

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

CRISTIANE PATRÍCIA AZEVEDO TATSCH

**SAÚDE DO TRABALHADOR:
BUSCANDO NOVAS POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DA
ENFERMAGEM**

**FLORIANÓPOLIS
2004**

CRISTIANE PATRÍCIA AZEVEDO TATSCH

**SAÚDE DO TRABALHADOR:
BUSCANDO NOVAS POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DA
ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Francine Lima Gelbcke

**Florianópolis
2004**

CRISTIANE PATRÍCIA AZEVEDO TATSCH

**SAÚDE DO TRABALHADOR:
BUSCANDO NOVAS POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DA
ENFERMAGEM**

Esta dissertação foi aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Florianópolis, 28 de maio de 2004.

Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
– Coordenadora do PEN/UFSC –

BANCA EXAMINADORA:

- Dra. Francine de Lima Gelbcke –
Presidente

- Dra. Maria Tereza Leopardi –
Membro

- Dra. Flávia Regina Souza Ramos –
Membro

- Dr^a Ana Lúcia Kirchoff -
Membro Suplente

**Ao Gabriel,
Marcelo,
Rube e Maria,
Companheiros e cúmplices desta caminhada,
Este trabalho tem um pouco de vocês...**

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, exemplo de lutadora, pelo apoio, amor e pelo auxílio valioso na difícil tarefa de ser mãe.

Ao meu Pai pela exigência de “dar o melhor de si em tudo que se faz”, saibas que tenho muito mais de ti, do que imaginas!

Ao meu filho Gabriel, por existir e dar as nossas vidas um brilho especial.

Ao meu marido, Marcelo, pela paciência, pela valorização, enquanto mulher e profissional. Não tenho palavras para agradecer teu amor!

A orientadora e amiga, Francine, por acreditar no meu potencial e entender minhas limitações, pelas palavras de apoio, pelas valiosas contribuições e pela oportunidade de orientar-me na busca do conhecimento.

A Flávia Ramos, pelo carinho e atenção durante o período de desenvolvimento da prática assistencial.

Aos professores: Maria Tereza, Ana Lúcia e Flávia, por aceitarem participar desta banca. Obrigado por partilharem comigo este momento tão importante.

Aos sujeitos trabalhadores, que possibilitaram a realização deste estudo e, principalmente, a oportunidade de repensar a abrangência de minha atuação enquanto enfermeira e profissional da área da saúde.

Aos profissionais do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Santa Cruz do Sul, obrigado pela disponibilidade e contribuições para este estudo.

A irmã do coração, Marta, pelo carinho, amizade e por dividir comigo minhas conquistas e desencontros.

Aos meus tios, Fernando, Elizete, Flávia e primos, pelo carinho e cuidado dispensado à minha mãe, quando não pude estar ao seu lado.

Aos amigos, que não seria possível enumerá-los aqui, mas que de uma maneira ou de outra se fizeram presentes durante a realização do curso.

Aos colegas do Departamento de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul.

Aos colegas da UNIMED Santa Maria, pelo carinho e incentivo no aperfeiçoamento profissional.

Aos coordenadores e professores do Programa de Pós-Graduação em

Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

As funcionárias da Pós-Graduação, pela atenção dispensada durante o curso.

A Denise, pelas adequações realizadas na digitação da dissertação e preparo da apresentação deste estudo.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização e concretização deste estudo.

TATSCH, Cristiane Patrícia Azevedo. **Saúde do trabalhador:** buscando novas possibilidades de atuação da enfermagem. 2004. 109 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo refletir sobre a atuação da enfermagem no cuidado em situações de agravos à saúde do trabalhador, assim como promover um processo reflexivo que instrumentalize o trabalhador para um reposicionamento frente às vulnerabilidades e cargas de trabalho vivenciadas. Foi realizado no município de Santa Cruz do Sul, através da Unidade de Referência em Saúde do trabalhador. Trata-se de um estudo baseado na modalidade Convergente-Assistencial, onde o referencial teórico buscou subsidiar o tema escolhido com suporte acerca do processo de trabalho, as cargas de trabalho e o processo de desgaste e, finalmente, os agravos mais comuns relacionados ao trabalhador. Os passos da metodologia foram desenvolvidos em três momentos distintos através da consulta de enfermagem, visitas domiciliares e de uma oficina educativa-participativa. Inicialmente realizei a pré-análise dos dados das visitas domiciliares e da oficina, através da leitura dos mesmos e um primeiro agrupamento por temas. A seguir, o conteúdo foi submetido a um olhar mais aprofundado, orientado pelo referencial teórico, formando então as categorias representativas do estudo, considerando o tema e objetivos propostos. As categorias e sub-categorias foram definidas a partir do referencial teórico e das falas dos trabalhadores, obtidas nos dois momentos mais importantes deste estudo, ou seja, nas visitas domiciliares e na oficina educativa-participativa. Foram definidas as seguintes categorias de análise: cargas de trabalho e processo de desgaste, sentimentos e significados do adoecimento/afastamento do trabalho e uma reflexão crítica sobre possibilidades e limites da aplicação desta proposta para a atuação do profissional enfermeiro no contexto da saúde do trabalhador.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Cargas de Trabalho; Enfermagem.

TATSCH, Cristiane Patrícia Azevedo. **Saúde do trabalhador:** buscando novas possibilidades de atuação da enfermagem. 2004. 109p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis.

ABSTRACT

This study had as objective to reflect about the nursing acting in caring when in situations of worker's health hazards, as well as to promote a reflective process which experienced. This work was done in Santa Cruz do Sul, through the Unidade de Referência em Saúde do Trabalhador. It is study based in the Assistant-convergent modality. The theoretical reference tried to subsidise the chosen subject with support on the work and wearing process and the relationship between the work and life of worker's, the path of the concepts before getting to the worker's health and nursing and finally, work loads and common grievances worker related. The methodology steps occurred in three distinct moments through the nursing consultation, home visitations and a participative-educational workshop. At the beginning I did a pre-analysis of the home visitations and workshop data, through a reading of them and a first grouping by subject. After, the content was submitted to a closer exam, counseled by the theoretical reference forming then the study representative categories, considering the subject and proposed objectives. The categories and sub-categories were defined based on theoretical reference and the worker's speech, obtained in the most important moments of this study, that is, the home visitations and the participative-educational work-shop. I have defined the following analysis categories: work load and wearing process, feelings and meanings of becoming sick/work leave and a critical meditation about the possibilities and limits of this proposal use for the professional nurse acting in the worker's health context.

Key words: Worker's health. Work load. Nursing

TATSCH, Cristiane Patrícia Azevedo. **Saúde do trabalhador:** buscando novas possibilidades de atuação da enfermagem. 2004. 109 p. Disertación (Mestrado en Enfermagem) – Universidad Federal de Santa Catarina, Programa de Pos Graduación en Enfermagem, Florianópolis.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo reflexionar a respecto de la actuación de los enfermeros en el cuidado en situaciones de agravio en la salud del trabajador, así como promover un proceso de reflexión que instrumentalice el trabajador para un reposicionamiento frente a las vulnerabilidades y cargas de trabajo por él vivenciadas. Fue realizado en la ciudad de Santa Cruz do Sul, RS, a través de la Unidad de Referencia en la Salud del Trabajador. Es un estudio basado en la modalidad Convergente Asistencial. El referencial teórico buscó subsidiar el tema elegido en el trabajo y el proceso de desgaste, y la relación entre el trabajo y la vida, el recorrido que hacen los conceptos hasta llegarnos en la salud del trabajador y los enfermeros, y al final cargas de trabajo y agravios comunes relacionados al trabajador. Los pasos de la metodología se dieron en tres momentos distintos, a través de citas con enfermeros, visitas domiciliarias y de un taller educativo participativo. Al principio se realizó un análisis previo de los datos obtenidos en las visitas domiciliarias y del taller, leyendo los mismos y agrupando los temas. A continuación el contenido fue sometido a una mirada más profundizada, orientada por el referencial teórico, formándose así las categorías representativas del estudio, llevando en cuenta el tema y los objetivos propuestos. Las categorías y subcategorías fueron definidas a partir del referencial teórico y de los relatos de los trabajadores, obtenidos en los dos momentos más importantes de este estudio, o sea, en las visitas domiciliarias y en el taller educativo participativo. Fueron definidas las siguientes categorías de análisis: cargas de trabajo y proceso del desgaste, sentimientos y significados del enfermamiento y alejamiento del trabajo, y una reflexión crítica sobre posibilidades y límites de la aplicación de esta propuesta en la actuación del profesional enfermero en el contexto de la salud del trabajador.

Palabras clave: Salud del trabajador. Cargas de trabajo. Enfermería.

LISTA DE REDUÇÕES

CLR	Consolidação das Leis Trabalhistas
OMS	Organização Mundial da Saúde
UMREST	Unidade Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador
CEREST	Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador
CPAIST	Coordenadoria da Política de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SIST	Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador
LER	Lesões de Esforços Repetitivos
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
SUS	Sistema Único de Saúde
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
CIST	Comissão Interinstitucional em Saúde do Trabalhador
CAT	Comunicação de Acidentes de Trabalho
FIS	Ficha Individual de Notificação de Suspeita de Agravo
RINA	Relatório Individual de Notificação de Agravo
CIPAS	Comissão Internas de Prevenção de Acidentes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PEA	População Economicamente Ativa
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

LISTA DE REDUÇÕES	10
INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	23
3 REVISÃO DA LITERATURA	24
3.1 O trabalho e o processo de desgaste.....	24
3.2 A saúde do trabalhador como campo de conhecimento.....	28
3.3 A saúde do trabalhador e a enfermagem	32
3.4 Cargas de trabalho e agravos comuns relacionados ao trabalhador.....	37
3.5 Síntese teórica	47
4 REFERENCIAL TEÓRICO	48
4.1 Tecendo as considerações éticas e educativas	51
5 METODOLOGIA.....	54
5.1 Descrevendo o cenário da pesquisa.....	56
5.1.1 Médico do Trabalho, Enfermeiro do Trabalho e Psicólogo	56
5.2 A chegada ao campo	59
5.3 Definindo os sujeitos.....	59
5.4 Resumo dos passos da metodologia.....	60
5.4.1 Momento 1 – Contactando o sujeito trabalhador e conhecendo a problemática.....	61
5.4.2 Momento 2 – Estabelecendo vínculos e integração com o cliente e sua família	61
5.4.3 Momento 3 – Promovendo um re-posicionamento do sujeito trabalhador com vistas a sua saúde e qualidade de vida	65
5.5 Análise dos dados.....	68
6 UMA NOVA MANEIRA DE FAZER A ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA SAÚDE DO TRABALHADOR	70
6.1 Cargas de trabalho e processo de desgaste.....	72
6.2 Sentimentos e significados do adoecimento/afastamento do trabalho.....	78
6.4 Proposta de atuação da enfermagem no contexto da saúde do trabalhador	84
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
ANEXO.....	102
APÊNDICE	108

INTRODUÇÃO

A abordagem integrada das inter-relações entre as questões de segurança e saúde do trabalhador, meio ambiente e o modelo de desenvolvimento adotado no país, traduzido pelo perfil de produção-consumo, representa na atualidade, um grande desafio para o Estado Brasileiro.

Tradicionalmente, no Brasil, as políticas de desenvolvimento têm se restringido aos aspectos econômicos e vêm sendo traçadas de maneira paralela ou pouco articuladas com as políticas sociais, cabendo a estas últimas arcarem com os ônus dos possíveis danos gerados sobre a saúde da população, dos trabalhadores em particular e a degradação ambiental. Para que o Estado cumpra seu papel para a garantia desses direitos, é importante a formulação e implementação de políticas e ações de governo transversais e intersetoriais.

A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – PNSST buscando a superação da fragmentação, desarticulação e superposição, das ações implementadas pelos setores Trabalho, Previdência Social, Saúde e Meio Ambiente definiu em 29/12/2004, as diretrizes, responsabilidades institucionais e mecanismos de financiamento, gestão, acompanhamento e controle social, que deverão orientar os planos de trabalho e ações intra e intersetoriais. A PNSST, além de estar diretamente relacionada com as políticas dos setores Trabalho, Previdência Social, Meio Ambiente e Saúde, apresenta interfaces com as políticas econômicas, de Indústria e Comércio, Agricultura, Ciência e Tecnologia, Educação e Justiça, em uma perspectiva intersetorial e de transversalidade.

Para fins desta Política são considerados trabalhadores todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, no setor formal ou informal da economia. Estão incluídos nesse grupo todos os indivíduos que trabalharam ou trabalham como: empregados assalariados, trabalhadores domésticos,

avulsos, rurais, autônomos, temporários, servidores públicos, trabalhadores em cooperativas e empregadores, particularmente os proprietários de micro e pequenas unidades de produção e serviços, entre outros. Também são considerados trabalhadores aqueles que exercem atividades não remuneradas, participando de atividades econômicas na unidade domiciliar; o aprendiz ou estagiário e aqueles temporária ou definitivamente afastados do mercado de trabalho por doença, aposentadoria ou desemprego.

No Brasil, a População Economicamente Ativa (PEA), segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (PNAD 2002), era de 82.902.480 pessoas, das quais 75.471.556 consideradas ocupadas. Destes, 41.755.449 eram empregados (22.903.311 com carteira assinada; 4.991.101 militares e estatutários e 13.861.037 sem carteira assinada ou sem declaração); 5.833.448 eram empregados domésticos (1.556.369 sem carteira assinada; 4.275.881 sem carteira assinada e 1.198 sem declaração); 17.224.328 eram trabalhadores por conta-própria; 3.317.084 eram empregadores; 3.006.860 eram trabalhadores na produção para próprio consumo e construção para próprio uso; e 4.334.387 eram trabalhadores não remunerados. Portanto, entre os 75.471.556 trabalhadores ocupados em 2002, apenas 22.903.311 (com carteira assinada) possuíam cobertura da legislação trabalhista e do Seguro de Acidentes do Trabalho - SAT.

Observa-se grande diversidade da natureza dos vínculos e relações de trabalho e o crescimento do setor informal e do trabalho precário, acarretando baixa cobertura dos direitos previdenciários e trabalhistas para aos trabalhadores.

A distribuição dos trabalhadores, segundo o setor produtivo revela que das 75.471.556 pessoas consideradas ocupadas (Pesquisa Nacional por amostra de domicílios – PNAD – 2002), 19,53% estão no setor Agrícola e Extrativista; 13,72 % no setor da Indústria de Transformação e 17,15% no setor de Comércio e Reparação. No parque produtivo brasileiro observa-se a coexistência de processos de produção modernos, com adoção de tecnologias e métodos gerenciais sofisticados, ao lado e complementares a formas arcaicas, artesanais que utilizam técnicas obsoletas. Essa diversidade e complexidade das condições e ambientes de trabalho dificultam o estabelecimento de prioridades e o desenvolvimento de alternativas de eliminação e

controle dos riscos, incluindo a definição da forma de intervenção do Estado nos ambientes de trabalho para atenção à saúde.

O Sistema Único de Saúde encarrega-se do papel de vigilância da saúde dos trabalhadores, assim como da integração das políticas internas da saúde que afetam o trabalho através dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST). Estas Unidades são compreendidas como pólos irradiadores, no âmbito de um determinado território, da cultura especializada, subentendida na relação processo de trabalho-processo saúde/doença, assumindo a função de suporte técnico e científico desse campo do conhecimento. Suas atividades só fazem sentido se articuladas com os demais serviços da rede do SUS, orientando-os e fornecendo retaguarda às suas práticas, de forma que os agravos à saúde relacionados ao trabalho possam ser atendidos em todos os níveis de atenção do SUS, de forma integral e hierarquizada. Entretanto, a proposta de estudar o tema saúde do trabalhador tem representado para os profissionais de saúde um grande desafio, qual seja, o de buscar/construir caminhos metodológicos inovadores, instigantes e, sobretudo, consistentes.

A metodologia atual de assistência de enfermagem preconizado para a saúde do trabalhador não inclui práticas educativas. Neste sentido, este estudo tem como meta de pesquisa a existência de espaço para práticas educativas na assistência de enfermagem. Desta forma, há necessidade de se criar espaços no processo de trabalho para reflexão/educação no trabalho.

A participação do Enfermeiro como agente e/ou promotor dessas mudanças nos inquieta e, ao mesmo tempo, nos motiva a refletir sobre a atuação do enfermeiro e de outros profissionais envolvidos com a saúde do trabalhador nas Unidades de Referência.

O avanço tecnológico, a globalização e as exigências por produtos e serviços de qualidade, vêm transformando, modificando e causando diversos impactos nos modos de produzir das organizações, afetando também sua cultura, estrutura e principalmente as pessoas. Pode-se observar que os trabalhadores são atingidos de forma direta com estas transformações, pois ela tem acontecido num ritmo muito elevado, muitas vezes maior que a própria capacidade humana pode suportar.

Na relação do homem com o trabalho, não somente se "ganha" como também se constrói a vida, estabelecendo-se um *status* social que não se restringe ao ambiente físico do trabalho. Pelo contrário, a atividade profissional é parte inextricável do universo individual e social de cada um, podendo ser traduzida tanto como meio de equilíbrio e de desenvolvimento quanto como fator diretamente responsável por danos à saúde.

Esta abordagem tem o autor francês Dejours como o principal expoente. A proposta dejouriana busca na psicanálise os aportes teóricos que permanecem subjacentes à pesquisa e ao trabalho de interpretação: o método proposto pelo autor é a escuta, a interpretação, a devolução, sendo explicitamente contrário ao uso de questionários, estudos epidemiológicos e impõe restrições à observação do cotidiano de trabalho por priorizar a escuta do trabalhador (JAQUES, 2003).

Para tanto, privilegia o emprego da entrevista coletiva por entender que a abordagem individual ressalta "aquilo que na ordem singular, está ligado, em parte, ao passado do sujeito e a sua história familiar (entendida essencialmente como a história das relações afetivas criança-pais) (DEJOURS&ABDOUCHELY, 1994 apud JAQUES, 2003).

Nicolleti (1996) observa que o trabalho surgiu juntamente com o primeiro ser humano, mas as relações entre as atividades laborativas e a doença foram sistematicamente estudadas a partir de duzentos e cinquenta anos atrás. O mesmo autor ainda destaca em seus apontamentos uma série de doenças relacionadas com profissões diversas.

Como freqüentemente as doenças originadas no trabalho são percebidas em estágios avançados, até porque muitas delas, em suas fases iniciais, apresentam sintomas comuns a outras patologias, torna-se difícil, sob essa ótica, identificar os processos que as geraram, bem mais amplos que a mera exposição a um agente exclusivo. A rotatividade da mão-de-obra, sobretudo quando se intensifica a terceirização, representa um obstáculo a mais nesse sentido.

A passagem por processos produtivos diversos pode mascarar nexos causais e diluir a possibilidade de estabelecê-las, excetuando-se os mais evidentes e, considerando a hipótese remota de exames admissionais que levem em conta a história

pregressa, há uma perspectiva ainda mais remota de alimentar um processo de vigilância em saúde do trabalhador. A constatação de doenças na seleção da força de trabalho funciona, na prática, como um recurso para impedir o recrutamento de indivíduos cuja saúde já esteja comprometida (MINAYO GOMES; COSTA, 1997).

A interação do homem com o meio em que trabalha assume, aqui, identidade específica. O homem mergulha em um contexto representado, inicialmente, pelo local de trabalho e por elementos do microambiente profissional, traduzidos por carga horária de trabalho, espaço físico, condições de higiene e segurança, temperatura ambiente, ruídos, poluição, equipamentos específicos, entre outros, depois, pelas condições que o empregador oferece ao seu empregado, como jornada de trabalho, serviço médico, transporte, salário, entre outros.

No Brasil, somente na década de quarenta, os problemas causados pelo trabalho (doenças ocupacionais) começaram a ser observados e relatados. Em 1943, com a criação da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), houve a regulamentação da jornada de trabalho de oito horas/dia. Nesta época, a Organização Mundial da Saúde (OMS) não só se preocupou e buscou a legitimação e os instrumentos para melhorar a saúde do trabalhador como um todo, como também elaborou programas de saúde adaptáveis a cada região.

O surgimento da enfermagem do trabalho foi visto, inicialmente, como um pronto-socorro nas empresas e, com o passar do tempo, foi observado que a enfermagem tinha, nesta área, um vasto campo para desempenhar suas funções: quer prestando assistência aos trabalhadores da empresa e aos seus dependentes; ou assumindo funções educativas preventivas e de pesquisa.

Além da rapidez das mudanças nas variáveis tecnológicas, o mundo empresarial vive um momento de muitas incertezas. No nosso ambiente predomina a instabilidade, as conseqüências do processo de globalização e inovação tecnológica, com novos desafios e dificuldades. Estamos presenciando o surgimento de novos processos e também de novas oportunidades no mercado de trabalho e saem em vantagem as organizações que estão mais adequadas e voltadas para a qualidade de vida do trabalhador.

Os questionamentos quanto à saúde do trabalhador me acompanham desde a

minha formação acadêmica e ganharam força quando ingressei como docente, no ano de 2000, na Universidade de Santa Cruz do Sul. Por esta ser uma Instituição comunitária, o curso de enfermagem tem foco direcionado para saúde do trabalhador, assim como também a instituição possui curso de Pós-Graduação concentrado nesta área.

O estudo aqui apresentado foi fundamentado na Metodologia convergente-assistencial, que busca articular as ações de pesquisar e intervir sobre a realidade estudada, num claro compromisso com os sujeitos envolvidos numa determinada problemática ou realidade social, no caso, relacionada à saúde do trabalhador.

Desde o momento em que elaborei o anteprojeto para a seleção de Mestrado, me propunha refletir acerca da ergonomia inserida no contexto das organizações fumageiras, e me perguntava: seria um espaço para a atuação do enfermeiro?

Preocupava-me uma realidade do município em que atuo como enfermeira. A cidade de Santa Cruz do Sul é reconhecida como a maior potência na produção e beneficiamento de fumo em folha do mundo, tendo na indústria fumageira uma das maiores forças de sua economia, além de comportar em seu distrito industrial empresas de alimentos, metalurgia, vestuário, serviços gerais entre outras. Apesar destes dados de sua economia, pouco se conhecia sobre a saúde dos trabalhadores deste município.

Quando iniciei os contatos para um possível estudo em indústrias fumageiras, fui surpreendida pela negativa para a realização de meu estudo por três indústrias (multinacionais), alegando que naquele semestre as mesmas estavam passando por um período de auditoria e que um estudo desta natureza poderia levantar alguns dados negativos sobre a empresa.

Foi então que uma colega de departamento, que trabalha na área de saúde do trabalhador, me convidou para participar da II Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador realizada no sindicato dos Trabalhadores da Indústria de Fumo e Alimentos no Município de Santa Cruz do Sul - RS.

Durante a Conferência pude conhecer um pouco mais da realidade dos trabalhadores de Santa Cruz do Sul e da Unidade Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador (UMREST), ligada ao Centro Regional de Referência em Saúde do

Trabalhador localizado na cidade de Porto Alegre.

Realizei um contato telefônico e em uma reunião com o Secretário da Saúde do Município, demonstrei meu interesse em desenvolver minha prática assistencial na referida unidade. Após o aceite, marquei uma reunião com a enfermeira e médica desta unidade para discussão do projeto e metodologias de atuação e parcerias.

O município de Santa Cruz do Sul conta com uma Unidade de Referência em Saúde do Trabalhador (UMREST), inaugurada há dois anos, ligada ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, do Estado do Rio Grande do Sul, que é uma Unidade de Saúde especializados em atender os agravos de saúde decorrentes ou relacionados ao trabalho, dentro do princípio de atenção integral à saúde. Este Centro está ligado ao Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador (SIST-RS), que foi criado para notificar todos os acidentes e doenças do trabalho ocorridas no Estado do Rio Grande do Sul, possibilitando o diagnóstico dos agravos relacionados ao trabalho e, por consequência, subsidiar o planejamento de ações, visando a prevenção destes agravos e a melhoria do ambiente de trabalho (CPAIST SES/RS, 2000).

