outras variáveis como: ritmo intenso de trabalho; grande variedade de procedimentos realizados; condições ambientais inapropriadas; dificuldade no fluxo de informações; aumento das

exigências quanto ao conhecimento teórico e prático; falta de horário para alimentação e repouso; o que ocasiona sérios transtornos à saúde e à qualidade de vida dos profissionais. Entretanto, a ideologia expressa pela profissão destaca que o importante é cuidar do outro com competência e dedicação, minimizar-lhe as dores, confortá-lo, procurar salvar-lhe a vida, sendo dada pouca importância ao trabalhador (REZENDE, 2003; PINHO; ABRAHÃO; FERREIRA, 2003).

A enfermagem possui uma especificidade quando comparada a outras profissões: ela está voltada ao cuidado. Surge então uma contradição, pois este cuidado destina-se somente ao cliente, e não ao cuidador, que é submetido a situações de intenso sofrimento. Segundo Zobolli (2004), a enfermagem tem compreendido o cuidado como seu bem interno. A natureza da palavra 'cuidado' inclui duas significações: a primeira, uma atitude de desvelo, solicitude e atenção para com o outro; a segunda, uma preocupação e inquietação, advindas do envolvimento e da ligação afetiva com o outro por parte de quem cuida.

O fato é que cuidar do paciente acaba sendo uma tarefa destituída de valor, o que leva a uma situação de extrema insatisfação por parte do pessoal de enfermagem, que desempenha o trabalho mais pesado, cansativo e imprescindível ao ser humano doente, e assume cuidados diretos como higienização, alimentação, promoção do conforto, transporte, entre outros, sendo cruciais para a recuperação dos indivíduos internados (SHIMIZU, CIAMPONE, 2002).

Ao longo dos tempos, com relação ao cuidado com o doente, criou-se uma questão de gênero. A ligação da enfermagem às instituições religiosas impôs, por longo período, seu exercício exclusivo (ou majoritário) por mulheres. Seu tardio processo de profissionalização se deve, em parte, à hegemonia da medicina "masculina". Assim, a sexualização das práticas é incorporada à saúde, e tem sido modificada aos poucos (PITTA, 1999; LOPES; LEAL, 2005).

É em um cenário permeado por relações de poder que o diagnóstico e a terapêutica médica se definem, representando o saber no processo de trabalho. Os atos médicos são concretos, quantificáveis, justificam maior salário, o que confronta a visibilidade do trabalho médico com o da enfermagem, que se invisibiliza por ter relação com os fins. Sua existência se materializa nas jornadas contínuas, nas 24 horas de presença no hospital, que exprimem a indispensabilidade do trabalho da enfermagem (LOPES; LEAL, 2005).

Contudo, a hierarquia homem-mulher, visível pelo tratar e cuidar, justifica-se também por um sistema que busca a constante afirmação do poder masculino. Após a inserção da mulher no mercado de trabalho, os homens permaneceram executando atividades de concepção ou baseadas em capital intensivo, enquanto às mulheres foram destinadas funções

que exigissem menor qualificação e fundadas no trabalho intensivo, deixando-as vulneráveis à exploração (LOPES; LEAL, 2005; SPINDOLA, 2000; ELIAS; NAVARRO, 2006).

A predominância feminina no cuidado pode ser analisada inclusive, sob o ponto de vista dos valores vocacionais e simbólicos, baseados em um sistema de qualidades, ditas naturais, que persistem a influenciar o recrutamento de mulheres. Recorre-se a atributos maternos e instintivos, de submissão, renúncia, caridade e paciência (MOREIRA, 1999).

No que se refere à profissionalização do cuidado, pode ser gerado um conflito de difícil resolução para quem o realiza.

Isso, porque a lógica do mercado de trabalho não é, e não tem como ser, a lógica do cuidado. Assim o salário, a técnica e a hierarquia, como mediações impostas pela profissionalização do cuidado, criam uma tensão entre o ‘vincular-se versus vincular-se afetivamente’, que atinge os profissionais, uma vez que a lógica capitalista expulsa o afeto das relações de trabalho e cria uma situação contraditória ao trabalhador. O ato de cuidar implica numa relação entre dois seres humanos cuja ação resulta no bem estar do outro. Assim, exigir que apenas uma das partes se doe afetivamente sem ter o retorno, esvazia e torna uma relação mercadológica, pois sem esse retorno do investimento afetivo, o trabalhador não pode se ‘reapropriar do seu trabalho’ (CODÓ; VASQUES-MENEZES, 2000. p. 12-13).

Cuidar exige disposição e sensibilidade para compreender e suportar a dor e o sofrimento do outro. A maioria dos trabalhadores estabelece fortes vínculos com os pacientes, e geralmente assimila grande quantidade de cargas psíquicas. Em decorrência disto, o trabalho chega a invadir a vida privada e os momentos de lazer, prejudicando o convívio familiar e social (SHIMIZU; CIAMPONE, 2002).

Inicialmente, o cuidado no ambiente hospitalar era executado de maneira integral por uma pessoa, e passou a ser fragmentado em tarefas divididas por grau de complexidade, com a implantação da *enfermagem funcional*, que visa economia de tempo e agilidade, reduzindo o trabalho a um “que fazer” rotineiro e desmotivador. É inegável que o ato de cuidar tem qualidades próprias, e envolve relação interpessoal, valores e traços culturais, que não são mensuráveis. Tal singularidade deve ser considerada, para que a qualidade da assistência não seja desprezada em prol da quantidade de procedimentos a serem executados (BELLATO; PASTI; TAKEDA, 1997; SHIMIZU; CIAMPONE, 2002).

A organização dos hospitais tem sido acompanhada por uma rigidez crescente, através do estabelecimento de normas e rotinas, caminhando para uma rede de complexidade burocrática, caracterizada pela impessoalidade das relações. Estas organizações não têm respondido efetivamente às mudanças do mundo do trabalho. Com isto, os funcionários procuram subverter o poder, instituindo o ‘jeitinho’, o ‘faz de conta que faz, mas não faz’, numa tentativa de tornar humanizado o ambiente de trabalho, ou até mesmo de fugir das exigências impostas inadvertidamente (BELLATO; PASTI; TAKEDA, 1997).

Nesta organização de trabalho, a inteligência necessária na administração dos cuidados aos enfermos se concentra em um número restrito de profissionais (como Médicos e Enfermeiros), que concebem instrumentos, automatismos, padronizações, subtraindo a reflexão dos demais trabalhadores sobre o seu objeto de trabalho. Desta forma, cabe à equipe técnica de enfermagem a execução das prescrições de modo autômato (PITTA, 1999).

Contudo, a lógica atual do processo de trabalho hospitalar tem exigido que se considerem as habilidades de quem efetivamente assiste no hospital, valorizando tecnologias informais e domésticas no desempenho dos serviços cotidianos. A idéia é criar uma espiral de conhecimento, onde o saber técnico e o saber informal se complementem, alterando o fluxo entre órgãos de execução e órgãos de concepção intelectual (PITTA, 1999; DEJOURS, 1992).

### **3.4 O advento da saúde do trabalhador e sua relação com a enfermagem**

Para compreendermos as transformações na dinâmica e no significado do trabalho, precisamos compreender seu protagonista: o trabalhador, que segundo a Organização Mundial de Saúde, representa:

[...] grande parcela da população mundial e contribui enormemente para a economia da sociedade contemporânea. Uma parte substancial dos casos de morbidade da população trabalhadora está relacionada ao trabalho. [...] apesar das efetivas intervenções voltadas à saúde ocupacional, muitos trabalhadores ainda são expostos a níveis inaceitáveis de riscos ocupacionais, sendo vitimizados por acidentes e doenças ocasionadas pelo trabalho e perdendo, com isso, sua capacidade funcional e/ou sua força de trabalho, e ainda hoje, são poucos os trabalhadores que têm acesso aos serviços de saúde laboral (WHO, 2006, p. 1, tradução nossa).

Falar de saúde do trabalhador consiste em analisar a interferência do trabalho sobre a saúde e a vida das pessoas, sob uma perspectiva social. “O trabalho pode ser visto como ação humana desenvolvida num contexto social, que recebe influências de várias fontes, resultando numa ação recíproca entre trabalhador e meios de produção” (PIZZOLI, 2005, p. 1056).

As práticas de saúde e da enfermagem sofreram grandes transformações históricas, até alcançar o atual conceito de atenção à saúde, que está sujeito a reformulações. O ato de cuidar sempre existiu e é inerente ao ser humano. Inicialmente, as ações de cura eram praticadas por povos nômades, de forma primitiva. Encontramos a mulher como grande precursora do atendimento às necessidades humanas. À mulher, por dar à luz, cuidar da prole, lidar com a agricultura e conhecer as plantas, cabia assegurar a manutenção da vida e, com isso, cuidar de doentes, idosos e moribundos (MOREIRA, 2002; BELLATO; PASTI; TAKEDA, 1997).

Evoluiu-se para a esfera mágica do misticismo, em que os sacerdotes travavam uma luta entre natureza e doença, realizando encantamentos contra demônios causadores dos males do corpo e do espírito. As escassas referências da enfermagem nesse momento se restringem à realização de partos e participação nos templos (MOREIRA, 2002; MELO, 1986).

Com o advento da organização eclesiástica, no período monástico-medieval, os conhecimentos de saúde ficam restritos ao clero, minados pelo ceticismo e desvinculados da ciência, induzindo à prática assistencial dogmática. Muitos leigos e religiosos passam a assistir os moribundos movidos pela fé, pelo “amor ao próximo” e pela “salvação da alma”. Daí a herança de abnegação e caridade arraigada na enfermagem. As ordens religiosas assumem a construção dos hospitais, ligando definitivamente a saúde aos conventos e mosteiros (MOREIRA, 2002; MELO, 1986; BELLATO; PASTI; TAKEDA, 1997). Segundo Foucault (1986), o hospital medieval tinha função de transição entre vida e morte, de salvação espiritual mais do que material, e excluía os indivíduos perigosos à saúde da população.

As práticas de saúde pós-monásticas, fundamentadas na arte e na ciência, provocam intensas mudanças no modo de pensar dos indivíduos, e favorecem a adoção de uma cultura antropocêntrica e a valorização da observação e da experimentação, aprofundando os estudos do organismo humano, seu comportamento e suas doenças (MOREIRA, 2002).

Os interesses da Reforma Protestante e do clero decadente ocasionaram conflitos, sendo a Inquisição o mais marcante por promover o extermínio de curandeiros, “bruxas”, filósofos e cientistas. Esta fase significou uma grave crise para a enfermagem, que enfrentou péssimas condições nos hospitais, como insalubridade, sujeira, mistura de corpos em camas coletivas, o que favorecia toda ordem de contágios. Muitos hospitais foram fechados neste momento (MOREIRA, 2002; BELLATO; PASTI; TAKEDA, 1997; MELO, 1986).

Os hospitais permaneceram tão precários até meados do século XVII, quando surge a idéia de que este ambiente poderia exercer ação terapêutica. A medicina, que seguia campo independente, passa a se infiltrar nesses locais. No século XIX, a situação da insalubridade começa a se modificar, com a bacteriologia de Paster e os princípios assépticos de Lister. Surge a personagem mais importante da enfermagem moderna: Florence Nightingale, que traz novas perspectivas para a saúde (MELO, 1968; BELLATO; PASTI; TAKEDA, 1997).

No período da Revolução Industrial, caracterizado pela expansão econômica e científica em vários países, ocorreram alterações bruscas e desmedidas na qualidade de vida da população, que passou a se sujeitar às novas condições de vida, à exploração e desvalorização no trabalho e às desigualdades econômicas. Falta de higiene, subalimentação, promiscuidade, esgotamento físico, acidentes de trabalho, exposição a elementos nocivos

potencializavam seus respectivos efeitos e criavam condições de uma alta morbidade (como intoxicações, tuberculose) e longevidade reduzida (MOREIRA, 2002; DEJOURS, 1992).

Deve-se ter clareza que a partir do momento em que o trabalhador é dissociado da propriedade privada e inserido na indústria, os serviços de saúde passam ser de interesse do Estado, pois a doença é empecilho à produtividade. Os governos assumem o controle da saúde para garantir a reprodução do capital, restabelecendo a capacidade do operariado, que volta ao serviço para manter a mão-de-obra (MOREIRA, 2002; MAENO; CARMO, 2005).

O consumo da força de trabalho, resultante da submissão dos trabalhadores a um processo acelerado e desumano de produção exigiu uma intervenção, sob pena de tornar inviável a sobrevivência do próprio processo de industrialização. Surge a Medicina do Trabalho, instituída na Inglaterra em 1830, pelo médico Robert Baker. Rapidamente, a implantação dos serviços de atenção à saúde do trabalhador se expande. A definição de Medicina do Trabalho, atividade exclusivamente médica, relaciona-se à prática que se dá nos locais de trabalho ou em suas mediações, e visa a adaptação física e mental dos trabalhadores às condições de trabalho, através de atividades educativas (MENDES; DIAS, 1991).

No contexto econômico e político da II Guerra Mundial e do pós-guerra, tanto o custo provocado por doenças e mortes, quanto pelas companhias de seguro, com o pagamento de indenizações por incapacidades, ocasionaram insatisfações e questionamentos por parte de empregados e empregadores. Surge a Saúde Ocupacional, com a proposta multi e interdisciplinar de organização de equipes, com ênfase na higiene industrial e finalidade de agir nos locais de trabalho, controlando riscos ambientais. Entretanto, apesar da ampliação do leque de instrumentos e conhecimentos, o trabalhador é ainda objeto de intervenção. Constrói-se a idéia vigente até hoje, de que o trabalhador pode se expor, desde que respeitados os limites “aceitáveis”, e que existem níveis seguros de exposição a agentes nocivos e insalubres (a chamada tolerância biológica) (MENDES; DIAS, 1991; MAENO; CARMO, 2005).

O modelo ocupacional foi insuficiente, dando espaço à implantação da Saúde do Trabalhador, definida como o processo saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho. A saúde do trabalhador baseia-se em reflexões teóricas da determinação social da doença e na tentativa de romper o paradigma funcional, exclusivamente biológico e individual, suscitando discussões sobre as relações entre o trabalho, a ciência e a ideologia (GELBCKE, 2002).

Este modelo representa o esforço para desenvolver alternativas que levem à apropriação, pelos trabalhadores, da dimensão humana do trabalho. No âmbito das relações saúde *versus* trabalho, os trabalhadores buscam o controle sobre condições e ambientes, para

torná-los “saudáveis”. No Brasil, o princípio da saúde do trabalhador pode ser identificado no início dos anos 80, no contexto de transição democrática (MENDES; DIAS, 1991).

A enfermagem no Brasil, antes de 1959, não tinha nenhum envolvimento legal na proteção à saúde do trabalhador, apesar da existência de profissionais nesse contexto desde a década de 40. Em 1972, o Auxiliar de Enfermagem passa a atuar no serviço de segurança e medicina do trabalho, e em 1975, o Enfermeiro é incluído legalmente na equipe (BULHÕES, 1976 *apud* DURAN, 2006). Hoje, a formação de recursos humanos de enfermagem na área de saúde do trabalhador se dá por meio de curso de especialização em enfermagem do trabalho, com foco na prevenção de riscos a que estão expostos os profissionais na execução das tarefas laborais e nos fatores associados ao processo de saúde-doença-trabalho (DURAN, 2006).

Segundo informações da ABEn (2006), desde 1986 foi possível observar uma crescente participação da enfermagem pela conquista de direitos profissionais. Alguns fatores contribuíram para despertar essa consciência, como o recrudescimento da tuberculose, a epidemia de SIDA/ HIV, o aumento das patologias psicossociais, enfim, o reconhecimento da própria vulnerabilidade do trabalhador em enfermagem, que compõe o maior grupo individualizado de trabalhadores de saúde; presta assistência ininterrupta; executa 60% das ações de saúde; é bastante diversificada em sua formação.

No Brasil, a atenção à saúde do trabalhador ainda não implantou uma efetiva Política Nacional de Saúde do Trabalhador, mais de 20 anos após a 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, que ocorreu em 1986. De acordo com Gomez e Lacaz (2005), as inúmeras tentativas do MS ao longo de sucessivos governos, não criaram princípios norteadores, diretrizes, estratégias, metas precisas e um corpo profissional preparado, integrado e estável, capaz de garantir ações efetivas para atender aos problemas existentes, promover a saúde dos trabalhadores e prevenir agravos.

Dentro desse contexto, outro problema é a questão da ausência de um diagnóstico sobre a situação da saúde dos trabalhadores brasileiros, para que possam ser implementadas ações viáveis e condizentes com o quadro de necessidades, pois “[...] a postura apática da sociedade, a insuficiente capacidade de pressão dos trabalhadores, a indiferença dos empregadores e a ausência de uma política de Estado efetiva, resultam em sucessivas crônicas de doenças e mortes anunciadas [...]” (MAENO; CARMO 2005, p. 29) e contribuem para que se mantenha a atual situação, que não atende às demandas dos trabalhadores.



