

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA  
OBSERVATÓRIO RH NESC/UFRN

PESQUISA INTEGRANTE DO PLANO DIRETOR 2004/2005  
ROREHS/MS/OPAS

CONDIÇÕES DE TRABALHO, RISCOS OCUPACIONAIS E  
TRABALHO PRECARIZADO:  
o olhar dos trabalhadores de enfermagem

Soraya Maria de Medeiros (Coordenadora)  
*Coord. do Programa de Pós-Graduação de  
Enfermagem da UFRN*

Túlio Oliveira de Souza  
*Prof. do Departamento de Fisioterapia da UFRN*

Maria Lúcia Ferreira de Macedo  
*Prof. do Departamento de Enfermagem da UFRN*

Olívia Luciana dos Santos Silva (Bolsista)

Natal/RN  
2005

## LISTA DE SIGLAS

**ASG**-Auxiliar de Serviços Gerais

**CCIH**-Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

**CHMWG**-Complexo Hospitalar Monsenhor Walfredo Gurgel

**CIPA**-Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

**CNPq**-Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e tecnológico

**CNS**-Conselho Nacional de Saúde

**CRO**-Centro de Recuperação de Operados

**EPI**-Equipamento de Proteção Individual

**FTS**-Força de Trabalho em Saúde

**MS**-Ministério da Saúde

**PACS**- Programa de Agentes comunitários de Saúde

**PCCS**-Plano de Cargos, Carreira e Salários

**PSF**-Programa de Saúde da Família

**RJU**-Regime Jurídico Único

**SESAP**-Secretaria Estadual de Saúde Pública

**SUS**-Sistema Único de Saúde

**UTI**-Unidade de Tratamento Intensivo

# 1 INTRODUÇÃO

*Marco Polo descreve uma ponte, pedra por pedra.  
\_ Mas qual é a pedra que sustenta a ponte? – pergunta Kublai Khan.  
\_ A ponte não é sustentada por esta ou aquela pedra - Responde Marco –  
- mas pela curva do arco que estas formam.  
Kublai Khan permanece em silêncio, refletindo.  
Depois acrescenta:  
\_ Por que falar das pedras? Só o arco me interessa.  
Polo responde:  
\_ Sem pedras o arco não existe.*

(Ítalo Calvino)

O presente estudo trata de uma investigação sobre as condições de trabalho e os riscos ocupacionais vivenciados pelos trabalhadores de enfermagem em um contexto de precarização do trabalho no setor público de saúde, sob a ótica desses atores.

A reestruturação produtiva vem trazendo grandes mudanças na relação capital/trabalho em todo o mundo e tem, como seus referenciais, o avanço tecnológico através da robótica e da informática, o trabalho polivalente, a terceirização, a flexibilização do emprego e dos direitos trabalhistas, entre outros (ANTUNES, 2000).

Estas mudanças no mundo do trabalho, embora tenham sido introduzidas inicialmente no setor industrial, também vêm sendo incorporadas em outros setores da economia, dentre estes, o setor saúde, que traz, em suas formas de lidar com o trabalho, sinais dessa precarização.

No setor saúde, dentre essas mudanças, destacam-se a terceirização de serviços e os contratos temporários, sobretudo na rede hospitalar e nos programas de saúde do Ministério da Saúde, tais como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), em que vêm ocorrendo a contratação sem vínculo empregatício e a flexibilização dos direitos trabalhistas. (MEDEIROS, 2000).

A saúde do trabalhador está inserida no âmbito da Saúde Pública, que atua com métodos e procedimentos próprios, na perspectiva de promoção, proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores, implementando medidas de alcance coletivo, com intervenções em grupos e/ou individuais. Sua atuação abrange os campos inter/multidisciplinares, com interfaces simultâneas, potencializando e fortalecendo ações de responsabilidades, na busca da

melhoria da saúde e qualidade de vida dos trabalhadores. A Organização Internacional do Trabalho (OIT), através da Recomendação nº. 171 de 1985, propõe a preservação da saúde dos trabalhadores nos locais de trabalho mediante ações de melhorias das condições de trabalho (ROYAS; MARZIALE, 2001).

Para Dejours (1992), condição de trabalho compreende o ambiente físico, o ambiente biológico, o ambiente químico, as condições de higiene, de segurança, e as características antropométricas do posto de trabalho.

As condições de trabalho demonstram a interação e o inter-relacionamento das circunstâncias material, psíquica, biológica e social, sendo influenciadas pelos fatores econômico, técnico e organizacional do trabalho; compõem o ambiente e propiciam os determinantes da atividade laboral (GUEDES ; MAURO, 2003).

A Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1989) refere que são direitos dos trabalhadores a redução de riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança, bem como estão compreendidas, nas atividades do Sistema Único de Saúde (SUS), as ações de vigilância à saúde do trabalhador e a proteção ao meio ambiente, nele incluído o ambiente de trabalho. Na classificação oficial do Ministério da Saúde (Brasil, 2001), os fatores de risco para a saúde e segurança dos trabalhadores, presentes ou relacionados ao trabalho, podem ser classificados em: físicos; químicos; biológicos; ergonômicos e psicossociais; mecânicos e de acidentes.

Os trabalhadores, além das dificuldades decorrentes das condições gerais de vida, apresentam problemas de saúde oriundos do próprio processo de trabalho. Esta situação é uma realidade presente na história da humanidade. No Brasil, embora os dados existentes com relação a este problema sejam precários do ponto de vista epidemiológico, eles confirmam que a situação de saúde dos trabalhadores é adversa, em função das precárias condições de vida e trabalho, e em decorrência da caótica assistência à saúde (SPINOLA, 1994).

Os trabalhadores de saúde sujeitam-se a vários riscos ocupacionais, adoecem, acidentam-se, e, na maioria das vezes, não relacionam esses problemas à sua atividade de trabalho, e, como referem Oliveira e Murofuse (2001), estão cada vez mais submetidos a uma grande diversidade de riscos, porém esses profissionais preocupam-se muito com o trabalho a ser realizado e os cuidados com os clientes, e pouco com os riscos ocupacionais a que estão expostos. Nesse contexto de trabalho em saúde, destaca-se o trabalho realizado pela

enfermagem que, segundo Alves (2000), é um trabalho de risco. Ressalta-se que nas condições em que vem sendo realizado, em contextos do mundo do trabalho atual e suas características, essa condição/profissão de risco leva ao desgaste e à destruição das energias físicas e mentais dos trabalhadores.

Segundo Guedes e Mauro (2005), entende-se como fator de risco as características de trabalho que são capazes de provocar acidentes, danos ou doenças para a saúde do trabalhador, provocando o seu afastamento temporário ou permanente das suas atividades laborais.

Para Royas e Marziale (2001), o hospital é considerado um ambiente de risco por abrigar uma série de agentes que podem ser nocivos, quando não controlados. Ressalta-se aqui a característica de um hospital de pronto-socorro, que guarda especificidades potencializadoras de risco à saúde dos trabalhadores.

Segundo Bulhões (1998), o número de trabalhadores de enfermagem é grande na composição geral dos profissionais do setor saúde, ressaltando que esses trabalhadores têm a saúde e a segurança à mercê de condições de trabalho, que os expõem a riscos ocupacionais diversos.

Os trabalhadores de enfermagem, que atuam na rede hospitalar, vivenciam e participam ativamente das mais variadas situações de riscos ocupacionais. Executam um grande número de atividades que são efetuadas cumulativamente; têm jornadas de trabalho prolongadas, algumas vezes dobrando plantões; espaço físico inadequado, ventilação e iluminação deficientes; falta ou inadequação de materiais e equipamentos para trabalhar com segurança, utilizando-se muitas vezes de improvisação de materiais; número de recursos humanos insuficientes; longos períodos na mesma posição, em pé, outras vezes semi-curvados, ou em movimentos bruscos, com ou sem apoio; manipulação e exposição a antissépticos, medicamentos, manutenção precária dos equipamentos; contato freqüente com pacientes infectados; convivência com a morte e o sofrimento, dentre outros.

Todas estas questões são extremamente relevantes, quando se considera os dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), em relação ao quantitativo de trabalhadores de enfermagem no Brasil: a área de enfermagem corresponde a 49,6% do setor saúde, enquanto a soma de todas as especialidades médicas alcança 30,3% desse setor. Chama atenção ainda que,

desses 49,6% do setor saúde, que correspondem à enfermagem, 57% são compostos por auxiliares e técnicos de enfermagem.

O interesse pela presente pesquisa emergiu de estudos anteriores em hospital público em Natal/RN, orientados pela coordenadora do presente projeto, nos quais se constatou situações de precarização do trabalho, através da adoção de aumento da jornada de trabalho praticada por trabalhadores com vínculo formal de trabalho em serviço público, através do Regime Jurídico Único (RJU). Nos estudos de Veras (2003) e Fernandes (2005) foram evidenciadas repercussões para a saúde e para a vida dos trabalhadores no referido hospital público, advindas dessa condição de precarização do trabalho, que se caracterizou como uma forma de subcontratação com fragilização de direitos trabalhistas, posto que, nas horas de trabalho da jornada subcontratada, os trabalhadores não mantêm os direitos trabalhistas previstos pelo RJU. Nesses estudos, Veras (2003) e Fernandes (2005) denominaram os seus achados de *Situações de precarização do trabalho dentro do vínculo formal de trabalho em instituições públicas*. Esta denominação, portanto, corresponde ao enfoque de trabalho precarizado utilizado no presente estudo. Também, nesses estudos, as condições de trabalho, nas quais se realizam os processos de trabalho em saúde, trazem as marcas e os emblemas do setor público de saúde no Brasil e na região Nordeste especificamente, com todo o seu colorário de falta de recursos materiais e humanos, com as dificuldades históricas da organização e do gerenciamento desses recursos, entre outros aspectos amplamente discutidos durante o movimento da Reforma Sanitária no Brasil, que resultou na construção e consolidação do Sistema Único de Saúde-SUS. Porém, o que os estudos dessas autoras evidenciaram foi a ocorrência de um agravamento dessas condições históricas de trabalho pela situação de precarização, abrindo precedentes para indagações sobre a relação entre essas situações de trabalho precarizado e o aumento da exposição aos riscos ocupacionais. Daí, portanto, surgiu o projeto de pesquisa que resultou no presente estudo.

