

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - EMESCAM  
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO LOCAL

MARCELA SIZENANDO SOARES DE OLIVEIRA

**(DES)HUMANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE:  
O ABSENTEÍSMO DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DE  
UM HOSPITAL-ESCOLA DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES**

VITÓRIA  
2014

MARCELA SIZENANDO SOARES DE OLIVEIRA

**(DES)HUMANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE:  
O ABSENTEÍSMO DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DE  
UM HOSPITAL-ESCOLA DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Carlota de Rezende Coelho.

VITÓRIA

2014

Absenteísmo. Saúde do trabalhador. Enfermagem.

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)  
(Biblioteca da EMESCAM, Espírito Santo, ES, Brasil)

---

Oliveira, Marcela Sizenando Soares de

O48d (Des)humanização do trabalho em saúde : o absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem de um hospital-escola do município de Vitória-ES / Marcela Sizenando Soares de Oliveira. – 2014.  
87f. il.

Orientadora: Maria Carlota de Rezende Coelho.

Dissertação (mestrado) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM.

1. Absenteísmo. 2. Saúde do trabalhador. 3. Enfermagem. I. Coelho, Maria Carlota de Rezende. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. EMESCAM. III. Título.

CDU: 36

---

MARCELA SIZENANDO SOARES DE OLIVEIRA

**(DES)HUMANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE:  
O ABSENTEÍSMO DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DE UM  
HOSPITAL-ESCOLA DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Carlota de Rezende Coelho  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória – EMESCAM.  
Orientadora

---

Prof. Dr. Luiz Henrique Borges  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória – EMESCAM.

---

Prof. Dr. Oscar Luiz Teixeira de Rezende  
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Espírito  
Santo – IFES.

*“Feliz é o homem que acha sabedoria, e o homem que adquire entendimento”.*

Provérbios 3.13

A Vitor, melhor projeto da minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

O que seria de mim se estivesse sozinha? Não sei o quanto poderia avançar, mas é certo que as dificuldades seriam maiores e os obstáculos quase intransponíveis. Todavia, minha alegria se completa por olhar ao redor e ver que muitos deram sua parcela de contribuição para que eu pudesse alcançar meu objetivo. Pessoas que estiveram ao meu lado, torcendo por mim e sempre dispostas a me ajudar.

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, que me sustenta a cada dia, sem o qual eu não conseguiria realizar mais este sonho.

Ao meu pai, que sempre acreditou em mim e me deu a base pra eu chegar até aonde cheguei e continuar sempre seguindo em frente.

À minha irmã, pelo apoio nas minhas horas mais difíceis.

Ao meu esposo, pelo companheirismo.

A Maycra e Amanda que, com muito carinho e dedicação, literalmente me substituíram no cuidado do meu filho, para que eu tivesse mais tempo para o estudo.

Aos meus amigos e colegas de trabalho pelo incentivo e apoio de sempre.

Aos professores pela rica contribuição para meu crescimento intelectual.

À professora Carlota, pela valiosa orientação e apoio em todos os momentos.

À Léia, por me inspirar desde antes de escolher a enfermagem como profissão, e me apoiar significativamente na conclusão deste trabalho.

Àqueles que permitiram meu acesso aos documentos que geraram os dados da pesquisa.

A todos vocês, meu sentimento de imensa gratidão. Muito obrigada!

## RESUMO

OLIVEIRA, M.S.S. (Des)humanização do trabalho em saúde: o absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem de um hospital-escola do município de Vitória-ES. 2014. 87f. Dissertação – Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória / EMESCAM, Vitória, 2014.

Esta pesquisa teve por objetivo analisar como a (des)humanização está associada ao absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem do Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes - trabalhadores efetivos da Universidade Federal do Espírito Santo. Foi feita, primeiramente, uma abordagem das políticas nacionais de Humanização e de Saúde e segurança do Trabalhador. A primeira, sendo uma ferramenta importante no processo de efetivação da organização e da gestão do trabalho e resposta às lutas incessantes por cidadania, direitos humanos e causas trabalhistas. A segunda, mais especificamente, como o papel de garantir que as condições de trabalho permitam que a qualidade de vida melhore e que se efetive a realização pessoal e social dos trabalhadores. Este estudo foi voltado para oferecer subsídios que permitam, futuramente, contribuir como o planejamento, a provisão e a avaliação dos serviços de saúde. Com base no levantamento de prontuários desses trabalhadores, pôde-se identificar os sujeitos, incluindo variáveis como sexo, setor e categoria profissional (enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem), qual o motivo do afastamento, por meio do CID-10 e o período de duração. Foi observada a conduta ética em pesquisa, garantindo o sigilo dos nomes dos trabalhadores envolvidos. Por meio dos resultados obtidos, observou-se que houve absenteísmo por motivos não relacionados a adoecimento, com licença-maternidade e acompanhamento de familiar. Entretanto, dentre os adoecimentos, os principais motivos de absenteísmo foram as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, as doenças infecciosas e parasitárias, as doenças do sistema respiratório, os transtornos mentais e do comportamento e as neoplasias. O absenteísmo é um problema que, uma vez identificado, demanda que se façam intervenções para solucioná-lo, pois representa, neste estudo, que o trabalhador está adoecendo e, conseqüentemente, compromete a qualidade dos serviços prestados e acarreta prejuízos financeiros à instituição. Trata-se de uma cascata de

fatores que podem ser evitados, desde que empregadas efetivamente estratégias de prevenção das doenças e promoção da saúde dos trabalhadores, num contexto em que não há uma política de promoção de saúde do trabalhador vinculado ao serviço público.

**Palavras-chave:** Absenteísmo. Saúde do trabalhador. Enfermagem.

## ABSTRACT

OLIVEIRA, M.S.S. (Un)humanization of health work: absenteeism among nursing staff in a teaching hospital in the city of Vitória-ES. 87s. Master - Master in Public Policy and Local Development, Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória / EMESCAM, Vitória, 2014.

This research aimed to examine how (un)humanization is associated with absenteeism of nursing at University Hospital Cassiano Antonio Moraes - full employees of the Federal University of Espírito Santo. Was first made by a national policy approach Humanization and worker health and safety. The first, being an important tool in effecting the organization and management of work and response to incessant struggles for citizenship, human rights and labor claims process. The second, more specifically, the role of ensuring that working conditions allow the quality of life improves and becomes effective personal and social achievement of workers. This study was aimed to provide subsidies for the future, contribute to the planning, provision and evaluation of health services. Based on survey records of these workers, we could identify subjects, including variables such as gender, sector and occupational category (nurses, technicians and nursing assistants), the reason of the removal, through the CID-10 and the period duration. Ethical behavior has been observed in research, ensuring the confidentiality of the names of the workers involved. Through the results obtained, it was observed that there was absenteeism for reasons unrelated to illness, maternity leave and with accompanying family. However, among the illnesses, the main reasons for absenteeism were diseases of the musculoskeletal system and connective tissue, infectious and parasitic diseases, respiratory diseases, mental and behavioral disorders and neoplasms. Absenteeism is a problem that, once identified, demand that interventions do to fix it, because it represents, in this study, that the worker is sick and therefore compromises the quality of services and causes financial loss to the institution. It is a cascade of factors that can be avoided, since it effectively employed strategies of disease prevention and health promotion workers, in a context where there is a policy of health promotion linked to the public service worker.

**Keywords:** Absenteeism. Occupational health. Nursing.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão

CME – Central de Material e Esterilização

CNST – Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

COSAT – Coordenação de Saúde Ocupacional e Segurança no Trabalho

CTSST – Comissão Tripartite de Segurança e Saúde no Trabalho

CTI – Centro de Terapia Intensiva

DENF – Divisão de Enfermagem

DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho

EMESCAM – Escola Superior de Ciências de Saúde da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

EPI – Equipamento de Proteção Individual

EPR – Equipamento de Proteção Respiratória

FAHUCAM – Fundação de Apoio ao HUCAM

HBV – Vírus da Hepatite B

HCV – Vírus da Hepatite C

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HUCAM – Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes

LER – Lesão por Esforço Repetitivo

MEC – Ministério da Educação e Cultura

MPS – Ministério da Previdência Social

MS – Ministério da Saúde

MTE – Ministério do Trabalho e Emprego

NASTH – Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador do HUCAM

NEP – Núcleo de Educação Permanente

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAC – Programa de Aceleração do Crescimento

PFF – Peça Semifacial Filtrante

PFF2 – Peça Semifacial Filtrante com Filtro P2

PFST – Programa de Formação em Saúde do Trabalhador

PMV – Prefeitura Municipal de Vitória

PNH – Política Nacional de Humanização

PNSST – Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho

PU – Precauções Universais

RJU – Regime Jurídico Único

SAHUCAM – Sociedade de Amigos do HUCAM

SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatística

SAT – Seguro de Acidentes do Trabalho

SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria

SESA – Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo

SIASS – Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor

SUS – Sistema Único de Saúde

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)</b> .....	<b>15</b>
<b>3 A POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHADOR (PNSST)</b> .....	<b>26</b>
<b>4 O ABSENTEÍSMO E O TRABALHO DA ENFERMAGEM</b> .....	<b>37</b>
<b>5 OBJETIVOS</b> .....	<b>47</b>
5.1 GERAL .....	47
5.2 ESPECÍFICOS .....	47
<b>6 METODOLOGIA</b> .....	<b>48</b>
6.1 TIPO DE ESTUDO .....	48
6.2 LOCAL DE ESTUDO .....	49
6.3 FONTE .....	51
6.4 SELEÇÃO DOS TRABALHADORES E CRITÉRIO DE INCLUSÃO .....	51
6.5 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO .....	52
6.6 DESCRIÇÃO DO MÉTODO .....	52
6.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	53
<b>7 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>54</b>
7.1 CENÁRIO DA PESQUISA .....	54
7.2 CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES QUANTO AO SEXO .....	55
7.3 CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES QUANTO À CATEGORIA PROFISSIONAL .....	56
7.4 CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES QUANTO À FAIXA ETÁRIA ...	57
7.5 ABSENTEÍSMO NÃO RELACIONADO A DOENÇA .....	58
7.6 DOENÇAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO	61
7.7 DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS .....	64

7.8 DOENÇAS DO SISTEMA RESPIRATÓRIO .....	66
7.9 TRANSTORNOS MENTAIS E DO COMPORTAMENTO .....	67
7.10 NEOPLASIAS .....	68
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>70</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>78</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>82</b>
<b>ANEXO A – Carta de aprovação do CEP .....</b>	<b>83</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>86</b>
<b>APÊNDICE A – Carta de Anuência do HUCAM .....</b>	<b>87</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A vivência no campo da saúde possibilitou a percepção de que muitos profissionais de enfermagem têm se afastado do local de serviço por motivos de adoecimento. Sabe-se que este fato também ocorre com frequência em todo campo de trabalho, visto que vários pesquisadores tem abordado a interface *saúde x trabalho*.

Tal fato também tem sido identificado e relatado pelo serviço de atenção à saúde do trabalhador do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM), que lida mais diretamente com a saúde destes indivíduos, podendo gerar informações a este respeito e quantificar os dados que levam a esta conclusão.

O indivíduo como ser único, em sua vida cotidiana, passa por diversos ambientes, além do seu local de trabalho, quais sejam casa, escola ou outros meios de convívio social, e realiza constante interação com eles. Neste processo de interação, sofre efeitos direta e indiretamente sobre sua vida, que podem refletir sobre sua saúde, o que leva à conclusão de que não é possível generalizar qual ambiente pode ou não ser o causador do adoecimento. Mas é fato que o trabalho é um potencial gerador de condições hostis que podem produzir consequentes repercussões no processo saúde-doença do trabalhador.

Surge então a necessidade de se entender o que motiva os afastamentos dos trabalhadores de enfermagem e, caso seja por motivo de doença, correlacionar os fatores presentes no trabalho que permeiam esta realidade vivenciada por estes trabalhadores.

O conhecimento das causas do adoecimento poderá permitir um melhor entendimento deste processo e, partindo para o campo de trabalho do sujeito, a partir de uma análise sistematizada, buscar estratégias de intervenção a fim de que se previnam tais fatores e com isso, amenizar os efeitos percebidos sobre a saúde do trabalhador.

Dado que a pesquisadora deste estudo é uma enfermeira de um setor pertencente a uma instituição hospitalar, este trabalho será de grande importância no plano profissional, pois acrescentará muito no processo de gestão por permitir identificar os problemas que serão apontados como possíveis causas de adoecimento dos

trabalhadores e, conseqüentemente, uma atuação direta sobre tais problemas como forma de intervenção.

A partir da intervenção, será possível também perceber mudanças tanto nas práticas laborais como na saúde dos trabalhadores.

A motivação pessoal veio, num primeiro momento, do fato de que o estudo proposto foi realizado sobre uma situação prática vivenciada comumente no ambiente de trabalho. Minayo (1998, p.173) afirma que:

[...] nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeira instância, um problema da vida prática. Isto quer dizer que a escolha de um tema não emerge espontaneamente, da mesma forma que o conhecimento não é espontâneo. Surge de interesses e circunstâncias socialmente condicionadas, frutos de determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e seus objetivos.

O problema foi primeiramente percebido pelo afastamento de alguns trabalhadores, justificado por atestados médicos que, inicialmente, apenas interferia sobre a dinâmica de serviço por provocar lacunas nas atribuições.

Num segundo momento, surgiu a curiosidade de se identificar qual a verdadeira causa destes afastamentos, partindo do pressuposto de que esta poderia ser encontrada no próprio ambiente de trabalho. Um curso de Humanização realizado em 2010 também foi responsável por provocar certa inquietação quanto à forma de se cuidar do profissional da saúde, na busca de melhorar a qualidade da assistência. Com isso, veio a necessidade de poder estar intervindo nesta situação como agente provocador de mudanças como um fator importante no âmbito profissional.

Para uma melhor leitura deste trabalho, os capítulos *Objetivos* e *Metodologia* foram apresentados a seguir do referencial teórico da pesquisa.

## **2 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)**

A Política Nacional de Humanização (PNH) é uma política do Sistema Único de Saúde (SUS), também conhecida como HumanizaSUS, criada em 2003. Esta política vem com o objetivo de atender à demanda vinda da sociedade que luta por melhores condições de saúde, implantar a humanização propriamente dita no SUS e atuar efetivamente no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde.

Entretanto, para um melhor entendimento, faz-se necessário, inicialmente, trazer à memória o contexto em que o país se encontrava em meados do século passado. Sabe-se que a sociedade sofreu diversas transformações ao longo de sua existência, apresentando-se nos dias mais atuais com grandes avanços no campo tecnológico, mas demonstrando que, a despeito de suas evoluções, há graves problemas em consequência da modificação de valores outrora existentes.

O capitalismo, presente de forma tão marcante, vem moldar os padrões de consumo, levando ao que se conhece por consumismo. Torna-se um hábito comprar e comprar, mesmo que o objeto da compra não seja item de necessidade. Harvey (2008) fala sobre a crise de superacumulação, que teve início no final da década de 1960 e chegou ao seu auge em 1973.

A globalização e o desenvolvimento tecnológico, à medida que permitem que as distâncias e o tempo sejam encurtados, fazem com que aquilo que antes se levava muito tempo para se conseguir, como a informação, por exemplo, passa a ser obtido em poucos segundos, a partir de um simples clique – o que provoca naturalmente a necessidade pelo imediatismo. Acaba a paciência e não se pode mais esperar para que as coisas aconteçam no seu devido tempo, tanto que a planta tem que crescer mais rápido, o frango tem que engordar mais rápido, tudo acontecendo muito rápido.

Cresce a pobreza e, com isso, a violência torna-se parte do cotidiano da sociedade. Tráfico de drogas, roubos, sequestros, assassinatos e tantas outras barbáries cercam a população, ao ponto de, muitas das vezes em que são noticiados, não surpreenderem a mais ninguém (RIOS, 2009).

Não bastasse isso, as relações interpessoais também ficam afetadas, pois é possível que as pessoas interajam umas com as outras sem que seja preciso sair de casa e assim, encasuladas, passam a não necessitar mais do contato pessoal com o outro. E valorizando cada vez mais o eu, cresce o individualismo, o culto ao corpo e a adoração à estética. Harvey (2008, p. 293), ao abordar o tema da pós-modernidade, aponta que:

A experiência do tempo e do espaço se transformou, a confiança na associação entre juízos científicos e morais ruiu, a estética trinfou sobre a ética como foco primário de preocupação intelectual e social, as imagens dominaram as narrativas, a efemeridade e a fragmentação assumiram precedência sobre verdades eternas e sobre a política unificada e as explicações deixaram o âmbito dos fundamentos materiais e político-econômicos e passaram para a consideração de práticas políticas e culturais autônomas.

O meio do trabalho também passa por mudanças quando a mecanização da indústria e a divisão do trabalho tornam mecânicas também as relações entre os próprios trabalhadores, não apenas na ponta onde se executa o serviço, mas a partir dos gestores do trabalho. Crescem o desrespeito à ética e a desvalorização do trabalhador, por meio dos baixos salários e da precarização dos vínculos trabalhistas. A saúde pública também se torna precária, pois, mesmo sendo um direito constitucional, a população não consegue eficácia no atendimento de suas demandas.

É necessário primeiramente saber que o SUS foi criado representando o ideal de ser muito mais do que simplesmente uma reforma no campo da saúde, mas um grande passo da sociedade diante de sua própria história por alcançar valores que a promovem a um nível mais alto dentro da democracia. Entretanto, de fato o que ocorreu foi que o SUS apresentou-se como uma “reforma incompleta”, “pois sua forma de gestão implicaria em mudanças que jamais cessariam, assumindo uma plasticidade decorrente do jogo de interesses que atravessam a sociedade brasileira” (PASCHÉ; PASSOS; HENNINGTON, 2011, p. 4542).

Certamente há uma necessidade de se problematizar a estrutura do sistema de saúde brasileiro, questionando-se a qualidade de atenção à saúde e os processos de trabalho e de gestão vigentes, a fim de se construírem novos modelos que venham realmente atender à necessidade não somente da população que é usuária

do SUS, mas também dos trabalhadores da saúde que também estão envolvidos nesse processo.

Então a humanização surge dentro deste cenário de “Impasses éticos, políticos, financeiros e de organização do sistema de saúde presentes no cenário brasileiro” (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011, p. 4542), como uma representação real das lutas por cidadania, direitos humanos, causas trabalhistas e consciência ambiental, numa tentativa de se recuperar o que foi perdido nesse processo de *evolução*. O tema humanização passou a ser abordado na área da saúde e ganhou vulto no cenário nacional com a criação da Política Nacional de Humanização (PNH).

No início, a humanização foi aparecendo timidamente nos hospitais públicos, com a implantação de medidas chamadas de humanizadoras, que visavam a melhorar o ambiente hospitalar, tornando-o mais agradável por meio de melhorias na aparência física, realização de atividades lúdicas, atividades de lazer e entretenimento. A intenção era boa, pois minimizava um pouco a visão que se tem do hospital de ser um lugar de sofrimento. No entanto, pouco significado tinha para a vida das pessoas e para a gestão dos processos de trabalho vigentes.