A partir desta realidade, como proposta de dissertação, busquei refletir acerca da atuação da enfermagem no cuidado à saúde do trabalhador, tendo como base a prática assistencial desenvolvida na Unidade de Referência em Saúde do Trabalhador (UMREST), em Santa Cruz do Sul. Há que se considerar que esta proposta buscou contribuir para uma efetiva atuação neste campo assistencial, já que a Enfermagem tem trilhado este novo caminho, buscando referenciais que dêem sustentação à sua prática, a partir de uma construção coletiva com os trabalhadores. Quando enviei o projeto para a seleção de Mestrado, o mesmo propunha refletir acerca da ergonomia inserida no contexto das organizações fumageiras, e me perguntava: seria um espaço para a atuação do enfermeiro?

A cidade de Santa Cruz do Sul é reconhecida como a maior potência na produção e beneficiamento de fumo em folha do mundo, tendo na indústria fumageira uma das maiores forças de sua economia, além de comportar em seu distrito industrial empresa de alimentos, metalúrgica, vestuário, serviços gerais entre outras.

Mas o que mais me surpreendeu foi quando três indústrias (multinacionais) deram negativa para a realização de meu estudo, alegando que naquele semestre as

mesmas estavam passando por um período de auditoria e que um estudo desta natureza poderia levantar alguns dados negativos sobre a empresa.

Foi então que uma colega de departamento, que trabalha na área de saúde do trabalhador, me convidou para participar da II Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador realizada no sindicato dos Trabalhadores da Indústria de Fumo e Alimentos no Município de Santa Cruz do Sul - RS.

Durante a Conferência pude conhecer um pouco mais da realidade dos trabalhadores de Santa Cruz do Sul e da Unidade Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador (UMREST), ligada ao Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador localizado na cidade de Porto Alegre.

Realizei um contato telefônico e em uma reunião com o Secretário da Saúde do Município, demonstrei meu interesse em desenvolver minha prática assistencial na referida unidade. Após o aceite, marquei uma reunião com a enfermeira e médica desta unidade para discussão do projeto e metodologias de atuação e parcerias.

A proposta de estudar o tema saúde do trabalhador tem representado para os pesquisadores um grande desafio, qual seja, o de desvendar caminhos metodológicos inovadores, instigantes e, sobretudo, consistentes. A participação do Enfermeiro como agente e/ou promotor dessas mudanças nos inquieta e, ao mesmo tempo, nos motiva a refletir sobre a atuação do enfermeiro e de outros profissionais envolvidos com a saúde do trabalhador.

Ao ocupar um espaço importante na vida do ser humano, o trabalho possui relevante valor em nossa sociedade, pois passamos grande parte do nosso tempo dentro de organizações, isto é, no local de trabalho.

O avanço tecnológico, a globalização e as exigências por produtos e serviços de qualidade, vêm transformando, modificando e causando diversos impactos nos modos de produzir das organizações, afetando também sua cultura, estrutura e principalmente as pessoas. Pode-se observar que os trabalhadores são atingidos de forma direta com estas transformações, pois ela tem acontecido num ritmo muito elevado, muitas vezes maior que a própria capacidade humana pode suportar.

Nicolleti (1996) observa que o trabalho surgiu juntamente com o primeiro ser humano, mas as relações entre as atividades laborativas e a doença permaneceram

praticamente ignoradas até duzentos e cinquenta anos atrás. O mesmo autor ainda destaca em seus apontamentos uma série de doenças relacionadas com profissões diversas.

Como freqüentemente as doenças originadas no trabalho são percebidas em estágios avançados, até porque muitas delas, em suas fases iniciais, apresentam sintomas comuns a outras patologias, torna-se difícil, sob essa ótica, identificar os processos que as geraram, bem mais amplos que a mera exposição a um agente exclusivo. A rotatividade da mão-de-obra, sobretudo quando se intensifica a terceirização, representa um obstáculo a mais nesse sentido.

A passagem por processos produtivos diversos pode mascarar nexos causais e diluir a possibilidade de estabelecê-las, excetuando-se os mais evidentes e considera a hipótese remota de exames admissionais que levem em conta a história pregressa, numa perspectiva ainda mais remota de alimentar um processo de vigilância em saúde do trabalhador. A constatação de doenças na seleção da força de trabalho funciona, na prática, como um recurso para impedir o recrutamento de indivíduos cuja saúde já esteja comprometida (MINAYO GOMES; COSTA, 1997).

A interação do homem com o meio em que trabalha assume, aqui, identidade específica. O homem mergulha em um contexto, inicialmente físico – representado pelo local de trabalho e por elementos do microambiente profissional, traduzidos por carga horária de trabalho, espaço físico, condições de higiene e segurança, temperatura ambiente, ruídos, poluição, equipamentos específicos, entre outros, depois, no meio que o empregador oferece ao seu empregado, como jornada de trabalho, serviço médico, transporte, salário, entre outros.

No Brasil, somente na década de quarenta, os problemas causados pelo trabalho (doenças ocupacionais) começaram a ser observados e relatados. Em 1943, com a criação do Código de Leis Trabalhistas (CLT), houve a regulamentação da jornada de trabalho de oito horas/dia. Nesta época, a Organização Mundial da Saúde (OMS) não só se preocupou e buscou a legitimação e os instrumentos para melhorar a saúde do trabalhador como um todo, como também elaborou programas de saúde adaptáveis a cada região.

O surgimento da enfermagem do trabalho foi visto, inicialmente, como um

pronto-socorro nas empresas e, com o passar do tempo, foi observado que a enfermagem tinha, nesta área, um vasto campo para desempenhar suas funções: quer prestando assistência aos trabalhadores da empresa e aos seus dependentes; ou assumindo funções educativas preventivas e de pesquisa.

Além da rapidez das mudanças nas variáveis tecnológicas, o mundo empresarial vive um momento de muitas incertezas. No nosso ambiente predomina a instabilidade, as conseqüências do processo de globalização e inovação tecnológica, com novos desafios e dificuldades. Estamos presenciando o surgimento de novos processos e também de novas oportunidades no mercado de trabalho e saem em vantagem as organizações que estão mais adequadas e voltadas para a qualidade de vida do trabalhador.

Os questionamentos quanto à saúde do trabalhador me acompanham desde a minha formação acadêmica e ganharam força quando ingressei como docente no ano 2000, na Universidade de Santa Cruz do Sul. Por esta ser uma Instituição comunitária, o curso de enfermagem tem foco direcionado para saúde do trabalhador, assim como também a instituição possui curso de Pós-Graduação concentrado nesta área.

O município também conta com uma Unidade de Referência em Saúde do Trabalhador (UMREST), inaugurada há dois anos, ligada ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, do Estado do Rio Grande do Sul, que é uma Unidade de Saúde especializados em atender os agravos de saúde decorrentes ou relacionados ao trabalho, dentro do princípio de atenção integral à saúde. Este Centro está ligado ao Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador (SIST-RS), que foi criado para notificar todos os acidentes e doenças do trabalho ocorridas no Estado do Rio Grande do Sul, possibilitando o diagnóstico dos agravos relacionados ao trabalho e, por conseqüência, subsidiar o planejamento de ações, visando a prevenção destes agravos e a melhoria do ambiente de trabalho (CPAIST SES/RS, 2000).

A partir desta realidade, como proposta de dissertação, busquei refletir acerca da atuação da enfermagem no cuidado à saúde do trabalhador, tendo como base a prática assistencial desenvolvida na Unidade de Referência em Saúde do Trabalhador (UMREST), em Santa Cruz do Sul. Há que se considerar que esta proposta buscou contribuir para uma efetiva atuação neste campo assistencial, já que a Enfermagem

tem trilhado este novo caminho, buscando referenciais que dêem sustentação à sua prática, a partir de uma construção coletiva com os trabalhadores que utilizam esta Unidade de Saúde em função de seus agravos.

2 OBJETIVOS

- Refletir sobre a atuação da enfermagem no cuidado em situações de agravos à saúde do trabalhador.
- Contribuir para a construção de uma proposta de trabalho da enfermagem no cuidado à saúde do trabalhador, a partir do desenvolvimento de uma prática assistencial.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 O trabalho e o processo de desgaste

A relação entre o trabalho e a vida dos trabalhadores tem sido objeto de vários estudos para que se possa compreender como as várias formas de organização do trabalho “agem sobre o pensar e o sentir dos trabalhadores”, provocando sofrimento, angústias, medo e infelicidade. Esses estudos têm ganhado terreno no plano de sua concretização de modo que ultrapassam os limites do “binômio trabalho-saúde mental para o campo da psicopatologia do trabalho” (DEJOURS, 1992, p. 9).

Esta interpretação corresponde à assimilação da revolução que as condições de trabalho vêm sofrendo com o advento da globalização e o interesse, tanto acadêmico quanto da organização dos trabalhadores, em construir um novo conceito sobre a saúde do trabalhador na sociedade moderna. Considera-se a construção desse conhecimento elemento fundamental para compreender as conseqüências do trabalho sobre o estado físico e mental dos trabalhadores. Novas formas de organização do trabalho e saúde do trabalhador são importantes para que os trabalhadores percebam suas próprias condições de trabalho e existência, de modo que o sofrimento desencadeado permanece ainda mascarado em sintomas fisiológicos e orgânicos ou psicopatológicos.

Estudos epidemiológicos recentes têm demonstrado verdadeiras epidemias de intoxicações por chumbo, por mercúrio, por silicone e outras pneumopatias e de lesões por esforços repetitivos (L.E.R), sugerindo que além dos limites legais para o reconhecimento da doença profissional contribuem os entraves na burocracia da Previdência Social (DIAS, 1995).

Ao despreparo e desconhecimento dos profissionais da saúde em relacionar o diagnóstico da doença com a atividade desenvolvida pelo trabalhador alia-se à desinformação dos trabalhadores sobre os riscos a que estão expostos e suas conseqüências para a saúde. A complexidade ganha novos contornos ao se adentrar no

universo das doenças relacionadas ao trabalho; apesar de ainda pouco definidas no âmbito da medicina, compõem uma categoria que surge por pressão do movimento dos trabalhadores, interessado em vê-las reconhecidas, indenizadas e modificadas as condições geradoras (DIAS, 1995).

A idéia de mecanismos interferindo na saúde das pessoas submetidas a um dado processo de trabalho deve ser articulada com o atendimento do processo de produção capitalista. Neste, o trabalhador atua como Força de Trabalho, não produz para si, mas para o capital, que detém os meios de produção. Essa questão é de vital importância, pois o que chamamos de desgaste deve ser compreendido dentro de um processo de trabalho que fragmenta a relação entre o trabalhador, meios de produção e o produto resultante do trabalho (BRITO; PORTO, 1991).

Recuperando o conceito marxiano de processo de trabalho, Ramos (1999), lembram que uma das primeiras características do trabalho humano é a intencionalidade, ou seja, o fato de possuir uma direção, um projeto a partir de uma forma de ver o objeto e de prever sua transformação. Mas, para que se realize e de projeto passe à ação, é exigida uma força de trabalho, um objeto passível de transformação e instrumentos de trabalho concretos. Neste sentido surgem categorias gerais para a análise do processo de trabalho, quais sejam: necessidades e finalidades, objeto, instrumentos, produto e força de trabalho.

Destacando o elemento força de trabalho, Marx (1985, p. 156) afirma que o trabalho sob relações de dominação se impõe ao homem como simples meio de existência, isto é, como uma atividade que tem como único sentido o de garantir a sobrevivência física. Para o mesmo autor, a atividade humana produz os meios necessários para a existência física e os objetos necessários para os outros, como elemento de um mundo comum, mas, também é processo de humanização ou autocriação, evidenciando a dimensão formativa do trabalho, além da sua dimensão produtiva.

Embora o conceito marxiano de trabalho ainda nos seja útil, é preciso reconhecer a grande complexificação dos processos de trabalho, muitos dos quais decorrentes da diversidade de relações de trabalho que se configuram na sociedade atual.

O conflito das relações do homem com o trabalho vêm se tornando cada vez mais aparente e as situações vivenciadas pelo trabalhador dentro das organizações se reflete também no produto final, reduzindo a satisfação tanto do trabalhador como do consumidor.

Existem várias formas de relação com o trabalho, dentre elas:

Trabalho assalariado: forma de relação de trabalho onde existe a relação patrão/empregado. A carga horária de trabalho e as atribuições do trabalhador devem constar em um contrato de trabalho pré-estabelecido entre empregado/empregador. O trabalhador recebe uma remuneração pela atividade realizada que também deve ser estipulada no contrato de trabalho. Nesta forma de trabalho o trabalhador se beneficia das conquistas trabalhistas, tais como: direito de férias remuneradas, décimo terceiro salário, licença maternidade e fundo de garantia (SAMICO; MENEZES; SILVA, 1994).

Trabalho autônomo: não existe relação patrão/empregado. O trabalhador é seu próprio patrão, definindo a sua forma de trabalho, carga horária semanal, e seus períodos de descanso. Como não existe um salário, o rendimento está vinculado às tarefas desenvolvidas, sendo difícil para estes trabalhadores gozar férias, pois no período em que este não trabalha não existe renda. O trabalhador autônomo deve ser considerado também liberal (SAMICO; MENEZES; SILVA, 1994).

Trabalho liberal: no trabalho liberal o trabalhador tem total livre arbítrio sobre sua atividade. Muitas vezes o trabalho liberal se confunde com o trabalho autônomo os trabalhadores autônomos também são liberais (SAMICO; MENEZES; SILVA, 1994).

Existem outras formas de trabalho, como: trabalho rural, trabalho doméstico, trabalho braçal, entre outros. Estas são denominações que caracterizam a atividade, e estes trabalhadores podem se encontrar no grupo dos assalariados ou dos autônomos.

Dejours (1992, p. 52), apontou que o trabalho artesanal precede a organização científica do trabalho e ainda rege tarefas muito qualificadas, quando uma parte da organização do trabalho provém do próprio trabalhador. “A organização temporal do trabalho, a escolha das técnicas operatórias, os instrumentos e os materiais permitem ao trabalhador, dentro de certos limites, adaptar o trabalho às suas aspirações e competências”. Esta adaptação do trabalho ao homem, realizada espontaneamente,

acarreta menores prejuízos para o trabalhador na relação de trabalho. O trabalho artesanal no conceito do autor é muito semelhante ao conceito de trabalho liberal citado anteriormente.

O desafio é formular, para a sociedade atual, modelos que venham propiciar novos princípios na valorização do trabalho do homem, a partir da distribuição de renda, redistribuição do volume de trabalho social existente, jornada de trabalho individual e ambiente físicos e materiais confortáveis, na perspectiva de que estas potencialidades renovadoras da sociedade em geral, através de seus atores e instituições, resgatem um pouco do conhecimento por ela produzido na tentativa de diminuir ou banir o sofrimento no trabalho.

A complexidade desses fenômenos tem feito surgir uma nova e crescente variedade de doenças originárias nos diversos tipos de cargas do trabalho, tais como, problemas das vias respiratórias, do trato gastrintestinal, do sistema músculo-esquelético, urinário, dos olhos, dos ouvidos, da pele, do sistema nervoso central, problemas somáticos, psicossomáticos e psíquicos (LAURELL; NORIEGA, 1989).

Outros fatores inerentes ao processo de trabalho atual e que geram desgaste são os elevados ritmos de trabalho, a repetitividade das tarefas e a pouca mobilidade no posto de trabalho. Entre os desgastes presentes no processo de trabalho, destacamos as manifestações de nervosismo. Cumpre assinalar que são múltiplas as implicações do nervosismo, que é por si mesmo um sério problema de saúde, mas que, além disso, revela uma situação de estresse crônico, que pode provocar uma patologia psicossomática muito diversificada (LAURELL; NORIEGA, 1989). Os trabalhadores relatam seus efeitos sociais, tanto sobre a vida familiar como na relação com os colegas de trabalho.

Para Dejours (1999) a predisposição individual é um fator importante para compreendermos porque algumas pessoas são mais suscetíveis ao sofrimento diante das relações de produção. Por exemplo: as mulheres são mais atingidas do que os homens, isto porque, além da dupla jornada de trabalho, a elas são reservadas as tarefas minuciosas que exigem habilidades manuais, movimentos delicados e repetitivos.

A importância desses problemas confirma a necessidade de analisar

globalmente as cargas de trabalho e os danos à saúde, junto aos especialistas das áreas de psicologia, sociologia, medicina do trabalho, psiquiatria, epidemiologia e ergonomia, estabelecendo o homem como centro de atuação neste processo.

3.2 A saúde do trabalhador como campo de conhecimento

Refletir sobre o cenário da saúde do trabalhador significa resgatar uma história que se inicia com o advento da Revolução Industrial, onde os trabalhadores estavam sujeitos a jornadas de trabalho extenuantes, em ambientes extremamente desfavoráveis à saúde. A aglomeração humana em espaços inadequados propiciava a proliferação de doenças infecto-contagiosas, ao mesmo tempo em que a periculosidade das máquinas era responsável por mutilações e mortes (MINAYO GOMEZ; COSTA, 1997).

Surge assim a Medicina do Trabalho, onde a presença de um médico no interior das indústrias tinha a função de detectar os processos danosos à saúde, além de ser um aliado do empresário para a recuperação do trabalhador, visando o seu retorno à linha de produção, num momento em que a força de trabalho era fundamental à industrialização emergente.

O objetivo não era preservar o trabalhador, enquanto sujeito do processo produtivo, mas enquanto peça, engrenagem deste processo.

Em função da inexistência de serviços de assistência à saúde, providos pelo Estado, neste momento, os serviços médicos das empresas passam:

[...] a exercer um papel vicariante, consolidando, ao mesmo tempo, sua vocação enquanto instrumento de criar e manter a dependência do trabalhador (e freqüentemente também de seus familiares), ao lado do exercício direto do controle da força de trabalho (MENDES; DIAS, 1991, p. 342).

Porém, as características da Medicina do Trabalho, que surgiram no século

XIX, são mantidas até hoje, em que predomina, na forma tradicional, uma visão eminentemente biológica e individual, restrita ao espaço do ambiente de trabalho, pautada numa relação unívoca e unicausal, que busca as causas das doenças e acidentes de trabalho (GELBCKE, 2002).

Num contexto econômico e político como o da II Guerra Mundial e do pós-guerra, o custo provocado pela perda de vida seja através dos acidentes de trabalho ou pelas doenças do trabalho, começou a ser sentido pelos empregadores (ávidos de mão-de-obra produtiva), quanto pelas companhias de seguro, às voltas com o pagamento de pesadas indenizações por incapacidade provocada pelo trabalho (MENDES; DIAS, 1991).

A Saúde ocupacional surge, sobretudo, dentro das grandes empresas, tendo um traço de multidisciplinariedade, com a organização de equipes progressivamente multiprofissionais, com ênfase na higiene “*industrial*”, relacionando ambiente de trabalho e corpo do trabalhador. Incorpora a teoria da multicausalidade, em que um conjunto de fatores de risco está relacionado ao aparecimento das doenças. Apóia-se, desta maneira, nos fundamentos teóricos de Leavell e Clark, a partir do modelo da História Natural da Doença, derivada da inter-relação entre agente, hospedeiro e ambiente (MENDES; DIAS, 1991; MINAYO GOMEZ ; COSTA, 1997).

As medidas que deveriam assegurar a saúde do trabalhador restringem-se a intervenções pontuais sobre os riscos mais evidentes. As intervenções centram-se na utilização de equipamentos de proteção individual, surgem as normas regulamentadoras, que determinam formas de trabalhar consideradas seguras, bem como outras legislações como a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que em seu capítulo V expressa a obrigatoriedade de equipes técnicas multidisciplinares nos locais de trabalho, além do estabelecimento da adoção de “*limites de tolerância*” quanto aos riscos ambientais (MINAYO GOMEZ; COSTA, 1997).

De acordo com Minayo Gomez e Costa (1997, p. 23), “assumida essa perspectiva, são imputados aos trabalhadores os ônus por acidentes e doenças, concebidos como decorrentes da ignorância e da negligência, caracterizando uma dupla finalização”.

Apesar dos avanços significativos no campo conceitual, que apontam um novo

enfoque e novas práticas para lidar com a relação trabalho-saúde, no cotidiano, depara-se com a hegemonia da Medicina do trabalho e da Saúde Ocupacional. Tal fato coloca em questão a já identificada distância entre a produção do conhecimento e sua aplicação, sobretudo num campo potencialmente ameaçador, onde a busca de soluções quase sempre se confronta com interesses econômicos arraigados e imediatistas, que não contemplam os investimentos indispensáveis à garantia da dignidade e da vida no trabalho (MINAYO GOMEZ; COSTA, 1997).

A crise gerada pela insuficiência do modelo da saúde ocupacional, em relação às necessidades dos trabalhadores, não foi um fenômeno isolado, trazendo em seu percurso discussões políticas e sociais.

Este movimento tem na medicina social o seu foco central de reflexão, sendo que, principalmente a partir da década de 60, o enfoque das ciências sociais foi incorporado ao setor saúde, inicialmente nas escolas médicas. De acordo com Nunes (1992, p. 28), “na América Latina, foi a partir da necessidade de reorganização da política econômica e social dos anos 60 que se passou a utilizar as ciências sociais como instrumento de análise na formulação de planos de desenvolvimento”, sendo que a partir da década de 70, as ciências sociais passam a dar sustentação na análise da organização das práticas de saúde e do processo saúde-doença.

Nunes (1992, p. 02, *apud* GELBCKE, 2002) enfatiza a mudança de paradigma nesse período, colocando que:

[...] a ruptura com os paradigmas funcionalistas passa a ser discutida, assim como o modelo da história natural da doença, tidos como hegemônicos nas investigações no campo sócio-médico. Essa tentativa de crítica dos modelos teóricos aplicados na área da saúde não somente acompanha os movimentos contestatórios estudantis dos anos 70 como também o movimento das reformas universitárias ocorridas no Brasil e em outros países. Essa crítica também buscou entender a crescente inadequação da atenção médica e compreender as condições sociais e econômicas que produziam um quadro sanitário com enormes carências e desigualdades.

Ocorre, no final dos anos 70, uma acentuação das tendências recessivas das economias da América Latina, sendo que com a crise econômica destacam-se

manifestações como inflação, dívida externa, aumento do desemprego, déficit fiscal, que trazem implicações sérias para a área da saúde. Neste sentido, ampliam-se as discussões sobre a reorganização das políticas do setor saúde, em especial as que se vincularam à reforma sanitária, gerando um impulso na análise teórica das propostas de organização dos serviços de saúde.

Nessa trajetória, a saúde do trabalhador rompe com a concepção hegemônica que estabelece um vínculo causal entre doença e um agente específico, ou a um grupo de fatores de risco presentes no ambiente de trabalho e tenta superar o enfoque que situa sua determinação no social, reduzido ao processo produtivo, desconsiderando a subjetividade (MENDES; DIAS, 1991).

Gelbcke (2002) enfatiza que com a concepção do conceito de saúde do trabalhador calcada nas reflexões teóricas da determinação social da doença e de crítica ao paradigma da doença como um processo exclusivamente biológico e individual, a questão da causalidade e da determinação é colocada em debate, bem como as relações entre trabalho, ciência e ideologia.

Neste sentido, o objeto da saúde do trabalhador passa a ser definido como o processo saúde-doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho, representando um esforço de compreensão mais ampla do mundo do trabalho e da própria “apropriação pelos trabalhadores, da dimensão humana do trabalho, numa perspectiva teleológica” (MENDES; DIAS, 1991, p. 347).

