

Maria Angela Conceição Martins

**PERCEPÇÃO DE RISCO BIOLÓGICO ENTRE TRABALHADORES DE
SAÚDE DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE MÉDIO PORTE EM CUIABÁ,
MATO GROSSO.**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva .

**São Paulo
2010**

Maria Angela Conceição Martins

**PERCEPÇÃO DE RISCO BIOLÓGICO ENTRE TRABALHADORES DE
SAÚDE DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE MÉDIO PORTE EM CUIABÁ,
MATO GROSSO.**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva .

**Área de Concentração: Saúde Coletiva
Orientador: Prof. Dr. Cássio Silveira**

**São Paulo
2010**

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

FICHA CATALOGRÁFICA
Preparada pela Biblioteca Central da
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Martins, Maria Ângela Conceição

Percepção de Risco biológico entre trabalhadores de saúde de um hospital público de Médio Porte em Cuiabá, Mato Grosso./ Maria Ângela Conceição Martins. São Paulo, 2010.

Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientador: Cássio Silveira

1. Saúde do trabalhador 2. Riscos ocupacionais 3. Fatores de risco 4. Hospitais públicos 5. Unidades de terapia intensiva 6. Percepção 7. Adulto

BC-FCMSCSP/17-10

DEDICATÓRIA

Á minha filha Maria Eduarda meu grande amor e
em especial a minha irmã Rachel.

AGRADECIMENTOS

Minha filha, Maria Eduarda, pela **existência**.

Aos meus pais Luiz e Wilma pelo eterno **cuidar**

Izaura pelo **cuidado incondicional** a minha filha

Ao meu irmão Paulo pela **cumplicidade**

Aos colegas do Pronto Socorro pela **disposição**

Amiga Jânia pelo **companheirismo**

Ao companheiro de luta Lúdio pelo **partilhar de ideais e sonhos**

Ao meu orientador Cássio Silveira pelos **ensinamentos, oportunidade e amizade**

Prof. Rita Barata Barradas, pela **inspiração, pelo brilho, carisma e paciência**

DEUS pela vida, pela misericórdia, pelo perdão, por tudo e por todos.

Aos trabalhadores de saúde,

Dedico este trabalho aos trabalhadores de saúde, para que não se permitam anestesiar pelas condições de trabalho, que não se permitam alienar pela força bruta do poder, mas que se dêem o direito, já conquistado, de luta para territórios de trabalho saudáveis, pela ética nas relações e principalmente pelo desejo de vida para si e para os indivíduos que nos buscam.

1 - APRESENTAÇÃO

Os estudos sobre as percepções das pessoas enfocando suas próprias condições de existência requerem do pesquisador o desenvolvimento de habilidades para olhar pelo prisma do “outro” o objeto de estudo em foco. Nesta pesquisa, o sentimento que me norteou foi a sensação de poder ver pelas lentes dos olhos de cada trabalhador ouvido como sujeito da pesquisa, as suas considerações sobre seu trabalho.

Importante foi observar a forma como cada trabalhador colocava, às vezes em poucas palavras e gestos, sua trajetória de vida, seus anseios, medos e perspectivas de vida e futuro.

A cada desligar do equipamento de gravação, a certeza que ficava naquele momento ímpar, é que os mesmos exercitavam sua fala como protagonistas de suas vidas. Como atores principais de suas próprias histórias.

Estudar o trabalho em saúde é para mim como uma das razões da minha militância sindical como sanitaria, e sobretudo a militância em favor da população, sejam os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), seja aqueles que trabalham no próprio sistema.

Tenho experimentado acrescentar como “instrumento de luta” à minha trajetória, a aquisição do saber científico e da produção do conhecimento existente sobre trabalho em saúde, criando, assim, canais de escuta com ouvidos mais apurados e mais “tolerantes” às necessidades das causas trabalhistas e, principalmente, ao desenvolvimento da sensibilidade em captar dores e os desprazeres daqueles envolvidos no árduo trabalho da prática assistencial em saúde.

De fato, a vivência de se trabalhar a dor, a doença, a vida e a morte de outrem, impõem-nos, às vezes inevitavelmente, o sofrimento, também. Por isso, faz-se necessário conhecer as percepções dessas pessoas, produzindo conhecimentos para que estes cuidadores possam também ser cuidados em suas necessidades de proteção social, como direito à carreira no trabalho, melhores salários, condições de

trabalho dignas de exercício da profissão, e espaços nos quais possam exercer o debate sobre o trabalho vivo que executam: o trabalho em saúde.

ÍNDICE

LISTA DE TABELAS E QUADROS	
LISTA DE ANEXOS	
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	
RESUMO	
ABSTRACT	
1 - INTRODUÇÃO	17
1.1 - MARCOS HISTÓRICOS E ASPECTOS CONCEITUAIS DA SAÚDE DO TRABALHADOR E SAÚDE OCUPACIONAL.....	22
1.2 - TRABALHO EM SAÚDE.....	31
1.3 - RISCO E PERCEPÇÃO.....	37
2 - OBJETIVOS	41
3 - MÉTODOS	41
3.1 - DESENHO DE ESTUDO.....	41
3.2 - LOCAL DO ESTUDO.....	42
3.3 - AMOSTRA.....	43
3.4 - FONTE DE DADOS.....	44
3.5 - ANÁLISE DOS DADOS.....	49
4 - ASPECTOS ÉTICOS	49
5 - ARTIGO 1: O risco diário à saúde dos trabalhadores em unidade de terapia intensiva	51
6 - ARTIGO 2: Percepções acerca do risco ocupacional entre trabalhadores de unidade de terapia intensiva	75
7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
8 - ANEXOS	102

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Quadro 1 – Eixos de análise e fontes de informação sobre trabalho e percepção de risco entre trabalhadores de UTI	45
Quadro 2 – Informações levantadas na entrevista estruturada	48

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – Roteiro de Entrevista.....	102
Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	103
Anexo 3 - Carta de Consentimento do Responsável pelo Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá.....	104
Anexo 4 – Aprovação do Comitê de ética em Pesquisa com Seres Humanos.....	105

.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência adquirida
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CDC	Center for Disease Control and Prevention
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
EPI	Equipamento de Proteção Individual
GRH	Gerência de Recursos Humanos
HPSMC	Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NR	Norma Regulamentadora
NOB	Norma Operacional Básica
OBS –RH	Observatório de Recursos Humanos
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PNH	Política Nacional de Humanização
RH	Recursos Humanos
SESMT	Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho
SEST	Serviço de Engenharia e Segurança do Trabalho
SUS	Sistema Único de Saúde
TLCE	Termo de livre consentimento esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

Martins, Maria Angela. **Percepção de risco biológico entre trabalhadores de saúde de um hospital público de médio porte em Cuiabá, Mato Grosso**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, 2010.

RESUMO

Os estudos sobre percepção de risco têm sido utilizados com frequência para a construção de indicadores na saúde pública. No caso deste trabalho, o levantamento das percepções permitiu apontar as noções com as quais os trabalhadores em saúde lidam com as exposições ocupacionais e com os processos de trabalho no dia-a-dia de suas funções laborais. Em organizações hospitalares os agentes biológicos de maior importância, do ponto de vista epidemiológico, são o HIV e o vírus da hepatite B e C. A contaminação por esses agentes ocorre normalmente em acidentes com material perfuro-cortante e constituem a principal causa de doenças infecciosas entre os trabalhadores de saúde. O objetivo do presente estudo é o levantamento da percepção de risco biológico entre trabalhadores de saúde de Unidade de Terapia Intensiva de Adultos de um hospital público de médio porte, na cidade de Cuiabá. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa. A amostra é composta de trabalhadores das áreas de medicina, fisioterapia, enfermagem, auxiliares e técnicos de enfermagem. O critério de escolha dos sujeitos de pesquisa é o de saturação, com uso da entrevista estruturada como meio de coleta de dados. Os trabalhadores foram inquiridos acerca do uso de equipamentos de proteção individual, doenças relacionadas ao trabalho em UTI e informações recebidas em treinamentos sobre proteção, riscos e exposição. Nos resultados de perfil sócio-demográfico dos trabalhadores da UTI, pôde ser observado que 70% da força de trabalho se concentra no sexo feminino, 53% são técnicos de enfermagem, 65% com vinculação temporária de trabalho, ou seja, prestadores de serviço, e 51% exercem suas funções em horário noturno. A subnotificação de casos de acidentes com potencial risco de contaminação ficou evidente na organização, além de estar relacionada aos vínculos temporários de trabalho. A categoria mais exposta aos riscos são: os técnicos de enfermagem. Fatores tais como jornadas excessivas, vínculos precários e fragilidades

na política de gestão do trabalho contribuem à maior exposição desses trabalhadores à exposição aos riscos. Medidas de prevenção como mapa de risco elaborado de acordo com a percepção dos trabalhadores, investimentos em políticas de saúde do trabalhador e educação permanente constituem medidas essenciais ao trabalho em saúde no âmbito hospitalar.

Descritores: 1. Percepção de risco 2. Unidade de terapia intensiva 3. Trabalho em saúde.

ABSTRACT

Martins, Maria Angela. **Perception of biological risk among health workers in a public hospital of medium size in Cuiabá, Mato Grosso. 2010.** Dissertation (Master in Public Health) - School of Medical Sciences of Santa Casa de São Paulo, São Paulo, 2010.

Studies on risk perception have been frequently used for the construction of indicators in public health. For this study, a survey of perceptions helped to point to the concepts with which health workers deal with occupational exposures and work processes in day-to-day functions of their work. In hospital organizations biological agents of greatest importance, in the epidemiological point of view, are HIV and hepatitis B and C. Contamination by these agents usually occurs in accidents with cutting and piercing material and are the main cause of infectious diseases among health workers. The aim of this study is to lift the perception of biological risk among health workers in the Intensive Care Unit for adults in a public hospital of medium size, in the city of Cuiabá. This is a descriptive study of qualitative approach. The sample consists of workers in the areas of medicine, physiotherapy, nursing assistants and nursing technicians. The criterion of choice of research subjects is the saturation, using the structured interview as a means of data collection.

Workers were asked about the use of personal protective equipment, diseases related to the work in the ICU and information received in training on protection, risk and exposure. In the results of socio-demographic profile of workers in the ICU, it might be noted that 70% of the workforce is concentrated among women, 53% are nursing technicians, 65% are temporary workers, it is, service providers, and 51% perform their functions in evening hours. The underreporting of cases of accidents with potential risk of contamination was evident in the organization, besides being related to temporary work. The category most exposed to risk is nursing staff. Factors such as excessive journeys, precarious links and weaknesses in the management policy work contribute to the greater exposure of the workers to the risks. Preventive measures such as risk map prepared in accordance with the perception of the workers, investments in health policies of the worker and permanent learning are essential to the health work in hospitals.

Keywords: 1. Risk perception 2. Intensive care unit 3. Health work.

1 – INTRODUÇÃO

O trabalho exerce um papel importante nas condições de vida e de saúde dos indivíduos. A organização do trabalho, seus processos e mesmo as condições em que este se concretiza, pode favorecer ou provocar desgastes, doenças ou acidentes na classe trabalhadora¹.

Especificamente na área do trabalho em saúde, riscos ocupacionais são inúmeros, principalmente no ambiente hospitalar, por envolver não somente o trabalhador de saúde, como também pacientes, visitantes, instalações e equipamentos².

As doenças ocupacionais e os acidentes de trabalho constituem-se em relevantes questões de saúde pública, com necessidade de discussões amplas e profundas, sendo estes os agravos mais documentados em relação à saúde do trabalhador, ainda que exista considerável conjunto de ocorrências que não sejam notificadas³.

O conjunto de acidentes que ocorrem entre os trabalhadores de saúde constitui importante fator determinante na transmissão de doenças infecto contagiosas, sendo os acidentes ocasionados por picadas de agulha (pérfuro-cortantes) responsáveis por 80% a 90% das transmissões de doenças infecciosas entre trabalhadores de saúde⁴.

Na esfera pública, o ambiente e as condições de trabalho ainda trazem realidades como a precarização dos vínculos, a ausência de políticas em saúde do trabalhador, o trabalho em turnos e as múltiplas jornadas que os trabalhadores enfrentam em sua rotina em busca de melhores condições financeiras e de vida.

Assim sendo, o presente estudo propõe conhecer a percepção de risco existente entre os trabalhadores de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva, instalada dentro de um Hospital Municipal na cidade de Cuiabá, Mato Grosso.

O PROBLEMA

A Unidade de Terapia Intensiva é um dos setores dentro do espaço da organização hospitalar em que ocorrem mais acidentes com instrumentos e materiais pérfuro cortantes, pois os trabalhadores de saúde, em sua grande maioria, cuidam e preservam a vida e a saúde dos pacientes, e descuidam-se, da própria proteção. Outro fato peculiar à Unidade de Terapia Intensiva, é que a equipe é a responsável pela execução de aproximadamente 60% das ações e procedimentos em saúde, o que, portanto, coloca estes trabalhadores em maior contato físico com o paciente⁵.

No Hospital estudado a Unidade de Terapia Intensiva Adulto, tem capacidade para internação de vinte leitos, que permanecem ocupados durante todo o tempo, uma vez que é referência para atendimento em trauma e urgência e emergência para a capital, Cuiabá, e municípios vizinhos. A equipe de trabalhadores de saúde desta unidade de internação é composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, auxiliares e técnicos de enfermagem que prestam cuidados a saúde dos pacientes. Devido à natureza de seu trabalho expõem-se diretamente e rotineiramente aos riscos de acidentes e possíveis contaminações.

RELEVÂNCIA E JUSTIFICATIVA

A escolha da temática deu-se em função de que a pesquisadora atua diretamente na organização hospitalar referida, bem como é parte integrante do grupo definido como sujeitos do estudo: trabalhadores em saúde. Nesse sentido o trabalho de pesquisa poderá trazer contribuições à organização hospitalar em questão

no que tange à melhoria das condições de trabalho e, conseqüentemente, da assistência prestada aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Uma série de condições infecciosas, algumas delas de notificação compulsória no Brasil (2003) colocam o profissional de saúde em risco, são elas: infecção pelo HIV, hepatites virais, doença de chagas, rubéola, varicela, tuberculose, febres hemorrágicas virais, e gripe, sendo que o risco de transmissão de uma agulha contaminada é de três em trezentos para a hepatite C e de um em trezentos para o HIV⁴.

Os dados mais recentes do Internacional *Health Care Worker Safety Center* indicam que o risco de infecção pós-exposição ocupacional com material pérfuro cortante é de 0,25% a 0,24% para o vírus HIV, 6% a 30% para o vírus HBV e 0,41% a 1,8% para o vírus HCV. A cada ano milhares de trabalhadores de saúde são afetados psicologicamente por dias e até meses, quando da espera dos resultados dos exames sorológicos. Conseqüências como as alterações das praticas sexuais, os efeitos colaterais das drogas profiláticas e a perda do emprego são comuns durante a espera dos exames finais do trabalhador⁶.

Neste contexto, o presente estudo propiciará um melhor entendimento acerca da percepção de risco dos trabalhadores de saúde da Unidade e Terapia Intensiva Adulto, visando trazer recomendações e apontamentos de soluções para à problemática relativa à saúde do trabalhador.

Considerando-se que a Unidade de Terapia Intensiva é um universo de pesquisas ricas em informações, onde estudos variados se fazem necessários, cabe aqui ressaltar que este estudo limitou-se a conhecer a percepção de risco dos trabalhadores de diversas formações em saúde acerca da sua exposição a agentes potencialmente transmissores de doenças.

Ao conhecer a realidade de trabalho deste grupo, observa-se que muito ainda há que ser explorado, sobretudo em relação aos riscos ocupacionais aos quais essa população está exposta diariamente.

Delimitou-se a pesquisa à UTI pelo fato de este ser um setor fechado, com equipe fixa de trabalho, e a capacidade instalada de seus leitos estarem diariamente ocupados, gerando assim grande demanda de trabalho para a equipe que ali atua expondo os trabalhadores de uma forma intensa e rotineira. Além disso, a referida unidade de internação tem equipe de trabalho completa com uma gama de profissionais atendendo diariamente a diversos pacientes e executando todos os tipos de procedimentos que possam expor aos riscos biológicos.

Optou-se pela realização de entrevista semi-estruturada, por meio da qual buscamos ouvir trabalhadores de diversas áreas e pudemos aprofundar as questões levantadas acerca de trabalho, saúde e percepção de risco, eixos que nortearam a pesquisa.

ESTRUTURA DO TRABALHO

A seguir detalharemos a forma como o trabalho encontra-se organizado:

Fundamentação Teórica

Neste capítulo reuniu-se a fundamentação teórica selecionada da revisão bibliográfica realizada que sustenta a pesquisa, trazendo informações obtidas em livros, artigos, teses, dissertações, monografias e outros trabalhos publicados que discutem a temática em questão. A bibliografia trazida aqui tem como temas a saúde ocupacional, a saúde do trabalhador, o trabalho em saúde, a percepção de risco, o risco biológico e a Unidade de Terapia Intensiva.

Métodos

Descrevemos aqui os recursos metodológicos utilizados, o contexto geral do local estudado, a amostra, bem como explicitado o instrumento para a coleta dos dados, as variáveis utilizadas para a descrição do perfil dos trabalhadores e a análise propriamente dita.

Artigo

Neste capítulo, encontram-se dois artigos científicos com os itens de resumo, introdução, método, resultados e discussão, conclusões e referências bibliográficas. Nas recomendações e conclusões elencam-se as aplicações práticas dos resultados da pesquisa.

Referências Bibliográficas

De acordo com o que preconiza as normas, as referências estão listadas de forma a constar todo o material utilizado para a construção desta pesquisa. Além disso, as referências em cada artigo estão apresentadas em conformidade com as normas técnicas.

Anexos

Reunimos todas as informações que puderam organizar nosso trabalho em campo, como o Termo de Livre Consentimento Esclarecido, a Carta Consentimento do responsável pelo Hospital para a realização da Pesquisa e o questionário.

1.1 MARCOS HISTÓRICOS E ASPECTOS CONCEITUAIS DA SAÚDE DO TRABALHADOR E SAÚDE OCUPACIONAL

A relação entre trabalho e a saúde/doença – constatada desde a antiguidade e exacerbada a partir da Revolução Industrial – nem sempre se constitui em foco de atenção. Afinal, no trabalho escravo ou regime servil, inexistia a preocupação em preservar a saúde dos que eram submetidos ao trabalho, interpretado como castigo ou tortura. O trabalhador, o escravo, o servo eram peças de engrenagens naturais, pertencentes da terra, assemelhados a animais e ferramentas, sem história, sem progresso, sem perspectivas, sem esperança terrestre, até que, consumidos seus corpos, pudessem voar livres pelos ares ou pelos céus da metafísica. (NOSELLA apud GOMES MINAYO, 1997, p.22)⁷

Em meados de 1780, na era da revolução industrial, o trabalhador, usando sua força de trabalho, colocou seu corpo á disposição da produção desenfreada, sendo comandado pelo ritmo de máquinas, visando o lucro, o acúmulo de capital, e também o aproveitamento ao máximo dos equipamentos e maquinários disponíveis. As crianças e mulheres tornaram-se mão de obra, dedicada á jornadas exaustivas, em ambientes de trabalho insalubres freqüentemente incompatíveis com a vida. A presença de médicos no interior das fábricas representava ao mesmo tempo um esforço em detectar os processos danosos à saúde e uma espécie de braço do empresário para recuperação do trabalhador, visando o seu retorno à linha de produção, num momento em que a força de trabalho era fundamental à industrialização emergente⁷.

Dejours⁸, afirma que neste período as lutas operárias tenham tido em síntese dois objetivos: o direito a vida (ou a própria sobrevivência) e a construção do instrumento necessário à sua conquista: a liberdade de organização.

Baseado na teoria da unicausalidade, o Estado norteou por muito tempo as ações e diretrizes na medicina do trabalho, tendo como eixo central o profissional médico. Nesta perspectiva, ou seja, na ausência de um olhar multidisciplinar, as doenças originadas no trabalho somente eram percebidas em estágios avançados pela

dificuldade em se estabelecer a causalidade entre o trabalho e a doença e pela alta rotatividade da força de trabalho⁹.