Mesmo havendo muitas dificuldades a ser enfrentadas no SUS, a PNH vem com a proposta de atuar acreditando no *SUS que dá certo*, valorizando as experiências já vivenciadas tanto de trabalhadores quanto de usuários dos serviços de saúde. Não se apresenta somente como uma ferramenta que substitui formas de trabalho por outras, mas que atua por meio da transformação do que já existe e está em andamento.

Importante ressaltar que, constitucionalmente, a saúde é direito de todos e dever do Estado. Entretanto, o dever não pode pesar apenas sobre o Estado como algo já pronto e estabelecido que venha a atender às necessidades da sociedade sem que ela nada tenha que fazer. Pelo contrário, a participação social é de fundamental importância, pois faz parte do eixo que se coloca como base para a prática desta política: gestores-trabalhadores-usuários. É um tripé que precisa de todas as partes funcionando para que se tenha o devido equilíbrio.

A Política Nacional de Humanização (PNH) é alvo de muitas discussões enquanto política em si. No entanto, surge agora outra questão que amplia as discussões quando se aborda o conceito da palavra humanização dentro do contexto da política. Muito se ouve falar que a humanização significa proporcionar melhor atenção ao usuário do serviço de saúde, além de oferecer melhoria também nas condições de trabalho para o trabalhador da saúde. De um lado, os usuários desejam ser melhor acolhidos e que seus problemas de saúde, em sua totalidade, sejam solucionados. Do outro, os trabalhadores buscam obter melhores condições de trabalho.

Essa busca por suprir suas necessidades, por ambos os lados, é algo muito antigo e que trouxe à luz uma temática de discussões, que culminou na criação de programas de intervenção, ao longo da história, fazendo surgir diversos precursores da PNH, até esta ser efetivamente criada. Tais precursores foram de grande importância dentro do contexto do SUS para a criação da PNH, uma vez que as dificuldades encontradas e as experiências bem ou mal sucedidas, falhas ou êxitos, obtidos durante o processo puderam proporcionar uma crítica às propostas em um nível mais criterioso, que levou à elaboração desta política (SOUZA; MENDES, 2009).

Provavelmente pelo fato de que as propostas até então criadas tinham alvos pontuais e, portanto, não conseguiam atingir de forma significativa todo um contexto amplo e complexo no campo da saúde, no cenário nacional, permanecia ainda a necessidade de se criar uma política que perpassasse por todo o sistema, trazendo consigo possibilidades de alcançar proporções maiores de êxito em suas ações.

A PNH se propõe a trabalhar a partir da reinvenção das práticas, valorizando o saber e as experiências vivenciadas no campo da saúde. O seu conceito de humanização não é uma novidade no cenário nacional, visto que, anteriormente, muito já se falou sobre esse tema. A diferença é que a PNH vem inovar esse conceito que antes não permitia se efetivar devido ao modelo com o qual se propunha a fazer. Foram outrora criados diversos programas, como do parto, da saúde da criança, da assistência hospitalar, dentre outros. No entanto, esses programas eram marcados por um modo já preestabelecido de se atuar, como uma fôrma única, incapaz de se adequar a todas as pontas do sistema. A ênfase se dava em uma forma mecânica baseada em cumprimento de metas e resultados, sem que as mudanças obtidas

pudessem se manter contínuas. Ora, cada unidade possui suas próprias características e, portanto, seu modo de agir. Estabelecendo-se uma forma única, padronizada, engessada, não é possível que funcione efetivamente em todos os lugares (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

O SUS é um sistema grande e complexo, cujas instâncias, com características individuais, também devem ser tratadas em caráter individual. E o saber da ponta do sistema não deve ser desconsiderado, pois é quem conhece a sua dada realidade que sabe o que é realmente necessário ser modificado. Cabe a essa ponta a reinvenção de suas práticas, a partir de suas experiências e seu saber.

Outra questão que envolve a criação dos programas é o fato de não permitirem que se amplie a comunicação entre setores, limitando seu modo de operar e formando ilhas. Sem a comunicação devida, não se podem formar redes para discussão de casos e processos do cotidiano do serviço, essenciais para a implementação de mudanças. E a transversalidade que é proposta pela PNH vem propor exatamente o contrário desta realidade, ou seja, melhorar a comunicação entre áreas de trabalho, com a finalidade de atingir todos os setores e, em conjunto, rediscutirem seu modo de atuar, incluindo sujeitos e coletivos na gestão. Dessa forma, a comunicação deixa de ser vertical e até mesmo horizontal, que se limita apenas aos pares, mas sim transversal, que perpassa núcleos de poder e saber, ultrapassando muros e fazendo elos (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

A qualidade do cuidado é um importante ponto de discussão e sua melhoria é o desejo de todas as pessoas. Sem dúvida é o meio pelo qual a população mede e qualifica o sistema de saúde pública. Funciona como uma espécie de termômetro. No entanto, percebe-se que há uma precarização do cuidado e que isso muito prejudica aos usuários do SUS, além de ir de encontro aos ideais da PNH. Essa precarização envolve a dificuldade de definição de responsabilidades dos atores e a não garantia da continuidade do cuidado nos diferentes níveis de atenção.

Entretanto, falar sobre a precarização do cuidado leva a uma reflexão sobre uma prática que é desumana. E surge então uma dúvida sobre a figura dos profissionais, se eles são desumanos ou trabalham mal, ou se um é mais humano do que outro. Historicamente, ações de humanização estavam intimamente ligadas a medidas de assistencialismo, trazendo em suas práticas o sentimento de piedade e a realização

de caridade aos menos favorecidos. E muitos ainda nos dias atuais podem pensar erroneamente que é desse conceito que se trata a discussão. Pelo contrário, não é essa a proposta trazida ao se criar essa política. Uma medida assistencialista está ligada a uma questão de passividade por parte do beneficiado. No caso, o usuário do serviço de saúde é um integrante ativo dentro do processo de mudança, sem o qual a proposta original da política não conseguiria se sustentar (SOUZA; MENDES, 2009).

Humanizar é valorizar o que é próprio do humano. No entanto, é necessário que haja uma grande transformação nos modos de pensar e agir em saúde. E não se pode achar que chegará a um ponto em que todos os problemas serão solucionados, pois a PNH é uma ferramenta e, portanto, deve ser usada no processo contínuo de modificação do cotidiano da saúde, construção comum a partir de coletivos aplicados num mesmo ideal. Fácil não é de se atingir os objetivos, pois se trata de lidar com um sistema de saúde de estrutura muito complexa, que depende de muitos fatores para que esta política efetivamente se aplique. Todavia não se devem medir esforços para que se obtenha o êxito no cumprimento desta proposta.

A PNH então traz a cogestão como aposta numa mudança em que o trabalhador, cujo saber era antes desvalorizado, agora possa participar como agente ativo (na prática e não somente na teoria) na construção dos processos de trabalho. E essa construção se dá por meio da formação de espaços coletivos de discussão, que promovem a participação dos sujeitos na elaboração de novas práticas no serviço de saúde. Dessa forma, o trabalhador deixa de ter a figura de incapaz e sem autonomia.

Inicialmente, a PNH passou por um longo período de implantação e consolidação como uma política pública propriamente dita. Mas somente a partir de 2006 é que se investiu mais em processos de formação de apoiadores institucionais para atuarem junto a serviços e equipes de saúde. Também foi de grande importância a realização de processos de formação para a PNH, visando a melhoria da intervenção e multiplicação dos conhecimentos sobre a política para toda a rede do SUS.

Há que se considerar que um projeto que ouse trazer benefícios no campo da saúde precisa envolver a operacionalização de todo um sistema e, portanto, deve trabalhar

os diversos componentes que juntos constroem a saúde, a saber os trabalhadores, os usuários e os gestores do sistema. Não há como desligar esses três componentes uns dos outros e, portanto, toda e qualquer intervenção deve se apoiar no pressuposto de que não se podem considerar mudanças em um a despeito do outro.

Todos devem estar implicados no processo da mudança, repensando o modo de se produzir saúde, gerando inquietações e enfrentando o cotidiano que é problemático, mas sempre tentando se voltar para uma solução que emerge de um campo de discussões contínuo. Para tanto, é necessário que haja real envolvimento das partes, motivação e colaboração mútua.

É necessário se analisar como tem sido a contribuição da PNH no âmbito da discussão dos processos de trabalho e da organização de serviços de saúde. Sabe-se que a PNH vem com a intenção de mudar os modelos de atenção e gestão concebidos pela perspectiva biomédica, em que se apresentam como fragmentação, hierarquização, focalização na doença e atenção à saúde limitada ao nível hospitalar. Vem mostrar que não se deve separar a clínica da política, ou seja, a atenção e a gestão dos processos de se fazer saúde; além disso, ressalta a transversalidade, melhorando a comunicação entre os grupos e dentro dos mesmos.

Esta política se apresenta por meio de diretrizes, compreendidos por orientações gerais para a inclusão de usuários, trabalhadores e gestores na gestão dos serviços de saúde, para a obtenção de práticas como: a clínica ampliada, a cogestão dos serviços, a valorização do trabalho, o acolhimento e a defesa dos direitos do usuário. Estas diretrizes são postas em prática por meio de dispositivos que as orientam, sendo eles: acolhimento com classificação de risco, colegiado gestor, visita aberta e direito a acompanhante, equipe transdisciplinar de referência, Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST), projetos cogestidos de ambiência.

Ao contrário dos modos de funcionamento já instituídos, a PNH se propõe a criar novas formas de trabalho. A pegar formas já arranjadas e desarranjá-las, no intuito de se criarem novas composições, novas possibilidades de trabalho, novas perspectivas de intervenção e do modo de se fazer saúde (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

É preciso saber que os processos de trabalho também são processos de produção dos sujeitos, visto que o que é humano não é algo estático, mas em constante movimento. Portanto o que se produz a partir do humano, também é algo que se move e, sendo assim, também se modifica ao longo de sua execução. É o homem imprimindo em sua tarefa o reflexo de si mesmo, a partir daquilo que é de sua constituição.

Por isso é preciso se entender um pouco da abordagem da PNH sobre humano e humanismo, em que o homem carrega consigo suas experiências obtidas ao longo da vida em suas lutas cotidianas, e numa direção ético-política diferenciando *um homem* de *o homem*, fugindo ao que se entende como o homem ideal. E a humanização se volta para homens e mulheres comuns que compõem o SUS e que, em interseção gestores-trabalhadores-usuários, constroem a política em questão (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

Então a PNH não vem mostrar um novo modelo de se trabalhar, mas sim provocar uma análise por parte dos coletivos que constituem o SUS a partir de sua própria realidade para, assim, construírem seu novo modo de agir. Não há uma fôrma preestabelecida, mas sim um estímulo à criação de novos modelos adaptados a cada situação, que valorizem a individualidade e autonomia dos sujeitos.

Dentro das organizações, quem norteia o andamento dos processos de trabalho é o apoio institucional<sup>1</sup>, constituído como uma estratégia metodológica que visa a enfrentar desafios impostos pelo cotidiano do trabalho, atuando em apoio à cogestão<sup>2</sup>, na construção de espaços de discussão coletiva<sup>3</sup> para elaboração de novas formas de intervenção.

---

<sup>1</sup>O apoio institucional é definido como acompanhamento qualificado do trabalho de equipes e tem como característica principal a oferta de estratégias metodológicas para implementação das diretrizes e dispositivos da Política. No sentido que lhe é atribuído na PNH, o apoio institucional instaura uma relação dinâmica entre o apoiador institucional e a equipe apoiada, com a função de contribuir para a gestão e organização de processos de trabalho, na construção de espaços coletivos onde os grupos analisam, definem tarefas e elaboram projetos de intervenção. (SANTOS FILHO, 2009).

<sup>2</sup>Cogestão é uma diretriz da PNH que visa a gestão compartilhada, usada como estratégia para democratização do poder, por meio de um trabalho em equipe articulado (MORI, 2009).

<sup>3</sup>Espaço de discussão coletiva: um arranjo onde exista oportunidade de discussão e de tomada de decisão. Pode ser formal (uma comissão ou conselho oficial) ou informal (reunião para enfrentar temas eleitos). É um espaço para a elaboração de contratos e projetos de intervenção (CAMPOS, 2003).

Conforme determina a PNH, a atenção e a gestão não podem se separar, de forma que o acesso e a qualidade dos serviços melhorem, assim como o modo como são geridos. Não há como preconizar a coparticipação na gestão se a operacionalização é de forma vertical. Para a política isso seria incoerente. Seria como desejar algo e não se importar como ele será obtido, reduzindo-se o processo de trabalho apenas ao produto. Portanto é necessário que haja viabilização de espaços coletivos, tendo a participação do apoio institucional, para que se façam discussões e que essas se ampliem na análise dos processos de trabalho (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

É fato que se deve avaliar, num primeiro momento, a quais condições de trabalho e de gestão os trabalhadores estão submetidos, pois sua prática exercida no dia-a-dia é o reflexo dessa situação. Para a efetiva participação dos trabalhadores, é necessário que os mesmos estejam realmente engajados nessa tarefa. Por isso seria injusto esperar que um sujeito que trabalha num contexto de desumanização tenha práticas humanizadas, já que ele é moldado pela realidade em que se encontra. Isso significaria atribuir à figura do trabalhador toda a responsabilidade por um problema que é próprio do sistema de saúde. É o sistema que é desumano. E não se trata de analisar se o indivíduo é bom ou mal, mas, muito além disso, de visualizar, através das práticas, a estrutura, o esqueleto de um sistema falho.

A condição de trabalho em que se encontra o trabalhador precisa ser incluída continuamente no campo de discussões, pois sua degradação incide sobre ele diretamente, gerando sentimento de desvalorização, e traz para a saúde pública a falta de responsabilização e perda da qualidade da prática clínica. Uma característica da sociedade capitalista é que o trabalho assume um perfil meramente econômico, reduzindo a figura do trabalhador a uma peça de engrenagem ou a apenas uma digital que registra o ponto de entrada e saída, sem a devida conscientização de que ele é um ser pensante e, portanto, participante e capaz de gerar mudanças no processo de trabalho.

A baixa remuneração, a precarização dos vínculos empregatícios e as condições ambientais de trabalho são fatores que representam as más condições às quais o trabalhador está submetido. E uma proposta da PNH é valorizar esse trabalhador, visto que tais condições podem provocar danos diretos à sua saúde. Rodrigues

(1994, p. 12) aborda essa questão, afirmando que, em decorrência das condições de trabalho,

[...] estão surgindo alguns indicadores bastante evidentes da deterioração da qualidade da vida tais como: aumento dos índices de acidentes, surgimento de novas doenças, alcoolismo, utilização crescente de drogas, consumismo exagerado, perda de contato do homem com a natureza e até depredação da mesma.

Somado a tais problemas, o mesmo autor vem afirmar que “Aparece o problema da alienação e perda de significado do trabalho.” (RODRIGUES, 1994, p.12). Ele coloca ainda essa perda como parte de um círculo em que, ora aparece como causa do adoecimento, ora como sua consequência.

Há que se considerar que outra importante questão é a contradição entre propostas que se fazem valorizando a autonomia num meio em que esta autonomia é podada pelos termos do *cumpra-se*. Tal problema gera descrença e desmotivação, dificultando uma atuação de forma efetiva em prol da realização do que se estabelece na política. Essas adversidades devem, portanto, ser colocadas também como questões a serem trabalhadas dentro dos espaços coletivos de discussão, como foco nos novos projetos de intervenção.

A classe trabalhadora sofre diretamente as consequências do modelo de gestão do trabalho, experimentando grande insatisfação e desânimo no cotidiano de seu trabalho. PIALOUX, (1997, p. 326) aborda exatamente como é a sensação de trabalhadores operários sobre as pressões do campo do trabalho:

[...] como se tornou mais forte a pressão exercida sobre os operários; como se foram instalando entre eles a desconfiança e dedurismo; como se desfez a coesão dos antigos grupos de trabalho, especialmente, como o sistema de gratificações; como a hierarquia, ao reorganizar os contratos coletivos de trabalho, tentando mesmo criar outros completamente novos, conseguiu impulsionar a dinâmica da vida social na direção mais favorável a seus interesses.

Portanto, a partir da implementação da PNH, devem ser consideradas as condições de trabalho e a adoção do princípio da cogestão, como forma de tornar o ambiente de trabalho mais saudável e garantir a satisfação do trabalhador como produto de sua atuação efetiva no campo de discussão dos processos de trabalho.

A implantação da PNH busca, especificamente, atuar de forma que as filas e o tempo de espera sejam reduzidos, bem como sejam ampliados o atendimento acolhedor e resolutivo por meio da classificação de risco; permitir que os usuários do SUS saibam que são os profissionais que cuidam de sua saúde, tornando o território responsável por eles; fazer com que as unidades de saúde garantam as informações ao usuário e mantenham o devido acompanhamento de saúde; fazer com que as unidades também garantam a gestão participativa aos trabalhadores e usuários, bem como educação permanente aos trabalhadores.

Como estratégias gerais, a PNH se propõe a difundir e institucionalizar suas estratégias e promover a apropriação de seus resultados pela sociedade por meio da atuação nos diversos eixos, como: instituições do SUS, fazendo parte dos planos estaduais e municipais dos governos; gestão do trabalho, com a coparticipação dos trabalhadores no processo de gestão do serviço; educação permanente, instituindo-se a PNH nas grades curriculares de graduação, pós-graduação e extensão; informação/comunicação, incluindo-se o debate da saúde na mídia; atenção, incentivando o protagonismo dos sujeitos; financiamento, integrando os recursos disponíveis com compromisso dos gestores à PNH; e gestão da PNH, permitindo-se fazer acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações realizadas (BRASIL, 2004).

A PNH não vem como uma solução para todos os problemas. Entendendo que se trata de um processo, a adoção dessa política envolve uma permanente mudança no modo de gestão e trabalho. E para haver essa mudança, é preciso entender que as desestabilizações fazem parte do processo, pois o que até então está estabilizado, por assim dizer, deve ser mexido e, portanto, desestabilizado de fato, como uma reforma em que paredes são quebradas e outras, erguidas. Mas os meios devem ser sempre pautados pela discussão dos sujeitos envolvidos e pela constante renovação de ideias e práticas (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

### 3 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR (PNSST)

Entende-se por trabalhador todo homem ou mulher que exerce atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho. Entretanto, devido à diversidade de situações de trabalho, muitas delas precárias, ocorrem reflexos diretos sobre a saúde do trabalhador (BRASIL, 2001).

Sabe-se que o trabalho é um potencial causador de doença no ser humano. E muito se discute a respeito desse tema, tamanha a sua relevância no cenário mundial. “Independente do sistema político, o mundo do trabalho moderno parece tomar uma configuração sentida pelo homem como mentalmente e espiritualmente pouco saudável” (RODRIGUES 1994, p.12). Somado a isso, o mesmo autor ainda fala que que tem ocorrido:

Aumento dos índices de acidentes, surgimento de novas doenças, alcoolismo, utilização crescente de drogas, consumismo exagerado, perda de contato do homem com a natureza e até depredação da mesma. Aliado a tudo isso, aparece o problema da alienação e perda de significado do trabalho, que pode, também, ser considerado como uma causa dos diversos problemas acima (RODRIGUES, 1994, p.12).