### 3.5 Discussões sobre saúde e qualidade de vida: uma abordagem complexa

A qualidade de vida passou a receber interesse na área da saúde recentemente, o que se deve ao surgimento de novos paradigmas, que têm influenciado práticas e políticas no setor. *Saúde e qualidade de vida* caminham lado a lado, e são produto de um amplo espectro de fatores, incluindo padrão adequado de alimentação, nutrição e acesso à água potável; habitação e saneamento; ambiente limpo; oportunidades de educação; apoio social, político, econômico e cultural para indivíduos e famílias; estilo de vida responsável; boas condições de trabalho; e um conjunto adequado de saúde e lazer, elementos materiais que nos remetem a noções de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva (SEIDL; ZANNON, 2004; BUSS, 2000; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

A análise da qualidade de vida em saúde está sendo incorporada na área médica, mas com uma visão medicalizada sobre o tema. Isto se deve às dificuldades de conceituação da variável qualidade de vida (QV), que é subjetiva e multidimensional. Mas nas duas últimas décadas, os estudos têm reforçado o amadurecimento conceitual e metodológico do uso do termo na linguagem científica, que tende a ser aplicado na prática (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; SEIDL; ZANNON, 2004).

A qualidade de vida, segundo definição da OMS (1995, p. 1405), é “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Seidl e Zannon, em 2004, revisam estudos que têm validado a natureza da qualidade de vida de acordo com quatro dimensões:

- Física: percepção do indivíduo sobre sua condição física;
- Psicológica: percepção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva;
- Do relacionamento social: percepção do indivíduo sobre relacionamentos sociais e papéis sociais adotados na vida;
- Do ambiente: percepção do indivíduo sobre aspectos do ambiente onde vive.

A QV pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese dos elementos que cada sociedade considera como padrão de conforto e bem-estar. Entretanto, a atual realidade consumista e exploradora tem imposto um modelo de QV a ser seguido:

[...] um modelo hegemônico está a um passo de adquirir significado planetário. É o preconizado pelo mundo ocidental, urbanizado, rico, polarizado por um certo número de valores, que poderiam ser assim resumidos: conforto, prazer, boa mesa, moda, utilidades domésticas, viagens, carro, televisão, telefone, computador, uso de

tecnologias que diminuem o trabalho manual, consumo de arte e cultura, entre outras comodidades e riquezas (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p. 9).

A análise da QV, todavia, deve considerar a satisfação das necessidades humanas elementares, independentemente de influências externas (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

As mudanças na forma de avaliar a QV chegaram à conclusão de que somente a própria pessoa pode avaliá-la, pois tem a capacidade de perceber seu estado de saúde e os aspectos não-médicos do seu contexto de vida. Existem instrumentos validados para mensuração da QV, que tendem a restringir a qualidade de vida aos sintomas, incapacidades ou limitações ocasionadas por enfermidades, contribuindo pouco com uma visão abrangente (SEIDL; ZANNON, 2004).

Um aspecto interessante é que a maioria dos estudos sobre QV são quantitativos, pois visam estabelecer o caráter multidimensional do constructo e sua validade através de modelos teóricos. No entanto, estudos com foco qualitativo enfatizam que o uso de medidas padronizadas pode estereotipar os resultados, por terem pouco significado para os sujeitos. A idéia é utilizar como técnica as histórias de vida ou outras análises de enfoque qualitativo. Outra tendência tem sido a construção de instrumentos específicos, adequando os questionários às enfermidades ou mesmo a um caráter genérico, como no presente estudo, que será orientado pelo significado genérico da QV, apesar de investigar também, os problemas de saúde dos sujeitos da pesquisa (SEIDL; ZANNON, 2004).

A terminologia Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) vem sendo amplamente difundida nos últimos anos. Seu conceito ainda não se definiu, e vem dando margem a diversos focos, aproximando-se ora da qualidade do processo e do produto do trabalho, ora de práticas empresariais (RODRIGUES, 1991 *apud* LACAZ, 2000). A QVT relaciona-se a questões como motivação, satisfação, saúde-segurança no trabalho, formas de organização do trabalho e novas tecnologias, e tem como intuito, basicamente, melhorar fatores laborais, para que a qualidade de vida do trabalhador seja garantida e, em decorrência disso, as empresas sejam beneficiadas com trabalhadores efetivamente produtivos (LACAZ, 2000).

A dimensão da nocividade mental do trabalho passou a receber atenção com a reestruturação das tarefas e as discussões sobre o objetivo do trabalho. O conhecimento das vivências dos trabalhadores é de extrema importância, para que se possa compreender a realidade, indagando a possibilidade de diálogo entre trabalho, saúde e qualidade de vida. O trabalho deve proteger o trabalhador, a fim de propiciar-lhe um padrão de vida adequado. Lembrando que a melhoria das condições de trabalho e de vida não pode ser dissociada das lutas e reivindicações operárias (DEJOURS, 1992).

## 4. METODOLOGIA

### 4.1 Ciência e conhecimento científico

A ciência, apesar de gerar polêmicas, é hoje respeitada por parcela significativa da sociedade, que considera sua importância. No entanto, para que o ideal científico alcançasse reconhecimento e aceitação, foi preciso demonstrar suas vantagens quando comparadas ao senso comum, que é o saber disponível, com o qual organizamos o nosso dia-a-dia. O senso comum é a forma usual de vermos a realidade; é o saber emitido de forma oral, dos mais velhos aos mais jovens, de cunho tradicional, prático e utilitarista, sendo bem aceito pela sociedade (DEMO, 2002; CAMPANA et al., 2001).

Um fator relevante que contribui para que a atitude científica seja assimilada como verdade, é a questão da utilidade social. São inúmeros os benefícios oferecidos à coletividade, como o aperfeiçoamento ininterrupto de antibióticos, vacinas, técnicas cirúrgicas, dentre outros avanços em todas as esferas do conhecimento. Contudo, por mais que o progresso seja salientado, deve-se ter a noção clara de que a ciência, com frequência, busca dominar o curso da natureza, levando ao cientificismo, que é a noção de “[...] superioridade da ciência sobre as outras formas de compreensão humana” (HOUAISS, 2004, p.158).

A origem da palavra ciência deriva do latim “*scientia*”, que significa conhecimento. Silva et al. (1996, *apud* DURAN, 2006) nos dizem que o conhecimento é o entendimento e a interpretação que abrangem os achados da pesquisa e a capacidade de identificação e priorização das questões focais, para resolver os questionamentos envolvidos. A ciência, portanto, visa o conhecimento em si, e exige para tal, rigor metodológico durante todo o processo teórico e prático de elaboração argumentada (DEMO, 2002).

Pedro Demo (2002, p. 21-22), corroborando Habermas, diz que “Somente pode ser científico o que for discutível”, e que “O diálogo crítico irrestrito torna-se, assim, o caminho da ciência”. Infere-se então, que os questionamentos científicos podem ser reformulados, pois não aspiram a ser absolutos ou definitivos, despertando o interesse constante em superar as limitações do conhecimento comum (CAMPANA et al., 2001). Segundo Demo:

[...] a ciência não morre, e vive da pesquisa. Tem sentido pesquisar apenas aquilo que ignoramos, aquilo sobre o que temos dúvidas. O maior problema da ciência é a realidade, tanto no sentido de que ela tem como questão central atingir a realidade da melhor maneira possível, como no sentido de que este atingimento é sempre apenas parcial e imperfeito. Por isso pesquisamos, porque a realidade nunca estará suficientemente estudada (1981, p. 13).

A Metodologia é uma disciplina instrumental que torna o cientista consciente de seus limites. Em si, Metodologia significa toda e qualquer preocupação com questões de método (DEMO, 1981). A abordagem metodológica necessita de normas, exigindo o uso de métodos apropriados ao objeto de estudo, que deve ser claramente definido, com “neutralidade e objetividade científica” (MANNHEIM, 1968 *apud* MINAYO, 2006).

O trabalho científico é uma forma eficaz de pesquisar os mais diversificados fenômenos. Segundo Aranha e Martins (1995), a ciência adquire, a partir da Revolução Industrial, no século XVIII, um caráter abrangente e inovador. Técnica e ciência tornam-se aliadas, provocando profundas alterações no ambiente humano. A influência da industrialização trouxe consigo novos problemas, pois o olhar do capitalismo volta-se para a produtividade, o dinheiro, o lucro, e não para a força produtiva do capital: o trabalhador. O presente estudo visa compreender, através do questionamento sistemático, a influência do trabalho sobre a vida de um grupo específico de trabalhadores. Tal preocupação tem suscitado debates no meio científico, que busca compreender as nocividades do trabalho, e não simplesmente aceitá-las como “inerentes” às profissões.

## **4.2 Classificação do estudo**

A presente pesquisa possuiu uma abordagem qualitativa, que se define como *teórica* e *empírica*, segundo classificação de Demo (2000). A pesquisa teórica visa reconstruir teorias, conceitos, idéias, ideologias, a fim de, em termos imediatos, aprimorar fundamentos teóricos, e em termos mediatos, aprimorar práticas. A pesquisa empírica tem como intuito tratar a face empírica e fatural da realidade, produzindo e analisando dados.

A pesquisa qualitativa tem uma de suas raízes no campo da Antropologia, surgindo na América Latina na década de 70, através de pesquisas na área da Educação. Desde então, abriu-se caminho para outras áreas, inclusive para a Saúde (VIEIRA, 2004).

As abordagens qualitativas incorporam o significado e a intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. Através disto, aproximamo-nos da realidade, pois analisamos o universo das relações, significados, motivações, representações, aspirações, crenças, percepções, opiniões, valores e atitudes, produtos das interpretações que as pessoas fazem a respeito de como vivem, sentem e pensam. Este método propicia construir abordagens, revisar e criar conceitos durante a investigação (MINAYO, 2006).

Existe a possibilidade de combinação de métodos quantitativos e qualitativos, apesar dos problemas quanto à objetividade e subjetividade inerentes às pesquisas. Segundo Minayo (2006, p. 63), “com o entendimento de que nos fenômenos sociais, há possibilidade de se analisarem regularidade, freqüências, mas também relações, histórias, representações, pontos de vista e lógica interna dos sujeitos em ação”, é possível tornar viável a relação qualitativo-quantitativo. Portanto, a investigação combinou os dois métodos, que não são antagônicos.

### **4.3 Campo do estudo**

A pesquisa foi realizada no Hospital Regional da Ceilândia (HRC), localizado em uma das 19 regiões administrativas do DF. O hospital foi escolhido conforme os seguintes critérios:

1. Foi um dos principais ambientes de estágio durante a graduação, propiciando maior aproximação com a realidade a ser investigada, coerente com as características de investigações qualitativas;

2. É um hospital geral, e contempla atendimento em diversas áreas clínicas, inclusive na de interesse da pesquisa: o Pronto Socorro. Segundo informações do CNES/ DATASUS (2008), o HRC possui 298 leitos e oferece à população os seguintes atendimentos: Urgência e Emergência, Internação, Ambulatório e Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT).

3. O Pronto Socorro do HRC possui um número elevado de técnicos de enfermagem, o que pode enriquecer a pesquisa, representando a realidade da Secretaria de Saúde do DF.

### **4.4 Sujeitos da pesquisa**

Para participar do estudo, buscou-se a categoria de trabalhadores mais numerosa do hospital: a dos profissionais de nível médio de enfermagem. O estudo ficou restrito ao Pronto Socorro (PS) do Hospital Regional da Ceilândia (HRC).

Estudos apontam não haver diferenciação significativa entre o trabalho do Auxiliar e do Técnico, pois as atividades realizadas não diferem por conta da formação profissional (PEDUZZI; ANSELMINI, 2004). A presente pesquisa procurou incluir, portanto, Auxiliares e

Técnicos de Enfermagem, que segundo dados cedidos pela instituição, chegavam a um total de 97 no Pronto Socorro. Neste sentido, a população foi constituída por profissionais que fizessem parte do quadro funcional representativo no período da pesquisa e atendessem aos critérios de inclusão.

Na busca qualitativa, o ideal é que se defina uma amostragem que possibilite o aprofundamento, a abrangência e a diversidade do objeto de estudo.

[...] Seu critério não é, portanto, numérico, embora quase sempre o investigador precise justificar a delimitação de pessoas entrevistadas, a dimensão e a delimitação do espaço. Pode-se considerar que uma *amostra qualitativa ideal* é a que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo (MINAYO, 2006, p. 197, grifo do autor).

O grupo estudado constituiu-se de 30 profissionais dos turnos matutino, vespertino e noturno, e as entrevistas foram realizadas até que os resultados começaram a se repetir. Houve dificuldade, por parte da pesquisadora, em proceder com a coleta de dados, pois muitas vezes ao abordar o trabalhador, este se recusava a participar do estudo, manifestando estar muito atarefado ou sem interesse em tal participação. Como trata-se de um PS com grande demanda de pacientes, muitos profissionais demonstraram cansaço e estresse devido ao ritmo intenso e ininterrupto de trabalho. Ou seja, houve certa indisponibilidade dos sujeitos em participar da pesquisa, bem como a acessibilidade foi dificultada pelas características do próprio setor, fatores que interferiram no total de pessoas entrevistadas.

#### **4.5 Critérios de inclusão e exclusão**

##### **Inclusão:**

- Ter mais de 1 (um) ano de atuação como Auxiliar ou Técnico no ambiente hospitalar e 6 (seis) meses ou mais de atuação no setor pesquisado.
- Expressar interesse e disponibilidade para participar da pesquisa.

##### **Exclusão:**

- Ter menos de 1 (um) ano de atuação como Auxiliar ou Técnico no ambiente hospitalar ou menos de 6 (seis) meses de atuação no setor pesquisado.
- Não expressar interesse e disponibilidade para participar da pesquisa.

#### **4.6 Instrumento de coleta de dados**

O instrumento de coleta de dados constituiu-se de questionário semi-estruturado, com questões abertas e fechadas (Ver Anexo- B), elaborado com base em levantamento bibliográfico e questões validadas por Alves e Brunelli (2000), em estudo que avaliou a relação entre o trabalho noturno e a saúde de profissionais médicas da Fundação Hospitalar do DF. Na elaboração do referido questionário, percebeu-se que as questões devem concordar com o delineamento do objeto, de forma que todos os tópicos dêem forma e conteúdo, e contribuam para enfatizar as relevâncias previstas no projeto (ponto de vista do investigador) e as relevâncias dos informantes (ponto de vista dos entrevistados) (MINAYO, 2006).

O instrumento foi previamente apreciado por (3) três Enfermeiros pesquisadores, que opinaram quanto ao seu conteúdo, clareza e objetividade. Antes da coleta de dados, foi aplicado também a 3 (três) Técnicos de Enfermagem atuantes em um PS de outro hospital público do DF, com a finalidade de analisar suas dificuldades quanto às questões, ajustando-as a partir de sugestões.

Os dados foram coletados pela própria pesquisadora do dia 24 de março ao dia 15 de abril de 2008. Durante o período de coleta de dados, foram respeitadas as condições do setor, de forma a não interferir no trabalho. O instrumento foi auto-aplicado, ou seja, os indivíduos respondiam às questões no seu ritmo, podendo voltar aos itens e refletir melhor sobre suas respostas, sem nenhuma interferência externa. Essa forma de administração de questionários tem sido apontada como vantajosa, desde que concorde com o delineamento proposto, e considere os objetivos do estudo e as características da amostra (SEIDL; ZANNON, 2004).

Encerrada a fase de coleta, os resultados foram digitados em banco de dados do programa Excel. A análise e interpretação dos resultados consideraram os aspectos de maior relevância obtidos no estudo.

#### **4.7 Limitações do estudo**

Este estudo abordou as seguintes questões:

- . Perfil sócio-econômico e cultural dos entrevistados;
- . Questões de jornada e vínculo;

- . Fatores internos e externos ao ambiente de trabalho;
- . Questões relativas à saúde física e mental dos trabalhadores.

Nosso intuito foi formular uma pesquisa que apontasse problemas que o trabalho tem ocasionado aos profissionais de nível médio de enfermagem, para que garantíssemos, inclusive, um retorno à instituição hospitalar em análise, apontando condições laborais que têm interferido diretamente sobre a saúde e a qualidade de vida da população em estudo, para que possam ser implementadas ações transformadoras, a partir do diagnóstico obtido.

#### 4.8 Análise dos dados

Para a análise dos dados, foram utilizadas duas abordagens:

- *Análise estatística simplificada*, para identificação da frequência das respostas às questões fechadas; e
- *Análise de conteúdo* das questões abertas.

Para efetuar-se a análise estatística dos dados obtidos com as questões fechadas, foi utilizado o programa Excel, procedimento estatístico de análise quantitativa.

A análise do conteúdo diz respeito a técnicas de pesquisa que permitam replicar e validar inferências sobre dados de um determinado assunto, por meio de procedimentos especializados e científicos (MINAYO, 2006).

Para Bardin (1977), a análise de conteúdo visa obter indicadores quantitativos ou qualitativos, que se diferenciam no que se refere à frequência com que certas características de conteúdo surgem, e à presença ou ausência de determinada característica de conteúdo ou conjunto de características. Este método infere conhecimentos relativos às condições de produção das mensagens, e caracteriza-se pela utilização exaustiva e intensa da descrição analítica do conteúdo das mensagens e conseqüente interpretação.

O tratamento das informações coletadas ocorreu em três fases, a seguir descritas:

**a) 1ª Fase – Pré-análise:** caracterizou-se pela intuição, inspiração e liberdade no exame do material obtido, deixando-se aflorar temas a partir do conteúdo das entrevistas. Nessa fase, realizou-se uma leitura superficial dos dados levantados, para que fossem identificados os principais aspectos destacados pelos sujeitos em cada entrevista, para a formulação das categorias de análise.



**b) 2ª Fase – Codificação:** compreendeu a eleição das *categorias sócitécnicas intermediárias e finais* de análise, preocupando-se com aspectos específicos dos discursos e tomando-se como base a agregação das categorias iniciais de análise.

**c) 3ª Fase – Tratamento e Interpretação dos Resultados:** os resultados foram então analisados, buscando-se a interpretação dos significados dos temas, por categorias analíticas.