Dentro desse contexto, este estudo levantou algumas indagações a propósito de suas questões de pesquisa, a saber: considerando-se a realidade de trabalho precarizado em um hospital público, quais os principais fatores de risco a que estão expostos os trabalhadores de nível médio de enfermagem? Qual a lógica interna que orienta esse processo? Sabe-se que com o aumento da jornada de trabalho – como dobrar plantões, substituir colegas, entre outros

– o trabalhador fica mais exposto aos acidentes. Portanto, quais os fatores de proteção e desgaste nas suas condições de trabalho, que potencializam ou protegem esses trabalhadores no enfrentamento desses riscos? Também se sabe que os trabalhadores vivenciam acidentes e adoecimentos relacionados ao seu trabalho. Muitos até percebem que, de alguma maneira, esses processos mórbidos têm umnexo causal com o seu processo de trabalho, porém, muitos trabalhadores tendem a desenvolver um mecanismo de defesa de negação, de apatia em relação ao enfrentamento desses riscos, por medo de perder o emprego, por achar que esses riscos são inevitáveis ou por não saber como resolvê-los, enfim, por necessidade de sobrevivência como trabalhadores e como sujeitos sociais. Porém, é importante investigar como eles pensam e expressam essa realidade vivenciada. Portanto, qual o olhar desses trabalhadores sobre sua condição/profissão de risco?

O presente trabalho corresponde a estudo descritivo/analítico, com uma abordagem qualitativa, tendo utilizado, como instrumento de análise, a história oral temática (MEIHY, 2002).

A categoria de análise abordada foi **condições de trabalho** no contexto do mundo de trabalho atual. Esta categoria orientou a elaboração dos instrumentos de coleta, sistematização e análise da presente investigação.

O campo de estudo correspondeu a um hospital público em Natal/RN, com a escolha de um setor – pronto-socorro – objetivando possibilitar uma investigação mais aprofundada e circunscrita, atendendo às exigências de tempo de duração em seis meses e a especificidade da riqueza da narrativa dos informantes, em um universo de significados do processo de trabalho mais uniforme. Este campo de investigação foi escolhido por se tratar de um hospital público, de referência para todo o Estado, com uma demanda expressiva de atendimentos por parte dos profissionais de enfermagem, deixando esses trabalhadores sujeitos a uma significativa diversidade de riscos ocupacionais. A população estudada, portanto, constou de todos os profissionais de enfermagem de nível médio do setor de pronto-socorro do hospital pesquisado; segundo o referencial da pesquisa oral, essa população equivale a uma colônia, e os entrevistados, em uma rede de depoentes, que correspondem a 15 trabalhadores.

## 2 OBJETIVO

Analisar as condições de trabalho e os riscos ocupacionais vivenciados pelos trabalhadores de enfermagem em um contexto de precarização do trabalho, em um hospital público em Natal/RN, sob a ótica desses atores.

## 3 CAMINHOS METODOLÓGICOS

Na primeira fase da análise foram trabalhadas simultaneamente as informações com abordagem quanti/qualitativa, com a organização de pizzas e tabelas temáticas (quantitativo), além de quadros para as falas dos entrevistados, objetivando apreender a riqueza das narrativas e facilitar a sistematização por convergências e divergências nas respostas. A abordagem metodológica desta pesquisa foi a história oral temática. Nesta técnica, a população estudada corresponde a uma colônia, na qual é realizado um processo de formação de uma rede de depoentes, correspondendo especificamente aos entrevistados. Para a formação dessa rede, dentro da colônia, há que se chegar ao entrevistado que, para o objeto em estudo, consubstancia-se como aquele que tem seu teor de informação qualificada e possa indicar caminhos para a formação da rede de depoentes. Esse informante qualificado é identificado como a entrevista número zero (MEIHY, 2002), escolhido na elaboração da rede, a partir dos informantes-chave e da disponibilidade de tempo para conceder a entrevista. O momento de parar as entrevistas foi sinalizado pela repetição e saturação das respostas, em consonância com a orientação das pesquisas qualitativas.

Na coleta das informações foi utilizada a técnica de entrevista individual semi-estruturada, tendo como roteiro um instrumento, constando de questões abertas, visando ao relato livre dos informantes. Os profissionais receberam carta explicativa sobre o trabalho e seus objetivos. As narrativas dos entrevistados foram gravadas, com consentimento informado, segundo Parecer 196/96 do CNS/MS. A coleta das informações ocorreu após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN, do contato formal e a autorização da instituição de saúde pesquisada.

A organização e sistematização das narrativas na história oral temática são agrupadas por temáticas, enquanto categoria de trabalho. Neste estudo, optou-se pela categoria **condições de trabalho**, com a subdivisão *A Condição/Profissão de Risco e Condições de Trabalho e Riscos: em busca do nexa causal*.

A técnica de interpretação, a partir das convergências e divergências nas respostas, possibilita a análise das visões mais convergentes da totalidade dos entrevistados e as notas dissonantes nos discursos, que sinalizam visões diferentes da maioria das demais. Essa técnica possibilita, portanto, uma análise das interlocuções internas entre os sujeitos da pesquisa, explicitado ou implícito nas narrativas, captados pelo teor, ênfases e/ou veemência nas respostas. Após a análise desses quadros, foi realizado um refinamento dessas análises, com a escolha de alguns trechos de falas mais emblemáticas que traduziram os sentimentos e/ou atitudes dos entrevistados em cada item abordado.

A identificação das falas foi sistematizada com numeração pela ordem das entrevistas, com a tipologia: entrevistado (a) 1 (E1), entrevistado (a) 2 (E2) ...

#### **4 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA E SEUS ATORES**

- **O Cenário da Pesquisa:**

A pesquisa foi realizada no Pronto-Socorro Clóvis Sarinho, que integra o Complexo Hospitalar Monsenhor Walfredo Gurgel (CHMWG). Ao todo, o complexo hospitalar possui 310 leitos, distribuídos entre Walfredo Gurgel, Pronto-Socorro Clóvis Sarinho, Hospital João Machado e Hospital Médico Cirúrgico. Do total, 39 são destinados a pacientes críticos, sendo 19 de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), 12 de unidade semi-intensiva, 4 de pós-operatório no Pronto-Socorro Clóvis Sarinho e 4 de UTI geral, no anexo do Hospital Médico Cirúrgico.

O CHMWG dispõe de uma equipe de 1.800 funcionários, dos quais cerca de 200 são de empresas terceirizadas, que prestam serviços de vigilância e higienização, e 554 são auxiliares de enfermagem. A equipe de plantão permanente é composta por 30 médicos em cada turno, e o hospital conta ainda com uma equipe de profissionais que pode, a qualquer momento, ter seus serviços solicitados.

O Pronto-Socorro Dr. Clóvis Sarinho foi inaugurado no dia 08 de fevereiro de 2001 e é referência no atendimento de emergência no Estado, recebendo, em média, 19 mil pacientes por mês. Os principais procedimentos realizados são em clínica médica e ortopedia.

Ao todo, abriga 62 leitos, sendo 9 de UTI geral, 5 de UTI pediátrica, 9 do Centro de Recuperação de Operados (CRO), 12 da Unidade Semi-intensiva, 8 do setor de Politrauma, 4 do setor de reanimação e 15 na pediatria.

A estrutura do Pronto-Socorro Dr. Clóvis Sarinho abrange o Centro Cirúrgico do Hospital Walfredo Gurgel, com 5 salas cirúrgicas e capacidade de expansão para 7, e o Centro de Esterilização de Materiais. Além disso, conta com os Serviços Auxiliares de Diagnóstico, que compreendem: Laboratório de Análises Clínicas; Endoscopia Digestiva, com exames de endoscopia digestiva alta e colonoscopia; Ultra-sonografia e Radiologia, com dois equipamentos de Raios-X e aparelho para realização de tomografia computadorizada.

A equipe é composta por cerca de 30 médicos em regime de plantão permanente. São clínicos, pediatras, cirurgiões, intensivistas, anestesistas, neurocirurgiões, além de cirurgião vascular e plástico. O Clóvis Sarinho funciona também com assistentes sociais permanentes, em escala de plantão, recepção informatizada para admissão de pacientes, posto da Polícia Militar, Posso Ajudar e Serviço de Triagem.

▪ **Os Atores e suas Características:**

*Para mim, poderoso não é aquele que descobre ouro.  
Para mim, poderoso é aquele que descobre as insignificâncias  
(do mundo e as nossas)  
Por essa pequena sentença me elogiaram de imbecil.  
Fiquei emocionado e chorei.  
Sou fraco para elogios.  
(Manoel de Barros)*

A caracterização da rede dentro da formação da colônia, na abordagem da história oral temática, técnica utilizada na presente pesquisa, tem significados e significâncias, que embora aparentemente insignificantes, como fala Manoel de Barros, traz elementos singulares para a análise deste estudo, se se considerar que a narrativa de um sujeito social é mediada por sua visão de mundo, ou seja, de que *lugar social* esse sujeito fala.