Muitas foram as lutas da classe trabalhadora com o intuito de tornar o trabalho com condições mais dignas e humanas ao longo dos tempos. É sabido que, legalmente, dentre as conquistas para a classe trabalhadora, foi considerada de grande importância a elaboração da Constituição Federal de 1988, que apresenta, no campo da saúde do trabalhador, um grande progresso. Abordando o campo da saúde, em geral, a Constituição diz em seu art. 196 que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1999, art.196).

Com base nesse direito, foi criada a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), que tem por objetivo garantir que as condições do trabalho “Contribuam para a melhoria da qualidade de vida, a realização pessoal e social dos trabalhadores e sem prejuízo para sua saúde, integridade física e mental” (BRASIL, 2004, p.3). Deve ser desenvolvida em cooperação com os Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social e da Saúde, tendo sido criado o Grupo de Trabalho Interministerial MPS/MS/TEM para a elaboração do texto desta política.

Trata-se, portanto da saúde do trabalhador, contudo, Silva (2007) afirma que a saúde em geral é um direito humano e, sendo inviolável, deve ser respeitado pelo empregador e pelo Estado. O empregador deve respeitar tal direito na prática diária de administração de seu serviço e o Estado, por meio da regulação e fiscalização. Considerando-se os direitos humanos, busca-se ampliar a compreensão deste conceito para uma discussão de ordem moral que é a dignidade do ser humano. Por consequência a saúde do trabalhador também é um direito humano, visto que se trata de uma necessidade básica das pessoas.

A dignidade da pessoa humana é tida como algo que não tem preço, ou seja, não pode ser comprada ou negociada. Logo, assume um valor tal que compreende em si mesma todos os direitos fundamentais do homem. E só é colocada em prática quando os direitos são respeitados (SILVA, 2007).

Portanto, em razão de buscar garantir esse direito essencial à vida humana é que a PNSST surge, como uma extensão do ideal da PNH que, a partir de uma amplitude maior e mais abrangente, foca o olhar mais especificamente sobre a saúde do trabalhador.

Antes, porém, é importante lembrar que a saúde não é um estado de ausência de doença, mas sim um completo bem-estar físico, psíquico e social, conforme definição da Organização Mundial de Saúde. Logo, entende-se que um sujeito não se encontra sadio simplesmente por não se encontrar com alguma enfermidade. Mas por perceber em seu contexto de vida boas condições gerais que lhe garantam a sensação de bem-estar nesses três âmbitos que compõem seu estado geral. Tais condições determinantes da saúde também são abordadas pela Lei 8.080, de 19/09/90 – Lei Orgânica da Saúde, que regulamenta o SUS, a saber a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, conhecidas como determinantes sociais de saúde (SILVA, 2007).

Existem diversos conceitos sobre os determinantes sociais de saúde (DSS) e é de domínio público o conceito de que as condições de vida e trabalho à qual as pessoas são submetidas, individual ou coletivamente, estão relacionadas com sua situação de saúde. Há um outro conceito, da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), que “Os DSS são os fatores sociais,

econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS; PELLEGRINE FILHO, 2007, p.78).

Sendo o meio ambiente um componente dos determinantes da saúde, vale ressaltar que várias leis existem para regulamentá-lo e fiscalizá-lo, de forma que suas condições sejam adequadas à existência humana, inclusive no âmbito do trabalho. O local onde as pessoas executam suas atividades laborais deve ser equilibrado, de forma que nenhum agente possa interferir de modo a comprometer a integridade física, mental e social dos trabalhadores.

Faz-se necessário um breve entendimento sobre a saúde em geral e suas repercussões no mundo, pois desde a antiguidade se buscam explicar as causas para os males vividos pelas sociedades. Havia a teoria miasmática, no século XIX, que considerava que as doenças eram provenientes dos odores fétidos da matéria orgânica em decomposição, levando à contaminação da água e dos alimentos ou das pessoas com as quais entrasse diretamente em contato. Tal teoria não deve ser de todo desprezada porque considera-se que teve importância para a sociedade, pois nela se baseia, por exemplo, o costume de se enterrarem os mortos e de se recolher o lixo, prevenindo assim a contaminação.

No final do século XIX, Koch e Pasteur deram uma brilhante contribuição para a ciência a partir de seu trabalho com bacteriologia, permitindo assim uma nova explicação do processo saúde-doença. Já no início do século XX, surge um conflito de duas questões importantes para a saúde pública. Dever-se-ia buscar o controle das doenças específicas, com base em estudos bacteriológicos, ou basear-se nas condições sociais, econômicas e ambientais na saúde da população? Neste período predominou o estudo das questões voltadas para as doenças específicas baseadas na teoria dos germes de Koch e Pasteur, com a adoção deste modelo nas escolas de saúde pública de vários países (BUSS; PELLEGRINE FILHO, 2007).

O conceito de saúde estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, como sendo um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença é bem completo e define com clareza o que é a saúde. Entretanto, esta abordagem entrou novamente em conflito com a questão biológica na década de 1950, quando a varíola foi erradicada e houve a valorização

das campanhas de combate contra doenças específicas. O conceito voltado para os determinantes sociais volta à tona no final da década de 1970, quando aconteceu a Conferência de Alma-Ata, no Cazaquistão, visando à promoção de saúde aos povos do mundo todo (BUSS; PELLEGRINE FILHO, 2007).

Tantos debates sobre a saúde e suas abordagens, tanto a respeito da questão biológica, quanto da questão dos determinantes sociais, remetem ao fato de se tratar da saúde do ser humano. E sendo os trabalhadores seres humanos em primeiro lugar, entende-se que a saúde do trabalhador é um direito humano. E toda e qualquer violação à saúde constitui-se em uma ameaça à dignidade da pessoa humana, conforme aponta Silva (2007). A Constituição brasileira aborda no art.6º os direitos sociais que devem ser garantidos pelo Estado e no art. 7º, diversas outras garantias específicas aos trabalhadores que são vitais à sua existência.

Mas para falar em direitos humanos, é necessário considerar que sua conquista é histórica, pois vem desde o início das civilizações e se manifesta de forma sucessiva em culturas diferentes, cada uma a seu tempo. Não vem como algo posto, mas como fruto de lutas e do próprio desenvolvimento das sociedades. E se institucionaliza por meio de sua inserção nas Constituições de diversos países, bem como na Constituição Brasileira, trazendo a garantia de diversos direitos das pessoas, quais sejam vida, liberdade, igualdade, educação, saúde, trabalho, moradia, segurança, alimentação e vestuário (SILVA, 2007).

Muito se discute a respeito da questão técnica da saúde no trabalho, entretanto, é importante se ressaltar a questão ético-política, pois é esta que direciona a efetivação de ações nesta área, ao passo que permitem que haja melhores condições de trabalho para os trabalhadores.

As lutas em prol da saúde do trabalhador são reflexo de uma condição histórica de péssimas condições de trabalho, num cenário de hostilidade e abuso perante a classe trabalhadora sob justificativa de crescimento econômico. Sabe-se que com a ascensão do capitalismo e da liberdade de mercado, ocorreu uma busca crescente por produtividade, visando ao lucro e percebeu-se a exploração humana da população trabalhadora, que era submetida a condições degradantes de trabalho. A despeito do empobrecimento e da condição de miséria dessa parcela da população, o que brilhou no cenário mundial, principalmente no europeu ocidental, palco da

Revolução Industrial, foi o sucesso e o rápido progresso de um período de revoluções, de alta produtividade, avanço científico e tecnológico (SILVA, 2007).

O Ministério da Saúde aponta para uma realidade vivenciada pelo trabalhador, que decorre da característica perversa do mercado de trabalho dos dias atuais e que expõe o trabalhador a condições desfavoráveis na estrutura e modelo do vínculo empregatício.

A precarização do trabalho caracteriza-se pela desregulamentação e perda de direitos trabalhistas e sociais, a legalização dos trabalhos temporários e da informalização do trabalho. Como consequência, podem ser observados o aumento do número de trabalhadores autônomos e subempregados e a fragilização das organizações sindicais e das ações de resistência coletiva e/ou individual dos sujeitos sociais. A terceirização, no contexto da precarização, tem sido acompanhada de práticas de intensificação do trabalho e/ou aumento da jornada de trabalho, com acúmulo de funções, maior exposição a fatores de riscos para a saúde, descumprimento de regulamentos de proteção à saúde e segurança, rebaixamento dos níveis salariais e aumento da instabilidade no emprego. Tal contexto está associado à exclusão social e à deterioração das condições de saúde (BRASIL, 2001, p.19).

Mas foi a violação da condição humana dos trabalhadores que fez com que esses cidadãos fossem à luta por seus direitos, como uma forma de conscientização e reação às relações desumanas e precárias então vigentes no meio industrial.

Considera-se que, com base na resolução nº180 da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador,

As atuais condições de trabalho são consequência da “globalização excludente” e da reestruturação produtiva poupadora de trabalho vivo, cujo traço mais marcante é a precarização, subemprego, informalidade, trabalho em tempo parcial, no domicílio e sem vínculo (BRASIL, 2006, RES.180/3ªCNST).

Quando se pensa em saúde do trabalhador, pensa-se em todo o processo de trabalho e especificamente na figura do trabalhador, sendo um ser social participante efetivo deste processo. Antigamente, a saúde do trabalhador estava voltada apenas para a medicina do trabalho e a saúde ocupacional, que é definida por Chiavenato (2004, P. 431) como:

assistência médica preventiva, incluindo exame médico pré-admissional, o exame médico periódico, o de retorno ao trabalho (no caso de afastamento superior a 30 dias), o de mudança efetiva de função, antes da transferência e o exame médico demissional, nos 15 dias que antecedem o desligamento definitivo do funcionário.

Este termo ganha outro significado a partir da década de 1970, quando, dentro do discurso da saúde coletiva, é entendido como um campo de conhecimentos, perdurando assim até os dias atuais. Surgiu em meados dessa década o Movimento de Reforma Sanitária, indo até o fim da década de 1980, marcado por lutas, dentre diversas áreas, em prol da saúde do trabalhador, para que fosse garantida como um direito universal (BRASIL, 2005).

No entanto, considera-se que até o ano de 1988, ou seja, antes da Constituição Federativa Brasileira, a saúde era concedida pelo governo apenas aos trabalhadores contribuintes, sendo regulada pelo mercado ou pela Previdência Social por meio de uma política compensatória àqueles inseridos no mercado de trabalho em caráter formal. Ações voltadas para o coletivo da população eram chamadas de Ações de Saúde Pública, mas se resumiam a campanhas e programas de prevenção, como campanhas de vacinação e atenção a doenças específicas. Tal modelo de atenção era precário e excludente, direcionando-se apenas a uma pequena parte da população.

Com o advento da Constituição, a área da saúde do trabalhador passou a ser de competência do SUS, sendo determinada como dever do Estado e direito de todos, garantindo em teoria acesso igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).

A partir de 1990, com a implantação da lei 8.080/90, que regulamenta o SUS, fica determinado no artigo 6º que cabe ao SUS realizar:

Ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990, Art.6º).

Mas apenas no ano de 2003 é que se efetivou propriamente dita a Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde (Cosat), vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), configurando um longo intervalo de tempo, desde a Constituição, para a efetivação desta estrutura, que visa a estabelecer diretrizes nesta área da saúde (OLIVAR, 2010).

Segundo Olivar (2010), o ano de 2003, foi um momento em que a saúde do trabalhador alcançou conquistas de direitos garantidos na legislação, mas sem plena efetivação prática, visto que são impedidos por uma “política neoliberal de desmonte

do serviço público”, ao passo que também diminuíram os movimentos organizados dos trabalhadores.

Em 2003, o Ministério da Saúde, por meio da Cosat<sup>4</sup>, implementou a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (Renast)<sup>5</sup>, com vistas a induzir a descentralização da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, sendo composta pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest)<sup>6</sup>, serviços sentinelas de saúde do trabalhador e municípios sentinelas em saúde do trabalhador. Essa rede configura-se com caráter assistencial, podendo seus centros se reduzir a apenas ambulatórios especializados, focalizados somente no tratamento e reabilitação, deixando de lado o teórico enfoque de planejamento, processamento de informações, vigilância, ensino, pesquisa e outros (OLIVAR, 2010).

Um destaque importante para a Saúde do Trabalhador foi a realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – 3ª CNST, realizada em novembro de 2005, com o tema *Trabalhar, sim. Adoecer, não*. Nesta Conferência foram produzidas 362 resoluções, divididas em três eixos: 1- como garantir a integralidade e a transversalidade da ação do Estado em saúde dos trabalhadores; 2- como incorporar a saúde dos trabalhadores nas políticas de desenvolvimento sustentável no país; e 3- como efetivar e ampliar o controle social em saúde dos trabalhadores. As duas primeiras edições desta conferência foram realizadas em 1986 e em 1994.

As conferências se configuram como um espaço de discussões que, dentre outros espaços, consolidam o controle social. As CNST's, com a participação em conjunto dos ministérios da Saúde, Trabalho e Emprego e Previdência Social, representam para o campo da saúde do trabalho um espaço de conquistas por meio da elaboração de propostas para melhorar as condições de trabalho (BRASIL, 2005).

---

<sup>4</sup> Cosat - Área Técnica de Saúde do Trabalhador, vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde — SAS. Concebida no ano de 2003, a Cosat tem como principal estratégia a reformulação e a implementação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - Renast - como “estratégia de indução” à descentralização da Política Nacional de Segurança e saúde do trabalhador por meio da Portaria n. 1.679, de 19 de setembro de 2002, do Ministério da Saúde (OLIVAR, 2010, p.323).

<sup>5</sup> Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, que abrange os centros regionais, denominados de Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – Cerest

<sup>6</sup> Cerest - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador que prestam assistência especializada à saúde do trabalhador em caráter ambulatorial e realizam atividades de planejamento, processamento de informações, vigilância, ensino, pesquisa e, principalmente, articulação intra e trans-setorial, em especial com as instâncias de controle social.

O direito dos cidadãos à saúde, previdência social e trabalho são constitucionais. Portanto, é dever do Estado garantir que esses direitos se cumpram – o que só pode ser colocado em prática a partir da adoção de políticas transversais e intersetoriais. Cada ministério que compõe a área de interesse dessa política deve atuar de forma coesa, paralela e articulada, superando a contrariedade dos moldes vigentes.

A saúde do trabalhador, a partir de 2007, passou a ser um dos objetos de ação do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) da Saúde<sup>7</sup>, braço do PAC<sup>8</sup> – que visava ao desenvolvimento do país, com ampla participação do Estado para o aumento da oferta de trabalho, melhoria da infra-estrutura, ampliação da assistência e crescimento econômico. O PAC da Saúde surgiu com o intuito de implementar as metas do Pacto Pela Saúde (Portaria/GM nº399, de 22 de fevereiro de 2006), a fim de discutir o SUS, sua organização e funcionamento. Mas ainda mantinha a característica de um programa assistencialista em detrimento das ações de vigilância (OLIVAR, 2010).

A versão da PNSST, elaborada em 2004 para análise, aborda a questão da saúde do trabalhador como uma situação que depende de alguns fatores como os sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais relacionados ao perfil de produção e consumo, baseando-se no contexto do trabalho no país, segundo dados do IBGE de 2002, que mostravam que aproximadamente a metade dos trabalhadores distribuídos no setor produtivo encontrava-se nas áreas agrícola e extrativista, de indústria de transformação e de comércio e reparação. Outros fatores apresentados como condicionantes para a saúde do trabalhador são fatores de risco de natureza física, química, biológica, mecânica e ergonômica presentes nos processos de trabalho particulares (BRASIL, 2004).

---

<sup>7</sup> O PAC da Saúde pretendia priorizar, em todos os eixos de intervenção, os objetivos e as metas do Pacto pela Saúde.<sup>14</sup> O programa previa a melhoria do atendimento à saúde das crianças de zero a seis anos para reduzir, até 2011, em 5% a taxa de mortalidade neonatal; ampliar de 27 mil para 40 mil as equipes de Saúde da Família em todo o país; previa a volta dos médicos às escolas públicas; dar atenção especial à saúde dos homens; ampliação das farmácias populares para 500 unidades em todo o país; incentivar a produção nacional de medicamentos e equipamentos. Em relação à saúde do trabalhador, o PAC da Saúde tinha como meta fortalecer a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (OLIVAR, 2010, p.325).

<sup>8</sup> O PAC se apresentava como uma política de governo cujo objetivo, *a priori*, era devolver ao Estado o seu protagonismo na dinamização da economia na garantia das condições estruturais para o crescimento econômico, pretendendo atingir vários núcleos do Estado, entre eles a saúde (OLIVAR, 2010, p.325).

O Ministério do Trabalho aborda a questão das fortes e crescentes exigências que intensificam o trabalho, a partir do uso de novas tecnologias e métodos gerenciais que elevam a produtividade e, em consequência disso:

Modificam o perfil de adoecimento e sofrimento dos trabalhadores, expressando-se, entre outros, pelo aumento da prevalência de doenças relacionadas ao trabalho, como as Lesões por Esforços Repetitivos (LER), também denominadas de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT); o surgimento de novas formas de adoecimento mal caracterizadas, como o estresse e a fadiga física e mental e outras manifestações de sofrimento relacionadas ao trabalho (BRASIL, 2001, p.19).

Sendo assim, o perfil de morbimortalidade dos trabalhadores no Brasil pode ser caracterizado de três formas: doenças diretamente relacionadas a condições de trabalho específicas, como os acidentes de trabalho típico e as *doenças profissionais*; doenças que surgem ou são influenciadas pelo trabalho, chamadas *doenças relacionadas ao trabalho* e as doenças comuns ao conjunto da população, não relacionadas ao trabalho, mas que influenciam a saúde dos trabalhadores. Entretanto, as informações sobre a saúde dos trabalhadores, antes da PNSST, não eram fidedignas, pois se referiam, de um modo geral, apenas aos trabalhadores cobertos pelo Seguro de Acidentes do Trabalho (SAT) da Previdência Social, representando somente um terço da população economicamente ativa, o que dificultava o planejamento de ações voltadas para essa parcela da população por meio da criação de políticas públicas (BRASIL, 2004).

Além dos impactos sobre a saúde do trabalhador, o adoecimento também pesa diretamente sobre a economia do país, pois, com base em dados da Previdência Social, em 2003 os gastos com benefícios acidentários e aposentadoria especial totalizaram cerca de 8,2 bilhões de reais. Este é um valor estimado, pois representa apenas o setor formal de trabalho. Tal valor, provavelmente, subiria significativamente se fossem consideradas as horas de trabalho perdidas e os custos com saúde e reabilitação profissional. Entretanto não é possível quantificar os custos com a saúde, apesar do SUS ser responsável por grande parte da assistência médica, hospitalar e ambulatorial, pois não há dados consistentes para tal informação (BRASIL, 2004).

De acordo com a Constituição Federal, com base nos artigos de número 196 a 200, cabem ao Sistema Único de Saúde as ações de Saúde do Trabalhador, por meio de

políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, além de serviços e ações que possam promover, proteger e recuperar a saúde.