Neste cenário apontado por Machado-Minayo⁹, a Saúde Ocupacional avança numa proposta interdisciplinar, com base na Higiene Industrial, relacionando ambiente de trabalho-corpo do trabalhador. Incorpora a teoria da multicausalidade, na qual um conjunto de fatores de risco é considerado na produção da doença, avaliada através da clínica médica e de indicadores ambientais e biológicos de exposição e efeito. Ainda segundo Machado-Minayo⁹ a partir do modelo da história natural da doença, este processo é visto em indivíduos ou grupos, como derivada da interação constante entre o agente, o hospedeiro e o ambiente, significando um aprimoramento da multicausalidade simples.

A proposição de mudanças e perspectivas de melhorias no quadro de saúde da população trabalhadora no Brasil é o eixo central da saúde do trabalhador, o que aponta para a necessidade de medidas e diretrizes pautadas em aspectos legais e jurídicos, tomada de decisão política, obrigando a definições claras diante de um longo e, presumidamente conturbado percurso a seguir. Um percurso próprio dos movimentos sociais, marcado por resistência, conquistas e limitações nas lutas coletivas por melhores condições de vida e de trabalho; pelo respeito/desrespeito das empresas à questionável legislação existente e pela omissão do Estado na definição e implementação de políticas nesse campo, bem como sua precária intervenção no espaço laboral⁹.

Neste contexto, de novos projetos sociais em um período de redemocratização, a saúde dos trabalhadores torna-se um ponto importante de discussão, em conjunto com a conquista de direitos elementares de cidadania e da consolidação do direito à livre organização dos trabalhadores. Neste processo de reflexão crítica quanto à limitação dos modelos vigentes que “cuidam” da saúde dos trabalhadores, criam-se os pilares para o surgimento de uma nova forma de apreender a relação trabalho-saúde, de intervir nos ambientes de trabalho e conseqüentemente de introduzir, na saúde pública, práticas de atenção à saúde dos trabalhadores, no conjunto de propostas da Reforma Sanitária Brasileira. Configura-se um novo

paradigma que, com a incorporação de alguns referenciais das Ciências Sociais – em destaque o referencial marxista, amplia a visão da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional⁹.

Oliveira¹⁰ corrobora afirmando acerca da saúde do trabalhador, anteriormente a Constituição Federal de 1988, tinha suas diretrizes calcadas na ótica da medicina ocupacional, ou seja, relacionada apenas ao ambiente físico, na medida em que o trabalhador está em contato com agentes químicos, físicos e biológicos que lhe causem acidentes e enfermidades. Somente a partir da década de 80, no contexto de transição democrática do Brasil e no movimento de Reforma Sanitária, mudanças neste prisma de Saúde do Trabalhador aconteceram, com realização da I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores que foi decisiva para a mudança na nova Constituição de 1988¹⁰.

Para o Ministério da Saúde, a Saúde Ocupacional do trabalhador é o estado geral biopsicossocial e emocional apresentado pelo trabalhador e pela equipe no exercício de suas funções laborais no cargo em que ocupa. Deve-se levar em conta a segurança no processo de trabalho, os riscos laborais a que estão submetidos, os equipamentos de proteção, as possibilidades de agravos e danos à saúde do trabalhador e da equipe, dentre outros¹¹.

Laurell apud Oliveira¹⁰ definiu o objeto da saúde do trabalhador como: “o processo saúde doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho. Trabalho entendido enquanto espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas igualmente de resistência, de constituições e do fazer histórico dos trabalhadores, que buscam o controle sobre as condições e os ambientes de trabalho, para torná-los mais saudáveis, num processo lento, contraditório, desigual no conjunto da classe trabalhadora, dependente de sua inserção no processo produtivo e do contexto sócio-político de uma determinada sociedade”. Sendo assim, falar –se de um mundo do trabalho e de um mundo fora do trabalho é impossível. O mundo é um só, e os trabalhadores existem no mundo, transformando e por ele sendo transformados, com um modo de viver determinado historicamente, definido socialmente e diferenciado em classes sociais. É através do trabalho que o indivíduo

se constitui como sujeito, afirmando sua identidade e seu desejo de ser reconhecido socialmente¹⁰.

Laurell apud Oliveira¹⁰ coloca que o trabalho, como categoria social, está sujeito a múltiplas condições. As condições de trabalho e suas patologias estão relacionadas a outras variáveis, tais como a organização do trabalho e refletem valores e regras da sociedade. Por condição de trabalho é preciso entender, antes de tudo, ambiente físico (temperatura, pressão, barulho, vibração, irradiação, altitude, etc.), ambiente químico (produtos manipulados, vapores e gases tóxicos, poeiras, fumaças etc.), o ambiente biológico (vírus, bactérias, parasitas, fungos), as condições de higiene, de segurança, e as características antropométricas do posto de trabalho.

Por organização de trabalho designamos a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (na medida em que ele se deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade, etc⁸.

Como visto anteriormente, as mudanças políticas, econômicas e sociais ocorridas trazem também mudanças na forma de se entender o processo saúde – doença da classe trabalhadora. Admite-se aqui que este processo reflete o impacto do trabalho sobre os trabalhadores não somente como um indicador, mas também como resposta a relação entre capital e trabalho e as condições de ambiente, saúde e segurança como garantias ao trabalhador⁹.

Neste sentido, a partir dos anos setenta do século vinte a relação saúde-doença passa a ser entendida como um processo social, que resulta da forma de viver do homem, e também das suas relações com o trabalho. Este olhar possibilitou avanços aos complexos problemas de saúde do trabalhador. Ainda, ao considerar a historicidade do processo saúde-doença, abre novas perspectivas para o conhecimento dos agravos à saúde e para o planejamento, execução e avaliação das ações de saúde e formulação de políticas para o setor. Concebendo que o trabalho estrutura a organização da sociedade, bem como é também um elemento importante nos riscos à saúde. Pode-se dizer que o fator risco se dá ao modo como os homens idealizam e concretizam este trabalho. Assim, agentes químicos, físicos, biológicos e

ergonômicos podem traduzir-se em acidentes de trabalho, e em doenças profissionais e do trabalho, vitimando o trabalhador, sua família e a sociedade⁹.

Com a Constituição Federal de 1988¹² a Saúde dos Trabalhadores é assumida como de responsabilidade do Estado, em seu artigo 200 diz que cabe ao Sistema Único de Saúde executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como, as de saúde do trabalhador. Assim definindo –se uma política de saúde pautada no direito de cidadania e em deveres do Estado, com a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, nela incluída a *Saúde do Trabalhador e o meio ambiente de trabalho*. Dessa forma o assunto saúde do trabalhador sai do campo do direito do trabalho para ser inserido no campo do direito sanitário, isto porque existe um entendimento de que a saúde é um direito que não pode ser negociado e deve ser garantido integralmente. O SUS vem assumindo as questões relacionadas à saúde do trabalhador por meio das Secretarias de Saúde que são responsáveis tanto por programas preventivos, quanto pelo atendimento de pacientes com danos decorrentes da atividade produtiva¹³.

A regulamentação, a morosidade, e a fiscalização precárias são pontos relevantes que necessitam de melhorias para a efetivação de um atendimento resolutivo à saúde do trabalhador, além da ausência de recursos e meios na rede para diagnóstico e tratamento de ocorrências relacionadas ao trabalho, falhas nos registros de casos, que impedem o devido acompanhamento, pouca vigilância em ambientes de trabalho, não capacitação de profissionais e mais as dificuldades financeiras e a falta de condições materiais do SUS. A assistência à saúde do trabalhador exige do Estado investimentos crescentes e deve merecer prioridade nas ações. É fundamental que haja maior informação aos trabalhadores e profissionais de saúde a respeito dos problemas ocupacionais, para possibilitar a prevenção dos mesmos¹³.

Se, por um lado, as dificuldades relacionadas à política em saúde e vigilância na saúde do trabalhador são inúmeras, trazer a este contexto a realidade do serviço público remete-nos a um caminho mais árduo.

Especificamente, na saúde do trabalhador da esfera pública, ou seja, o servidor público, estudos mostram que em 2003, para cada mil servidores públicos federais, 26 se afastaram do serviço por mais de 03 dias, e quantos destes afastamentos tiveram por causa o trabalho é desconhecido, demonstrando a necessidade de pesquisas e estudos no âmbito da saúde dos trabalhadores. As lesões por esforços repetitivos respondem por 17,8% dos afastamentos, os casos de depressão e de saúde mental superam a marca de 5% dos afastamentos, enquanto hipertensão arterial e diabetes superam a média nacional de prevalência de doenças na população em geral¹³.

Especificamente no caso da hipertensão arterial sistêmica, que afeta 10% ou mais, da população adulta, observa-se que a possível contribuição da ocupação como fator de risco são vistas como associadas aos fatores psicológicos psicossociais geradores de estresse, que aumentam os níveis de adrenalina, noradrenalina e cortisol¹⁴

No Brasil, os servidores públicos sob a tutela trabalhista do Estado, e aqui nos referimos as três instâncias, têm sido alijados de proteção e cuidados em seu ambiente de trabalho. A supervisão e aplicação das regras de proteção e prevenção voltadas à iniciativa privada, ainda que demonstrem necessidade de melhorias, não ocorrem da mesma maneira com os próprios servidores públicos. Por exemplo, o índice de aposentadoria por invalidez atingiu seu auge, em 2004, com 27,3% de servidores afastados. Neste caso vale a máxima: “fazes o que digo, não faças o que faço”¹³.

No contexto do trabalho em saúde, a situação é ainda mais conflitante, pois cabe ao sistema de saúde, neste caso o SUS, a vigilância em ações e serviços de saúde do trabalhador, nele inseridos os próprios sujeitos, ou seja, os próprios trabalhadores em saúde.

No que tange à legislação que dá suporte e fundamenta a saúde do trabalhador da saúde, se assim pode-se dizer a Norma Operacional Básica de RH de 2005 do SUS, organiza a atenção à saúde destes trabalhadores, de acordo com os princípios

da integralidade, promoção, direito á atenção aos trabalhadores vítimas de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, estabelecendo ainda a vigilâncias dos ambientes no que diz respeito aos riscos específicos, além de instituir as comissões locais de saúde ocupacional, tendo em visto o foco do trabalho humanizado¹⁵.

Vale ressaltar aqui as Normas Regulamentadoras (NRs), e no caso do trabalho em saúde, a NR 32 que em seus princípios básicos busca a segurança e proteção no trabalho em saúde: as NRs relativas à Segurança e Medicina do Trabalho, são de *observância obrigatória* pelas empresas privadas e públicas e pelos órgãos públicos de administração direta e indireta, bem como pelos órgãos do poder legislativo e judiciário, que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT. Estabelece os requisitos mínimos e diretrizes básicas para implementar as medidas de proteção à segurança e saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde abrangendo trabalhadores dos hospitais, clínicas, laboratórios, ambulatorios e serviços médicos existentes dentro de empresas e também profissionais que laboram nas atividades de promoção e recuperação de saúde, ensino e pesquisa em saúde em qualquer nível de complexidade. Dentre os itens preconizados pela NR 32¹⁶ podemos citar:

a) Orientar trabalhadores no que tange aos aspectos de medicina e segurança no trabalho objetivando:

- prevenção de atos inseguros durante as atividades laborais;
- dar ciência das obrigações e proibições que os servidores devam conhecer e cumprir;
- dar ciência aos servidores que serão passíveis de advertência pelo não cumprimento das normas;
- definir fluxo e encaminhamentos adotados em caso de acidente ou doenças profissionais ou do trabalho;
- adotar as medidas determinadas pelo Ministério do trabalho;

- adotar medidas para a eliminação das condições insalubres de trabalho ou neutralizar a insalubridade

b) informar aos trabalhadores:

- a existência de todos os tipos de riscos que possam originar-se nos locais de trabalho;
- os meios de prevenir e limitar tais riscos e as medidas tomadas pela empresa;
- os resultados dos exames médicos e laboratoriais a que forem submetidos;
- os resultados das avaliações ambientais realizadas nos locais de trabalho.

Por outro lado a NR 32¹⁶ consolida ainda as medidas que são de responsabilidade do trabalhador no que se refere á prevenção de acidentes:

- O uso de luvas não substitui o processo de lavagem das mãos, o que deve ocorrer, no mínimo, antes e depois do uso das mesmas.
- Todos trabalhadores com possibilidade de exposição a agentes biológicos devem utilizar vestimenta de trabalho adequada e em condições de conforto.
- A vestimenta deve ser fornecida sem ônus para o empregado.
- Os trabalhadores não devem deixar o local de trabalho com os EPI e as vestimentas utilizadas em suas atividades laborais.
- A higienização das vestimentas utilizadas nos centros cirúrgicos e obstétricos, unidades de terapia intensiva; unidades de pacientes com

doenças infecto-contagiosas e quando houver contato direto da vestimenta com material orgânico, deve ser responsabilidade do empregador.

- O empregador deve assegurar a capacitação aos trabalhadores durante a jornada de trabalho e sempre que ocorrer mudanças nas condições de exposição a agentes biológicos.

– O empregador deve comprovar para a inspeção do trabalho a realização da capacitação através de documentos que informem a data, horário, a carga horária, o conteúdo ministrado, o nome e capacitação profissional do instrutor e dos trabalhadores envolvidos.

– Em todo local onde exista a possibilidade de exposição a agentes biológicos devem ser fornecidas aos trabalhadores instruções escritas sobre as rotinas realizadas e medidas de prevenção a acidentes de trabalho. As instruções devem ser entregues ao trabalhador mediante recibo.

– Os trabalhadores devem comunicar todo acidente ou incidente com possível exposição a agentes biológicos ao responsável pelo local de trabalho e, quando houver, ao Serviço de Segurança e Medicina do trabalho (SESMT) e Comissão interna de prevenção de acidentes (CIPA).

– Os trabalhadores que utilizarem objetos perfuro cortantes devem ser responsáveis pelo seu descarte.

– São vedados o reencepe e a desconexão manual de agulhas.

– Deve ser assegurado o uso de materiais perfuro cortantes com dispositivo de segurança, conforme cronograma a ser estabelecido. A todo trabalhador de serviços de saúde deve ser fornecido, gratuitamente, programa de imunização ativa contra tétano, difteria, hepatite B e os estabelecidos no Programa de controle médico de saúde ocupacional (PCMSO)

- A vacinação deve obedecer às recomendações do Ministério da Saúde.
- O empregador deve assegurar que os trabalhadores sejam informados das vantagens e dos efeitos colaterais, assim como dos riscos a que estarão expostos por falta ou recusa de vacinação, devendo, nesses casos, guardar documento comprobatório e mantê-lo disponível à inspeção do trabalho.

A NR 32¹⁶ prevê as medidas para a prevenção e em casos de acidentes quais as responsabilidades do empregador e do empregado no entanto as dinâmicas acerca do ambiente de trabalho, suas condições no sentido de evitar a ocorrência de acidentes são pontos não previstos, uma vez que devam ser tratados de modo local e de forma a considerar a realidade de cada serviço de saúde.

No próximo item discutiremos o trabalho em saúde para o aprofundamento da temática abordada no estudo.

1.2 TRABALHO EM SAÚDE

De forma geral, adotaremos aqui o conceito de Santos¹⁷ para a designação de trabalho como atividade que altera o estado natural (da natureza), transformando-a para melhor atender necessidades, diferenciando-o assim do trabalho dos animais. Neste sentido, marcado pela intencionalidade e socialidade, ou seja, antes da realização do trabalho final o homem imagina o que irá construir em conjunto com outros homens. No que diz respeito a socialidade do trabalho humano, podemos afirmar que no ato produtivo confere vantagens na perspectiva capitalista, contudo retira a humanidade dos homens que são considerados aqui apenas como força de trabalho, recursos e mercadorias comparáveis a um aparelho de raio-x¹¹.

O ato produtivo tem sempre uma intenção e se constitui num contexto social e histórico, expresso em seus componentes operadores, o trabalho vivo e o trabalho morto. A conceituação de trabalho descrito por Mehry traz o trabalho vivo como aquele que se dá no momento de sua execução, e com isso, carregado de possibilidades de criação, de inventividade, de tentativas humanamente colocadas. Já o trabalho morto se constitui dos produtos- meios e instrumentos usados como ferramentas ou como matéria-prima para o ato produtivo – lápis, régua, cimento¹⁸.

Sob este prisma, podemos dizer que o capitalismo propõe a captura do trabalho vivo através de instrumentos, dentre eles, os processos de gestão, contudo o trabalho vivo abre lacunas, brechas e novas possibilidades, não sendo possível esta total captura como intenciona o modo capitalista¹¹.

Neste sentido, a partir do referencial marxista, podemos pensar processo de trabalho resultado da combinação do objeto, dos meios/instrumentos e do produto do trabalho. O objeto de trabalho é a matéria prima que será transformada, no caso do trabalho em saúde, o próprio homem. O meio/instrumento de atender as necessidades da sociedade. O produto é o valor criado pelo trabalho, em se tratando de saúde, este produto se dá em ato, é produzido em um encontro simultâneo entre trabalhador e o usuário, ou seja, o produto é consumido no ato de sua produção. Sendo assim esta é uma característica diferenciadora do trabalho em saúde com relação á outros trabalhos: não se armazena saúde como se armazena carros e outros bens, pois saúde é um bem simbólico¹¹.

Especificamente no trabalho em saúde, pode-se dizer que é um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização, o produto é indissociável do processo que o produz, sendo assim centrado no trabalho vivo em ato permanentemente¹⁹.

No cenário da esfera pública, o trabalho na saúde não esta fora e descontextualizado do resto do mundo; o desenvolvimento dos processos produtivos, no atual estágio do capitalismo global, “necessitando cada vez menos” do trabalho humano, vem gerando desemprego e a conseqüente desvalorização do trabalho.

Dentre os problemas com ampla visibilidade atual no mundo do trabalho em saúde, merecem ser citados a deterioração dos vínculos, considerando-se inclusive a negação ou omissão quanto a direitos constitucionais dos trabalhadores; a precarização dos ambientes e condições de trabalho e as dificuldades do âmbito da organização e relações sociais de trabalho em contexto de gestão ainda tradicional²⁰.

A Política Nacional de Humanização²¹, dentre suas diretrizes traz a indissociabilidade entre a gestão e a atenção, a possibilidade de reorganização dos processos de trabalho e um agir coletivo e compartilhado, onde seus trabalhadores possam ser protagonistas com seus pares e sua clientela, os usuários do SUS.

Historicamente, todas as medidas em repensar a força de trabalho em saúde, foram fruto do fator municipalização que trouxe neste contexto do trabalho a necessidade de ampliação na rede de atendimento em saúde nos municípios que passa a ser o maior empregador de saúde do país, em 2002 totaliza quase 800 mil empregos. Neste panorama Machado questiona: como se caracteriza este contingente de mais de dois milhões de trabalhadores que buscam a saúde para trabalhar?²²

Os estudos realizados pelo Observatório de Recursos Humanos em Saúde trazem questões relacionadas a possibilidade de reformulação do trabalho em saúde e definem pontos para discussão da referida temática que discorreremos a seguir.

Quando falamos de Recurso humano, falamos de gente. Estamos chamando a atenção para que consideremos o trabalhador de saúde um ser que expressa, no desenvolvimento do seu trabalho, não só as questões objetivas a ele inerentes, ou seja, o que fazer, porque fazer, como fazer, lidando com a dimensão técnica de seu trabalho. Além disso, imprime seus modos específicos de compreender e realizar seus projetos coloca em movimento seu jeito particular de enxergar a vida, seus desejos, suas vontades, seus valores, seus medos, aflições, dores da alma, em suma, a subjetividade presente em todos seus momentos da vida cotidiana, que o fazem uma pessoa/um ser humano singular. Aceitar que trabalhadores de saúde não lidam com máquinas, com tecnologias duras, vazios de desejos, receios, potencialidades e limitações, e nesse sentido não é possível o desenvolvimento do trabalho,

principalmente o trabalho em saúde, algo como previsível e harmônico, ao contrário, é um trabalho carregado de contradições e de imprevisibilidades, de atritos, de desavenças, tendo como pano de fundo, anseios e necessidades financeiras e de realização pessoal. Trabalha-se com a vida e com a morte, com a dor e com o prazer, contradições que se expressam também nos agentes que executam as ações para lidar com a complexidade que é o processo saúde – doença¹¹.