Quanto à caracterização da amostra, foram observadas variáveis, como sexo, idade, escolaridade e formação. Pode-se observar, na Tabela 1, a distribuição dos profissionais de enfermagem segundo formação e gênero.

**Tabela 1 - Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo formação e gênero**

Formação	Profissionais		Masculino		Feminino	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Técnico de Enfermagem	7	47	1	14	6	86
Auxiliar de Enfermagem	8	53	2	25	6	75
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>20</b>	<b>12</b>	<b>80</b>

Fonte: Pronto-Socorro Dr. Clóvis Sarinho,- Natal/RN. Dados coletados entre julho e agosto de 2005.

A distribuição dos profissionais, entre as categorias de formação, é relativamente equitativa, contudo, no que refere ao gênero, há um predomínio do sexo feminino, o que é fato corrente na profissão. Segundo Macêdo (2005), por ser a Enfermagem uma profissão que tem por característica ser predominantemente feminina, há uma complexidade singular nas abordagens sobre sua condição como trabalhadora do setor saúde, particularmente no trabalho em turnos e noturno. Ressalta-se aqui a importância de se destacar o trabalho noturno, posto que, para a mulher trabalhadora, essa modalidade de trabalho assume características e implicações específicas que potencializam a exposição aos riscos ocupacionais e aos agravos à saúde.

Para Santos (1983), o trabalho noturno traz danos e inconveniências para ambos os sexos, não se justificando a proteção especial para as trabalhadoras femininas, exceto, na proteção à maternidade. Por outro lado, Costa (1996) chama a atenção para as possibilidades do trabalho em turnos trazer efeitos adversos à saúde das mulheres, particularmente pela atividade hormonal e para a função reprodutora.

Na Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1989), o trabalho noturno é lícito para todos os trabalhadores, em condições iguais estabelecidas para homens e mulheres, sendo proibido apenas para os menores de 18 anos para ambos os sexos.

Remete-se a autores como Fischer, Lieber e Brown (1995), valendo ressaltar o enfoque da presente pesquisa, que, em sua base empírica, constatou através das falas dos depoentes o que os autores citados referem em seus estudos, isto é, que as mulheres são mais atingidas que os homens, pela dupla carga de trabalho, cumprindo jornadas domésticas e profissionais, sobretudo aquelas que têm necessidade de descanso diurno após o trabalho noturno e não dispõem de tempo para a reposição adequada da energia perdida. Corroborando os autores Fischer, Lieber e Brown (1995), os estudos de Rotenberg (2004) comprovam que a reorganização da rotina diurna é mais difícil para as mulheres que trabalham à noite, quando comparada aos homens, pelo papel desenvolvido pelas mulheres e esperado pela sociedade, no que se refere ao cuidar da casa e da família.

A característica dos depoentes, quanto à idade, apresentou uma média de idade de aproximadamente 42 anos, com um tempo médio de profissão em torno de 14,8 anos. Estes dados são relevantes, uma vez que demonstram que a amostra foi composta por um grupo com experiência e com um tempo relativo de atuação profissional que, se por um lado, tem a questão da experiência, por outro lado, tem que se levar em consideração a questão do desgaste físico/mental, desgaste este, particularmente, pela *natureza* do trabalho em pronto-socorro, que se caracteriza com um ritmo mais acelerado e de intensidade maior de ações e demandas. Somando-se a essas características, ainda tem-se que pontuar a idade média desses (as) trabalhadores (as) em que, pelo processo de degeneração fisiológica, há um comprometimento relacionando à herança genética, ao estilo de vida e às condições de vida e trabalho.

O grau de escolaridade encontrado foi classificado segundo formação (Tabela 2), e distribuído no todo da amostra, no que se refere ao nível de instrução (Figura 1). Ocorreram três categorias: ensino médio incompleto, médio completo e superior incompleto.

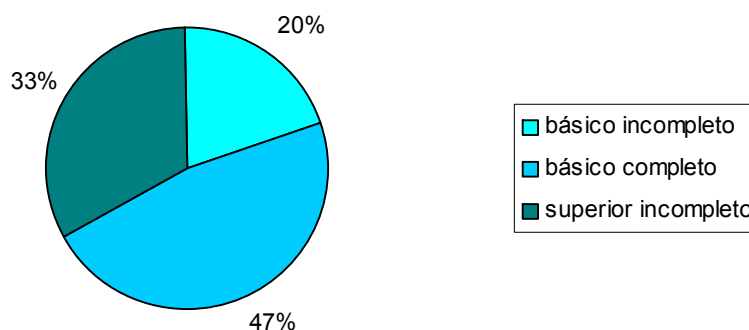
**Tabela 2 - Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo formação e escolaridade.**

Formação	Médio		Médio		Superior	
	incompleto		completo		incompleto	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Auxiliar de Enfermagem	3	42	2	29	2	29
Técnico de Enfermagem	--	--	5	63	3	37

Fonte: Pronto-Socorro Dr. Clóvis Sarinho- Natal/RN. Dados coletados entre julho e agosto de 2005.

Pode-se observar que dentre os profissionais técnicos de enfermagem todos haviam concluído o ensino médio. Não foram encontrados profissionais com grau de instrução de nível superior completo. Na Figura 1, têm-se a reunião dos dados de auxiliares e técnicos de enfermagem, destacando-se o fato de que aproximadamente um terço da amostra encontra-se cursando alguma formação de nível superior.

**Figura 1 - Distribuição da escolaridade da amostra**



Na Tabela 3, é apresentada a distribuição dos profissionais de enfermagem segundo formação e natureza da instituição formadora, no que se refere ao fato de ser pública ou privada. Cumpre salientar que na categoria de auxiliar de enfermagem ocorreu a sobreposição das duas categorias, devido ao fato de que todos os técnicos de enfermagem tinham formação de auxiliar e a esta somaram a formação de técnico de enfermagem.

**Tabela 3 - Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo formação e natureza da instituição formadora**

Formação	Escola pública		Escola privada	
	Nº.	%	Nº.	%
Auxiliar de Enfermagem	4	57	3	43
Técnico de Enfermagem	3	38	5	62

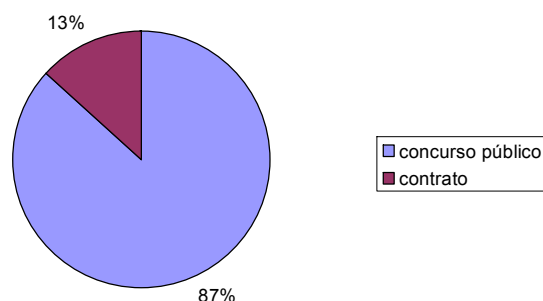
Fonte: Pronto-Socorro Dr. Clóvis Sarinho - Natal/RN. Dados coletados em julho e agosto de 2005.

Ao se considerar os profissionais que atualmente têm apenas a qualificação de auxiliar de enfermagem, aproximadamente 60 % destes estudaram em escola pública. Vale ressaltar que a referida Escola Pública corresponde à Escola de Enfermagem da UFRN. Este dado é significativo se se considerar o investimento e o nível de qualidade desta escola Federal que se situa espacialmente no chamado Complexo de Enfermagem, edificação que alberga os três níveis de ensino de enfermagem da UFRN. Desta forma, a Escola de Enfermagem de nível médio atua de forma integrada com os demais níveis de ensino de enfermagem da UFRN, a saber, a graduação e a pós-graduação, favorecendo a socialização de conhecimentos, a troca de experiências e o fortalecimento da enfermagem.

A seguir são apresentados dois importantes aspectos para a identificação da precarização do trabalho. O primeiro grande aspecto é a **natureza do vínculo** entre o trabalhador e a instituição para a qual presta serviço, e o outro aspecto fundamental, aqui abordado, corresponde à **carga horária cumprida** pelas trabalhadoras e trabalhadores que compõem a amostra deste estudo.

Na Figura 2, é apresentada a **natureza do vínculo** estabelecido com o hospital, se a contratação se dá por concurso público, com efetiva inclusão no quadro de servidores públicos do estado, ou se o vínculo se dá por contrato temporário de prestação de serviço.

**Figura 2 - Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo vínculo profissional**

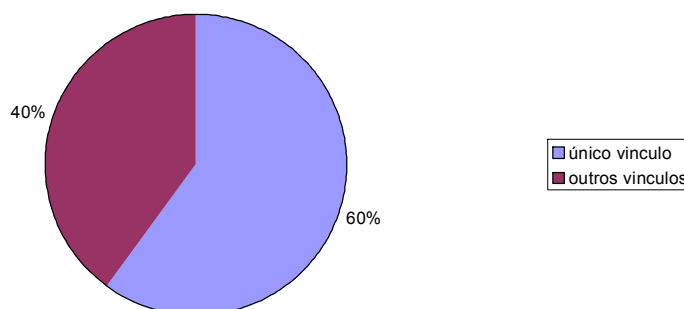


Constata-se um marcante predomínio de relações trabalhistas formais com servidores públicos estaduais contratados por concurso público. Apenas dois dos sujeitos da rede, um auxiliar e um técnico de enfermagem, mantêm vínculo por contrato de prestação de serviço. Esse dado é importante quando, em outra parte deste estudo, serão analisadas as formas de subcontratação pela instituição com a qual esses trabalhadores mantêm o vínculo formal.