A Constituição Federal trata da saúde, de um modo geral, nos artigos 196 a 200. Entretanto, especificamente no artigo 200, trata da questão da saúde do trabalhador, quando afirma que cabe ao Sistema Único de Saúde executar as ações de saúde do trabalhador e colaborar na proteção do ambiente de trabalho. Esta especificação mostra que a saúde do trabalhador passa a receber o foco de atenção, caracterizando uma avanço alcançado por essa parcela da população. Ainda garante aos trabalhadores a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança, conforme a alínea XXII do artigo 7º. Com base nesta determinação, a resolução nº5 da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, visa a:

Garantir que os empregadores sejam obrigados a prover condições salubres de trabalho, alcançando a eliminação da monetarização dos riscos, garantindo aos trabalhadores o direito à recusa de submeter-se a ambientes insalubres, bem como o direito de aposentadoria especial e o cumprimento de todas as normas regulamentadoras de saúde e segurança no trabalho, por todos os empregadores, alcançando a eliminação dos riscos (BRASIL, 2005, p.29).

A PNSST vem com o propósito de implementar ações de Governo voltadas para a adoção de práticas que melhorem a qualidade de vida e saúde do trabalhador. Além disso, esta política busca ainda a reduzir os riscos presentes no ambiente de trabalho, a fim de que se previnam os acidentes e os consequentes danos à saúde do trabalhador (BRASIL, 2011). Caracteriza-se pela uma busca pela segurança do trabalho, definida por Chiavenato (2004) como:

O conjunto de medidas técnicas, educacionais, médicas e psicológicas utilizadas para prevenir acidentes, quer eliminando as condições inseguras do ambiente, quer instruindo ou convencendo as pessoas da implantação de práticas preventivas. Segurança do trabalho está relacionada com condições de trabalho seguras e saudáveis para as pessoas (CHIAVENATO, 2004, p. 438).

A PNSST é uma política que atua sob os princípios de universalidade; prevenção; precedência das ações de promoção, proteção e prevenção sobre as de assistência, reabilitação e reparação; diálogo social; e integralidade. Vale ressaltar que, sendo de responsabilidade dos Ministérios do Trabalho e Emprego, da Saúde e da Previdência a implantação e execução desta política, cada qual tem suas

atribuições, sendo a gestão participativa de responsabilidade da Comissão Tripartite de Segurança e Saúde no Trabalho (CTSST), constituída paritariamente por representantes do governo, trabalhadores e empregadores, conforme ato conjunto dos Ministros de Estado do Trabalho e Emprego, da Saúde e da Previdência Social (BRASIL, 2011).

#### **4 O ABSENTEÍSMO E O TRABALHO DA ENFERMAGEM**

A palavra absenteísmo em sua essência diz do tempo em que o funcionário está indisponível para o trabalho, referindo-se a faltas ou atrasos. Tal fato revela que a força de trabalho não está totalmente à disposição do trabalho, provavelmente por incapacidade de assiduidade ou falta de motivação. O trabalhador torna-se incapaz de manter sua assiduidade quando adoece, sofre acidente, tem problema com transporte, ou assume outras responsabilidades, sejam pessoais ou familiares. E perde sua motivação com o decorrer do tempo, dependendo do perfil institucional ou por razões pessoais. Caso a empresa queira investir na motivação do profissional, é necessário fazer recompensa à assiduidade, ao passo que a ausência é punida. Entretanto, quando a empresa aceita a ausência sem qualquer tipo de punição, assume uma prática que pode ser inserida à cultura institucional, tornando-se cada vez mais difícil de mudar esta realidade. Mas há também trabalhadores que, por seus próprios valores e objetivos, se mantêm assíduos no trabalho (CHIAVENATO, 2010).

O fato que vem interessar a este estudo se faz pela incapacidade de o trabalhador se manter assíduo por adoecimento ou por acidente, que configuram ambos o comprometimento da saúde, revelando assim a situação em que a instituição se encontra, que potencialmente pode ser insalubre. Tal situação precisa de ser conhecida, diagnosticada, percebida, para então serem aplicadas medidas de intervenção adequadas à realidade com a finalidade de se obterem mudanças efetivas, seja por meio de motivação profissional ou adequação do ambiente e dos processos de trabalho.

O cotidiano de trabalho revela que muitas vezes o trabalhador excede as suas forças, muito provavelmente pela demanda de sua tarefa, que exige alto desempenho e rapidez. Isto se dá pelo perfil de trabalho da modernidade que se caracteriza pela competitividade. O desgaste físico e emocional do trabalhador pode levá-lo ao adoecimento e, conseqüentemente, ao absenteísmo, que se configura pela sua falta ao serviço. Além do adoecimento, o absenteísmo pode ser motivado pelos acidentes de trabalho. Contudo, a ocorrência do absenteísmo pode mostrar que há falhas no processo de trabalho e no próprio ambiente laboral e ainda levar a um ciclo de adoecimento, pois, com a ausência de um trabalhador, é gerada uma

sobrecarga de trabalho aos outros que permanecem no serviço, potencializando ainda mais as chances destes virem a adoecer.

O perfil da sociedade moderna revela um padrão elevado de consumismo, que culmina na necessidade das pessoas de trabalharem exaustivamente para poderem consumir cada vez mais. Tal realidade é percebida entre os trabalhadores da saúde, em especial os da categoria profissional da enfermagem, que levam uma vida corrida, muitas vezes com dupla ou tripla jornada de trabalho, levando os mesmos a uma grande exposição a riscos ocupacionais. Essa necessidade de se acumularem dois ou mais vínculos de trabalho, muito provavelmente se dá para que se compense o problema da baixa remuneração. Associa-se a este contexto a pressão promovida pelo cenário de precarização dos vínculos trabalhistas, que condiciona o bem-estar e a saúde das pessoas (CASTRO; FARIAS, 2008).

Além de todos os riscos ocupacionais aos quais a categoria da enfermagem é submetida, a estrutura de seu trabalho é considerada penosa e é caracterizada por um sistema de divisão de tarefas, com execução de atividades que obedecem a um duro sistema de níveis hierárquicos, em meio a um cenário de insuficiência quanti e qualitativa de profissionais. Considerando as instituições hospitalares, pode-se dizer que nelas as condições de trabalho são ainda piores do que em outros serviços de saúde (BECKER; OLIVEIRA, 2008).

Alves (2013) fala que a base principal dos serviços de saúde é a força de trabalho. Sendo assim, o próprio trabalhador é a força de trabalho empenhada e sua ação determina o produto final. Entretanto, de uma forma muito peculiar, este trabalhador vai moldando seu produto, compreendido pela manutenção da saúde dos pacientes, utilizando como ferramenta seu saber e conhecimentos adquiridos (ALVES, 2013).

É conhecido que a força de trabalho que predomina nos serviços de saúde é representada pela enfermagem. Isto traz à reflexão o fato de que o absenteísmo percebido nesta categoria simboliza importantes prejuízos financeiros às instituições ou aos cofres públicos.

Em se tratando da enfermagem, o absenteísmo pode ter suas consequências agravadas, visto que há uma clientela permanente necessitando de cuidado e os trabalhadores, com o compromisso de manter a qualidade deste cuidado, passam a

dar mais ainda de si para conseguir dar conta da assistência, ora sobrecarregados pela ausência de profissionais no seus turnos.

Em consequência do absenteísmo, as instituições sofrem outro problema que é a rotatividade de pessoal. A ausência do profissional leva à necessidade de sua substituição por outra pessoa, gerando um aumento do custo neste processo, além de ocorrer a descontinuidade do trabalho, pois, para cada funcionário novo, é necessário um treinamento para a função e o trabalho pode ficar mais lento, até que este novo contratado possa assumir um ritmo de trabalho mais acelerado (CHIAVENATO, 2010). Isto se reflete na assistência à saúde pela queda na qualidade dos serviços prestados.

Vários autores apontam que o que vem causando o absenteísmo da enfermagem é principalmente o fator adoecimento. De fato, muitas vezes o adoecimento pode incapacitar o trabalhador para a execução de seu trabalho. Um estudo realizado entre trabalhadores da enfermagem revelou que os principais grupos de doenças encontrados foram o do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo e o dos transtornos mentais, gerando a maior quantidade de dias de afastamento do trabalho, representando 41,5% e 28,4% do total de afastamentos, respectivamente. Os afastamentos por doenças do sistema osteomuscular podem estar ligados à rotina de trabalho comum na enfermagem, percebida pelo cuidado e manipulação de pacientes pesados. As doenças de ordem mental podem ser provocadas pelo fato de se lidar com adoecimento e morte diariamente, considerado potencial causador de estresse (SANCINETTI et al., 2009).

A manipulação de medicamentos e produtos químicos também pode comprometer a saúde do trabalhador da enfermagem, levando-o a desenvolver doenças do aparelho respiratório. (MARTINATO et al., 2010).

O absenteísmo não ocorre somente entre trabalhadores da enfermagem, podendo ser percebido em todo tipo de trabalho. Entretanto, quando ocorre com a enfermagem, não só este grupo sofre as consequências, mas também os pacientes sofrem por haver uma queda na qualidade da assistência a eles prestada. E, sabendo-se que o absenteísmo é um grave problema vivenciado, que sobrecarrega o trabalhador levando a comprometimento da sua saúde e da saúde do paciente, é

necessário que haja intervenções nesta situação a fim de se minimizarem os problemas decorrentes.

Algumas medidas de intervenção podem ter efeitos bem sucedidos, como a adoção de ações preventivas, por parte dos gestores, por meio de análise e adequação das condições de trabalho. Tal medida pode tornar o ambiente menos agressivo, de forma a diminuir os efeitos que causam o adoecimento do trabalhador. Também se faz necessário redimensionar o quantitativo de profissionais que está efetivamente trabalhando, pois uma readequação do número de trabalhadores que atenda às exigências da demanda da clientela e da própria instituição de saúde permite diminuir a sobrecarga de trabalho que adoce o trabalhador. As consequências do dimensionamento de pessoal são positivas, melhorando a assistência de enfermagem não somente quantitativa, mas também qualitativamente, tanto para o trabalhador quanto para o paciente (MARTINATO et al., 2010).

A jornada ininterrupta de assistência ao paciente coloca o trabalhador da enfermagem em situação de exposição a um risco ocupacional conhecido como acidente de trabalho, que é um potencial gerador de absenteísmo da enfermagem, visto que estes trabalhadores ficam expostos a diversos tipos de doenças transmissíveis por permanecerem por longos períodos em contato direto com os pacientes, somado ao tipo de trabalho realizado, que envolve o uso de material perfurocortante e a manipulação de secreções e excreções dos pacientes. Mesmo profissionais experientes, se desatentos, ficam suscetíveis à ocorrência de acidentes, pois o risco existente no local de trabalho é inerente à sua atividade.

Os mais comuns são os acidentes com material perfurocortante. Entretanto, riscos maiores de agravos à saúde do trabalhador da enfermagem ocorrem quando os acidentes acontecem com material contaminado por pacientes portadores de doenças virais de transmissibilidade por via hematológica, como hepatite C (HCV), hepatite B (HBV) e Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (HIV). Contudo, tais acidentes poderiam ser prevenidos se adotadas as medidas de prevenção adequadas chamadas de Precauções Universais (PU), visto que as mesmas devem ser aplicadas na assistência a todos os pacientes, independentemente de seu diagnóstico (MAGAGNINI; ROCHA; AYRES, 2011). Deve se considerar também que o diagnóstico do paciente para estas doenças pode

ser ainda desconhecido no momento da realização do procedimento, portanto a atenção e uso de medidas de proteção pessoal não podem ser dispensados.

Percebe-se que, lamentavelmente, “Há uma distância entre o cuidado ao paciente e o autocuidado do profissional que cuida” (PINHEIRO; ZEITOUNE, 2008, p. 259). A autora faz esta afirmação criticando a realidade vivenciada pelo trabalhador da saúde que parece ser treinado para o cuidado com o paciente a despeito do cuidado consigo mesmo. Tal situação é complexa, pois se trata de um problema de ordem cultural e, portanto, passível de medidas apenas de longo prazo para se obterem efetivas mudanças (PINHEIRO; ZEITOUNE, 2008).

Ora, esta afirmativa leva a pensar que o profissional de saúde negligencia a sua própria saúde em face do cuidado com o paciente. Isto pode ser percebido no cotidiano de trabalho por meio da não adoção de práticas de biossegurança na realização dos procedimentos. Em particular a categoria da enfermagem, que permanece em constante exposição aos agentes infecciosos, como os materiais biológicos, visto que passa 24 horas por dia dedicando-se à assistência à saúde, sofre grandes riscos de se contaminar e adquirir doenças.

Para se evitar uma situação de risco, deve haver planejamento e organização das atividades assistenciais. Considerando que não é suficiente o conhecimento técnico-científico do profissional, entende-se que situações imprevisíveis podem ocorrer com este profissional quando o procedimento não é devidamente planejado. O conhecimento técnico do trabalhador, principalmente se acrescido de longos anos de experiência, leva-o a uma condição de autoconfiança tal que o permite atos de negligência e imprudência, potencializando assim o risco de ocorrerem acidentes (MAGAGNINI; ROCHA; AYRES, 2011).

Ocorre que, infelizmente, alguns profissionais passam a adotar medidas preventivas de acidentes, como o uso de equipamentos de proteção individual (EPI's) e a adoção das precauções universais (PU), apenas após terem sido vítimas de acidentes com perfurocortantes. A atenção passa a ser redobrada e as medidas de autoproteção até exacerbadas (MAGAGNINI; ROCHA; AYRES, 2011).

Então se faz importante que os trabalhadores da enfermagem se conscientizem para o emprego adequado de práticas que garantam sua segurança, além da do paciente, desde o planejamento até o momento da realização das tarefas.

Ora, sabe-se que para a realização de todo tipo de atividade que expõe o trabalhador a riscos, como o contato com materiais biológicos e químicos, como é comum na área da saúde, especificamente no trabalho da enfermagem, deve haver o uso adequado de EPI, a fim de se prevenir a própria contaminação do trabalhador. Entretanto, se as recomendações do emprego das devidas precauções das atividades não forem seguidas, é preciso que a gestão do serviço observe se houve negligência por parte dos trabalhadores, ou déficit no nível de conhecimento sobre os riscos presentes. Neste caso, cabe a adoção de medidas como processo de educação permanente para conscientização dos trabalhadores e atualização de seus conhecimentos.

Vale ressaltar que alguns tipos de doenças não se manifestam imediatamente após o contato com o agente infeccioso, mas que podem se manifestar tardiamente, como é o caso da Hepatite B, percebida meses ou até anos após a contaminação. Esta doença pode ser transmitida por meio de contato com secreções corporais, como o sêmen, saliva e suor, dentre outras. Entretanto, em um estudo realizado num hospital do Rio de Janeiro em 2008, concluiu-se que tal informação não era do conhecimento de 79,5% da equipe de enfermagem pesquisada, revelando um grave problema de ordem educacional, pois assuntos como esse, em tese, são abordados em sala de aula. Caso contrário, ocorrem sérias consequências para o campo da prática, onde se passa a perceber o despreparo para o emprego de medidas de precaução (PINHEIRO; ZEITOUNE, 2008).

É de relevância epidemiológica que se tomem medidas que minimizem os riscos para a saúde do trabalhador da enfermagem, pois sua constante exposição aos agentes infecciosos, somados ao desconhecimento destes riscos e a não utilização de medidas de precaução, podem aumentar ainda mais os índices de adoecimento por conta de acidentes com materiais perfurocortantes, considerando-se ainda que as medidas profiláticas pós-exposição utilizadas não podem ser consideradas totalmente eficazes (PINHEIRO; ZEITOUNE, 2008).

A ocorrência do acidente não traz somente um comprometimento para a saúde física do trabalhador, mas também o afeta psicologicamente, pois no momento do acidente, os trabalhadores reagem com sentimento de medo, culpa e até desespero, temendo as consequências do fato ocorrido. Vem então o medo da morte ou da aquisição de uma doença grave e o possível comprometimento de suas relações interpessoais. O trabalhador então passa a vivenciar um sofrimento psíquico em decorrência do acidente que, por si só, aliado a outras cargas de trabalho do dia-a-dia, pode levá-lo ao adoecimento (MAGAGNINI; ROCHA; AYRES, 2011).

Percebe-se que deve ser considerado pelas instituições de saúde do país que os trabalhadores da saúde, em especial os da enfermagem, precisam de uma melhor qualidade de ensino que lhe garantam acesso aos conhecimentos das normas de biossegurança e das consequências de sua não utilização, além de serem bem orientados quando são admitidos nos seus postos de trabalho e de se submeterem a cursos de capacitação e atualização de conhecimentos por meio de educação permanente.

A saúde dos trabalhadores da saúde tem sido prejudicada pelas condições de trabalho inadequadas a que estão submetidos no cotidiano porque há uma crise no sistema de saúde brasileiro, e a situação da economia e a má gestão pública da saúde formam um conjunto de fatores que agravam a condição de trabalho, principalmente nos hospitais públicos. Um fator mais específico percebido é a redução do quantitativo de recursos humanos como alternativa para se diminuir os custos com a saúde, que gera sobrecarga de trabalho e queda na qualidade dos serviços prestados. É fato que o capitalismo influencia diretamente no perfil de trabalho intenso percebido na atualidade. (MAURO et al., 2010).

Entende-se por meio ambiente de trabalho “As condições físicas, químicas, biológicas e ambientais, que podem produzir fatores condicionantes sobre atividades dos trabalhadores”, acrescentando a estas as condições sociais, quais sejam “A vida social, o salário e as perspectivas do trabalhador” (MAURO et al., 2010, p.15). E os trabalhadores percebem a presença dos riscos ergonômicos, sendo eles os recursos insuficientes para realizar o trabalho e o ritmo de trabalho acelerado. A pressão por conta do ritmo de trabalho pode levar ao adoecimento do trabalhador, visto que provoca um desgaste psíquico. E muitos trabalhadores praticam o acúmulo de

função em seu local de trabalho, dado pela escassez de mão-de-obra (MAURO et al, 2010).

Instala-se um processo em que as más condições de trabalho provocam o adoecimento das pessoas que, por conseguinte, têm queda no nível de seu trabalho executado. As condições de trabalho, tanto as objetivas, entendidas como os materiais utilizados, como as subjetivas, compreendidas como os anseios e o próprio sentido do trabalho, interferem diretamente sobre o trabalho realizado.

O estresse provocado pelo trabalho altera a condição psicossocial do trabalhador, trazendo consequências para sua saúde e do coletivo, podendo gerar diminuição da qualidade do trabalho prestado, alta rotatividade e absenteísmo, dentre outros. O estresse pode ser causado por características percebidas na organização do trabalho, como o próprio modelo gerencial somado à qualidade das relações interpessoais. De acordo com a natureza do trabalho em si, o estresse pode ainda ser influenciado pelo tipo de ambiente, pelo grau de exigência do trabalho, pela responsabilidade assumida e pelo planejamento de recursos humanos e materiais (SCHMIDT et al., 2009).