De acordo com Mendes e Dias (1991, p. 347), nessa perspectiva,

[...] a saúde do trabalhador considera o trabalho enquanto organizador da vida social, como o espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas, igualmente, de resistência, de constituição, e do fazer histórico. Nesta história os trabalhadores assumem o papel de atores, de sujeitos capazes de pensar e de se pensarem, produzindo uma experiência própria, no conjunto das representações da sociedade.

Assim, a saúde do trabalhador é um avanço, não só por ampliar o entendimento dos aspectos que determinam o processo de adoecer e morrer dos trabalhadores, a partir da avaliação do processo de trabalho, mas principalmente por resgatar a

multidimensionalidade do sujeito trabalhador e da determinação social do processo saúde-doença.

3.3 A saúde do trabalhador e a enfermagem

Falar sobre saúde do trabalhador significa abordar um processo dinâmico e permeado por desafios. O primeiro desses desafios está relacionado à necessidade de uma força de trabalho saudável, motivada e preparada para a extrema competição atualmente existente no contexto empresarial. O segundo está ligado à capacidade da empresa em responder à demanda de seus funcionários em relação a melhores condições de desenvolvimento do trabalho e, conseqüentemente, à melhor qualidade de vida.

Ocupação e saúde já estão relacionadas em estudos de médicos e de leigos do Antigo Egito e do mundo Greco-Romano. O primeiro livro a abordar essa questão surgiu no século XVII, quando Bernardino Ramazzini publicou seu trabalho *De Morbis Artificum Diatriba*, ao português traduzido sob o título de *As Doenças dos Trabalhadores*, no qual eram descritos, minuciosamente, cerca de cinquenta doenças de origem ocupacional, proveniente de movimentos repetitivos e irregulares e de posturas inadequadas nas atividades laborais. Devido ao seu interesse em discutir os problemas de saúde dos trabalhadores é que passou a ser conhecido como o “Pai da Medicina do Trabalho” (MENDES, 2002).

O interesse pela proteção ao operário no seu ambiente de trabalho só ganharia mais ênfase no século XIX, com o impacto da Revolução Industrial. Neste novo contexto, a questão da força de trabalho passa, então, a merecer um novo enfoque, pois se torna possível e vantajosa a conversão da mão-de-obra, inclusive escrava, em força de trabalho assalariada (MINAYO; GOMES, 1997).

No Brasil, desde fins do Império até a Revolução de 1930, a organização da produção capitalista era basicamente agro-exportadora (cafeeira). A relação entre

trabalho e saúde aparece relativamente tarde na evolução jurídico-institucional de nosso país; surgindo as preocupações pela saúde dos trabalhadores brasileiros inicialmente nos estudos dos médicos que se formavam pelas faculdades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia (MENDES; DIAS, 1991).

Como parte das reformas conduzidas por Carlos Chagas, em 1923, promulga-se o Regulamento Sanitário Federal, que inclui as questões de higiene profissional e industrial no âmbito da saúde pública, quando é criada a Inspetoria de Higiene Industrial – órgão regulamentador e fiscalizador das condições de trabalho.

Em 1934, foi criada a Inspetoria de Higiene e Segurança do Trabalho, integrante do Ministério do Trabalho. Por sua vez, os direitos dos trabalhadores urbanos e rurais quanto ao risco no trabalho, só foram estabelecidos no artigo 7º da Constituição Federal de 1988. Atualmente, os direitos dos trabalhadores estão contidos na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT, 1988), Título II, Capítulo V, estabelecida pela Lei nº 6514 de 22 de dezembro de 1977 e se estende do artigo 154 ao 201.

Os programas que visam a promoção da saúde do trabalhador nos locais de trabalho estão se tornando parte integrante da cultura das organizações. O modelo empresarial do século XXI e está baseado em indivíduos saudáveis, que respeitam e contribuem para uma comunidade e meio ambientes saudáveis. Pessoas saudáveis representam negócios saudáveis, com melhores lucros e maior retorno de investimento. O grande capital da empresa é representado por pessoas capazes, aptas, sadias, equilibradas, criativas, íntegras e motivadas (SILVA; MARCHI, 1997).

Apesar de possuir características ainda de atendimento peculiarizado, começam a ser introduzidas modificações para prevenir doenças e acidentes de trabalho, transformando a Enfermagem Industrial em Ocupacional (MAURO, 1990). Esta nova fase da enfermagem pressupôs algumas ações e competências do enfermeiro:

[...] assistir os trabalhadores nos casos de doença e agravos produzidos pelas condições prejudiciais de trabalho e outros; proteger os trabalhadores contra as condições prejudiciais do ambiente de trabalho, adotando medidas eficazes, juntamente com os demais membros da equipe de saúde, para protegê-los das doenças profissionais/ocupacionais, dos acidentes de trabalho e de outras doenças ou agravos à saúde, realizando consultas de enfermagem, ensino e orientação de grupos, distribuição de programas educativos [...] (NOGUEIRA, 1983, p. 72).

Em 1986 aconteceram no país a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores. A primeira teve como pressuposto que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, e este fato acabou contribuindo para haver uma ampla modificação no sistema de atendimento à saúde, no território nacional. Desde então, transferiu-se a responsabilidade da assistência ao trabalhador, segurado pela Previdência Social, acidentado do trabalho e/ou com enfermidade profissional ou do trabalho para o Sistema Único de Saúde (SUS) que, no entanto, não conseguiu absorvê-la no cotidiano, por inexistir um fluxo claro de procedimentos e mecanismos adequados ao seu financiamento (DIAS, 1995).

A Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, por sua vez, redirecionou o entendimento do que a saúde do trabalhador é determinada pelas condições de vida e de trabalho, resultante de um longo processo histórico, que vem acontecendo desde a colonização, passando, inclusive, pela constante exploração do trabalho (MAURO, 1990).

Apesar dos trabalhos realizados na área e o envolvimento dos profissionais, o Brasil ainda está carente de uma Política Nacional efetiva, refiro-me à inexistência de um quadro referencial de princípios norteadores, de diretrizes, de estratégias, de metas precisas e de um corpo profissional técnico-político preparado, integrado e estável, capaz de garantir a efetividade de ações para promover a saúde dos trabalhadores, prevenir os agravos e atender aos problemas existentes. Mais ainda, a profissionais capazes de, em colaboração com todas as instâncias que atuam no setor, acompanhar as aceleradas mudanças no quadro dos processos produtivos, atualizando permanentemente as propostas de ação.

O papel desta equipe multiprofissional é muito relevante na atual conjuntura de evidente crise de representatividade e de débil poder de pressão das instâncias de controle social, como é o caso da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) e dos movimentos dos trabalhadores.

Nesse levantamento de problemas, é preciso ressaltar que continua também pendente a construção de um diagnóstico de base sobre a situação de saúde dos trabalhadores brasileiros que possa fundamentar planos de ação viáveis e de acordo com o quadro real de necessidades. Certamente, dada à complexidade da atual

conjuntura de situação dos trabalhadores, qualquer análise dos agravos à sua saúde será parcial e incompleta.

Todos sabemos que a integração de informações só pode ocorrer quando há ações articuladas e planejadas em conjunto. Cabe perguntar-nos pelas possíveis razões que explicam a ausência de instrumentos apropriados e efetivos do Sistema Único de Saúde (SUS) para pautar e subsidiar uma política efetiva de saúde do trabalhador.

As ações de enfermagem com vistas à saúde dos trabalhadores podem ser praticadas prevendo a aquisição de hábitos saudáveis de vida, com relação à alimentação, hidratação, repouso, exercícios físicos, postura, vida afetiva e familiar, além de avaliar o contexto de inserção social dos trabalhadores.

Na área da saúde do trabalhador vem se incorporando, gradativamente, o conceito de carga de trabalho. Este conceito busca sintetizar a idéia de que, ao nível de processo de trabalho, a saúde dos trabalhadores é uma consequência da relação complexa e dinâmica entre o trabalhador e a sua atividade de trabalho. Ao realizar uma atividade específica o trabalhador enfrenta uma série de dificuldades, gerando processos de adaptação que se traduziriam em desgaste (BRITO; PORTO, 1991).

Numa visão mais crítica, o conceito de **cargas de trabalho** pode ser instrumental para o planejamento e desenvolvimentos de ações em saúde do trabalhador. As cargas de trabalho podem ser consideradas como o resultado da interação entre as exigências da tarefa, e por outro lado, a capacidade do indivíduo, o estado físico e mental, onde o efeito dessa interação torna-se evidente durante e após o trabalho, com o aparecimento de fadiga por exposição prolongada ou recuperação insuficiente, queixas de dores musculares, estresse e a possibilidade de erros no trabalho.

O termo cargas de trabalho foi primeiramente descrito por Laurell e Noriega (1989, p. 110), como

[...] os elementos do processo de trabalho que interatuam dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador, gerando aqueles processos de adaptação que se traduzem em desgaste, entendido como perda da capacidade potencial e/ou afetiva corporal e psíquica.

Mais tarde, o conceito de cargas de trabalho também foi discutido por Facchini (1993) como uma nova categoria na compreensão dos impactos do processo de trabalho sobre a saúde do trabalhador, tanto daqueles oriundos do próprio objeto de trabalho, da tecnologia, como da organização e divisão do trabalho.

Assim, cargas de trabalho são vistas como as exigências ou demandas psicológicas e biológicas do processo de trabalho, que ao longo do tempo geram as especificidades do desgaste do trabalhador ou, ainda, como a mediação entre processo de trabalho e desgaste psicobiológico.

Desta forma, as exigências da tarefa têm que estar em equilíbrio com o estado e a capacidade de cada trabalhador, pois esses indivíduos são expostos a exigências de diferentes origens proporcionando danos a sua saúde e bem estar.

Muitas ações são possíveis e estão sendo praticadas em diferentes contextos de atenção á saúde do trabalhador. Muitas delas surgem em meio ao discurso e a programas de “*Qualidade*”. A implantação dos sistemas de controle de qualidade passou a ser fundamental para a obtenção de altos níveis de produtividade nas organizações.

O processo de melhoria contínua parte do compromisso de todas as pessoas pertencentes a uma organização. A qualidade, antes percebida como desejável nos produtos, passou a ser exigida também nos serviços, considerado fator diferenciador e inerente ao processo de atendimento a toda e qualquer expectativa do cliente.

No entanto, é preciso inserir propostas aparentemente inovadoras num contexto de discussão crítica de suas repercussões na vida do trabalhador, já que muitas delas acabam significando novas formas de pressão, de stress e de controle da produção e do trabalhador. Assim uma das questões importantes nesta área de atuação é o reconhecimento de linhas teóricas e de intervenção diferenciadas, que podem ser denominadas de saúde ocupacional e saúde do trabalhador.

A saúde ocupacional se propõe a orientar as empresas com ênfase na prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, promovendo a saúde de seus funcionários e melhorando a qualidade de vida dos mesmos.

Já saúde do trabalhador é compreendida como um conjunto de ações de vigilância e assistência, visando a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação

da saúde dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos advindos dos processos de trabalho. Esta passou a fazer parte das ações desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde - SUS a partir da Constituição Federal de 1988, que em seu artigo 200, inciso II define que compete ao SUS executar ações de Saúde do Trabalhador (Brasil, 1988).

De acordo com o educador Pedro Demo, a qualidade representa o desafio de fazer história humana com o objetivo de humanizar a realidade e a convivência social. Não se trata apenas de intervir na natureza e na sociedade, mas de intervir com sentido humano; ou seja, dentro de valores e fins historicamente considerados desejáveis e necessários, eticamente sustentáveis (DEMO, 1996).

A qualidade de nossa vida tem sido cada dia mais complexa e mediada por uma diversidade de práticas de poder, pobres em princípios éticos e estéticos de viver saudável, humanizado, individual e coletivo. É quase impossível deixar de perceber que não existe, na História da Humanidade, momento igual ao que estamos vivendo. A qualidade de vida do ser humano expressa a qualidade de sua saúde, suas **possibilidades e limitações individuais** e coletivas (ARAÚJO, 1999).

3.4 Cargas de trabalho e agravos comuns relacionados ao trabalhador

A saúde do trabalhador constitui um campo na área da Saúde Coletiva em plena construção, cujo objeto está centrado no processo saúde-doença dos trabalhadores dos diversos grupos populacionais em sua relação com o trabalho. Traz consigo a expectativa da compreensão desta dinâmica, bem como do desenvolvimento de alternativas de intervenção com vistas à apropriação da “dimensão humana do trabalho” pelos próprios trabalhadores. Busca, portanto, estabelecer causas de agravos à sua saúde, reconhecer seus determinantes, estimar riscos, dar a conhecer os modos de prevenção, promover saúde (MENDES e DIAS, 1999).

Rigotto (1993) relata que a o estudo da Saúde dos Trabalhadores é tema

complexo, e multifacetário, devendo ser estudado através de diversos olhares, na tentativa de auxiliar os profissionais de saúde em seu contato com o tema. Estimula estes profissionais a ter atitude de quem escuta, questiona, sente, perscruta, "estuda e busca a construção de um saber, juntamente com os trabalhadores", embora reconheça as dificuldades de operacionalização destas iniciativas.

Neste contexto, os acidentes de trabalho ocupam destaque, uma vez que se apresentam como a concretização dos agravos à sua saúde em decorrência da atividade produtiva, recebendo interferências de variáveis inerentes à própria pessoa, do ponto de vista físico ou psíquico, bem como do contexto social, econômico, político e da própria existência (BARBOSA, 1989; SILVA, 1996).

Decorrem da ruptura na relação entre o trabalhador e os processos de trabalho e produção, que interferem no seu processo saúde-doença, algumas vezes de maneira abrupta e outras de forma insidiosa, no modo de viver ou morrer dos trabalhadores, no "modo de andar a vida".

A medicina do trabalho utilizava a categoria "*risco*" para dar conta dos elementos presentes no centro do trabalho que podem causar danos ao corpo do trabalhador. Dano este, que quase sempre os conceitua num esquema mono causal, que nem sequer chegavam a ser os "*fatores de risco*" do modelo epidemiológico multicausal, que postula a necessidade da presença simultânea de vários deles para que produzir a doença.

Identifiquei-me com os conceitos de Laurell e Noriega (1989), que optam pelo termo "cargas" e as classificam como: físicas, químicas, biológicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas. As cargas físicas podem ser exemplificadas pelo ruído e calor, que podem ser detectados e até medidos sem envolver o corpo humano, e, dessa forma, tem uma materialidade externa a ele. Ao atuar sobre o corpo, ou, melhor dizendo, ao interagir com ele, sofrem uma mudança de qualidade, dado que deixam de contar como "*ruído*" ou "*calor*", e tornam-se processos intracorporais complexos.

Os autores ainda abordam amplamente o processo de produção e saúde, trabalho e desgaste operário. Referem que é necessário compreender que a doença e os acidentes de trabalho não são acontecimentos aleatórios individuais, mas sim, uma condição da coletividade com influências sociais marcantes. Enfatizam ainda, a

necessidade do estudo da relação trabalho-saúde para a compreensão de como se “articula e expressa a saúde-doença enquanto um processo social”, com vistas a intervenções que promovam a saúde dos trabalhadores.

As cargas químicas (pós, fumaça, fibras, vapores, líquidos, entre outros) e biológicas têm características semelhantes, já que, por um lado, têm materialidade externa ao corpo e, por outro, adquirem importância não em si mesmos, mas pelas transformações que geram em sua interação com os processos corporais. As cargas mecânicas são, por assim dizer, as mais visíveis, e muitas vezes podem se converter numa ruptura de continuidade instantânea do corpo; em contusões, feridas, fraturas e outros.

As cargas fisiológicas e psíquicas são diferentes, porque não têm uma materialidade visível externa ao corpo humano. Por exemplo: ao analisar algumas cargas fisiológicas, um esforço físico pesado ou uma posição incômoda, não podem existir senão através do corpo, da mesma forma como a alternância de turnos. Mas, uma vez constatada a impossibilidade de conceituar essas cargas, senão em relação com o corpo, sua materialidade é colocada, novamente, em processos corporais transformados.

As cargas psíquicas têm o mesmo caráter que as fisiológicas à medida que adquirem materialidade através da corporeidade humana.

Desta forma, o desgaste pode ser definido como “a perda da capacidade efetiva e/ou potencial, biológica e psíquica. Ou seja, não se refere a algum processo particular isolado, mas sim ao conjunto dos processos biopsíquicos” (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 115).

De qualquer forma, o estudo sobre cargas de trabalho pressupõe a análise do processo de trabalho de forma dinâmica e abrangente, incluindo não somente os aspectos técnicos presentes nos objetos e instrumentos do trabalho, mas, também, e de forma fundamental, a organização do trabalho.

Este processo de desgaste tem gerado problemas como as Lesões de Esforços Repetitivos (LER) ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), o estresse e os Acidentes de trabalho, os quais foram os mais significativos junto ao grupo de trabalhadores com os quais trabalhei. Desta forma, pontuo algumas questões

relacionadas a estes agravos.

Muitas pessoas acreditam que as LER/DORT são patologias da vida moderna, mas Ramazzini, um médico italiano que se dedicou a descrever doenças ocupacionais no século XVII, já havia encontrado sinais desta moléstia quando colocou em sua obra *De morbis Artificum Diatriba*: “aqueles que levam a vida sedentária, e são chamados por isso, artesãos de cadeira, como sapateiros, alfaiates e os notários, sofrem doenças especiais decorrentes de posições viciosas e da falta de exercícios”.

Outros relatos, como o de Fritz de Quervain, em 1891 (*apud* ALVES, 1995) descrevendo doenças que foram encontradas em lavadeiras, e o de Bridge, em 1920 (*apud* CODO; SENNE, 1995), que relata câibra ocupacional em tecedores de algodão, demonstram que os efeitos cumulativos ocupacionais vêm atravessando os tempos.

Porém, foi com o processo de desenvolvimento industrial, no início do século XX, que houve mudanças no processo de produção, principalmente com os princípios dos tempos e movimentos propostos por Taylor. A decomposição dos movimentos do trabalho em movimentos básicos propostos pelo casal Gilbreth e alicerçado por Henry Ford, aumentou a incidência das LER/DORT exponencialmente.

A introdução de inovações tecnológicas também é apontada, por alguns autores, como um dos fatores relacionados ao aumento da incidência das LER/DORT, isto porque as tecnologias modernas estão associadas com o aumento da produtividade, fragmentação e especialização do trabalho.

No Brasil, ainda não temos dados precisos que demonstrem a prevalência das LER/DORT entre os trabalhadores, mas, a cada dia, vem crescendo o número de instituições e grupos de auxílio que atendem pessoas que sofrem deste mal.

Os primeiros relatos destas lesões no país referem-se a incidência de tenossinovite em lavadeiras e engomadoras, apresentados no XII Congresso Nacional de Prevenção em Acidentes de Trabalho em 1973. Porém, somente em 1987, através de reivindicações da categoria profissional dos digitadores, é que o Ministério da Previdência e Assistência Social, através da portaria nº 4062 reconhece a tenossinovite como doença de trabalho. Após a publicação desta portaria cresceu o número de trabalhadores de outras categorias profissionais, que também executavam movimentos repetitivos em alta velocidade, reivindicando a caracterização das LER/DORT como

doença de trabalho.

As Lesões por Esforços Repetitivos podem ser definidas, como:

[...] lesões musculares e/ou de tendões e/ou de fâscias e/ou de nervos nos membros superiores ocasionadas pela utilização biomecânica incorreta dos mesmos, que resultam em dor, fadiga, queda de performance no trabalho, incapacidade temporária, e conforme o caso podem evoluir para uma síndrome dolorosa crônica, nesta fase agravada por todos os fatores psíquicos (no trabalho ou fora dele) capazes de reduzir o limiar de sensibilidade dolorosa do indivíduo [...] (COUTO, 1995, p. 24).

A denominação LER, que é mais difundida no Brasil, também é criticada por reduzir os fatores causais aos movimentos repetitivos e negligenciar a importância de outros fatores que levam a doença. Já para efeitos previdenciários, em 1998, o Ministério de Assistência e Previdência Social, baixou a ordem de serviço 606 – Norma Técnica para Avaliação de Incapacidade para fins de benefícios para que seja utilizada a nomenclatura DORT.

As manifestações clínicas das Lesões por Esforço Repetitivo são bastante numerosas, variam desde patologias bem definidas e que proporcionam um diagnóstico rápido, até síndromes dolorosas crônicas de gênese multifatorial, muitas vezes coincidindo com aspectos psicológicos importantes e diversos sintomas não funcionais (parestesias, cefaléia, cansaço, sensação de inchaço, dificuldade de concentração e de memória, etc.); que podem dificultar o diagnóstico (NICOLETTI; COUTO, 1996).

A grande dificuldade envolvida na questão das LER/DORT está na definição do diagnóstico. Segundo os autores, estas lesões não são simplesmente causadas por esforços repetitivos, mas também dependem das características individuais das pessoas, que são fatores de extrema importância no processo, tornando-se fatores determinantes na evolução da doença.

Entre as patologias mais freqüentemente diagnosticadas, de acordo com a atualização clínica do Ministério da Saúde acerca dos distúrbios osteomusculares relacionados com o trabalho, destacam-se: Síndrome do Túnel do Carpo, Síndrome do

Pronador Redondo, Síndrome do Canal Cubital, Síndrome do Canal Guyon (ou Túnel Ulnar), Síndrome do Interósseo Posterior, Epicondilites, Epitrocleeite, Tendinite Bicipital, Tendinite de De Quervain (doença de Quervain), Síndrome do Desfiladeiro Torácico, Síndrome do Supinador, Síndrome do Interósseo Anterior, Tendinites e Tenossinovites, Dedo em Gatilho, Tendinite do Supra-espinhoso, Tenossinovite dos Extensores dos Dedos e do Carpo, Tenossinovite dos Flexores dos Dedos e do Carpo, Tendinite Distal do Bíceps, Tenossinovite do Braquiorradial, Cistos Sinoviais, Lesão do nervo mediano na base da mão e Bursites (BRASIL, 2001).

O diagnóstico das LER/DORT é baseado no exame clínico, sendo imprescindível uma completa anamnese que contemple a história profissional, história da doença e um exame clínico detalhado.

Somente nas fases mais avançadas da doença é que se evidenciam sinais como inflamações, crepitação, perda de sensibilidade e perda de movimentos da região afetada. Sendo assim os exames laboratoriais, ultra sonografia, entre outros são considerados exames complementares, que poderão facilitar a identificação da patologia específica que o trabalhador está acometido. Em muitas situações estes exames podem dar um resultado inalterado, porém pode haver um quadro inicial de lesão (NICOLETTI; COUTO, 1996).

Como se refere às diversas patologias distintas, torna-se difícil estabelecer o tempo necessário para uma lesão persistente passar a ser considerada crônica. Além disso, até a mesma patologia pode se instalar e evoluir de forma diferente, dependendo dos fatores etiológicos, e fatores intrínsecos do trabalhador e de sua relação de trabalho.

A incidência de casos de LER/DORT tem aumentado significativamente em todo o mundo. Através da literatura referente à Medicina do Trabalho e Saúde do trabalhador, os dados mostram que está ocorrendo um aumento absoluto de casos de lesões músculo-ligamentares que acometem membros superiores, escápula e pescoço. O Brasil mostra uma realidade semelhante, sendo que os casos de LER/DORT contribuíram com 70% dos casos de doenças ocupacionais reconhecidos pela Previdência Social (CARNEIRO,1997).

