**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**
Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem

Danielle Costa Carvalho Bartoly

# Trabalho noturno em unidades fechadas: estudo com trabalhadores de enfermagem num hospital público

Rio de Janeiro
2013

Danielle Costa Carvalho Bartoly

# Trabalho noturno em unidades fechadas: estudo com trabalhadores de enfermagem num hospital público

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.ª Dra. Maria Yvone Chaves Mauro

Rio de Janeiro

2013

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

B292 Bartoly, Danielle Costa Carvalho.
Trabalho noturno em unidades fechadas : estudo com trabalhadores de enfermagem num hospital público / Danielle Costa Carvalho Bartoly. - 2013.
142 f.

Orientadora: Maria Yvone Chaves Mauro.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Trabalho noturno – Aspectos da saúde. 2. Equipe de enfermagem. 3. Trabalho e saúde. 4. Unidades hospitalares – Aspectos da saúde. 5. Unidades hospitalares – Aspectos da saúde. I. Mauro, Maria Yvone Chaves. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

_____ _____

Assinatura Data

Danielle Costa Carvalho Bartoly

**Trabalho noturno em unidades fechadas: estudo com trabalhadores de enfermagem num hospital público**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 27 de fevereiro de 2013.

Banca Examinadora:

_____

Prof.ª Dra. Maria Yvone Chaves Mauro (Orientadora)

Faculdade de Enfermagem – UERJ

_____

Prof. Dr. Sergio Corrêa Marques

Faculdade de Enfermagem – UERJ

_____

Prof.ª Dra. Maria Lucia do Carmo Cruz Robazzi

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Rio de Janeiro

2013

## DEDICATÓRIA

Ao meu esposo Flavio, amor da minha vida, por ter permanecido ao meu lado, incentivando-me a percorrer este caminho, ter compartilhado angústias e dúvidas e ter sempre acreditado no meu potencial. À minha amada vó Lia por ter sido sempre meu exemplo de vida, minha eterna guerreira. Aos meus queridos pais, por todo apoio, toda compreensão em minhas ausências e por todo incentivo nos momentos mais difíceis.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida e a possibilidade de evolução neste caminho terreno, propiciando tantas oportunidades e por colocar em minha história pessoas preciosas.

À minha amada família, por ser sempre meu alicerce e porque sem eles não chegaria a lugar algum. Mãe querida, minha luz, obrigada por sempre ter dito: “não desista” após trinta e seis horas de trabalho assistencial ininterrupto e quase que sem possibilidade de discernimento.

À minha orientadora, muito mais que uma professora, uma grande amiga, um exemplo de vida! Meu agradecimento carinhoso por todos os momentos de acolhimento, paciência, compreensão e competência. Meu muito obrigado do fundo do coração por todo o incentivo, por todas as palavras sábias e por todo o apoio sempre.

Às amigas Thatiana Arruda, Gisele Cabral, Beatriz Campos, Kátia Calegaro, Claudia Luíza e Sabrina Seibert, que foram incansáveis com palavras de encorajamento e amor.

Aos meus sogros, pela compreensão nas minhas ausências em datas festivas e nos almoços de domingo e por todo apoio.

Às amigas de graduação Ana Luísa Durante, Alessandra Mota e Robertta Mendonça que mesmo seguindo caminhos diversos, sempre se fizeram presentes com lembranças e gestos de carinho.

Às companheiras de plantão: Juliana Nassif, Valesca Carvalho, Elaine Maia, Daniele Lima, Luciana Ranauro, Thaíssa Santos e Rejane Eleuterio, por todas as trocas de última hora, por toda a ajuda nos momentos de emergência, por todas as palavras carinhosas nas madrugadas de trabalho mais difíceis.

À Thais, minha dupla querida neste mestrado, um presente divino na minha vida! Amiga, meu muito obrigado por absolutamente tudo! Sem você eu dificilmente chegaria a este lugar tão sonhado.

Aos Professores Dra. Maria Lucia do Carmo Cruz Robazzi e Dr. Sérgio Correa Marques, meu agradecimento pelas relevantes contribuições ao estudo e por toda presteza e colaboração.

Às Professoras Dra. Regina Célia Gollner Zeitoune e Dra. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza pelas contribuições na construção deste trabalho.

A todos os participantes desta pesquisa, profissionais de enfermagem das unidades fechadas do serviço noturno, obrigado pela disposição em ajudar, embora, muitas vezes assoberbados com o cuidar, foram solícitos ao desenvolvimento deste estudo.

Ao Programa de Pós-Graduação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), representado pelo Prof. Dr. Otávio Muniz da Costa Vargens e a todos os professores que fizeram parte deste caminhar.

Aos funcionários da Faculdade de Enfermagem da UERJ, da secretaria do mestrado, em especial a Fabíola, pela colaboração e atendimento prestativo.