A análise, portanto, buscou identificar os conteúdos das respostas, sua frequência e significado em relação ao objeto em estudo.

#### **4.9 Autorização e aspectos éticos**

No que se refere aos aspectos éticos, a pesquisa seguiu as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos. Foram garantidos aos cidadãos envolvidos na pesquisa todos os direitos citados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo- B), quais sejam:

- Que toda informação fosse prestada, a qualquer momento, no decorrer da pesquisa;
- Que a qualquer tempo o participante poderia solicitar aos responsáveis pela pesquisa maiores esclarecimentos sobre a mesma;
- Que seria garantido sigilo sobre nomes ou quaisquer outras formas de identificação pessoal;
- Que o participante teria ampla possibilidade de negar resposta a quaisquer questões, ou a fornecer informações que julgasse prejudiciais à sua integridade física, moral e social;
- Que o participante poderia solicitar que determinadas falas e/ou declarações não fossem incluídas em nenhum documento oficial, o que seria prontamente atendido; e,
- Que o entrevistado poderia desistir, a qualquer tempo, da participação na pesquisa.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado em duas vias. Uma permaneceu com o entrevistado e a outra ficou com a pesquisadora, que irá arquivá-las por até 5 (cinco) anos na Direção do Curso de Enfermagem da Universidade Católica de Brasília, juntamente com os instrumentos de coleta de dados.

Foi solicitada a prévia permissão do Diretor do HRC, Doutor Baelon Pereira Alves, para o qual foi encaminhado um resumo do projeto de pesquisa. Após a autorização e preenchimento dos formulários exigidos, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/ FEPECS) para a

devida aprovação, que ocorreu no dia 10 de março de 2008, pelo parecer nº 025/08 (Anexo-A). Ressalta-se que a pesquisa foi iniciada somente após tal aprovação.

#### **4.10 Publicidade da pesquisa**

Os resultados da pesquisa serão tornados públicos pelos seguintes meios:

- Subsidiarão a elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem, que ficará disponível na Biblioteca e o resumo será disponibilizado na *home page* do Curso de Enfermagem da UCB;

- Será encaminhado para revistas científicas na modalidade de artigo científico;

- Será encaminhado para o Hospital Regional de Ceilândia, para servir de subsídio à discussões voltadas à saúde do trabalhador. Será realizada apresentação oral, desde que seja de interesse da instituição, com divulgação prévia, convidando principalmente os sujeitos da pesquisa, as chefias de enfermagem, e membros da Direção e da Medicina do Trabalho;

- A cópia do relatório final da pesquisa será encaminhada ao CEP-SES-DF.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir do processo de análise dos dados, surgiram quatro categorias principais, que permitiram melhor compreensão dos prejuízos do trabalho sobre a saúde e a qualidade de vida dos profissionais de nível médio de enfermagem do Pronto Socorro do Hospital Regional da Ceilândia. Este tipo de análise consiste em verificar as comunicações através de procedimentos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens – unidades de significação (US) (BARDIN, 1977). As categorias de análise estão listadas a seguir:

- 5.1– Perfil sócio-econômico e cultural dos trabalhadores de nível médio de enfermagem;**
- 5.2– Características ocupacionais;**
- 5.3– Características pessoais;**
- 5.4– Relações interpessoais e familiares.**

### 5.1 Perfil sócio-econômico e cultural dos trabalhadores de nível médio de enfermagem

Os resultados do presente estudo encontram-se distribuídos em gráficos e tabelas, acompanhados da discussão pelas evidências na literatura. Os dados do perfil sócio-econômico e cultural dos 30 profissionais de nível médio de Enfermagem estão apresentados na Tabela 1, a seguir:

**Tabela 1**– Distribuição dos profissionais de nível médio de Enfermagem do HRC por sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, número de filhos e/ou dependentes, faixa de renda mensal e situação econômica. Brasília-DF, 2008 (n=30).

| <b>Perfil dos profissionais</b> | <b>f</b> | <b>%</b> |
|---------------------------------|----------|----------|
| <b>- Sexo</b>                   |          |          |
| Feminino                        | 21       | 70%      |
| Masculino                       | 9        | 30%      |
| <b>- Faixa etária</b>           |          |          |
| 26 a 30 anos                    | 9        | 30%      |
| 31 a 35 anos                    | 5        | 16,66%   |
| 36 a 40 anos                    | 4        | 13,33%   |
| 41 a 45 anos                    | 9        | 30%      |
| 46 a 50 anos                    | 2        | 6,66%    |
| 51 a 55 anos                    | 1        | 3,33%    |

|  |    |        |
|--|----|--------|
| <b>- Estado Civil</b>  |    |        |
| Relação estável formal   | 14 | 46,66% |
| Solteiro   | 9  | 30%    |
| Divorciado   | 6  | 20%    |
| Outros   | 1  | 3,33%  |
| <b>- Escolaridade</b>  |    |        |
| Fundamental Completo   | 1  | 3,33%  |
| Médio Completo   | 11 | 36,66% |
| Superior Incompleto  | 13 | 43,33% |
| Superior Completo  | 5  | 16,66% |
| <b>- Número de filhos e/ou dependentes</b>                       |    |        |
| Nenhum filho ou dependente                                       | 3  | 10%    |
| 1 filho ou dependente  | 7  | 23,33% |
| 2 filhos e/ou dependentes  | 9  | 30%    |
| 3 filhos e/ou dependentes  | 9  | 30%    |
| 4 filhos e/ou dependentes  | 1  | 3,33%  |
| 8 filhos e/ou dependentes  | 1  | 3,33%  |
| <b>- Faixa de renda mensal</b>                                   |    |        |
| Mais de 3 até 10 salários mínimos.                               | 22 | 73,33% |
| Mais de 10 até 20 salários mínimos.                              | 7  | 23,33% |
| Mais de 20 até 30 salários mínimos.                              | 1  | 3,33%  |
| <b>- Situação econômica</b>                                      |    |        |
| Trabalho e sou o principal responsável pelo sustento da família. | 15 | 50%    |
| Trabalho e contribuo com as despesas da família.                 | 9  | 30%    |
| Trabalho e me sustento.  | 3  | 10%    |
| Trabalho e recebo ajuda da família.                              | 2  | 6,66%  |
| Trabalho, porém meus gastos são financiados por outra pessoa.    | 1  | 3,33%  |

Fonte: Entrevista realizada com Técnicos de Enfermagem do PS do HRC de março a abril/2008 (Elaboração própria). f= frequência.

A Tabela 1 permite visualizarmos que a maioria dos entrevistados pertencia ao sexo feminino. Encontramos a proporção de 70% de mulheres (21) para 30% de homens (9). A predominância feminina na enfermagem é algo esperado, e confirma a tendência de estudos como os de Raffone e Hennington (2005), Rezende (2003), Costa e Silva, Morita e Martinez (2000), Siqueira, Watanabe e Ventola (1995), Aquino et al. (1993), dentre outros. Cabe ressaltar que no Pronto Socorro, os profissionais do sexo masculino são mais numerosos do que em outros setores, o que decorre tanto da preferência de muitos homens em trabalhar em tais unidades, quanto das particularidades dos setores de Urgência/ Emergência, que muitas vezes exigem atitudes viris (como o uso de força física).

Podemos observar que os profissionais estavam distribuídos numa faixa de idade que variou de 26 a 54 anos, com predominância das faixas etárias entre 26 e 30 anos (30%) e entre 41 e 45 anos (30%). Em relação ao estado civil, 46,66% (14) eram casados (relação estável formal), 30% (9) eram solteiros, 20% (6) divorciados, e apenas 3,33% (1 pessoa) se enquadraram na categoria outros. Verifica-se que tais dados não diferem de outras pesquisas, em

que observamos o predomínio de profissionais casados e solteiros, e em plena capacidade produtiva (COSTA E SILVA; MORITA; MARTINEZ, 2000). Entretanto, em estudo realizado em 2003 por Rezende, obteve-se o percentual de 7,1% de divorciados, contrastando com o percentual de 20% obtido no presente estudo.

Quanto à escolaridade, constatou-se que 43,33% (13) estavam cursando, 16,66% (5) já haviam concluído o ensino Superior, o que demonstra a melhoria do nível educacional do pessoal de enfermagem, contrariando estudos anteriores. Percebe-se que apesar do interesse em ascender tanto pessoal quanto profissionalmente, mesmo assim, os trabalhadores continuam exercendo atividades de enfermagem (REZENDE, 2003). Atribuímos tal fator às vantagens oferecidas pelo setor público do Distrito Federal, como a estabilidade e o plano de cargos e salários, que é bastante vantajoso.

Ainda sobre a escolaridade, 36,66% (11) haviam concluído o ensino Médio e 3,33% (1), o ensino Fundamental, o que demonstra um possível erro no preenchimento do questionário, pois quanto à formação, 100% dos profissionais responderam que eram Técnicos de Enfermagem. A formação dos profissionais apresentou resultado satisfatório, atendendo às expectativas de iniciativas como o PROFAE, que buscam melhor qualidade da assistência à saúde, através do investimento na qualificação dos profissionais (ABEn, 2002).

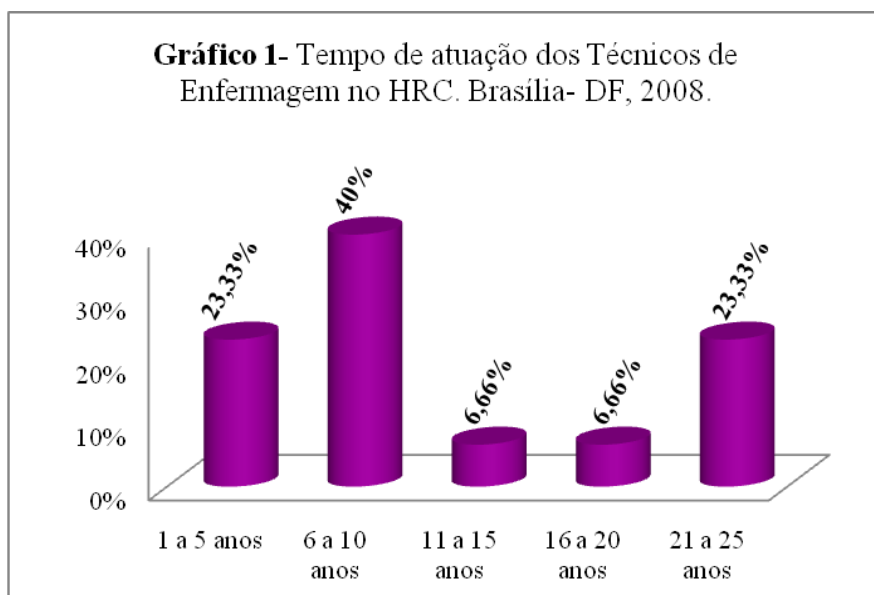
Analisando-se dados com relação ao número de filhos e/ou dependentes, observou-se que a maioria possuía 2 (30 %) ou 3 (30%) filhos e/ou dependentes; 23,33% tinham 1 filho ou dependente, e 10% não tinham filho ou dependente, seguidos de valores com menor percentual. O número máximo mencionado de filhos foi 8.

No que se refere à faixa de renda mensal familiar, o valor entre 3 a 10 salários mínimos foi preponderante (73,33%), o que demonstra um padrão de vida razoável, tendo-se em vista a remuneração de outras profissões técnicas médias, ou mesmo a remuneração dos profissionais de nível médio de enfermagem das instituições privadas ou de instituições públicas de outros estados brasileiros. Devemos considerar que a maioria dos entrevistados são casados, e muitas vezes contam com o auxílio financeiro do cônjuge, o que representa aumento da renda familiar total.

Quanto à situação econômica dos sujeitos entrevistados, 50% se declararam arrimos de família. Tal realidade corrobora transformações sociais, pois quando comparamos a predominância feminina e a situação econômica, fica nítido que as mulheres têm assumido gradativamente o papel de manutenção das famílias, e em muitos casos, recebem remuneração superior à dos companheiros.

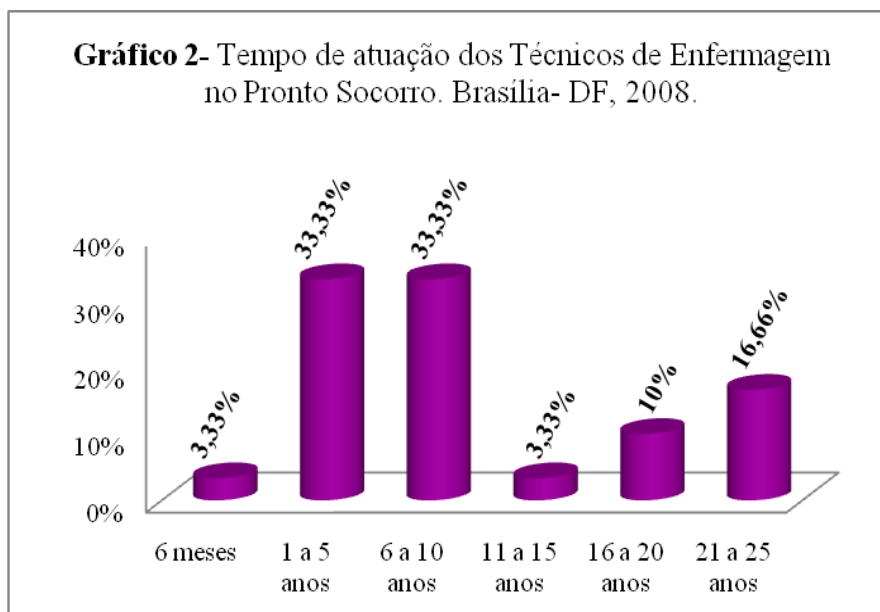
## 5.2- Características ocupacionais

Os Gráfico 1 e 2 mostram o tempo de atuação dos profissionais no ambiente hospitalar e no Pronto Socorro. O tempo de análise se referia à atuação na enfermagem, e não em outras funções exercidas no hospital. Podemos observar que a maioria dos profissionais (63,33%) atua no HRC há menos de 10 anos, seguidos por funcionários mais antigos, atuantes há um período de 21 a 25 anos (23,33%), o que demonstra a heterogeneidade do quadro de pessoal do setor analisado. Ver Gráfico 1:



Fonte: Entrevista realizada com Técnicos de Enfermagem do PS do HRC de março a abril/2008 (Elaboração própria).

Podemos inferir também, que grande parte dos trabalhadores ingressou no hospital diretamente no PS, ou seja, não passou por outros setores na instituição de análise, pois 69,99% atuavam no PS há menos de 10 anos, e 16,66% há um período de 21 a 25 anos, o que permite a comparação com os dados do Gráfico 1. Veja-se Gráfico 2, a seguir:



Fonte: Entrevista realizada com Técnicos de Enfermagem do PS do HRC de março a abril/2008 (Elaboração própria).

Considerando-se a questão da jornada de trabalho e do número de vínculos, obtivemos os dados expostos na Tabela 2. Quando questionados sobre a carga horária formal de trabalho, 80% (24 pessoas) declararam realizar 40 horas semanais. Outros 16,65% (5 pessoas), referiram trabalhar 48, 50, 60, 64 e 76 horas semanais, respectivamente. Embora a maioria tenha relatado realizar 40 horas semanais, não foram considerados aqui, os plantões informais (que não estão previstos na escala de trabalho).

Quanto à questão dos duplos empregos, apenas 23,33% (7 profissionais) referiram ter mais de um emprego, sendo que destes, 4 tinham 2 empregos públicos e 3 tinham 1 emprego público e 1 privado. Ressalta-se que os profissionais com 2 empregos públicos, além de contratados pela Secretaria de Saúde do DF, eram contratados por estabelecimento de saúde de caráter público, porém com vínculo celetista. Notamos que o pequeno número de profissionais com 2 vínculos pode ser devido às 40 horas realizadas pela maioria no PS, e à remuneração satisfatória.

Os resultados obtidos, embora em percentuais diferenciados, podem ser comparados a estudos como o de Rezende (2003), em que 29,4% dos profissionais possuíam outro vínculo de trabalho e 37,7% realizava 40 horas semanais de trabalho. A questão dos duplos empregos é fato comum entre os trabalhadores de saúde, especialmente nos países onde os baixos salários pressionam para tal. Um fator que contribui para esta prática é a questão do regime de turnos e plantões, que permite o acúmulo de empregos. Isto potencializa os efeitos do trabalho sobre o profissional, que se sobrecarrega e muitas vezes, ainda enfrenta o trabalho doméstico.

No caso das mulheres, a situação é mais perversa, porque quando voltam para casa, iniciam outro trabalho (PITTA, 1999; ALVES; BRUNELLI, 2000).