O estresse provocado por relações interpessoais de trabalho intensas ou pela frustração diante da perda de expectativas com relação ao próprio trabalho é o possível causador de uma síndrome, conhecida como *burnout*, tema que não será aprofundado neste estudo, mas é considerado um fator gerador de absenteísmo na atualidade, pois o trabalhador entra em um estado de exaustão emocional, com consequências físicas, passa por um processo de despersonalização, tornando-se insensível e sem afetividade e perde o envolvimento no trabalho. Esta síndrome se diferencia do estresse pois este apenas se apresenta por meio de um desequilíbrio interno do indivíduo, ao passo que *burnout* se manifesta por meio de alterações de comportamento negativas, comprometendo a qualidade da assistência prestada aos pacientes, no caso dos trabalhadores da enfermagem, e chegando a incapacita-los fisicamente para o trabalho (JODAS; HADADD, 2009).

Entretanto, mesmo em condições consideradas hostis, como baixos salários e precarização dos vínculos trabalhistas, a classe trabalhadora se submete a tais condições, possivelmente, por temer ficar desempregada. E esse temor faz o

trabalhador abrir mão até de seus próprios valores, passando a experimentar em seu cotidiano o sofrimento moral. Alguns problemas éticos vivenciados no dia-a-dia pelos trabalhadores da enfermagem podem ser representados por situações em que o profissional se vê obrigado a realizar algo que vai contra seus princípios, que ele classifica como sendo incorreto, mas sente que deve suprimir seus valores para fazer o que é obrigado e cumprir seu papel dentro da instituição. Tais questões levam o indivíduo a um sofrimento moral, visto que ele sabe o que é o certo a se fazer, porém não pode fazê-lo. A partir daí, surgem outros desdobramentos, em que o trabalhador pode desenvolver doenças, ter prejuízo nas relações interpessoais tanto com o paciente quanto com os colegas de equipe, ter insônia e outros danos de ordem psicológica, como ansiedade e depressão (LUNARDI et al., 2009).

Uma das causas prováveis de adoecimento da classe da enfermagem está ligada aos processos de trabalho em que muito se exige além da capacidade deste trabalhador, chegando a provocar um desgaste físico e mental do mesmo, com consequente impossibilidade de trabalhar. É importante considerar que, sendo a categoria da enfermagem originada em tempos remotos, quando a profissão era permeada por voluntarismo, caridade e submissão, tais características passaram a se refletir no cotidiano de serviço até os dias atuais, fazendo com que os trabalhadores, mesmo tendo consciência desta condição, não tomem a iniciativa de lutar contra o que lhes é imposto (BECKER; OLIVEIRA, 2008).

Vale ressaltar que a categoria da enfermagem é predominantemente feminina, dado fato histórico da presença de mulheres exercendo este trabalho, mesmo antes do início de sua existência enquanto ciência. Concernente a isso, um fato que permeia esta categoria é a situação de desvalorização e falta de perspectiva de crescimento profissional das mulheres perante aos homens, trazendo estas características para a profissão em si. Tal fato pode estar correlacionado com a presença de estresse no trabalho, pois o mesmo se configura por alta responsabilidade e baixa autonomia (SCHMITD et al., 2009). Desta forma, permanecem se submetendo à realização atividades excessivas e de atribuições que não são de sua competência, podendo ocasionar o absenteísmo.

Sentimentos de raiva e tristeza, com consequente introspecção, podem ocorrer em decorrência de um grande estado de sofrimento moral por parte dos trabalhadores

da enfermagem, como um sintoma da falta de autoridade associada ao excesso de responsabilidades. Entretanto, outros profissionais podem apresentar um conformismo diante de tais conflitos e o distanciamento dos pacientes (LUNARDI et al., 2009).

A alta pressão para realização do trabalho em meio à falta de condições para realizá-lo, seja por déficit de mão de obra ou de materiais, ou tempo reduzido, podem levar ao aumento do estresse no trabalho. Tais fatores podem ocasionalmente não ser percebidos pelos gestores e, portanto, os trabalhadores precisam de ser ouvidos para que as condições de trabalho possam ser melhoradas e, dessa forma, os efeitos nocivos do trabalho sejam minimizados.

Cabe às instituições de saúde o dever de promover espaços de discussão sobre educação e ética, não somente para os trabalhadores, mas também para os estudantes de enfermagem, como uma forma de intervenção nos problemas existentes e prevenção dos mesmos para aqueles que ainda ingressarão no mercado de trabalho. Os comitês de ética também podem fazer uma boa contribuição neste sentido, trazendo um pouco mais de segurança ao trabalhador que se encontra em situação de sofrimento moral, por meio de sua atuação direta sobre os conflitos existentes (LUNARDI et al., 2009).

## **5 OBJETIVOS**

A seguir, estão os objetivos propostos para este trabalho.

### **5.1 GERAL**

Analisar o absenteísmo dos trabalhadores da enfermagem do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM).

### **5.2 ESPECÍFICOS**

- Abordar a Política Nacional de Humanização;
- Abordar a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador;
- Identificar o número de trabalhadores de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) lotados nos diversos setores do HUCAM que foram afastados no período entre janeiro de 2009 e setembro de 2010;
- Identificar as causas dos afastamentos com base na variável CID-10 (Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão), que indica o diagnóstico médico da doença que motiva a incapacidade para o trabalho;
- Comparar as doenças verificadas com idade, sexo, função e setor de trabalho.

## 6 METODOLOGIA

Está descrita, a seguir, a metodologia utilizada para este trabalho, compreendendo o *Tipo de estudo, Local de estudo, Fonte, Seleção dos Trabalhadores e Critério de Inclusão, Critério de Exclusão, Descrição do Método e Considerações Éticas.*

### 6.1 TIPO DE ESTUDO

A delimitação do objeto deste estudo teve por finalidade analisar o absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem efetivos da Universidade Federal do Espírito Santo, lotados no Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes (HUCAM), no período de janeiro de 2009 a setembro de 2010 por motivo de doença.

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, de abordagem quantitativa. Optou-se por fazer um estudo descritivo porque, conforme Estrela (2005), este tipo de estudo tem como desdobramento de seus objetivos “Oferecer uma base para o planejamento, provisão e avaliação dos serviços de saúde” e também “identificar problemas a serem estudados através de métodos analíticos e sugerir áreas de interesse para investigação” (ESTRELA, 2005, p.192).

Minayo (2008) reconhece a importância da pesquisa quantitativa para análise da magnitude dos fenômenos e afirma que: “O uso de métodos quantitativos tem o objetivo de trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis ou produzir modelos teóricos de alta abstração com aplicabilidade prática” (MINAYO, 2008, p. 56).

Sendo assim, a pesquisa foi realizada por meio de um estudo transversal com coleta de dados retrospectiva. Foram utilizados os prontuários - caracterizados como documentação indireta - dos profissionais em questão. O período escolhido para fazer essa coleta de dados, sendo ele de janeiro de 2009 a setembro de 2010, foi escolhido porque os registros de apresentação de atestados médicos - documentos que justificam a ausência do trabalhador do seu local de trabalho – eram devidamente registrados nos prontuários até o mês de setembro de 2010. No entanto, a partir do mês seguinte, foi adotado um sistema eletrônico de registro dos atestados chamado Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS).

Nos prontuários somente passaram a ser registrados alguns dados como data da consulta com o médico do trabalho e o período do afastamento, tornando a coleta inviável pois tais dados incompletos não produzem informações fidedignas. Por outro lado, os dados de registro feitos no SIASS ainda não estavam disponíveis para consulta pois, de acordo com a direção do DAS (Departamento de Atenção à Saúde) da Universidade Federal do Espírito Santo, ainda não haviam sido instalados os filtros no sistema para análise dos mesmos. Sem a possibilidade de se consultar o SIASS, então, optou-se por analisar os prontuários na data em questão.

Os trabalhadores da enfermagem do HUCAM estão lotados, conforme dados do DRH, na Divisão de Enfermagem, não constando portanto a informação de quais setores estão ocupando. Foi necessário fazer um levantamento manual das escalas de serviço de todos os setores, para serem identificados os trabalhadores efetivos da enfermagem em cada setor. Para tanto, foram utilizadas as escalas de serviço do último mês em que foi feita a coleta de dados, setembro de 2010, nas quais se distribuíam os 420 (quatrocentos e vinte) trabalhadores efetivos da UFES, selecionados para a pesquisa.

## 6.2 LOCAL DE ESTUDO

Este estudo foi realizado no Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes – HUCAM, conhecido mais popularmente como Hospital das Clínicas. É considerado o maior hospital da rede pública do Espírito Santo, tendo em vista o volume de atendimentos, sobretudo na alta complexidade. Fica localizado no bairro Santos Dumont, em Vitória, e cumpre a função de hospital-escola, atuando na formação direta de médicos e enfermeiros e, indiretamente, de outros profissionais, oferecendo campo de estágio. Tem um leque amplo de programas, diversos deles vinculados a instituições internacionais de pesquisa.

O prédio central do hospital funcionou, na década de 1940, como Sanatório Getúlio Vargas. Em 1967, foi incorporado à Universidade Federal do Espírito Santo com o nome de Hospital das Clínicas - como ainda é conhecido - passando a atender às necessidades do curso de Medicina e, desde 1976, também o de Enfermagem. Em 2008, o HUCAM comemorou 40 anos e já era referência em dezenas de programas

específicos de prevenção, diagnóstico e tratamento junto à comunidade não só do Espírito Santo, mas também de estados vizinhos.

O hospital contava, no período estipulado para a coleta de dados, com um total de 297 leitos de internação, sendo assim caracterizado como hospital de grande porte. Os números indicavam, na época, que anualmente o HUCAM realizava cerca de 10 mil internações, seis mil cirurgias, 1,5 mil partos, 200 mil consultas ambulatoriais, 15 mil atendimentos de urgência e 250 mil exames laboratoriais de análises clínicas (UFES, 2008).

De acordo com a Controladoria do HUCAM, o quadro de trabalhadores, no referido período, era composto por um total de 1.789 pessoas, considerando todas as categorias profissionais, nos níveis fundamental, médio e superior de escolaridade, sendo 930 vinculados pelo Ministério da Educação (MEC) – ou seja, profissionais do quadro efetivo da UFES, 35 pelo Ministério da Saúde (MS), 492 terceirizados, 167 pela Secretaria Estadual de Saúde (SESA), 8 pela Prefeitura Municipal de Vitória (PMV), 120 pela Fundação Amigos do HUCAM (FAHUCAM) e 37 voluntários vinculados pela Sociedade Amigos do HUCAM (SAHUCAM). Dos trabalhadores vinculados pelo MEC, ou seja, os concursados pela Universidade Federal do Espírito Santo, eram 427 (quatrocentos e vinte e sete) da categoria da enfermagem (sujeitos deste estudo), representando 45,9% (quarenta e cinco vírgula nove por cento) do total. Destes, 53 (cinquenta e três) eram enfermeiros, 143 (cento e quarenta e três) técnicos de enfermagem, 224 (duzentos e vinte e quatro) auxiliares de enfermagem e 7 (sete) atendentes de enfermagem (HUCAM, 2011).

Cabe aqui acrescentar que a partir do mês de maio de 2014, a fim de substituir o quadro de trabalhadores terceirizados, os cargos técnico-administrativos, como enfermagem, medicina, serviço social e outros, passaram a ser assumidos por trabalhadores da EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares). Trata-se de uma empresa pública de direito privado, responsável pela gestão do hospital, cujos trabalhadores são regidos pela CLT (Consolidação das Leis do Trabalho). Esta empresa, até então, tinha contemplado apenas os cargos de direção do HUCAM, desde o ano anterior. Porém, até o presente momento, não foi concluída a substituição integral, de forma que ainda há trabalhadores na enfermagem terceirizados e alguns trabalhadores da EBSEH que já começaram a trabalhar.

Portanto, por se tratar de uma fase de transição, a presença deste grupo de trabalhadores ainda não gera dados consistentes para serem acrescentados a este estudo e, por isso, não foram incluídos na pesquisa.

Para este estudo foram selecionados apenas os trabalhadores com o vínculo do MEC, ou seja, os trabalhadores da UFES, tendo em vista sua representatividade de 73,62% em relação ao quantitativo de trabalhadores da enfermagem dos outros vínculos e voluntários, conforme apresentado nos dados da Controladoria. Foi considerado ainda que a estabilidade, presente neste grupo, favorece a possibilidade da permanência destes trabalhadores no hospital durante todo o período de referência da coleta de dados.

### 6.3 FONTE

A coleta de dados foi realizada por meio de documentação, ou seja, os prontuários dos trabalhadores arquivados no NASTH (Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador do HUCAM). Este tipo de pesquisa é denominado como documental ou bibliográfico (MARCONI; LAKATOS, 2008).

Os prontuários, descritos por Marconi e Lakatos (2008) como registros que tratam de doenças e hospitalizações, são utilizados para a pesquisa documental e são caracterizados como arquivos particulares pertencentes a instituições públicas.

O HUCAM conta com um setor denominado – Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador do HUCAM (NASTH), onde todos os trabalhadores da UFES, lotados no hospital, são atendidos por uma equipe multiprofissional para fins diversos, como exames periódicos anuais e consultas com médico do trabalho, enfermeiro, ginecologista, psicólogo, psiquiatra e terapeuta ocupacional. Sempre que o trabalhador é afastado do trabalho por motivo de saúde, seu atestado precisa ser validado pelo médico do trabalho. Sendo assim, os dados sobre a saúde do trabalhador ficam registrados em seu prontuário, arquivado no NASTH. Isto possibilita ser este setor uma fonte importante de informações sobre a saúde do trabalhador do HUCAM.

#### 6.4 SELEÇÃO DOS TRABALHADORES E CRITÉRIO DE INCLUSÃO

Para o estudo foram selecionados os 420 (quatrocentos e vinte) trabalhadores da enfermagem da UFES, lotados no HUCAM, representando a totalidade do quadro de efetivos da enfermagem no referido hospital, sendo eles enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem. Os atendentes de enfermagem foram excluídos da pesquisa, conforme consta no item 6.5 *Critérios de Exclusão*.

Apenas para se obter uma noção da totalidade de trabalhadores efetivos das diversas categorias profissionais, o HUCAM contava, no período da coleta de dados, com um total de 930 (novecentos e trinta) trabalhadores, dos níveis fundamental, médio e superior, vinculados ao quadro efetivo, ou seja, concursados, portanto denominados servidores da UFES.

#### 6.5 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Foram excluídos desta pesquisa todos os sujeitos que tiveram seu vínculo à instituição desligado dentro do período estipulado para coleta dos dados (de janeiro de 2009 a setembro de 2010) por motivo de exoneração, aposentadoria ou falecimento.

Os trabalhadores lotados como atendentes de enfermagem não foram considerados na pesquisa, visto que representam um número muito pequeno dentro do grupo e os resultados obtidos a partir dos dados desta subcategoria não seriam de interesse para a classe acadêmica visto que tal cargo não é mais regulamentado pelo COREN, tendo sido extinto da categoria da enfermagem desde que vigorou a Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício da enfermagem. Este cargo consta ainda no quadro de trabalhadores da UFES já que, sendo os trabalhadores estatutários, o cargo não pode ser modificado. Os mesmos são amparados pela lei 8967 de 27 de dezembro de 1994, que garante seu exercício profissional visto que foram admitidos antes da vigência da lei 7.498 (BRASIL, 1986, 1994).

## 6.6 DESCRIÇÃO DO MÉTODO

Em se tratando de um estudo epidemiológico de desenho transversal com coleta de dados retrospectiva, esta pesquisa foi realizada com base em dados obtidos a partir dos prontuários dos trabalhadores da enfermagem da UFES, lotados no HUCAM, arquivados no NASTH, conforme mencionado anteriormente.

Constam nos prontuários os dados de identificação dos trabalhadores como nome, data de nascimento, cargo que ocupa na instituição e setor em que trabalha. A seguir, aparecem os dados de evolução dos atendimentos aos trabalhadores pelo médico perito em medicina do trabalho, como data do atendimento, diagnóstico médico e total de dias de afastamento.

Os dados obtidos neste estudo foram registrados em tabelas do Microsoft Excell 2010 e tratados pelo programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) – versão 16.

## 6.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Atendendo às normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996), este estudo teve início somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, sob o protocolo de nº 139.685, em 06/11/2012.

A realização deste estudo também foi condicionada à submissão prévia do projeto ao Centro de Estudos do HUCAM e à autorização do mesmo para acesso ao campo.

Não foram reveladas em hipótese alguma as identidades dos sujeitos envolvidos na pesquisa - estas foram mantidas em sigilo absoluto. A guarda das informações estará sob a responsabilidade da pesquisadora responsável durante um período de cinco anos.

## 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo foram apresentados os dados obtidos a partir desta pesquisa, seguidos das respectivas análises comentadas à medida que forem abordados. Inicialmente foi apresentado o grupo dos trabalhadores efetivos do HUCAM, a distribuição dos setores e dos trabalhadores por bloco, a caracterização dos trabalhadores e a análise dos dados mais relevantes. As tabelas e os gráficos foram inseridos no corpo do texto para facilitar a visualização durante a leitura dos comentários.

### 7.1 CENÁRIO DA PESQUISA

Para se iniciar a análise dos dados, é importante lembrar que o quantitativo de trabalhadores ativos da enfermagem selecionados para a pesquisa, pertencentes ao quadro efetivo no período estipulado para coleta dos dados, constava de 53 enfermeiros, 143 técnicos de enfermagem e 224 auxiliares de enfermagem, totalizando 420 trabalhadores, conforme dados do Núcleo de Controladoria do HUCAM.

Os setores da instituição de saúde pesquisada foram agrupados em blocos, neste estudo, para melhor análise dos dados, de acordo com a natureza de trabalho executada em cada um, conforme descrição apresentada na Tabela 1 abaixo:

**Tabela 1** – Distribuição de Setores do HUCAM por Bloco

Bloco	Denominação	Setores
1	Ambulatório	Ambulatórios 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, Dermatologia, Laboratório e NASTH.
2	Cirúrgico	Centro Cirúrgico, Clínica Cirúrgica, CME, Lavanderia e Urologia.
3	Intensivo	CTI, Hemodinâmica e Pronto Socorro.
4	Materno-Infantil	Centro Obstétrico, Maternidade, Pediatria, UTIN e Banco de Leite.
5	Clínica Médica	Clínicas Médicas 2º e 4º Andares e Nefrologia.
6	Diagnóstico	Endoscopia, Hemoterapia e Radiologia.
7	Administrativo	Departamento de Pessoal, Departamento de Serviços Gerais, NEP, SAME e Setor de Compras.
8	DENF	Divisão de Enfermagem

Fonte: Elaborada pela autora

Conforme as escalas de serviço da enfermagem dos setores do HUCAM, pôde-se levantar o quantitativo de trabalhadores efetivos da enfermagem distribuídos em cada setor e, segundo o agrupamento dos setores por bloco, obteve-se o número de trabalhadores em cada bloco, conforme a Tabela 2 a seguir:

**Tabela 2-** Distribuição dos Trabalhadores Efetivos por Blocos

<b>Blocos</b>	<b>Trabalhadores</b>
1	90
2	85
3	47
4	115
5	38
6	20
7	16
8	09
TOTAL	420

Fonte: Elaborada pela autora

Dos 420 trabalhadores da enfermagem que atuavam na instituição naquele período, de acordo com os dados coletados, 281 trabalhadores do quadro efetivo apresentaram atestado médico. Isto significa que o número de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que apresentaram atestado médico representava 66,6% dos trabalhadores da enfermagem.