Vale ressaltar que os funcionários mais antigos da amostra, que ingressaram na instituição como atendentes de enfermagem ou auxiliar de serviços gerais (ASG) e, posteriormente, passaram a ser auxiliares de enfermagem, são remunerados, ainda hoje, como ASG. Este dado é importante ser destacado, considerando que o Estado não tem Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) e, desta forma, não há oportunidade de ascensão profissional para esses trabalhadores. Esta situação funcional caracteriza-se como desvio de função e mais uma forma de exploração do trabalhador (a), uma vez que, embora sendo qualificados e exercendo as atividades como auxiliares, continuam recebendo salário como ASG, que corresponde a um valor salarial inferior aos recebidos pelos auxiliares de enfermagem. Da mesma forma, os profissionais que ingressaram no Hospital como auxiliar e posteriormente concluíram o curso de técnico também não conseguiram a ascensão funcional e respectiva melhoria salarial, embora tenham passado a exercer funções de técnicos de enfermagem. Dessa maneira, embora esses trabalhadores sejam, em sua maioria, contratados com vínculo formal de estatutários, com seus respectivos direitos trabalhistas, estes direitos, como pode ser constatado, nem sempre estão sendo cumpridos.

Para a caracterização da carga horária realizada, há de se identificar os profissionais que trabalham unicamente no hospital estudado e aqueles que mantêm outra relação de trabalho. Na Figura 3, é apresentada a distribuição dos profissionais de enfermagem segundo número de vínculos profissionais.

**Figura 3 - Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo número de vínculos profissionais.**



Dentre os nove profissionais que mantêm com o hospital, em estudo, o único vínculo empregatício, todos relatam cumprir duas escalas, uma regular e uma extra, de 144 horas cada, perfazendo um total de 288 horas mensais. Uma das depoentes informou que cumpre 24 plantões de 12 horas por mês, representando uma jornada de aproximadamente 72 horas semanais, atendendo no Pronto-Socorro de maior serviço de urgência do Estado do Rio Grande do Norte.

Dentre os seis profissionais que mantêm mais de um vínculo empregatício, foi encontrada uma gama de carga horária bastante diferenciada, com a carga horária variando entre 80 até 264 horas mensais no hospital, em estudo, além das horas dedicadas á outra atividade, ou seja, em outro vínculo empregatício.

Todos os depoentes relataram que não realizam, ou realizam com baixa frequência, a chamada **dobra** de plantão e troca/venda de plantão com colegas de trabalho. Veras (2003), em recente estudo no mesmo hospital, revelou uma maior frequência na troca/venda de plantão entre colegas de trabalho nesta instituição.

## 5 O OLHAR DOS TRABALHADORES SOBRE SUA CONDIÇÃO/PROFISSÃO DE RISCO

### 5.1 A Condição/Profissão de Risco: admitindo riscos presentes no cotidiano de trabalho...

*Da primeira vez que me assassinaram,  
Perdi o jeito de sorrir que eu tinha,  
Depois a cada vez que me mataram,  
Foram levando qualquer coisa minha*  
(Mário Quintana)

O relato verbal das trabalhadoras e trabalhadores de nível médio de enfermagem aponta para a existência de risco na realização de suas atividades profissionais. Em um primeiro momento, os discursos são transcritos parcialmente segundo categorias temáticas, agrupadas por convergências e divergências das narrativas. Assim, as categorias temáticas foram identificadas no recorte da fala em que está inserida no contexto da técnica metodológica da história oral temática, deixando emergir a riqueza da própria narrativa, passível de interpretações plurais, pelas medições dos olhares dos trabalhadores e pesquisadores.

Na segunda fase, as convergências e divergências sistematizadas passaram por um processo de refinamento da análise, tendo sido escolhidas algumas falas consideradas mais significativas para ilustrar cada categoria temática abordada, possibilitando a interlocução entre pesquisados, pesquisadores e os autores estudados. As categorias temáticas que emergiram da pesquisa de campo foram:

- **Tipos de Riscos**, subdividido em: *contaminação; contrair doenças;*
- **Problemas para a saúde e para a vida**, subdividido em: *estresse, cansaço e sono; doenças e alterações imunológicas; estratégias pessoais de proteção.*

### 5.1.1 Tipos de Riscos:

#### *Contaminação...*

*Há risco de vida. Tem colega aqui, tem bem uns três, que estão afastados. Tem colega aqui que já foi contaminado com HIV positivo. Ali naquele setor que a gente trabalha, a gente trabalha demais com paciente soropositivo, tem dia que não tem luva. Tem que colocar saco plástico pra poder manusear o paciente, máscara não tem! ... (E13)*

*Contaminação do tipo a gente ser contaminada com uma agulha, um jelco, por exemplo, de alguém que esteja contaminado com AIDS... Eu pelo menos, já levei umas furadinhas. Numa certa noite eu cheguei pro plantão e alguém tinha colocado um jelco naquela caixa de perfurocortantes, a ponta tava pra cima e quando eu cheguei, de luva e tudo, fui desprezar a seringa e quando botei a seringa, o jelco veio no meu dedo. Furou bastante, neste dia o jelco ficou agarrado e penetrou bastante, quando botei a seringa assim, ele estava com a ponta pra cima. O jelco veio no meu dedo! ... (E3).*

Ao relatar os riscos e os seus respectivos tipos, aos quais estão expostos, os profissionais associam fortemente aos riscos biológicos presentes nos procedimentos de enfermagem. O risco de contaminação com material infectado é tema recorrente. Outro aspecto importante, a ser analisado, é a relação que os depoentes fazem entre exposição aos riscos de contaminação com a falta de material em geral e especificamente com a falta de equipamentos de proteção individual (EPI), que muitas vezes os levam a buscar improvisações, aumentando esses riscos de contaminação.

No item sobre as saídas vislumbradas para essa situação (item 06), os depoentes reivindicam a adequação dos materiais de trabalho.

Tendo-se a identificação da presença de riscos de contaminação e a possibilidade do desenvolvimento de doenças, os entrevistados relatam como a exposição no trabalho traz conseqüências para sua saúde e para sua vida.

## *Contrair Doenças...*

*A gente corre muito risco, principalmente quem trabalha na urgência. A gente corre o risco de pegar uma doença que, no caso, não foi diagnosticada ainda. O paciente chega na urgência com uma [doença] que não foi diagnosticada e a gente corre o risco de pegar uma doença: às vezes é um paciente com tuberculose que não tem o diagnóstico ainda. Chega e você pode pegar uma doença dessa. É um problema incalculável, porque do jeito que a AIDS está por aí... tem muito paciente aidético que não sabe e de repente você se furar com a agulha e por causa desse paciente você acabou com sua vida ... (E1)*

O sentimento de risco e a exposição à contaminação de doenças, com conseqüências nefastas para a saúde e para a vida dos trabalhadores de nível médio de enfermagem, no caso estudado, têm como potencializador o fato de os mesmos atuarem em serviço de pronto-socorro, constatando-se, nas falas, o sentimento de risco, dor e até de morte anunciada.

Nesse quadro vislumbra-se, por outro lado, elementos de algum desconhecimento e/ou desinformação sobre as doenças e formas de biossegurança no trabalho: aspecto relacionado com o trabalho educativo cotidiano e necessário, geralmente desenvolvido pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e pela Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), comissões estas referidas na pesquisa como setores que necessitam de maior investimento.

### **5.1.2 Problemas para a Saúde e para a Vida:**

#### *Estresse, cansaço e sono...*

Chama atenção o fato de que a contaminação acidental, que é fortemente presente na percepção de risco, assume uma configuração diferente na compreensão sobre o conceito de saúde, no qual, além dos aspectos de contaminação biológica, como a ocorrência de infecções respiratórias, são ressaltados outros aspectos: o estresse, o cansaço, o sono e a responsabilidade da saúde como direito e bem social.

*Quando chega aqui se a gente se estressa a gente fica cansada se acaba. Você vendo que o paciente está precisando, se não tivesse condições de conseguir aquilo até que eu [ficaria conformada]... Mas a gente sabe que tem condições. Aí aquilo desgasta, aquilo cansa, deixa a gente estressada!(E13)*

*Estresse, cansaço físico, mental, muito sono... [principalmente] Com relação a perder o sono! (E10)*

Na fala do entrevistado 13 fica claro a preocupação com o direito à saúde dos pacientes e como responsabilidade do governo, quando esse depoente afirma não ficar conformado tendo que enfrentar as condições de trabalho com a precariedade de material e a consciência de que essa realidade poderia ser diferente, como direito de acesso da população à saúde.

Essa consciência da realidade vivenciada pelo depoente, segundo o mesmo, causa desgaste e estresse. Essa fala aborda a questão política, com uma visão micro/macroestrutural relevante de ser destacada. Em estudo recente, Fernandes (2005) analisa o estresse ocupacional e suas repercussões na vida cotidiana de enfermeiros do mesmo hospital da presente pesquisa. O que é interessante constatar é que, em seu estudo, a relação micro/macroestrutural dos problemas vivenciados no cotidiano de trabalho dos enfermeiros, estudados na mesma instituição e no mesmo ano, portanto, em uma relação de espaço/tempo, simultânea também ficou evidenciada a questão política, embora tenha sido pouco enfatizada pelas depoentes. Por outro lado, a presente pesquisa com trabalhadores de nível médio de enfermagem vem reforçar os achados da pesquisa de Fernandes (2005) e confirmar a relação entre estresse ocupacional e suas repercussões no cotidiano dos trabalhadores de enfermagem que atuam em um contexto de trabalho com características de precarização, dentro do vínculo de contratação.