**Tabela 2**– Distribuição dos Técnicos de Enfermagem do HRC segundo as horas trabalhadas por semana e a existência de outro vínculo empregatício. Brasília-DF, 2008 (n=30; n=7)\*.

| Variáveis   | f  | %      |
|---|----|--------|
| <b>- Horas trabalhadas por semana</b>                 |    |        |
| 30 horas  | 1  | 3,33%  |
| 40 horas  | 24 | 80%    |
| 48 horas  | 1  | 3,33%  |
| 50 horas  | 1  | 3,33%  |
| 60 horas  | 1  | 3,33%  |
| 64 horas  | 1  | 3,33%  |
| 76 horas  | 1  | 3,33%  |
| <b>- Você possui mais de um vínculo empregatício?</b> |    |        |
| Sim   | 7  | 23,33% |
| Não   | 23 | 76,66% |
| <b>- Quantos públicos e quantos privados?</b>         |    |        |
| 2 públicos  | 4  | 57,15% |
| 1 público/ 1 privado                                  | 3  | 42,85% |

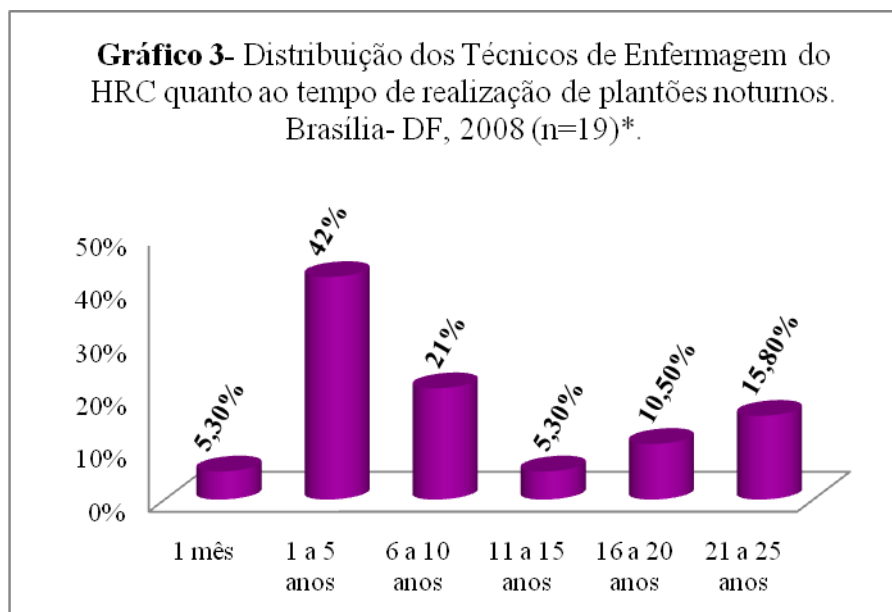
\*Considerar n=30 para o 1º e o 2º itens, e n=7 para o 3º item, referente às pessoas com mais de um emprego.

Fonte: Entrevista realizada com Técnicos de Enfermagem do PS do HRC de março a abril/2008 (Elaboração própria). f= frequência.

Ao avaliarmos a percepção da jornada de trabalho semanal pelos profissionais, 57% (17) consideraram adequada, e 43% (13) consideraram excessiva, o que demonstra que a questão da jornada é fator de insatisfação para alguns profissionais, e para outros não. O fato é que no setor público, muitos profissionais realizam 40 horas por opção, devido ao aumento da remuneração, o que explica a satisfação da maioria dos profissionais. Ressalta-se que em geral, os que consideraram a jornada excessiva, possuem mais de um emprego ou estudam.

Quanto ao trabalho noturno, 63% (19) realizavam plantões noturnos, e 37% (11) não realizavam. Quando questionados sobre o tempo de trabalho à noite, 42% trabalhavam há um período de 1 a 5 anos, seguido dos percentuais de 21%, que trabalhavam há um período de 6 a 10 anos, e de 15,80%, que trabalhavam há 21 a 25 anos. Observar também, os percentuais menores, no Gráfico 3 a seguir:





\*Considerar n=19, pois o gráfico se refere à frequência dos profissionais que realizavam plantões noturnos. Fonte: Entrevista realizada com Técnicos de Enfermagem do PS do HRC de março a abril/2008 (Elaboração própria).

Estudos têm avaliado os efeitos do trabalho em turnos quanto às atitudes do trabalhador e do cônjuge em relação aos horários de trabalho; à satisfação em relação ao tempo disponível para a família, os amigos e as atividades sociais; e quanto à associação entre horários de trabalho e condições de saúde física e mental (ALVES; BRUNELLI, 2000). O trabalho noturno, que muitas vezes é seguido por jornadas ininterruptas, representa fator de desgaste, principalmente porque o profissional passa a destinar o tempo exclusivamente para trabalhar, e não tem sequer, horas de descanso. No entanto, alguns profissionais reconhecem que, muito mais do que vítimas do trabalho, são responsáveis pelas decisões referentes à jornada e sobrecarga de trabalho, como percebemos no depoimento a seguir:

*“O desgaste físico dos profissionais ocorre porque eles trabalham além do limite, por necessidade financeira ou às vezes por amizade. O profissional tem que se organizar e avaliar seus atos” (Entrevistado 1).*

Quando questionados sobre os motivos para a realização de plantões noturnos, o mais comum foi a necessidade de tempo para cuidar dos filhos (30,5%), seguido da questão da compatibilidade com os estudos (17,4%). Tais dados podem ser explicados pela própria caracterização da amostra, com predominância de mulheres, casadas, e com filhos, o que geralmente exige mais tempo durante o dia. Como muitos profissionais estão cursando nível Superior, os plantões noturnos são necessários devido às aulas na faculdade. Estes achados corroboram que eles trabalham à noite por necessidade, como pela compatibilidade com outro emprego. Entretanto, a busca por outros empregos pode resolver o problema financeiro, mas o

lado pessoal do trabalhador fica prejudicado, especialmente quando os vínculos são na área hospitalar, o que duplica a exposição do trabalhador (REZENDE, 2003). Cabe a observação de que algumas respostas parecem contraditórias, pois o “trabalho por obrigação”, por exemplo, nos leva a entender que a instituição pode estar forçando o trabalhador a realizar plantões noturnos, sendo que ele precisa compreender que, por trabalhar em um setor hospitalar com atendimento ininterrupto, isto exige disposição para atender à demanda do regime de turnos e plantões. Os motivos para o trabalho noturno, como no depoimento seguinte, estão listados na Tabela 3.

*“Não deveria ser necessário o servidor fazer carga horária dobrada se as escalas de serviço tivessem mais servidores” (Entrevistado 21).*

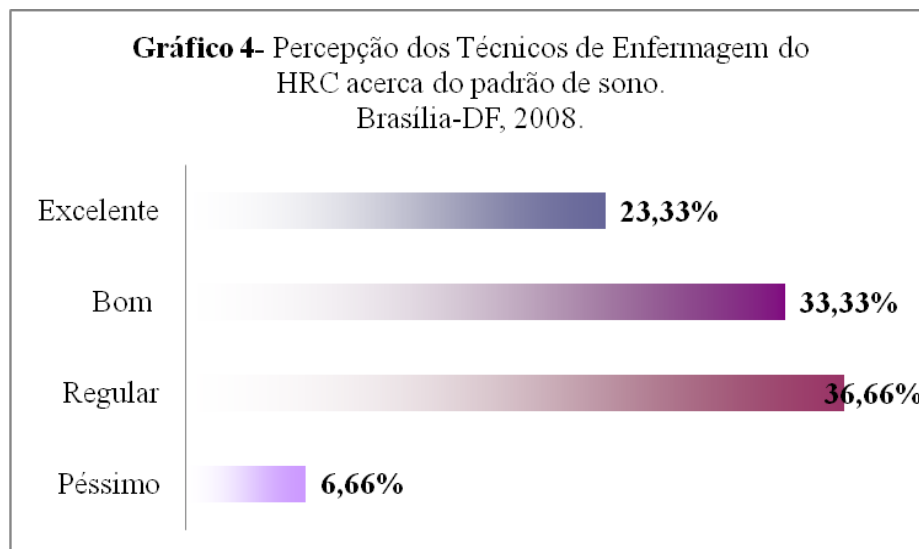
**Tabela 3**– Distribuição dos motivos para a realização de plantões noturnos relatados por 19 Técnicos de Enfermagem do HRC. Brasília-DF, 2008 (n=23)\*.

| <b>Motivos</b>                        | <b>f</b> | <b>%</b> |
|---------------------------------------|----------|----------|
| Para cuidar dos filhos                | 7        | 30,5%    |
| Pela compatibilidade com a faculdade  | 4        | 17,4%    |
| Para cuidar dos pais idosos e doentes | 3        | 13%      |
| Para completar escala                 | 2        | 8,7%     |
| Para resolver as coisas durante o dia | 2        | 8,7%     |
| Para aumentar a renda                 | 1        | 4,34%    |
| Por necessidade do setor              | 1        | 4,34%    |
| Por falta de funcionário              | 1        | 4,34%    |
| Porque tenho dois empregos            | 1        | 4,34%    |
| Por obrigação                         | 1        | 4,34%    |

\*Esta tabela possui n=23, pois alguns profissionais responderam mais de um motivo para o trabalho noturno.

Fonte: Entrevista realizada com Técnicos de Enfermagem do PS do HRC de março a abril/2008 (Elaboração própria). f= frequência

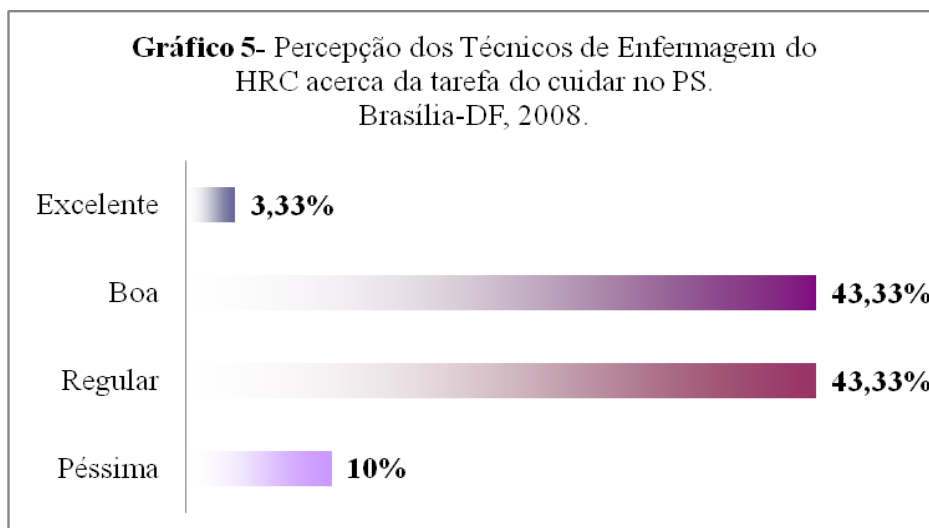
Sobre o padrão de sono, 36,66% (11) consideraram-no regular, e 33,33% (10) bom. No entanto, apesar de os profissionais terem apresentado poucas queixas quanto ao sono, estudos têm levantado aspectos irreconciliáveis do trabalho realizado em plantões, que causa inversão dos sincronizadores individuais com relação aos sincronizadores sociais, originando malefícios na esfera biológica (devido principalmente à alteração do ritmo circadiano), psicológica e social dos trabalhadores, como restrição nas atividades de lazer, além dos efeitos acumulados, como o aumento dos riscos de acidentes de trabalho e no trânsito (PITTA, 1999; ALVES; BRUNELLI, 2000; FISCHER et al., 2002). Veja-se Gráfico 4:



Fonte: Entrevista realizada com Técnicos de Enfermagem do PS do HRC de março a abril/2008 (Elaboração própria).

Com relação à organização do cuidado no setor, 43,33% consideraram este aspecto bom, e 43,33% regular. Importante salientar que a organização inadequada das tarefas influencia negativamente as relações de trabalho. Quando se fala em efeitos do trabalho, costuma-se dizer que suas condições, quando impróprias, prejudicam os trabalhadores. Entretanto, Dejours (1992) corrige o equívoco, e explica a diferença fundamental entre condição e organização do trabalho. As *condições de trabalho* estão relacionadas ao ambiente físico (temperatura, pressão, barulho, vibração, irradiação, altitude), químico (produtos manipulados, vapores e gases tóxicos, poeiras, fumaça) e biológico (vírus, bactérias, parasitas, fungos), às características antropométricas dos postos de trabalho e às condições de higiene e segurança. Já a *organização do trabalho* é designada pelo conteúdo da tarefa, divisão do trabalho, sistema hierárquico, modalidades de comando, relações de poder, questões de responsabilidade etc.

Caso a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) estivesse implantada no setor (que possui pacientes internados por longos períodos), haveria maior autonomia por parte dos profissionais para a resolução dos problemas dos pacientes (SHIMIZU; CIAMPONE, 2002). Veja-se Gráfico 5:



Fonte: Entrevista realizada com Técnicos de Enfermagem do PS do HRC de março a abril/2008 (Elaboração própria).

A questão 20 do questionário se referia à realização parcial ou integral do cuidado, mas não foi bem compreendida por muitos respondentes. 50% (15) relataram realizar as tarefas de forma parcelada e 50% (15) disseram que não, levando à interpretação de que o cuidado seria realizado de forma integral. Entretanto, foi possível observar que em todos os locais de atuação da enfermagem no PS, o cuidado era realizado de forma parcelada, o que sugere que muitos funcionários não entendem a diferença entre cuidado parcial ou integral. O tipo de organização encontrado no PS do hospital de análise segue o modelo reducionista ou cartesiano de trabalho, amplamente difundido até os dias atuais. As práticas de saúde se configuram de maneira fragmentada e mecanicista, não tolerando a interferência de valores humanos, religiosos, ou de qualquer natureza subjetiva (SILVA; CIAMPONE, 2003).

A separação entre planejamento e execução das atividades, leva à parcialização (ou parcelamento) das tarefas e à redução do ciclo de trabalho, esvaziando o conteúdo das atividades, e afastando os trabalhadores de seu produto final (CODÓ; ALMEIDA, 1995). No caso da enfermagem, no momento em que a tarefa se torna o centro do trabalho, perde-se a qualidade e o sentido fundamental do cuidado.

A Tabela 4 adiante permite visualizarmos um elevado grau de insatisfação dos profissionais com relação a determinadas características do trabalho. Dentre os entrevistados, 96,66% (29 pessoas) consideraram o quadro de profissionais reduzido quanto à demanda e às atividades desenvolvidas. Ou seja, eles se sentem sobrecarregados, o que pôde ser confirmado pela observação da rotina do PS, que possui, em média, 20 pacientes por ala, para 2 Técnicos de Enfermagem, que assumem as atividades assistenciais. A distribuição de pacientes por

trabalhador o sobrecarrega, e gera sentimentos de culpa, por não terem cuidado como deveriam, representando fator de sofrimento no trabalho (SHIMIZU; CIAMPONE, 2002).

Além do fluxo intenso de pacientes, característica própria de unidades de Pronto Atendimento, a quantidade de internações é grande, o que aproxima a realidade do PS à de um setor de Clínica médica/cirúrgica, sendo que não há estrutura física adequada, nem profissionais suficientes para tal, como fica claro nos discursos a seguir:

*“A quantidade de pessoal é insuficiente para o trabalho existente; não temos equipamentos adequados para a realização das tarefas, como roupas, macas, medicações. Temos também um grande número de pacientes para cada auxiliar” (Entrevistado 19).*

*“O serviço público não tem gerência em todos os níveis, e dá um trabalhão fazer com que as coisas funcionem. O principal problema é a defasagem de pessoal, e depois a falta de estrutura e de material. Mas pior ainda é a falta de interesse da classe em se reciclar e aplicar isso ao seu serviço” (Entrevistado 15).*

Cabe a discussão de que é provável que o número de profissionais seja adequado, mas a gestão do setor não priorize a organização do trabalho, e sim o simples atendimento à demanda e à alta rotatividade de pacientes, que vêm, inclusive, do Entorno do DF.

Quando os profissionais foram questionados sobre a realização de tarefas de competência de outros profissionais, 93,33% (28 profissionais) responderam afirmativamente, o que constitui fator de sobrecarga de trabalho. A maioria dos Técnicos se queixa que os Enfermeiros não realizam suas funções, mas em um setor que possui uma média de 60 pacientes para 1 ou 2 Enfermeiros, estes ficam responsáveis por funções administrativas. A estrutura hierarquizada da enfermagem permite ao Enfermeiro poder sobre os demais trabalhadores, e ele acaba por assumir o planejamento das atividades, enquanto a assistência fica a cargo dos agentes de nível médio (SHIMIZU, CIAMPONE, 2002). As condições e a estruturação do trabalho limitam a possibilidade de satisfação, como observamos:

*“Sugiro condições adequadas para se executar o trabalho e uma chefia que nos assegure que seja mais humanizado o tratamento chefia-auxiliar, e que o trabalho seja digno” (Entrevistado 17).*

Sobre a remuneração, 63,33% (19) consideraram-na inadequada às atividades que realizam, mas o fato do trabalho dos profissionais de enfermagem ser classificado como imbuído de “qualidades”, e não de qualificação, tem contribuído para a banalização e a inadequada recompensa em nível material (SHIMIZU, CIAMPONE, 2002). Quanto ao impacto do trabalho sobre estes profissionais, há diferenças determinadas pela região do país, pela qualidade dos hospitais e pelas características da rede de assistência à saúde

(SZNELWAR; UCHIDA, 2004). O que se percebe é que o plano de cargos e salários no Distrito Federal é extremamente atrativo, e a remuneração supera a de outras regiões do país. Portanto, por mais que muitos entrevistados se sintam prejudicados quanto ao salário, cabe a observação de que poucos possuem outro vínculo, ou seja, se a remuneração fosse um fator tão insatisfatório, haveria um número maior de pessoas com duplo emprego.