## 7.2 CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES QUANTO AO SEXO

Conforme a Tabela 3, encontra-se que, dos 281 trabalhadores que apresentaram atestado médico naquele período, 246 eram mulheres, representando 87,5% da amostra, enquanto que 35 sujeitos eram homens. Isso se deve ao fato de que a profissão da enfermagem é predominantemente feminina, como se pode observar no cotidiano e na literatura.

Qualquer pessoa que trabalha na área da saúde pode constatar que a presença do sexo feminino sobrepõe em muito o masculino. É um fato tão visível, que permite enxergar a profissão da enfermagem como uma profissão feminina. Tal percepção faz até com que as pessoas, sejam elas pacientes ou profissionais de outras categorias, digam *chame a enfermeira*, e não o enfermeiro. A própria literatura, na qual fundamos nossos estudos, mesmo na atualidade, cita repetidas vezes a *enfermeira*, como se não existisse a figura do enfermeiro do sexo masculino.

Predomina na enfermagem o sexo feminino, visto que o fato histórico da divisão social do trabalho levou mulheres a dedicar-se a atividades de cuidado a doentes, crianças e idosos, principalmente nos hospitais, em que este trabalho, ora doméstico, foi se profissionalizando. Isto veio a caracterizar, naquela época, o trabalho da enfermagem. Outro fator importante a se considerar é que o descanso que as mulheres deveriam ter após sua jornada de trabalho fica impossibilitado, já que elas comumente têm que assumir as tarefas domésticas e o cuidado dos filhos, o que as predispõe ao adoecimento (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009).

**Tabela 3 – Caracterização dos Trabalhadores Quanto ao Sexo**

<b>Categoria Profissional</b>	<b>Sexo Feminino</b>	<b>Sexo Masculino</b>
Enfermeiro	30	01
Técnico de Enfermagem	107	20
Auxiliar de Enfermagem	109	14
Total	246	35

Fonte: Elaborada pela autora

### 7.3 CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES QUANTO À CATEGORIA PROFISSIONAL

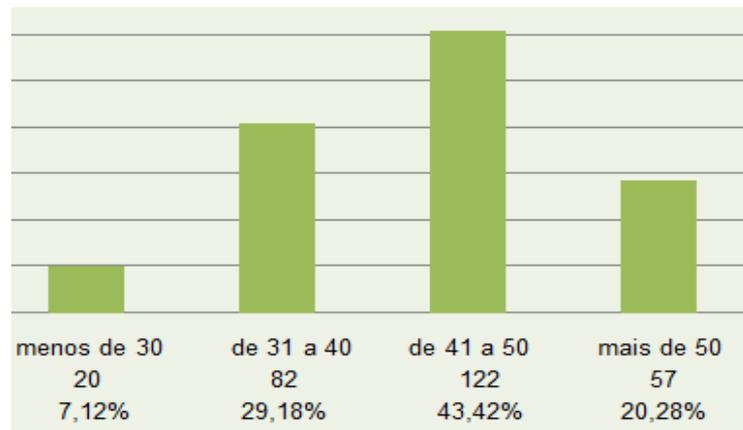
Analisando-se os afastamentos por categoria profissional, pode-se observar que se afastaram 31 enfermeiros, 127 técnicos de enfermagem e 123 auxiliares de enfermagem. Os enfermeiros que se afastaram representavam 58,5% dos enfermeiros ativos do hospital; os técnicos, por sua vez, representavam 88,8% dos ativos e os auxiliares, 54,9%. Nota-se uma porcentagem elevada de afastamento de técnicos de enfermagem, superior à de auxiliares de enfermagem. Poder-se-ia inferir

que a natureza do trabalho realizado pela categoria dos técnicos de enfermagem é mais exaustiva que a dos auxiliares de enfermagem, no intuito de se justificar tal desproporção. Entretanto, não há como fazer esta afirmativa, com base neste estudo, visto que as atividades realizadas por técnicos e auxiliares costuma ser a mesma, dentro do cotidiano de trabalho da instituição em questão. Isto porque, via de regra, os auxiliares de enfermagem já têm concluído o curso técnico de enfermagem ou a complementação para o mesmo e, encontrando-se aptos para realização de atividades concernentes a esta categoria, são designadas a ambas categorias atividades semelhantes.

Conforme a Lei 7.498/86 (Lei do Exercício Profissional da Enfermagem), em seus artigos 12 e 13, cabe aos técnicos de enfermagem realizar atividades mais complexas que os auxiliares de enfermagem, envolvendo orientação e acompanhamento de ações de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro, e a prática de atividades assistenciais de enfermagem, enquanto que cabe aos auxiliares de enfermagem, as atividades mais simples de caráter repetitivo, como verificar sinais vitais e realizar cuidados de higiene aos pacientes (BRASIL, 1986). Contudo, diante da necessidade da realização de atividades próprias dos técnicos de enfermagem e, encontrando-se os auxiliares de enfermagem com competência técnica para realizá-las, a estes são atribuídas as mesmas tarefas daqueles, sob supervisão do enfermeiro do setor, sem prejuízo algum para os usuários do serviço de saúde.

#### 7.4 CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES QUANTO À FAIXA ETÁRIA

Conforme o Gráfico 1, pode-se observar que a faixa etária que mais se ausentou do serviço foi a de 41 a 50 anos, representando 43,42% dos trabalhadores. Em seguida, vem a faixa de 31 a 40 anos, sendo 29,18% do grupo. Após estes, vem a faixa de maiores de 50 anos, sendo 20,28%. Por último, encontram-se os menores de 30 anos, somando 7,12% dos sujeitos da pesquisa que se ausentaram do serviço.

**Gráfico 1** – Nº de afastamentos por idade do trabalhador.

Fonte: Elaborada pela autora

É possível afirmar que a idade e capacidade para o trabalho sejam fatores inversamente proporcionais, visto que a idade pode trazer limitações, salvo exceções. A capacidade para o trabalho, de acordo com Duran (2004), significa o nível de aptidão do trabalhador em realizar suas tarefas. E um estudo deste autor, realizado entre trabalhadores da enfermagem de um pronto-socorro de um hospital universitário, por meio de um instrumento de auto-avaliação para o índice de capacidade para o trabalho (ICT), percebeu-se que tal capacidade estava deteriorada precocemente, fato evidenciado, entre outras coisas, pelo aparecimento de doenças e sintomas, dificultando a execução de tarefas. Tal fato se percebe também neste estudo, quando se observa que a faixa entre 41 e 50 anos foi a mais acometida por doenças que geraram absenteísmo. Deve-se considerar que, além do fato de que o corpo de trabalhadores efetivo do HUCAM seja, em geral, envelhecido, dia após dia, pessoas cada vez mais jovens têm adoecido.

## 7.5 ABSENTEÍSMO NÃO RELACIONADO A DOENÇA

De acordo com os dados coletados, é possível afirmar que nem todos os afastamentos se deram por motivo de adoecimento, visto que, dos 17 tipos de CID listados, 14 representam doenças, 1 representa cirurgias eletivas, 1, gravidez e licença maternidade e 1, acompanhamento.

Faz-se importante lembrar aqui que as doenças encontradas nos registros, codificadas de acordo com o CID-10, foram agrupadas conforme a Lista de Doenças do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), na ordem em que se apresentam na mesma. Como os itens “cirurgias eletivas”, “gravidez” e “acompanhamento” não se enquadram nos grupamentos da referida lista, os mesmos foram acrescentados para caracterizar os afastamentos, classificados pelo CID, aos quais se referem.

Os afastamentos em decorrência de cirurgias eletivas não foram considerados adoecimento neste estudo, visto que constavam nos prontuários as descrições dessas cirurgias como plástica de mama, de abdome ou de mama e abdome. Por entender que se tratam de procedimentos estéticos, estes se caracterizam por ser um tipo de “Reconstituição artificial de parte do corpo”, com a finalidade de “Buscar o embelezamento pela melhoria da forma” (LEAL et al., 2010, p.78).

O item *gravidez* se refere aos atestados médicos para licença maternidade e outros problemas relacionados à gestação. Conforme a Tabela 4, apenas 15 pessoas apresentaram estes atestados, somando, porém, um total de 2.469 dias de afastamento. Tal valor é bem significativo, representando 22,5% do total de dias de afastamento de todas as doenças, que é de 10.970 dias, visto que o período deste tipo de afastamento é longo.

A Licença Maternidade é um afastamento amparado pela Constituição Federal de 1988, em que as mulheres passaram a se afastar do trabalho por até 120 dias para gozar da mesma, conforme texto do inciso XVIII do art. 7º. A partir de 2008, o período desta licença se estendeu por mais 60 dias, a partir da sanção da lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008. Esta prorrogação visa a atender à recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) para o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, com o objetivo, a longo prazo, de reduzir a mortalidade infantil por meio da prevenção de doenças que o aleitamento materno proporciona (BRASIL, 2008).

**Tabela 4** – Motivo de afastamento x Número de Trabalhadores e Dias de Licença

Motivo do afastamento	Nº de trabalhadores	Dias de licença	Nº médio de licença por trabalhador
Doenças Infecciosas e Parasitárias	90	431	4,79
Neoplasias	2	295	147,50
Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos	2	78	39,00
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	17	262	15,41
Transtornos Mentais e do Comportamento	38	2214	58,26
Doenças do Sistema Nervoso	13	25	1,92
Doenças do Olho e Anexos	11	66	6,00
Doenças do Ouvido	7	19	2,71
Doenças do Sistema Circulatório	25	314	12,56
Doenças do Sistema Respiratório	79	323	4,09
Doenças do Sistema Digestivo	54	519	9,61
Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo	23	139	6,04
Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido	117	2353	20,11
Doenças do Sistema Gênito-Urinário	32	216	6,75
Cirurgias Eletivas	8	172	21,50
Gravidez	15	2469	164,60
Acompanhamento	91	1075	11,81

Fonte: Elaborada pela autora

O item *acompanhamento* se refere à ausência do trabalhador do seu serviço para acompanhar algum familiar doente. De acordo com a lei 8.112 de 11/12/90, que dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais (ou Regime Jurídico Único – RJU), é garantido aos servidores acompanhar seus familiares próximos, quando em caso de doença destes, conforme o texto do seu art. 86:

Poderá ser concedida licença ao servidor por motivo de doença do cônjuge ou companheiro, dos pais, dos filhos, do padrasto ou madrasta e enteado ou dependente que viva às suas expensas e conste do seu assentamento funcional, mediante comprovação por junta médica oficial (BRASIL, 1990, Art.86).

Ainda conforme a Tabela 4, 91 trabalhadores apresentaram atestado com CID de Acompanhamento, perfazendo 1.075 dias de afastamento, que representaram 9,8% do total de dias de afastamento. Foi o segundo motivo que mais trabalhadores

afastou do trabalho, ficando atrás apenas das doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo.

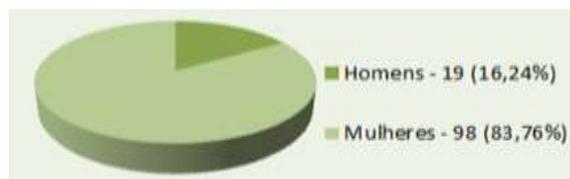
Os três tipos de afastamento que não foram considerados como adoecimento do trabalhador – cirurgias eletivas, gravidez e acompanhamento – somam juntos 3.716 dias, perfazendo 33,9% do total de dias de afastamento para todas as doenças encontradas.

Para todos os efeitos, o foco deste estudo foram os afastamentos relacionados ao adoecimento do trabalhador da enfermagem, que somaram um total de 7.254 dias, representando 67,1% dos afastamentos encontrados na coleta de dados.

## 7.6 DOENÇAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO

Os dados da Tabela 4 mostram que o grupo de doenças que mais trabalhadores afastou no referido período foi o das doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo. Foram 117 trabalhadores afastados, gerando um absenteísmo de 2.353 dias. Destes trabalhadores, 19 eram homens e 98, mulheres, de acordo com o Gráfico 2. Mesmo com o valor absoluto de mulheres sendo bem maior que o de homens, os homens representam, relativamente, uma porcentagem maior, tendo em vista que o grupo do sexo masculino é bem pequeno. Dos homens que se afastaram do trabalho, 54,3% foram motivados por doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo. As mulheres que se afastaram por esta doença, por sua vez, representavam 39,8% desta amostra. Tal fato se dá provavelmente porque, diante de situações que exigem esforços físicos mais pesados, estas atividades são atribuídas preferencialmente aos homens, visto que, de acordo sua constituição física, em geral, são mais fortes que as mulheres. Já nos casos em que não há homens para se atribuírem tais funções, estas então são delegadas as mulheres.

**Gráfico 2** – Doença do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo por Sexo



Fonte: Elaborado pela autora

As doenças do sistema osteomuscular, conforme o Ministério da Saúde, surgem em decorrência de novas configurações do mercado de trabalho, pois o mesmo sofre mudanças organizacionais e de gestão, que modificam as condições de trabalho, submetendo os trabalhadores à ocorrência de Lesões por Esforço Repetitivo / Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT).

É comum no ambiente hospitalar os trabalhadores serem submetidos a fatores apontados como causadores dessas injúrias, como movimentos repetitivos por longos períodos e posições forçadas, além de questões ligadas a processo de trabalho, como competitividade e exigência de produtividade, que intensificam o ritmo de trabalho, muitas vezes a despeito da condição e da individualidade de cada trabalhador. (BRASIL, 2001).

Conforme o Gráfico 3, que compara as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo com o cargo que o trabalhador ocupa, vê-se que esta doença acometeu mais os auxiliares de enfermagem, sendo 55 trabalhadores, seguidos de um número bem próximo de técnicos de enfermagem, sendo estes 51 trabalhadores. Os enfermeiros foram bem menos acometidos, totalizando 11 trabalhadores.

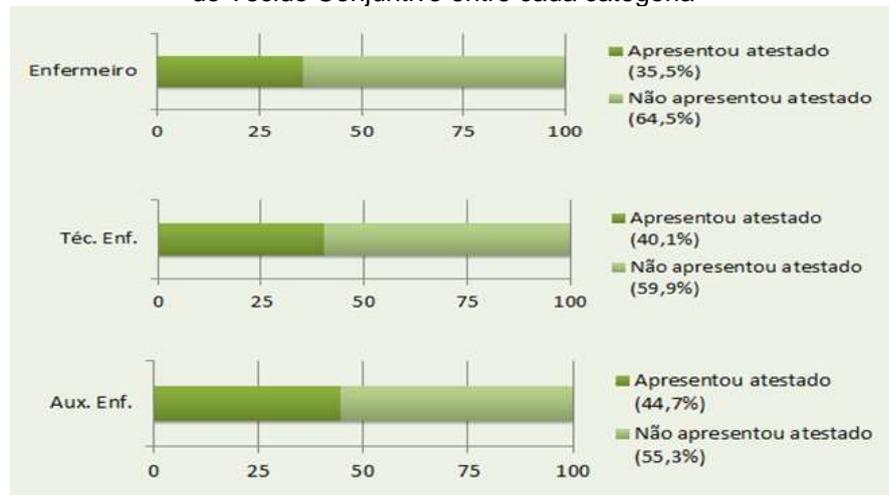
**Gráfico 3** – Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo por cargo que o trabalhador ocupa



Fonte: Elaborado pela autora

Mas se for considerado que o número de enfermeiros é bem pequeno, em relação aos outros dois cargos, conforme apresentado abaixo no Gráfico 4, a proporção entre os cargos fica mais próxima. Dentro do grupo de trabalhadores efetivos ativos do hospital, os acometidos por doenças do sistema osteomuscular foram 35,5% dos enfermeiros, 40,1% dos técnicos de enfermagem e 44,7% dos auxiliares de enfermagem.

**Gráfico 4** – Proporção de Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo entre cada categoria

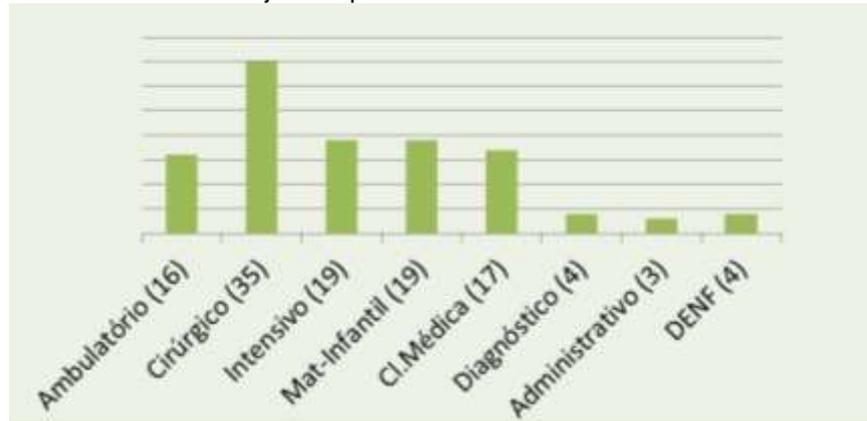


Fonte: Elaborado pela autora

Por estes dados, pode-se inferir que tanto os enfermeiros, quanto os técnicos e auxiliares de enfermagem têm se submetido, com intensidade muito próxima, a práticas laborais que podem levar ao acometimento por doenças do sistema osteomuscular. Sabe-se que o esforço físico e por períodos longos é um fator muito presente no trabalho da enfermagem e, pelos dados coletados, percebe-se que a exposição a este fator tem sido semelhante, independentemente do cargo que o trabalhador da enfermagem ocupa. Isto contraria o que se pensa a respeito do trabalho do enfermeiro, como isento de esforços físicos, se comparado às categorias de técnico e auxiliar de enfermagem.

A diferença mais considerável que se pôde perceber a partir dos dados apresentados no Gráfico 5, é que o bloco cirúrgico foi o que mais teve trabalhadores afastados por doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo. Entretanto, a maior porcentagem de trabalhadores que se afastaram por este tipo de doença foi do bloco Clínica Médica, visto que os 17 trabalhadores representam 44,7% do total de trabalhadores deste bloco. Foram 35 trabalhadores neste bloco, seguido por 19 no bloco intensivo, 19 no bloco materno-infantil, 17 no bloco clínica médica e 16 no bloco ambulatório.