Reconhecer os trabalhadores de saúde em função de suas habilidades e de suas necessidades, pessoas que mantêm relações de troca e de convivência com os usuários, situações em que as expressões da subjetividade de ambos os lados se fazem presentes. Essas relações de troca desenvolvem-se em um espaço de encontro e de intervenção, espaço intercessor onde tanto o trabalhador como o usuário expressa sua necessidade de busca de liberdade e de reconhecimento em seus papéis¹¹.

O mais polêmico é que Recurso Humano é gente e que mesmo em saúde, que trabalha para viver, por isso, necessita-se assumir a discussão de quanto vale o trabalho em saúde, se é que isto é possível. Sem dúvida, todos trabalhamos para garantir a própria sobrevivência e da família, a questão aqui presente é se em um ambiente que lida com dores e sofrimentos é possível articular a sobrevivência e a construção de um projeto de trabalho mais prazeroso. O desafio se dá na possibilidade de trazer para o trabalho em saúde, mais interesse, mais satisfação, possibilitando a construção de projetos que tenham a marca dos trabalhadores e não os conduzam a uma ação mecânica e automática¹¹.

Outro ponto relevante é que estes trabalhadores têm seus próprios objetivos, portanto, com certo grau de autonomia para tomar decisões e com projetos de trabalho como a produção do cuidado, buscando formas diferentes de manter uma relação de proximidade e atenção com o usuário, o que implica um repensar constante do trabalhador sobre suas tarefas, suas relações, haja vista que o trabalho em saúde é cooperativo, ou seja, o seu desenvolvimento não se dá de forma isolada, há sempre uma articulação do trabalho do conjunto dos trabalhadores, do médico, do enfermeiro, do psicólogo, do auxiliar, do terapeuta ocupacional e outros. Finalmente,

o trabalhador de saúde também anseia por proporcionar e desfrutar de uma melhor qualidade de vida, e nesse sentido é importante que possamos reconhecer no outro – usuário – a si mesmo como membro da mesma raça, reconhecer a humanidade em cada um, e levar em conta a necessidade de um processo de aprendizagem contínuo, da satisfação com o que se faz e da liberdade e condições para desenvolver melhores estilos de vida¹¹.

Neste estudo, o foco se dá na dinâmica do trabalho em saúde em meio hospitalar, onde as doenças infecciosas estão relacionadas com a exposição direta dos indivíduos que ali trabalham, a agentes como sangue e/ou outros fluídos corpóreos. Esta exposição varia de acordo com o agente infeccioso (virulência, toxicidade, via de infecção), o hospedeiro (idade, sexo, imunidade) ou mesmo com a atividade ocupacional².

Além dos riscos de contrair infecções, o acidente pode gerar no trabalhador, sérias repercussões psicossociais levando-o à mudanças nas relações de trabalho, familiares e sociais, devido às associações ao HIV a AIDS e outras doenças de gravidade, as reações psicossomáticas pós profilaxia utilizada devido a exposição ocupacional e o impacto emocional².

Os principais fatores relacionados aos eventos de acidentes são diretamente ligados aos processos de organização, práticas e inadequações no trabalho, além de fatores individuais e materiais e insumos disponíveis. Importante também ressaltar o registro de um pequeno número de acidentes, fato que leva a considerar a subnotificação das inoculações acidentais, quando relacionado ao grande volume de manipulação de agulhas e cateteres intravenosos⁶.

As doenças ocupacionais e os acidentes de trabalho constituem-se em importantes questões de saúde pública que ainda precisam ser mais bem discutidas, pois os acidentes de trabalho são os agravos mais documentados em relação à saúde do trabalhador, mesmo sabendo-se ainda que existem profissionais de saúde que não os notificam³.

Trazendo a realidade para os trabalhadores da saúde pública, agravantes como, número elevado de vínculo precário de trabalho, deficiência nos sistemas de informação em saúde do trabalhador e aspectos relacionados à gestão de serviços acabam por estimular subnotificações e o receio dos trabalhadores quanto a perda dos seus vínculos trabalhistas.

Parece em paradoxo: o SUS vem sendo implementado desde o início dos anos 90 e até agora não apareceu de modo efetivo e significativo, em sua agenda, o direito dos trabalhadores da saúde a territórios de trabalho saudáveis, nos quais se constituem como sujeitos construtores, reconheçam-se e sejam reconhecidos como pertencentes e membros ativos em todo o processo de produção de saúde e, como humanos, têm fragilidades, limites e podem adoecer. O trabalhador em saúde lida com o limite humano, com nossa impotência, com a dor e com a morte, e diariamente com o risco²⁰.

De relevância ímpar, Souza², destaca em seu artigo, vários estudos que relatam casos de contaminação ocupacional em diversos países que relataremos a seguir:

Arenavírus – Lassa (LE GUENNO, 1995). Em 1969, na Nigéria – África, uma missionária que trabalhava na enfermagem se contamina com o vírus e infecta duas outras freiras, sendo que uma delas foi a óbito. Em 1970, no mesmo local 25 trabalhadores/as de saúde se contaminam, sendo que 68% destes (17) foram infectados no quarto da primeira vítima, com sete casos fatais.

Arenavírus – Sabiá (LE GUENNO, 1995). Em 1990, na cidade de São Paulo, uma engenheira agrônoma se acidentou no exercício de suas funções, com conseqüente contaminação e óbito. Seu material ao ser analisado em laboratório, a princípio com a suspeita de arbovirose, contaminou um técnico que adoeceu. O mesmo material encaminhado posteriormente para os EUA contaminou um pesquisador, que também adoeceu.

Ebola - (BREMEN e col., 1997). Em 1995 na cidade de Kikwit (Zaire) houveram 315 casos sendo que 280 fatais. Entre estes, 85 se contaminaram através de seringas re-utilizadas sem esterilização prévia. Cerca de 25% (78) dos casos ocorreram entre trabalhadores de saúde.

HIV – Transmissão Ocupacional (CARDO e col., 1997). Os autores realizam um estudo de caso-controle de soro conversão após exposição ocupacional a HIV, nos 33 trabalhadores/as de saúde reconhecidos pelos sistemas nacionais de vigilância da França, Itália, Reino Unido e Estados Unidos. No Center for Disease Control and Prevention (CDC, 1998), até junho de 1997, haviam sido reportados, 52 casos documentados de soro conversão para HIV em trabalhadores/as da saúde. Deste, 81% desenvolveram Síndrome Retroviral Aguda, em 25 dias, em média, após a exposição. Estão documentados também 114 casos possíveis, porém não confirmados. Assim sendo, de fundamental importância se mostra o estudo de percepção de risco, para que o universo que cerca o trabalho em saúde seja mais efetivamente conhecido e desta forma implementado no que diz respeito aos cuidados, prevenção, promoção e proteção da sua força de trabalho. Para isso, a próxima discussão se propõe a analisar os conceitos de risco e percepção e sua correlação com o trabalho em saúde.

1.3 RISCO E PERCEPÇÃO

A verdade é deste mundo; ela é produzida nele graças a múltiplas coerções e nele produz efeitos regulamentados de poder. Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua política geral de verdade: isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que tem o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro. (FOUCAULT, apud SILVEIRA 2003, p.14)

No presente estudo o foco da saúde do trabalhador da saúde, é a percepção de risco, ou seja, um estudo qualitativo sobre o conhecimento dos trabalhadores de saúde, mais especificamente trabalhadores do Sistema Único de Saúde no âmbito hospitalar, quanto a sua própria saúde no desenvolvimento de suas atividades. Necessário torna-se esclarecer que trabalhadores do SUS são todos aqueles que realizam ações e exercem as suas atividades ou funções em serviços públicos de saúde e em serviços de saúde privados, conveniados e contratados pelo SUS¹⁵.

Os estudos sobre percepção de risco têm sido utilizados com frequência para a construção de indicadores em diversas áreas do conhecimento. Na saúde pública a percepção de risco estabelece conexão direta com as atividades desempenhadas e o processo produtivo do ser humano. Neste sentido no parágrafo adiante trabalharemos a conceituação dos termos risco e percepção para melhor entendimento do tema proposto no referido trabalho, uma vez que não há como falar de acidentes de trabalho sem nos reportarmos sobre risco sendo este o propulsor dos mesmos.

Risco tem se tornado sinônimo de perigo, destarte com carga de sentido negativa, entretanto perigo e risco não são sinônimos, o perigo se remete à gravidade e probabilidade de ocorrer, já o risco é uma medida de incerteza estando associado ao perigo e à exposição²⁵.

Para a Epidemiologia, que tem como eixo central a ocorrência, a causa e o controle das desordens de saúde em uma referida população, o risco epidemiológico pode ser definido como “a probabilidade de ocorrência de um determinado evento relacionado à saúde, estimado a partir do que ocorreu no passado recente²⁶”.

Barata²⁷ ao comentar e debater Spink²⁸ afirma que o conceito de risco stricto sensu, tem um único e preciso significado: probabilidade de ocorrência de um evento de interesse, na perspectiva da epidemiologia. Dessa forma, sob o olhar epidemiológico propriamente dito, não há possibilidade de atribuir-lhe sentidos negativos ou positivos, haja vista que o cálculo da probabilidade de ocorrência de um evento é em si mesmo um evento neutro. Contudo, ao olhar para os usos da

linguagem em diferentes saberes, o termo risco extrapola o conteúdo unicamente conceitual e dá lugar á uma noção multifacetada e carregada de valor.

Segundo Giddens²⁹, “risco corresponde a infortúnios ativamente avaliados em relação a possibilidades futuras.” O termo tem um sentido amplo para as sociedades que entendem o futuro como um espaço a ser conquistado. A aceitação da existência do risco corresponde a uma forma calculista de ver o mundo através da qual, prescindem-se várias possibilidades de reações aos acontecimentos, investimentos e novidades propostas pela vida capitalista. Admitindo que o sistema capitalista busca o acúmulo de lucro, o risco torna-se contínuo, pois qualquer desventura natural ou mesmo social pode afetar o produto final desejado: o lucro.

O risco é a dinâmica mobilizadora de uma sociedade propensa à mudança, que deseja determinar seu próprio futuro em vés de confiá-lo à religião, a tradição ou aos caprichos da natureza. O capitalismo moderno difere de todas as formas anteriores de sistema econômico em suas atitudes em relação ao futuro. Os tipos de empreendimento de mercado anteriores eram irregulares ou parciais. As atividades dos mercadores e negociantes, por exemplo, nunca tiveram um efeito muito profundo na estrutura básica das civilizações tradicionais, que permaneceram amplamente agrícolas e rurais (GIDDENS, 2003.p.-34)²⁹.

Guilam (1996), afirma que devido ao aumento das doenças crônico-degenerativas e também das causas externas o modelo Modelo Explicativo dominante atual se vincula diretamente aos fatores de risco, embora a associação do risco com a probabilidade não tenha dado conta dos pressupostos subjetivos³⁰.

Dessa forma, o conceito de risco foi sendo modificado ao longo das épocas, uma vez que a objetividade aplicada á este conceito não tenha obtido êxito em explicar, exemplificando, quais os motivos e por que as pessoas se expõem de formas diferenciadas aos riscos, e por que para uns o risco é aceitável e para outros não. As ciências sociais propõem assim, a incorporação da subjetividade para a explicação e o entendimento do risco³⁰.

Para Navarro³¹ a percepção está integrada a um determinado contexto coletivo que abrange a perspectiva comportamental, associada à capacidade da formulação cognitiva, aos aspectos afetivos e biológicos e as possibilidades de leitura e de interação com o ambiente externo.

Percepção nos remete ao campo da filosofia e, segundo Bertrand Russel pertence ao gênero mais amplo denominado sensação, diz ainda que nossa percepção é afetada pela experiência e para os que podem falar, as palavras constituem a melhor evidência do fenômeno da percepção humana. Na teoria da Gestalt Tuan (as formas e as estruturas estão ligadas à nossa percepção que por sua vez ao meio ambiente em que a pessoa vive ou grupo de pessoas vive. Ele acredita que quaisquer duplas de pessoas ou grupos sociais não percebem, do mesmo modo, o seu ambiente e que nossas atitudes e nossos valores se revestem de extrema complexidade em decorrência de sermos, ao mesmo tempo, um organismo biológico, um ser social e um indivíduo único³¹.

O importante é que a partir da perspectiva do sujeito, ou seja, o protagonista da ação analisada torna-se possível avaliar os riscos implicitamente relacionados com o ambiente e as atividades produtivas do mesmo, no caso o trabalho. Outro fator importante no processo de construção e formulação dos indicadores propiciados pela análise de percepção de riscos é a importância da sensibilidade do pesquisador em captar as informações muitas vezes subjetivas e “carregadas” de valores morais, crenças, cultura e hábitos que se diferenciam de uma pessoa para outra, porém acabam por influenciar a forma como este trabalhador enxerga o risco e se expõe com maior ou menor intensidade. Fatores relacionados à auto-estima, a auto-imagem e as experiências de vida relacionadas aos aspectos afetivos do indivíduo estabelecem ligações diretas com a forma que os mesmos “lidam” com as exposições e com os processos de trabalho no dia a dia de suas funções laborais.

Segundo Wiedemann³¹, a percepção de riscos é definida como sendo a “habilidade de interpretar uma situação de potencial dano à saúde ou à vida da pessoa, ou de terceiros, baseada em experiências anteriores e sua extrapolação para

um momento futuro, habilidade esta que varia de uma vaga opinião a uma firme convicção”.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Estudo sobre a percepção do risco biológico entre os trabalhadores das Unidades de Terapia Intensiva I e II, do Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sócio demográfico dos trabalhadores da UTI Adulto I e II quanto à categoria profissional, forma de vínculo empregatício, jornadas de trabalho, turno de trabalho, gênero, tempo de trabalho na UTI, tempo de trabalho no Pronto Socorro e tipo de vínculo trabalhista.

- Levantar informações acerca da percepção de risco dos trabalhadores no manuseio de materiais com potencial de risco biológico.

3. MÉTODOS

3.1 DESENHO DE ESTUDO

Com o objetivo de conhecer a percepção de risco biológico entre os trabalhadores da UTI Adulto do Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá, foi desenvolvida uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O local do estudo é a UTI Adulto I e II do Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá. O Hospital estudado, o Pronto Socorro Municipal de Cuiabá, situa – se na região central da capital, é um hospital da esfera municipal, que tem como missão o atendimento em urgência e emergência e oferece uma rede de exames complementares e diagnósticos como Ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética.

Sua estrutura física está disposta em quatro andares, compondo assim as clínicas e serviços á saber: Centro de Tratamento de queimados, sendo este a única referência para todo o estado para atendimento à pacientes queimados, Centro de Material Estéril, Serviço de Nutrição e Lactário, UTI Adulto I e II, Centro Cirúrgico, Pronto Atendimento Adulto e Infantil, Box de Emergência, Clínica Pediátrica, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, brinquedoteca, Isolamento Infantil, Clínica Médica e Clínica Cirúrgica, totalizando assim a capacidade de internação de 210 leitos. É válido ressaltar que no período do estudo o Hospital entrou em reformas em sua estrutura física, no sentido de adequação às necessidades atuais e permanecerá sem atendimentos no Pronto Atendimento Adulto e Infantil durante 06 meses á partir de outubro de 2009.

A unidade de estudo selecionada é a Unidade de Terapia Intensiva Adulto I e Unidade de Terapia Intensiva Adulto II, ou UTI Wanderléa; as duas UTIs situam-se no segundo andar do hospital, não estando interligadas e cada uma possui a capacidade para 10 leitos de internação, que permanecem diariamente ocupados. Todos os leitos possuem monitorização invasiva e não invasiva e rede de gasoterapia, internando pacientes da capital, de municípios vizinhos e estados adjacentes, pelo fato de ser o único hospital público referência para atendimento em trauma.

É importante ressaltar neste estudo, que no período de realização da pesquisa houve um movimento organizado de entidade sindical trabalhista da área médica, cujo resultado foi a demissão em massa de médicos do Hospital e paralisação dos

atendimentos que culminou em uma greve. Os serviços de urgência e emergência foram os únicos a manter seus atendimentos devido à decisão judicial .

Tal fato suscita nos autores um elemento de análise de contexto importante, já que se relaciona ao foco central de nosso estudo: as condições de trabalho encontradas na referida unidade hospitalar, sempre presentes nas pautas de negociação das categorias profissionais.

3.3 POPULAÇÃO

O quadro de trabalhadores do Hospital é de 1331 incluídos neste grupo, os da área meio (administrativos e gestão) e os da área fim (atendimento direto ao paciente). Deste total, 672 trabalhadores são vinculados informalmente ao sistema, isso equivale á dizer, que são contratados temporariamente como prestadores de serviço, nessa situação encontram-se aproximadamente 55% (cinquenta e cinco por cento) do total da força de trabalho do hospital³².

A população deste estudo foi representada pelos trabalhadores da UTI Adulto I e II sendo 07 fisioterapeutas, 13 médicos e 10 auxiliares de enfermagem, 46 técnicos de enfermagem e 10 enfermeiros, totalizando 86 trabalhadores atuando nas duas UTIs.

A escala de trabalho neste setor é fixa para todas as áreas, independente da taxa de ocupação de seus leitos, porém há variação em casos de férias, folgas e no serviço de fisioterapia oscila pelo fato da necessidade dos profissionais em clínicas abertas.

O setor tem uma gerência médica e de enfermagem, e a carga horária e jornadas de trabalho variam entre 30 á 40 horas semanais, 12 horas por 36 horas de descanso entre outras modalidades de horários e plantões, sendo esta situação de difícil gerenciamento para a equipe.

Para a seleção dos sujeitos utilizou-se a técnica de amostra pelo critério de saturação com os seguintes critérios de inclusão:

- Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- Permitir a gravação da entrevista.
- Não estar ocupando cargo de assessoria, chefia, gerência ou outra função de confiança.

3.4 FONTE DE DADOS

Para a contextualização do Hospital no que tange a composição de sua força de trabalho tivemos acesso às escalas de trabalho referentes a cada categoria profissional que continham informações das seguintes variáveis: gênero, turno de trabalho e vínculo trabalhista.

A Gerência de Recursos Humanos (GRH) do Hospital nos forneceu informações acerca do número de servidores por área, bem como o tipo de vínculo com a organização estudada e o Sistema Único de Saúde.

Para as informações acerca dos acidentes de trabalho ocorridos no período de 2005 á 2008, pudemos chegar aos resultados após manuseio do Livro de Ocorrência de Acidentes de Trabalho, que fica sob a responsabilidade do Serviço de Segurança e Saúde do Trabalhador, SEST/HPSMC, no qual são registradas, manualmente, as informações sobre os acidentes ocorridos entre trabalhadores do HPSMC, estagiários e trabalhadores de toda a rede de saúde do município, haja vista que o serviço é referência para o preenchimento da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). Encontramos informações incompletas, rasuradas e feitas a lápis. O livro é antigo, tipo livro ata e encontra-se bastante danificado, porém é o dado primário e único acerca dos acidentes, com as informações que necessitávamos.

Não optamos pela análise das CATs, devido a dificuldade de acesso, pois mesma é emitida em três vias e mesmo uma delas, sendo de posse do trabalhador ou

estando na sua ficha, estes dados não estão sistematizados pelo serviço em um banco de dados específicos, e nem em um sistema de informação próprio.

No quadro abaixo apontamos sucintamente as variáveis coletadas para a definição da situação dos acidentes de trabalho com material perfuro cortante, bem como o perfil dos trabalhadores de acordo com a fonte de dados disponível.

Quadro 1 – Eixos de análise e fontes de informação sobre trabalho e percepção de risco entre trabalhadores de UTI, Cuiabá, 2009.