### *Doenças e alterações imunológicas...*

*Eu trabalhei também muito tempo em setor fechado e minhas defesas são baixas (E6).*

*Até agora eu não senti nada. Geralmente meus colegas é quem sentem, passam uma noite lá e sentem a garganta arranhando, mas eu graças a Deus, graças a Deus, estou até com o organismo forte, não é!? (E2)*

Quando se indagou se já haviam desenvolvido doença e/ou alterações imunológicas relacionadas com o seu trabalho, os depoentes apresentaram visões diferentes, como as falas dos entrevistados nº 6 e nº 2: alguns confirmaram e outros negaram o desenvolvimento de doenças. Essas respostas, quando relacionadas com outros itens dessa pesquisa, permitem análises mais consistentes sobre a essência e a aparência do fenômeno estudado. Por exemplo, quando indagados se a adoção da estratégia de aumento da jornada de trabalho, como forma de suplementação salarial, afetava de alguma maneira a sua saúde, os depoentes apresentaram dois grupos de respostas: um grupo em convergências positivas, outro grupo com respostas negativas.

Os componentes do grupo de respostas positivas, em consonância com o grupo que respondeu sobre as doenças e alterações imunológicas, afirmaram que já apresentaram problemas de saúde e alguns até assinalam que tipo de problema. Os que negam essa relação causal, entre tipo de trabalho e aparecimento de doenças, fazem de formas as mais variadas: uns negam o problema para si, mas apontam colegas que apresentaram doenças; outros negam, destacando outros aspectos mais importantes para eles, tais como: satisfação com o trabalho, amor ao que fazem e necessidade financeira.

### *Estratégias pessoais de proteção...*

*A gente toma muita vitamina C. Tomar bastante líquido, cuidar muito da alimentação da gente, porque é muito importante, a alimentação da gente em primeiro lugar.(E6)*

Quando se indagou sobre as estratégias utilizadas para proteção da saúde, os depoentes referiram-se, em sua maioria, a cuidados pessoais com a saúde, em nível genérico. Não se referiram especificamente aos EPIs e às medidas de biossegurança, demonstrando um conhecimento do âmbito do senso comum sobre o assunto.

## **5.2 Condições de Trabalho e Risco Ocupacional: em busca do nexu causal**

A abordagem de nexu causal, do ponto de vista epistemológico, está originalmente relacionada com uma visão que tende para a unicausalidade, dentro da relação causa/efeito. Há que se considerar que, na saúde do trabalhador, esse nexu causal tem implicações mais amplas. Nesse contexto, a sua busca vai enveredar por uma abordagem sobre os determinantes sociais do processo saúde/doença desses trabalhadores, determinando formas de adoecimento e morte. Desta forma, o nexu causal tem um componente social e político muito forte, à medida que traz à tona a realidade social em seus signos e marcas que não podem e nem devem ser desconsideradas, negadas, ou silenciadas. Ao contrário, devem ser trazidas ao centro do debate para ser objeto de reflexão, em busca de saídas coletivas para a própria condição humana.

A exposição ao risco é pontuada pelo estabelecimento de redes de relações entre as condições de trabalho e risco. Nessas condições de trabalho são abordados três aspectos principais: *problemas estruturais; falta de material; problemas organizacionais*.

Analisando as falas dos (as) entrevistados (as), quanto à relação causal entre condições de trabalho, constata-se que esses (as) trabalhadores (as) identificam e descrevem essa relação de forma bem clara. Esse dado é precioso porque é passível de projeções propositivas, no sentido de estabelecimento de estratégias de proteção dos trabalhadores (as), prevenção contra acidentes e agravos à saúde e busca de maior qualidade na saúde do trabalhador, com ressonância para a qualidade da assistência prestada.

## *Problemas estruturais*

*Uma pia, a gente procura uma pia num corredor desse e não tem onde lavar a mão, os sanitários se são lavados duas vezes por dia eu não sei: está todo sujo! Todos os funcionários aqui. No refeitório, os funcionários vão fazer refeição e entram com a bata que trabalham aqui no PS 24h supercontaminada e entram lá à vontade! Lá não tem um sabão pra lavar a mão no refeitório. O talher tem que trazer de casa, já vem contaminado, porque a gente traz na bolsa entra no hospital pega lá de qualquer jeito, o talher tem que trazer de casa porque aqui não tem. As bandejas quando a gente pega chega é gordurosa, a gente se alimenta porque está com 12 horas. Tem que se alimentar por que se não morre, mas é precária a situação daqui. Não tem um copo pra gente beber água, um copo descartável. O bebedouro é fora, os pacientes usam. Quem chegar usa de qualquer jeito e é tudo contaminado.(E6)*

## *Falta de material...*

*Falta muita coisa pra gente trabalhar direito. Falta muita coisa, às vezes falta luva, falta máscara, aqui [no hospital], não é geralmente, mas falta, geralmente quando tem a gente nunca usa, presentemente, porque, por exemplo, quando eu estou de luva para puncionar uma veia eu acho meio prejudicado [dificulta o procedimento]. Agora para fazer um curativo eu já coloco.(E11)*

*Tem dia que você não tem luva aqui, não tem seringa, tem que pedir emprestado noutros cantos, aqui no [Hospital] mesmo. Por exemplo, lençóis, não têm. É fácil você se contaminar na secreção, o paciente fica 3,4h com a fralda xixado, hemorragia digestiva, o paciente dentro de uma lagoa de sangue e a gente tem que pegar no paciente, entendeu? O risco é grande. Cabe às autoridades competentes verem mais a saúde de perto e não só de longe como acontece.(E4)*

Segundo Lunardi Filho (1997), a falta dos recursos materiais surge como um dos maiores sofrimentos no trabalho para a equipe de enfermagem. Desta forma, a escassez de

materiais e equipamentos de proteção individual conduz à sua constante busca, levando a uma perda de tempo que poderia ser utilizado na assistência aos clientes. Embora os trabalhadores desejem realizar o trabalho, aparecem a hostilidade e o cansaço que são originados na busca de condições para a realização do trabalho. A falta de recursos materiais nas unidades de saúde, particularmente no setor público, é um problema antigo na saúde, motivo de muitas lutas, reivindicações e propostas por parte dos trabalhadores do setor saúde, movimentos sociais e segmentos do governo, em determinados momentos do processo de construção histórico-social das políticas de saúde no Brasil.

Veras (2003), em seu estudo sobre o hospital objeto da presente pesquisa, constatou essa mesma realidade de falta de material, sofrimento e sentimento de impotência dos trabalhadores de enfermagem. Nesse estudo, também assinalou, dentre as falas dos depoentes, além do sofrimento, um argumento político, da mesma forma que o observado na presente pesquisa, na fala do entrevistado nº 4, quando o mesmo se refere à responsabilidade das autoridades em tomar providências. Fica clara a visão crítica desse entrevistado quando o mesmo consegue objetivar a visão macroestrutural do problema, que não se esgota apenas em uma questão microgerencial de economia de recursos e busca de alternativas e adaptações, muitas vezes inadequadas, resultando em riscos para trabalhadores da saúde e para os próprios usuários do serviço, mas, sim, de alocação de recursos para a Saúde Pública no Estado do Rio Grande do Norte (RN).

#### *Problemas organizacionais...*

*É um tumulto assim.. Não tem uma organização na hora de um atendimento de urgência a gente fica muito exposto. Ficam muitos curiosos ali quando chega uma urgência, é assim.(E3)*

O problema explicitado como do âmbito da organização dos espaços de trabalho, tem repercussão diretamente no processo de trabalho desenvolvido e na assistência prestada, como fica explicitado na fala do Entrevistado n.3. Outro aspecto que merece destaque refere-se ao problema específico da exposição dos trabalhadores e do trabalho desenvolvido em um serviço

de pronto-socorro no Brasil e/ou em Natal-RN. Esse fato pode ser constatado pela ampla divulgação na imprensa falada e escrita, em abordagens jornalísticas de denúncias necessárias e algumas vezes apresentando um certo teor de sensacionalismo com fins meramente mercantilistas, isto é, para aumentar a venda dos jornais ou aumentar a audiência dos programas.

## 6 AS SAÍDAS VISLUMBRADAS E OS HORIZONTES A DESCORTINAR: A PROPÓSITO DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Como dois e dois são quatro,  
Sei que a vida vale a pena.  
Embora o pão seja caro  
E a liberdade pequena.*  
(Ferreira Gullar)

Neste capítulo serão abordadas as possibilidades de saída para a condição/profissão de risco, a partir da narrativa dos (as) entrevistados (as). Optou-se por tecer as considerações pela mediação desse olhar vislumbrado, como forma de iniciar o processo de descortinamento de horizontes: estes são os primeiros. Ao leitor será oferecida a oportunidade de continuidade do processo. Assim, serão outros e outros horizontes...