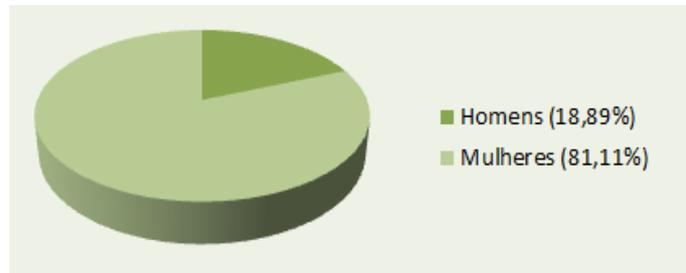
**Gráfico 5** – Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo por bloco



Fonte: Elaborado pela autora

## 7.7 DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS

As doenças infecciosas e parasitárias encontram-se logo após as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo em número de trabalhadores afastados, conforme apresentado na Tabela 4. Foram 90 trabalhadores que se ausentaram do serviço por este motivo, perfazendo um total de 431 dias. Destes indivíduos, 17 eram homens e 73 eram mulheres, representando, 18,89% e 81,11%, respectivamente. O valor absoluto de indivíduos do sexo feminino é bem maior que o masculino, porém, dentro da totalidade de 35 homens e 243 mulheres que apresentaram atestado médico para as doenças em geral, este percentual muda significativamente para 48,6% e 30%, respectivamente, mostrando que, na realidade, dentre os adoecimentos incapacitantes para o trabalho, as doenças infecciosas e parasitárias acometeram, relativamente, mais homens do que mulheres.

**Gráfico 6-** Doenças Infecciosas e Parasitárias x Sexo

Fonte: Elaborado pela autora

As doenças infecciosas são consideradas um inimigo contra o qual os trabalhadores travam uma luta constantemente. Isto se deve à natureza das atividades realizadas pela enfermagem e a permanência constante em contato com pacientes com diversos tipos de doenças transmissíveis, muitas vezes ainda não diagnosticadas, ou seja, desconhecidas. Para tanto, é necessário que, na prática diária do trabalho nas instituições de saúde, haja adoção de medidas preventivas para que se evite o contágio dessas doenças entre os trabalhadores e também a disseminação entre os outros pacientes, como a criteriosa lavagem das mãos e o uso dos EPI's, conforme abordado anteriormente. O fato é que, seja pela própria natureza do trabalho, ou por falhas da aplicação das medidas preventivas, os adoecimentos ocorrem na equipe de saúde, mais especificamente na enfermagem, que é objeto deste estudo. Portanto, faz-se necessário que se reforce cada vez mais a importância do emprego dessas práticas preventivas e que se identifique onde podem estar ocorrendo as falhas que permitem esta realidade vivenciada, a fim de se direcionarem medidas de intervenção eficazes em prol da saúde do trabalhador.

Vale ressaltar que os trabalhadores também foram acometidos por doenças infecciosas que não necessariamente as adquiriram no ambiente de trabalho. Outras doenças infecciosas podem acometer os trabalhadores em seu domicílio ou em outros locais por onde se locomoverem, sejam elas Aids, sífilis, hepatites e dengue, dentre outras, que são algumas das diversas doenças infecciosas e parasitárias que ocorrem em nosso país. A dengue, por exemplo, responsável por parte dos afastamentos dos trabalhadores, neste estudo, por doenças infecciosas, é uma doença endêmica do estado do Espírito Santo, que anualmente, em surtos sazonais, leva centenas pessoas ao adoecimento e até à morte. E a prevenção para este tipo

de doença se dá principalmente pelo controle ambiental, para se eliminarem os focos de proliferação do vetor que é o mosquito *Aedes aegypti*. O verão é o período mais crítico, visto que há muita chuva, provocando o acúmulo de água que favorece a proliferação do mosquito, aumentando conseqüentemente a transmissibilidade da doença.

## 7.8 DOENÇAS DO SISTEMA RESPIRATÓRIO

As doenças do sistema respiratório aparecem na sequência, logo após as doenças infecciosas e parasitárias, se considerado o número de trabalhadores que se ausentaram do serviço por este motivo. Foram 79 trabalhadores afastados, computando ao todo 323 dias de afastamento, conforme se vê na Tabela 4.

Da mesma forma que as doenças infecciosas e parasitárias, as doenças respiratórias também podem ser prevenidas por meio de uso de EPI's. Os EPI's utilizados como precaução respiratória são também denominados EPR (equipamento de proteção respiratória). De acordo com a Anvisa, estes equipamentos são máscaras ou peças semifaciais filtrantes (PFF), que cobrem nariz e boca e protegem os trabalhadores de doenças transmitidas por gotículas (influenza, meningite, pneumonia, caxumba e rubéola, dentre outras) ou por aerossóis (tuberculose pulmonar, varicela e herpes zoster, dentre outras), além do contato físico direto. As gotículas são partículas expelidas pela boca e pelo nariz do paciente infectado, durante a fala, tosse ou espirro, medindo mais de 5 µm (cinco micrômetros), podendo ser lançadas até um metro de distância. Os aerossóis são partículas menores, medindo menos que 5 µm, permanecendo em suspensão no ar ambiente por mais tempo, expelidas durante a fala, tosse, espirro e em procedimentos como broncoscopia, indução de escarro, inalação ultrassônica e necropsia. Para as doenças transmitidas por gotículas, devem ser usadas pelos trabalhadores a máscara cirúrgica simples e para as doenças transmitidas por aerossóis, deve ser usada a máscara conhecida como N95 refere-se a uma classificação norte-americana para filtros para aerossóis, equivalente no Brasil à máscara PFF2 (peça semifacial filtrante, com filtro P2), capaz de filtrar essas partículas (BRASIL, 2009).

O uso adequado dos EPI's é uma forma de prevenção muito importante, por vezes ignorada pelos trabalhadores da saúde. Principalmente se for considerado que os pacientes que são admitidos nos setores não possuem de imediato um diagnóstico fechado para suas doenças, o risco pela exposição aos patógenos torna-se menor quando a prevenção é adequada. Não só o comprometimento com a adoção de medidas de precaução, mas o conhecimento técnico para o devido uso dos equipamentos aplicados à finalidade a que se propõem também se faz importante para a proteção eficaz do trabalhador.

## 7.9 TRANSTORNOS MENTAIS E DO COMPORTAMENTO

Os transtornos mentais e do comportamento acometeram 38 trabalhadores, afastando-os do serviço por 2.214 dias ao todo. Isso dá uma média maior que 58 dias de afastamento por trabalhador, ou seja, cada trabalhador se afastou em média por quase dois meses. Tal dado se revela importante, visto que, mesmo não tendo sido um número tão alto de trabalhadores afastados, os períodos de afastamento foram longos. Pela duração destes períodos, pode-se inferir que as doenças de ordem mental são de difícil e prolongado tratamento.

É fato que os transtornos mentais são um produto de mudança nos processos de trabalho, em que a exigência maior passa a ser sobre a esfera cognitiva, ao passo que processos de automatização vão sendo incorporados ao cotidiano do trabalho. Isto promove maior demanda de atenção, concentração e memória, que intensificam a carga mental (BORGES, 1993).

Outro dado percebido na análise dos transtornos mentais é que, dos 38 trabalhadores que apresentaram atestado médico para este grupo de doenças, apenas 3 eram homens. Este fato mostra mais uma vez o predomínio de acometimento por doenças de ordem mental sobre as trabalhadoras.

Bazzo (1997) fala sobre a relação entre trabalho e transtornos mentais em funcionários públicos e afirma que há preconceito nas instituições em se falar sobre esses transtornos. Os trabalhadores que adoecem com transtornos mentais tentam velar seu diagnóstico, como uma forma de serem poupados da rotulagem de *louco*. É um tipo de defesa. Apesar de que, nos idos de 1985, dados da OMS já mostravam que, no mundo, "5 a 10% da força de trabalho ocupada (...) sofriam de transtornos

mentais sérios e que cerca de 30% sofriam de distúrbios psíquicos de menor gravidade” (BAZZO, 1997, p. 41, grifo nosso). É interessante perceber que, naquela época, nos EUA, os distúrbios mentais eram a segunda causa de absenteísmo no trabalho e notou-se um aumento de 50% pela procura de altos executivos por psicoterapeutas, quando se pensava que essa questão afetava apenas os trabalhadores de funções mais simples.

Sabidamente, o autor faz uma análise das condições adversas presentes no trabalho que são potencialmente adoecedoras para os trabalhadores.

A falta geral de planejamento no interior das instituições públicas, por exemplo: a alta rotatividade dos chefes (sempre nomeados de maneira política e nepotista) a falta de nexos entre a capacitação dos funcionários e o trabalho que realmente desenvolvem; a falta de critérios para nomear ou exonerar pessoas; a assimetria brutal entre Uns funcionários e Outros; a falta de um plano de cargos e salários que equalize os rendimentos a luta por um poder imaginário que é inconscientemente fomentada entre os funcionários; o fato dos setores de Recursos Humanos terem como função máxima apenas a execução da folha de pagamento, isso tudo, somado à prática de corrupção frequentemente presente nos assuntos administrativos que envolvem dinheiro, se por um lado impossibilita que o funcionário sinta prazer e realização no trabalho, por outro funciona como uma espécie de veneno fulminante que age diretamente sobre a saúde mental. (BAZZO, 1997, p. 42)

Fato importante a se pensar é que não apenas o trabalho atua como uma causa de adoecimento psíquico do trabalhador, já que a vida cotidiana apresenta uma série de situações com as quais se relaciona, podendo surgir questões como estresse e depressão. Mas é certo que uma pessoa que seja estressada ou instável emocionalmente, provavelmente será ainda mais afetada por situações estressoras próprias do ambiente de trabalho. Ao contrário, se o ambiente laboral fosse, nesse caso, favorável ao trabalhador, certamente sua potencialidade para adoecer seria suprimida.

## 7.10 NEOPLASIAS

De acordo com a Tabela 4, pode-se ver que as neoplasias (ou cânceres) são um tipo de doença que pouco ocorreu no período em que os dados foram coletados, tendo sido afastados por este motivo apenas 2 trabalhadores. O fato que chama a atenção é que os afastamentos desses indivíduos durou, ao todo, 295 dias, ou seja,

uma média de 147,5 dias para cada um. É a maior média de afastamento por trabalhador em relação às outras doenças.

O longo período de afastamento por neoplasia se dá porque esta é, via de regra, uma doença de longo curso. O tratamento é difícil, por vezes ineficaz e traz sérios efeitos colaterais aos pacientes que, geralmente, os incapacitam para muitas atividades, inclusive para o trabalho. Até os dias atuais ainda não há cura para o câncer, entretanto, a eficácia do tratamento pode ser obtida, podendo chegar à remissão total da doença, desde que diagnosticada precocemente e dependendo do tipo de câncer de que se tratar.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo para se efetivar a organização e gestão do trabalho teve como importante ferramenta a PNH. É uma política que objetiva promover melhores condições de saúde para a população e para o trabalhador.

O contexto socioeconômico nacional em que a PNH se insere é caracterizado por uma sociedade que experimenta a insegurança ante a situações muito frequentes de corrupção e de impunidade. Não bastasse isso, também se vê muita pobreza e violência assolando cada vez mais a população.

Esta situação gera uma sensação de impotência e revolta no seio da sociedade. Entretanto, percebe-se que, curiosamente, ao contrário do que deveria ser, as próprias pessoas incorporam ao seu cotidiano práticas corruptas, quer seja em casa, no ambiente de trabalho, ou onde estiverem.

A economia, moldada pela presença marcante do capitalismo, mostra-se com um padrão de elevado consumismo estabelecido. E este contexto se reproduz no cenário mundial, visto que se faz presente também um grande desenvolvimento tecnológico, com conseqüente avanço da globalização. Este fato torna imediata não apenas a circulação de informações, mas também a uniformização de características das sociedades.

Assim como tudo vai ficando muito mais rápido, cria-se a real necessidade de se obterem coisas de forma imediata. E, assim como rapidamente são obtidas, muito rapidamente também vão sendo descartadas. Esse padrão também se estende para a construção das relações interpessoais que, assim como as coisas, vão também se tornando descartáveis.

Falar em relações dentro do ambiente de trabalho é fundamental. Não somente as relações horizontais, entre pares, mas também as estabelecidas verticalmente. Porque a forma como estas relações são estabelecidas é que se determina a característica do modelo de gestão adotado.

Ora, sabe-se que os gestores do trabalho têm em suas mãos o poder de respeitar a ética e valorizar o trabalhador. Todavia, é notório o crescimento da desvalorização que determina baixos salários e a precarização dos vínculos trabalhistas.

Este cenário de transformações estabelecido no cotidiano é o que rege a conduta dos trabalhadores, que reproduzem tais características em sua forma de atuar, o que implica a precariedade da atenção à saúde da população, que é a ponta do sistema de saúde nacional. É onde se reflete o modelo que vem sendo assumido desde lá de cima da gestão.

Eis que surge a PNH, diante deste cenário descrito, com o objetivo de se recuperar o que se perdeu durante o processo de desenvolvimento da sociedade. A palavra humanização emerge como a tábua de salvação para um povo que luta por cidadania, direitos humanos e causas trabalhistas. Mas a proposta desta política não se apresenta de forma a mudar radicalmente a realidade, mas de transformar o que já existe, a partir da valorização do conhecimento dos trabalhadores, da participação dos usuários dos serviços de saúde e da atuação em conjunto destes com a gestão.

A intenção é de se estabelecer um processo em que o ser, dito por humano, passe a valorizar os seres, objetos de seu trabalho diário, como também humanos. É resgatar a essência dessa palavra – humanização – a partir de mudanças estruturais de um sistema que nasceu para dar certo, no qual se acredita de verdade, a fim de que se perceba, na ponta da assistência, melhor qualidade na atenção, mais satisfação e melhores resultados.

Portanto, de fato no campo do trabalho, que representa a fonte de renda para as pessoas, há que se pensar nas relações que se estabelecem entre ambos, trabalho e trabalhador. Sabe-se que o trabalho é um potencial causador do adoecimento, muito embora seja nele que se obtenham o sustento financeiro, a significação de vida e até o prazer. Mas a forma como as coisas são colocadas determina o efeito percebido sobre o trabalhador, caso estejam em desequilíbrio.

Ora, as condições de trabalho influenciam diretamente sobre os trabalhadores, e o objetivo da PNSST, estabelecida pelo Decreto Nº 7.602, de 7 de novembro de 2011, é de garantir que essas condições “Contribuam para a melhoria da qualidade de

vida, a realização pessoal e social dos trabalhadores e sem prejuízo para a sua saúde e integridade física e mental” (BRASIL, 2004, p. 3).

Esta política se baseia no direito constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado, norteado pelo que a OMS traz como definição da saúde, sendo um completo bem-estar físico, psíquico e social. Acrescenta-se ainda que Silva (2007) aponta sobre o trabalho como sendo um determinante social de saúde

Várias condições podem determinar em que estado se encontra a saúde das pessoas e, ao longo dos tempos, surgiram teorias que tentavam explicar a causa do adoecimento na população. Teorias como a miasmática, de meados do século XIX e a bacteriológica de Koch e Pasteur, do final do mesmo século, tinham esse mesmo objetivo. Causas biológicas e sociais foram discutidas mundialmente, mas sempre tendo em vista tratar da saúde do ser humano. Silva (2007) aponta que, sendo os trabalhadores seres humanos, a saúde do trabalhador é um direito humano.

Parece simples a reflexão de que não haveria, ao longo da história, tantas lutas em prol da saúde do trabalhador, se as condições de trabalho não fossem inadequadas. Ao contrário, a classe trabalhadora, em geral, sempre sofreu hostilidade, exploração e desvalorização. Isso é uma característica do modelo econômico imposto pelo capitalismo, que sempre regeu os moldes do mercado de trabalho. Com o passar do tempo e como o desenvolvimento da tecnologia, mudou-se a estrutura para os padrões da modernidade, mas o regime original de desumanização tende a permanecer no cotidiano do trabalho.

Graças às lutas da classe trabalhadora por melhores condições de trabalho e após muito se discutir sobre o tema no cenário nacional, três momentos vieram a contemplar essa classe: 1- a Constituição Federal, de 1988, que determina a saúde do trabalhador como uma competência do SUS, garantindo em teoria acesso igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988); 2- a Lei Orgânica de Saúde – Lei 8.080/90, que regulamenta o SUS e determina que cabe a este sistema de saúde realizar “ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho” (BRASIL, 1990, art.6º) e a Cosat, criada em 2003, vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde, a fim de estabelecer diretrizes na área da saúde do trabalhador. A mesma implementou a

Renast, a fim de descentralizar a PNSST, sendo composta pelas Cerest, serviços sentinelas em saúde do trabalhador e municípios sentinelas em saúde do trabalhador (OLIVAR, 2010).

A PNSST foi criada, então, no intuito de atuar sob os princípios de universalidade; prevenção; precedência das ações de promoção, proteção e prevenção sobre as de assistência, reabilitação e reparação; diálogo social; e integralidade. Sendo de responsabilidade dos Ministérios do Trabalho e Emprego, da Saúde e da Previdência a implantação e execução desta política, cada qual tem suas atribuições, sendo a gestão participativa de responsabilidade da Comissão Tripartite de Segurança e Saúde no Trabalho (CTSST), constituída paritariamente por representantes do governo, trabalhadores e empregadores, conforme ato conjunto dos Ministros de Estado do Trabalho e Emprego, da Saúde e da Previdência Social (BRASIL, 2011).

Embora a legislação ampare o trabalhador e esteja no rumo para melhorar a assistência a essa parcela da população, ocorrem vezes em que o trabalhador necessita de se ausentar do trabalho, por não se encontrar em condições de exercer suas atividades. Ocorre então o que se conhece por absenteísmo que, em sua definição, diz do tempo que o funcionário se encontra indisponível para o trabalho, referindo-se inclusive a faltas e atrasos.

Pode-se afirmar que ocorre incapacidade de assiduidade ou falta de motivação. O primeiro caso se dá quando o trabalhador adoece, sofre acidente, tem problema com transporte ou assume outras responsabilidades, sejam pessoais ou familiares. O segundo caso pode ocorrer com o passar do tempo, dependendo do perfil institucional ou por razões pessoais (CHIAVENATO, 2010).

Nos casos em que ocorre comprometimento da saúde, a situação precisa de ser conhecida, diagnosticada, percebida, para então serem aplicadas medidas de intervenção adequadas à realidade com a finalidade de se obterem mudanças efetivas, seja por meio de motivação profissional ou adequação do ambiente e dos processos de trabalho.

O absenteísmo percebido neste estudo, pelos registros obtidos a partir dos prontuários, a respeito dos trabalhadores da enfermagem é bastante significativo,

pois representa 66,6% (sessenta e seis vírgula seis por cento) de todo o quadro de efetivos desta categoria na instituição.

Nem todos os trabalhadores que se afastaram do serviço foram motivados por adoecimento. É importante ressaltar que aqueles que não adoeceram, ou fizeram cirurgias estéticas eletivas, ou tiraram licença-maternidade ou estavam acompanhando algum familiar doente, conforme amparo da legislação.

Os trabalhadores que se ausentaram de seu local de trabalho por motivo de doença, foram acometidos, principalmente, por doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, por doenças infecciosas e parasitárias, doenças do sistema respiratório, transtornos mentais e do comportamento e por neoplasias.

É fato que os trabalhadores da saúde se sujeitam a um profundo desgaste físico e emocional pela forma como se submetem à rotina de trabalho. Alves (2013) fala que a base principal dos serviços de saúde é a força de trabalho. Sendo assim, o próprio trabalhador é a força de trabalho empenhada e sua ação determina o produto final. Entretanto, de uma forma muito peculiar, este trabalhador vai moldando seu produto, compreendido pela manutenção da saúde dos pacientes, utilizando como ferramenta seu saber e conhecimentos adquiridos (ALVES, 2013).