Dentre os fatores causais das LER/DORT podemos citar, de acordo com a

revisão feita por Ulbricht (2000):

- *Força excessiva*: é resultado muitas vezes de instrumentos inadequados.
- *Repetitividade de movimentos* exigida no cumprimento de diversas tarefas pode ser considerado fator causal, acrescentando que a intercorrência deste fator com a força excessiva aumenta as chances do aparecimento de LER/DORT.
- *Velocidade exercida para a realização do trabalho* como fator que pode aumentar a predisposição.
- *Posturas inadequadas e estáticas*: as posturas são resultados da interação de fatores individuais com a situação de trabalho. As posturas são influenciadas pelo projeto do local de trabalho, tipo de equipamento utilizado e pelas ferramentas de trabalho.
- *Estresse localizado*: causado pelo contato do corpo com o instrumento de trabalho, provocando compressão de estruturas.
- *Vibração*: porque aumenta a força necessária para segurar um instrumento.
- *Temperaturas extremas*: podem reduzir a sensibilidade tátil, propiciando um aumento de força (ALVES, 1995).
- Raniere em 1989 (*apud* ALVES, 1995), afirmou que outros fatores ligados ao ambiente devem ser observados, dentre eles má iluminação e ruído excessivo.
- Ainda fatores ligados à organização do trabalho podem estar mais implicados em causar desordens ocupacionais nos membros superiores e pescoço do que os fatores biomecânicos (ULBRICHT, 2000).

As LER/DORT, são também resultantes das insatisfações produzidas pelo ambiente, enfatizando a questão do estresse como possível agente causa (CODD; ALMEIDA, 1998). Os autores apontam as diferenças individuais dos trabalhadores como fatores determinantes de extrema importância neste processo, “se o trabalho propicia o surgimento de LER, o homem também determina a seu modo”.

Também merece destaque neste estudo a discussão sobre acidente de trabalho, que é definido de acordo com o Regulamento da Previdência Social - RPS, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 06/05/1999, como:

[...] aquele que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados especiais, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

O Decreto também contempla que são consideradas como acidente do trabalho, para fins previdenciários, a doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho, peculiar a determinada atividade, e constante da relação elaborada pelo Ministério da Previdência Social e a doença do trabalho, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado.

Equipara-se ainda ao acidente do trabalho: o acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte do trabalhador, para a ocorrência da lesão e certos acidentes sofridos no local e no horário de trabalho e os ocorridos no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela (BRASIL, 2003).

Valenzuela, *apud* Krug (2000) aponta que uma das formas dessa violência, entendida como um risco inerente ao processo de trabalho e que se reflete diretamente no processo vital humano, expressa-se através dos acidentes, das doenças e das mortes pelo trabalho.

Mendes (1985) ressalta que o custo do trabalho humano foi, ao longo da história, elevando-se gradativamente, até atingir, atualmente, elevados patamares, onde o trabalho físico está dando lugar ao trabalho mental/intelectual, cuja base repousa na educação, no aperfeiçoamento e em especializações, exigências da competitividade deste início de século. Este custo se traduz concomitantemente pela existência do risco de acidentes e doenças ocupacionais no ambiente de trabalho, ou por aposentadorias por invalidez, que ocasionam perda da capacidade laborativa total ou parcial.

Segundo Coleta (1991, p. 62) “o trabalho no Brasil, nos últimos quinze anos,

levou pelo menos 60 mil pessoas à morte e originou 300 mil mutilações incapacitantes”. As estatísticas oficiais indicam a ocorrência anual de mais de um milhão de casos de acidentes de trabalho, com cerca de cinco mil mortes por esses mesmos acontecimentos. O autor refere ainda que as estatísticas de acidentes de trabalho no Brasil têm confiabilidade discutível, existindo subnotificação de dados. O processamento é deficiente por falta de elementos que permitam conclusões exatas e prevalece o desinteresse envolvido nos atendimentos administrativos e técnicos dos acidentes.

Infelizmente, os acidentados no trabalho não recebem, por parte da Previdência Social, das empresas, do Ministério do Trabalho, e de outras entidades envolvidas, a atenção e a consideração que o assunto exige.

Iniciando pela própria comunicação de acidente de trabalho (CAT) que deveria ser emitida pelo empregador, que na maioria dos casos não o faz. A situação de descaso que envolve estas informações inexatas relativas ao número de acidentes, também é encontrada quando se analisa a situação deste trabalhador e sua adaptação à nova condição de vida em seus diversos espaços sociais, determinada a partir do acidente.

Krug (2000) salienta que neste momento surge, então, o “*problema*” de seu retorno à empresa, a busca de uma nova colocação, a dificuldade do relacionamento social e familiar com aqueles que conviviam com ele antes e os que passam a conviver após o acidente, por necessidade ou não da nova situação.

De acordo com o Ministério do Trabalho e Emprego os números sobre acidentes de trabalho, levantados por meio do Boletim Estatístico dos Acidentes de Trabalho (BEAT), da base do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS/DATAPREV), no ano de 2002 o total de acidentes registrados foi de 387.905. Este número pode ser dividido em:

- Típico: 320.398
- Trajeto: 46.621
- Doença relacionada ao trabalho: 20.886

Acidentes de trabalho registrados são aqueles cujas comunicações são protocolizadas e caracterizados administrativa e tecnicamente. Estas informações são obtidas a partir da tabulação das Comunicações do Acidente do Trabalho - CATs, cadastradas nas unidades de atendimento da Previdência Social, e mediante Internet, segundo o **tipo de acidente**:

- **Acidente Típico** - acidente decorrente da característica da atividade profissional desempenhada pelo acidentado;
- **Acidente de Trajeto** - acidente ocorrido no trajeto entre a residência e o local de trabalho do segurado, e vice-versa;
- **Doença Profissional ou do Trabalho** - entende-se por *doença profissional* aquela produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinado ramo de atividade constante do Regulamento da Previdência Social - RPS, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 06/05/1999, e por *doença do trabalho* aquela adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, desde que constante do Anexo citado anteriormente.

A empresa deverá comunicar o acidente do trabalho ocorrido com seu empregado, havendo ou não afastamento do trabalho, até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência e, em caso de morte, de imediato à autoridade competente, sob pena de multa variável entre o limite mínimo e o teto máximo do salário-de-contribuição, sucessivamente aumentada nas reincidências, aplicada e cobrada na forma do artigo 286 do Regulamento da Previdência Social (1999).

A Portaria nº 5.051, de 26/02/1999, do Ministério da Previdência Social, considerando as necessidades de modernização do formulário Comunicação de Acidente do Trabalho – CAT, de captação e disseminação de informações relativas aos acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, aprovou um novo modelo de formulário, cuja implantação ocorreu em setembro de 1999. O novo modelo do formulário proporcionou inegável ganho na captação de dados, subsidiando estudos e o aprimoramento das políticas públicas.

Na unidade de atendimento da Previdência Social, ou mediante Internet, a CAT é considerada “Inicial” quando corresponder ao registro do evento acidente do trabalho, típico ou de trajeto, ou doença profissional ou do trabalho; é considerada “Reabertura” a correspondente ao reinício de tratamento ou afastamento por agravamento de lesão de acidente do trabalho ou doença profissional ou do trabalho, já comunicado anteriormente ao INSS; e “Comunicação de Óbito” a correspondente ao falecimento decorrente de acidente ou doença profissional ou do trabalho, ocorrido após a emissão da CAT inicial.

3.5 Síntese teórica

Os conceitos e pressupostos que orientaram o desenvolvimento deste estudo foram subsidiados no suporte teórico baseado na Pedagogia Problematizadora de Paulo Freire (1996 a) e também na Proposta sócio-humanista de Capella (1998) que possui seu foco de estudo no trabalho humano e sua relação com a saúde, derivando para o estudo do processo de trabalho no sistema de assistência à saúde, no Referencial de Saúde do Trabalhador, assim como em contribuições de outros autores, como Laville (1977), Marx (1985), Wisner (1988), Rocha (1993), Gelbcke (2002), Dejours (1999) e Ramos (1999).

Os conceitos e sub-conceitos que nortearam meu estudo com os trabalhadores foram expressados por: trabalho, ser humano/trabalhador, processo saúde-doença, saúde do trabalhador, qualidade de vida, cargas de trabalho, enfermagem/enfermagem em saúde do trabalhador, educação em saúde. Esses conceitos foram baseados nas reflexões de conceitos de outros autores e construídos individualmente, quando necessário.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Para Marx (1985), o trabalho consiste num modo diferenciado de intervenção sobre a natureza, pela definição de projetos, implementando-os, realizando produtos, para além de si mesmo e da natureza, isto é, recriando a natureza. O homem realiza, com o trabalho, um ato de recriação da natureza. No entanto, hoje, o trabalho não mais se reduz à atividade de produção material, para responder a reprodução fisiobiológica (“*mundo da necessidade*”), mas envolve as dimensões sociais, culturais, artísticas, de lazer (“*mundo da liberdade*”).

Para a filosofia marxista o trabalho é a ação dos homens sobre a natureza, transformando-a intencionalmente. Neste processo, os homens se relacionam uns com os outros e também transformam a si mesmos, imprimindo seus rostos na natureza e se fazendo.

O ser humano é um ser natural, que surge em uma natureza dada, submetendo-se às suas leis naturais e dependendo da natureza para sobreviver. É parte dessa natureza, mas não se confunde com ela, pois usa a natureza transformando-a conscientemente, segundo suas necessidades. Neste processo, se faz humano e passa a construir a sua história, se fazendo histórico (CAPELLA, 1998).

No que se refere à dimensão sócio-cultural deste ser humano, podemos afirmar que este indivíduo constrói suas relações com outros homens, a partir de premissas, limites e condições materiais colocadas pela sociedade em que este indivíduo vive e da qual faz parte. Porém, nessa construção social deve haver espaço para que este indivíduo concreto, natural, humano, histórico, social possa ser reconhecido pela sua singularidade, particularidade e individualidade. Ao mesmo tempo em que o homem é produto de suas relações sociais, essas relações sociais podem constituir a sua individualidade dentro da sua singularidade (CAPELLA, 1998).

O sujeito trabalhador é aquele indivíduo que, no desenvolvimento de seu percurso histórico, aliando sua capacidade física à sua capacidade de pensar, reagir,

produzir e criar e, em suas relações com outros homens, torna possível atender a sua necessidade natural de sobrevivência, através de sua atividade laboral.

Observou-se que nem sempre é fácil para o trabalhador falar sobre o seu trabalho para os profissionais de saúde, fazendo-se necessário uma observação das percepções do trabalhador sobre o próprio trabalho, considerando não só as respostas objetivas, mas também o que está implícito no discurso do trabalhador.

Defino **saúde do trabalhador** como o processo saúde-doença dos grupos humanos, decorrentes de sua inserção no processo de trabalho, que inclui ações de promoção da saúde, vigilância epidemiológica e educação em saúde. A saúde do trabalhador supera a visão eminentemente biológica, destacando aspectos sociais, psicológicos, biológicos e de inserção no ambiente de trabalho, ou seja, partindo da análise do processo de trabalho do mesmo.

O compromisso historicamente assumido pela Saúde Coletiva aponta para um novo paradigma na compreensão do **processo saúde-doença**, entendendo-o como um processo histórico e social, problematizando a organização das práticas em saúde, enfatizando a promoção de saúde a partir da reorganização da vida social, problematizando a organização das práticas em saúde, enfatizando a promoção de saúde, articulando, portanto, estratégias mais amplas de construção da cidadania e de transformação da cultura da saúde (RAMOS, 2001, p. 15).

A relação entre saúde e qualidade de vida parece evidente: ter saúde é essencial para que alguém possa qualificar sua vida como de boa qualidade. Para Ramos (2001, p. 17) “a qualidade de vida não deve ser circunscrita a indicadores para o planejamento e a avaliação dos resultados dos serviços de saúde, em suas relações a situações de carecimento e sofrimento sobre as quais se quer atuar”.

Embora tal dimensão seja de grande importância, é necessário remeter o conceito de **qualidade de vida** aos próprios modos de andar a vida, reveladores de satisfação e demandas, inclusões e exclusões, complexas interações coletivas e particulares com ambientes naturais e sociais, incluindo acesso a escolhas e modos de satisfazer carências, possibilidades e limites do processo de viver, além de construções culturais e simbólicas sobre este mesmo processo. A qualidade de vida entrelaça elementos da história pessoal e da organização da vida cotidiana historicamente conformada e impõe aos serviços de saúde o desafio de formular novas estratégias de intervenção sobre esta vida cotidiana, o que não poderá se efetivar sem uma mudança radical de princípios e valores que fundam a

própria lógica de organização destes serviços (RAMOS, 1999, p. 17).

Atualmente, o trabalhador depara-se com as constantes inovações que modificam o seu trabalho, ocorrendo à angústia da perda do emprego, de não poder acompanhar as exigências da nova tarefa, de não poder ter novos aprendizados dentro dos prazos impostos, onde o sofrimento que surge da necessidade de constante aperfeiçoamento põe em jogo as capacidades físicas e cognitivas desses trabalhadores, interferindo diretamente no plano mental e indiretamente por meio de doenças físicas.

Compartilho com Laurell e Noriega (1989, p.110), o conceito de carga de trabalho como os elementos do processo de trabalho que interatuam dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador, gerando aqueles processos de adaptação que se traduzem em desgaste, entendido como perda da capacidade potencial e/ou afetiva corporal e psíquica.

Para Capella (1998, p. 122), Enfermagem “é uma prática social e cooperativa, institucionalizada”, exercida por uma categoria com profissionais com diferentes níveis de formação, que tem por atividade, em conjunto com outros trabalhadores da saúde, atender o ser humano que em determinado momento de sua existência procura os serviços de saúde.

Refletido o conceito de enfermagem durante minha atuação na UMREST, procurei re-elaborar meu entendimento sobre a enfermagem do trabalho como uma prática de ações educativas, de integração, de assistência, de pesquisa e de vigilância, que visam interferir no processo trabalho-saúde-doença no sentido de promover e valorizar o ser humano em sua integridade e integralidade, além de auxiliar no diagnóstico de possíveis agravos à saúde relacionados ao trabalho.

Num contexto social excludente, os referenciais e práticas propostos pela Educação Popular e Saúde, propõe alternativas de enfrentamento fundadas na reflexão acerca da realidade e de condições de vida, na valorização da experiência e das abordagens educativas emancipatórias (RAMOS, 2001).

O processo educativo significa compartilhar saberes (popular e sistematizado)

sempre mediados pelo diálogo, respeitar o momento do ser humano, considerando-o como sujeito deste processo, aprender e ensinar, refletir sobre o processo e cargas de trabalho a que este trabalhador está sendo submetido, bem como sobre a vida familiar. O objetivo deste processo educativo é possibilitar novas estratégias para superar as dificuldades que o trabalhador enfrenta no processo de trabalho. Freire (1998, p. 16) refere que “a primeira condição para que um ser possa assumir um ato comprometido está em ser capaz de agir e refletir”.

O processo educativo neste trabalho desenvolveu-se durante a consulta de enfermagem na UMREST, nas visitas domiciliares e na oficina educativa com o grupo de trabalhadores. Oportunizaram a troca de experiências, saberes científico e popular, possibilitando um espaço de liberdade e de troca de experiências. Freire (1996a) coloca a liberdade como uma conquista, como uma permanente busca que só existe nos atos de quem faz, na entrega a uma práxis libertadora. Práxis, entendida como reflexão e ação dos seres humanos sobre o mundo para transformá-lo.

4.1 Tecendo as considerações éticas e educativas

Neste estudo as questões éticas projetaram-se como forma de aprimorar a convivência baseada no respeito aos outros e na compreensão de que agimos coletivamente, de que somos autônomos até certo ponto e de que necessitamos de outros sujeitos.

A participação dos trabalhadores no estudo obedeceu a Resolução nº 196/96 no que diz respeito ao consentimento livre e esclarecido (BRASIL, 1996). Para tanto foi utilizada uma linguagem clara e objetiva que favoreceu a compreensão por partidos integrantes do estudo.

Bordenave (1994) coloca a participação enquanto necessidade fundamental do ser humano, constituindo-se no caminho natural do indivíduo para exprimir sua tendência inata de realizar e interagir com outros seres humanos.

Durante todo o processo de interação procurei estabelecer com os trabalhadores uma relação ética, de respeito e de compartilhamento de saberes. Relação esta que abriu espaço para a interação entre os envolvidos no processo, que sem constrangimento, expressaram seus sentimentos, suas angústias e suas vivências.

Freire (1998, p. 28) refere que a educação implica na busca realizada pelo sujeito que é o homem, e ainda ressalta que ele é único responsável pela sua educação, por isso refere que “ninguém educa ninguém”. Ainda para este autor, a educação deve possibilitar a emancipação, ou seja, o educando tem liberdade de pensamento, de ação, de decisão e participa de todo o processo educativo. Esta proposta de educação fundamenta-se na relação dialógica, onde ambos aprendem juntos, educador e educando. O saber construído e conquistado tem papel emancipador na medida em que permite a pessoa conscientizar-se de seus problemas, educando-se como sujeito, capaz de criar, recriar e tomar decisões.

Experenciei esta construção de saber durante as visitas domiciliares e oficina educativa-participativa, porque ao mesmo tempo em que eu estava tentando levá-los a construção dos seus processos de trabalho, eu aprendia as várias formas de demonstração dos agravos à saúde dos mesmos.

É necessário, porém, pensar qual a maneira mais eficaz para estimular a participação e construção da cidadania do trabalhador. O enfermeiro deve buscar contribuir para formar um ser consciente, capaz de se entender e se ver no mundo, que possa construir a vida e o mundo como um todo ou o que pensa. Isto como meio de desenvolver o sentido do trabalho. Mas a educação, embora confundida pelo senso dominante com os treinamentos rápidos de preparo, que objetivam a manutenção do modelo de desenvolvimento econômico vigente, tem diferentes papéis. Não se nega a formação como meio, mas esta deve merecer o seu devido espaço, integrado à formação que possibilite a construção de um projeto de vida, de trabalhar com a realidade acompanhando suas evoluções, com características de especialização e generalização e o desenvolvimento da capacidade crítica, que tem como princípio educativo a pesquisa.

Vejo a educação como um processo de desenvolvimento e crescimento do ser humano, durante sua existência. A enfermagem enquanto atividade humana, não pode

se abstrair do processo educativo; é como se fizesse parte do nosso dia-a-dia. Desta forma, acredito que o desenvolvimento deste estudo, junto aos trabalhadores e também com seus familiares, foi de grande relevância, resultando na possibilidade de reflexão de novas formas de fazer enfermagem.

É claro que o processo educativo não pode limitar-se ao desenvolvimento de uma prática, pois é um processo constante na busca de crescimento. O enfoque educativo deste estudo pressupõe a perspectiva de trabalho com indivíduos e grupos, acentuando a condição de sujeitos plenos e plurais, utilizando a metodologia participativa e fundamentando-se no entendimento do trabalhador como protagonista.

Deste processo advém um conhecimento que é crítico, porque foi obtido de uma forma reflexiva, e implica em ato constante de desvelar a realidade, posicionando-se nela. O saber construído dessa forma reflete a necessidade de transformar o mundo, porque assim os homens se descobrem como seres históricos.

Com a possibilidade de realizar as visitas domiciliares e a oficina, o processo educativo tornou-se um processo de formação mútua (educador/educando) onde os trabalhadores contribuíram de forma significativa com seu conhecimento sobre o processo de trabalho e suas vulnerabilidades e eu, com minha disponibilidade em ouvi-los e incentiva-los a buscarem novas alternativas para viver melhor.

Concordo com Ramos (1999, p. 31) quando dizem que “a educação é uma prática social, histórica e politicamente situada, que se articula com as demais práticas sociais e se torna inalienável do processo de trabalho em saúde”. A autora ainda destaca que “foi graças ao amadurecimento das práticas educativas articuladas às práticas de saúde coletiva que temos, num aprendizado lento e firme, compreendido a peculiaridade do próprio trabalho”.

O processo educativo foi desenvolvido de forma a oportunizar aos trabalhadores um processo coletivo de aprendizagem, a partir do conhecimento vivido e das experiências individuais.

5 METODOLOGIA

Este estudo utilizou os princípios da Metodologia convergente-assistencial. Na prática assistencial o tipo de informação a ser obtida e o seu registro visa a adequação da assistência para uma situação específica e imediata, e obedece às necessidades manifestadas pelo cliente: o problema a ser tratado é manifestado pelo cliente, seja ele indivíduo, grupo ou comunidade (TRENTINI; PAIM, 1999).

De acordo com Trentini e Paim (1999, p. 37)

[...] a pesquisa convergente assistencial sempre requer participação ativa dos sujeitos da pesquisa: está orientada para a resolução de problemas na prática ou para a realização de mudanças nas áreas de atuação, o que poderá desembocar numa construção teórica.

A pesquisa convergente-assistencial não se propõe a generalizações, pelo contrário, é conduzido para descobrir realidades, resolver problemas específicos ou introduzir inovações em situações específicas, em determinado contexto da prática assistencial (1999).

As autoras destacam, ainda, que a pesquisa de campo convergente-assistencial é aquela que mantém, durante todo o seu processo, uma estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudança e introduzir inovações na situação social; portanto este tipo de pesquisa compromete-se com a melhoria direta do contexto social pesquisado.

Durante a aplicação desta metodologia, o tipo de informação a ser obtida e o seu registro, visa a adequação da assistência para uma situação específica e imediata, obedecendo às necessidades manifestadas pelo trabalhador.

A saúde do trabalhador está inserida no âmbito da saúde pública e, através de ação multidisciplinar busca a promoção, a preservação e a proteção da saúde dos

trabalhadores, implementando medidas de alcance coletivo.

Esta realidade está sendo vivenciada atualmente no município de Santa Cruz do Sul, através da Unidade Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador (UMREST), que tem como objetivo a implantação na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) um serviço com capacidade de realizar ações de promoção e proteção à Saúde-Trabalho-Ambiente.

Por ser este um serviço de saúde pioneiro no interior do estado, fez-se necessário a realização de uma pesquisa do perfil da clientela atendida nesta unidade (dados inexistentes até o momento) pelos acadêmicos do 9º semestre de 2002, do Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul que realizavam estágio na disciplina de Saúde do Trabalhador.

O município de Santa Cruz do Sul, pólo de desenvolvimento industrial, possui inúmeras empresas de diversos ramos de atividade econômica, mas caracterizado principalmente pelo mercado de multinacionais do ramo fumageiro. O vasto parque industrial proporcionou ao município um próspero crescimento econômico-financeiro, com resultados sociais vistos como positivos, encontram-se como líderes em número de unidades instaladas – hoje, o 3º Pólo do Estado – as indústrias fumageiras, presentes no município desde o início do século. Ocupando uma área de quatrocentos e sessenta e quatro hectares, o Parque Industrial está localizado às margens da BR 471, com fácil acesso a toda a malha rodoviária da região. Santa Cruz do Sul está localizada na encosta inferior do nordeste do Rio Grande do Sul, a cento e cinquenta quilômetros de Porto Alegre. Possui uma área de 794,49 km², sendo a área rural da ordem 686 km² e a urbana de 108,49 km². A população do município é de 100.627 habitantes (população urbana 83.759 e população rural 16.868).

Segundo Krug (2000), neste contexto, ocorrem os acidentes do trabalho que acometem, particularmente, os trabalhadores destas empresas de Santa Cruz do Sul, e que repercutem diretamente nos dados de produtividade, de crescimento e de desenvolvimento econômico e financeiro do município.

A autora ainda relata que para a população, de maneira geral, assim como para a empresa são impostas as responsabilidades e as repercussões sociais do evento, o que implica diretamente no envolvimento destas com a situação do indivíduo acidentado.

Assim sendo, as conseqüências de um acidente de trabalho, que afasta o trabalhador de suas atividades normais, repercutem diretamente em questões que envolvem também a sociedade, pois, esse é um indivíduo que pelos mais diferentes aspectos precisa ser, segundo a visão capitalista e utilitarista, “*sustentado*” pela sociedade. Além disso, não existiam no município pesquisas e dados que analisassem a questão epidemiológica em saúde do trabalhador.