Eixos	Fontes
Acidentes de Trabalho: número, clínica, local, período, categoria profissional, tipo do acidente	Livro de Registro de Acidentes do Serviço de Segurança e Saúde do Trabalhador do Hospital.
Gênero / Turno de Trabalho/ Categoria Profissional	Escalas de Trabalho organizadas pelo Recursos Humanos, Coordenação de Enfermagem e Gerência de Atendimento Terapêutico.
Tempo de Trabalho no Pronto Socorro e na UTI	Entrevista (Roteiro estruturado)
Percepção de Risco	Entrevista (Roteiro estruturado)

Entrevista estruturada

Para a entrada no espaço físico da UTI, fizemos contato telefônico com a responsável pela enfermagem, a fim de agendar um horário e dia adequados à equipe. Ressaltamos que o Diretor Geral assinou termo de consentimento para a coleta de dados, e quando entramos em campo, também estávamos de posse do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, da Aprovação do Comitê de Ética (cópia) e da Carta Consentimento da diretoria. Válido ressaltar que para que conseguíssemos realizar as entrevistas fomos até a UTI por três vezes consecutivas, porém a equipe

não pôde nos receber devido ao excesso de trabalho e procedimentos, bem como pelo fato de estarem trabalhando com número reduzido de funcionários devido á férias de outros. Nesse sentido, a responsável pela equipe concordou em apoiar a pesquisa, porém nos explicou que se alguma intercorrência ocorresse no momento da entrevista seria necessária a sua interrupção. Concordamos e lembramos que estaríamos á disposição pelo tempo que se fizesse necessário, procurando não alterar a rotina de trabalho procedimentos.

A realização das entrevistas deu-se no período de junho a agosto de 2009, realizadas individualmente, no espaço destinado ao repouso dos trabalhadores, dentro da própria UTI, onde os sujeitos foram informados sobre o intuito da pesquisa e a garantia de sigilo e anonimato. As entrevistas ocorreram nos turnos de trabalho diurnos e noturnos. Excetuam-se os trabalhadores da equipe de fisioterapia que foram entrevistados no espaço físico da sala de fisioterapia, após agendamento com a equipe e o pesquisador.

Para a realização das entrevistas, a pesquisadora contou com o apoio de uma Psicóloga na intenção de aprofundar as discussões á serem analisadas e de evitar possíveis vieses no sentido do envolvimento da pesquisadora com as relações de trabalho com os sujeitos e pela militância sindical da mesma neste contexto.

As informações acerca das percepções dos sujeitos deram-se através de entrevista estruturada com roteiro, com gravação de toda a entrevista, com aparelho de MP3 e teve em média a duração de 14 minutos cada uma delas.

O instrumento foi estruturado em três blocos: trabalho, saúde e Percepção de risco, subsidiando dessa forma uma contextualização ampla do cenário de pesquisa, bem como para a discussão e análise dos dados.

O quadro á seguir mostra a descrição do instrumento e os principais aspectos que foram utilizados para os questionamentos e análise de acordo com os blocos pesquisados.

Para o bloco trabalho, os sujeitos foram estimulados a falar sobre a motivação de sua escolha profissional, a importância do trabalho em sua vida pessoal, o que

acredita ser trabalho em equipe e como isso se dá no espaço da UTI, bem como quais as maiores dificuldades apresentadas durante suas atividades de trabalho.

No segundo bloco de questionamentos, buscou-se conhecer quais os hábitos saudáveis de vida estes trabalhadores cultivam, no que se refere a alimentação, horas de sono, bem como atividades de esporte e lazer, além de discutir se o trabalho pode interferir de alguma forma em sua saúde.

No terceiro e último bloco, eixo principal do estudo, questionamos acerca dos conhecimentos acerca do risco biológico, além de buscarmos identificar qual a percepção dos sujeitos mediante a exposição diária e prolongada aos riscos. Neste bloco, suscitaram-se ainda relatos de acidentes de trabalho vivenciados pelos sujeitos, bem como qual o conhecimento que os mesmos têm de qual o fluxo interno do hospital que deverão seguir caso se acidentem ou adoeçam novamente. Informações acerca de como fazem para se proteger, quais os equipamentos de proteção individual que utilizam, bem como a sondagem de comportamentos, crenças e atitudes que pudessem influenciar a percepção destes indivíduos.

Buscamos ainda conhecer a opinião dos trabalhadores em relação aos serviços de saúde ocupacional oferecidos pelo hospital. Ao finalizar este bloco, demos oportunidade aos trabalhadores para que pudessem falar livremente sobre como foi a experiência em participar da pesquisa, e qual a sua opinião sobre a necessidade de pesquisar a temática em questão. Ressaltamos que neste momento informamos aos sujeitos que o gravador seria desligado, e que tais informações não constariam no corpo da pesquisa, caso ele assim o solicitasse.

Sentimos a necessidade de oportunizar este momento ao trabalhador para que ele pudesse discorrer sobre alguma experiência pessoal ou até mesmo para que pudessemos captar algo relacionado às percepções que não foi dito durante a gravação, pois alguns entrevistados se mostraram muito desconfortáveis em relação ao aparelho de mp3.

Quadro 2 – Informações levantadas na entrevista estruturada

Blocos	Informações
Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - A escolha profissional (aspectos relacionados á dor e prazer). - Pontos negativos do trabalho (relacionados á organização sócio-profissional e condições de trabalho). - Trabalho em equipe - O trabalho e sua importância na vida (subsistência, inserção social, amigos).
Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Hábitos saudáveis cultivados (Sono, alimentação, lazer e atividade física). - Como o trabalho pode interferir na vida pessoal e familiar (danos físicos e psicossociais).
Percepção de Risco	<ul style="list-style-type: none"> - O contato com pacientes internados podem afetar a saúde. - O tempo, em anos, de trabalho em UTI, expõe em maior ou menor intensidade seus trabalhadores aos riscos. - Quais os cuidados tomados para prevenção de acidentes e doenças. - Que fatores que potencializam ou minimizam os riscos no ambiente de trabalho. - Já fez correlação entre alguma doença e o trabalho. - Acidentes de Trabalho: já sofreu, e conhece o fluxo caso ocorra. - Quais os comportamentos, crenças e atitudes podem influenciar esta exposição.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Primeira Etapa: Transcrição na íntegra de todo o material gravado durante as entrevistas e após encadernados em seqüência para melhor organização e manuseio dos dados.

Segunda Etapa: Leitura exaustiva de todo o material coletado e transcrito, apropriando-se do conteúdo, denominada na literatura de leitura flutuante, sem a intenção, neste momento, de categorização ou qualquer tipo de inferência. É válido ressaltar que durante a leitura do material transcrito a pesquisadora ouviu simultaneamente as gravações no aparelho de MP3 para a captura de informações não verbalizadas que puderam ser contextualizadas com o diário de campo.

Terceira Etapa: Estabelecer classificações, agrupar elementos idéias ou expressões em torno da temática de interesse. Neste momento estabelecemos as categorias de análise que foram organizadas de acordo com os três blocos de análise: trabalho, saúde e percepção de risco. Esse conjunto de categorias foi definido e organizado de acordo com três princípios: manter o mesmo critério para estabelecer as categorias; as categorias estabelecidas permitiram situar todas as respostas (critério da exaustividade) e as categorias são mutuamente exclusivas³³.

Quarta Etapa: Analisar os achados à luz do referencial teórico elencado, buscando junto aos resultados realizar a discussão propriamente dita.

4. ASPECTOS ÉTICOS

O estudo pautou-se na resolução 196/196 do Conselho Nacional de Saúde, envolvendo Pesquisa com Seres Humanos, caracteriza-se como pesquisa que individualmente ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou a partir deles incluindo o manejo de informações ou materiais. Visa assegurar os deveres e direitos que dizem respeito à comodidade científica, os sujeitos da pesquisa e ao estado³⁴.

Para garantir a sustentação do sigilo e o anonimato de identidade, antes da realização da entrevista, a pessoa a ser entrevistada tomou conhecimento dos

objetivos do estudo, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido elaborado conforme o artigo 35 da Resolução 196/196 do CNS.

A Direção Geral do Hospital assinou carta de consentimento e aceite para a realização da pesquisa, e foi feito contato com o responsável pela UTI para agendamento prévio da entrada do pesquisador em campo.

A pesquisadora comprometeu-se junto ao Serviço de Educação Permanente que logo após a defesa da dissertação irá divulgar junto aos trabalhadores e gestores os resultados obtidos.

5 - ARTIGO 1

**O RISCO DIÁRIO À SAÚDE DOS TRABALHADORES EM UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA**

RESUMO

Os estudos sobre percepção de risco têm sido utilizados com frequência para a construção de indicadores na saúde pública. Neste trabalho, o levantamento de percepções permitiu apontar as noções com as quais os trabalhadores em saúde lidam com as exposições ocupacionais e com os processos de trabalho no dia-a-dia de suas funções laborais. Em organizações hospitalares os agentes biológicos de maior importância, do ponto de vista epidemiológico, são o HIV e o vírus da hepatite B e C. A contaminação por esses agentes ocorre normalmente em acidentes com material perfuro-cortante e constituem a principal causa de doenças infecciosas entre os trabalhadores de saúde. Esse estudo teve por objetivo o levantamento da percepção de risco biológico entre trabalhadores de saúde de Unidade de Terapia Intensiva de Adultos de um hospital público de médio porte, em Cuiabá, Mato Grosso. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa. A amostra foi composta de trabalhadores das áreas de medicina, fisioterapia e enfermagem, tendo sido definida pelo critério de saturação, com uso da entrevista estruturada como técnica de coleta de dados. Os trabalhadores foram inquiridos acerca do uso de equipamentos de proteção individual, doenças relacionadas ao trabalho em UTI e informações recebidas em treinamentos sobre proteção, riscos e exposição. Nos resultados de perfil dos trabalhadores da UTI, pôde ser observado que 70% da força de trabalho é do sexo feminino, 53% são técnicos de enfermagem, 65% com vinculação temporária de trabalho (contratados) e 51% exercem suas funções em horário noturno. Quando questionados sobre a escolha do trabalho em saúde, observou-se que a influência familiar e o desejo de ajudar ao próximo, foram as respostas mais comumente encontradas. Acerca das maiores dificuldades que enfrentam no dia-a-dia, os trabalhadores apontaram as más condições de trabalho, o desgaste mental, estresse e a exposição diária à morte de pacientes como os fatores de difícil manejo. A subnotificação dos casos de acidentes com potencial risco de contaminação ficou evidente na organização, tendo sido observada a relação com os vínculos temporários de trabalho e a ausência de informações quanto ao risco do trabalho em UTI na admissão dos novos servidores. Fatores tais como jornadas excessivas, vínculos

precários e fragilidades na política de gestão do trabalho parecem contribuir para exposição desses trabalhadores aos riscos. Medidas de prevenção tais como, mapa de risco baseado na percepção dos trabalhadores, espaços de discussão coletiva, investimentos em políticas de saúde do trabalhador e educação permanente constituem medidas essenciais ao trabalho em saúde no âmbito hospitalar.

Descritores: 1. Percepção de risco 2. Unidade de terapia intensiva 3. Trabalho em saúde.

ABSTRACT

Studies on risk perception have been frequently used for the construction of indicators in public health. For this study, a survey of perceptions helped to point to the concepts with which health workers deal with occupational exposures and work processes in day-to-day functions of their work. In hospital organizations biological agents of greatest importance, in the epidemiological point of view, are HIV and hepatitis B and C. Contamination by these agents usually occurs in accidents with cutting and piercing material and are the main cause of infectious diseases among health workers. The aim of this study is to lift the perception of biological risk among health workers in the Intensive Care Unit for adults in a public hospital of medium size, in the city of Cuiabá. This is a descriptive study of qualitative approach. The sample consists of workers in the areas of medicine, physiotherapy, nursing assistants and nursing technicians. The criterion of choice of research subjects is the saturation, using the structured interview as a means of data collection. Workers were asked about the use of personal protective equipment, diseases related to the work in the ICU and information received in training on protection, risk and exposure. In the results of socio-demographic profile of workers in the ICU, it might be noted that 70% of the workforce is concentrated among women, 53% are nursing technicians, 65% are temporary workers, it is, service providers, and 51% perform their functions in evening hours. The underreporting of cases of accidents with potential risk of contamination was evident in the organization, besides being related to temporary work. The category most exposed to risk is nursing staff. Factors such

as excessive journeys, precarious links and weaknesses in the management policy work contribute to the greater exposure of the workers to the risks. Preventive measures such as risk map prepared in accordance with the perception of the workers, investments in health policies of the worker and permanent learning are essential to the health work in hospitals.

Keywords: 1. Risk perception 2. Intensive care unit 3. Health work.

Introdução

Embora as doenças ocupacionais e os acidentes de trabalho sejam agravos de relevância nos estudos em saúde pública, no trabalho em saúde ainda necessita de estudos e discussões aprofundadas quanto aos seus aspectos epidemiológicos quanto das pesquisas nas ciências sociais e humanas de maneira geral.

Especificamente no ambiente hospitalar, os principais riscos aos quais os trabalhadores estão expostos são os biológicos, que podem resultar em doenças transmissíveis agudas e crônicas causadas por bactérias, vírus, rickettsias, clamídias, fungos e principalmente a tuberculose pulmonar, citomegalovírus, hepatites virais, HIV e AIDS¹.

A Unidade de Terapia Intensiva é um dos setores, dentro do espaço da organização hospitalar, em que ocorrem mais acidentes com instrumentos e materiais perfuro cortantes. Observa-se que as equipes de UTI são responsáveis pela execução de aproximadamente 60% das ações e procedimentos em saúde nas unidades hospitalares, o que, portanto, coloca estes trabalhadores em maior contato físico com o paciente e conseqüentemente aos riscos².

Neste cenário de risco do trabalho em saúde, torna-se imprescindível conhecer qual a percepção desta população quanto á possibilidade de contaminação e adoecimento aos quais estão expostos diariamente. Assim sendo, os estudos sobre

percepção de risco tornam-se de fundamental importância ao entendimento do universo que cerca o trabalho em saúde, tornando possível a produção de conhecimentos mais efetivos que viabilizem a implementação de cuidados, medidas preventivas, promoção e proteção aos trabalhadores.

Para a Epidemiologia, que tem como eixos centrais a ocorrência, a causa e o controle das desordens de saúde em uma referida população, o risco epidemiológico pode ser definido como “a probabilidade de ocorrência de um determinado evento relacionado à saúde, estimado a partir do que ocorreu no passado recente³”.

Porém, no contexto social mais amplo, neste caso, o trabalho em saúde, carregado de percepções, sentimentos e valores como a própria vida, que não se mensuram quantitativamente, a objetividade da epidemiologia não possibilita a explicação acerca dos motivos pelos quais as pessoas se expõem de formas diferenciadas aos riscos e, também, porque para uns o risco é aceitável e para outros não. As ciências sociais propõem assim, a incorporação da subjetividade para a explicação e o entendimento do risco. Assim, a compreensão da forma como cada indivíduo percebe os riscos aos quais está exposto, torna-se de fundamental importância, pois é esta percepção que nos permite mapear sob o olhar do outro o que lhe é mais possivelmente arriscado e assim implementar ações e serviços que visem sua proteção no ambiente de trabalho⁴.

Navarro⁵ afirma, então, que a percepção está integrada a um determinado contexto coletivo que abrange a perspectiva comportamental associada à capacidade da formulação cognitiva, aos aspectos afetivos e biológicos e às possibilidades de leitura e de interação com o ambiente externo.

Métodos

Com o objetivo de conhecer a percepção de risco biológico entre os trabalhadores da UTI Adulto do Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá, foi desenvolvida uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa.

O local do estudo é a UTI Adulto I e II. O hospital estudado situa-se na região central da capital, pertencente à esfera municipal, que tem como missão o atendimento em urgência e emergência para a capital e municípios vizinhos, com capacidade instalada de 210 leitos para internação.

A unidade selecionada para o estudo é a Unidade de Terapia Intensiva Adulto I e Unidade de Terapia Intensiva Adulto II. Ambas situam-se no segundo andar do hospital, não estando interligadas; as duas UTI somam 20 leitos de internação, os quais permanecem diariamente ocupados.

O quadro de trabalhadores do Hospital é de 1.331 funcionários, incluídos neste grupo os da área meio (administrativos e gestão) e os da área fim (atendimento direto ao paciente). Desse total, 672 trabalhadores estão vinculados informalmente ao sistema, isso equivale a dizer que são contratados temporariamente como prestadores de serviço cerca de 55% do total da força de trabalho do hospital⁶.

A população deste estudo foi representada pelos trabalhadores da UTI Adulto I e II, constituindo um conjunto de 07 fisioterapeutas, 13 médicos, 10 auxiliares de enfermagem, 46 técnicos de enfermagem e 10 enfermeiros, totalizando 86 trabalhadores em atuação nas duas UTI. Para a seleção dos sujeitos utilizou-se a técnica de amostra pelo critério de saturação com os seguintes critérios de inclusão: não estar ocupando cargo de assessoria, chefia, gerência ou outra função de confiança.

Vale aqui ressaltar que a escala de trabalho dos profissionais das UTIs é fixada mensalmente, e com exceção da equipe de fisioterapia que além da UTI atende outras clínicas, todos os demais atuam exclusivamente na Unidade de Terapia intensiva. Obviamente, o número de trabalhadores oscila, em razão de férias, licenças e demais direitos dos trabalhadores da área.

Para a contextualização do hospital no que tange à composição de sua força de trabalho tivemos acesso às escalas de trabalho referentes a cada categoria

profissional, tendo sido levantadas as seguintes variáveis: gênero, turno de trabalho e vínculo trabalhista.

. No quadro abaixo apontaremos sucintamente as variáveis coletadas para a contextualização dos acidentes no universo dos trabalhadores do Hospital e os eixos de interesse para a definição dos sujeitos da pesquisa.

Quadro 1 – Eixos e fonte de coleta de dados sobre acidentes na UTI do Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá, 2009.

Eixos	Fontes
*Acidentes de Trabalho: número, clínica, local, período, categoria profissional, tipo do acidente	Livro de Registro de Acidentes do Serviço de Segurança e Saúde do Trabalhador do Hospital.
*Gênero / Turno de Trabalho/ Categoria Profissional	Escalas de Trabalho organizadas pelo Recursos Humanos, Coordenação de Enfermagem e Gerência de Atendimento Terapêutico.
Tempo de Trabalho no Pronto Socorro e na UTI	Entrevista
Percepção de Risco	Entrevista

Aspectos Éticos

Para a entrada no espaço físico da UTI, fizemos contato telefônico com a responsável pela enfermagem, a fim de agendar um horário e dia adequados à equipe. Ressaltamos que o Diretor Geral assinou termo de consentimento para a coleta de dados, e quando entramos em campo, estávamos de posse do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, da Aprovação do Comitê de Ética (cópia) e da Carta Consentimento da diretoria. Válido ressaltar, também, que para conseguir

realizar as entrevistas fomos até a UTI por três vezes consecutivas, porém a equipe não pôde nos receber devido ao excesso de trabalho e procedimentos, bem como pelo fato de estarem trabalhando com número reduzido de funcionários devido à escala de férias. Nesse sentido, a responsável pela equipe concordou em apoiar a pesquisa, porém, nos explicou que se alguma intercorrência ocorresse no momento da entrevista seria necessária a sua interrupção. Concordamos e lembramos que estaríamos à disposição pelo tempo que se fizesse necessário, procurando não alterar a rotina de trabalho e dos procedimentos.

A realização das entrevistas deu-se no período de junho a agosto de 2009. Foram realizadas individualmente no espaço destinado ao repouso dos trabalhadores, dentro da própria UTI. Os sujeitos foram informados sobre o intuito da pesquisa e a garantia de sigilo e anonimato. As entrevistas ocorreram nos turnos de trabalho diurnos e noturnos. Os trabalhadores da equipe de fisioterapia foram entrevistados no espaço físico da sala de fisioterapia, após agendamento com a equipe e o pesquisador.

As informações acerca das percepções dos sujeitos deram-se através de entrevista estruturada com roteiro pré-estabelecido. As falas foram registradas em gravadores digitais (MP3) e tiveram em média a duração de 14 minutos cada uma delas.