Com relação à estrutura física do setor, 53,33% (16) consideraram péssima, e 43,33% (13) regular. O ambiente físico precário dificulta a realização do trabalho e aumenta a sobrecarga e a insatisfação, como podemos observar pela opinião dos profissionais a seguir:

*“Deveria haver melhoria da estrutura física e aumento do número de servidores, aumentando as condições para a prestação de serviços de qualidade” (Entrevistado 27).*

*“Deveria haver maior reconhecimento do trabalho e melhores condições e ambiente de trabalho adequado, pois o que estressa não é o trabalho em si, mas justamente a falta de recursos para executar nossa função, porque gastamos a maior parte do tempo com improvisos. Ou seja, somos, como costume dizer, os “magaiver” da saúde” (Entrevistado 23).*

**Tabela 4**– Distribuição das opiniões dos Técnicos de Enfermagem do HRC quanto às características do trabalho. Brasília-DF, 2008 (n=30).

| Variáveis   | f  | %      |
|---|----|--------|
| <b>- Como você classificaria o quadro de pessoal de enfermagem?</b>   |    |        |
| Reduzido com relação à demanda e atividades desenvolvidas.            | 29 | 96,66% |
| Adequado com relação à demanda e atividades desenvolvidas.            | 1  | 3,33%  |
| <b>- Você realiza tarefas de competência de outros profissionais?</b> |    |        |
| Sim   | 28 | 93,33% |
| Não   | 2  | 6,66%  |
| <b>- Você considera sua remuneração adequada?</b>                     |    |        |
| Sim   | 11 | 36,66% |
| Não   | 19 | 63,33% |
| <b>- Como você classifica a infra-estrutura do seu setor?</b>         |    |        |
| Boa   | 1  | 3,33%  |
| Regular   | 13 | 43,33% |
| Péssima   | 16 | 53,33% |

Fonte: Entrevista realizada com Técnicos de Enfermagem do PS do HRC de março a abril/2008 (Elaboração própria). f= frequência.

Quanto às atividades desenvolvidas no setor, foram listadas na Tabela 5 as opiniões dos entrevistados. Os maiores percentuais se referiam às seguintes características: desgastantes (66,66%); estressantes (63,33%); cansativas (53,33%); em grande quantidade (46,66%), seguidas por valores em menor percentual, mas igualmente relevantes para que

possamos compreender as conseqüências do trabalho sobre saúde e a qualidade de vida dos profissionais.

O depoimento a seguir aborda fatores internos ao ambiente do trabalho que podem prejudicar a saúde e o bem-estar dos trabalhadores:

*“O trabalho aqui no Box de Emergência é muito cansativo. Às vezes faltam materiais e equipamentos, prejudicando assim, o atendimento. Isso faz com que os técnicos de enfermagem fiquem ansiosos e estressados” (Entrevistado 7).*

**Tabela 5**– Relação das características das atividades referidas pelos Técnicos de Enfermagem do HRC. Brasília-DF, 2008 (n=30)\*.

| <b>Características das atividades</b> | <b>f</b> | <b>%</b> |
|---------------------------------------|----------|----------|
| Desgastantes                          | 20       | 66,66%   |
| Estressantes                          | 19       | 63,33%   |
| Cansativas, exigindo muito esforço    | 16       | 53,33%   |
| Em grande quantidade                  | 14       | 46,66%   |
| Rotineiras e repetitivas              | 12       | 40%      |
| Prazerosas                            | 3        | 10%      |
| Monótonas                             | 2        | 6,66%    |
| Motivadoras                           | 1        | 3,33%    |

\* Considerar n=30, e o fato de que os profissionais tinham a opção de marcar nenhuma, 1 ou mais opções.

Fonte: Entrevista realizada com Técnicos de Enfermagem do PS do HRC de março a abril/2008 (Elaboração própria). f= frequência.

Apesar dos dados apresentados da Tabela 5, que demonstram a penosidade do trabalho, 10% dos profissionais consideraram as atividades prazerosas, e 3,33% motivadoras, o que mostra a existência de pontos positivos no trabalho, que se por um lado, provoca o medo e a submissão dos trabalhadores às exigências das empresas, por outro proporciona prazer, a ponto de fazer muitas pessoas gostarem do que fazem, pois “o trabalho representa a possibilidade de aprender ou de ter acesso a um saber que nem todos têm, especialmente às mulheres. Associado a isso, tem-se a segurança e os benefícios oferecidos [...]” (CODD; ALMEIDA, 1995, p.218). Veja-se depoimento:

*“O meu trabalho é muito gratificante. Porém, é muito estressante aqui no PS. Está faltando pessoal, então a sobrecarga de trabalho é desumana. Os governantes deveriam atentar para esse problema e priorizar urgentemente a SAÚDE” (Entrevistado 11).*

Quanto à questão do absenteísmo, 56,66% (17) disseram não ter faltado no último ano, e 43,33% (13) afirmaram ter faltado. Os dias de faltas ao trabalho variaram, com maior percentual do período de 1 a 5 dias (69%), seguido dos períodos de 11 a 15 dias (23%) e de 120 dias (8%).

A Tabela 6 contém a lista dos motivos de faltas referidos pelos profissionais. Dos entrevistados, 33,32% faltaram por algum motivo de saúde (somando-se doença, cirurgia e consulta médica); 26,66% não responderam; 20% disseram ter faltado para cuidar dos filhos doentes, dentre outros motivos com menor percentual. Segundo documento da Comissão das Comunidades Européias (2002), os motivos de saúde representam grande parte das causas de absenteísmo, sendo que as enfermidades consideradas emergentes, como estresse, depressão, ansiedade, violência no trabalho, assédio moral e intimidação, representam 18% dos problemas de saúde relacionados ao trabalho, uma quarta parte dos quais implica em duas semanas ou mais de ausência laboral, que se torna fato corriqueiro. Veja-se Tabela 6, a seguir:

**Tabela 6**– Distribuição dos motivos para faltas ao trabalho relatados por 13 Técnicos de Enfermagem do HRC. Brasília-DF, 2008 (n=15)\*.

| Motivos                           | f | %      |
|-----------------------------------|---|--------|
| Não responderam                   | 4 | 26,66% |
| Acompanhamento dos filhos doentes | 3 | 20%    |
| Doença                            | 3 | 20%    |
| Cirurgia                          | 1 | 6,66%  |
| Consultas médicas                 | 1 | 6,66%  |
| Licença-maternidade               | 1 | 6,66%  |
| Morte na família                  | 1 | 6,66%  |
| Nenhum motivo                     | 1 | 6,66%  |

\*Esta tabela possui n=15, visto que alguns profissionais responderam mais de um motivo para faltar ao trabalho. Fonte: Entrevista realizada com Técnicos de Enfermagem do PS do HRC de março a abril/2008 (Elaboração própria). f= frequência.

A intensidade das exigências do trabalho e da vida ameaça a própria mão-de-obra, como podemos observar nos índices de registros de acidentes do trabalho. O setor Saúde, segundo dados oficiais do Brasil, é o primeiro na lista de registros de acidentes de trabalho. No período de jan/1997 a dez/2004, houve mais de 15 mil notificações de acidentes de trabalho com material biológico segundo dados da Secretaria de Saúde/RJ. A enfermagem foi a categoria profissional mais atingida, o que demonstra sua vulnerabilidade (DEJOURS, 1992; ABEn, 2006).



### 5.3 Características pessoais

A penosidade, denominação amplamente difundida nos dias atuais, relaciona-se à carga de trabalho, e corresponde ao conjunto de capacidades (físicas, sensoriais, psicomotoras, psicológicas e cognitivas) que a pessoa investe na execução da tarefa. Insatisfação, desconforto, fadiga, doenças e acidentes ocorrem por consequência dessa resposta individual sobre o estado físico, mental e psicológico do trabalhador (ABEN, 2006).

A Tabela 7 foi baseada nas respostas dos profissionais entrevistados, e diz respeito aos problemas que o trabalho penoso pode causar, resultando em mudanças de conduta e prejuízos ao trabalhador. Dentre os profissionais entrevistados, 83,33% acreditavam que o trabalho contribui para o estresse; 63,33% para o cansaço e desgaste; 60% para alterações de humor; 50% para tensão muscular; 46,66% para ansiedade e fadiga; 43,33% para distúrbios do sono; dentre outros problemas, com impacto negativo considerável.

Os profissionais também apontaram a relação de problemas alimentares, cardíacos e infecções com o trabalho. O estresse, por exemplo, tem sido associado a relações interpessoais tensas e às longas jornadas, que intensificam o desgaste psicológico e físico do trabalhador (REZENDE, 2003).

**Tabela 7**– Relação dos problemas decorrentes do trabalho relatados pelos Técnicos de Enfermagem do HRC. Brasília-DF, 2008 (n=30)\*.

| <b>Características das atividades</b>                                    | <b>F</b> | <b>%</b> |
|--|----------|----------|
| Estresse   | 25       | 83,33%   |
| Cansaço, sensação de desgaste ao acordar                                 | 19       | 63,33%   |
| Alterações de humor (nervosismo, irritação, tristeza, depressão)         | 18       | 60%      |
| Tensão muscular  | 15       | 50%      |
| Ansiedade, fadiga  | 14       | 46,66%   |
| Distúrbios do sono (insônia, sonolência)                                 | 13       | 43,33%   |
| Outros problemas   | 10       | 33,33%   |
| Problemas de memória e concentração, confusão mental                     | 9        | 30%      |
| Desânimo, desinteresse, apatia   | 8        | 26,66%   |
| Cefaléia   | 8        | 26,66%   |
| Problemas alimentares (alteração do apetite, gastrite, azia, indigestão) | 7        | 23,33%   |
| Problemas cardíacos (hipertensão, taquicardia, palpitação, infarto)      | 7        | 23,33%   |
| Infecções  | 7        | 23,33%   |
| Queda da produtividade   | 5        | 16,66%   |

\*Considerar n=30, e o fato de que os profissionais tinham a opção de marcar nenhuma, 1 ou mais opções.

Fonte: Entrevista realizada com Técnicos de Enfermagem do PS do HRC de março a abril/2008 (Elaboração própria). f= frequência.

Quanto aos problemas de saúde, obtivemos dados preocupantes: 50% (15 profissionais) relataram ter problema de saúde, e 50% (15 profissionais) relataram não ter. Por mais que fatores da própria pessoa (como idade, sexo, tendências genéticas e hereditárias) interfiram no surgimento de doenças, algumas delas podem estar diretamente relacionadas ao trabalho, como nos casos de Hipertensão (12,5%); Hipotireoidismo (12,5%); Varizes (8,33%), Dorsalgia (8,33%), Tendinite (4,16%), Insônia (4,16%), Ansiedade (4,16%), dentre outros problemas, que refletem a dificuldade dos trabalhadores em cuidarem da própria saúde. Para o melhor agrupamento dos problemas referidos pelos 15 profissionais, foi utilizada a CID-10, que lhes deu uma linguagem universal. Veja-se Tabela 8:

**Tabela 8**– Distribuição das alterações de saúde relatadas por 15 Técnicos de Enfermagem do HRC. Brasília-DF, 2008 (n=24)\*.

| CID-10 | Descrição   | F | %     |
|--------|---|---|-------|
| I15.9  | Hipertensão secundária, não especificada                | 3 | 12,5% |
| E20    | Hipotireoidismo   | 3 | 12,5% |
| J30.4  | Rinite alérgica não especificada                        | 2 | 8,33% |
| I83.9  | Varizes de localização não especificada                 | 2 | 8,33% |
| G43.9  | Enxaqueca, sem especificação                            | 2 | 8,33% |
| M54.9  | Dorsalgia não especificada                              | 2 | 8,33% |
| J45.9  | Asma não especificada                                   | 1 | 4,16% |
| H40    | Glaucoma  | 1 | 4,16% |
| E14    | Diabetes mellitus não especificado                      | 1 | 4,16% |
| M79.1  | Mialgia   | 1 | 4,16% |
| M77.0  | Epicondilite medial                                     | 1 | 4,16% |
| M77.9  | Tendinite SOE   | 1 | 4,16% |
| F41.9  | Transtorno ansioso não especificado                     | 1 | 4,16% |
| F51.0  | Insônia não-orgânica                                    | 1 | 4,16% |
| I80.9  | Flebite e tromboflebite de localização não especificada | 1 | 4,16% |
| B36.9  | Micose superficial não especificada                     | 1 | 4,16% |

\*Esta tabela possui n=24, visto que alguns profissionais afirmaram ter mais de uma alteração de saúde.

Fonte: Entrevista realizada com Técnicos de Enfermagem do PS do HRC de março a abril/2008 (Elaboração própria). f= frequência.

Foram identificados 16 tipos de problemas de saúde, o que evidencia o fato dos profissionais estarem trabalhando adoecidos. Alguns problemas encontrados coincidem com estudos já realizados, como o de Rezende (2003), que identificou a Lombalgia (21,57%), que representa a 3<sup>a</sup> maior causa de absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem, a Hipertensão (8,82%), que pode estar associada ao sofrimento psíquico no trabalho; a Mialgia (5,9%), devido ao uso da mecânica corporal e à sobrecarga muscular; o Hipotireoidismo (2,94%), distúrbio endócrino comum entre as mulheres etc. Outros estudos confirmam certa semelhança nos problemas de saúde apresentados pelos trabalhadores de enfermagem. A

relação entre trabalho e saúde é afetada pela organização do trabalho e por fatores psicológicos, mas é importante salientarmos que os problemas verbalizados pelos profissionais em questão não são, obrigatoriamente, doenças profissionais (CODO; ALMEIDA, 1995).

Os problemas de saúde costumam ser evidenciados entre as categorias profissionais a partir da inserção social específica dos trabalhadores na dinâmica do próprio processo de trabalho. São imprecisos os mecanismos para avaliar tal correlação, mas pode-se considerar a exposição dos trabalhadores aos riscos, e analisar a relação causa-efeito (SÊCCO; GUTIERREZ; MATSUO, 2002; ODDONE et al., 1986 *apud* REZENDE, 2003).

A fala a seguir expressa uma crítica à ausência de serviços voltados à saúde dos profissionais, que convivem com o próprio adoecimento:

*“Para muitas pessoas, o trabalho é por prazer, por amor, mas com a sobrecarga, alguns adoecem. Se houvesse uma assistência tanto clínica como psicológica, teríamos com certeza uma qualidade de vida bem melhor. É vergonhoso sermos servidores da saúde sem um plano de saúde decente” (Entrevistado 9).*

A Tabela 9 analisa o uso de medicamentos e o consumo de cigarro, café e álcool, que estão relacionados à saúde dos profissionais. Fatores como ansiedade, estresse e cansaço, relatados por grande parte dos profissionais, podem interferir na adoção de certos hábitos de vida.

No caso do uso de medicamentos, 26,66% dos profissionais afirmaram o uso regular, o que nos leva à inferir que alguns profissionais, mesmo doentes, não fazem tratamento farmacológico. Com relação ao fumo, apenas 6,66% fumavam, o que reflete a eficácia das políticas de conscientização acerca dos prejuízos do cigarro. Dos entrevistados, 63,33% faziam uso de café regularmente, o que muitas vezes representa um fator de ansiedade. Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, 46,66% afirmaram a ingestão de álcool, com uma frequência que variou de raramente a sempre. O maior percentual (42,85%) relatou o uso de álcool 1 vez por semana.

**Tabela 9**– Distribuição dos Técnicos de Enfermagem do HRC quanto ao uso de medicamentos, cigarro, café e álcool. Brasília-DF, 2008 (n=30; n=14)\*.

| Variáveis                                      | f  | %      |
|--|----|--------|
| <b>- Você toma algum remédio regularmente?</b> |    |        |
| Sim  | 8  | 26,66% |
| Não  | 22 | 73,33% |
| <b>- Você é fumante?</b>                       |    |        |
| Sim  | 2  | 6,66%  |
| Não  | 28 | 93,33% |

|  |    |        |
|--|----|--------|
| <b>- Você faz uso de café regularmente?</b>          |    |        |
| Sim  | 19 | 63,33% |
| Não  | 11 | 36,66% |
| <b>- Você ingere algum tipo de bebida alcoólica?</b> |    |        |
| Sim  | 14 | 46,66% |
| Não  | 16 | 53,33% |
| <b>- Com que frequência?</b>                         |    |        |
| 1 vez por semana                                     | 6  | 42,85% |
| Socialmente  | 3  | 21,42% |
| Varia  | 2  | 14,28% |
| 2 vezes ao mês                                       | 1  | 7,14%  |
| Raramente  | 1  | 7,14%  |
| Sempre   | 1  | 7,14%  |

\* Considerar n=30 para os 4 primeiros itens da tabela, e n=14 para o 5º item, que se refere aos que consumiam bebidas alcoólicas.

Fonte: Entrevista realizada com Técnicos de Enfermagem do PS do HRC de março a abril/2008 (Elaboração própria). f= frequência.

Quanto à prática de exercícios físicos, observou-se que 50% dos entrevistados não praticavam atividade física regular, e 50% praticavam. Tais dados parecem indicar uma correlação entre saúde e atividade física, pois os percentuais de pessoas doentes (50%) e sadias (50%) foram idênticos aos percentuais de pessoas que não praticam e praticam exercícios. A intenção desta comparação não é condicionar o aparecimento de doenças à ausência de exercícios físicos, mas alertar para a importância de considerar esta associação, que tem sido amplamente discutida. Os trabalhadores de enfermagem, que em geral possuem pouco tempo para realizarem atividades físicas, ou ignoram seus benefícios, tendem a apresentar elevados índices de agravos à saúde. Além do sedentarismo, tendências pessoais e as próprias características do trabalho também contribuem isto.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte (1996), a saúde e a qualidade de vida do homem podem ser preservadas e aprimoradas pela prática regular de atividade física. O sedentarismo é condição indesejável, e representa risco de doenças. Estudos vêm demonstrando expressiva associação entre estilo de vida ativo, melhor qualidade de vida e menor possibilidade de morte, e têm comprovado que indivíduos fisicamente aptos tendem a apresentar menor incidência de doenças devido a uma série de benefícios fisiológicos e psicológicos decorrentes da prática regular de atividade física, que possibilita às pessoas maior bem-estar e produtividade (MIRANDA, 2006).