5.1 Descrevendo o cenário da pesquisa

A Unidade de Referência em Saúde do Trabalhador (UMREST), situada na rua Senador Pinheiro Machado, nº 831, no Centro do município de Santa Cruz do Sul, teve sua inauguração no dia 06 de dezembro de 2001. Esta unidade de saúde tem como espaço físico uma sala para recepção da clientela, uma sala de espera, um consultório de enfermagem, um consultório médico, uma sala para psicólogo, duas salas de reuniões, uma cozinha e dois banheiros. Este serviço conta com a atuação de uma equipe multidisciplinar constituída de um médico do trabalho, enfermeiro do trabalho, psicólogo, bem como, um secretário e uma auxiliar de serviços gerais. As atividades atribuídas aos profissionais da unidade de saúde estão descritas a seguir, conforme documento da instituição.

5.1.1 Médico do Trabalho, Enfermeiro do Trabalho e Psicólogo

- Participar de ações de vigilância em saúde (epidemiológica e sanitária)

- Participar de avaliações ambientais e da organização do trabalho dentro da perspectiva de identificar os riscos nos locais de trabalho, fiscalizando a execução das propostas apresentadas pelas empresas para superação dos mesmos;
- Participar do processo de elaboração de dados (CATs – Comunicação de

acidentes de trabalho, notificações, laudos, entre outros), o que inclui desde a escolha do software adequado até a análise e utilização dos dados encontrados;

- Participar da formulação e da execução de políticas na área de saúde do trabalhador junto a CIST (Comissão Interinstitucional em Saúde do Trabalhador);
- Participar das reuniões pertinentes ao trabalho e das que envolvem a comunidade, sempre que for necessária sua presença, visando o cumprimento dos objetivos da UMREST;
- Participar de atividades de capacitação para políticas de intervenção em saúde do trabalhador (cursos, seminários, oficinas, debates), numa perspectiva de atualização permanente, dentro e fora do município.

- Participar das ações de assistência à saúde

- Realizar consultas com pessoas com suspeita ou confirmação de sofrimento psíquico e/ou doença e/ou acidente decorrente do trabalho;
- Avaliação do histórico clínico ocupacional;
- Emitir diagnóstico relativo aos agravos à saúde decorrentes do trabalho;
- Administrar casos de trabalhadores que tenham sofrido transtornos na sua saúde, na interface com outros especialistas e da equipe de saúde;
- Participar da elaboração e execução dos protocolos terapêuticos que tenham como objetivo a recuperação da saúde e erradicações dos riscos laborais à saúde dos trabalhadores;
- Planejar e participar de ações de educação em saúde;
- Integrar equipe de saúde interdisciplinar que tenha como objetivo instituir ações de educação em saúde, promovendo a saúde e eliminando os riscos laborais, no que diz respeito às condições e à organização do trabalho;
- Desenvolver atividades que visem o suporte, acompanhamento e melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores, que tenham sofrido

transtornos na sua saúde e de seus familiares, através de trabalhos em grupo;

- Acompanhar a efetividade e qualidade dos tratamentos oferecidos aos trabalhadores;
- Promover um intercâmbio de ações, informações e pesquisas junto ao CEREST (Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador).

Tendo em vista que este serviço de saúde está em fase inicial de suas atividades, é importante ressaltar que as atribuições desenvolvidas pela UMREST estão gradativamente atingindo seus objetivos propostos. Assim, este serviço é pioneiro no interior do estado e também na sua especialidade.

Atualmente a UMREST compreende ações de avaliação multidisciplinar para investigação denexo causal, laudos e estudos clínicos; organiza e centraliza o sistema de informação em saúde do trabalhador (SIST/SUS) do município, recebendo as informações dos trabalhadores assistidos pela rede de saúde para alimentar o Sistema Regional de Informações.

A UMREST tem como meta realizar vigilância à saúde dos trabalhadores, por meio de monitoramento do processo produtivo e o meio ambiente interno no trabalho, bem como seus determinantes aos poluentes no ar, solo e água; realiza também, terapias e metodologias de reabilitação à saúde de trabalhadores com distúrbios, seqüelas e mutilações que exige atendimento para a dor, acompanhamento psicossocial, tanto no processo de tratamento como no retorno ao trabalho. Pode desenvolver programas de capacitação aos trabalhadores da rede pública, bem como aos integrantes das CIPAS (Comissões Internas de Prevenção de Acidentes) e pesquisas relacionadas ao campo saúde-trabalho.

O serviço de enfermagem na UMREST atua principalmente nas avaliações ambientais e da organização do trabalho, identificando os riscos nos locais de trabalho; execução de políticas na área de saúde do trabalhador junto a CIST (Comissão Interinstitucional em Saúde do Trabalhador); participação nas reuniões pertinentes as atividades da Unidade junto a comunidade; participar de atividades de capacitação

para políticas de intervenção em saúde do trabalhador (cursos, seminários, oficinas, debates), numa perspectiva de atualização permanente, dentro e fora do município.

5.2 A chegada ao campo

Inicialmente realizei contato com a enfermeira da UMREST, e falei sobre o meu interesse em realizar um estudo com os trabalhadores que buscam assistência nesta unidade e também sobre os meus objetivos com este estudo. A mesma me recebeu muito bem, oferecendo o serviço, mas me orientou que procurasse pela secretária da saúde do município a fim de localizar minha participação na unidade. Solicitei junto a Pró-reitoria de Pós-graduação da minha Universidade uma carta de apresentação para que eu pudesse levá-la no meu encontro com o Secretário de Saúde. No encontro pude explicitar meus objetivos de estudo e também o tempo que iria utilizar para desenvolvê-lo. Tendo o aval do secretário iniciei o processo de definição e seleção dos sujeitos envolvidos na prática.

5.3 Definindo os sujeitos

Participaram deste estudo os trabalhadores encaminhados a UMREST, que possuíam a Ficha Individual de Notificação de Suspeita de Agravado (FIS) devidamente preenchida. O(A) trabalhador(a) apresenta a FIS ao secretário para agendar sua consulta, após o(a) trabalhador(a) recebe sua primeira avaliação pela enfermeira, através da consulta de enfermagem. Após esta avaliação é encaminhado(a) para a consulta médica e/ou psicológica. O número de trabalhadores que participaram desta experiência foi definido no decorrer da mesma, totalizando cinco trabalhadores, que

foram atendidos no período de agosto de 2002, quando da realização da disciplina de prática assistencial, sendo um fator limitante para a análise.

5.4 Resumo dos passos da metodologia

Considerando os objetivos e a metodologia proposta, o quadro abaixo descreve, resumidamente, os três momentos do estudo, o enfoque, a estratégia utilizada e os participantes de cada momento.

MOMENTOS	ENFOQUE	ESTRATÉGIA utilizada	SUJEITOS participantes
1. Contatando o sujeito trabalhador e conhecendo a problemática	Problematização inicial	Participação em atividades da UMREST - consulta de enfermagem e atividade grupal.	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira da Unidade - Quatro trabalhadores - Autora do estudo
2. Estabelecendo vínculos e integração com o cliente e sua família	Problematização compartilhada da vivência individual e familiar acerca do trabalho	Realização de visita domiciliar.	<ul style="list-style-type: none"> - Cinco trabalhadores (em quatro visitas domiciliares) - Acadêmica de enfermagem - Autora do estudo
3. Promovendo um re-posicionamento do sujeito trabalhador com vistas a sua saúde e qualidade de vida	Reflexão compartilhada da vivência de trabalhador	Realização de oficina educativa.	<ul style="list-style-type: none"> - Cinco trabalhadores. - Um familiar. - Acadêmica de enfermagem. - Autora do estudo

Para melhor compreensão destes momentos, passo a descrevê-los a seguir, para possibilitar melhor entendimento.

5.4.1 Momento 1 – Contactando o sujeito trabalhador e conhecendo a problemática

A primeira proposta foi selecionar trabalhadores durante a consulta de enfermagem, o que só foi possível em uma consulta. Os outros integrantes foram convidados durante uma palestra sobre “LER” e “LEGISLAÇÃO TRABALHISTA”, que foi promovida pela enfermeira da unidade.

Os mesmos foram consultados sobre a participação no estudo através da apresentação da proposta das atividades e os objetivos das mesmas. Nesta oportunidade também foram abordados os aspectos éticos e educativos para compreensão do participante, deixando claro o sigilo das informações que forem discutidas e a possibilidade de desistência pelos participantes a qualquer momento, sem prejuízo de atendimento na UMREST. Conforme o Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Acompanhei uma consulta de enfermagem na qual utilizava como guia uma ficha de anamnese do trabalhador (Anexo A). Utilizei o gravador, realizando uma coleta de dados sobre o processo de trabalho e possíveis causas de agravo à sua saúde; seu conhecimento ou desconhecimento sobre a doença; características do ambiente de trabalho; relacionamento social e afetivo com colegas de trabalho, empresa e familiares; situação atual na empresa; grau de satisfação no trabalho. Mesmo tendo como referência o modelo de consulta implantada na unidade, questões iniciais poderiam ser investigadas além daquelas constantes no mesmo, de acordo com as especificidades e problemas de cada trabalhador, de modo a constituir um conhecimento preliminar de sua problemática e contexto de vida e trabalho, bem como possíveis interesses pessoais para o direcionamento do segundo momento da prática.

Os dados coletados através do registro da consulta e gravador foram organizados e transcritos. Após uma análise inicial do mesmo se procedeu ao planejamento do momento 2.

5.4.2 Momento 2 – Estabelecendo vínculos e integração com o cliente e sua família

Após a consulta de enfermagem e discussão de temas que emergiriam durante a mesma, o trabalhador foi questionado sobre sua disponibilidade em receber uma visita

domiciliar, que foi agendada conforme sua conveniência e possível participação de sua família.

O objetivo deste momento foi o de promover um processo educativo, que possibilitou o aprender e o ensinar, ou seja, o refletir sobre o processo e cargas de trabalho a que este trabalhador está sendo submetido, bem como em suas conseqüências sobre a vida familiar, buscando promover novas estratégias para enfrentar as dificuldades decorrentes dos agravos gerados por sua situação de trabalho.

A visita domiciliar teve um roteiro pré-definido e foi previamente planejada com base nas informações coletadas no momento 1, de modo a manter-se aberta ao trabalho de novas questões ou problemas priorizados pelo sujeito, mas preparando o enfermeiro para o uso de materiais, técnicas e recursos educativos auxiliares à abordagem da problemática já levantada na consulta de enfermagem.

Assim, neste momento foram previstas algumas ações não lineares:

- retomada da proposta de prática e esclarecimento de quaisquer dúvidas;
- conhecimento da situação familiar e das expectativas do trabalhador e família;
- apresentação e discussão dos problemas levantados no momento 1 (consulta de enfermagem e encontro grupal), incluindo cargas de trabalho;
- aprofundamento e ampliação da problemática com base em novos relatos do trabalhador;
- levantamento de necessidades e prioridades, bem como de estratégias de possível compartilhamento de saberes e experiências,
- reflexão em torno de possibilidade e estratégias de enfrentamento individual e familiar face às vulnerabilidades e agravos reconhecidos;
- estímulo e convite à participação no momento 3, inclusive levantando sugestões dos sujeitos.

Estas ações visaram um diagnóstico prévio da situação.

A experiência de realizar a visita domiciliar foi única para mim, porque, como

docente da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), desenvolvo com os alunos nas aulas práticas em unidades hospitalares e o fato de ter que sair do ambiente hospitalar, procurar os endereços dos trabalhadores, chegar em suas casas e participar um pouco mais do seu dia-a-dia foi muito enriquecedor.

Busquei organizar o roteiro das visitas domiciliares através da ficha de anamnese elaborada pela UMREST. Como eu ainda não conhecia muito bem os bairros de Santa Cruz do Sul e por terem me orientado que alguns endereços não seria recomendado ir sozinha, tive como companhia, uma acadêmica de enfermagem do 5º semestre que já havia demonstrado interesse pelo meu trabalho e se ofereceu para me acompanhar. A ela ficou designada a tarefa de observar como eu e os entrevistados agiam no momento da visita domiciliar (se estávamos à vontade, nervosos, com pressa, intimidados, desconfiados, entre outros) e também me auxiliou controlando as fitas do gravador, para que eu não interrompesse o diálogo para trocar as fias.

As visitas domiciliares aconteceram no mês de agosto de 2002. Em cada uma delas, após os cumprimentos, eu retomava meus objetivos com este estudo, lia o termo do consentimento livre e esclarecido e solicitando sua assinatura, deixava uma cópia com cada trabalhador e outra ficava comigo e também o uso do gravador.

Após a transcrição das visitas, estas foram devolvidas aos informantes para avaliação e validação. Solicitei aos trabalhadores que escolhessem nomes fictícios para que eu pudesse utilizar no decorrer do estudo para caracterizá-los. Então os mesmos escolheram:

Trabalhador I – Márcia – passadeira em uma indústria de confecções (trabalhava há um ano em uma empresa de vestuário como passadeira. Operava ferro industrial (a vapor), oito horas por dia, com exceção de algumas horas extras que fazia de acordo com a produção. A trabalhadora relata que os primeiros sintomas começaram a aparecer três meses após o início de suas atividades, com edema intenso nos joelhos, com dores localizadas, principalmente no membro inferior esquerdo, ao final da tarde. Não procurou atendimento médico para não faltar ao trabalho)

Trabalhador II – Vera – costureira de uma indústria de confecções (única trabalhadora que eu acompanhei sua consulta de enfermagem na UMREST, ela era costureira de uma grande indústria de vestuário do município há quatro anos e dez

meses. Tinha 32 anos e apresentava dor no *braço do tipo cansaço e dormência na mão direita, estava afastada do trabalho*).

Trabalhador III – Marcos – safrista (indústria de fumo, 48 anos, trabalhava em uma Indústria de fumo do município na função de “*removedor*” na “*Casa do Pó*”, onde pegava os sacos de estopa e as colocava em uma tubulação, de onde vinha o pó (resto de fumo + terra) que eram distribuídas pela fábrica aos plantadores de fumo, como uma espécie de ADUBO. Ao enchê-los, amarrava-os e os colocava em uma esteira (que era por ele acionada) até os caminhões. Monitorava oito saídas de pó ao mesmo tempo).

Trabalhador IV – Carlos – metalúrgico, (38 anos sofreu acidente de trabalho no ano de 1997, relata que durante o trabalho, ao empurrar um carrinho que continha em seu interior uma chapa de aço muito pesada, este emperrou e a chapa caiu sobre seus braços. Sofrendo ferimento constante grave no esquerdo e ferimento leve no direito. No momento está afastado do trabalho por acidente e relata também dificuldades auditivas. Este trabalhador aparentava cerca de cinquenta anos, estava muito revoltado com as perícias médicas e com o descaso dos profissionais que o executavam).

Trabalhador V – Moema – safrista (optou por chamar-se de Moema e no momento da visita desempenhava a função de safrista em uma indústria fumageira). Moema era esposa de Marcos e estava muito preocupada com seu marido, falou-me que ele, às vezes, ficava nervoso, irritado e até agressivo. Ela queixou-se também de dores nas costas e nas pernas, mas argumenta que na maioria das vezes esconde do marido e das filhas para não preocupá-los).

A escuta atenta, o interesse pela história de cada trabalhador, a compreensão da linguagem simples, não os contestando em nenhum momento, auxiliou neste momento do estudo. Esta situação é também abordada por Triviños (1987, p. 149) quando relata que “*a modéstia, a não arrogância, contribui de maneira singela para que se estabeleça o ambiente que permita a mais ampla expressão de naturalidade, de espontaneidade*”.

Em alguns casos, a recepção por parte dos trabalhadores ocorreu de forma tímida, com um sentimento de desconfiança em relação a minha presença. Uma

postura de clareza, humildade e abertura para ouvir, foram muito importantes para que este sentimento fosse, aos poucos, desaparecendo.

Um dos trabalhadores relata que tinha receio de que a visita fosse envolver seu nome e o nome da empresa, o que motivou que fizesse vários esclarecimentos, inicialmente em relação aos objetivos, inclusive retomando o consentimento livre e esclarecido.

Ficou evidente que este tipo de sentimento reflete a incerteza da situação que o trabalhador vivencia em relação ao descaso das pessoas e das instituições responsáveis pelo seu atendimento. Outros trabalhadores, ao contrário, mostraram-se muito receptivos com minha visita.

Percebeu-se nos trabalhadores o desejo evidente em verbalizar sobre sua vida e das transformações ocorridas durante seu afastamento do trabalho.

Deste modo posso afirmar que minha relação com os trabalhadores transformou-se em uma relação de troca de experiências e informações através de um diálogo aberto e sincero. As abordagens e a amplitude do estudo conduziram a caminhos e conhecimentos até então não aprofundados.

5.4.3 Momento 3 – Promovendo um re-posicionamento do sujeito trabalhador com vistas a sua saúde e qualidade de vida

Ao final das visitas domiciliares os trabalhadores foram consultados sobre a possibilidade em poderem participar de uma oficina a realizar-se no dia e horário de maior facilidade e disponibilidade para os mesmos e seus familiares (que também foram convidados).

Compartilho com Paulo Freire a crença na educação que reúne a totalidade da experiência humana tendo como ponto de partida a experiência concreta do sujeito, na realidade em que está inserido. Faz-se necessário partir da percepção que a mudança ocorre num processo de reflexão-ação sobre a qualidade e que este aprendizado se dá de modo contínuo, uma vez que o ser humano se coloca como ser inacabado, em constante busca de ser mais (FREIRE, 1999).

A oficina foi orientada a partir de palavras geradoras que aparecerem no

momento da consulta de enfermagem e durante a visita domiciliar Utilizei os princípios da educação crítica, segundo a teorização de Paulo Freire e também pude retornar o posicionamento destes trabalhadores frente ao processo e cargas de trabalho.

Estiveram presentes os quatros trabalhadores que fizeram parte do estudo. Vera trouxe a filha de dez anos e Carlos a sua esposa, Moema, que havia se tornado também, integrante do estudo, durante a visita domiciliar. Conteí, novamente, com a presença da acadêmica de enfermagem que acompanhou meu estudo e também em algumas visitas. Iniciei o encontro agradecendo a presença de cada um, foi lido o Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), também solicitei o uso da máquina fotográfica. Com relação aos relatos das visitas domiciliares, comprometi-me em enviá-los assim que terminasse sua transcrição. Também destaquei os objetivos do meu estudo, conforme fiz em todas as visitas.

A apresentação do grupo foi realizada através de uma técnica especial, pela qual cada participante apresentava-se ao grupo e desenhava em um vagão de papel, (inserir número p/ descrever no rodapé: os vagões foram confeccionados em cores diversas possibilitando a sua utilização posterior) seu processo de trabalho. Este vagão foi preso a uma locomotiva previamente fixada na parede e a seguir os participantes levantavam, ordenadamente, para explicar aos demais seu processo de trabalho. O espaço era aberto para que os demais participantes questionassem o trabalhador sobre o desenvolvimento do seu trabalho, permitindo a participação de todos os integrantes.

Procurei utilizar os princípios da educação libertadora de Paulo Freire, onde a metodologia do processo do educador agrupa conceitos de educação fundamentados em princípios de participação, que não poderiam ser desconsideradas ao implementar um processo que visa a participação dos sujeitos envolvidos, de modo a propiciar, a partir da realidade, a construção de uma organização do trabalho mais criativa e motivadora para os trabalhadores e que resulte em qualidade de assistência àqueles que recebem o cuidado de enfermagem.

Neste momento do estudo, algumas falas dos trabalhadores ilustram a percepção dos mesmos sobre um novo modo de fazer a enfermagem:

[...] achei que tu irias fazer uma palestra, mas me enganei, foi muito bom dividir com estas pessoas minhas angústias (Vera).

[...] não imaginava que este momento iria ser descontraído, já fui em várias palestras no sindicato, mas nunca fizeram desta maneira (Carlos).

[...] foi muito bom participar deste trabalho, esmo por não ter ido à UMREST fui escolhida para colaborar em minha história de vida (Moema).

[...] lá na fábrica é que deviam fazer este tipo de reunião, nós aprendemos muitas coisas hoje, coisas que já aconteciam no nosso trabalho, mas nunca paramos para pensar (Marcos).

[...] me senti menos sozinha aqui, é bom conversar com pessoas que entendem o que estamos sentindo (Márcia).

Houve a preocupação em preparar um conteúdo sobre cargas de trabalho, e a partir da explanação do tema solicitei que os trabalhadores identificassem suas cargas de trabalho observando, atentamente, seus cartazes.

Foi um trabalho didático-pedagógico baseado no prazer, na vivência e na participação em situações reais e imaginárias, onde, por meio de técnicas de dinâmica de grupo, os participantes conseguiram trabalhar situações concretas.

Foram também abordados os temas que emergiram durante as visitas domiciliares como: o constrangimento dos trabalhadores em passarem por inúmeras perícias médicas; o descaso dos médicos do trabalho; impotência frente aos empregadores e a previdência social; dores; solidão; estresse e angústia que o momento de afastamento do trabalho pode provocar; discriminação sofrida pelas colegas de trabalho, entre outros assuntos.

Passamos, a seguir, para a leitura do livro infantil “*O frio pode ser quente?*”

Masur (1999), na perspectiva de proporcionar ao grupo um momento de reflexão em que por mais que o momento de afastamento do trabalho seja caracterizado por muitas angústias e dissabores, o fato de poderem partilhar essas angústias e verem que alguns sentimentos individuais também podem ser coletivos é de grande valia.

Encontro-me nas idéias de Paulo Freire quando fala que a educação é ao mesmo tempo um ato político, um ato de conhecimento e um ato de criador. A educação é um

processo de formação mútua e permanente, visa a libertação, à transformação da realidade, para que homens e mulheres sejam reconhecidos como sujeitos de suas histórias e não como objetos.

Após as reflexões sobre as temáticas desenvolvidas, finalizamos o encontro, dando a oportunidade aos trabalhadores expressarem suas percepções e sentimentos em relação ao encontro.

5.5 Análise dos dados

Inicialmente realizei a pré-análise dos dados das visitas domiciliares e da oficina, através da leitura dos mesmos e um primeiro agrupamento por temas. A seguir, o conteúdo foi submetido a um olhar mais aprofundado, orientado pelo referencial teórico, formando então as categorias representativas do estudo, considerando o tema e os objetivos propostos.

As categorias e sub-categorias foram definidas a partir do referencial teórico e baseado nos meus pressupostos, assim como nas falas dos trabalhadores, obtidas nos dois momentos mais importantes deste estudo, ou seja, nas visitas domiciliares e na oficina educativa-participativa. Defini as seguintes categorias de análise:

CARGAS DE TRABALHO E PROCESSO DE DESGASTE – nesta categoria abordo como os trabalhadores percebem questões como: o conhecimento do seu processo de trabalho, o conhecimento acerca das cargas de trabalho e o processo de desgaste, destacando as doenças mais comuns nestes trabalhadores, bem como a questão da dor como uma significativa manifestação de sofrimento, concluindo com as repercussões do afastamento na relação familiar.

SENTIMENTOS E SIGNIFICADOS DO ADOECIMENTO/AFASTAMENTO DO TRABALHO - em que discuto acerca do modelo instituído no setor saúde, ainda pautado nos pressupostos da medicina do trabalho, em contraposição ao que preconiza a política de saúde do trabalhador, bem como a formação dos

profissionais da saúde centrada no modelo biomédico, que dificulta a incorporação dos pressupostos da saúde do trabalhador. Ressalto, ainda, o que as empresas esperam dos trabalhadores de saúde que atuam nos serviços e na própria empresa. Também discuto nesta categoria o sofrimento do trabalhador no ir e vir frente às cobranças e ao descaso – cobrança dos próprios colegas e descaso dos profissionais de saúde (o que foi muito discutido nas visitas e oficina, levando o trabalhador a se sentir um presidiário do sistema, pois muitos se queixam da atuação dos peritos médicos e da espera no INSS).