O instrumento foi estruturado em três blocos: trabalho, saúde e percepção de risco, subsidiando dessa forma uma contextualização ampla do cenário de pesquisa, bem como para a discussão e análise dos dados. Organizamos o material coletado nas entrevistas através da transcrição na íntegra de todas as entrevistas e depois encadernamos para melhor manuseio. Em seguida realizamos leitura exaustiva de todo o material coletado e transcrito, apropriando-se do conteúdo, denominada na literatura de leitura flutuante, sem a intenção, neste momento, de categorização ou qualquer tipo de inferência. Foi feito ainda a leitura e a escuta do áudio das gravações concomitantemente buscando apreender algo além do verbalizado, com o auxílio também do diário de campo. Após este procedimento, Estabelecemos as classificações, agrupando elementos idéias ou expressões em torno da temática de interesse, foi definido e organizado de acordo com três princípios: termos o mesmo

critério para estabelecer as categorias, as categorias estabelecidas permitiram situar todas as respostas (exaustividade) e as categorias são mutuamente exclusivas⁷.

Resultados e discussão

Perfil da população das UTIs e dos entrevistados

Para a caracterização do corpo de trabalhadores das UTI, foi realizado, inicialmente, um desenho do perfil dos mesmos, com as seguintes variáveis: sexo, tipo de vínculo trabalhista, categoria profissional e turno de trabalho.

Dentre os 86 trabalhadores das UTI, 60 são do sexo feminino e 26 masculinos. Destes, 56 estavam vinculados pelo regime de contratação temporária de trabalho e somente 30 no regime de estatutário (concurso público). A maior parte deste contingente concentra-se na equipe de enfermagem, compondo-se de 46 técnicos, 10 auxiliares e 10 enfermeiros. A equipe de fisioterapia mantém 07 trabalhadores que na rotina desenvolvem suas funções também em outras unidades de internação e 13 médicos exclusivos das UTI.

A caracterização do perfil dos trabalhadores da UTI apresentou a seguinte composição: 70% são do sexo feminino, incluídos neste conjunto os trabalhadores das áreas de enfermagem (técnicos, graduados e auxiliares), fisioterapia e medicina.

Machado⁸, afirma que a força de trabalho feminina na saúde é uma característica própria do setor e hoje representa 70% de todo o contingente, com tendências ao crescimento. Afirma ainda que em relação à feminilização da área médica, especificamente, houve a seguinte evolução: na década de setenta as mulheres representavam 11%; nos anos oitenta, 22%; nos anos noventa, 33%; e a estimativa para as duas primeiras décadas do século XXI o percentual atingiria a marca dos 50%.

Observamos na amostra dos 18 entrevistados, que algumas características são pertinentes ao quadro da população geral da UTI, ou seja, a força de trabalho concentrada predominantemente no sexo feminino e na área de enfermagem. Outra característica importante é o fato de que 15 dos 18 entrevistados afirmam estarem vinculados em outro serviço de saúde, além da UTI, ou seja, a existência das múltiplas jornadas de trabalho desenvolvidas pelos trabalhadores da área de saúde.

Em relação à faixa etária dos entrevistados, 08 trabalhadores estão entre 24 à 34 anos, 09 entre 35 à 45 anos e 01 entre 46 à 52 anos. Podemos afirmar aqui que o perfil dos entrevistados mostra um percentual da força de trabalho concentrada em 95% entre 24 à 45 anos.

Quanto ao perfil dos entrevistados, a Tabela 1 (abaixo) corrobora com as afirmações de Machado⁸ e em relação à predominância da força de trabalho feminina e as formas de vinculação informais, ou seja, os contratos temporários de trabalho.

Tabela 1 – Composição da força de trabalho por sexo e tipo de vínculo de trabalho dos entrevistados da UTI do Hospital e Pronto Socorro de Cuiabá, 2009.

Profissão	Sexo		Vínculo		Trabalha em outro lugar	
	Masculino	Feminino	Contratado	Estatutário	Sim	Não
Enfermeiro	03	-----	02	01	03	-----
Téc.Enfermagem	03	04	07	-----	04	03
Aux.Enfermagem	01	01	02	-----	02	-----
Médico	01	02	01	02	03	-----
Fisioterapeuta	-----	03	01	02	03	-----
Total	08	10	13	5	15	03

A precarização dos vínculos está presente nas características dos trabalhadores entrevistados, a Tabela 1 mostra que dos 18 entrevistados, 13 são contratados temporariamente.

Outra característica própria do trabalho em saúde é a existência da dupla jornada exercida pelos trabalhadores da área, da amostra de 18 sujeitos, 15 deles afirmaram estarem vinculados em outro local de trabalho além da UTI.

Nogueira⁹ aponta que na década de 1990 a política de flexibilização da inserção do trabalhador no mundo do trabalho acarretou em efeitos danosos ao Sistema Único de Saúde, no que diz respeito à gestão do trabalho no sistema. Neste sentido, o cenário de contratações é de aproximadamente quinhentas mil situações de trabalho em condições precárias, realidade que anda na mão contrária da Constituição Federal, como aponta o autor:

A terceirização de serviços técnico-profissionais (em adição à terceirização já tradicional de serviços gerais) vem se constituindo numa prática universal adotada em hospitais tanto privados quanto públicos. No caso do SUS, o que há de novo é diversificação, não só as referentes aos hospitais, mas também as que se dão no âmbito do sistema de gestão local em seu todo. Caracterizam-se, de modo geral, por envolver uma mediação feita, por empresas privadas, ONGs e cooperativas, que contam, em comparação com a administração pública, com maior liberdade para contratação e fixação de níveis de remuneração⁹. (Nogueira, 2003, p. 51)

Ainda no contexto de flexibilização e precarização de vínculos trabalhistas, Pires¹⁰ cita como característica típica do capitalismo a transformação do emprego em um privilégio atingível cada vez mais há um número menor de pessoas, criando, assim, um processo cada vez mais potencializado de aumento das desigualdades e da exclusão. Pontua ainda que este processo excludente tem atingido não somente a massa de trabalhadores com pouca qualificação, no que diz respeito aos poucos anos de escolarização mas, também, indivíduos com formação universitária. Contextualiza ainda o cenário de forma ampla como afirma a seguir:

O cenário atual de “flexibilização e de desestruturação do modelo de desenvolvimento fordista (vigente no mundo capitalista desenvolvido no pós-segunda guerra) tem gerado desemprego e setores de produção assalariados ou não, mas “precários” em relação aos direitos trabalhistas. Estes trabalhadores autônomos podem até conseguir ganhos temporários mais substanciais do que muitos dos trabalhadores legais, porém, considerando-se a sua relação com o trabalho ao longo da vida e os direitos de cidadania, aproximam-se dos desempregados no sentido da exclusão social¹⁰ (Pires, 1989).

Em relação ao grau de escolaridade, Machado⁸, afirma que houve crescimento do número de trabalhadores de nível superior, inseridos nas mais diversas áreas, como fisioterapia, fonoaudiologia, biomedicina, psicologia e no que se refere ao nível médio, um considerável crescimento do nível técnico e avanços na qualificação da enfermagem.

A Tabela 2 traz informações que se referem ao tempo de trabalho no PS, na UTI e turno de trabalho de acordo com a categoria profissional.

Tabela 2 – Composição da força de trabalho por categorias, segundo tempo de trabalho e turno de trabalho dos entrevistados da UTI do Hospital e Pronto Socorro de Cuiabá, 2009.

Variáveis	Profissão				
	Médico	Enfermeiro	Téc.Enf.	Aux.Enf.	Fisioterapeuta
Tempo PS					
< 1 ano	-----	1	-----	1	3
1 a 4 anos	2	1	2	-----	-----
> 4 anos	1	1	5	1	-----
Tempo UTI					
< 1 ano	-----	1	1	-----	3
1 a 4 anos	2	2	5	2	-----
> 4 anos	1	-----	1	-----	-----
Turno de trabalho					
Dia	2	3	6	2	2
Noite	1	-----	1	-----	1

Observamos que dos 18 entrevistados apenas 02 trabalhadores estão exercendo suas funções há mais de 4 anos na UTI, enquanto 5 estão apenas até um ano e 11 estão entre 1 e 4 anos, demonstrando desta forma um grupo bastante heterogêneo no que diz respeito a experiência no trabalho em UTI no contexto deste hospital. No serviço de fisioterapia é válido ressaltar que os três sujeitos de pesquisa ouvidos estão no Pronto Socorro e na própria UTI há apenas 4 meses.

No que tange ao turno, a amostra ouviu três sujeitos de pesquisa que desenvolviam suas atividades no período da noite, e os outros 15 no turno do dia, normalmente em escalas de 6 horas diárias de trabalho.

Trataremos agora da análise das percepções de risco encontradas nas entrevistas, sob a ótica da pesquisa qualitativa.

PERCEPÇÃO DE RISCO

A descrição dos dados sobre as percepções de risco entre os trabalhadores da UTI foram organizadas em categorias de análise elaboradas a partir das falas dos sujeitos da pesquisa. As mesmas foram divididas em três eixos: precarização das condições de trabalho, acidentes de trabalho e doenças, e serviço de saúde ocupacional.

Precarização/Acidentes de trabalho e doenças

Embora não tenha sido o foco desta pesquisa, foi importante a observação acerca da percepção deste grupo de trabalhadores, quanto aos fatores e agravos relacionados à saúde mental. Tal fato aparece intimamente ligado ao trabalho desenvolvido diariamente com a doença e a possibilidade sempre presente da morte, sendo relatado como um dos pontos que mais desagradam aos trabalhadores no exercício de suas funções. Os trechos de falas transcritos a seguir expõem este problema:

“É, as vezes afeta porque, as vez, por exemplo, na UTI você tem paciente que você se apega a eles, então as vezes ele vai a óbito e você sente um pouco abalado emocionalmente, então mais é isso mesmo. Emocional, a gente fica um pouco abalado” (Entrevistado 4)

“A gente tem que ter um equilíbrio, não que a gente não sinta né? Não que a gente não fique, como se diz, debilitado com o sofrimento com a dor, mas eu acredito que você também tem que cuidar do seu lado espiritual né, se você está bem com Deus, você está bem com o mundo a sua volta né?”(Entrevistado 6)

“Ah, a hora mais crítica é a hora que você sabe que o paciente vai morrer, essa hora é a hora muito triste, e você convive com ela, mas é horrível...” (Entrevistado 5)

“Querendo ou não a gente absorve algumas coisas do paciente, algumas emoções que interfere na nossa saúde, a gente fica triste, às vezes se emociona e chora com a família, mais emocional, físico, físico eu acho que é mais difícil”. (Entrevistado 1)

Neste contexto de trabalho em saúde, sendo a dor e a morte situações inevitáveis, é importante que estes trabalhadores possam ter acesso à troca de informações, sentimentos e emoções sobre essas experiências. Ou seja, é fundamental a criação de uma base de apoio que sirva de fonte para a continuidade de suas funções, minimizando os danos à sua saúde mental e à sua vida familiar e social.

Fatores tais como sobrecarga de trabalho devido à escassez de pessoal e falta de condições materiais e infra-estrutura na unidade de internação que refletem a precarização das condições e ambientes do trabalho em saúde, aparecem na fala dos sujeitos como fortes motivos para a grande exposição aos riscos de doenças mentais relacionadas ao trabalho:

“É muito difícil a falta de condições de trabalho, material e humano, a escassez, é trabalhar sempre no limite”. (Entrevistado 1)

“... Falta de condições de trabalho, isso deixa a gente chateado porque a gente quer fazer o serviço, mas às vezes a instituição não oferece os equipamentos necessários...”. (Entrevistado 4)

“Você vive numa corda bamba porque tem alguns, alguns, como se diz, alguns adicionais no salário que você, por exemplo, se você faltar um dia, você perde aquele adicional, se você der um atestado você perde também, se morre alguém da sua família você perde também, então é complicado, geralmente você percebe que você não pode ficar doente porque você perde algum adicional então tem funcionário que às vezes vem trabalhar doente”. (Entrevistado 4)

A precarização dos vínculos e condições do trabalho em saúde tem sido comumente apontados por estudiosos, como causadores das más condições de vida dos trabalhadores da área. A degeneração dos vínculos, muitas vezes incluídos aí a negação quanto a direitos constitucionais dos trabalhadores, a precarização das condições e ambientes de trabalho, os entraves no âmbito da organização da gestão e as relações sociais de trabalho permanecem em contexto de gestão ainda tradicional, ou seja, estruturas organizacionais com poucos espaços de negociação coletivos, linha de poder e tomada de decisão centralizada em únicas pessoas e a ocupação de cargos estratégicos baseados em critérios políticos em detrimento de critérios técnicos e de formação¹¹.

Questionados sobre de que forma poderiam ter sua saúde afetada no trabalho dentro da UTI, os trabalhadores percebem claramente o risco biológico, porém como observamos nos trechos descritos abaixo sentimentos de banalização e fatalismo aparecem claramente na fala dos sujeitos:

“... Aqui no pronto socorro a gente sente que tem certo descaso, que como é uma instituição que preconiza vaga zero, se você tem uma vaga, mesmo que não seja a ideal pro paciente, ou seja o paciente precisa de isolamento, e você não tem isolamento, ele precisa de UTI, você acaba tendo um pouquinho de vista grossa com relação a esses cuidados e admitindo esse paciente numa situação não ideal então eu acho que os riscos que a gente corre mais estão relacionados a destinação de doenças pelo ar, que seriam a tuberculose e agora essa gripe H1N1(...) Fora isso eu não vejo tanto risco assim...”(Entrevistado 8).

“Olha, eu acho assim: você tem que ter muito cuidado, se você falhar e furar o dedo com uma agulha usada aí só Deus pra salvar a gente, porque você nunca sabe se vai ficar doente ou não, então você tem que ter muito cuidado, mas o risco existe né? vai ter sempre... A solução, ah eu acho que não tem solução, não tem como você evitar um acidente, isso pode acontecer, não tem como evitar” (Entrevistada 5)

“... o stress leva a pressão alta, a pressão alta leva a um AVC ou a um aneurisma, que leva a insuficiência respiratória, que complica evolui a óbito. O meu trauma na coluna pode me colocar numa cadeira de rodas, então não tem jeito não...”(Entrevistado 6)

Nas falas anteriores podemos observar certa banalização do risco, uma vez que mesmo apontando a possibilidade de contrair uma doença infecto-contagiosa grave o trabalhador conclui que mesmo assim não vê tanto risco. Esse mecanismo, definido por Dejours¹² como banalização do risco, apresenta-se como uma estratégia defensiva adotada inconscientemente pelo trabalhador para que ele possa manter-se na condição em que está, uma vez que é aquele trabalho que o mesmo “escolheu” para a manutenção de suas necessidades e de sua família, desta forma a saída é sujeitar-se á ele. O autor amplia essa questão argumentando que “a consciência aguda do risco obrigaria o trabalhador a tomar tantas precauções individuais que ele se tornaria ineficaz do ponto de vista da produtividade.”

Na última fala observamos a negação da possibilidade de adoecer, uma vez que tal fato traria conseqüências ao sustento da família e dos filhos. Essa estratégia defensiva é descrita por Dejours¹², no caso dos homens, para que não haja ruptura do trabalho profissional e para as mulheres, não se é permitido adoecer por causa das crianças. Neste contexto apontado por Dejours¹², é válido lembrar que a mulher era a responsável pelos cuidados da casa e dos filhos, e ao homem cabia a tarefa do sustento da família; diferente do cenário em que estamos inseridos, onde a mulher além de ser o sustento é também em muitos casos a responsável pelos filhos e pela casa. O autor ressalta ainda que não se trata então de evitar o processo de adoecimento ou a doença, e sim domesticá-la, conviver com ela e continuar produzindo, quer seja em casa, quer seja no trabalho.

Parece ficar claro na fala dos sujeitos a nítida percepção do risco, bem como noções básicas de como preveni-los. Por outro lado, as difíceis condições de trabalho, a falta de equipamentos de proteção coletiva e individual e a total ausência de espaços onde estes trabalhadores possam externalizar suas demandas, parecem conduzir estes trabalhadores a um sentimento de fatalismo, enxergando a condição como impossível de ser melhorada. Sendo assim, a aceitação dessa condição parece ser a única alternativa. As passagens transcritas a seguir ilustram o problema:

“... A gente só vai se debilitando com este ambiente, aqui dentro é um lugar que se trata de doença, então eu não vou sair daqui com saúde.(...) fazer o que né?” (Entrevistado 18)

“... A gente acostuma aqui. Acaba a gente vendo tudo mal, todas as doenças dos pacientes acabam sendo normais igual as outras que estão vindo né? O psicológico da gente abala um pouquinho, mais a gente vai acostumando com isso já e não vai ficando, quando a gente entra aqui a gente já sabe a meta da gente, o que a gente tem que fazer. A gente já fica concentrado aí quando a gente sai lá pra fora a gente já abala um pouquinho.”(Entrevistado 11)

Para Dejours¹², os processos e as condições de trabalho são decisivos na percepção de riscos dos trabalhadores e, como apontados nas falas anteriores, geradores em maior ou menor grau ao grau de exposição em que se encontram estes indivíduos uma vez que as condições insatisfatórias como a dificuldade de acesso aos equipamentos de proteção individual, a ausência de espaços onde os trabalhadores possam externalizar seus medos e dificuldades e a natureza do próprio trabalho em saúde parecem contribuir para a percepção dos riscos estar ora diminuída ora exacerbada.

Para Santos¹¹, a instabilidade no setor público associada a aspectos de infraestrutura, salários, vínculos, direitos, burocracia excessiva, subvalorização pelo governo e população, mobilizam e desestabilizam os interesses dos trabalhadores, provocando atitudes de negação, recuo, resistência, superação, e improvisações, misturando-se perspectivas de saídas “criativas”, inventivas e também desgastantes e geradoras de sofrimento. Neste sentido a transcrição acima demonstra a possibilidade destas atitudes na fala do entrevistado 11 que relata um sentimento de negação aos sofrimentos e desgastes vivenciados em sua rotina de trabalho

Alves¹³ afirma que as condições de trabalho insatisfatórias podem influenciar na ocorrência de acidentes de trabalho, das patologias ocupacionais e fadiga física e mental devido aos trabalhos noturnos e em turnos, a falta de iniciativa nos processos decisórios e o desinteresse pela atividade por impedir o desenvolvimento de seus conhecimentos e capacidade intelectual.

Reiterando a afirmação de Alves para a implicação das condições de trabalho, A Organização Internacional do Trabalho¹⁴ define trabalho digno como sendo:

“... Aquele que resume as aspirações dos indivíduos no que diz respeito a sua vida laboral, implicando em oportunidade de obter um trabalho produtivo com remuneração justa, segurança no local de trabalho e proteção social para as famílias, maiores perspectivas de desenvolvimento social e liberdade para os indivíduos manifestarem suas preocupações, se organizarem e participarem em todas as decisões que afetam a sua vida, assim como, igualdade de oportunidades e de tratamento para homens e mulheres^{14b}” (OIT, 1985).

Neste sentido, na ótica da OIT¹⁴ paira a dúvida: o trabalho em saúde e podemos dizer aqui, no âmbito do Sistema único de Saúde, com vínculos precários de trabalho, ausência de planos, carreiras, cargos e salários dignos, além de ambientes inseguros pode ser considerado digno?

Quando questionados sobre os acidentes de trabalho e às doenças desenvolvidas nas atividades laborais, foram comuns expressões como: “*Graças à Deus, não.....*” (Entrevistado 1), associadas a nítidos movimentos corpóreos como bater na madeira três vezes, fazer o sinal da cruz, emitir outros sinais supersticiosos ou de caráter religioso. Há que se questionar o fato de que talvez o trabalho em saúde, no âmbito hospitalar, traga consigo um risco difícil de ser eliminado, sendo assim, esses trabalhadores parecem esperar a sua proteção de algo quase que sobrenatural, tal qual a passagem a seguir transcrita:

“... Sim, já aconteceu de cortar meu dedo com bisturi, e eu tava de luva, perfurações nas coletas de sangue e por aí vai, mas graças á Deus, não deu em nada...” (Técnico de Enfermagem, 40 anos).

“Foi perfuro-cortante mas graças a Deus, não deu nada. (Entrevistado 6)

“É doença grave, graças a Deus não, não me lembro de doença grave, mas, eu tenho uma certa resistência, ainda bem...”(Entrevistado 7)

Em relação ao uso de equipamentos de proteção individual (EPI), a maioria dos trabalhadores alegou usar ressaltando a importância do uso, porém a disponibilização dos mesmos parece dificultar esta rotina:

“... Eu uso a máscara, assim por não receber um curso de orientação apropriada a gente trabalha com aquilo que tem, e a luva, e só...”
(Fisioterapeuta, 35 anos).