A categoria temática que emergiu da pesquisa de campo foi **medidas para diminuição do risco**, com as subdivisões: *adequação do material de trabalho; treinamento; comissão de infecção hospitalar.*

*Adequação do material de trabalho...*

*Em relação a equipamentos adequados, aqui a gente não tem, pra gente se proteger. É... Cursos oferecidos pelo setor de trabalho, que é pra gente... ficar mais a par dessas coisas aí. Porque mesmo que a gente tenha a base, falta muita condição de trabalho, quer ver... Vai fazer três meses aqui no hospital que a gente não tem papel para gente enxugar as mãos, então a gente tem contato com o paciente: paciente contaminado, a gente aspira, faz isso, faz aquilo, lava as mãos e quando termina a gente esfrega*

*a mão na roupa, passa a mão na roupa ou então pega um lençol, do paciente mesmo que a gente não sabe nem se aquele lençol é limpo, que eu não confio. Pronto, esfrega ali e está com a mão limpa. Pois é isso! (E5).*

A visão de adequação do material de trabalho que ficou explicitada na fala dos depoentes, como se constata na fala do Entrevistado n.5, tem na verdade uma forte vinculação com a questão recorrente da falta de material, já abordada no presente estudo. Por seu turno, essa falta de material tem serias implicações para a qualidade da assistência prestada e abre precedentes para o aumento da vulnerabilidade aos riscos ocupacionais. Como um castelo de cartas com estrutura de equilíbrio tênue, que uma vez retirada uma carta, desencadeia-se um processo de desmoronamento em série, esse ciclo vicioso parece tecer uma trama de armadilha envolvendo trabalhadores e usuários e mais uma vez desvela-se como um cotidiano de sofrimento, dor e morte anunciada. Fernandes (2005) estudando o estresse ocupacional de enfermeiras no mesmo hospital da presente pesquisa, referiu-se à perplexidade dessas trabalhadoras com a sua condição/profissão de risco, denominando como uma situação de *espelho olhando para si mesmo*.

#### *Mudanças organizacionais...*

*Uma das [mudanças] seria diminuir a carga horária... (E15)*

*Primeiro diminuir a quantidade de pacientes. Bote mais auxiliar dia que fica oito pra duas auxiliar, porque se bota mais auxiliar a gente vai trabalhar com aquela atenção... Às vezes o outro tá lá se afogando em secreção e esse aqui também!...(E13).*

A questão quantitativa da Força de Trabalho em Saúde (FTS), assim como a falta de material são antigas como reivindicação e objetos de tentativas de implementação de propostas de mudanças. Particularmente, no que tange à FTS, há que se considerar que a falta de pessoal irá implicar um leque de problemas, que se articulam em interfaces, potencializando-se: a falta de pessoal irá provocar acúmulo de trabalho, que irá gerar ansiedade e sentimento de

impotência nos trabalhadores. Sentimentos que, por seu turno, poderão causar hostilidade, agressividade e conflitos na equipe profissional, com implicações novamente na própria condução do processo de trabalho. Este processo de trabalho comprometido, com certeza, terá problemas de ordem ética, na prática profissional e coletiva; do ponto de vista do direito do paciente, têm desdobramentos significativos, pela possibilidade desses sentimentos serem em parte repassados para os pacientes, indo comprometer o processo terapêutico e gerar mais insatisfação e sofrimento.

### *Treinamento...*

*A SESAP, que é o órgão responsável pela gente, pelos funcionários públicos da área da saúde, dar proteção, incentivar mais os profissionais a assistir palestras, trazer panfletos pro hospital, tem curso tal, curso tal, isso é incentivo. E aqueles profissionais que não querem ir, às vezes é porque não é estimulado no setor, às vezes a chefe não estimula. (E4)*

*Eu tenho bastante conhecimento, mas eu acho que devia, devemos nos fluidificar mais, a mim também e a todos nós. Eu acho que tem gente precisando bem mais. Mesmo assim eu gostaria de me fluidificar melhor... Porque, por exemplo, nesse dia eu não tive assim... Eu precisei sofrer esse acidente pra poder assim... Eu acho que devia haver um meio de esclarecimento para as pessoas que trabalham na saúde, nesse tipo de atendimento, ao desprezar o material perfurocortante, entendeu? A gente precisa ter atenção, muita atenção mesmo, pode ser falta de atenção, falta de cuidado da gente mesmo. (E3)*

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), a informação e o treinamento dos trabalhadores são componentes importantes das medidas preventivas relativas aos ambientes de trabalho. Educação e informação sobre as condições de risco, presentes nos processos e ambientes de trabalho, irão implicar mudanças de comportamento dos trabalhadores e dos empregadores, chefes e encarregados, posto que, às vezes, as concepções e as práticas desses atores sociais são, culturalmente, arraigadas com valores de senso comum e/ou concepções equivocadas. A experiência mostra que o investimento em treinamentos e outras atividades

educativas são insuficientes, se não forem acompanhadas de investimentos na melhoria geral das condições coletivas de trabalho e de uma gestão participativa do trabalho.

Quanto aos treinamentos sobre segurança no trabalho, os resultados foram: *bom desempenho; inadequação.*

#### *Bom Desempenho...*

*Há sempre! Deixa eu lembrar [sobre o que foi], suporte de dados, condutas de urgência, ultimamente aqui os recursos humanos são ótimos, a equipe de enfermagem que faz os treinamentos 100% não tenho dúvida. (E9)*

*Já, através dos recursos humanos ele está sempre renovando, oferecendo um curso de atualização, são incentivados pelo recursos humanos, pela nossa coordenação de enfermagem que incentiva... nós temos uma mudança até educacional que antes nós não tínhamos, a nossa chefe aqui, hoje são pessoas mais atualizadas, assim com a modificação até mesmo estudantil eles já conseguem se dirigir a cada uma das chefias do cliente interno, entre nós ele já consegue ser um pouquinho diferente, melhorou muito a comunicação.(E10).*

#### *Inadequação...*

*Ofereceu um curso de atualização à urgência, só não lembro mais quando foi o dia. Segurança [sobre segurança no trabalho] não. Foi como atender o paciente. É, foi como atender a pessoa...não existe. Aqui deveria existir, por exemplo, aqui tem uma comissão de infecção hospitalar que eu não acho que não funciona...(E1)*

*Só procura se alguém manda, você dança entendeu? (E4)*

*Eu sei que tem vários cursinhos aqui, mas que às vezes nunca dá pra eu fazer. Não estou lembrada se já deu esse aí... Sei que teve vários outros cursos aí, mas segurança no trabalho eu não estou lembrada não. Não participo porque geralmente eu tenho que sair pra outra escala ou então o curso é de mais de três dias aí não dá, não tenho condições de ficar... Fica sempre pela metade. (E5)*

*Não de meu conhecimento. Pode até ter acontecido e eu não tomei conhecimento. (E3)*

É de grande importância, para todos os profissionais, a atualização sobre temas referentes à promoção da saúde e segurança no trabalho. O assunto não pode e não deve ser esquecido pelas instituições empregadoras. Segundo Bulhões (1998), um dos aspectos que contribui para aumentar a vulnerabilidade do trabalhador de enfermagem e de todo o pessoal do setor saúde no Brasil é a falta de formação da maioria de seus integrantes em assuntos relativos à saúde do trabalhador. Essa desinformação reforça a presença de dois importantes fatores influentes na ampliação dos riscos ocupacionais que são, por um lado, a ignorância do risco e, por outro, esse desconhecimento que dificulta a compreensão da necessidade da adoção e cumprimento de medidas de higiene e segurança no trabalho.

#### *Comissão de Infecção Hospitalar...*

*Aqui deveria existir, por exemplo, aqui tem uma comissão de infecção hospitalar que eu não acho que funciona... Não funciona, porque deveria haver uma investigação maior, nesse caso, no sentido de ter uma investigação maior e outra coisa e que fosse exigido de cada funcionário porque é uma realidade e uma coisa errada que acontece aqui no hospital e que parte da gente mesmo, por exemplo, pergunte a cada funcionário quando, ou há quanto tempo eles fizeram um exame de sangue para você ver... Aí você vai ver as respostas: há uns dois anos atrás, há três anos atrás ou eu nunca fiz... Nunca fiz! quando foi que você fez um raio-x! ah, faz muito tempo, faz anos. Outra coisa, a gente não tem plano de saúde. Pra sair e fazer fora e deveria existir aqui no hospital um meio de exigir que o funcionário faça isso e o hospital dando condições para ele fazer. Era para existir isso porque para isso existe uma comissão de infecção hospitalar no hospital e existe o médico do trabalho no hospital (E1)*

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1995), o principal objetivo de um hospital é a prestação de serviços na área da saúde, com qualidade, eficiência e eficácia. Esse objetivo não poderá ser alcançado sem a administração efetiva de um programa de prevenção de acidentes que proporcionem condições ambientais seguras para o paciente e para os

profissionais que aí desenvolvem suas atividades de trabalho. Portanto, o hospital deve desenvolver continuamente uma política de prevenção de acidentes, assegurando que gerentes e funcionários estejam cientes de suas responsabilidades na redução de riscos e acidentes. Devem promover e reforçar práticas seguras de trabalho e proporcionar ambientes livres de riscos, em acordo com as obrigatoriedades das legislações municipais, estaduais e federais. Nesse contexto, os gerentes e supervisores têm a responsabilidade de zelar para que ambos, ambiente e funcionários, apresentem-se em condições adequadas de segurança e devem considerar a prevenção de acidentes como uma parte imprescindível de sua prática cotidiana.

*O que precisaria saber para proteger a sua saúde...*

*Se a gente tivesse um esclarecimento maior sempre porque as coisas mudam, principalmente na saúde que não é como a matemática que dois mais dois é quatro, sempre dois mais dois é quatro... certo? Já na saúde não, as coisas mudam... Existem doenças, existem bactérias e mais e mais que vai aumentando e vai se multiplicando e vai adquirindo resistência e a gente não é informado disso. Deveria haver sempre um alerta, uma palestra para o funcionário, sempre que houver essas mudanças, doenças novas, uma bactéria nova, surgir uma coisa... Acho que deveria ser informado disso aí!... (E1)*

*Precisaria sim, eu saber e ter condições. Só o saber, só o conhecer isso não vai me ajudar. Você saber que calçar aquela luva vai lhe proteger, não vai lhe proteger de uma furada, com certeza não, mas de alguma secreção vai... Eu estou sabendo, mas se não tiver luvas... Não vai adiantar de nada. Você saber que tem que usar máscara para você se proteger... tem que fazer isso, mas se não tiver máscara, quer dizer é necessário saber e ter as condições. (E1)*

Dois grandes aspectos são evidenciados ao se relacionar jornada e acidentes: o primeiro, é o aumento do risco como correlação direta do aumento da exposição; e o outro aspecto está relacionado com o cansaço, estresse e problemas correlatos. Neste item, houve divergências significativas quanto à visão dos entrevistados sobre a relação entre o aumento da jornada do trabalho e danos à saúde: mais falas afirmaram que afetava a saúde, sua saúde, e outras que não afetava.