PROPOSTA DE ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA SAÚDE DO TRABALHADOR - nesta categoria discuto novas possibilidades de atuação da enfermagem no contexto da saúde do trabalhador, levando em consideração as dificuldades enfrentadas pelos sujeitos da pesquisa, a observação em campo e a literatura.

Desta forma, tendo as categorias definidas, os resultados foram analisados e interpretados, utilizando a fala dos trabalhadores e familiares, a observação de campo, respaldada no aporte teórico produzido acerca do mundo do trabalho e da saúde do trabalhador. Finalizando, realizei uma reflexão crítica sobre possibilidades e limites da aplicação desta proposta, visando subsidiar sua implementação.

6 UMA NOVA MANEIRA DE FAZER A ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA SAÚDE DO TRABALHADOR

Pensar numa nova maneira de fazer enfermagem no contexto da saúde do trabalhador foi um desafio, uma provocação, mas também uma satisfação no sentido de possibilitar refletir sobre este cotidiano que precisa ser aprofundado pela enfermagem. Olhar para os dados, lembrar do percurso transcorrido, da fala dos trabalhadores, dos momentos vivenciados na oficina e nas visitas e mesmo na atuação junto à Unidade de Saúde, esta aproximação com o mundo do trabalho na perspectiva de quem se desgasta, que tem sua saúde afetada e precisa de um suporte dos trabalhadores da área da saúde, me levaram a definir algumas categorias de análise, permitindo uma aproximação a interpretação destes dados.

Vale destacar, que esta interpretação tem como respaldo o referencial teórico, a vivência enquanto docente da cadeira de saúde do trabalhador na UNISC e mesmo o tempo em que realizei a prática assistencial, mas é uma interpretação, que pode ter outros olhares, outras formas de análise.

A análise dos dados foi alicerçada no referencial teórico e também nos meus pressupostos.

A construção dos meus pensamentos foi baseada na minha experiência profissional, em concordância com alguns autores citados ao longo do marco conceitual e também após a minha convivência com os trabalhadores atendidos na UMREST.

São eles:

- A educação possibilita a reflexão sobre valores, crenças de vida e reforçar ou modificar comportamentos essenciais para a manutenção da vida saudável;
- Para que os trabalhadores portadores de agravos à saúde possam se readaptar a vida cotidiana/familiar e ao trabalho, faz-se necessário o

auxílio dos profissionais de saúde, entre eles o enfermeiro;

- É dever das empresas emitir a Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT) e propiciarem aos seus trabalhadores condições para o redirecionamento de suas atividades após a detecção do agente causador do agravo;

O compromisso historicamente assumido pela Saúde Coletiva aponta para um novo paradigma na compreensão do processo saúde-doença, entendendo-o como um processo histórico e social, problematizando a organização das práticas em saúde, enfatizando a promoção de saúde a partir da reorganização da vida social e não apenas a partir dos serviços de saúde, articulando, portanto, estratégias mais amplas de construção da cidadania e de transformação da cultura da saúde (RAMOS, 2001, p. 15).

- Existe despreparo dos serviços de saúde das empresas e no setor público para a assistência aos trabalhadores, face às peculiaridades e a complexidade das suas necessidades;
- O contexto familiar é fundamental na definição das reais necessidades dos trabalhadores portadores de agravos à sua saúde;
- A realização de oficinas educativas-participativas com os trabalhadores promove um núcleo afetivo, de ensino-aprendizagem, de apoio e de solidariedade, instrumento imprescindível para a elaboração de propostas de atuação em saúde do trabalhador;
- O trabalho influi na vida dos seres humanos, é o eixo em torno do qual se organiza a vida social e afetiva.
- As cargas de trabalho não existem isoladas, sendo importante compreender que elas interagem entre si;
- O método de assistência de enfermagem na área de saúde do trabalhador deve prever um espaço para a prática educativa, visando minimizar o desgaste no processo de trabalho.
- O conhecimento do processo de trabalho auxilia na identificação das cargas de trabalhos a que os trabalhadores estão expostos, assim como podem fornecer dicas valiosas para a prevenção e tratamento de

situações que podem causar agravos à saúde do trabalhador.

Ao aprofundar o olhar sobre os dados, foram identificadas como categorias **as cargas de trabalho e o processo de desgaste; os sentimentos e significados do adoecimento/afastamento do trabalho e significados no processo de desgaste.** Finalizando a análise, apresento uma **proposta de atuação da enfermagem no contexto da saúde do trabalhador.**

6.1 Cargas de trabalho e processo de desgaste

Na sociedade em que vivemos, o trabalho está estruturado de maneira tão fragmentada, burocratizada e mecânica, composto de normas e rotinas, com suas exigências, às vezes exageradas, que, inúmeras vezes, impede o homem de transformar-se durante a realização do mesmo.

Hoje, toda a regulamentação específica do Ministério do Trabalho deixa transparecer a adesão à Teoria do Risco Profissional. Está centrada na participação e na atuação, por parte das empresas, na criação e no dimensionamento de serviços de medicina do trabalho e engenharia de segurança, de comissões de prevenção de acidentes do trabalho, e em uma fiscalização cuja base jurídica – institucional é a da configuração do vínculo empregatício regido pelas leis trabalhistas (MACHADO; MINAYO, 1995).

Em termos conceituais, considera-se que “as cargas de trabalho são exigências ou demandas psicobiológicas do processo de trabalho, gerando ao longo do tempo as particularidades do desgaste do trabalhador” (FACCHINI, 1993, p. 180). Em outras palavras, as cargas são mediações entre o processo de trabalho e o desgaste psicobiológico, ou seja, a penosidade implicada pelo trabalho ao sujeito trabalhador.

Rodrigues (1998, p. 11-12) enfoca o trabalho como algo importante e vital para o ser humano por dois motivos diferentes:

O fato do homem com seu trabalho não somente usufruir os recursos da

natureza, como também ser capaz de modificá-la, recria-la e também, destruí-la [...] e paradoxalmente, entretanto devido a própria especialização e fragmentação do trabalho, na sociedade moderna, o fato de trabalhar se tornou imprescindível para as pessoas, mais uma questão de sobrevivência e de condicionamento social.

Reporto-me novamente à Marx quando diz que o processo de trabalho pode ser entendido como um processo entre o homem e a natureza que, ao modificá-la, transforma-se a si mesmo (1985). E, é neste processo que se situam as cargas de trabalho, que de acordo com a forma em que elas interatuam com o trabalhador, poderão gerar sofrimento físico e/ou psíquico, ou ainda, desgastar as capacidades vitais do trabalhador. Isto pode ser observado nas visitas domiciliares e também na oficina, quando os trabalhadores observaram seus cartazes construídos a partir do seu processo de trabalho e de seu afastamento e identificaram as cargas a que eles estavam sendo submetidos.

As cargas de trabalho podem ser agrupadas, segundo sua natureza ou característica básica em cargas que tem materialidade externa e que se modificam na interação com o corpo, assumindo outra dimensão, caracterizando os efeitos psicogênicos das cargas como as físicas, químicas, biológicas e mecânicas, e aquelas que adquirem materialidade no próprio corpo e se expressam por meio dele, como as fisiológicas e psíquicas (LAURELL; NORIEGA, 1989; FACCHINI, 1993).

O trabalho, tão vital para o ser humano, encontra-se diferentes cargas de trabalho que ao interagirem com o corpo do trabalhador geram um processo de desgaste.

Foi possível observar que os trabalhadores estavam habituados à palavra "risco" e não à "cargas de trabalho". Com isso foi preciso uma breve explanação sobre o conceito então apresentado e o possível reconhecimento das mesmas no processo de trabalho de cada um. Ou seja, para cada processo de trabalho torna-se necessário identificar um perfil de cargas de trabalho que resultam em desgaste do trabalhador, o que referenda o pensamento de Fachini e Laurell e Noriega.

Facchini (1993, p. 180) comenta que a substituição do conceito de risco por carga de trabalho deve-se, entre outros motivos, aos vários significados:

Em medicina do trabalho e epidemiologia costuma-se usar a denominação "risco" tanto numa acepção de "fator de risco", ou seja, de identificar possíveis agentes ou substâncias capazes de determinar um efeito sobre a saúde, quanto numa perspectiva probabilística, ou seja, de estabelecer a probabilidade que determinado evento [...] venha a ocorrer.

Nos trabalhadores alvo deste estudo, que envolveu determinadas categorias profissionais, bem como em outras profissões, as LER/DORT tem se destacado como um problema a ser estudado, principalmente pelos profissionais da saúde do trabalhador. As LER/DORT, nesta categoria analítica, bem como o sofrimento psíquico/estresse, que também foi destacado pelos trabalhadores, serão discutidos como problemas de desgaste dos trabalhadores, problemas estes que tem sido evidenciados também na literatura.

As lesões por esforços repetitivos são um problema frustrante para os trabalhadores e para os profissionais envolvidos no seu tratamento. Não há conhecimento satisfatório dos mecanismos de geração e manutenção dos sintomas, que representa hoje um enorme custo econômico e psicossocial para o trabalhador, para o sistema de saúde e, conseqüentemente para a sociedade.

[...] eu comecei a sentir dores no joelho mais ou menos três meses depois que comecei a trabalhar, notei um inchaço nos joelhos, principalmente no esquerdo, ao final da tarde. Não procurei atendimento médico para não faltar ao trabalho... Há seis meses os ferros foram trocados por outros mais modernos, à vapor e mais pesados (Márcia).

Para o trabalhador, ser portador de LER/DORT, além das dores e dificuldades na execução de suas atividades, significa uma baixa na sua auto-estima, desânimo e ser objeto de discriminação por parte de seus colegas que não compreendem a gravidade do problema.

Observou-se, também, que a limitação influencia na vida familiar, como podemos observar nas falas a seguir:

Outra coisa que mudou muito foi que eu não consigo caminhar longas distâncias como antes, eu fico muito tempo sozinha, e não tenho quem me ajude (Márcia).

[...] no início era uma dor do tipo cansaço e dormência na mão direita, em novembro de 2001 procurei atendimento médico e desde então tomo remédios e faço fisioterapia (Vera).

As LER/DORT configuram-se em uma doença que explícita, metaforicamente, o grau de adoecimento das relações do trabalho de nossa época, no qual o culto à máquina consagra a desvalorização do trabalho humano. O trabalhador acometido por LER/DORT é visto como uma carga extra para o orçamento doméstico, tanto para os que se utilizam do Sistema Único de Saúde – SUS, como para os que recorrem aos planos de saúde da iniciativa privada, uma vez que o SUS não oferece cobertura para o tratamento proposto. Os custos do tratamento incluem os medicamentos que em alguns estágios requerem utilização mais prolongada, deslocamento até o serviço de atendimento e uso de terapias alternativas, como podemos observar no seguinte depoimento:

Os remédios estão cada vez mais caros, às vezes não tem no posto e então tenho que comprar! E aí falta para outras coisas. [...] Tenho que depender do meu filho para me levar na fisioterapia, não consigo caminhar distâncias longas (Márcia).

O sofrimento do trabalhador tem sua origem em dois fatores: o primeiro fator é por se tratar de uma doença quase sempre invisível e de difícil diagnóstico. Assim, muitos trabalhadores escondem seu problema. O outro fator é a limitação funcional, que impede o trabalhador de executar tarefas simples e em alguns casos limitam, até mesmo as suas atividades de vida diária, tornando-o dependente.

As LER/DORT configuram-se como uma doença que questiona paradigmas e práticas na área de saúde do trabalhador, mas, ao mesmo tempo, apresenta-se como uma peça arqueológica, pois, como demonstra Ribeiro (1997), a evolução histórica das

lesões ósteo-articulares, já referidas por Ramazzini no século XVIII, pode ser entendida à luz das sucessivas modificações do trabalho no decorrer da nossa história. Mostra Ribeiro (1997) que as condições e a organização do trabalho, bem como a base técnica empregada, hoje sustentada na informatização e automação, foram modificadas e, com elas, as diferenças de demanda de esforço e o crescimento das LER/DORT.

Mendes (1995) ressalta que o custo do trabalho humano foi, ao longo da história, elevando-se gradativamente, até atingir atualmente, elevados patamares, onde o trabalho físico está dando lugar ao trabalho mental, intelectual, cuja base repousa na educação, no aperfeiçoamento e em especializações, exigências da competitividade deste início de século.

Este custo se traduz concomitantemente pela existência do risco de acidentes e doenças ocupacionais no ambiente de trabalho, ou por aposentadorias por invalidez e que ocasionam perda da capacidade de trabalho total ou parcial.

A Previdência Social reconhece como agravo à saúde dos trabalhadores os acidentes de trabalho definidos pelo Decreto nº 611 de 21 de Julho de 1992 em seu Capítulo III. E, no artigo 139, como: “[...] aquele ocorre durante o exercício do trabalho que provoca lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução da capacidade para o trabalho permanente ou temporário” (BRASIL, 1992).

Outro problema apontado pelos trabalhadores e evidenciado no referencial bibliográfico refere-se ao estresse. A principal fonte de estresse nos processos modernos de trabalho pode ser localizada ao nível da organização e divisão do trabalho. Podemos, observar nas seguintes falas que o ritmo e a intensidade do trabalho desgastam psiquicamente os trabalhadores.

Eu trabalhava oito horas por dia, até mais quando tinha que fazer hora extra, cheguei a pregar setenta colarinhos de camisas em uma hora (Vera).

[...] pena que não dá para esquentar o cartaz, o ferro à vapor industrial é muito quente (Márcia).

[...] o supervisor cobrava muito de nós, o tempo todo nos pressionando para atingirmos a cota estipulada (Vera).

As organizações não são apenas lugares onde o trabalho é executado. São também lugares onde sonhos coexistem com pesadelos, onde os desejos e as aspirações podem encontrar espaço para realização, onde a excitação e o prazer da conquista convivem com a angústia e o fracasso (FREITAS; MOTTA, 2000). Os depoimentos acima apontam como o processo de trabalho, as cobranças, o ritmo intenso vão minando os sonhos do trabalhador, que não pode expressar sua criatividade, que não participa dos processos decisórios, que fica, muitas vezes, a mercê do que determinam as chefias imediatas. Desta forma, o trabalho enquanto espaço do sonho, do prazer, da realização, passa ser o lugar do simples fazer, do cumprir a atividade determinada, gerando estresse, desmotivação, cansaço físico e mental.

As repercussões do processo de trabalho sobre a saúde do trabalhador são derivadas tanto das condições de trabalho como da organização do trabalho segundo Dejours (1994). Enquanto as primeiras, dizem respeito às condições físicas, químicas e biológicas do ambiente de trabalho se refletem sobre o físico do trabalhador, aquelas que dizem respeito a divisão técnica e social do trabalho (hierarquia, controle, ritmo, estilo gerencial, entre outros) repercutem sobre sua saúde psíquica, causando-lhe sofrimento, doenças físicas e mentais.

Observa-se também, que a coerção exercida sobre os trabalhadores no interior das empresas também se expressa fora delas, pelos organismos sociais institucionalizados, por meio de um controle social que marginaliza os desempregados, os precariamente empregados, os incapacitados, os excluídos da chamada classe produtiva, subjulgando-os a condições de trabalho, mesmo com agravos a sua saúde (JACQUES, 2002).

Algumas empresas oferecem prêmios por produção, o que motivava as trabalhadoras a trabalharem além de sua capacidade física e mental. Por exemplo, percentual de bônus incorporado ao salário, uso de cronômetro para controlar a produção individual e aumento no vale-alimentação.

Não podia nem demorar no banheiro, quando não havia uma pilha de colarinhos para pregar eram as colegas te xingando porque nós não iríamos ganhar o prêmio ou atingir a meta (Vera).
[...] eu sempre cuidava de oito saídas de pó, mas aquele dia o supervisor

estava sempre no “nosso pé”. Eu não lembro como aconteceu aquele acidente, só me dei por conta quando senti a dor e vi o sangue (Marcos).

[...] minhas colegas sempre cobravam o “prêmio”, eu até nem ia ao banheiro para não me desentender com uma. Quando eu estava indo para casa sentia o meu braço dormente, chegava até a sonhar que eu não conseguiria terminar as camisas até o final do dia (Vera).

Em tempos de crescente automação e informatização, o reconhecimento pela produção não é mais creditado ao trabalhador, mas sim à máquina. Importante frisar que este processo não se dá apenas na relação capital-trabalho, ou das chefias para com o trabalhador, também está presente na relação que o trabalhador estabelece consigo mesmo. Não obtendo reconhecimento naquilo que faz, a obtenção do prazer e auto-realização fica comprometida.

Outro fator que deve ser citado é que o trabalho repetitivo solapa as possibilidades de criatividade e a rotina massacra as possibilidades e as necessidades de transformação do trabalhador.

Frente a este processo de desgaste, um novo modo de pensar a saúde do trabalhador passa necessariamente por reconhecer o processo produtivo, identificar as cargas de trabalho, buscando alterá-las, visando minimizar o processo de desgaste do trabalhador. Há que se ter em conta também, que este desgaste, que muitas vezes leva ao afastamento do trabalhador do processo produtivo, gera sentimentos de fracasso, de inutilidade, como veremos na categoria a seguir.

6.2 Sentimentos e significados do adoecimento/afastamento do trabalho

Considerando que o trabalho é um espaço de vida e também um dos elementos de reafirmação da existência social, chamou-me atenção os sentimentos, a subjetividade do trabalhador referente ao seu processo de desgaste, bem como o

significado de ficar afastado do trabalho.

Reporto-me ao que foi referenciado anteriormente por Marx (1985) quando afirmava que o trabalho consiste num modo diferenciado de intervenção sobre a natureza, pela definição de projetos, implementando-os, realizando produtos, para além de si mesmo e da natureza, isto é, recria a natureza. Assim sendo, o homem realiza, com o trabalho, um ato de recriação da natureza aliando, atualmente, a atividade de produção material, para responder a reprodução fisiobiológica (“*mundo da necessidade*”), e atividades que envolvem as dimensões sociais, culturais, artísticas, de lazer (“*mundo da liberdade*”).

Durante o desenvolvimento deste estudo pude perceber o valor do trabalho na vida dos sujeitos trabalhadores, manifestado pelo intenso desejo destes em retornar ao local de trabalho (em outra função, é claro, devido à sua limitação atual), mas ansiosos para produzir algo, visando sua satisfação pessoal e auto-realização, também pelas próprias relações que se estabelecem no trabalho. Pode-se perceber este desejo na fala a seguir:

[...] sinto falta dos meus colegas de trabalho. Em casa me sinto improdutiva (Vera).

Dejours (1994) ressalta que a doença corresponde, para o homem, à ideologia da vergonha de parar de trabalhar, onde todo estado anormal do corpo traz consigo a questão do trabalho ou do emprego. Desta maneira, o trabalho atravessa a vivência da doença, sendo vista a falta de trabalho como um sinónimo de doença. Nesse sentido, a situação de afastamento pode ser considerada como um forte agente estressor, porque, além das dificuldades financeiras, muito de sua auto-estima e autoconfiança estão relacionados às funções profissionais, de forma que esta situação acaba surtindo efeitos também sobre sua identidade pessoal.

Isto mostra que o trabalho é um importante fator para o desenvolvimento emocional, moral e cognitivo do sujeito, bem como para seu reconhecimento social. A falta dele, como em situações de afastamento do trabalho, desemprego ou aposentadoria pode significar para o trabalhador a perda do seu lugar no sistema

produtivo, a necessidade de reestruturação da sua identidade pessoal e de reorganização do espaço-temporal de sua vida (CHURCH, *apud* FIGUEIRAS; HIPPERT, 2002).

[...] as coisas aqui em casa estão difíceis, tem também o nenê para alimentar. Às vezes faço biscates, mas não consigo fazer de tudo devido às dores no braço (Marcos).

[...] é como se eu estivesse desempregada mesmo. Não consigo pensar em outra coisa, até levanto todos os dias a mesma hora devido ao costume de pegar o ônibus cedo para a fábrica (Vera).

Desde o momento em que ocorre afastamento do trabalho, a trajetória que o trabalhador percorre para que lhe sejam dispensados o devido atendimento e uma assistência digna é longa. São experiências que lhe causaram sentimentos de revolta, confusão e frustração.

Encontro-me nas idéias de Minayo (1993) e Boltanski (1989) que falam sobre a questão do saber e do poder médico como principal agente da prática e do conhecimento em torno do setor saúde e como um intelectual orgânico da classe dominante na construção da hegemonia neste setor. Essa forma de dominação existente está centrada sobre a concepção do modelo médico. Para todos os trabalhadores, a doença e a incapacidade de trabalhar significa a espoliação de sua única fonte de subsistência, que é o corpo e indica também um estado fundamentado em categorias estruturadas e legitimadas através do diagnóstico final do médico.

Segundo Minayo (1993, p. 186), “numa sociedade onde nos definimos e somos valorizados como produtores o sentimento de desintegração social e de subordinação à medicina marcam o corpo do doente da classe trabalhadora”.

Este sentimento de desvalorização pode ser identificado nas falas a seguir:

Um dia eu estava esperando a perícia e ouvi um médico falar que: “Esta gente que esta aí fora [...]. São todos um vagabundos que querem se “encostar” no INPS!” (Carlos).

[...] meu marido anda muito nervoso, acho que estas perícias estão deixando ele com depressão, se fosse comigo acho que só choraria (Moema).

Neste sentido, reporta-me ao que Sá coloca acerca da relação estabelecida entre os profissionais de saúde e os trabalhadores, apontando a banalização da dor e do sofrimento:

A crescente **'banalização' da dor e do sofrimento alheios** no setor da saúde se manifesta na apatia burocrática, no corporativismo e na omissão dos profissionais, na falta de ética, de respeito e de solidariedade na relação entre os profissionais de saúde e destes para com os usuários/pacientes. O clientelismo político, o fisiologismo e a corrupção também não poupam os serviços de saúde. O saldo deste processo não se traduz apenas em ineficiência, baixa produtividade, baixa cobertura e baixa qualidade dos serviços, mas, principalmente, em sofrimentos, seqüelas e mortes desnecessárias (SÁ, 2001, p. 154).

Há que se repensar, desta forma, o modelo de assistência prestado ao trabalhador, que muitas vezes o culpabiliza pelo seu processo de adoecimento.

Também torna-se “necessário entender o processo saúde-doença, não somente como um processo biológico, mas antes de tudo, como um processo social (LAURELL *apud* MENDES, 2002, p. 326)”. Exemplo disso está no conceito constitucional de saúde, que evidencia uma nova perspectiva da relação do homem com seu meio social, resultante das condições de alimentação, educação, salário, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer e liberdade de acesso à propriedade privada, à terra e acesso aos serviços de saúde (Constituição Federativa do Brasil, *apud* MENDES, 2002).

As alterações introduzidas na Constituição, não deixam dúvidas quanto ao fato de que, a saúde passou a ser entendida como direito do cidadão, devendo ser garantida pelo Estado a partir de medidas que possibilitem reduzir as cargas de trabalho e os agravos à saúde do trabalhador.

Em seus estudos, Matsuo (1998) relacionou diversos problemas de saúde que passaram acometer os acidentados em seu período de afastamento do trabalho, como depressão, incluindo tentativa de suicídio, alcoolismo e impotência sexual.