A Tabela 10 possui a listagem das atividades físicas realizadas pelos profissionais. A mais frequente foi a caminhada (40%). É importante observarmos que 13,33% dos profissionais consideraram a ginástica laboral como uma atividade física regular, o que

demonstra a importância desta prática, que apesar de ter sido implantada na instituição há pouco tempo, já é reconhecida pelos profissionais, e tem alcançado resultados satisfatórios.

**Tabela 10**– Distribuição da realização de atividade física regular entre os Técnicos de Enfermagem do HRC. Brasília-DF, 2008 (n=15)\*.

| <b>Tipo de atividade física</b> | <b>f</b> | <b>%</b> |
|---------------------------------|----------|----------|
| Caminhada                       | 6        | 40%      |
| Academia                        | 3        | 20%      |
| Futebol                         | 3        | 20%      |
| Ginástica laboral               | 2        | 13,33%   |
| Karatê                          | 1        | 6,66%    |

\*Esta tabela possui n=15, visto que se refere apenas aos profissionais que praticavam atividade física.

Fonte: Entrevista realizada com Técnicos de Enfermagem do PS do HRC de março a abril/2008 (Elaboração própria). f= frequência.

Quanto ao lazer, 83,33% (25) referiram não possuir tempo adequado para tal, e apenas 16,66% (5) consideraram o tempo adequado para realizarem atividades de lazer. Como a qualidade de vida engloba uma série de fatores, incluindo o tempo para atividades prazerosas, os dados obtidos explicitam que o trabalho tem ocasionado prejuízos sobre a vida desses trabalhadores.

A Tabela 11 contém a relação das atividades de lazer praticadas com maior frequência pelos profissionais, sendo que 7 não responderam à questão. Ressalta-se que por mais que eles tenham relacionado suas atividades de lazer mais frequentes, muitos relatam não ter tempo para praticá-las. Atividades que deveriam ser consideradas corriqueiras, como se reunir com a família, passam a ser consideradas lazer, devido à rara frequência em que ocorrem. As atividades físicas foram citadas pelos profissionais, e sugerem que talvez haja um percentual menor de profissionais que não possuem tempo para o lazer, pois quando questionados sobre a realização de atividades físicas, metade dos entrevistados as realizavam. A realização de viagens, pescarias, passeios ao clube, shopping e parque foram bastante citadas. Atividades culturais foram raras, pois apenas 1 profissional relatou ir ao teatro. Houve participante que enfatizou não realizar nenhuma atividade de lazer; houve também quem considerasse dormir e assistir TV como lazer.

Segundo Domenico de Masi no livro “A economia do ócio” (RUSSELL; LAFARGUE, 2001), é necessário ascender do humanismo do trabalho ao humanismo do ócio, na tentativa de combinar o trabalho com o estudo e com a diversão, fazendo destas atividades uma síntese inovadora e fecunda. O autor critica veementemente questões relacionadas à globalização e às organizações de trabalho, que angustiam a todos com a obrigação do trabalho ininterrupto. Segundo ele,

“[...] a sociedade industrial tentou estabelecer uma separação tão precisa quanto artificial entre o tempo dedicado ao estudo e ao aprendizado, o tempo dedicado ao trabalho e aos negócios e o tempo dedicado ao descanso, à diversão e ao cultivo do prazer. *Esta separação foi imposta pela própria natureza do trabalho*, que, organizado de forma industrial para a grande maioria dos trabalhadores, requeria espaços específicos [...] não conciliáveis com a vida e com o ambiente domésticos” (RUSSELL; LAFARGUE, 2001, p. 23, grifo nosso).

Segundo De Masi (2000), a indústria separou o lar do trabalho, a vida das mulheres da dos homens, o cansaço da diversão. O trabalho tornou-se categoria dominante na vida humana, e a família, os estudos, a diversão, tornaram-se subordinadas, secundárias. A idéia é associar o trabalho ao tempo livre, realizando atividades criativas (praticando o chamado ócio criativo), que tendem a ser extremamente valorizadas pelo mercado de trabalho.

No caso dos trabalhadores em estudo, é possível observar que a maioria, embora realize 40 horas como a maioria dos assalariados no Brasil, não consegue conciliar o seu tempo com atividades de lazer, o que se deve, principalmente, à busca pelo aumento da renda familiar. Encontrar o equilíbrio entre conforto e lazer é uma tarefa difícil de ser atingida, pois a busca pelo lucro faz com que muitas pessoas fiquem sobrecarregadas. Trabalhar com pessoas que descansam e se divertem é bem mais agradável, mas o assalariado prefere uma jornada mais longa por um bom salário, e o empregador precisa da quantidade de trabalho elevada para atingir os seus objetivos (RUSSELL; LAFARGUE, 2001).

**Tabela 11**– Relação das atividades de lazer realizadas com maior frequência por 23 Técnicos de Enfermagem do HRC. Brasília-DF, 2008 (n=35)\*.

| <b>Atividades de lazer</b>     | <b>f</b> | <b>%</b> |
|--------------------------------|----------|----------|
| Ir ao clube                    | 6        | 17,14%   |
| Ir ao shopping e cinema        | 5        | 14,28%   |
| Jogar futebol                  | 4        | 11,42%   |
| Pescar, acampar                | 4        | 11,42%   |
| Fazer caminhada                | 3        | 8,57%    |
| Reunir com familiares e amigos | 2        | 5,71%    |
| Viajar                         | 2        | 5,71%    |
| Nenhuma atividade de lazer     | 2        | 5,71%    |
| Academia                       | 1        | 2,85%    |
| Chácara                        | 1        | 2,85%    |
| Andar de bicicleta             | 1        | 2,85%    |
| Ir ao parque com os filhos     | 1        | 2,85%    |
| Ir ao teatro                   | 1        | 2,85%    |
| Assistir TV                    | 1        | 2,85%    |
| Dormir                         | 1        | 2,85%    |

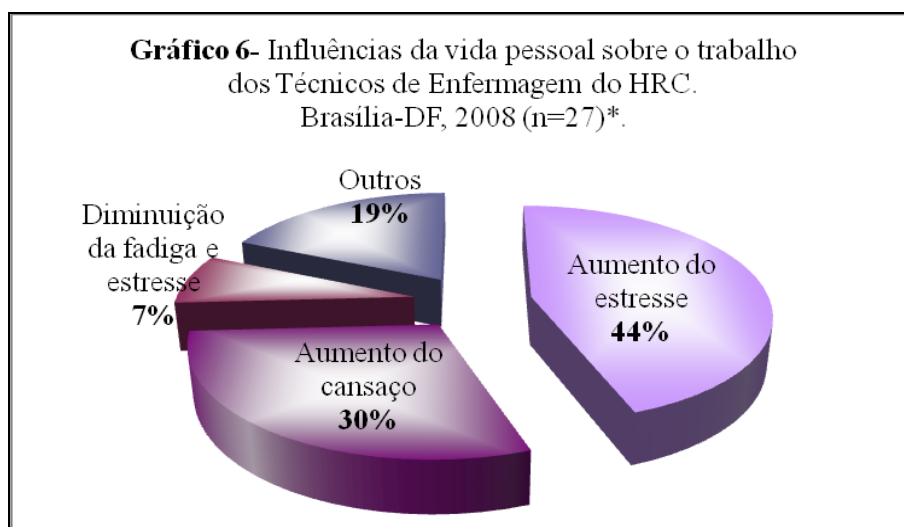
\*Esta tabela possui n=35, visto que alguns profissionais responderam mais de uma atividade de lazer.

Fonte: Entrevista realizada com Técnicos de Enfermagem do PS do HRC de março a abril/2008 (Elaboração própria). f= frequência.

## 5.4 Relações interpessoais e familiares

A relação entre atividades domésticas, cuidado com os filhos e trabalho, é um fator que gera muita ansiedade e insatisfação, pois muitos profissionais se queixam da dificuldade em conciliar as diversas funções que assumem, o que acaba por prejudicar a execução do trabalho. Dos entrevistados, 66,66% (20) concordaram que esta conciliação influencia o trabalho, e 33,33% (10) disseram que não.

No Gráfico 6, observamos que 44% dos profissionais acreditavam que as atividades diárias aumentavam o nível de estresse no trabalho, e 30%, que aumentavam o cansaço físico. Na opção “Outros” (19%), obtivemos respostas quanto ao aumento dos atestados, atrasos e faltas, à falta de tempo e à diminuição do desempenho profissional. Alguns profissionais atribuíram uma influência positiva da vida sobre o trabalho, com 7% dos entrevistados atribuindo à relação trabalho-casa-família, a diminuição da fadiga e do estresse.

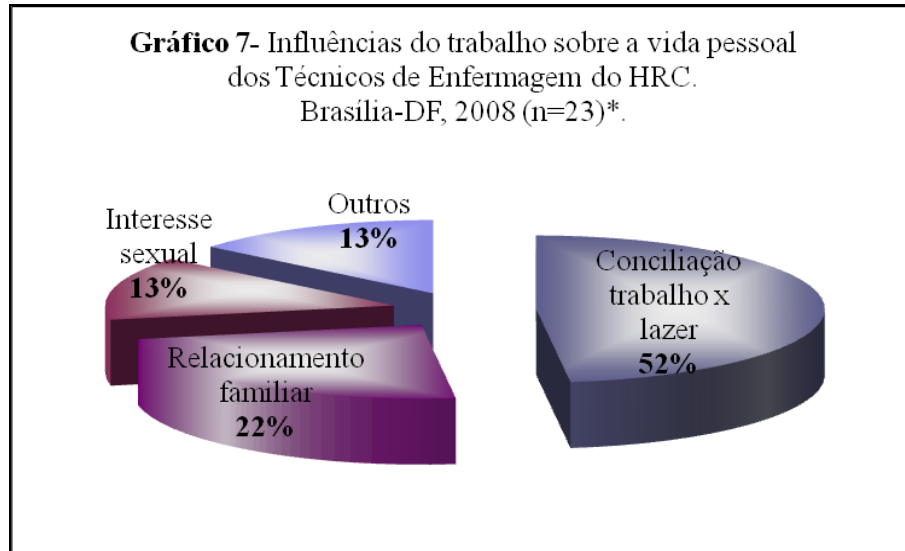


\*Este gráfico possui n=27, pois alguns dos 20 profissionais citaram mais de um modo de interferência da vida sobre o trabalho.

Fonte: Entrevista realizada com Técnicos de Enfermagem do PS do HRC de março a abril/2008 (Elaboração própria).

O Gráfico 7 possui as principais influências do trabalho na vida doméstica. Dentre os entrevistados, 63,33% (19) concordaram que o trabalho influencia a vida em casa, e 36,66% (11) discordaram. Dos que concordaram, 52% responderam que o trabalho dificulta os momentos de lazer, corroborando resultado obtido anteriormente (embora em menor percentual), em que 83,33% dos profissionais referiram não ter tempo adequado para o lazer. Quanto à relação com a família, 22% relataram que o trabalho a dificulta, 13% acreditaram

que o trabalho diminui o interesse sexual, e na opção “Outros” (13%), que aumenta o cansaço e o estresse, e dificulta o entendimento entre ambos devido à falta de tempo. Ver Gráfico 7:

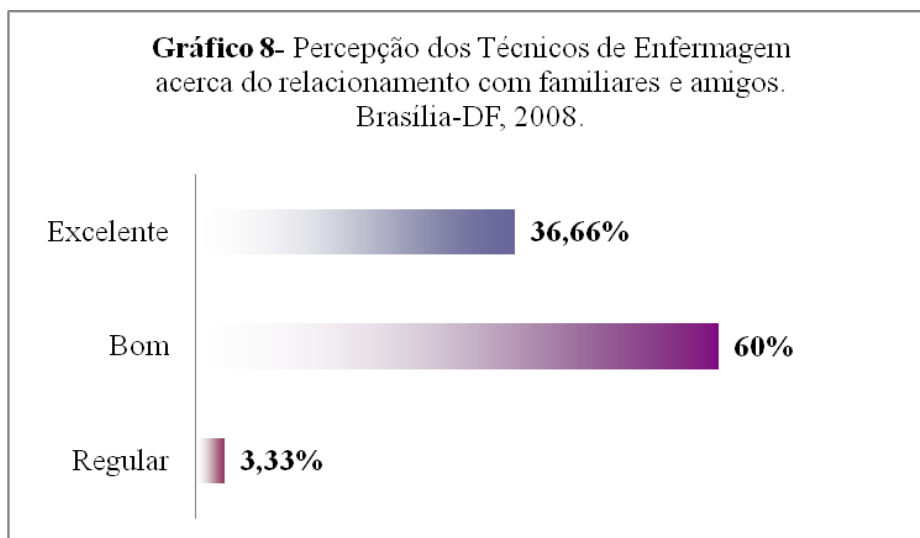


\*Este gráfico possui n=23, uma vez que alguns dos 19 profissionais referiram mais de um modo de interferência do trabalho sobre a vida.

Fonte: Entrevista realizada com Técnicos de Enfermagem do PS do HRC de março a abril/2008 (Elaboração própria).

A relação mulher-trabalho-família nunca foi harmoniosa, pois com a inserção da mulher no mercado de trabalho, os papéis se modificaram (SPINDOLA, 2000). No presente estudo, como a maioria eram mulheres, devemos considerar que o impacto da vida pessoal sobre o trabalho, e vice-versa, é ainda mais evidente. Quando questionados sobre o relacionamento com amigos e familiares, 60% dos entrevistados consideraram bom; 36,66% excelente; e 3,33% regular. Tal resultado significa que por mais que o trabalho resulte em conflitos com a vida familiar (22% achavam que o trabalho prejudicava esse relacionamento), eles possuem uma visão otimista quanto à qualidade das relações. Veja-se Gráfico 8, a seguir:





Fonte: Entrevista realizada com Técnicos de Enfermagem do PS do HRC de março a abril/2008 (Elaboração própria).

Os resultados obtidos neste estudo indicam a existência de uma variabilidade de fatores que influenciam a saúde e a qualidade de vida dos Técnicos de Enfermagem da instituição de análise. Sabe-se que quanto maior a precariedade associada ao trabalho, maior o risco de rupturas sociais e familiares, redução da sociabilidade e piora das condições de vida (NARDI, 2006).

Fica nítido que por mais que uma remuneração razoável, ou a estabilidade garantida pelo emprego público sejam motivos de satisfação para muitos, isto apenas ameniza as inúmeras insatisfações dos profissionais. Apesar do sofrimento, os profissionais têm disposição e sensibilidade, e querem modificar a situação do trabalho atual; portanto, as possibilidades de melhoria são inúmeras (SHIMIZU, CIAMPONE, 2002). A Tabela 12, a seguir, possui uma relação de sugestões feitas pelos próprios profissionais:

**Tabela 12**– Listagem das sugestões dos Técnicos de Enfermagem quanto à redução dos problemas no PS do HRC. Brasília-DF, 2008 (n=30)\*.

| Sugestões apresentadas   | f  | %      |
|--|----|--------|
| Aumento do número de funcionários.   | 13 | 43,33% |
| Maior valorização e reconhecimento profissional, respeito aos direitos e liberdade para sugestões. | 7  | 23,33% |
| Aprimoramento da equipe, educação continuada, reuniões.  | 6  | 20%    |
| Recursos humanos e recursos técnicos (materiais e equipamentos).                                   | 6  | 20%    |
| Melhoria das condições para execução do trabalho.  | 5  | 16,66% |
| Realização de rodízios, escalas flexíveis.   | 2  | 6,66%  |
| Garantia de melhores salários.   | 2  | 6,66%  |
| Redução da demanda de pacientes internados.  | 2  | 6,66%  |
| Garantia de abonos, licenças-prêmio, folgas.   | 2  | 6,66%  |
| Incentivo às terapias ocupacionais, como ginástica laboral.  | 2  | 6,66%  |
| Plano de saúde para os servidores, acompanhamento psicológico.                                     | 2  | 6,66%  |

\*Esta tabela possui n=30, e o fato de que os profissionais tinham a opção de não responder à questão ou sugerir um ou mais de um item que melhoraria o trabalho no setor.

Fonte: Entrevista realizada com Técnicos de Enfermagem do PS do HRC de março a abril/2008 (Elaboração própria). f= frequência.

Esta Tabela permite visualizarmos que o principal motivo de insatisfação entre os profissionais foi o quantitativo do pessoal de enfermagem. A questão da necessidade de maior valorização dos profissionais, da educação continuada e aprimoramento da equipe, da melhoria das condições para execução do trabalho, e de outras garantias aos trabalhadores também foram citadas, o que nos leva a compreender que os profissionais anseiam por mudanças radicais no setor, que promovam a melhoria das condições e da organização do trabalho aos servidores e a melhoria da assistência à saúde dos usuários.

Segundo estudo realizado em 1996 por Mendes e Abrahão (*apud* MENDES et al., 2002), a vivência de sofrimento associa-se à divisão e padronização das tarefas, à subutilização do potencial técnico e criativo, à rigidez hierárquica, à falta de participação nas decisões, ao pouco reconhecimento profissional, às interferências políticas, à centralização de informações, à perspectiva diminuída de crescimento profissional e ao individualismo entre os colegas. Em contrapartida, o trabalhador sente-se valorizado quando realiza tarefas com começo, meio e fim; visualiza os resultados da produção; possui autonomia técnica; tem controle do processo produtivo; tem possibilidade de aprender e desenvolver-se profissionalmente, e enfim, possui liberdade de expressão.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desta pesquisa foi analisar os efeitos do trabalho sobre a saúde e a qualidade de vida dos profissionais de nível médio de enfermagem do Hospital Regional de Ceilândia (HRC), que representa, devido às suas características, a realidade das instituições hospitalares de caráter público do Distrito Federal.