*Não me afeta...*

*Ela é longa realmente, mas até hoje não me incomoda. A minha vida sóciofamiliar sim. 80 horas semanais tira muito da minha folga, eu tenho dois filhos. .(E10)*

*É longa, agora é porque eu quero. Porque eu posso escolher. Se eu quiser ficar só com dois já diminui a jornada, mas também não é pra sempre que eu quero isso, vai ser só... Porque já faz muito tempo que eu já faço isso e a gente vai envelhecendo e vai ficando mais cansado aí... Até agora não... Até agora não me cansou... Até agora não tenho queixas não. (E5)*

*Não porque se tivesse que acontecer eu já estava. Não sei se meu organismo já se habituou. Eu me sinto bem trabalhando, eu não me sinto mal não. Eu até, quando fico de férias, sinto falta... ? E psicologicamente eu estou preocupada, porque eu tiro férias e com 15 dias eu já estou com saudade do hospital, principalmente, do hospital. Eu não sinto tanto do... E lá eu trabalho bem menos, aqui eu trabalho bem mais. E sinto mais falta daqui (do hospital). Tem alguma coisa que impregna a gente e não sei se a gente ama demais, não sei o que é, se são os cuidados, se a gente trabalha com o que gosta, eu não sei.(E3)*

Constata-se, inicialmente, nestas falas dos (as) entrevistados (as), uma tentativa de justificar a sobrecarga de trabalho, com o argumento de prazer e satisfação com o trabalho. Porém, analisando o conjunto das falas, na compreensão da totalidade da pesquisa, essa é a aparência da questão. Na sua essência, há uma questão anterior e determinante nessa *satisfação com o trabalho*, que é a necessidade de complementação salarial. Portanto, como esses (as) trabalhadores (as) *necessitam* financeiramente dessa suplementação salarial, têm a tendência de negar o cansaço pelo aumento da jornada de trabalho, negando assim as conseqüências, advindas dessa opção.

Os baixos salários da categoria, conforme Stacciarini e Tróccoli (2002), não satisfazem as necessidades pessoais dos trabalhadores e de sua família, o que leva grande parte a ter mais de um emprego com dupla e até tripla jornada de trabalho, muitas vezes em diferentes turnos, tendo por conseqüência uma maior exposição dos trabalhadores a riscos.

Essa mesma constatação foi abordada por Veras (2003) e Fernandes (2005) em estudo sobre o hospital público, objeto de estudo da presente pesquisa.

*Me afeta a saúde...*

*Com certeza. Por necessidade. Agora não, mas futuramente com certeza sim. Porque, por exemplo, eu dou muitos plantões noturnos e perco muito sono e mais tarde eu vou sentir. (E7)*

*Deixa, principalmente, as defesas que a gente passa 12 horas presa dentro de um setor desses, a gente fica com as defesas lá em baixo. E outra coisa, a gente passa 12 horas aqui e a gente não tem 5 minutos depois que faz uma refeição pra repousar, tem que pegar direto, é 12 horas e direto. (E6)*

*Por que a gente tem essa jornada de trabalho? Por que você tem que ter duas escalas? Por que você tem que trabalhar em dois hospitais? O nível social, o que a gente ganha é pouco, a gente se submete a trabalhar duas escalas porque se o que a gente ganha fosse o suficiente para arcar com o funcionário e família dele, no caso os filhos e a esposa, ele não precisava se submeter à escala grande, a duas escalas, mas a gente tem que se sujeitar. Ou a gente trabalha assim para se manter e viver um pouquinho melhor ou então não vai dar certo. É por isso. (E1)*

O aumento da jornada de trabalho, segundo Veras (2003), através do multiemprego ou de horas extras vem sendo a solução encontrada por alguns trabalhadores, mesmo que seja uma saída sacrificante e que traga prejuízos para a vida pessoal e coletiva. Outra forma é a ampliação de horas de trabalho e de remuneração através de escalas extras de serviço na mesma instituição. Médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares e técnicos de enfermagem, entre outros, vêm cumprindo jornadas de trabalho superiores a 40 horas semanais, acumulando 24, 36 e até 48 horas ou mais seguidas de trabalho através do mesmo vínculo de trabalho. Esta situação torna permanente a utilização de horas extras de caráter provisório, e, que, segundo o Regime Jurídico Único (RJU) do Estado do Rio Grande do Norte, não deveria passar de duas horas.

Vale destacar o desabafo do entrevistado n.1, umas das falas mais fortes e emblemáticas da complexidade do fenômeno estudado. A dor, a angústia e revolta expressa nas palavras e na expressão corporal desse depoente ficam como um registro pungente. Na verdade um grito sufocado de todos os trabalhadores que, em seu cotidiano de trabalho, tentam aliviar o sofrimento de outros sujeitos sociais, que como eles, também são explorados e talvez por isso parece estarem todos fadados, uns e outros, a um mesmo designo de penúrias e privações. No entanto esses trabalhadores continuam lutando contra esse aparente designo, em suas formas de enfrentamento individuais e coletivas.

A relação entre aumento da jornada de trabalho e maior exposição ao risco de acidentes e danos à saúde apresentou divergência nas respostas. Um falas negaram a possibilidade do risco e outras confirmaram-na, o que se constata nas falas a seguir:

*Eu nunca ouvi falar que a pessoa sofresse acidente porque tava trabalhando demais, geralmente, tem colegas minhas aqui que trabalhavam muito mais. (E2)*

*Devido a essa jornada tão longa às vezes a pessoa fica tão cansada, tão, como eu disse, nem se dá conta do risco que está correndo desde a proteção a nem olhar pra onde anda pra onde pisa, devido ao estresse mesmo é uma carga horária muito pesada. (E12)*

*Acidentes, eu acho que não. Acho que pra acidente tanto faz ser pouco ou ser muito. Claro que se você tem uma jornada maior você está mais exposto, mas se a pessoa não presta atenção no serviço tanto ele tendo pouco tempo de serviço como ele tendo um tempo mais prolongado, dá no mesmo. Não, que contribui [para acidente de trabalho], contribui. Porque você está com mais tempo, você está prolongando mais o seu tempo que se fosse menos... Digamos, minha hora é até 6 horas, se eu saísse nesse horário evitaria uma coisa que fosse acontecer de 7 horas, mas... (E5).*

Os entrevistados que confirmaram a exposição aos riscos, contaram algumas histórias de acidentes:

*Conheço um colega lá das enfermarias: furo-se... ele deu um cochilo tava muito cansado. (E8)*

*Tem uma colega que de tanto ela procurar um acesso venoso, o enfermeiro disse que você está cansada, ela disse eu sei que eu estou cansada mas isso não leva ao caso que eu não chegue a puncionar uma veia, e discutiram e ela se estressou na hora e foi puncionar e se contaminou. E esse paciente era HIV positivo e o que fizeram pra consolar ela foi falar que você vai aposentar, mas isso não justifica, a aposentadoria dela. Como o que aconteceu comigo, de tão cheio que tava a reanimação que gente pra aspirar paciente, mudança de decúbito o estresse a gente cansou mesmo e se contaminou com o paciente. (E13)*

*...que o trabalhador fica mais exposto quando ele fica mais cansado, aí ele já não rende mais tão bem quanto ele não muito cansado, aí eu acho que ele passa a correr mais riscos. (E3)*

*Tinha uma auxiliar de enfermagem, inclusive ela era até bem conhecida, eu acho que vocês já ouviram falar em S. ela trabalhava em 4 escala, se contaminou com escalpe e teve uma morte assim, violenta assim, instantânea e ninguém sabe até hoje do que ela morreu, apresentou temperatura elevada e dentro de 24h ela foi embora, faz uns quatro anos. Tem um recente de uma menina aqui, auxiliar de enfermagem que trabalhava em 4 escalas e teve um aneurisma e foi embora do dia pra outro. E é essas coisas que a gente pensa futuramente pra nós. (E7)*

*Eu tinha uma colega que trabalhou no Santa Catarina, a jornada de trabalho dela era muito grande, ela trabalhava em três hospitais e chegou até a falecer, a pressão dela começou a aumentar e, geralmente, quando a pessoa tem uma jornada de trabalho que ultrapassa o limite a pressão da gente começa a aumentar e muita coisa pode surgir (E1)*

Portanto, o meio hospitalar, segundo Haag; Lopes e Schuck (2001), é caracterizado por um tipo de trabalho com forte carga emocional, em que vida e morte se misturam para compor um cenário desgastante e, não raro, frustrante para os trabalhadores de enfermagem, em especial.

Outro grave problema enfrentado pelos profissionais de enfermagem em hospitais é o número de efetivos no atendimento aos pacientes. A responsabilidade por cuidados integrais e a inobservância de critérios para a distribuição correta do número de funcionários, conforme o tipo de necessidade do paciente, aumentam carga física, psíquica e emocional. Este fato é agravado pela imposição de baixos salários que, conseqüentemente, levam o trabalhador à dupla ou tripla jornada de trabalho ou ao excesso de horas extras para complementar o salário.