Para Laurell e Noriega (1989), é necessário considerar um aspecto que permeia todos os elementos do processo e da organização do trabalho, que é expresso nos confrontos e nas suas diferentes formas de expressão no cotidiano dos trabalhadores, assim como o entendimento de que essa relação entre saúde e adoecer deve ser feita

mediante a integração, cada vez mais complexa, dos elementos envolvidos neste processo, no marco de uma dinâmica que imprima uma nova qualidade ao conjunto. A dinâmica da produção, as condições de trabalho e o modo de vida continuam sendo fontes importantes para que se compreenda o processo de saúde, adoecimento e morte da população brasileira. Minayo (1993, p. 15) explicita essa articulação ao definir que:

[...] a saúde e a doença envolvem uma complexa interação entre aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e de atribuições de significados. Pois a saúde e doença exprimem agora e sempre uma relação que perpassa o corpo individual e social, confrontando com as turbulências do ser humano enquanto ser total.

Percebeu-se, também, através das falas, a sobrecarga emocional e o esforço que os familiares fazem para não demonstrarem a situação de incerteza e expectativa quanto ao destino de sua vida familiar e dos seus projetos de vida. Com o trabalhador, evidenciou-se uma ruptura na identidade construída ao longo do tempo, surgindo conflitos pessoais e interpessoais.

Dejours (1994) comentam em sua literatura que o que é explorado pela organização do trabalho não é o sofrimento, em si mesmo, mas principalmente os mecanismos de defesa utilizados contra esse sofrimento. Destaca que o sofrimento resulta da “robotização” do sujeito trabalhador, que expulsa o desejo do próprio sujeito.

A angústia de um dos trabalhadores (Carlos), que no momento estava afastado do trabalho por acidente e relata também dificuldades auditivas, era visível em seus olhos e em sua aparência física devido à incapacidade de realizar tarefas simples de “*homem da casa*”, como ilustrado na fala a seguir:

[...] não consigo cortar a lenha para fazer o fogo no fogão, minha esposa é que assumiu o meu lugar, até a parede da cozinha ela teve que levantar! Eu somente alcançava os tijolos com o outro braço, porque sentia muitas dores no outro (Carlos).

O homem deve ter uma formação para a vida, a ele deve ser permitida a

condição de construção de um projeto de vida, de buscar uma profissionalidade, portanto, uma capacidade de se inserir, de compreender o mundo e transformá-lo, pela capacitação para conceber novos processos e paradigmas, com a visão de desenvolvimento social, amparado por políticas públicas, com inserção nos movimentos sociais. Ou seja, aos Centros de Referência devem promover ações que permitam um processo integrado na sociedade, com visão interdisciplinar e cooperativa, compatível com cada acúmulo realizado, que crie consciência e propicie uma integração entre as pessoas que estão excluídas.

Este trabalhador aparentava cerca de cinquenta anos, mas possuía quarenta e dois, estava muito revoltado com as perícias médicas e com o descaso dos profissionais que o executavam. Isto nos faz pensar em como os trabalhadores sentem-se neste processo de busca de assistência, num ir e vir constante, sem muitas vezes ter seu problema resolvido.

Há de se destacar, ainda, as cobranças da família, que interferem também no processo de desgaste dos trabalhadores. A situação de afastamento pode modificar o papel desempenhado pelo trabalhador na família, onde esta situação, freqüentemente, é vista como desocupação, invalidez, acomodação e não como um afastamento temporário para tratar algo adquirido pelo próprio trabalho. A família, por outro lado, deposita expectativas inviáveis no trabalhador “adoecido” inviáveis, exigindo deste, atividades incompatíveis com sua limitação, como por exemplo, a realização de tarefas domésticas, entendidas como possíveis para alguém que “não trabalha”.

Eu quero até vender esta casa, além de ser muito grande para mim e meus dois filhos, me dá muita despesa e não consigo dar conta do serviço doméstico. Eu gosto de tudo bem limpo (Márcia).

A relação do sujeito com o trabalho ou com o lugar de trabalho tende a se tornar a principal referência dos indivíduos. As empresas assumem o papel de fornecedoras de identidade tanto social quanto individual (FREITAS; MOTTA, 2000), e na situação de afastamento o trabalhador perde suas referências pessoais.

A complexidade do sofrimento na condição de afastamento do trabalho nos

remete a refletirmos sobre as implicações advindas para a sua vida pessoal, profissional e familiar. Os questionamentos e angústias que emergem sobre suas limitações físicas se confrontam com a imagem de independência antes do agravo.

Estes sentimentos dos trabalhadores, tanto no que se refere ao descaso dos serviços de perícia, quanto à própria cobrança do trabalhador que se sente a margem do processo de produção, vinculado às cobranças familiares são aspectos a serem considerados na assistência à saúde do trabalhador.

O trabalho pode ser compreendido como um território ambivalente, uma vez que tanto pode dar origem a processos de alienação e mesmo de descompensação psíquica, como pode ser fonte de saúde e instrumento de emancipação (DEJOURS, 1999). Para que ele seja fonte de saúde, no entanto, há a necessidade do reconhecimento daquele que trabalha, sendo a atuação da enfermagem imprescindível, uma vez que neste reconhecimento reside a possibilidade de dar sentido ao sofrimento vivenciado pelos trabalhadores.

Em outras palavras, podemos dizer que o reconhecimento é condição indispensável no processo de mobilização subjetiva da inteligência e da personalidade no trabalho, desempenhando um papel fundamental na possibilidade de transformar o sofrimento em prazer.

6.4 Proposta de atuação da enfermagem no contexto da saúde do trabalhador

A reestruturação da assistência à saúde do trabalhador encontra-se em processo de implantação. O Ministério da Saúde, por meio da Portaria 3.908/98, estabelece procedimentos visando instrumentalizar os profissionais da saúde no que se refere às ações de saúde dos trabalhadores junto ao SUS, no qual estabelece os pressupostos básicos, dos quais destacam-se: a *universalidade e equidade*, onde todos os trabalhadores [...], com carteira assinada ou não, empregados, desempregados ou aposentados, trabalhadores em empresas públicas ou privadas, devem ter acesso

garantido a todos os níveis de atenção à saúde; *integralidade das ações*, tanto em termos de planejamento quanto da execução com um movimento constante em direção à mudança do modelo assistencial para a atenção integral, articulando ações individuais e curativas com ações coletivas de vigilância da saúde, uma vez que os agravos à saúde, advindos do trabalho, são essencialmente preveníveis; *controle social*, reconhecendo o direito a participação dos trabalhadores e suas entidades representativas em todas as etapas do processo de atenção à saúde, desde o planejamento e estabelecimento de prioridades, o controle permanente da aplicação dos recursos, a participação nas atividades de vigilância em saúde, até a avaliação das ações realizadas.

Neste contexto destaca-se, também, a política de saúde do trabalhador, a qual apresenta como pressupostos: *configuração da saúde do trabalhador como um conjunto de ações de vigilância e assistência*, visando à promoção, à proteção, à recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos advindos do processo de trabalho; instituição e operacionalização de um *sistema de referência* para o atendimento ao acidentado do trabalho e ao suspeito ou portador de doença profissional ou do trabalho, capaz de dar suporte técnico especializado para o estabelecimento da relação do agravo com o trabalho, a confirmação diagnóstica, o tratamento, a recuperação e a reabilitação da saúde, assim como para a realização dos encaminhamentos necessários que a situação exigir; *garantia do atendimento* ao acidentado do trabalho e ao suspeito ou portador de doença profissional ou do trabalho, por meio de rede própria ou contratada, dentro de seu nível de responsabilidade da atenção, assegurando todas as condições necessárias para o acesso aos serviços de referência, sempre que a situação exigir; definição, juntamente com os municípios, de *mecanismos de referência e contra-referência*, bem como outras medidas necessárias para assegurar o pleno desenvolvimento das ações de assistência e vigilância à saúde do trabalhador.

No entanto, observa-se ainda, significativa dificuldade de implantação de ações voltadas à saúde do trabalhador. Salienta-se que no país existem 80 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, com previsão para atingir 130 centros no ano de 2004, dados do Ministério da Saúde, os quais em algumas situações estabelecem ações

paralelas às unidades de saúde do SUS, não possibilitando mecanismos de referência e contra-referência, visando assegurar o desenvolvimento das ações de assistência e vigilância em saúde do trabalhador (Portaria GM/MS nº 2023 de 23 de setembro de 2004).

O trabalho realizado em nossa sociedade é determinado por complexo entrelaçamento de relações de poder, sociais, econômicas e políticas. Nesse momento de globalização e reestruturação produtiva, aumenta a necessidade de dar um passo na apreensão da realidade vivenciada pelos trabalhadores, não somente no ambiente de trabalho, mas também no seu cotidiano e na sua vida familiar.

Neste contexto, salienta-se que as ações ainda estão voltadas, principalmente, à vigilância epidemiológica, pautada nos pressupostos da medicina do trabalho. Pode-se observar esta situação nas ações dos profissionais a UMREST – Santa Cruz do Sul, que ainda centrava-se no atendimento de uma demanda encaminhada pelos sindicatos ou unidades básicas de atenção à saúde dos municípios da região, sem uma busca ativa, bem como uma atuação junto às empresas, no que se refere à discussão acerca do processo de trabalho e as cargas decorrentes deste que repercutem no desgaste do trabalhador.

Alguns indicativos precisam ser avaliados pela enfermagem no que concerne implementar ações visando a saúde dos trabalhadores, dos quais destaco:

- implementar uma proposta que se fundamente nos princípios do SUS e na política nacional de saúde do trabalhador;
- rever o processo de formação dos trabalhadores da área da saúde, visando uma assistência integral, e que considere o contexto político e social no qual trabalhador está inserido;
- buscar articulação entre diferentes serviços, visando a integralização dos mesmos, a referência e contra-referência;
- buscar articulação com as empresas, visando discutir os agravos à saúde dos trabalhadores, permitindo uma assistência que não esteja apenas preocupada na devolução do trabalhador ao processo produtivo;
- discutir com os trabalhadores acerca das cargas de trabalho e do processo

de desgaste nos diferentes processos produtivos, possibilitando ao trabalhador ser sujeito e ator deste processo;

- estar atento ao processo de desgaste também proporcionado pelo atendimento nos serviços de saúde, ou seja, com o descaso com que os trabalhadores são tratados;
- considerar, no atendimento às mulheres, a dupla/tripla jornada de trabalho,
as questões de gênero que estão presentes no seu processo de desgaste;
- buscar ações que possibilitem um processo reflexivo e educativo.

Do exposto acima, pode-se pensar que uma proposta de promoção de saúde do trabalhador tem que se fundamentar na complexidade de uma ordem sistêmica. Os fatores sistêmicos que envolvem os acidentes de trabalho compreendem múltiplas variáveis, tais como: técnicas de produção e de organização social do trabalho; dificuldades de adaptação cultural, como, por exemplo, do migrante quanto à mudança brusca de atividade e ao entendimento do novo espaço de trabalho, do percurso ou da moradia e das tecnologias desconhecidas; trânsito como gerador de acidentes; mudanças de ritmo na atividade desenvolvida e modificações na rotina escala por turno/interrupções para treinamento/fadiga (horas extras/longa distância entre trabalho e residência/excesso de ruído); alimentação inadequada; falta de opção de lazer e de atividades para ocupação do tempo livre; poluição ambiental; violência urbana. Esse amplo conjunto de fatores deve levar a que se evite o senso comum de remeter ao trabalhador a culpa pelo acidente (WÜNSCH FILHO, 1995).

Para se entender e intervir, portanto, sobre a saúde do trabalhador torna-se necessário combinar distintos enfoques, como a reestruturação produtiva na globalização da economia, as transformações urbanas, as mudanças organizacionais no trabalho, os fatores de risco industriais e ambientais e os aspectos da saúde psicofísica do trabalhador (FRANCO *apud* DIAS, 1995).

Neste contexto, os riscos e os desafios a serem enfrentados pelos trabalhadores e suas representações sindicatos, centrais e federações e pela sociedade têm suscitado

preocupação também entre produtores de estatísticas, pesquisadores, estudiosos e implementadores de políticas públicas, destacando-se, porém, que os problemas de saúde do trabalhador dificilmente poderão ser resolvidos por ações exclusivas do setor saúde.

Em relação à identificação das cargas de trabalho, somente será possível com a re-adequação das ações de vigilância em saúde nos ambientes de trabalho e prevenção de agravos.

Este somatório de fatores e a interação das cargas são também importantes na explicação dos acidentes. Na visão do capital, o acidente pode ser visto como o resultado de um ato inseguro do trabalhador, o que, na realidade, não explica a questão principal do somatório das cargas dentro de uma visão global do processo de trabalho.

Outra conceituação importante diz respeito à definição do desgaste, que pode ser considerado como a perda da capacidade efetiva e/ou potencial, biológica e psíquica não se referindo, necessariamente a processos irreversíveis. O desgaste tem a dificuldade de ser mostrado porque é, em sua maior parte, inespecífico, não se expressando, com clareza, através de elementos facilmente observáveis ou mensuráveis. O processo de desgaste é uma característica das coletividades e não, primariamente, dos indivíduos. O desgaste é encarado de duas maneiras distintas pelo capital e pelo trabalho. Para o primeiro é, na verdade, um problema de produção (a mais valia) e, para o segundo, um problema de vida.

É necessário lembrar que os profissionais devem considerar não apenas o ambiente de trabalho, mas as particularidades de cada trabalhador. As ações de vigilância têm como objetivo identificar situações de riscos de acidentes e agravos à saúde e promover melhorias nas condições de segurança e saúde no trabalho, através de visitas às empresas e notificação sobre mudanças a serem realizadas. Sugiro que os sindicatos possam se engajar em programas, juntamente com as Unidades Municipais de Referência em saúde do Trabalhador a fim de atingirem um número satisfatório de trabalhadores.

Saliento que não há transformação sem haver antes a participação das pessoas envolvidas com o processo de promoção à saúde, pois a construção deve ser coletiva e vivenciada por todos.

A realização de oficinas educativas-participativas promove uma prática educativa e preventiva, através da troca de conhecimentos acerca do processo de trabalho e suas repercussões nas vidas dos trabalhadores.

Acredita-se que parte das dificuldades relacionadas à implantação de políticas de saúde do trabalhador está vinculada à formação dos profissionais da área da saúde. Primeiro porque os currículos enfocam pouco este aspecto, segundo porque a formação ainda pauta-se no referencial biomédico, que fragmenta o trabalhador e não discute o seu processo de desgaste relacionado ao processo de trabalho. Desta forma, implantar uma política de saúde do trabalhador passa, necessariamente, pela revisão da formação dos profissionais da área da saúde.

É importante incorporar na política de saúde do trabalhador um olhar voltado para a questão do gênero.

Propõe-se que estes novos conceitos sejam assimilados nas análises que enfocam saúde e trabalho, em virtude de sua capacidade de trazer à tona problemas coletivos que permanecem ocultos quando as diferenças são negadas (BRITO, 2000).

Baseado em dados estatísticos relatados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2000 identifica-se que a População Economicamente Ativa (PEA) feminina brasileira tem se ampliado continuamente: 31%, em 1980, 36%, em 1991, e 44%, em 2000. No Estado de São Paulo, a taxa de participação das mulheres no mercado de trabalho cresceu de 47% para 51%, entre 1994 e 1998. Em geral, esse contingente apresenta-se em condições mais precárias que o dos homens, pois grande parcela está inserida em empregos domésticos, em tarefas de apoio e de execução. Dados da Pesquisa de Emprego e Desemprego (PED), na Região Metropolitana de São Paulo, mostram que, entre 2000 e 2001, houve redução de 6% no contingente de mulheres exercendo atividades de direção e planejamento. A mão-de-obra feminina continua recebendo rendimento inferior ao dos homens, mesmo quando desempenha função equivalente.

Em 1998, as mulheres ocupadas recebiam, em média, R\$ 712, valor 28% superior ao de 1994. Apesar do aumento, o rendimento médio feminino equivalia a 64% do masculino. As mulheres mantinham, em 1998, taxa de desemprego maior (20%) que a dos homens (14%). Além disso, as trabalhadoras ainda encontram-se

expostas aos velhos e, principalmente, aos novos riscos ocupacionais, como as atividades repetitivas e a dupla jornada/carga de trabalho, o que acarreta maiores riscos para sua saúde.

No mundo atual, com significativas transformações, há que se destacar a inserção da mulher no mercado de trabalho, gerando em sua maioria um processo de desgaste decorrente de jornadas de trabalho extenuantes, que se intensificam quando aliadas à jornada de trabalho no lar. Sentimentos relacionados à sobrecarga, bem como sensação de incapacidade, se alia às cobranças, quer da família, quer da própria mulher. No âmbito familiar, os distúrbios têm repercussão quando a mulher trabalhadora, além da impossibilidade de realizar suas tarefas profissionais, também fica impedida de realizar suas tarefas domésticas, experimentando uma sensação de incapacidade que poderá refletir no seu relacionamento conjugal e familiar como um todo.

[...] sinto falta dos meus colegas de trabalho. Em casa me sinto improdutiva (Vera).

[...] quando eu chegava em casa eu não vencia fazer meus afazeres domésticos, a casa “virou de cabeça para baixo” e meus filhos reclamavam muito (Márcia).

[...] meu marido começou a me xingar porque eu estava quebrando muita louça, mas eu não fazia por mal (Vera).

Aqui colocar que muitas vezes há uma falta de identidade pela ausência do trabalho ou por alterar o dia a dia.

A inserção social da mulher no mercado de trabalho, na estrutura de classes, no ambiente familiar ou nas relações cotidianas com os homens e com as próprias mulheres constitui um conjunto de aspectos imprescindíveis na determinação dos padrões de saúde feminino.

A evolução histórica da mulher trabalhadora reflete para si uma soma de papéis, acrescentando às atividades fora do lar às tarefas já pré-concebidas como “trabalho feminino”, como os afazeres domésticos, alimentação e educação dos filhos. A jornada

de trabalho feminina começa no lar, continua na empresa e termina em casa, são dois mundos que se complementam e se confundem.

A mulher trabalhadora e dona-de-casa enfrentam exigências desses múltiplos papéis e experimenta uma sobrecarga que repercute na saúde física, social e mental. Com o adoecimento da mulher, começam a surgir diversos problemas familiares, fazendo com que a vida cotidiana seja alterada e muitos serviços domésticos deixam de ser executados ou ficam a espera que algum outro membro da família venha a executá-lo.

[...] fico com pena da minha filha, acho que ela é novinha para ter que limpar a casa ou cuidar dos gêmeos, mas não tenho escolha e peço ajuda (Vera).

Avaliando os dados, principalmente os depoimentos, sobressaiu-se a questão de gênero enquanto categoria analítica, tendo em vista as suas múltiplas funções e responsabilidades destinadas à mulher, tanto na atividade laboral como na vida familiar.

[...] eu trabalho na seção de separação do fumo em folha, ele possui cores e isto influi no tipo e qualidade do cigarro, mais forte ou mais fraco, de alta ou baixa qualidade. Nesta atividade só trabalham mulheres. O fumo (em folha) vem por uma esteira e então lado a lado, nós trabalhadoras, separamos em vermelho, branco, escuro e verde. Temos que ser rápidas porque o supervisor “está em cima”, quando separamos mais uma cor do que outra ele bota a boca e diz para separamos por igual. Tem momentos que já não sei mais o que é verde ou escuro, de tanto que temos que ter atenção. As vistas ficam cansadas (Moema).

[...] a mulher fez este serviço de separação do fumo melhor que o homem, vai ver porque somos mais detalhistas (Moema).

Alguns autores afirmam que as doenças associadas ao trabalho da mulher caracterizam-se por serem do tipo insidioso, muitas vezes inespecíficas. Associam-se também as funções repetitivas e que exigem cadência elevada e postura estática desempenhadas por mulheres nas indústrias e que se intensificam com a introdução de

novas formas de organização do trabalho. O conjunto de lesões osteoarticulares, as quais atingem geralmente dedos, punhos, antebraço, cotovelos/ombros, pescoço e regiões escapulares: resultantes de desgaste musculares, articulares e neurológicos são decorrentes deste processo específico do trabalho feminino. Observa-se que a incidência dessas lesões está relacionada com fatores etiológicos (exigências físicas e mentais do trabalho), a fatores agravantes, como forma de organização do trabalho (horas de trabalho e ritmo), insuficiência de repouso e relaxamento, importante no caso das mulheres, tendo em vista a alternância do trabalho assalariado, doméstico e certas pré-disposições individuais como: idade, força muscular, habilidade e estado geral de saúde (ONO *et al.*, *apud* BRITO, 2000).

Há também, uma inversão de papéis, quando a mulher se vê obrigada a ser arrimo de família, quando o marido adoece.

Aqui em casa, quem toma conta das meninas é o pai, e quando ele não está elas ficam sozinhas. Fico um pouco preocupada, mas nós precisamos comer e eu tenho que trabalhar, mesmo que seja somente no período da safra de fumo (Moema).

Observa-se desta forma, a inversão de papéis na família, quando ocorre o afastamento do trabalho, e “o homem da casa”, agora passa a desempenhar atividades da vida doméstica e a mulher passa a ser o arrimo da família. A sua sobrecarga aumenta não só pela dupla jornada, mas porque aumentam as cobranças, além da mulher, em muitos casos, ainda dar um suporte psicológico ao homem/marido que se encontra afastado do trabalho. Há, portanto, uma ruptura na trajetória de vida familiar, tornando-se necessário a reorganização dos papéis para a manutenção da vida familiar. Como se pode observar, vários são os aspectos a serem considerados quando se pensa em estruturar um serviço de saúde do trabalhador, que vai além do cuidar e restabelecer a saúde deste indivíduo que procura os serviços de saúde. Esta atuação é complexa e multifacetária, envolvendo a articulação dos serviços de saúde e o mundo do trabalho.

A atuação do enfermeiro na área de saúde do trabalhador deve visar algumas mudanças em sua forma de agir, iniciando pelo reconhecimento das cargas de trabalho a que estão expostos os trabalhadores, a fim de minimizar o processo de desgaste. Há que se trabalhar em prol da promoção da saúde, com ações de cunho educativo, preventivo e de recuperação do trabalhador.

Deve-se pensar em uma proposta de promoção de saúde do trabalhador que se fundamente na complexidade de uma ordem sistêmica. Os fatores sistêmicos que envolvem as situações de afastamento do trabalho sejam por doenças relacionadas ao processo ou por acidentes, englobam múltiplas variáveis, tais como: técnicas de produção e de organização social do trabalho; dificuldades de adaptação cultural, como, por exemplo, do migrante quanto à mudança brusca de atividade e ao entendimento do novo espaço de trabalho, do percurso ou da moradia e das tecnologias desconhecidas; trânsito como gerador de acidentes; mudanças de ritmo nas atividades desenvolvidas e modificações na rotina escalam por turno/interrupções para treinamento/fadiga (horas extras/longa distância entre trabalho e residência/excesso de ruído); alimentação inadequada; falta de opção de lazer e de atividades para ocupação do tempo livre; poluição ambiental; violência urbana. Esse amplo conjunto de fatores deve levar a que se evite o senso comum de remeter ao trabalhador a culpa pelo acidente (WÜNCH FILHO, *apud* SILVA; BARRETO JÚNIOR; 2003).

Os autores também concordam que as compreensões dessas especificidades devem estar contidas na elaboração de políticas e programas de saúde do trabalhador, desde o nível nacional até o local, observadas as novas bases de relação entre os entes federados, em que à União compete estabelecer as normas gerais, que podem ser suplementadas por Estados e municípios, no que couber, e a estes compete a execução de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos trabalhadores.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desejo de desenvolver e implementar esta proposta exigiu percorrer uma trajetória de muitas leituras e reflexões, possibilitou também o convívio com trabalhadores no seu contexto familiar compartilhando experiências, discutindo expectativas e percepções individuais, bem como coletivas. Trata-se de uma caminhada inspirada por pressupostos pessoais e respaldado no referencial teórico de Paulo Freire e em um Marco Conceitual.