“Sim, principalmente máscara, né, máscara, luva, óculos e uniforme, camisa privativa do setor... não sei se se enquadra, mas o gorro, o gorro eu não uso.”
(Entrevistado 7)

“É preciso usar, mas, alguns sim, alguns tem, outros não né? Mas é difícil usar. Bom principalmente né, a luva né? Aqui é o que está faltando no setor fechado, o propé, que a gente tem que aqui é muita secreção, o óculos de proteção, máscara, o que tem é só isso aqui dentro”. (Entrevistado 3)

“Às vezes, as vezes interna um paciente sem diagnóstico, você, naquele momento ao atender o paciente você tem que usar, mas as vezes a instituição não tem na hora, então até sair daqui e providenciar você já teve contato com o paciente, por exemplo, máscara, se uma doença transmitida via respiratória, então as vezes não tem a máscara adequada pra certos tipos de doença né?”
(Entrevistado 2)

Em relação ao adoecimento e a possibilidade de contaminação no trabalho em UTI os trabalhadores relatam com clareza situações de significância no que se refere ao trabalho como fator desencadeante de patologias, porém como dissemos anteriormente, novamente estratégias defensivas de negação e banalização aparecem nos relatos:

“... Eu, na época do cólera, eu tive, eu não usava máscara, depois tive muita febre mas achei que era normal, fiz raio x mas nem mostrei pro médico, toquei minha vida, tinha que trabalhar, até que tive que internar, eu tava com tuberculose (...) aí que eu fui acordar para a vida...” (Entrevistado 3).

“... Peguei uma conjuntivite de uma bactéria, e tive uma úlcera de córnea, mas acho que foi só isso, mais nada...” (Entrevistado 8)

É válido ressaltar que os sujeitos, independente das categorias profissionais, ou nível de escolaridade, ou até mesmo entre aqueles que têm mais acesso à informação, trazem em suas falas um ponto em comum: o discurso da negação ou banalização do risco quando citam ocorrências de adoecimento em suas experiências de trabalho.

Observa-se na grande maioria das vezes que os trabalhadores percebem e reconhecem os riscos, muito embora pareça não ficar clara a fronteira do risco uma vez que estamos lidando com algo que nem concreto é do ponto de vista do palpável, ou seja, bactérias, vírus e microorganismos. Sendo assim, quando adoentados ou vitimizados por algo que sugira doença ou acidente de trabalho, as dificuldades em se estabelecer o nexos causal e todas as conseqüências do processo de investigação para o trabalhador, apontam para a possibilidade de um alto número de subnotificações, como sugere a fala transcrita abaixo.

Fica nítido a ansiedade e o medo até a chegada dos exames, nesse sentido a possibilidade de subnotificação pela morosidade dos testes, pelo próprio medo em si, pelas conseqüências que uma doença infecto contagiosa possa trazer às suas relações pessoais, sociais e de trabalho, podem ser decisivas para a não notificação.

Torna-se necessário neste cenário, um processo participativo e claro de comunicação de acidentes de trabalho, com uma Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) atuante e presente diariamente na Unidade de Internação a fim de esclarecer os trabalhadores e orientá-los sobre prevenção de danos à saúde.

“... Foi difícil, o paciente portava ainda o vírus, aí a consciência da gente, tinha dia que eu não dormia, prá chegar logo esse exame. Aí daqui a um mês fazia outro, cada momento que você fazia o exame e esperava o resultado aí que a gente ficava mais tenso sabe? Tem vez que nem dormia, não dormia mesmo, já tenho insônia mesmo, é muito complicado...” (Entrevistado 11).

Serviço de Saúde Ocupacional

Nos questionamentos referentes a informações recebidas sobre o uso adequado de equipamentos de proteção individual, observamos que o conhecimento existente parece ser advindo da prática diária da profissão e não apreendido em um processo de educação permanente, vivenciado e oportunizado na organização hospitalar. Quando questionados sobre a existência de cursos, oficinas e informações quanto ao que fazer em caso de acidente de trabalho, observamos que um grupo de trabalhadores afirma terem recebido orientações e outro grupo afirma não ter recebido; o mesmo ocorre em relação ao conhecimento sobre o fluxo do atendimento em casos de acidentes de trabalho, os mesmos mostram-se bastante confusos sobre qual serviço deveriam se reportar. Os assuntos abordados envolveram o recebimento de orientações sobre prevenção quanto aos riscos biológicos e, também, o que fazer em caso de acidente de trabalho.:

1 – “Sim. Ah, os riscos biológicos né? as proteções, as Epis né ?que são as máscaras, que precisa trocar de duas em duas horas né? Precisa ser trocada de duas em duas horas né, o gorrinho, luva né.?Em curso né? É que a gente vai conversando na UTI, acaba tendo conhecimento aí passa pra outro, dali passa pra cá, daqui passa pra lá e a gente vai nessa ciranda né?” (Entrevistada 6).

2 – “... Na minha pós-graduação que eu fiz. Aqui dentro não...” (Entrevistada 2)

3 – “... Tem , a gente tem aquele, como é que chama? o fluxograma, vai, colhe os exames, passa pelo médico né? ”(Entrevistada 10)

4 – “... Bom aqui na UTI, ou em qualquer lugar aqui do hospital, em qualquer setor tem que procurar o CAT né?” (Entrevistada 9)

Observa-se no conjunto dos trechos transcritos e apresentados acima que as informações referentes à prevenção e ao fluxo no caso de acidentes de trabalho parecem não estar claras aos trabalhadores. As falas demonstram haver dúvidas sobre o que fazer e a quem recorrer em caso de acidentes de trabalho. Sob este aspecto, ocupam papel importante na organização da prevenção aos acidentes de trabalho a CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho) e o SEST/HPSMC (Serviço de Saúde do Trabalhador do Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá), que poderiam estar mais próximos da rotina de trabalho destas pessoas, facilitando o fluxo de informações sobre o assunto e abrindo espaço para a escuta que se faz tão necessária neste contexto.

RECOMENDAÇÕES E CONCLUSÕES

Observamos que as precárias condições de trabalho são os principais aspectos elencados pelos trabalhadores em relação à percepção de riscos no trabalho em UTI, ou seja, para este grupo que o que mais os expõe são os fatores relacionados às próprias condições laborais e não propriamente os riscos biológicos em si, inerentes ao trabalho em saúde, e em UTI.

A análise dos resultados permitiu observar que a percepção de risco desse grupo populacional está coerente com a realidade dos riscos inerentes do trabalho em saúde, no entanto, estratégias defensivas puderam ser notadas, advindas de um sentimento de conformismo em relação às condições de trabalho apontadas. Neste sentido, podemos afirmar que as estratégias defensivas não se relacionam diretamente aos riscos biológicos no sentido de não poder preveni-los ou reconhecê-los, mas sim ao que enfrentam diariamente, ou seja, o próprio trabalho em saúde, a precarização no ambiente e nas condições de trabalho o que, neste caso, acreditam

não poder mudá-los e conseqüentemente parecem se colocar passivamente diante da situação.

Se, por um lado, as estratégias defensivas vinculam-se a um possível conformismo dos trabalhadores, fato que pode aumentar a vulnerabilidade aos riscos, por outro lado, elas tornam esses trabalhadores ora mais embrutecidos e alienados, ora se posicionando como verdadeiros missionários, onde suas necessidades e cuidados com a própria saúde, parecem permanecer em segundo plano, face a urgência do trabalho que realizam. Em todos esses casos, os comportamentos relacionados a mecanismos de proteção adotados pelos trabalhadores impulsionam no sentido de conseguirem permanecer no exercício de suas funções.

Certo afirmar que a falta de tradição do debate acerca do trabalho em saúde, sobretudo na esfera pública, a incipiência de movimentos organizados de trabalhadores e de leis que estabeleçam parâmetros de segurança e saúde, apontam para a necessidade de uma nova compreensão do trabalho e do trabalhador em saúde. Nesse sentido, abrir espaços de construção coletiva, considerando os saberes dos diversos atores, parece apontar para uma definição de políticas e mecanismos que respondam as demandas e necessidades deste grupo.

Assim, este estudo pôde concluir que esses trabalhadores mostram-se bastante informados acerca dos riscos, no caso, riscos biológicos, aos quais estão expostos. No entanto, a segunda fase da problemática é que se coloca como desafiadora: como admitir os riscos e conviver com eles em ambientes sem segurança, sem espaços de construção coletiva, com jornadas duplas ou triplas, vínculos precários e sem proteção social, salários baixos, ausência de carreiras e educação permanente e permanecer no trabalho em saúde sem desenvolver alguma estratégia defensiva?

De modo geral, é válido lembrar que a legislação trabalhista sobre saúde e segurança, ou seja, as Normas Regulamentadoras¹⁵, do Ministério do Trabalho e Emprego, se restringe somente aos trabalhadores da iniciativa privada, no entanto, torna-se importante apontar que mesmo que tais normas se estendessem ao serviço

público, seria necessário repensar o modelo para que ele não permaneça centrado apenas no aspecto normativo.

Nesse sentido, e tomando-se por base a perspectiva indicada pelo Ministério da Saúde (HumanizaSUS)¹⁶, os modelos rígidos de marco legal deveriam ser substituídos, no caso do trabalho em saúde, por uma dinâmica ampliada, facilitando a inclusão desses trabalhadores, de forma a aumentar a possibilidade de co-responsabilização dos mesmos.

Os serviços de saúde do trabalhador instituídos permanecem ainda na lógica do modelo biomédico, baseados em normativas e manuais de prevenção, proteção e programas voltados a exames periódicos, demissionais e campanhas de vacinação, negando as questões relacionadas á subjetividade, como a própria percepção de risco, nesse sentido tal modelo parece não responder às questões relacionadas ao trabalho em saúde, intenso em singularidades, sentimentos, aspirações e disputas.

Concluimos então que é de suma importância, no que se refere ao trabalhador, o empoderamento por meio dos processos de educação permanente, das negociações coletivas e da responsabilização pelas medidas de prevenção e proteção à saúde no que se refere ao poder público, o compromisso de incluir na agenda estratégica de governo, legislações pertinentes ao serviço público na área de saúde, bem como a abertura de canais de escuta e espaços de gestão compartilhada para um caminho de construção coletiva na saúde do trabalhador de saúde.

6 - ARTIGO 2

**PERCEPÇÕES ACERCA DO RISCO OCUPACIONAL ENTRE
TRABALHADORES DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

RESUMO

Os estudos sobre percepção de risco têm sido utilizados com frequência para a construção de indicadores na saúde pública. No caso deste trabalho, o levantamento das percepções permitiu apontar as noções com as quais os trabalhadores em saúde lidam com as exposições ocupacionais e com os processos de trabalho no dia-a-dia de suas funções laborais. Este estudo maior focado na percepção dos riscos biológicos permitiu apreender como dados secundários, informações relevantes nos aspectos da psicopatologia do trabalho, ou seja, as especificidades do trabalho em saúde, no sentido de lidar com a dor, o sofrimento e a morte. Sendo assim possibilitou uma maior compreensão acerca das condições de trabalho e desgastes no trabalho em saúde, neste caso, em Unidade de Terapia Intensiva. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa sendo a amostra composta de trabalhadores das áreas de medicina, fisioterapia, enfermagem, auxiliares e técnicos de enfermagem. Os questionamentos foram norteados por um roteiro dividido em três blocos: trabalho, saúde e percepção de risco. No perfil dos sujeitos entrevistados pôde ser observado que 70% da força de trabalho se concentram no sexo feminino, 53% são técnicos de enfermagem, 65% com vinculação temporária de trabalho, ou seja, prestadores de serviço, e 51% exercem suas funções em horário noturno. Quando questionados sobre a escolha do trabalho em saúde, observou-se que a influência da família, bem como o desejo de ajudar ao próximo, foram as respostas mais comumente encontradas. Acerca das maiores dificuldades que enfrentam no dia a dia, os trabalhadores apontaram as más condições de trabalho, o desgaste mental, estresse e a exposição diária a morte como os fatores de maior difícil manejo. A ausência de uma política de gestão do trabalho, de espaços coletivos de troca de experiências visando melhorias na saúde do trabalhador, a banalização e negação do sofrimento que o trabalho em saúde acarreta, parece apontar para um caminho crítico para o futuro desse corpo de trabalhadores, uma vez que não se pode prestar saúde a uma população sem estar também sadio física e mentalmente. Necessário torna-se neste cenário a tomada de iniciativas inovadoras no sentido de incorporar as vivências destes sujeitos para que em seus ambientes de trabalho possam externalizar

seus anseios, medos e frustrações á fim de se oportunizar um trabalho mais humano e digno e conseqüentemente uma assistência á saúde aos usuários do SUS resolutiva e humanizada.

Descritores: 1. Saúde do trabalhador 2. Hospital 3. Precarização 4. Saúde Mental

ABSTRACT

Studies on risk perception have been frequently used for the construction of indicators in public health. For this study, a survey of perceptions helped to point to the concepts with which health workers deal with occupational exposures and work processes in day-to-day functions of their work. In hospital organizations biological agents of greatest importance, in the epidemiological point of view, are HIV and hepatitis B and C. Contamination by these agents usually occurs in accidents with cutting and piercing material and are the main cause of infectious diseases among health workers. The aim of this study is to lift the perception of biological risk among health workers in the Intensive Care Unit for adults in a public hospital of medium size, in the city of Cuiabá. This is a descriptive study of qualitative approach. The sample consists of workers in the areas of medicine, physiotherapy, nursing assistants and nursing technicians. The criterion of choice of research subjects is the saturation, using the structured interview as a means of data collection. Workers were asked about the use of personal protective equipment, diseases related to the work in the ICU and information received in training on protection, risk and exposure. In the results of socio-demographic profile of workers in the ICU, it might be noted that 70% of the workforce is concentrated among women, 53% are nursing technicians, 65% are temporary workers, it is, service providers, and 51% perform their functions in evening hours. The underreporting of cases of accidents with potential risk of contamination was evident in the organization, besides being related to temporary work. The category most exposed to risk is nursing staff. Factors such as excessive journeys, precarious links and weaknesses in the management policy work contribute to the greater exposure of the workers to the risks. Preventive measures such as risk map prepared in accordance with the perception of the

workers, investments in health policies of the worker and permanent learning are essential to the health work in hospitals.

Keywords: 1. Risk perception 2. Intensive care unit 3. Health work.

Introdução

A crescente busca pelo mercado de trabalho em saúde, resultado do contexto do processo de municipalização, traz ao cenário da esfera pública questões relevantes no que tange a conformações deste corpo de trabalhadores: a precarização dos ambientes e condições de trabalho, a deterioração dos vínculos e as relações sociais estabelecidas neste contexto.

No âmbito hospitalar este cenário ainda traz consigo a peculiaridade de estar em contato diário com a dor, com as desigualdades sociais, a vida e a morte.

Os estudos acerca da psicopatologia do trabalho, especificamente no âmbito do trabalho em saúde da esfera pública, têm sido pouco explorados ainda que tais situações interfiram de fato na assistência prestadas aos usuários do Sistema Único de Saúde, e impactem na qualidade de vida e de saúde da população trabalhadora.

Os aspectos psicopatológicos no trabalho tiveram maior evidência com o pesquisador Dejours¹ na obra *A loucura do trabalho*, publicada em 1987 e ainda considerada marco teórico no assunto. Entretanto, a temática do sofrimento psíquico relacionado ao ofício saúde e a precarização das condições e ambientes de trabalho permanecem quase que embrionárias nas discussões acadêmicas e também no meio profissional e de políticas públicas.

Maturana² afirma que as relações de trabalho que não se baseiam na aceitação do outro como legítimo “outro” e estão fundadas na exigência de obediência ou na desqualificação do outro em função da assimetria de saber e poder, não podem ser

consideradas como sociais. Especialmente no trabalho em saúde, onde o “produto” (grifo nosso) do trabalho é o próprio cuidado, dispensado pelo trabalhadores em função de seus saberes, seu conhecimento técnico, sua experiência de vida e subjetividade.

Neste sentido, aceitar que trabalho em saúde é ofício carregado de possibilidades, de inventividade, de anseios, medos e conflitos, é reconhecer que esta classe trabalhadora necessita de políticas públicas que enfrentem e proponham condições para que se desfaça a relação dor – desprazer e trabalho, vivenciado no cotidiano destes trabalhadores.

Métodos

Com o objetivo de conhecer a Percepção de Risco Biológico entre os trabalhadores da UTI Adulto do Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá, foi desenvolvida uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa.

O local do estudo é a UTI Adulto I e II do Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá, hospital municipal, situado na região central da capital, que tem como missão o atendimento em urgência e emergência para a capital e municípios vizinhos e com capacidade instalada de 210 leitos para internação.

A unidade de estudo selecionada é a Unidade de Terapia Intensiva Adulto I e Unidade de Terapia Intensiva Adulto II, as duas UTIs situam-se no segundo andar do hospital, não estando interligadas e cada uma possui a capacidade para 10 leitos de internação, que permanecem diariamente ocupados.

O quadro de trabalhadores do Hospital é de 1.331, incluídos neste grupo os da área meio (administrativos e gestão) e os da área fim (atendimento direto ao paciente). Deste total 672 trabalhadores estão vinculados informalmente ao sistema, isso equivale á dizer que são contratados temporariamente como prestadores de serviço, nessa situação encontram-se aproximadamente 55% (cinquenta e cinco por cento) do total da força de trabalho do hospital³.

A população deste estudo foi representada pelos trabalhadores da UTI Adulto I e II sendo 07 fisioterapeutas, 13 médicos e 10 auxiliares de enfermagem, 46 técnicos de enfermagem e 10 enfermeiros, totalizando 86 trabalhadores atuando nas duas UTIs.

Para a seleção dos sujeitos utilizou-se a técnica de amostra pelo critério de saturação com os seguintes critérios de inclusão: permitir a gravação da entrevista, não estar ocupando cargo de assessoria, chefia, gerência ou outra função de confiança.

Para a contextualização do Hospital no que tange a composição de sua força de trabalho tivemos acesso às escalas de trabalho referentes à cada categoria profissional que trouxeram informações das seguintes variáveis: gênero, turno de trabalho e vínculo trabalhista.

A Gerência de Recursos Humanos do Hospital nos forneceu informações acerca do número de servidores por área, bem como o tipo de vínculo com a organização estudada e o Sistema único de Saúde.

Quadro: Variáveis e Fonte de coleta

Variáveis	Fonte
Gênero / Turno de Trabalho/ Categoria Profissional	Escalas de Trabalho organizadas pelo Recursos Humanos, Coordenação de Enfermagem e Gerência de Atendimento Terapêutico.
Tempo de Trabalho no Pronto Socorro e na UTI	Entrevista
Percepção de Risco	Entrevista

Aspectos Éticos

Para a entrada no espaço físico da UTI, fizemos contato telefônico com a responsável pela enfermagem, a fim de agendar um horário e dia adequados á equipe. Ressaltamos que o Diretor Geral assinou termo de consentimento para a coleta de dados, e quando entramos em campo, estávamos de posse do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, da Aprovação do Comitê de ética (cópia) e da Carta Consentimento da diretoria. Válido ressaltar que para que conseguíssemos realizar as entrevistas fomos até a UTI por três vezes consecutivas, porém a equipe não pode nos receber devido ao excesso de trabalho e procedimentos, bem como pelo fato de estarem trabalhando com número reduzido de funcionários devido á férias de outros. Nesse sentido, a responsável pela equipe concordou em apoiar a pesquisa, porém nos explicou que se alguma intercorrência ocorresse no momento da entrevista seria necessária a sua interrupção. Concordamos e lembramos que estaríamos á disposição pelo tempo que se fizesse necessário, procurando não alterar a rotina de trabalho e dos procedimentos.