Reputando as análises dos fatos, pela mediação do referencial teórico, faz-se necessário, neste momento, pontuar os aspectos mais relevantes, a propósito das considerações finais, a saber:

- 1) Considerando os objetivos do estudo, constata-se que as condições de trabalho favorecem a exposição dos(as) trabalhadores(as) aos riscos ocupacionais; em primeiro lugar, pelas características inerentes à profissão, em consonância com os autores citados, que afirmam ser a profissão de enfermagem uma profissão de risco; segundo, porque para além da *natureza* do trabalho, há que se considerar a forma precarizada desse trabalho, vivenciada por esses(as) trabalhadores(as) que, embora mantendo um vínculo formal, no qual os direitos trabalhistas estão assegurados, atuam simultaneamente com escalas extras de jornada de trabalho, este, sim, caracterizado como trabalho precarizado, dentro do seu próprio vínculo trabalhista. Essa realidade do hospital estudado foi identificada anteriormente no estudo de Veras (2003).
- 2) Constata-se também que os(as) trabalhadores(as) têm conhecimentos dos riscos aos quais estão expostos, relatando um leque amplo de condições de trabalho e exposição aos riscos, que possibilitaram a sistematização dessa situação em um quadro, contemplando atividades e setores de atuação. No entanto, ficou claro que para esses(as) trabalhadores(as) o que mais os afeta são os riscos biológicos. Este dado, está em consonância com a literatura estudada (HAAG, 2001), quando esta autora afirma que os riscos biológicos são prevalentes, seguidos pelos provenientes de causas ergonômicas. Embora conhecendo esses riscos, por vezes os(as) entrevistados(as) negaram a relevância do mesmo, no cotidiano do seu processo de trabalho. Por necessitarem trabalhar, aparentemente demonstram que preferem não acreditar no perigo, para que não tenham que se preocupar e sofrer com isso. Escamoteiam, portanto, essa realidade, argumentando a satisfação com o trabalho.

3) Os fatores de proteção abordados nas falas foram: diminuição da carga horária, mantendo o mesmo salário, como uma reivindicação trabalhista; adequação do material de trabalho, com quantidade e qualidade suficientes. Remetendo-se a Haag (2001), há que se considerar que não resolvem esse problema, apenas aumentam a quantidade e a qualidade do material de trabalho: há que se educar os(as) trabalhadores(as), para seu uso e manutenção, caso contrário podem causar frustração e a negação ao uso por parte dos trabalhadores.

Ainda referindo-se ao processo educativo com os trabalhadores em serviço, as falas dos(as) entrevistados(as) apontam a necessidade de maior frequência de atualizações por parte das instâncias administrativas municipal e estadual de saúde. Porém, ressaltaram que somente os cursos não resolvem os problemas vivenciados e não mudam a realidade: há necessidade de, particularmente, maior incentivo, com estratégias de mudanças efetivas para melhorar as condições de trabalho, tais como o piso salarial, a jornada de trabalho (diminuição) e efetivação do Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS).

Há uma indicação de elementos determinantes da relação entre trabalho e risco. Estes elementos constituem, em grande parte, as condições objetivas nas quais o trabalho é realizado.

Na narrativa dos trabalhadores entrevistados, é identificada a ocorrência de falta de material básico de trabalho, como luvas, máscaras, papel e lençóis, falta de pias nos corredores, entre outros.

A não utilização de Equipamento de Proteção Individual é atribuída não somente a falta de material, mas também a sua não utilização por parte dos profissionais. Faltam ainda pias nos corredores.

As condições de higiene no refeitório deixam a desejar, por falta de sabão, bandejas gordurosas, falta de talheres e copos adequados, além de bebedouros de uso restrito. Por sua vez, é relatado que os próprios usuários entram no refeitório com as mesmas vestimentas que atendem.

Quanto a aspectos organizacionais, é relatado que o atendimento se dá de maneira desorganizada, que expõe excessivamente os profissionais.

As medidas de diminuição do risco compreendem uma maior adequação, oferta de uso de material adequado de trabalho; mais treinamentos e estímulo à adesão de boas práticas;

diminuição da carga horária e do número de pacientes por profissional; e, por fim, uma maior atuação de investigação e prevenção por parte da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

Foi detectado um reconhecimento da insuficiência dos conhecimentos sobre riscos no trabalho, determinada fortemente pelo caráter mutável deste. Um outro aspecto relatado foi a importância de atualizações para uma maior adesão às boas práticas procedimentais.

Quanto à ocorrência de cursos de atualização e treinamento sobre segurança no trabalho, promovidos pela instituição, pode-se detectar diferentes representações sobre o tema. Primeiro, uma avaliação positiva da existência e funcionamento dos mesmos, da sua inadequação e da inexistência.

Parece plausível a possibilidade de que os treinamentos e atualizações tenham problemas relacionados à divulgação, e real possibilidade de acompanhamento por parte dos profissionais.

Com relação à duração da jornada, esta é tida como longa, contudo o impacto da jornada na saúde e na vida das pessoas parece se dar de maneira diferenciada.

Ainda, no mesmo sentido, são apresentadas as falas que associam a jornada de trabalho e o risco de acidentes no trabalho. De maneira similar, pode-se observar diferentes olhares sobre o tema.

## 7 REFERÊNCIAS

ALVES, D. de B. **Trabalho, educação e conhecimento na enfermagem**. Sergipe: UFSE, 2000.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2000.

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

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1989.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Segurança no Ambiente Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 1995.

BRASIL, Ministério da Saúde. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/saude/pdf/visualizar\\_texto.efm?idtxt=18414](http://portal.saude.gov.br/saude/pdf/visualizar_texto.efm?idtxt=18414). Acesso em 21 set., 2005.

CALVINO, Ítalo. **Cidades invisíveis**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

COSTA, G. The impact of shift and night work on health. **Applied Ergonomics**, v. 27, n. 1, p. 9 - 16. 1996.

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

FERNANDES, Sandra Michelle B.A. **Estresse ocupacional e o mundo do trabalho atual**: repercussões na vida cotidiana das enfermeiras de uma instituição hospitalar pública – Natal/RN. Dissertação (mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Departamento de Enfermagem. Natal/RN, 2005.

FISCHER, Frida Marina; LIEBER, Renato Rocha; BROWN, Frederick M. Trabalho em turnos e as relações com a saúde-doença. In: MENDES, René (Org.). **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.p.545-572.

GUEDES, E. M.; MAURO, M.Y. **(Re)visando os fatores de risco e as condições de trabalho da enfermagem hospitalar**. Disponível em: <<http://www.saudeetrabalho.com.br/>> Acesso em: 23 maio 2003.

HAAG, G.S; LOPES, M.J.M E SCHUCK, J.S. (Orgs.) **A Enfermagem e a saúde dos trabalhadores**. 2 ed. Goiânia: AB, 2001.

LUNARDI FILHO, Wilson D. Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições a organização do processo de trabalho da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. V.50, n.1, p.77-92,1997.

MACÊDO, Maria Lúcia Azevedo Ferreira de. **Trabalho Noturno em Saúde**: histórias de trabalhadores de nível médio de enfermagem. (Projeto de Dissertação) Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Departamento de Enfermagem. Natal-RN, 2005.

MEDEIROS, Soraya Maria de. **As novas formas de organização do trabalho na 3ª revolução industrial e a força de trabalho em saúde**: estudo em Natal/RN. Tese (Doutorado

em Enfermagem) - Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Programa de Pós-Graduação Interunidades. Departamento materno-infantil e saúde pública. Ribeirão Preto/SP, 2000.

MEIHY, José Carlos S. **Manual de história oral**. 4 ed. São Paulo: Loyola, 2002.

MENDES, A.M.; BORGES, L.O.; FERREIRA, M.C.(Orgs.). **Trabalho em transição, saúde em risco**. Brasília:UnB, 2002.

MENDES GONÇALVES,R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**.São Paulo: HUCITEC/Rio de Janeiro: ABRASCO,1994.

OLIVEIRA, B. R. G. de; MUROFUSE, N. T. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto. v. 9. n. 1. p. 109-115, jan., 2001.

ROTENBERG, Lúcia. Aspectos sociais da tolerância ao trabalho em turnos e noturno, com ênfase nas questões relacionadas ao gênero. In: FISCHER, Frida Marina; MORENO, Cláudia Roberta de Castro; ROTENBERG, Lúcia. **Trabalho em turnos e noturno na sociedade 24 horas**. São Paulo: Atheneu, 2004. p.53-63.

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

SANTOS, Luiz Antônio Machado Banks. **Considerações sobre o trabalho noturno**. Brasília: Eletrobrás, 1983.

SPINOLA, A. G. Atenção à saúde dos trabalhadores: aspectos gerais. In: SILVA, L. M. V. da (org.). **Saúde coletiva: textos didáticos**. Salvador: Centro editorial e didático da UFBA, 1994. p. 191-201

.STRACCIARINI, Jeane Marie R., TRÓCCOLI, Bartholomeu T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, V.9, n.2, p.17-25, mar.2001.

STACCIARINI, Jeanne Marie R.; TRÓCCOLI, Bartholomeu T. Estresse ocupacional. (cap. 8; pág. 187-205). In: MENDES, Ana Magnólia; BORGES, Livia de Oliveira; FERREIRA, Mário César (orgs.). **Trabalho em transição, saúde em risco**. Brasília: UNB, 2002.

VERAS, V.S.D. **Aumento da Jornada de Trabalho: qual a repercussão na vida dos trabalhadores de enfermagem?** Dissertação (mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Natal/RN, 2003.