A força de trabalho que predomina nas instituições de saúde é a da enfermagem. Logo, tem-se que o absenteísmo que ocorre nesta classe trabalhadora implica significativo impacto econômico na instituição. Ao mesmo tempo, o absenteísmo torna-se um sinal que indica que é necessário analisar os processos de trabalho e tudo o que está ligado a este fator.

De acordo com o presente estudo, percebeu-se que as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo afastaram mais trabalhadores do que as outras doenças encontradas. O esforço físico é algo tão presente nas atividades realizadas pela equipe de enfermagem, que leva ao comprometimento da saúde, ao longo do tempo, causando as doenças conhecidas como LER/DORT. Isso se intensifica ainda mais quando o quantitativo de trabalhadores encontra-se aquém da demanda de trabalho. No intuito de se diminuir os efeitos danosos à saúde do trabalhador, neste quesito, é importante que os gestores se preocupem em redimensionar o quantitativo de trabalhadores de acordo com as exigências do trabalho, de forma

que se amenize a carga de trabalho. Tal fato, além de melhorar a qualidade de vida dos profissionais, também resultará numa significativa melhora na qualidade da assistência à clientela.

As doenças infecciosas e parasitárias, por sua vez, configuram-se como a segunda doença que mais afastou trabalhadores na instituição pesquisada. Sabe-se que é inerente ao trabalho da enfermagem o contato direto com pessoas enfermas e o risco da transmissibilidade se dá por esse simples fato. Entretanto, algumas medidas de proteção devem ser tomadas, a fim de que se diminua esse risco e, conseqüentemente, o adoecimento por doenças infecciosas e parasitárias.

A seguir desse grupo de doenças, as doenças do sistema respiratório também se apresentaram, no estudo, como causa de afastamento de grande número de trabalhadores. Assemelham-se ao grupo anterior em razão da adoção de medidas de precaução na prática do trabalho, como barreira para se evitar o contágio do paciente para o trabalhador. E, da mesma forma, o entrave para a aplicação destes métodos de prevenção encontra-se sob a responsabilidade individual de cada profissional.

O fato é que, quando o trabalhador se abstém da prática correta de precaução, está negligenciando uma norma e comprometendo a sua saúde seriamente, provavelmente por ignorar a presença dos riscos ou simplesmente por sentir-se autoconfiante demais, ao ponto de se achar inatingível. Esta negligência percebida no local de trabalho é uma característica falha humana e é algo que deve não apenas ser monitorado constantemente, como ser alvo de investimento por meio de educação permanente e adoção de medidas específicas que obriguem o trabalhador a se proteger corretamente.

Os transtornos mentais e do comportamento foram apresentados logo na sequência, revelando que, mesmo não sendo a causa de adoecimento mais frequente, foram a causa de longos períodos de afastamento. Tal fato demonstra que este tipo de doença é de difícil e longo tratamento. De acordo com o fato de que têm sido adotadas, no cotidiano de trabalho, novas tecnologias que, gradualmente, vão substituindo o emprego da força física pelo uso do raciocínio, pode-se pensar que esta seja uma provável causa de sobrecarga mental, o que indiretamente poderia comprometer a saúde mental dos trabalhadores.

Além disso, sabe-se que há um estresse que é provocado pelo trabalho e que vem a alterar a condição psicossocial do trabalhador. Isto pode provocar perceptível queda na qualidade do trabalho prestado, alta rotatividade e absenteísmo, dentre outros. Tal situação de estresse pode ser causada por falhas no processo de trabalho, de acordo com o modelo gerencial adotado pela instituição somado à qualidade das relações interpessoais. De acordo com a natureza do trabalho em si, o estresse pode ainda ser influenciado pelo tipo de ambiente, pelo grau de exigência do trabalho, pela responsabilidade assumida e pelo planejamento de recursos humanos e materiais (SCHMIDT et al., 2009).

Sabe-se que o desemprego é um fantasma que ronda a sociedade e o temor pelas pessoas de se encontrarem nessa situação faz com que se aceitem condições de trabalho insatisfatórias. E não somente insatisfatórias, mas, de fato, hostis, percebidas por baixos salários e precarização dos vínculos trabalhistas. Esse temor também faz o trabalhador abrir mão até de seus próprios valores, passando conseqüentemente a experimentar em seu cotidiano o sofrimento moral.

Não somente o medo pelo desemprego, mas outra questão que também pode levar o trabalhador a aceitar condições de trabalho inadequadas é o fato histórico inerente à categoria da enfermagem de submissão. Os precursores da profissão eram pessoas de índole duvidosa e, de certa forma, excluídos da sociedade. Outra questão é que, desde os primórdios e até os dias atuais, a enfermagem é uma profissão tipicamente feminina. E a forma como a mulher sempre foi colocada na sociedade é notoriamente de submissão e até humilhação.

Esses e outros fatores somam-se e geram sofrimento mental à classe trabalhadora e, a partir daí, surgem outros desdobramentos, em que o trabalhador pode desenvolver doenças, ter prejuízo nas relações interpessoais tanto com o paciente quanto com os colegas de equipe, ter insônia e outros danos de ordem psicológica, como ansiedade e depressão (LUNARDI et al., 2009).

Pôde-se perceber que o absenteísmo por adoecimento do trabalhador é um fato instalado na instituição pesquisada, que foi quantificado com base em levantamento de prontuários. O que se conclui é que, a partir destas informações, é imprescindível que a gestão busque identificar os problemas presentes em cada setor, ou relativos à categoria da enfermagem, e elabore um planejamento de soluções. O

adocimento é um fato. O absenteísmo, um sintoma. E esse problema causa comprometimento, não somente para o trabalhador que adocece, mas para a instituição em geral, pois assume um efeito de cascata. Uma falha no processo gera o adocimento do trabalhador, que se ausenta e sobrecarrega outro trabalhador, que, por sua vez, também se ausenta e compromete a qualidade do serviço prestado, tudo isso trazendo prejuízos financeiros à instituição.

Vale ressaltar que não se trata de uma tarefa fácil de realizar, entretanto todo tipo de investimento nesta área deve ser considerado válido, visto que os resultados tendem a ser positivos e os benefícios se estendem a todos, de uma forma geral, trabalhadores, instituição e usuários dos serviços de saúde.

Cabe aqui falar que se observa que poucos trabalhos relatam experiências sobre prevenção de doenças e promoção da saúde dos trabalhadores vinculados aos serviços públicos. Em geral, a perícia médica, como um requisito legal, é a única atividade realizada, muito mais no sentido de controlar o absenteísmo. No HUCAM esta realidade não é diferente. O setor responsável por cuidar da saúde do trabalhador também se enquadra nestas características, focando nas questões de perícia médica e controle de acidentes de trabalho. Falta uma maior atenção para medidas eficazes de prevenção de doenças e promoção da saúde dos trabalhadores. Meios que, ao invés de se destinarem à individualidade do trabalhador que se ausenta, volte-se para dar atenção à coletividade dos trabalhadores. Que se avaliem de fato as condições do ambiente de trabalho e a real adequação aos trabalhadores. Essa é uma importante questão a se pensar a partir deste estudo.

## REFERÊNCIAS

ALVES, S. M. P. **A flexibilização das relações de trabalho da enfermagem no Hospital Universitário da Universidade Federal do Espírito Santo (1988-1998)**. 182f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, 2013.

BAZZO, E. F. Algumas considerações sobre a saúde mental dos funcionários públicos. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 17, n. 1, p. 41-4, 1997.

BECKER, S.G.; OLIVEIRA, M.L.C. Estudo do absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um centro psiquiátrico em Manaus, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Manaus, 2008 jan./fev; v.16.

BORGES, L. H. **Sociabilidade, sofrimento psíquico e lesões por esforços repetitivos em processos de trabalho repetitivos**: estudo de caixas bancários. 212f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, 1999.

BRASIL. Casa Civil. Decreto Nº 7.602, de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST. Brasília, DF: 2011.

\_\_\_\_\_. Casa Civil. Lei 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF: Casa Civil, 1986.

\_\_\_\_\_. Casa Civil. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Casa Civil, 1990.

\_\_\_\_\_. Casa Civil. Lei nº 8.112 de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da união, das autarquias e das fundações públicas federais. Brasília, DF: Casa Civil, 1990.

\_\_\_\_\_. Casa Civil. Lei 8.967 de 28 de dezembro de 1994. Altera a redação do parágrafo único do art. 23 da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF: Casa Civil, 1994.

\_\_\_\_\_. Casa Civil. Lei 11.770, de 9 de setembro de 2008. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. Brasília, DF: Casa Civil, 2008.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Subsecretaria de Edições Técnicas, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – *Trabalhar, Sim. Adoecer, Não. Coletânea de Textos*. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resoluções da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Relatório Final. Brasília/DF, 2006. Disponível em: [http://bvms.saude.gov.br/bvs/trabalhador/pdf/relatorio\\_final\\_3con.pdf](http://bvms.saude.gov.br/bvs/trabalhador/pdf/relatorio_final_3con.pdf). Acesso em 24/08/2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cartilha de proteção respiratória contra agentes biológicos para trabalhadores de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para o serviço de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Normas regulamentadoras da pesquisa com seres humanos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Política nacional de humanização**: HumanizaSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Política nacional de segurança e saúde do trabalhador**: versão pronta após sugestões. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BUSS, P. M.; PELLEGRINE FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Rev Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMPOS, G. W. Saúde paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.

CASTRO, M. R.; FARIAS, S. N. P. A produção científica sobre riscos ocupacionais a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 364-9, 2008.

CHIAVENATO, I. Higiene, segurança e qualidade de vida. In: CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas**: e o novo papel dos recursos humanos nas organizações. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. p. 124-143.

CHIAVENATO, I. Planejamento estratégico de gestão de pessoas. In: CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas**: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 85-94.

COSTA, F. M.; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. Absenteísmo relacionado a doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital-escola. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 1, p. 38-44, 2009.

DURAN, E. C. M.; COCCO, M. I. M. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário. **Rev Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 43-9, jan./fev. 2004.

ESTRELA, C. **Metodologia científica, ciência, ensino, pesquisa**. São Paulo: Artes Médicas, 2005.

JODAS, D. A.; HADDAD, M. C. L. Síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 192-7, 2009.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna**. 17. ed. São Paulo: Loyola, 2008.

HUCAM. Núcleo de Controladoria do Hospital Cassiano Antonio Moraes. **Força de Trabalho do HUCAM – Recursos Humanos**, Vitória/ES. 2011.

LEAL, V. C. L. V. et al. O corpo, a cirurgia estética e a saúde coletiva: um estudo de caso. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 77-86, 2010.

LUNARDI, V.L. et al. sofrimento moral e a dimensão ética no trabalho da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 599-603, jul./ago. 2009.

MAGAGNINI, M. A. M.; ROCHA, S. A.; AYRES, J. A. O significado do acidente de trabalho com material biológico para os profissionais de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 2, p. 302-8, 2011.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MARTINATO, M.C.N.B. et al. Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 31, n. 1, p. 160-6, mar. 2010.

MAURO, M. Y. C. et al. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 13-8, jan./mar.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MORI, M. E.; OLIVEIRA, O. V. M. Os coletivos da política nacional de humanização: a cogestão em ato. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v.13, supl.1, p. 627-40, 2009.

OLIVAR, M. S. P. O campo político da saúde do trabalhador e o serviço social. **Serviço Social**, São Paulo, n.102, p.314-328, abr./jun. 2010.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4541-8, 2011.

PIALOUX, M. O velho operário e a nova fábrica. In: BOURDIEU, P. **A miséria do mundo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

- PINHEIRO, J.; ZEITOUNE, R. C. G. Hepatite B: Conhecimento e medidas de biossegurança e a saúde do trabalhador de enfermagem. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 258-64, 2008.
- RIOS, I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 253-61, 2009.
- RODRIGUES, M. V. C. **Qualidade de vida no trabalho**: evolução e análise no nível gerencial. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.
- SANCINETTI, T.R. et al. Absenteísmo-doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, Esp. 2, p. 1277-83, 2009.
- SANTOS FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B.; GOMES, R.S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v.13, supl.1, p. 603-13, 2009.
- SCHMIDT, D.R.C. et al. Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 330-7, abr./jun. 2009.
- SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed.rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007.
- SILVA, J. A. R. O. A saúde do trabalhador como um direito humano. **Revista do Tribunal Regional do Trabalho da 15ª Região**, Campinas, v. x, n. 31, p. 109-7, jul./dez. 2007.
- SOUZA, L. A. P.; MENDES, V. L. F. O conceito de humanização na política nacional de humanização (PNH). **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, supl.1, p. 681-8, 2009.

# ANEXOS

## ANEXO A – Carta de aprovação do CEP

ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O adoecimento dos profissionais de enfermagem de um Hospital-Escola do Município de Vitória-ES.

**Pesquisador:** Marcela Sizenando Soares de Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 01765312.2.0000.5065

**Instituição Proponente:** Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 139.685

**Data da Relatoria:** 27/11/2012

#### Apresentação do Projeto:

Dissertação de Mestrado que irá estudar as causas dos afastamentos dos profissionais de Enfermagem no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM). Caso sejam por motivos de doença, pretende-se investigar como se dá o adoecimento e quais os fatores relacionados ao trabalho que permeiam essa realidade.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:** Estudar o adoecimento dos trabalhadores de enfermagem, servidores efetivos da Universidade Federal do Espírito Santo, lotados no Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes, de Janeiro de 2009 a setembro de 2010

**Objetivo Secundário:**

- 1- Identificar o número de trabalhadores de enfermagem (enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem), lotados nos diversos setores do HUCAM que foram afastados no período de Janeiro de 2009 a setembro de 2010 por motivos gerais.
- 2- Identificar as causas e a frequência destes afastamentos e apontar quais deles estão relacionados a motivos de saúde.
- 3- Identificar se o trabalhador relaciona as causas dos afastamentos com o ambiente de trabalho.
- 4- Identificar como o trabalhador da enfermagem percebe a atenção prestada à sua saúde de acordo com seus conhecimentos sobre o que propõe a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador.

**Endereço:** EMESCAM, Av. N.S.da Penha 2190 Prédio de Filote.

**Bairro:** Bairro Santa Luzia

**CEP:** 29.045-402

**UF:** ES

**Município:** VITÓRIA

**Telefone:** (27)3334-3586

**Fax:** (27)3334-3586

**E-mail:** [comite.etica@emescam.br](mailto:comite.etica@emescam.br)

**ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -**


**Avaliação dos Riscos e Benefícios:****Riscos:**

O risco, embora remoto, que esta pesquisa pode apresentar, é a quebra de privacidade, levando à exposição dos funcionários diante da instituição.

Para evitar que isso ocorra, os sujeitos da pesquisa serão identificados por meio de códigos alfanuméricos sequenciais, com o objetivo de preservar ao máximo a sua identidade. Também será tomada cautela quanto a divulgação de quaisquer informações que, sendo cruzadas, possam levar à identificação desses sujeitos.

**Benefícios:**

Espera-se que esta pesquisa possibilite visualizar como se dá o absenteísmo dos profissionais da enfermagem vinculados à UFES que trabalham no HUCAM, ou seja, saber o que motiva tais afastamentos, qual a frequência e a duração com que ocorrem. O estudo será de grande importância para o hospital porque, como esta instituição conta com um serviço de atenção à saúde do trabalhador, este setor poderá conhecer o perfil de absenteísmo destes profissionais da enfermagem, que é muito representativa se comparada às outras categorias profissionais. Espera-se também, com a realização desta pesquisa, analisar a implantação da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST) na instituição a ser estudada, a partir do ponto de vista dos próprios trabalhadores. O estudo será de grande relevância para a comunidade acadêmica uma vez que poderá contribuir para que os alunos, professores e pesquisadores possam ter um olhar diferenciado para a assistência à saúde do trabalhador, aumentando o interesse por essa área e trazendo como desdobramento, a elaboração de pesquisas que aprimorem o conhecimento sobre este tema. Será elaborada uma dissertação de mestrado e as conclusões desta pesquisa serão divulgadas em eventos e revistas científicas de Saúde Coletiva e Políticas Públicas.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Objeto de estudo relevante, metodologia adequada, sem implicações éticas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos apresentados e adequados.

**Recomendações:**

Melhorar apresentação do resumo.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Melhorar apresentação do resumo.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

Endereço: EMESCAM, Av. N.S. de Penha 2190 Prédio de Físioa  
 Bairro: Bairro Santa Luzia CEP: 29.046-402  
 UF: ES Município: VITORIA  
 Telefone: (27)3334-3585 Fax: (27)3334-3585 E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



**Necessita Apreciação da CONEP:**

**Não**

**Considerações Finais a critério do CEP:**

VITÓRIA, 06 de Novembro de 2012

---

**Assinado por:**  
**Paulo Augusto Secca**  
**(Coordenador)**

Endereço: EMESCAM, Av. N.S. da Penha 2190 Prédio de Física.  
Bairro: Bairro Santa Luzia CEP: 29.045-402  
UF: ES Município: VITÓRIA  
Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: [comite.etica@emescam.br](mailto:comite.etica@emescam.br)

# APÊNDICES

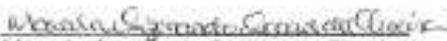
## APÊNDICE A – Carta de Anuência do HUCAM

Vitória – ES, 03 de maio de 2012.

### CARTA DE ANUÊNCIA

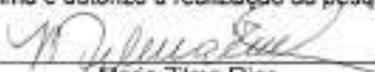
Eu, Marcela Sizenando Soares de Oliveira, mestranda em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, solicito ao Departamento de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes (HUCAM) a autorização para realização da pesquisa intitulada "O adoecimento dos profissionais de enfermagem de um hospital-escola do município de Vitória-ES". A delimitação do objeto deste estudo tem por finalidade analisar o adoecimento dos profissionais de enfermagem que são servidores da Universidade Federal do Espírito Santo, lotados no HUCAM, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2011. Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, de abordagem quanti-qualitativa. Na primeira etapa da pesquisa, será realizado um estudo transversal com coleta de dados retrospectiva dos prontuários dos profissionais em questão. Uma vez identificadas as causas, a frequência e a quantidade dos afastamentos, serão aplicadas as técnicas de entrevistas com os atores envolvidos, com a observação participante dos mesmos. Os sujeitos selecionados para esta etapa da pesquisa serão num total de seis pessoas, sendo duas de cada um dos três grupos de doenças de maior ocorrência dentre os resultados encontrados. No trabalho de campo cada um dos sujeitos investigados será informado a respeito da natureza acadêmica do estudo, dos seus objetivos, da garantia do sigilo, devendo assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Atendendo às normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa com seres humanos este estudo terá início somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM. Coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos pelo tel:9891-0010 ou pelo e-mail: marcelanurse@hotmail.com.

Atenciosamente,

  
Marcela Sizenando Soares de Oliveira

Autorização:

Declaro que li os termos acima e autorizo a realização da pesquisa supracitada.

  
Maria Zilma Rios  
Diretora do Departamento de Ensino e Pesquisa – HUCAM