As categorias temáticas utilizadas na discussão foram: perfil sócio-econômico e cultural dos trabalhadores de nível médio de enfermagem; características ocupacionais; características pessoais; e relações interpessoais e familiares. Utilizando referências teóricas, foi possível identificar um processo potencialmente prejudicial entre trabalho e trabalhador.

A primeira categoria (perfil sócio-econômico e cultural dos trabalhadores de nível médio de enfermagem) possibilitou a identificação do perfil dos 30 profissionais entrevistados, com predominância de mulheres; das faixas etárias entre 26 a 30 anos (30%) e entre 41 e 45 anos (30%); dos profissionais casados e solteiros. A maioria dos profissionais referiram ter 2 (30%) ou 3 (30%) filhos e/ou dependentes. Quanto à remuneração da família, 73,33% dos profissionais referiram uma renda de 3 a 10 salários mínimos, e 50% revelaram ser responsáveis pela manutenção da família, assumindo as despesas. Dos entrevistados, 100% eram Técnicos de Enfermagem, e a maioria relatou estar cursando o ensino Superior.

Já a segunda categoria (características ocupacionais) demonstrou que a maioria dos profissionais atuava, tanto no hospital em questão quanto no Pronto Socorro, há um período menor que 10 anos, seguido pelo período de 21 a 25 anos, e a maioria deles ingressou diretamente no Pronto Socorro. Quanto à jornada de trabalho, 80% realizavam 40 horas semanais, e 23,33% tinham 2 vínculos empregatícios; 63% relataram realizar plantões noturnos; 96,66% dos profissionais consideraram o quantitativo de pessoal reduzido com relação à demanda e às atividades desenvolvidas, e 93,33% disseram realizar atividades de competência de outros profissionais, o que demonstra sobrecarga de trabalho. Dentre os entrevistados, 63,33% consideraram a remuneração inadequada às atividades desenvolvidas, e 53,33% achavam péssima a estrutura física do setor. Quando questionados sobre características das atividades realizadas, 66,66% as consideraram desgastantes; 63,33% estressantes; 53,33% cansativas; 46,66% em grande quantidade, seguidos por valores em menor percentual. Quanto ao absenteísmo, 43,33% dos profissionais afirmaram ter faltado no último ano, sendo que 33,32% dos motivos estavam relacionados a problemas de saúde.

Na terceira categoria (características pessoais), foi possível observar que os TEs atribuem o surgimento de problemas como estresse, cansaço, desgaste, alterações de humor, tensão muscular, ansiedade, fadiga, distúrbios do sono, bem como outros problemas, ao impacto negativo do trabalho. Dos profissionais, 50% apresentavam problemas de saúde como hipertensão, hipotireoidismo, tendinite, dorsoalgia, insônia, mialgia, o que nos leva a considerar que muitos TEs têm trabalhado adoecidos. Associando-se isto a fatores de penosidade como sobrecarga, jornada, número de vínculos, condições inapropriadas de trabalho, podemos sugerir que algumas doenças apresentadas estão relacionadas ao trabalho. Quando questionados sobre a prática de atividades físicas, 50% não as praticavam, e hábitos quanto ao consumo de medicações, álcool, cigarro e café mostraram-se elevados. Quanto às atividades de lazer, o resultado foi preocupante, pois 83,33% dos profissionais referiram não possuir tempo adequado para a realização de atividades de lazer, o que demonstra nitidamente a precária qualidade de vida dos profissionais.

Na última categoria (relações interpessoais e familiares), percebemos que tanto o trabalho influencia as atividades da vida pessoal, quanto a vida diária interfere no trabalho, e a maioria dos percentuais revelou que a conciliação trabalho-casa-família é negativa, ocasionando prejuízos sobre a qualidade do trabalho e da vida dos TEs. Quando questionados sobre o relacionamento com familiares e amigos, entretanto, os resultados foram satisfatórios.

Fonte de prazer ou de sofrimento, o trabalho implica em uma contradição guiada pelo movimento de luta do trabalhador pela constante busca de prazer e evitação do sofrimento, com a finalidade de manter o equilíbrio psíquico (MENDES et al., 2002). A necessidade de mudanças foi fator preponderante nas sugestões dos profissionais, e é importante que elas aconteçam para atender às demandas de trabalhadores tão vulneráveis.

## 7. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Considera-se ser o presente estudo relevante por ter evidenciado alguns efeitos do trabalho sobre os profissionais de nível médio de enfermagem, que sofrem com a idéia de formação elementar, mecânica e subalterna, consolidada nas práticas de saúde. O estudo possibilitou, conforme seus objetivos, a identificação do perfil dos Técnicos de Enfermagem do HRC, bem como a análise dos problemas do setor hospitalar priorizado (o Pronto Socorro), e dos elementos responsáveis pelos prejuízos à saúde e à qualidade de vida dos profissionais.

Fica claro que por mais que questões como: número reduzido de funcionários, excesso de atividades desenvolvidas, demanda elevada de pacientes, estrutura física precária, dentre outros fatores, prejudiquem e provoquem o descontentamento dos Técnicos de Enfermagem, percebemos que há também certa comodidade e desmotivação, que podem ser justificadas pelo fato de que eles anseiam por decisões e mudanças radicais por parte das chefias, mas não se mobilizam para transformar o que é possível, dentro de seu raio de ação. Os dados obtidos indicam diversas semelhanças nas respostas dos entrevistados, o que pode representar uma estratégia de “vitimização”, a fim de culpar a chefia, o setor e a gestão dos serviços públicos de saúde pelos problemas individuais e coletivos apresentados.

Foi possível observar que a maioria dos entrevistados demonstrou insatisfações, e um excesso de cargas psíquicas, que implicam em conseqüências sobre a saúde física, mental e social. Quanto aos problemas de saúde, os sujeitos verbalizaram várias alterações, sendo que muitas delas tinham relação direta com o trabalho (como lombalgia, enxaqueca, tendinite, mialgia etc). No entanto, acredita-se que o próprio comportamento dos profissionais também possa contribuir para o aparecimento de doenças, que atingiam metade dos entrevistados. A exemplo disto, temos a prática de exercícios físicos, pois parece haver uma estreita correlação entre sedentarismo e surgimento de doenças, conforme estudos anteriores sugerem. Contudo, seria interessante realizar análises mais aprofundadas acerca desta associação.

Os resultados indicaram que apesar da convivência com uma organização de trabalho inadequada e com péssimas condições de trabalho, a remuneração desses profissionais parece atenuar os problemas que o trabalho tem ocasionado. No DF, a remuneração dos profissionais da saúde é atípica, pois o plano de cargos e salários é extremamente vantajoso, o que faz com que muitos profissionais se mantenham em seus postos de trabalho, mesmo concluindo o ensino Superior, como foi possível observar. Cabe ressaltar que a melhoria da escolaridade

dos sujeitos pode estar atribuída tanto à remuneração, quanto aos próprios incentivos da Secretaria de Saúde do DF.

O fato é que o padrão de vida dos entrevistados é proporcionado pelos salários que o setor público oferece, e quando se compara ao setor privado, as diferenças são inúmeras. Quando analisamos a questão do duplo emprego, dos 30 profissionais, apenas 7 tinham dois vínculos, o que nos leva a inferir que o salário tem sido suficiente para a manutenção dos profissionais e suas famílias. Seria interessante estender esta pesquisa ao setor privado, para que fossem realizadas comparações, pois a natureza das instituições e os mecanismos envolvidos no mundo do trabalho interferem diretamente nas relações de trabalho e nos efeitos sobre os trabalhadores.

Ainda abordando aspectos relacionados à remuneração, não se pode negar que isto pode reduzir, inclusive, as implicações do trabalho sobre a saúde e a qualidade de vida dos profissionais, pois se o profissional tem uma remuneração satisfatória, ele precisará trabalhar menos. Conseqüentemente, realizará menor carga horária, sofrerá menor impacto do trabalho, terá mais tempo para si e para a família, e com isto, apresentará menos doenças e agravos, tendo também um padrão satisfatório de qualidade de vida.

Verificamos que a maioria dos profissionais que se queixaram, por exemplo, da jornada de trabalho excessiva, do padrão de sono prejudicado ou do tempo inadequado para o lazer, possuía mais de um vínculo empregatício ou estava cursando faculdade, o que exige maior esforço, e gera sobrecarga. Outro elemento que contribui para a carga de trabalho elevada e para o processo de desgaste é a própria caracterização da amostra, que possui predominância de mulheres, casadas, e com filhos, o que implica na jornada doméstica de trabalho. A interferência tanto do trabalho sobre a vida pessoal, quanto da vida pessoal sobre o trabalho apresentaram resultados elevados, porém isto não significa, necessariamente, prejuízos aos profissionais e ao trabalho.

Para solucionar os problemas do setor, alguns profissionais sugeriram ações como: aprimoramento da equipe, educação continuada, aumento da oferta de recursos humanos e materiais, dentre outras. Tudo isto faz parte das competências gerenciais dos enfermeiros, que controlam o processo de trabalho e possuem maior autonomia, assumindo grande parte das responsabilidades. Adicionalmente à participação do enfermeiro, é válido levantar a questão da importância da atuação integrada de toda a equipe de enfermagem tanto na prestação da assistência, quanto em todas as etapas do trabalho, pois isto pode reduzir a deterioração das condições de saúde e de vida dos trabalhadores.

Como percebemos neste estudo, os prejuízos sobre os profissionais não se baseiam em um só ponto crítico ou situacional. Há um conjunto de circunstâncias, desde fatores do próprio trabalhador, passando pela organização do setor, e chegando até as políticas públicas de saúde.

Acredito que os questionamentos formulados, a partir dos pressupostos que deram origem à pesquisa, foram respondidos. Os resultados encontrados deverão ser expostos aos Técnicos de Enfermagem e suas chefias, no sentido de que juntos, encontrem ações que possam ser implementadas, objetivando reduzir o custo do trabalho ao trabalhador.

Torna-se imprescindível a preparação dos profissionais enfermeiros, que representam um importante eixo no processo de melhoria do trabalho. É preciso sensibilizar as gerências, e atentar para a importância de mudanças que permitam a criação de ambientes de trabalho saudáveis. Tais mudanças podem incluir: a educação continuada, capaz de capacitar o trabalhador para a execução de suas atividades com êxito e sem riscos; a melhoria da estrutura física do setor; a redução da demanda dos pacientes internados; o aumento ou a melhor distribuição dos funcionários pelo setor, dentre outras melhorias.

Considerando que os profissionais de Enfermagem representam o maior contingente de profissionais na área da saúde, é de extrema importância a realização de estudos sobre a realidade laboral destes trabalhadores, pois ainda existem poucos estudos que identifiquem a relação entre trabalho, saúde e sofrimento psíquico desse público específico.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Z. N. **A qualificação dos atendentes de enfermagem:** transformações no trabalho e na vida. 2001. 224 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Coletiva) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

ALVES, M. V. M.; BRUNELLI, N. A. A. **Trabalho noturno e saúde:** um estudo com 100 profissionais médicas da fundação hospitalar do Distrito Federal. 2000. 60 f. Monografia (Especialização em Medicina do Trabalho) – Universidade de Brasília, Brasília, 2000.

AQUINO, E. M. L. et al. Saúde e trabalho de mulheres profissionais de enfermagem em um hospital público de Salvador, Bahia. **Rev. Bras Enfermagem**, São Paulo, v. 46, n.3/4, p. 245-57, 1993.

ARAÚJO, T. M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n.4, p. 424-33, 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Cartilha do Trabalhador de Enfermagem.** Saúde, segurança e boas condições de trabalho. Rio de Janeiro, 2006.

\_\_\_\_\_. **Relatório final:** perfil de ações do técnico de enfermagem no Brasil. CHRISTÓFARO, M. A. C., MELO, C. M. M. ., GUSSE, M. A (Org.). Brasília, 2002.

BALSANELLI, A. P.; CUNHA, I. C. K. O. Liderança no contexto da enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n.1, p. 117-22, 2006.

BARALDI, S. **Supervisão, flexibilização e desregulamentação no mercado de trabalho:** antigos modos, novas incertezas nos vínculos de trabalho da enfermagem. 2005. 185 f. Tese – (Doutorado em Enfermagem). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

BARBOSA, A. Hospitais: fontes de saúde ou de riscos? **Rev. de Saúde do Distrito Federal**, Brasília, v. 6, n.1/2, p. 33-36, 1995.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa, Edições 70, 1977.

BELLATO, R.; PASTI, M. J.; TAKEDA, E. Algumas reflexões sobre o método funcional de trabalho da enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enferm. Ribeirão Preto**, São Paulo, v. 5, n.1, p. 75-81, 1997.



BRANT, L. C.; MINAYO GOMEZ, C. O sofrimento e seus destinos na gestão do trabalho. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p. 939-52, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. 2ª ed.– Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasil, 2008. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Exibe\\_Ficha\\_Estabelecimento.asp?VCoUnidade=5300400010480](http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCoUnidade=5300400010480)>. Acesso em: 03 maio 2008.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.163-177, 2000.

CAMPANA, A. O. et al. **Investigação científica na área médica**. São Paulo: Manole, 2001.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO DISTRITO FEDERAL. **Legislação**. Distrito Federal; 2000.

CARVALHO T. et al. Posição oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte: atividade física e saúde. **Rev. Bras Med Esporte**, São Paulo, v.2, n.4, p. 79-81, 1996.

CODO, W., VASQUES-MENEZES, I. **Burnot: sofrimento psíquico dos trabalhadores em educação**. São Paulo: Kingraf, 2000.

\_\_\_\_\_; ALMEIDA, M.C.C.G. **LER: diagnóstico, tratamento e prevenção: uma abordagem interdisciplinar**. Petrópolis-RJ: Vozes, 1995.

COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES. **Adapting to change in work and society: a new Community strategy on health and safety at work 2002–2006**; Brussels, 2002.

COSTA e SILVA, L. I. M.; PEDUZZI M. Os recursos humanos de enfermagem da perspectiva da força de trabalho: análise da produção científica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. Esp., p. 589-96, 2005.

\_\_\_\_\_; MORITA, I. MARTINEZ, M. A. R. Percepção dos efeitos do trabalho em turnos sobre a saúde e a vida social em funcionários da enfermagem em um hospital universitário do Estado de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p. 553-555, 2000.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho.** 5ª ed. ampliada – São Paulo: Cortez- Oboré, 1992.

\_\_\_\_\_. **Psicodinâmica do Trabalho:** contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. / Cristophe Dejours, Elisabeth Abdoucheli, Christian Jayet; coordenação Maria Irene Stocco Betiol; tradutores Maria Irene Stocco Betiol et al. São Paulo: Atlas; 1994.

DE MASI, Domenico. **O ócio criativo.** Rio de Janeiro: Sextante, 2000.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais.** São Paulo: Atlas, 1981

\_\_\_\_\_. **Metodologia do conhecimento científico.** São Paulo: Atlas, 2000.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa e Construção de conhecimento:** metodologia científica no caminho de Habermas. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2002.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. da G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p. 817-28, 2005.

DURAN, E. C. M.. **Produção do conhecimento em enfermagem em saúde do trabalhador no Brasil:** análise do impacto dos resultados das pesquisas na formação de recursos humanos e na prática profissional. 2006. 130 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)– Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

DURKHEIM, E. (1858-1917). **As Regras do Método Sociológico;** tradução Paulo Neves; revisão da tradução Eduardo Brandão. -2ª ed.- São Paulo: Martins Fontes, 1999. (Coleção tópicos).

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

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos de Saúde (Orgs.). **Trabalhadores técnicos em saúde:** formação profissional e mercado de trabalho. Relatório final. Coordenado por Renata Reis. Rio de Janeiro, 2003.

FELLI V. E. A.; PEDUZZI M. **O trabalho gerencial em Enfermagem**. In: Paulina Kurcgant. (Org.). Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, v. 1, p. 1-13.

FISCHER, F. M. et al. Percepção de sono: duração, qualidade e alerta em profissionais da área de enfermagem. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, N. 5, 2002.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Trad. Roberto Machado, 6ª ed., Rio de Janeiro: Graal, 1986.

GELBCKE, F.L. Política de saúde do trabalhador: limites e possibilidades. **Texto e Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 11, n. 1, p. 66-85, 2002.

\_\_\_\_\_; REIBNITZ, K. S.; PRADO, M. L. do. **Profissionalização do atendente de enfermagem**. In: SOUSA, M. de L. de; HERR, L.; REIBNITZ, K. S. (org). Fazendo a diferença: profissionalização em Auxiliar de Enfermagem no Estado de Santa Catarina. Florianópolis, UFSC, cap. 1, p. 19-32, 1997 (Série Auxiliar de Enfermagem).

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Configurações do mercado de trabalho dos assalariados em Saúde no Brasil. Mercado de Trabalho em Saúde/ Ministério da Saúde. **Rev. Formação**, n. 6, p. 15-36, 2002.

GOMEZ, C. M.; LACAZ, F. A. de C. Saúde do trabalhador: novas- velhas questões. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p. 797-807, 2005.

GÖTTEMS, L. B. D.; ALVES, E. D.; SENA, R. R. A enfermagem brasileira e a profissionalização de nível técnico: análise em retrospectiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 5, p. 163-71, 2007.