A realização das entrevistas deu-se no período de junho á agosto de 2009, realizadas individualmente, no espaço destinado ao repouso dos trabalhadores, dentro da própria UTI, onde os sujeitos foram informados sobre o intuito da pesquisa e a garantia de sigilo e anonimato. As entrevistas ocorreram nos turnos de trabalho diurnos e noturnos. Excetuam-se os trabalhadores da equipe de fisioterapia que foram entrevistados no espaço físico da sala de fisioterapia, após agendamento com a equipe e o pesquisador.

As informações acerca das percepções dos sujeitos deram-se através de entrevista estruturada com roteiro, com gravação de toda a entrevista, com aparelho de MP3 e tiveram em média a duração de 14 minutos cada uma delas.

O instrumento foi estruturado em três blocos: trabalho, saúde e Percepção de risco, subsidiando dessa forma uma contextualização ampla do cenário de pesquisa, bem como para a discussão e análise dos dados.

Análise dos dados

Realizada a Transcrição na íntegra de todo o material gravado durante as entrevistas e após encadernados em seqüência para melhor organização e manuseio dos dados, após este procedimento feito leitura exhaustiva de todo o material juntamente com as informações anotadas no diário de campo.

Estabelecidas as classificações, agrupamento de elementos, idéias ou expressões em torno da temática de interesse estabelecemos então as categorias de análise que foram organizadas de acordo com os três blocos de análise: trabalho, saúde e percepção de risco. Esse conjunto de categorias foi definido e organizado de acordo com três princípios: termos o mesmo critério para estabelecer as categorias, as categorias estabelecidas permitiram situar todas as respostas (exaustividade) e as categorias são mutuamente exclusivas⁴.

Resultados e Discussões

Para a caracterização do corpo de trabalhadores das UTI's, foi necessário um desenho do perfil dos mesmos, com as variáveis de sexo, tipo de vínculo trabalhista, categoria profissional e turno de trabalho.

Dentre os 86 trabalhadores das UTI, 60 são do sexo feminino e 26 masculinos, destes 56 são vinculados em regime de contratação temporária de trabalho e somente 30 no regime de estatuto (concurso público), o maior número deste contingente se concentra na equipe de enfermagem onde estão 46 técnicos, 10 auxiliares e 10 enfermeiros. A equipe de fisioterapia com 07 trabalhadores que na rotina desenvolvem suas funções também em outras unidades de internação e 13 médicos exclusivos das UTI's. A tabela 1, á seguir mostra o perfil dos 18 sujeitos entrevistados, com variáveis de profissão, sexo tipo de vínculo e se possui outro vínculo empregatício.

Tabela 1 – Composição da força de trabalho
Sexo e vínculo

Profissão	Sexo		Vínculo		Trabalha em outro lugar	
	Masculino	Feminino	Contratado	Estatutário	Sim	Não
Enfermeiro	03	-----	02	01	03	----
Téc.Enfermagem	03	04	07	-----	04	03
Aux.Enfermagem	01	01	02	-----	02	----
Médico	01	02	01	02	03	----
Fisioterapeuta	-----	03	01	02	03	----
Total	08	10	13	5	15	03

Em relação á composição da força de trabalho da UTI, podemos afirmar que o contingente feminino é de 70% do total, em relação ao tipo de vínculo trabalhista 65 % em regime de contrato temporário de trabalho e 75% são trabalhadores da área da enfermagem.

Machado⁵, afirma que a força de trabalho feminina na saúde é uma característica própria do setor e hoje representa 70% de todo o contingente, com tendências ao crescimento.

Nogueira⁶, aponta que na década de 1990 a política de flexibilização da inserção do trabalhador no mundo do trabalho acarretou em efeitos danosos ao sistema único de saúde, no que diz respeito á gestão do trabalho no sistema. Nesse sentido o cenário de contratações é de aproximadamente quinhentas mil situações de trabalho em condições precárias, fato este na contramão da própria constituição como aponta o autor:

A terceirização de serviços técnico- profissionais (em adição à terceirização já tradicional de serviços gerais) vem se constituindo numa prática universal adotada em hospitais tanto privados quanto públicos. No caso do SUS, o que há de novo é diversificação, não só as referentes aos hospitais, mas também as que se dão no âmbito do sistema de gestão local em seu todo. Caracterizam-se, de modo geral, por envolver uma mediação feita, por empresas privadas, ONGs e cooperativas, que contam, em comparação com a administração pública, com maior liberdade para contratação e fixação de níveis de remuneração.

Ainda no contexto de flexibilização e precarização de vínculos trabalhistas, Pires⁷ cita como característica típica do capitalismo a transformação do emprego em um privilégio atingível á um número menor de pessoas com o passar do tempo, criando assim um processo cada vez mais potente de desigualdades e exclusão. Pontua ainda que este processo excludente tem atingido não somente a massa de trabalhadores com pouca qualificação, no que diz respeito aos poucos anos de escolarização, mas também indivíduos com formação universitária. Contextualiza ainda o cenário de forma ampla como afirma á seguir:

O cenário atual de “flexibilização e de desestruturação do modelo de desenvolvimento fordista (vigente no mundo capitalista desenvolvido no pós-segunda guerra) tem gerado desemprego e setores de produção assalariados ou não, mas “precários” em relação aos direitos trabalhistas. Estes trabalhadores autônomos podem até conseguir ganhos temporários mais substanciais do que muitos dos trabalhadores legais, porém, considerando-se a sua relação com o trabalho ao longo da vida e os direitos de cidadania, aproximam-se dos desempregados no sentido da exclusão social⁷.

Em relação ao grau de escolaridade, Machado⁵, afirma que houve crescimento do número de trabalhadores de nível superior, inseridos nas mais diversas áreas, como fisioterapia, fonoaudiologia, biomedicina, psicologia e no que se refere ao nível médio, um considerável crescimento do nível técnico e avanços na qualificação da enfermagem.

Neste sentido observamos que em relação á composição da equipe na UTI, os trabalhadores da área técnica de enfermagem, compõe o percentual de aproximadamente 75% de toda a equipe (46 trabalhadores) e apenas dez trabalhadores que atuam ainda como auxiliares de enfermagem, ratificando assim a afirmação da autora no parágrafo anterior em relação ao processo de qualificação da enfermagem

Á seguir traremos os resultados obtidos através das entrevistas, salientamos que o instrumento tinha foco na percepção de riscos biológicos, no entanto no

decorrer da pesquisa ficou evidente a necessidade de analisarmos os aspectos relativos á precarização das condições e vínculos e trabalho, bem como o trabalho em saúde, a dor e o sofrimento mental desta classe trabalhadora.

Foram elaboradas as seguintes categorias para análise das falas de discursos dos sujeitos: altruísmo e família na escolha da profissão, precarização de condições de trabalho, sofrimento e morte como ofício.

Altruísmo e família na escolha da profissão

Os sentimentos de altruísmo e motivações familiares na escolha da profissão apareceram com bastante ênfase na classe de trabalhadores vemos a seguir no bloco de frase, quando os sujeitos eram questionados sobre o que os motivou a trabalhar em saúde:

“... A partir dos dezoito anos eu percebi eu tinha a tendência a ajudar as pessoas, entendeu? Então o lado mais humanitário, não o lado financeiro”
(Entrevistado 1)

“... Meu pai é médico, meu tio é medico, meu cunhado é médico, meus primos todos são médicos. Vocação...” (Entrevistada 2)

“... Influência de parentes, assim, de médicos né? Nasci nesse meio não tem jeito de escapar dele não...” (Entrevistado 10)

“... Ah eu sempre gostei de doente, de pessoas né? Eu sempre achei que eu podia ajudar mais...” (Entrevistada 12)

“Eu acho que por questão familiar né? porque a minha madrinha é psicóloga e assistente social, meu padrinho era dentista...”(Entrevistada 5)

“A enfermagem pra mim hoje ela é a minha, o meu lado humano ligado ao meu profissional e eu faço, procuro fazer tudo da melhor maneira possível na verdade a satisfação da gente é quando você deita e dorme você tem aquela satisfação de que você fez muito mais do que, por exemplo, muito mais do que um auxiliar de escritório, muito mais do que o advogado, que embora esteja defendendo mas ele não lida com a vida porque a gente quando está com um paciente na mão ele é totalmente responsabilidade sua, uma falha sua, um desvio seu, uma coisa que você deixa de falar pro enfermeiro, pro médico ali está o comprometimento da vida”(Entrevistado 6).

Histórico é o fato de que a profissão de enfermagem tem uma relação humanística desde o surgimento da primeira escola de enfermagem, criada por Florence Nightingale⁸, no século XIX, a profissionalização do cuidar é marcada sob a forte influência do espírito religioso, da organização militar e dos princípios da divisão social do trabalho. Assim, mesmo impregnada pelo espírito altruísta, a enfermagem sempre caminhou incorporando a subjetividade dos seres cuidados em suas práticas, facultando a essa interação um conhecimento da dimensão e do comportamento humano.

Foucault⁸, em *Microfísica do Poder*, relata ao escrever sobre as organizações hospitalares, que o Hospital eram “morredouros”, lugares de morrer gente, e as pessoas que alí estavam para atendê-las eram seres em busca da salvação eterna e remissão de pecados, trazendo á tona pontuações não tão distantes da realidade apresentada.

Como trazer á tona a temática do cuidar em saúde, no sentido da necessidade do cuidar de si, ou seja, qual o espaço e discussão deverão assumir para que os trabalhadores assumam para si a função dos cuidados com a própria saúde, enxergando-se no processo como emponderados de informação e desejos?

Questiona-se nos discursos acima o que há além das falas, ou seja, que desejo é esse de cuidar do próximo, onde aparece aí a necessidade de realização pessoal e sustento próprio? Será possível em um ambiente hospitalar que os trabalhadores

assumam suas necessidades frente às necessidades gritantes ali presentes de vida e morte? Parece existir um discurso presentes nestas falas onde as dores e o sofrimento permanecem encobertos ou em segundo plano, não encontrando nem espaço e nem tão pouco “ouvidos” para lhe propiciarem esta escuta.

Outro ponto importante a ser destacado é a escolha da profissão referendada ou influenciada pela família, como se herdasse o ofício de herança familiar, onde não houvesse outra saída, a não ser honrar tal vocação, como vimos nas falas anteriores.

Precarização de vínculos e condições de trabalho

Nesta categoria de análise ficou evidente o sofrimento mental e o desgaste dos trabalhadores em relação aos vínculos precários de trabalho, e as condições no que se refere aos recursos materiais desde os equipamentos de proteção individual aos insumos necessários para o atendimento aos usuários da UTI até os fluxos internos e os próprios mecanismos de gestão do hospital. Os trabalhadores foram questionados sobre o que mais os desagrada em seu trabalho, e destacamos aqui o bloco de falas a seguir:

“... Tem algumas coisas que a gente fica chateado, por exemplo, é, falta de condições de trabalho, isso deixa a gente chateado porque a gente quer fazer o serviço, mas as vezes a instituição não oferece os equipamentos necessários...”
(Entrevistado 4)

“... Não é do trabalho em si e sim das circunstâncias que a gente encontra no trabalho, são as burocracias, da gente conseguir certo exame que às vezes precisa, ou de quando a gente não consegue tratar e precisa de uma transferência pra um hospital especializado e a gente não consegue, aí fica empatando o tratamento do paciente e incomoda muito porque o paciente piora...” (Entrevistada 10).

“... no pronto-socorro a gente fica sem ter condições de trabalho né? então a gente tem que estar improvisando, estar correndo atrás, falta de material (...) a gente sai frustrado do trabalho por falta disso de ter condição de levar o melhor e levar o conhecimento que a gente tem...” (Entrevistado 13).

O conjunto das falas acima nos remete a analisar em que condições de trabalho estão sujeitas as pessoas que prestam cuidados em saúde á população usuária do Sistema único de Saúde, neste caso, em Unidade de Terapia Intensiva.

Dejours¹⁰ descreve condições de trabalho como sendo o ambiente físico, o ambiente biológico, o ambiente químico, as condições de higiene, e segurança. Relata ainda que quando a relação “homem – trabalho” é bloqueada, surge o sofrimento psíquico, fruto de uma condição de trabalho onde o trabalhador se vê ignorado pela organização no que se refere aos seus desejos e projetos de esperança.

No caso das falas acima esta situação fica evidente, pois a impossibilidade da execução do trabalho em saúde, com todos os insumos necessários, traz ao trabalhador o sentimento de frustração e impotência frente às necessidades dos pacientes e as suas próprias no que se refere à realização e prazer no ofício que desempenha.

Podemos afirmar que independentemente do tipo de trabalho exercido, as pessoas ingressam no mesmo carregados de expectativas de felicidade, satisfação pessoal e material, porém o que encontram muitas vezes são condições totalmente adversas as que desejam, desencadeando então o sofrimento humano nas organizações e em suas relações de trabalho.

Em relação aos vínculos precários de trabalho, a organização estudada tem em seu quadro 50 % nesta condição, ou seja, trabalhadores com vínculo temporário de trabalho observamos nas falas dos entrevistados o sofrimento e o sentimento de marginalização e inferioridade dos trabalhadores nesta condição:

“... nós, prestadores de serviço, eu com muito orgulho, graças a Deus, eu sou muito orgulhosa de ser prestadora de serviço, falo isso ao vivo pra quem quiser ouvir, que o prestador de serviço ele é muito marginalizado, ele é muito, ele é muito perseguido, ele é muito apedrejado, e a gente tá aqui pra trabalhar, além do que a gente gosta, não é, eu por exemplo eu podia estar em qualquer outro hospital e eu estou aqui, eu optei por ficar aqui, e eu creio que daqui os meus horizontes vão se abrir...” (Entrevistada 6)

“...precisava olhar mais pro funcionário, porque aqui, eu sei que a gente é contratado, mas eu acho assim, que no momento que a empresa é mais flexível, ouvir o trabalhador, ah nós vamos produzir melhor. No momento que o patrão, a gerência, vai ouvir, não pode só querer resultado tem que ouvir também, no momento que ouvir, nós prestadores, qualquer funcionário vai trabalhar melhor, porque quem carrega o PS são os prestadores, não são os concursados... Eles tem que olhar mais pra nós, nós carregamos mesmo, porque a gente precisa trabalhar, a gente carrega, a gente carrega, tem que olhar mais pros prestadores, porque se você parar para analisar, a gente não pode falar nada aqui”. (Entrevistada 5)

“Os trabalhadores, nós na verdade, precisamos trabalhar pelo salário, mas também para dar sentido e significado á nossa vida e a sociedade em que vivemos. São infinitas as possibilidades de criação de postos de trabalho, o que se passa é que o capital não pretende remunerar a estas pessoas, o que significa reconhecer o valor de uso de seu trabalho. Somente políticas públicas ampliariam as possibilidades de trabalho: no Brasil, na Europa ou na África¹¹”.

Sufrimento e morte como ofício

Pitta¹², já em 1990, lembrava que a maior proteção psíquica dos trabalhadores em hospital (convivendo com a dor e a morte como ofício) estava na maior conexão

afetiva com os usuários e não no distanciamento técnico. É que a autonomia somente se produz e se exerce vinculadas à autonomia do outro: encontro de autonomias, o que é da especificidade do trabalho em saúde e somente comparável ao trabalho em educação, particularmente o do ensino fundamental.

As relacionadas á morte e dor como ofício apareceram relacionadas aos seguintes questionamentos: como o trabalho pode interferir em sua vida – o que mais o desagrada na rotina do trabalho – e o que pensa sobre o que você faz.

Selecionamos um bloco de respostas para análise:

“... ah, a hora mais triste é a hora que você sabe que o paciente vai morrer, essa é a hora mais triste, e você convive com ela, mas é horrível, porque às vezes tem paciente ali que chega bem você faz amizade e depois você vê ele afundando, afundando assim aí morre, é triste...” (Entrevista 5).

“... a gente absorve todo aquele, aquela angústia do acompanhante né, nisso acho que interfere na minha saúde...” (Entrevistado 7).

“... não gosto de dar a notícia de falecimento, isso é muito chato, não gosto mesmo de fazer...”(Entrevistado 8).

Observamos que o “desconforto” gerado pela morte e sofrimento não depende de categoria profissional ou nível de escolaridade, ele é intrínseco ao trabalho em saúde, parece existir uma estratégia defensiva utilizada por esses trabalhadores que faz com que mesmo que saibam da morte certa do paciente a transformam em algo incerto. É evidente a dificuldade em lidar com a morte fazendo com que isso comprometa somente o doente, mas também toda a família e a equipe envolvida nos cuidados. Há duas formas inadequadas de tratar a morte: uma seria a troca emocional da equipe médica com os familiares, e a segunda seria a não permissão da comunicação desta emoção¹².

Dejours¹, já destacava no caso do proletariado, que estar doente é o mesmo que não produzir, causando vergonha á família e a si próprio, desta forma, os doentes sofrem precisando esconder esse sentimento e os que trabalham com eles acabam tendo que recalcar este sofrimento não conseguindo sublimá-los, ao contrário do que aponta Pitta¹², quando afirma sobre a necessidade de um maior contato afetivo com o usuário como estratégia para se “lidar” com a dor e a morte.

Neste cenário onde a dor, o sofrimento e a morte são reais, diários e inevitáveis, e na verdade são o próprio sentido do trabalho em saúde, o desafio de tornar o trabalho em saúde humanizado para o trabalhador se faz imprescindível, além da busca de formação continuada, carreiras, salários e espaços de construção coletiva onde possam planejar além de executar seus processos de trabalho.

Conclusões

Trabalhar em saúde é algo complexo, é um agir, muitas vezes, contra o tempo, com condições precárias em um contexto de relações conflituosas e sentimentos dúbios, onde a única resposta que esperam dos trabalhadores de saúde é o salvar vidas acima de tudo. Parece então sobrar pouco espaço para suas dores físicas e da alma, seus anseios, afinal o doente ali é outro, ele é a força de trabalho apenas e naquele contexto suas necessidades são secundárias, quiçá existentes.

Neste cenário, á princípio obscuro, a necessidade do envolvimento efetivo destes trabalhadores é essencial para que a agenda estratégica de gestores e de políticas públicas assuma a pauta de discussão de gestão do trabalho no SUS, neste caso dos trabalhadores em hospitais.

A estratégia de defesa dos trabalhadores nesta situação é o aumento de sua autonomia, de seu poder sobre o seu processo de atuação, para isso é necessário que os trabalhadores se vejam neste processo e compreendam a si mesmos e ao contexto. Somente desta forma, enfrentando conflitos e estabelecendo compromissos com

segmento da sociedade é que suas demandas poderão ser elencadas, uma vez que o corporativismo deslegitima o trabalhador, pois explora os usuários, característica tão peculiar ao que o próprio sistema capitalista vem exercendo sobre a humanidade.

Importante ainda, é que haja compromisso dos gestores, e os compromissos firmados entre trabalhadores e usuários sejam legitimados pelo estado, para que tais iniciativas e avanços não venham a cair em descrédito e levem a classe trabalhadora á mecanismos de defesa talvez nunca mais convertidos.

7 – REFERÊNCIAS GERAIS

REFERENCIAS CITADAS

1. Benatti MCC. Acidente de trabalho em um hospital universitário: um estudo sobre a ocorrência e os fatores de risco entre trabalhadores de enfermagem. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem/USP;1997.
2. Souza, ACS. Risco biológico e biossegurança no cotidiano de enfermeiros e auxiliares de enfermagem {tese}. Ribeirão Preto :Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2001.
3. Kirchhof ALC, Capellari C. Descrição das Comunicações de Acidentes de Trabalho Registradas no Instituto Nacional de Seguridade Social de Santa Maria, RS, no ano de 2000. Rev Gaúcha Enferm 2004 ago; 25 (2): 194-201.
4. Godfre, K. Sharp practice. *Nursing Times*, v. 97, n. 2, p. 22-24, 2001.
5. Spindola, T. Prevenindo Acidentes com pérfuro-cortantes na área hospitalar. Revista de Enfermagem UERJ. Rio de Janeiro 1999 jan/jun; 7 (1): 54-60.
6. Marziale, MH. Rede de Prevenção de Acidentes de trabalho com material biológico em hospitais do Brasil. Ribeirão Preto, 2005.