Enfim, a todos aqueles que, de uma maneira ou de outra, contribuíram para que este percurso pudesse ser concluído.

O valor das coisas não está no tempo em que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.

*Fernando Pessoa*

**RESUMO**

BARTOLY, Danielle Costa Carvalho. **Trabalho noturno em unidades fechadas**: estudo com trabalhadores de enfermagem num hospital público. 2013. 142f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

Esta pesquisa tem como objetivo geral avaliar as situações que envolvem o trabalho noturno em unidades fechadas, sob a percepção dos profissionais de enfermagem de um hospital público. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, utilizando um questionário semiestruturado com perguntas fechadas. O instrumento abrange as condições de trabalho, as condições de saúde, o ambiente de trabalho, as relações com os colegas e com a chefia, a motivação e a percepção do profissional de enfermagem no que se refere à valorização profissional que a sociedade e os outros profissionais atribuem ao seu trabalho. Foi utilizada uma população amostral de noventa sujeitos distribuídos em quatro clínicas fechadas. Os dados foram analisados através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Os resultados permitiram estabelecer uma relação desses dados com a atuação dos profissionais no que se refere à satisfação na execução dos procedimentos. Os trabalhadores de enfermagem do serviço noturno em unidades fechadas são representados, majoritariamente, por mulheres entre 41 e 50 anos de idade, casadas e com filhos sob sua guarda, 60% apresentam dois vínculos empregatícios com carga horária de trabalho superior a 60 horas semanais, encontram-se satisfeitas por atuarem em unidades fechadas e insatisfeitas com o serviço noturno, apresentando-se, portanto, estressadas e desmotivadas, com ganho de peso e índice elevado de afastamento por motivo de saúde. Os resultados apontam, ainda, que 90% dos participantes nunca receberam incentivos para a realização de cursos de atualização, 63,3% expressaram insatisfação com o dimensionamento de pessoal, o que se traduz em sobrecarga de atividades para os profissionais. Mais de 50% dos participantes da pesquisa sentem-se desvalorizados profissionalmente perante a sociedade e encontram-se insatisfeitos com os salários e benefícios oferecidos pela instituição. No que se refere à exposição a riscos, 86,6% dos profissionais se declararam “insatisfeitos” e “muito insatisfeitos” com os riscos ergonômicos. Já os riscos químicos, biológicos, psicossociais e mecânicos apresentaram 50% de índice de insatisfação, seguido pelos riscos físicos com 40%. Os dados desse estudo levam a concluir que existe uma grande complexidade de fatores, cuja interação interfere direta e indiretamente na qualidade do desempenho profissional de enfermagem e contribui para a falta de segurança e insatisfação no trabalho noturno.

Palavras-chave: Trabalho noturno. Equipe de enfermagem. Unidades fechadas.

**ABSTRACT**

This research aims to evaluate situations involving night work in closed units, under the perception of nursing workers in a public hospital. This is a descriptive study, using a semi-structured questionnaire with closed questions. This instrument is mainly about the working conditions, mental health conditions, working environment, relationships with colleagues and with the leadership, motivation and perception of nursing staff in relation to the valuation that society and others professionals attach to their work. There was used a population sample of ninety subjects divided into four closed clinics. Data were analyzed using Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). The results allowed to establish a relation between such data and the satisfaction of professional sin the execution of procedures.The nursing workers night service on closed units are represented mostly by women, between 41and 50years old, married with children under their care, 60% have two employment contracts with work hours exceeding 60 hours per week, are satisfied by acting in closed units and dissatisfied with the night service, presenting there for stressed and unmotivated, with weight gain and high rate of absence due to health reasons. The results also indicate that 90% of participants never receive incentives for conducting refresher courses, 63.3% expressed dissatisfaction with the dimension in staff, which consequently means over load of activities for professionals. Over 50%of respondents feel professionally devalued by the society and are dissatisfied with the wages and benefits offered by the institution. With regard to risk exposure, 86.6% of professionals said they were "dissatisfied" or "very dissatisfied" with the ergonomic risks; the chemical, biological, psychosocial and mechanical risks presented 50% of dissatisfaction, followed by physical risks with 40%. The data from this research lead to the conclusion that there is an extraordinary complexity of aspects, whose interaction, affect directly and indirectly the quality of professional nursing performance and contributes to a lack of safety and dissatisfaction at nursing night work.