HOUAISS, A. (1915-1999) e VILLAR, M. de S. (1939). **Minidicionário Houaiss da Língua Portuguesa** elaborado no Instituto Houaiss de Lexicografia e Banco de Dados da Língua Portuguesa S/C Ltda. 2ª ed. rev. e aum.- Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. – 16ª Ed.- São Paulo: Cortez; [Lima, Peru]: CELATS, 2004. 1ª ed. –1982.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE)- Ministério do Trabalho, Planejamento e Gestão. **Estatísticas da Saúde:** Assistência Médico-Sanitária. Rio de Janeiro, 1999.

\_\_\_\_\_. **Estatísticas da Saúde:** Assistência Médico-Sanitária. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/23122002ams.shtm>>. Acesso em Novembro de 2007.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP)- Ministério da Educação. **Educação Profissional Técnica de Nível Médio no Censo Escolar.** Brasília-DF, 2006.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem. **Cad. Pagu**, Campinas, n.24, 2005.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-83332005000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332005000100006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 Nov. 2007.

MAENO, M.; CARMO, J. C. do. **Saúde do Trabalhador no SUS:** aprender com o passado, trabalhar com o presente, construir o futuro. São Paulo: Hucitec; 2005.

MÉDICI, A. C. **A força de trabalho em saúde no Brasil dos anos 70:** percalços e tendências. Textos de apoio. Planejamento I. Recursos humanos em saúde. Rio de Janeiro, p. 39-50, 1987 (PEC/ ENSP- Abrasco).

MELO, C. M. M. de. **Divisão social do trabalho e enfermagem.** São Paulo: Cortez; 1986. (Série saúde e sociedade).

MENDES, A. M.; BORGES, L. de O.a; FERREIRA, M. C. (Orgs.). **Trabalho em transição, saúde em risco.** – Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2002.

MENDES, J. M. R. **O verso e o averso de uma história:** o acidente e a morte no trabalho. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde públ.**, São Paulo, v.25, n.5, p. 341-9, 1991.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. revista e aprimorada – São Paulo: Hucitec, 2006.

\_\_\_\_\_; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MIRANDA, B. P. **Os benefícios do esporte na qualidade de vida dos participantes do projeto segundo tempo**. 41 f. Monografia (Especialização em Esporte Escolar) – Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

MOREIRA, A. et al. **História da Enfermagem: versões e interpretações**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2002.

MOREIRA, M. C. N. Imagens no espelho de vênus: mulher, enfermagem e modernidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 1, 1999.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11691999000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691999000100008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 Nov 2007. doi: 10.1590/S0104-11691999000100008

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

NARDI, H. C. **Ética, trabalho e subjetividade: trajetórias de vida no contexto da transformação do capitalismo contemporâneo**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006.

NETO, J. M.; UCHOA, J. de F.; PIRES, I. J. B.; FERNANDES, A. F. C.; SANTOS, J. B. F. dos. Características regionais do emprego em enfermagem no Brasil: 1995-2000. Mercado de Trabalho em Saúde/ Ministério da Saúde. **Rev. Formação**, n. 6, p. 73-92, 2002.

OLIVEIRA, S. A qualidade da qualidade: uma perspectiva em saúde do trabalhador. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p. 625-34, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10); Décima Revisão. Volume I. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/webhelp/cid10.htm>>. Acesso em: 23 abril 2008.

PEDUZZI, M.; ANSEMI, M. L. O auxiliar e o técnico de enfermagem: categorias profissionais diferentes e trabalhos equivalentes. **Rev. Bras. Enferm.**, São Paulo, v. 57, n.4, p. 425-9, 2004.

\_\_\_\_\_ et al. Qualidade no desempenho de técnicas dos trabalhadores de enfermagem de nível médio. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 843-50, 2006.

PEREIRA, L. D. A gestão da força de trabalho em saúde na década de 90. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 2, p. 363-82, 2004.

PINHO, D. L. M.; ABRAHÃO, J. I.; FERREIRA, M. C. As estratégias operatórias e a gestão da informação no trabalho de enfermagem, no contexto hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v.11, p. 2, p. 168-76, 2003.

PITTA, A. M. F. **Hospital: dor e morte como ofício**. 3ª Ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

PIZZOLI, L. M. L. Qualidade de vida no trabalho: um estudo de caso de enfermeiras do Hospital Heliópolis. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p. 1055-1062, 2005.

POCHMANN, M. Balanço de duas décadas do emprego no Brasil. Mercado de Trabalho em Saúde/ Ministério da Saúde. **Rev. Formação**, n. 6, p. 5-14, 2002.

RAFFONE, A. M.; HENNINGTON, E. A. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n.4, p. 669-76, 2005

REZENDE, M. P. **Agravos à saúde de auxiliares de enfermagem resultantes da exposição ocupacional aos riscos físicos**. 2003. 127 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental)– Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

RUSSELL, B.; LAFARGUE, P. **A economia do ócio**. Domenico de Masi, organização e introdução; Carlos Irineu W. da Costa, Pedro Jorgensen Júnior e Léa Manzi (Trad.)- Rio de Janeiro: Sextante, 2001.

SÊCCO, I.A.O.; GUTIERREZ, P. R.; MATSUO, T. Acidentes de trabalho em ambiente hospitalar e riscos ocupacionais para os profissionais de enfermagem. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 23, p 19-24 , 2002.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p. 580-588, 2004.

SHIMIZU, H. E.; CIAMPONE, M. H. T. As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em

unidade de terapia intensiva em um hospital escola. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 36, n.2, p. 148-55, 2002.

SILVA, A. L.; CIAMPONE, M. H. T. Um olhar paradigmático sobre a Assistência de Enfermagem – um caminhar para o cuidado complexo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.37, n.4. p. 13-23, 2003.

SINGER, P. **Uma utopia militante**: representando o socialismo. Petrópolis: Vozes, 1998.

SIQUEIRA, M. M. de, WATANABE, F. S.; VENTOLA, A. Desgaste físico e mental de auxiliares de enfermagem: uma análise sob o enfoque gerencial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 45-57, 1995.

SPINDOLA, T. Mulher, mãe e... trabalhadora de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 354-61, 2000.

SZNELWAR, L.; UCHIDA, S. Ser auxiliar de enfermagem: um olhar sobre a psicodinâmica do trabalho. *Revista Produção*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 87-98, 2004

VIEIRA, A. B. D. **Cuidar, cuidando-se**: Percepções e Concepções de Auxiliares de Enfermagem Acerca do Cuidado de si. 2004. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade de Brasília, Brasília, 2004.

VIEIRA, A. L. S. (Org.) **Trabalhadores de saúde em números**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaration on Workers Health**. Approves at the Seventh Meeting of the WHO Collaborating Centres for Occupational Health. Stesa, Italy; 2006.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assesement (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**, v. 41, p. 1403-10, 1995.

ZOBOLI, E. L. C. P.; A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n., p. 21-27, 2004.

**ANEXOS**

**ANEXOS**

**Anexo A** – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde- DF



**Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

O Sr. está sendo convidado para participar, como voluntário, da pesquisa: “*Avaliação das implicações do trabalho sobre a qualidade de vida dos profissionais de nível médio de enfermagem de um hospital público do DF*”, que irá analisar os fatores que interferem na qualidade de vida dos auxiliares e técnicos de enfermagem de sua Instituição de trabalho. Esta pesquisa é importante para a categoria profissional, que sofre com os prejuízos do trabalho sobre a saúde e o bem-estar. Portanto, a identificação de fatores internos e externos ao ambiente de trabalho hospitalar que interferem em sua qualidade de vida pode contribuir para que futuramente, sejam implementadas ações para solucionar tantos problemas.

Sua participação ocorrerá através do preenchimento de um questionário, com a duração média de 05 minutos, respondendo a questões abertas e fechadas sobre seu perfil e seu trabalho.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do DF – CEP/SES/DF, e garantimos todos os direitos abaixo relacionados:

- 1) Em caso de dúvida você poderá a qualquer momento, obter maiores informações pelos telefones: CEP/SES/DF: (61) 3325-4955; Leila Göttems: (61) 8123-2009; Nayane: (61) 9688-8995/ (61) 3964-7058.
- 2) O estudo não oferece quaisquer riscos, e você não será, em nenhuma hipótese, prejudicado na pesquisa, em sua profissão ou Instituição de trabalho;
- 3) Será garantido o sigilo absoluto e a privacidade sobre quaisquer informações confidenciais que possam levar à sua identificação pessoal (você fornecerá as iniciais de seu nome no preenchimento do questionário);
- 4) Você poderá negar-se a responder quaisquer questões que julgar constrangedoras, ou a fornecer informações que considerar nocivas à sua integridade;
- 5) Você poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer tempo, e não será penalizado de forma alguma;
- 6) Você poderá solicitar que as respostas das questões abertas não sejam incluídas em nenhum documento oficial, o que será prontamente atendido.

Os resultados da pesquisa estarão sob responsabilidade da graduanda Nayane dos Santos Cabral e da orientadora Leila Bernarda Donato Göttems, e poderão ser publicados em jornais e revistas científicas ou apresentados em eventos científicos, no intuito de servirem como base para a implementação de políticas voltadas à promoção da saúde do trabalhador. No caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Os Instrumentos e Termos de Consentimento Livre e Esclarecido ficarão arquivados na sala da Direção de Enfermagem da Universidade Católica de Brasília.

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2008.

Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador responsável: \_\_\_\_\_

Msc. Leila Bernarda Donato Göttems

## Anexo C – Instrumento de coleta de dados

1. **Iniciais:** \_\_\_\_\_ 2. **Sexo:** ( ) Feminino ( ) Masculino 3. **Idade:** \_\_\_\_\_ anos.  
 4. **Estado civil:**  
 ( ) Solteiro ( ) Divorciado ( ) Viúvo ( ) Relação estável formal ( ) Relação estável informal ( ) Outros  
 5. **Número de filhos e/ou dependentes que moram com você:** \_\_\_\_\_

6. **Faixa de renda mensal de sua família:**

- ( ) Até 3 salários mínimos.  
 ( ) Mais de 3 até 10 salários mínimos.  
 ( ) Mais de 10 até 20 salários mínimos.  
 ( ) Mais de 20 até 30 salários mínimos.  
 ( ) Mais de 30 salários mínimos .

7. **Assinale a situação abaixo que melhor descreve seu caso:**

- ( ) Trabalho, porém meus gastos são financiados por outra pessoa.  
 ( ) Trabalho e recebo ajuda da família.  
 ( ) Trabalho e me sustento.  
 ( ) Trabalho e contribuo com as despesas da família.  
 ( ) Trabalho e sou o principal responsável pelo sustento da família.

8. **Escolaridade:**

|                                 |                              |
|---------------------------------|------------------------------|
| ( ) Ensino Fundamental Completo | ( ) Ensino Superior Completo |
| ( ) Ensino Médio Incompleto     | ( ) Pós graduação            |
| ( ) Ensino Médio Completo       | ( ) Mestrado                 |
| ( ) Ensino Superior Incompleto  | ( ) Doutorado                |

9. **Formação Profissional:** ( ) Auxiliar de Enfermagem ( ) Técnico de Enfermagem

10. **Tempo de atuação, como auxiliar ou técnico de enfermagem, no ambiente hospitalar:** \_\_\_\_\_ anos.

11. **Tempo de atuação no Pronto Socorro:** \_\_\_\_\_ anos.

12. **Você possui quantos vínculos empregatícios?** \_\_\_\_\_ vínculos.

13. **Quantos vínculos são públicos e quantos são privados?** \_\_\_\_\_ públicos \_\_\_\_\_ privados.

14. **Qual a sua carga horária formal de trabalho semanal?** \_\_\_\_\_ horas.

15. **Você faz plantões noturnos?** ( ) Sim ( ) Não

16. **Se trabalha em plantões noturnos, há quanto tempo você os realiza?** \_\_\_\_\_ meses/ ou \_\_\_\_\_ anos.

17. **Por qual ou quais motivos você faz plantões noturnos?**
- 

18. **Como você classifica seu padrão de sono?** ( ) Excelente ( ) Bom ( ) Regular ( ) Péssimo

19. **Você considera sua jornada de trabalho:** ( ) Pequena ( ) Adequada ( ) Excessiva

20. **No setor em que você trabalha, as tarefas são parceladas, ou seja, os profissionais assumem os cuidados de forma parcial?**  
 ( ) Sim ( ) Não

21. **Você classifica a organização da tarefa do cuidar no seu setor como:**

- ( ) Excelente ( ) Boa ( ) Regular ( ) Péssima

22. **No seu setor, como você classificaria o quadro de pessoal de enfermagem?**

- ( ) Reduzido com relação à demanda e às atividades desenvolvidas.  
 ( ) Adequado com relação à demanda e às atividades desenvolvidas.  
 ( ) Superdimensionado com relação à demanda e às atividades desenvolvidas.  
 ( ) Não tenho condições de avaliar.

**23. Como você considera suas atividades?**

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Monótonas                          | <input type="checkbox"/> Motivadoras                               |
| <input type="checkbox"/> Rotineiras e repetitivas           | <input type="checkbox"/> Pouco repetitivas                         |
| <input type="checkbox"/> Cansativas, exigindo muito esforço | <input type="checkbox"/> Pouco cansativas, e exigem pouco esforço. |
| <input type="checkbox"/> Estressantes                       | <input type="checkbox"/> Tranquílas                                |
| <input type="checkbox"/> Em grande quantidade               | <input type="checkbox"/> Em pequena quantidade                     |
| <input type="checkbox"/> Desgastantes                       | <input type="checkbox"/> Prazerosas                                |

**24. Você realiza tarefas que deveriam ser realizadas por outros profissionais?**  Sim  Não

**25. Você considera sua remuneração adequada às atividades que realiza?**  Sim  Não

**26. Como você classifica a infra-estrutura de seu setor?**  Excelente  Boa  Regular  Péssima

**27. Existem ocasiões em que precisamos nos ausentar do trabalho. Por favor, indique abaixo o número de dias que você precisou faltar ao trabalho no último ano:**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 ou + : \_\_\_\_

**28. Caso tenha faltado ao trabalho no último ano, qual ou quais foram os motivos?**

\_\_\_\_\_

**29. Você acredita que o seu trabalho contribua para algum dos seguintes problemas?**

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ansiedade, Fadiga  | <input type="checkbox"/> Queda da produtividade   |
| <input type="checkbox"/> Estresse   | <input type="checkbox"/> Tensão muscular  |
| <input type="checkbox"/> Distúrbios do sono (Insônia, Sonolência etc)                         | <input type="checkbox"/> Cefaléia   |
| <input type="checkbox"/> Problemas de memória e concentração, confusão mental                 | <input type="checkbox"/> Problemas alimentares (Alteração do apetite, Gastrite, Azia, Diarréia, Indigestão etc) |
| <input type="checkbox"/> Alterações de humor (Nervosismo, Irritação, Tristeza, Depressão etc) | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos ( Pressão arterial, Taquicardia, Palpitação, Infarto etc)          |
| <input type="checkbox"/> Cansaço, Sensação de desgaste ao acordar                             | <input type="checkbox"/> Infecções  |
| <input type="checkbox"/> Desânimo, Desinteresse, Apatia                                       | <input type="checkbox"/> Outros problemas   |

**30. Você possui algum problema de saúde?**

Não  Sim. Cite qual ou quais: \_\_\_\_\_

**31. Você toma algum medicamento regularmente?**  Sim  Não

**32. Você é fumante?**  Não  Sim. Quantos cigarros você fuma por dia? \_\_\_\_\_ cigarros.

**33. Você ingere algum tipo de bebida alcoólica?**  Não  Sim. Com que frequência? \_\_\_\_\_

**34. Você faz uso de café regularmente?**  Sim  Não

**35. Você pratica alguma atividade física regular?**

Não  Sim. Qual ou quais? \_\_\_\_\_

**36. Você possui tempo adequado para o lazer?**  Sim  Não

**37. Quais atividades de lazer você realiza com maior frequência?**

\_\_\_\_\_

**38. Geralmente, como você classifica seu relacionamento com familiares e amigos?**

Excelente  Bom  Regular  Péssimo

**39. Em determinados momentos, a conciliação entre trabalho, atividades domésticas e cuidado com os filhos se torna muito difícil para algumas pessoas. Você acha que isto influencia o seu trabalho?**

Sim  Não

**40. Caso sim, assinala abaixo de que modo interferem:**

Aumentando o cansaço físico

Aumentando o nível de estresse

Diminuindo a fadiga e o estresse

Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

**41. Da mesma forma que a situação descrita anteriormente, você acredita que seu trabalho influencia sua vida em casa?**

Sim     Não

**42. Caso sim, assinale abaixo de que modo interfere:**

- Dificultando o relacionamento com a família  
 Gerando conflitos na conciliação entre trabalho e lazer  
 Diminuindo o interesse sexual  
 Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

**43. A seguir, registre sua opinião ou sugestões que possam melhorar o trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem no seu setor, de forma a garantir melhor qualidade de vida:**

---

---

---

---

**Anexo D** – Cronograma das atividades

| <b>Etapas</b>       | <b>Fevereiro</b> | <b>Março</b> | <b>Abril</b> | <b>Maiο</b> | <b>Junho</b> |
|---------------------|------------------|--------------|--------------|-------------|--------------|
| Submissão ao CEP    | X                | X            |              |             |              |
| Coleta de Dados     |                  | XX           | XX           |             |              |
| Análise de Dados    |                  |              | XXX          | XXX         |              |
| Elaboração do TCC   |                  |              |              | XXX         |              |
| Apresentação do TCC |                  |              |              |             | XXXX         |