7. Minayo – Gomez, C.& Thedim – Costa, S.M.F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. cad. saúde pública, Rio de Janeiro, 13(supl2), 1997.
8. Dejours, Christophe. A loucura do trabalho. Estudo de Psicopatologia do trabalho. 5. ed São Paulo. Cortez- Oboré, 1992.
9. Machado, J.M.H & Minayo Gomez, C;1995. Acidentes de trabalho: concepções e dados. In:Muitos brasis: Saúde e população na década de 80 (M.C.Minayo, org).São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco.
10. Oliveira, B.R.G. de; Murofusen, N.T. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos á saúde de seu trabalho. Rev.latino-am.enfermagem,Ribeirão Preto,v.9,n.1p.109-115, janeiro 2001
11. Brasil, Observatório de Recursos Humanos. Formação e desenvolvimento na área da saúde: Observação para a política de recursos humanos no SUS. Brasília, 2003.
12. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1998.
13. Brasil, Ministério da Saúde. 3 Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: “Trabalhar sim, adoecer não!” Brasília, DF, 2005.
14. Mendes, R. O impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde de trabalhadores. I — Morbidade. Rev. Saúde públ. S. Paulo, 22:311-26, 1988
15. Brasil, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH)- 3 ed.rev.anual. – Brasília, 2005
16. Brasil, Ministério do Trabalho e emprego. Portaria 485 de 11 de novembro de 2005 dispõe sobre a aprovação da Norma Regulamentadora 32 (Segurança e Saúde no trabalho em Estabelecimentos de Saúde), Brasília, 2005.
17. Santos, Boaventura de Souza. A gramática do tempo: para uma nova cultura política. São Paulo: Cortez, 2006.
18. Mehry, Emerson Elias. A cartografia do trabalho vivo – São Paulo: Hucitec, 2002

19. Leopardi, M.T. a Vida do Trabalhador como centralidade no Trabalho. IN: O Processo de Trabalho em Saúde: organização e subjetividade. Maria Tereza Leopardi (org.). Florianópolis: Papa-Livros,1999.
20. Filho,S.B.S & Barros,M.E.B (org).Trabalhador de saúde muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Editora Unijuí. Rio Grande do Sul, 2007.
21. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Brasília: 2004.
22. Machado, M.H. Gestão do Trabalho em saúde em contexto de mudanças. Revista de Administração Pública, 2000.
23. Brandão, JR OS. Biossegurança e AIDS: as dimensões sociais do acidente com material biológico no trabalho em hospital {dissertação}. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2000.
24. Gomez, R. S. A produção social do infortúnio: acidentes incapacitantes na construção civil {Dissertação de mestrado}. ENSP, Rio de Janeiro, 2003.
25. Almeida, L.V.C. Acidentes de transporte na BR 163: Impacto na saúde, risco e percepção {dissertação de mestrado}UFMT, 2008.
26. Luiz OC, Cohn A. Sociedade de Risco e risco epidemiológico. cad.Saúde Pública.2006,vol.22 p 2339 – 2348.
27. Barata, R.B. Trópicos do discurso sobre risco. cad. saúde pública, Rio de Janeiro,17(6):1277-1331,nov-dez,2001.
28. Spink,M.J. Trópicos do discurso sobre risco: risco – aventura como metáfora na modernidade tardia. cad. saúde pública, Rio de Janeiro,17(6):1277-1331,nov-dez,2001.
29. Giddens, A. (2003). Modernidade e identidade (P. Dentzien, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar
30. Guilam, MCR. O conceito de Risco: sua utilização pela epidemiologia, Engenharia e Ciências Sociais. (Dissertação na internet) São Paulo: 1996. Disponível em [http:// www.ensp.fiocruz.br/projetos/esterisco/maryfim 1.htm](http://www.ensp.fiocruz.br/projetos/esterisco/maryfim1.htm)
31. Navarro, MBMA, Cardoso TAO. Percepção de risco e cognição: reflexão sobre a sociedade de risco. Rio de Janeiro, 2005.

32. Mato Grosso, Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão Anual. Cuiabá, 2009.
33. Gomez, R. Pesquisa Social: Teoria, métodos e criatividade. 22 edição. Petrópolis. RJ. Editora Vozes, 1994.
34. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde – CNS. Resolução 196 de 1996. Dispõe sobre normas éticas em pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, n. 183, seção 1, p. 21118, set. 1997.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

Alcântara, Cid. Riscos ocupacionais na atenção primária á Saúde. Fortaleza, 2003.

Alves, D. B. Condições de trabalho na enfermagem: aspectos teóricos. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 39, Salvador, 1987. Anais .Salvador:Organizador,1988.

Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa (Portugal): Ed 70; 1979

Brasil, Observatório de Recursos Humanos. Formação e desenvolvimento na área da saúde: Observação para a política de recursos humanos no SUS. Brasília, 2003.

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília:Senado Federal

Barros, Maria Elisabeth. Trabalhador de saúde: muito prazer. Editora Unijuí .RS.2007.

Brasil, Ministério da Saúde. 3 Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: “Trabalhar sim, adoecer não! Brasília, Ministério da Saúde, 2005

Brandão Jr PS. Biossegurança e aids: as dimensões psicossociais do acidente com material biológico no trabalho em hospital [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz; 2000

Bulhões, I. Riscos do trabalho de enfermagem. Rio de Janeiro 1994.

Carmo. Paulo Sérgio do, 1950. A Ideologia do Trabalho. São Paulo: Moderna, 1992. Coleção Polêmica.

Dejours, Christophe. O fator humano. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003.

Dejours, Christophe; Abdoucheli, Elisabeth; Jayet, Christian: Psicodinâmica do Trabalho, 1984.

Dejours, Christophe. A loucura do trabalho. Estudo de Psicopatologia do trabalho. 5. ed São Paulo. Cortez- Oboré, 1992.

Deslandes, Suely; Gomes; Romeu; Minayo Cecília; Neto Otávio. Pesquisa Social: Teoria, Método e criatividade. Petrópolis 1994.

Foucault, Michel. Microfísica do Poder; organização e tradução de Roberto Machado. – Rio de Janeiro: Edições Graal, 5ª ed.1985.

Gomes, R. Pesquisa Social: Teoria, métodos e criatividade. 22 edição. Petrópolis. RJ. Editora Vozes. 1994

Marziale, Maria Helena. Rede de Prevenção de Acidentes de trabalho com material biológico em hospitais do Brasil. Ribeirão Preto, 2005.

Mehry, Emerson Elias. O capitalismo e a saúde pública – 2 ed.-Campinas, SP: Papyrus 1987.

Mehry, Emerson Elias. A cartografia do trabalho vivo – São Paulo: Hucitec, 2002

Minayo, Maria Cecília de Souza (org.). Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de programas sociais./ Organizado por Maria Cecília de Souza Minayo, Simone Gonçalves de Assis e Edinilsa Ramos de Souza. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

Minayo, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. - 8. ed- São Paulo:Hucitec, 2004.

Ministério da Saúde, 3 Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – Brasília 2005.

Navarro, Marli. Percepção de risco e cognição: reflexão sobre a sociedade de risco. Rio de Janeiro, 2005.

Minayo Gomez, C.; Lacaz, F. A. C. Saúde do Trabalhador: novas-velhas questões. Cadernos de Saúde Pública, vol.10 nº. 4, 2005.

Minayo - Gomez, C.; Thedim Costa, S. M. F. A Construção do Campo da Saúde do Trabalhador: percurso e dilemas. Cadernos de Saúde Pública, v.13, n.2, p.21-32, 1997.

Organização Internacional do trabalho (Brasil). Disponível em: <http://www.oit.org.br>

Oliveira, B.R.G. de; Murofusen, N.T. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos á saúde de seu trabalho.Rev.latino-am.enfermagem,Ribeirão Preto,v.9,n.1p.109-115, janeiro 2001.

Pires, D. Hegemonia médica na saúde e a enfermagem. São Paulo: Cortez, 1989.

Pitta, AMF. Hospital: dor e morte como ofício. 3 edição.São Paulo: Hucitec;1999.

Relatório de gestão 2008. Secretaria Municipal de Saúde. Cuiabá: 2009.

Santos – Filho, Serafim Barbosa (org.), Maria Elisabeth de Barros. – Ijuí: Ed.Unijuí, 2007.272 p. – (Coleção Saúde Coletiva)

Santos, Boaventura de Souza. A gramática do tempo: para uma nova cultura política. São Paulo: Cortez, 2006.

Spindola, T. Prevenindo Acidentes com perfuro-cortantes na área hospitalar. Revista de Enfermagem UERJ 1999 jan/jun; 7 (1): 54-60.

Silva, Carlos. Percepção de risco à saúde. CETESB. São Paulo, 2004.

Tipple, Anaclara. Acidente com material biológico entre trabalhadores da área de expurgo em centros de material e esterilização. Maringá, v.26,n.2,p.277-278,2004.

REFERÊNCIAS CITADAS ARTIGO 1:

1. Bulhões, I. Riscos do trabalho de enfermagem. Rio de Janeiro 1994.
2. Spindola, T. Prevenindo Acidentes com perfuro-cortantes na área hospitalar. Revista de Enfermagem UERJ 1999 jan/jun; 7 (1): 54-60.
3. Luiz OC, Cohn A. Sociedade de Risco e risco epidemiológico. Cad.Saúde Pública.2006,vol.22 p 2339 – 2348
4. Guilam, MCR. O conceito de Risco: sua utilização pela epidemiologia, Engenharia e Ciências Sociais. (Dissertação na internet) São Paulo: 1996. Disponível em [http:// www.ensp.fiocruz.br/projetos/esterisco/maryfim_1.htm](http://www.ensp.fiocruz.br/projetos/esterisco/maryfim_1.htm)
5. Navarro, MBMA, Cardoso TAO. Percepção de risco e cognição: reflexão sobre a sociedade de risco. Rio de Janeiro, 2005.
6. Mato Grosso, Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão Anual.Cuiabá, 2009.

7. Gomez, R. Pesquisa Social: Teoria, métodos e criatividade. 22 edição. Petrópolis. RJ. Editora Vozes, 1994.
8. Machado, M.H. Gestão do Trabalho em saúde em contexto de mudanças. Revista de Administração Pública, 2000.
9. Nogueira, R.P. Alternativas de vinculação institucional para os trabalhadores do SUS. in: Falcão, A. (org) ET AL. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003.
10. Pires, D. Hegemonia médica na saúde e a enfermagem. São Paulo: Cortez, 1989.
11. Santos – Filho, Serafim Barbosa (org.), Maria Elisabeth de Barros. – Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. 272 p. – (Coleção Saúde Coletiva)
12. Dejours, Christophe. A loucura do trabalho. Estudo de Psicopatologia do trabalho. 5. ed São Paulo. Cortez- Oboré, 1992.
13. Alves, D. B. Condições de trabalho na enfermagem: aspectos teóricos. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 39, Salvador, 1987. Anais Salvador: Organizador, 1988
14. Organização Internacional do trabalho (Brasil). Disponível em: <http://www.oit.org.br>
15. Brasil, Ministério do Trabalho e emprego. Portaria 485 de 11 de novembro de 2005 dispõe sobre a aprovação da Norma Regulamentadora 32 (Segurança e Saúde no trabalho em Estabelecimentos de Saúde), Brasília, 2005.
16. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Brasília: 2004

REFERÊNCIAS CITADAS ARTIGO 2

1. Dejours, Christophe; Abdoucheli, Elisabeth; Jayet, Christian: Psicodinâmica do Trabalho, 1984.
2. Maturama, Humberto. Biologia do Amor –Jornada com Maturama , Campinas–SP, 22/23/set.2006
3. Mato Grosso, Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão Anual. Cuiabá, 2009.

4. Gomez, R. Pesquisa Social: Teoria, métodos e criatividade. 22 edição. Petrópolis. RJ. Editora Vozes, 1994
5. Machado, M.H. Gestão do Trabalho em saúde em contexto de mudanças. Revista de Administração Pública, 2000.
6. Nogueira, R.P. Alternativas de vinculação institucional para os trabalhadores do SUS. in: Falcão, A. (org) ET AL. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003.
7. Pires, D. Hegemonia médica na saúde e a enfermagem. São Paulo: Cortez, 1989.
8. Nightingale F. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. São Paulo: Cortez, 1989.
9. Foucault, Michel. Microfísica do Poder; organização e tradução de Roberto Machado. – Rio de Janeiro: Edições Graal, 5ª ed. 1985.
10. Dejours, Christophe. A loucura do trabalho. Estudo de Psicopatologia do trabalho. 5. ed São Paulo. Cortez- Oboré, 1992.
11. Santos – Filho, Serafim Barbosa (org.), Maria Elisabeth de Barros. – Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. 272 p. – (Coleção Saúde Coletiva)
12. Pitta, AMF. Hospital: dor e morte como ofício. 3 edição. São Paulo: Hucitec, 1999.

8 – ANEXOS

1)Entrevista Estruturada

Caracterização dos entrevistados:

Nome (iniciais):

Idade:

Sexo: () Feminino () Masculino

Categoria profissional:

() Médico () Enfermeiro () Fisioterapeuta () Técnico de Enfermagem

() Auxiliar de enfermagem

Vínculo:

() Estatutário () Prestador de serviços

Tempo de trabalho no HPSMC:

Tempo de trabalho na UTI:

Turno de trabalho: () Matutino () Vespertino () Noturno

Carga horária: () 30 horas/semanais () 40 hs

Roteiro para entrevista

Temática	Perguntas
Trabalho	<p>1)Como você decidiu trabalhar com saúde?</p> <p>2)Quais atividades ou procedimentos que você desenvolve durante o seu turno de trabalho?</p> <p>3)Tem algo no seu trabalho que te desagrada?</p> <p>4) Fale-me um pouco sobre a importância do trabalho na sua vida.</p> <p>6) O que é trabalhar em equipe para você ? Descreva uma situação de trabalho em equipe.</p> <p>7) Em relação a saúde do trabalhador você notou alguma mudança nos últimos anos aqui no PS?</p>
Saúde	<p>8) O trabalho interfere de alguma maneira em sua saúde?Fale-me um pouco sobre isso.</p> <p>9) Quantas horas de sono você tem normalmente?</p> <p>10) Quais os hábitos que você acredita ajudar á sua saúde? (alimentação, lazer, atividades físicas)</p>

	Você cultiva estes hábitos?
Percepção de Risco	<p>11) Você acha que os problemas de saúde dos pacientes internados podem afetar a sua saúde? De que forma?</p> <p>12) Com o passar dos anos trabalhando aqui você acha que sua saúde está mais protegida ou menos protegida?</p> <p>13) O que poderia te proteger mais ou o desproteger durante o trabalho?</p> <p>14) Já adoeceu por causa do trabalho? Como foi?</p> <p>15) Você já sofreu algum acidente de trabalho? Fale-me um pouco sobre isso.</p> <p>16) Você já recebeu orientações sobre risco a saúde relacionada ao trabalho na UTI ? (Cursos, oficinas).</p> <p>17) Isso influenciou em seu trabalho?</p> <p>18) Usa equipamento de proteção individual? Quais?</p> <p>19) Tem algum equipamento de proteção individual que você nunca usa? Porque?</p> <p>20) Quais são os procedimentos que você acredita que o expõe aos riscos?</p> <p>21) No momento de administrar medicamentos via endovenosa quais os cuidados que você normalmente toma?</p> <p>22) E quando você aspira vias aéreas?</p> <p>23) Você sabe o que fazer caso sofra um acidente de trabalho aqui na UTI?</p> <p>24) Você acha que os riscos á sua saúde durante o seu trabalho têm solução?</p> <p>25) Você acredita ter responsabilidade sobre os cuidados na prevenção dos riscos à sua saúde?</p> <p>26) Na sua opinião, de quem ou qual setor seria a responsabilidade sobre os cuidados e prevenção dos riscos à saúde dos trabalhadores da UTI?</p>

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO
MESTRADO PROFISSIONAL
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, da pesquisa **“Percepção de risco biológico entre trabalhadores de saúde de um hospital público de médio porte em Cuiabá, Mato Grosso.”**

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, em duas vias, uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não terá nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que trabalha. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de São Paulo- pelo telefone (11) 33677760. O objetivo deste estudo é conhecer a percepção de risco biológico entre trabalhadores de saúde da UTI adulto do Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá

Sua participação nesta pesquisa consistirá em me conceder um tempo estimado de 40 minutos para uma entrevista individual que poderá ser gravada, se você autorizar, sobre suas atividades de trabalho na UTI. Não há riscos em sua participação. Os benefícios para você enquanto participante da pesquisa, são no sentido de subsidiar a elaboração de políticas que propiciem o incremento em ações de saúde do trabalhador no âmbito do Sistema Único de Saúde. Os dados referentes à sua pessoa serão confidenciais e garantimos o sigilo de sua participação durante toda pesquisa, inclusive na divulgação da mesma. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, não utilizaremos o seu nome na entrevista, somente suas iniciais.

Você receberá uma cópia desse termo onde tem o nome, telefone e endereço do pesquisador responsável e de seu orientador para que você possa localizá-lo a qualquer tempo. Maria Ângela Conceição Martins, Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá – (65)36373357/(65)36177814/(65)99592091- email: fisioangela@hotmail.com; Dr. Cássio Silveira (11) 99427635.

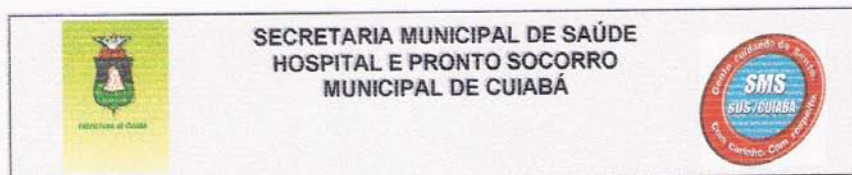
Considerando os dados acima, **CONFIRMO** estar sendo informado por escrito e verbalmente dos objetivos desta pesquisa e em caso de divulgação **AUTORIZO** a publicação.

Eu _____ (nome _____ do participante)....., idade:..... sexo:.....Naturalidade:.....portador(a) do documento RG N°:.....declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador principal: _____

Cuiabá,.....



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E PRONTO SOCORRO
MUNICIPAL DE CUIABÁ

Carta Consentimento

Declaro estar ciente e de acordo com a realização da Pesquisa “Percepção de Risco Biológico entre trabalhadores de saúde de um hospital público de médio porte, Cuiabá, Mato Grosso, sob a orientação do Prof. Dr. Cássio Silveira e da Mestranda do Curso de Saúde Coletiva Maria Ângela Conceição Martins, nas dependências do Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá, na certeza de que a mesma trará benefícios á Política de Saúde Ocupacional desta Instituição.

Huark Douglas Correia
Diretor Geral-H.P.S.M.C.
CRM-MT, 4815
Dr. Huark Douglas Correia
Diretor Geral



**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS**

Rua Santa Isabel, 305 - 4º andar Santa Cecília CEP: 01221-010 São Paulo - SP
PABX: 21767000 Ramal: 8061 - Telefax: 33370188 E-mail: eticamed@santacasasp.org.br

São Paulo, 29 de abril de 2009.

Projeto nº 065/09
Informe este número para
identificar seu projeto no CEP

Ilmo.(a) Sr.(a)

Ft. Maria Ângela Conceição Martins

Departamento de Medicina Social

O Comitê de Ética e Pesquisa da ISCMSP, em reunião ordinária, dia **25/03/2009** e no cumprimento de suas atribuições, após revisão do seu projeto de pesquisa: **"Percepção de risco biológico entre trabalhadores de saúde de um hospital público de médio porte em Cuiabá, Mato Grosso"**, emitiu parecer inicial em pendência e nesta data enquadrando-o na seguinte categoria:

- Aprovado (inclusive TCLE);**
Com pendências há modificações ou informações relevantes a serem atendidas em até 60 dias, (enviar as alterações em **duas cópias**);
- Retirado**, (por não ser reapresentado no prazo determinado);
- Não aprovado:** e
- Aprovado (inclusive TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido)**, e encaminhado para apreciação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - MS - CONEP, a qual deverá emitir parecer no prazo de 60 dias. **Informamos, outrossim, que, segundo os termos da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde a pesquisa só poderá ser iniciada após o recebimento do parecer de aprovação da CONEP.**

Prof. Dr. Nelson Keiske Ono

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa - ISCMSP