Keywords: Night work. Nursing team. Closed units.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES


Quadro 1 – Distribuição do quantitativo de profissionais de enfermagem por categoria profissional, nos setores fechados e no serviço noturno, com descrição do número de leitos, de um hospital público localizado no município do Rio de Janeiro - RJ - 2012 ..... 56

Gráfico 1 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem que atuam em unidade fechada, no serviço noturno, segundo o nível de motivação no emprego atual, em um hospital público no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012 ..... 87

Gráfico 2 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo o índice de satisfação quanto à segurança pessoal da exposição aos riscos químicos, no serviço noturno, em unidades fechadas, em um hospital público no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012 ... 95

Gráfico 3 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo o índice de satisfação quanto à segurança pessoal da exposição aos riscos físicos, no serviço noturno, em unidades fechadas, em um hospital público no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012 ..... 97

Gráfico 4 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo o índice de satisfação quanto à segurança pessoal da exposição aos riscos biológicos**,** no serviço noturno, em unidades fechadas, em um hospital público no Município do Rio de Janeiro - RJ- 2012 ..... 98

Gráfico 5 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo o índice de satisfação quanto à segurança pessoal da exposição aos riscos mecânicos, no serviço noturno, em unidades fechadas, em um hospital público no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012 ... 99

Gráfico 6 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo o índice de satisfação quanto à segurança pessoal da exposição aos riscos ergonômicos, no serviço noturno, em unidades fechadas, em um hospital público no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012 ..... 100

Gráfico 7 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo o índice de satisfação quanto à segurança pessoal da exposição aos riscos psicossociais, no serviço noturno, em unidades fechadas, em um hospital público no Município do Rio de Janeiro – RJ – 2012..... 102

Gráfico 8 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo o nível de estresse percebido pelos mesmos, no serviço noturno, em unidades fechadas, em um hospital público no Município do Rio de Janeiro – RJ – 2012 ..... 107

## LISTA DE TABELAS


Tabela 1 – Categoria profissional dos trabalhadores de enfermagem das unidades fechadas no serviço noturno de um hospital público, no Município do Rio de Janeiro – RJ – 2012 ..... 61

Tabela 2 – Distribuição de profissionais de enfermagem por setor de atuação, em unidades fechadas, no serviço noturno, em um hospital público, no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012 ..... 62

Tabela 3 – Distribuição de profissionais de enfermagem segundo a faixa etária e sexo em unidades fechadas, no serviço noturno, em um hospital público, no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012 ..... 63

Tabela 4 – Distribuição de profissionais de enfermagem por situação conjugal e guarda de filhos, que atuam em unidades fechadas, no serviço noturno, em um hospital público, no Município do Rio de Janeiro - RJ - 2012 ..... 64

Tabela 5 - Distribuição pelo tempo de formação dos profissionais de enfermagem que atuam nas unidades fechadas, no serviço noturno em um hospital público, no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012 ..... 65

Tabela 6 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem de acordo com o cruzamento das variáveis números de vínculos empregatícios e carga horária semanal em todos os vínculos existentes, dos trabalhadores de enfermagem, em Unidade fechada,no serviço noturno, em um Hospital público no Município do Rio de Janeiro - RJ - 2012 ..... 66

Tabela 7 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem de acordo com o tempo de atuação, em um Hospital público no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012 ..... 67

Tabela 8 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem de acordo com o tempo de atuação em unidade fechada, em um Hospital público no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012 ..... 67

Tabela 9 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem de acordo com o tempo de atuação no serviço noturno, em um Hospital público no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012 ..... 68
Tabela 10 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem de acordo com o cruzamento das variáveis idade e tempo de atuação no serviço noturno, em um Hospital público no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012 ..... 69
Tabela 11 - Distribuição dos trabalhadores segundo o nível de formação no que se refere à Pós-Graduação, em Unidade fechada, no serviço noturno, em um Hospital público no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012 ..... 69
Tabela 12 - Distribuição de trabalhadores de enfermagem segundo o cruzamento das variáveis satisfação e motivo de atuação em unidade fechada, no serviço noturno, em um Hospital público no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012 ..... 71
Tabela 13- Distribuição de trabalhadores de enfermagem segundo o cruzamento das variáveis satisfação e motivo de atuação no serviço noturno, em um Hospital público no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012 ..... 73
Tabela 14 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a percepção de autonomia no trabalho, em Unidade fechada, no serviço noturno, em um Hospital público no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012 ..... 74
Tabela 15 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo o índice de satisfação da interação com os membros da equipe de trabalho, em unidade fechada, no serviço noturno, em um Hospital público no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012 .... 78
Tabela 16 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo o índice de satisfação com as determinações da chefia, em unidade fechada, no serviço noturno, em um Hospital público no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012 ..... 79

Tabela 17 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo o índice de satisfação com a percepção da valorização profissional perante a sociedade, em unidade fechada, no serviço noturno, em um Hospital público no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012 ..... 80

Tabela 18 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem que atuam em unidade fechada, no serviço noturno, segundo o índice de satisfação com a percepção das normas organizacionais, recursos oferecidos pela instituição e valorização dos superiores no desenvolvimento do trabalho, de um Hospital público, no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012 ..... 82