Durante a disciplina de Prática assistencial tive o propósito de desenvolver um processo participativo que possibilitasse aos trabalhadores uma nova compreensão sobre os efeitos dos agravos a saúde a partir da problematização de suas experiências, indo ao encontro da modalidade de pesquisa que escolhi que era foi a Convergente Assistencial (TRENTINI; PAIM, 1999). Este tipo de pesquisa possibilitou-me uma estreita relação com a situação atual dos trabalhadores envolvidos, além da possibilidade de conhecer um serviço até então nunca vivenciado por mim que foi a UMREST e o contato com os profissionais da mesma.

A pesquisa convergente assistencial permite introduzir inovações na situação social dos envolvidos remetendo à melhoria do contexto social pesquisado, envolvendo ativamente os sujeitos pesquisados no processo. De acordo com as idéias das autoras este tipo de pesquisa é conduzida para descobrir realidades, resolver problemas ou introduzir inovações em situações específicas, em determinado contexto da prática assistencial.

Para Freire (1996b) a mudança de percepção que se dá a partir da problematização de uma realidade concreta, no entrelaçamento de suas contradições, implicando em um novo enfrentamento do homem com sua realidade.

Neste estudo, o primeiro ponto de reflexão foi o próprio trabalhador em situação de afastamento por acidente de trabalho ou por LER/DORT. Percebeu-se a dificuldade relatada por eles sobre o entendimento de toda a trajetória percorrida no

INSS. Na verdade, esta trajetória reflete o poder centrado nas instituições e em determinados profissionais e a sua capacidade de tomar decisões, principalmente, o profissional médico, como foi salientado pelos próprios trabalhadores, de decidir e direcionar suas vidas, como acontece por ocasião da perícia médica. Há que se repensar, desta forma, o modelo de assistência prestado ao trabalhador, que muitas vezes o culpabiliza pelo seu processo de adoecimento.

Observou-se, também, que a limitação influencia na vida familiar e contribui no processo de desgaste. A situação de afastamento pode modificar o papel desempenhado pelo trabalhador na família, onde esta situação, freqüentemente, é vista como desocupação, invalidez, acomodação e não como um afastamento temporário para tratar algo adquirido pelo próprio trabalho.

Destacou-se também, o papel da mulher no processo produtivo, gerando em sua maioria um processo de desgaste decorrente de jornadas de trabalho extenuantes, que se intensificam quando aliadas à jornada de trabalho no lar, gerando sentimentos relacionados à sobrecarga, e as cobranças, quer da família, quer da própria mulher. No âmbito familiar, os agravos têm repercussão quando a mulher trabalhadora, além da impossibilidade de realizar suas tarefas profissionais, também fica impedida de realizar suas tarefas domésticas, experimentando uma sensação de incapacidade que poderá refletir no seu relacionamento conjugal e familiar como um todo. Tornando-se necessário, repensar o papel da mulher dentro dos cenários trabalhista e uma maior discussão de gênero na política nacional de formação e debate sobre a valorização e profissionalização do trabalho exercido pelas mulheres brasileiras. Além disso, as trabalhadoras ainda encontram-se expostas aos velhos e, principalmente, aos novos riscos ocupacionais, como as atividades repetitivas e a dupla jornada/carga de trabalho, o que acarreta maiores riscos para sua saúde.

A aplicação do Marco Conceitual exigiu um constante ir e vir, uma avaliação contínua no sentido de visualizá-lo durante minha trajetória. Assim, a experiência vivenciada foi gratificante e enriquecedora a partir do momento em que pude expor e compartilhar idéias e sugestões com o grupo de trabalhadores. Acredito que a participação neste estudo também foi muito significativa na vida dos trabalhadores, pois foi possível oportunizar o diálogo, muitas reflexões e discussões acerca dos

momentos exaustivos em relação ao afastamento do trabalho. Saliento ainda que a oficina educativa-participativa oportunizou um momento de construção e descontração, onde foi possível aproveitar as situações naturais que se apresentaram.

As minhas limitações pessoais, aliadas a um imaturo “*afobamento*” só fizeram tornar o início desta construção difícil e desgastante. Um turbilhão de idéias emergiu, fruto de uma caminhada de construção e desconstrução. A orientação e o aprofundamento da pesquisa bibliográfica iluminaram os caminhos e permitiram concretizar um rumo mais tranqüilo e promissor para o estudo.

Há que se salientar que a partir do estudo realizado pude vislumbrar o papel de relevância que o enfermeiro assume na política de saúde do trabalhador, um papel que envolve o cuidar e o educar, sendo um espaço de reflexão e ação dos profissionais de enfermagem. Assumir este papel e consolidar este espaço de atuação da enfermagem é um desafio aos profissionais que se engendram na atuação na área de saúde do trabalhador, um desafio também porque é mais um espaço de atuação para a enfermagem, no sentido de consolidá-la enquanto profissão que atua junto aos trabalhadores, visando a sua saúde e a sua cidadania.

Espero que este conjunto de conhecimentos e experiências venha contribuir como possibilidades para uma maior autonomia e reconhecimento da profissão, que busca a relação com o todo na promoção, manutenção, recuperação e reabilitação do sujeito trabalhador. Aliado a essa intenção, o papel que desempenho como docente desta universidade, vinculada aos interesses da comunidade regional, constitui-se, também, em um fator importante na continuidade desta investigação e na formação dos acadêmicos de enfermagem, com uma nova visão do processo saúde-doença.

Além disto, espero que este estudo possa vir a colaborar como uma das possibilidades concretas para reverter à crise e o caos que atingem a saúde em nosso país, vislumbrando para um futuro próximo, a criação de Centros de Reabilitação para trabalhadores para retornar ao trabalho em condições de direito à vida e ao viver com qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Gisele Beatriz de Oliveira. **Contribuições da ergonomia ao estudo da LER em trabalhadores de restaurante universitário**. Florianópolis, 1995. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Curso de Pós-Graduação em Engenharia de Produção – Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.

ARAÚJO, Mariza. F. de *et al.* **Qualidade de vida do trabalhador: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas**. Florianópolis: Ed. do Autor, 1999.

BARBOSA, A. **Riscos ocupacionais em hospitais: um desafio aos profissionais da área de saúde ocupacional**. 1989. 126f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

BORDENAVE, J. E. D. **O que é participação**. 8. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. 84 p.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Consolidação das leis trabalhistas (CLT)**, Título II, Capítulo V, estabelecida pela Lei nº 6514 de 22 de dezembro de 1977 e se estende do artigo 154 ao 201, 1988.

BRASIL. Regulamento da Previdência Social. Decreto n. 611, de 21 de julho de 1992. **Lex**. Disponível em: <http://www.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1992/611_1.htm>. Acesso em: 20 mar 2004.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196/96 sobre pesquisa em seres humanos. **Revista de Bioética**, n. 4, p. 15-25, 1996.

_____. Regulamento da Previdência Social. Decreto n. 3.048, de 06/05/1999. **Lex**. Disponível em: <<http://www.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1999/3048.htm>>. Acesso em: 20 mar 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**, Representação no Brasil da OPAS/OMS. Organizado por Elizabeth da Costa Dias; colaboradores Idelberto Muniz de Almeida *et al.* Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério do Trabalho. Disponível em: <<http://www.tem.gov.br>>. Acesso em: 23 dez 2003.

BRITO, J. C. de; PORTO, M. F. S. **Processo de trabalho, riscos e cargas à saúde**. Apostila desenvolvida para o curso de Especialização em Saúde do trabalhador e ecologia humana, 1991. p. 17 e 23.

CAPELLA, Beatriz B. Eduschi. **Uma abordagem sócio-humanista para um “modo de**

fazer” o trabalho de enfermagem. Pelotas: Universitária/ UFPEL; Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ UFSC, 1998.

CARNEIRO, Cristina Miranda. Perfil Social da LER. In: OLIVEIRA, Chrysóstomo Rocha de *et al.* **Manual Prático de LER.** 2. ed. Belo Horizonte: Healt, 1998.

CEPAIST SES/RS. **Coordenadoria da Política de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador do Estado do Rio Grande do Sul.** Porto Alegre, 2000.

CODO, Wanderley; ALMEIDA, Celeste C. G. (orgs). **L.E.R. diagnóstico, tratamento e prevenção:** uma abordagem interdisciplinar. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

CODO, W.; SENNE, W. A. **O que é corpo (latria).** 29. ed. São Paulo: Brasiliense, 1995.

COLETA, J. A. D. **Acidentes do trabalho.** São Paulo: Atlas, 1991. 35 p.

COUTO, H. **Ergonomia aplicada ao trabalho.** Belo Horizonte: Ergo, 1995. 29 p.

DEJOURS, Christophe *et al.* **Psicodinâmica do trabalho.** São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho:** estudo da psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. **A banalização da injustiça social.** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

DEMO, Pedro. **Educação e qualidade.** 3. ed. Campinas: Papyrus, 1996.

DIAS, E. C. O manejo dos agravos à saúde relacionados com o trabalho. In: MENDES, R. **Patologia do trabalho.** Rio de Janeiro: Atheneu, 1995. p. 59-85.

FACCHINI, L. A. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado a saúde do trabalhador. In: ROCHA, L. E. *et al.* **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil.** São Paulo: Vozes, 1993. p. 178-185.

FIGUEIRAS, Júlio César; HIPPERT, Maria Isabel. Estresse: possibilidades e limites. In: CODO, Wanderley; JACQUES, Maria da Graça (orgs.) **Saúde mental & trabalho:** leituras. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 112-129.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade.** 22. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996a. 42 p.

_____. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996b. 184 p.

_____. **Pedagogia da esperança:** um reencontro com a pedagogia do oprimido. 5. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1998. 42 p.

_____. **Pedagogia do oprimido.** 22. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999. 184 p.

FREITAS, Maria Éster de; MOTTA, Fernando Prestes. **Vida psíquica e organização**. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Demográfico 2000**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo2000/default.shtm>>. Acesso em: 05 fev. 2002.

GELBCKE, Francine. Política de saúde do trabalhador: limites e possibilidades. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 11, n. 1, p. 66-85, jan./abr. 2002.

JACQUES, Maria da Graça. “doença dos Nervos”: uma expressão da relação entre saúde/doença mental. *In*: CODO, Wanderley; JACQUES, Maria da Graça (orgs.) **Saúde mental & trabalho: leituras**. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 98-111.

KRUG, Suzane Beatriz Frantz. **A condição de acidentado grave do trabalho no município de Santa Cruz do Sul-RS**: um estudo das trajetórias de vida após o evento. Santa Cruz do Sul: UNISC. 2000, 200p. Dissertação (Mestrado do Curso de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional) - Universidade de Santa Cruz do Sul, 2000.

LAURELL, Asa Cristina; NORIEGA, Mariano. **Processo de produção e saúde**: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989.

MACHADO, J. M. H.; MINAYO, G. C. **Acidentes de trabalho**: concepções e dados. *In*: MINAYO, M. C. S. (org.). **Os muitos Brasis**: saúde e população na década de oitenta. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1995. p. 117-142.

MARX, Karl. **O capital**: crítica da economia política. 10. ed. São Paulo: Difel, 1985. v.1.

MASUR, Jandira. **O frio pode ser quente?** 16. ed. São Paulo: Ática, 1999. 32 p.

MATSUO, Myrian. **Acidentado do trabalho**: reabilitação ou exclusão? Brasília: Ministério do Trabalho - Fundacentro, 1998.

MAURO, M. Y. C. Perspectivas da enfermagem do trabalho frente ao contexto atual da saúde no País. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 18, p. 55-63, 1990.

MENDES, Jussara Maria Rosa. O acidente e a morte no trabalho: o verso e o anverso de uma história de construção social de sua invisibilidade. *In*: CODO, Wanderley; JACQUES, Maria da Graça (orgs.) **Saúde mental & trabalho: leituras**. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 325-341.

MENDES, R.; DIAS, E. C. **Saúde dos trabalhadores**. *In*: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 431-458.

MENDES, René. **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1985.

_____. **A atualidade de Ramazzini 300 anos depois**. Disponível em: <<http://www.saudeetrabalho.com.br/textos-miscelânea-6.htm>>. Acesso em: 23 mar. 2004.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador.

Rev. Saúde Públ., São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.

MINAYO GOMEZ, Carlos; COSTA, Sonia Maria da Fonseca Thedim. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 13 (Supl. 2), p. 21-32, 1997.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1993.

NICOLETTI, Sérgio José; COUTO, Hudson de Araújo. **Como gerenciar a questão das L.E.R/D.O.R.T.:** Lesões de esforços repetitivos e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. (s.n.t.), 1996.

NOGUEIRA, M. J. C. Níveis de prevenção em enfermagem do trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 11, p. 57-61, 1983.

NUNES, Everardo Duarte. As ciências sociais em saúde no Brasil e na América Latina. *In:* SPÍNOLA, Aracy Witt de Pinho *et al.* (coords). **Pesquisa Social em Saúde**, São Paulo: Cortez, 1992. p. 75-84.

PIRES, Denise. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil.** São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social. CUT, Annablume, 1998.

RAMOS, Flávia Regina de Souza *et al.* **Para pensar o cotidiano:** educação em saúde e a práxis da enfermagem. Florianópolis: UFSC, 1999.

RAMOS, Flávia Regina de Souza. Bases para uma re-significação do trabalho de enfermagem junto @o adolescente. *In:* **ADOLESCER:** compreender, atuar, acolher. Projeto Acolher/Associação Brasileira de Enfermagem. Brasília: ABEn, 2001.

RIBEIRO, Herval Pina. Lesões por Esforços Repetitivos (LER): uma doença emblemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13 (Supl. 2), p. 85-93, 1997.

RIGOTTO, R. M. Investigando saúde e trabalho. *In:* ROCHA, L. E. *et al.* (Org.). **Isto é trabalho de gente? vida, doença e trabalho no Brasil.** São Paulo: Vozes, 1993.

ROCHA, Lys Esther *et al.* (org.). **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993.

RODRIGUES, Marcus V. V. **Qualidade de vida no trabalho.** 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

SÁ, Marilene de Castilho. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. **Ciência & saúde coletiva.** V. 6, n. 1. 2001, p. 151-164.

SAMICO, Armando H. R; MENEZES, José Dílson V. de; SILVA, Moacyr da. **Aspectos éticos e legais do exercício da odontologia.** 2. ed. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Odontologia, 1994.

SILVA, Alcione L.; ARRUDA-NEVES. Referências com base em diferentes paradigmas: problema ou solução para a prática de enfermagem. **Revista Texto e Contexto – Enfermagem**, UFSC, v. 2, n. 1. p. 82-92, jan./jun. 1993.

SILVA, M. A. D.; MARCHI, R. de. **Saúde e qualidade de vida no trabalho**. São Paulo: Best Seller, 1997.

SILVA, Zilda Pereira da; BARRETO JÚNIOR, Irineu Francisco; SANT’ANA, Maria do Carmo. Saúde do trabalhador no âmbito municipal. **São Paulo Perspec.**, v. 17, n. 1, p. 47-57, jan./mar. 2003. ISSN 0102-8839.

SILVA, V. E. F. **O desgaste do trabalhador de enfermagem: estudo da relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador**. 1996. 289f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1999. 162 p.

ULBRICHT, Cláudia. **Considerações ergonômicas sobre atividade do cirurgião dentista: um enfoque sobre LER/DORT**. Florianópolis, 2000. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Curso de Pós-graduação em Engenharia de Produção – Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

WÜNSCH FILHO, Victor et al. Trabalho industrial e câncer de pulmão. **Rev. Saúde Pública**, v. 29, n.3, jun. 1995. p.166-176.

WISNER, Alain. **Por dentro do trabalho, ergonomia: método e técnicas**. São Paulo: Oboré/FTD, 1988.

ANEXO

Anexo A

Unidade Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador

Santa Cruz do Sul

ANAMNESE OCUPACIONAL

UMREST

Unidade Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador – Santa Cruz do Sul

ANAMNESE OCUPACIONAL

PRONTUÁRIO: _____ RINA: _____
DATA: _____

NOME: _____ Nome da mãe: _____ CPF/RG: _____ Lugar de Nascimento: _____ Data Nasc.: ___/___/___ Est. Civil: _____ Cor: _____ Sexo: _____ Idade: _____ Escolaridade: ___N – não alfabetizado ___P – 1. grau ___S – 2. grau ___T – 3. grau ___I – ignorado End.: _____ Bairro: _____ CEP: _____ Fone: _____
--

ENCAMINHADO POR: () Sindicato _____ () Vigilância () Rede Pública
() Rede Privada () DRT () Empresa () Urbano
() Outro: _____

SITUAÇÃO OCUPACIONAL: () Carteira Assinada () Func. Público () Rural
() Desempregado () Demissionário () Urbano
() Autônomo () Informal

SINDICATO: _____

EMPRESA: _____

END. EMPRESA: _____

CGC: _____ **FONE:** _____ **FAX:** _____

RAMO DE ATIVIDADE: _____ **GRAU DE RISCO:** _____

FUNÇÃO: _____

MEDIDAS PREVIDENCIÁRIAS

Houve emissão da CAT: () Sim () Não () Indicada () Ignorado

Quem emitiu: _____ CAT N.: _____

Houve encaminhamento para perícia do INSS: () Sim () Não

Afastamento do trabalho:

() Não () Atestado médico () Auxílio doença () Acidente do trabalho () Aposentadoria por invalidez

() Outros: _____

INFORMAÇÕES EM SAÚDE NA EMPRESA/INSTITUIÇÃO

A empresa possui:

() CIPA () Técnico Segurança do Trabalho () Médico do trabalho

- SESMT
- Ambulatório
- Conduta para exames admissionais, periódicos e demissionais
- Cursos e treinamentos sobre saúde no trabalho
- outros casos de adoecimentos de trabalhadores

MOTIVO DA CONSULTA

HISTÓRIA ATUAL DA DOENÇA

HISTÓRIA OCUPACIONAL ATUAL

Setor: _____ Turno: _____ Jornada: _____ Extra: _____

Admissão: _____ Tempo de atividade na ocupação atual: _____

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

RISCO(S) A QUE ESTÁ SUBMETIDO(A) NO TRABALHO

- Ruído
- Calor
- Frio
- Produtos Químicos
- Vibração
- Monotonia
- Poesias
- Risco de AT
- Ag. Biológicos
- Posição estática inadequada
- Desgaste Psíquico
- Ritmo Intenso
- Mov. Repetitivos
- Esforço físico e de impulsão
- Trabalho noturno ou em turnos

Outro: _____

INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA ATIVIDADE

- Manual
- Esteira rolante
- Equipamentos eletrônicos
- Maquinários
- Ferramentas manuais
- Ferramentas vibratórias

POSTO DE TRABALHO

O posto de trabalho se caracteriza como: individualizado Coletivo
Ajustabilidade ergonômica: Sim Não
Espaço para realizar os movimentos: Sim Não
Postura assumida durante a atividade ocupacional: em pé sentada caminhando

MEDIDAS DE PROTEÇÃO

O(A) trabalhador(a) tem acesso aos EPIs: Sim Não
O EPI está bem adaptado ao trabalhador: Sim Não
O trabalhador faz uso do EPI: sempre às vezes raramente
A empresa oferece treinamento/conscientização sobre o uso do EPI: Sim Não

Quais:

máscara avental cinto de segurança mangas de proteção
 botas luvas aparelho de isolamento trava-queda
 óculos capacetes creme protetor protetor facial
 perneiras cadeira suspensa jaquetas capas
 protetor auricular

A empresa oferece equipamento de proteção coletiva no setor: Sim Não

PROCESSO DE TRABALHO

Conhece o processo de trabalho: Sim Não
Trabalha sob controle: Sim Não
De quem: _____
Participa do planejamento da produção: Sim Não
Tem possibilidade de ascensão: Sim Não
Pausas: Almoço Lanche Prescritas Rodízio de função
Salário: Fixo por hora por produtividade misto
As idas ao banheiro são regulamentadas: Sim Não
Em seu trabalho há: Exigência de produção Prêmios por produtividade

EXERCE OUTRA ATIVIDADE OCUPACIONAL Sim Não

Qual: _____

ANTECEDENTES OCUPACIONAIS

EMPRESA	FUNÇÃO	TEMPO	RISCOS/PROBLEMAS

Obs.: _____

SUSPEITA(S) DE DOENÇA(S) LIGADA(S) AO TRABALHO

- PAIR
 Dermatose
 Intoxicação: _____
 Outra: _____
- LER/DORT
 Sofrimento Mental
- Seqüela AT

OUTRAS DOENÇAS

- Cardiovascular
 Psíquica
 Endócrina
 Genito-urinária
- Respiratória
 Hematológica
 Digestiva
 Outras: _____
- Neurológica
 Ap. Locomotor
 Órgãos sentidos

ATIVIDADE(S) FORA DO LOCAL DE TRABALHO

- Lavar roupas
 Passar roupas
 Cozinhar
 Leitura
- Cuidar dos filhos
 Tricotar
 Costurar
 Outras: _____
- Jogar bola, tênis, peteca
 Cuidar do jardim
 Passeios com familiares e amigos

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA ___/___/___

CONDUTA DA ENFERMAGEM ___/___/___

EXAME FÍSICO (resumido) ___/___/___

RESULTADO DE EXAMES

DIAGNÓSTICO(S)

PARECER MÉDICO ___ / ___ / ___

Enfermeira do Trabalho

Psicóloga do Trabalho

Médica do Trabalho

APÊNDICE

Apêndice A

Consentimento Livre e Esclarecido – CLE

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM - MESTRADO
UNIDADE MUNICIPAL DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar das atividades que irei desenvolver na UMREST (Unidade Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador) do município de Santa Cruz do Sul nos meses de _____ de 2002.

Estas atividades farão parte do desenvolvimento de uma prática assistencial que me proponho a realizar com os trabalhadores que buscam atendimento na UMREST, baseada/ fundamentada no referencial da Saúde do Trabalhador, visando promover um processo reflexivo que instrumentalize o trabalhador no seu reposicionamento frente às cargas de trabalho vivenciadas. Este trabalho faz parte de meu processo de formação a nível de pós-graduação (Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina), sendo orientado pela Profª Drª Flávia Regina Souza Ramos.

O estudo será realizado em três momentos, sendo a primeira etapa desenvolvida na consulta de enfermagem, onde serão registrados (gravados) seus depoimentos, a segunda etapa se caracteriza pela realização de visitas domiciliares (podendo ou não ser utilizado o gravador) e a terceira etapa pela realização de uma oficina educativa com um grupo de trabalhadores.

Será garantido o sigilo de seu nome e qualquer outro dado que o(a) identifique, bem como sua total liberdade para desistir de participar do estudo a qualquer momento, sem prejuízo de seus direitos como usuário dos atendimentos feito pela UMREST.

Sua participação poderá contribuir na construção de um trabalho mais prazeroso e motivador para enfermeiros atuantes na área de saúde do trabalhador, assim como para melhor assistência aos usuários do serviço.

Desde já agradeço sua colaboração e me coloco a disposição para qualquer novo esclarecimento. Se julgar necessário, você poderá entrar em contato comigo pelos telefones: (0xx55 2261180 ou 0xx55 91081757).

Cristiane Patrícia Azevedo Tatsch
COREn/RS 72263

Enfermeira Docente do Curso de Enfermagem
da Universidade de Santa Cruz do Sul

Após leitura e entendimento do presente termo, eu _____, abaixo assinado, declaro meu consentimento para participar como sujeito deste estudo. Declaro ainda, que estou ciente de seus objetivos e método, inclusive o uso de gravador e fotografias, desde que não me identifiquem, bem como de meu direito de desistir a qualquer momento.

Nome: _____

Assinatura _____