Tabela 19 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem que atuam em unidade fechada, no serviço noturno segundo o nível de satisfação com o cruzamento das variáveis salário e benefícios oferecidos pela instituição, em um Hospital público, no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012 ..... 83

Tabela 20 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem que atuam em unidade fechada, no serviço noturno, segundo o local e média de horas de descanso, obrigação de “dobra” de plantão e escala de sobreaviso, em um Hospital público, no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012 ..... 85

Tabela 21 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem que atuam em unidade fechada, no serviço noturno, segundo a realização de cursos de atualização e redução de carga por parte da instituição para este fim, em um Hospital público, no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012 ..... 89

Tabela 22 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem conforme a satisfação com o dimensionamento da equipe e com o número de pacientes por profissional, em unidade fechada, no serviço noturno de um Hospital público no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012 ..... 91

Tabela 23 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo os afastamentos por problemas de saúde adquiridos neste trabalho, em unidade fechada, no serviço noturno, em um Hospital público no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012 ..... 106

Tabela 24 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo o uso de medicações e ganho de peso, em unidade fechada, no serviço noturno, em um Hospital público no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012 ..... 109

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---|---|
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| CC | Centro Cirúrgico |
| CCIH | Comissão de Controle de Infecção Hospitalar |
| CEP | Comitê de Ética e Pesquisa |
| CIPA | Comissão Interna de Prevenção de Acidentes |
| CLT | Consolidação das Leis do Trabalho |
| COFEN | Conselho Federal de Enfermagem |
| COREN-RJ | Conselho Regional de Enfermagem do estado do Rio de Janeiro |
| CTI | Centro de Terapia Intensiva |
| DORT | Doenças Osteoarticulares Relacionadas ao Trabalho |
| EPI | Equipamento de Proteção Individual |
| LER | Lesão por Esforço Repetitivo |
| NR | Norma Regulamentadora |
| OIT | Organização Internacional do Trabalho |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| PNSST | Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador |
| PPRA | Programa de Prevenção de Riscos Ambientais |
| PPRO | Programa de Prevenção de Riscos Ocupacionais |
| QVT | Qualidade de Vida no Trabalho |
| RDC | Resolução da Diretoria Colegiada |
| REPAT-USP | Rede Eletrônica de Prevenção de Acidentes de Trabalho – Universidade de São Paulo |
| SCP | Sistema de Classificação de Pacientes |
| SESMT | Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho |
| SISNEP | Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos |
| SPSS | *Statistical Package for the Social Sciences* |
| SRH | Superintendência de Recursos Humanos |

| | |
|---|---|
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| TPB | Treinamento Profissional Bolsista |
| UERJ | Universidade do Estado do Rio de Janeiro |

**SUMÁRIO**


| | | |
|---|---|---|
| | **INTRODUÇÃO** ..... | 19 |
| 1 | **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA** ..... | 27 |
| 1.1 | **O trabalho de enfermagem: história e contemporaneidade** ..... | 27 |
| 1.2 | **Satisfação e Insatisfação no trabalho** ..... | 30 |
| 1.3 | **Trabalho noturno, sono e saúde** ..... | 34 |
| 1.4 | **Condições de trabalho** ..... | 39 |
| 1.5 | **Exposição aos riscos** ..... | 46 |
| 1.6 | **Unidades fechadas** ..... | 51 |
| 2 | **MATERIAIS E MÉTODOS** ..... | 53 |
| 2.1 | **Tipo de estudo** ..... | 53 |
| 2.2 | **Local do estudo** ..... | 54 |
| 2.3 | **População**..... | 55 |
| 2.4 | **Técnica de coleta de dados** ..... | 57 |
| 2.5 | **Tratamento e análise dos dados** ..... | 58 |
| 2.6 | **Aspectos éticos** ..... | 58 |
| 3 | **APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS** .... | 60 |
| 3.1 | **Características Individuais dos trabalhadores de enfermagem** ..... | 60 |
| 3.2 | **Satisfação de atuação no serviço noturno e em unidades fechadas** ..... | 71 |
| 3.3 | **Índice de satisfação quanto a interferências da organização na atuação profissional** ..... | 74 |
| 3.4 | **Índice de satisfação no que se refere a segurança pessoal em relação à exposição a riscos** ..... | 93 |
| 3.5 | **Interferência do serviço noturno em unidades fechadas na saúde dos trabalhadores de enfermagem** ..... | 105 |
| 4 | **CONCLUSÕES** ..... | 112 |
| 5 | **RECOMENDAÇÕES** ..... | 114 |
| | **REFERENCIAS** ..... | 116 |
| | **APÊNDICE A -** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ..... | 133 |

**APÊNDICE B -** Questionário sobre a percepção do trabalhador acerca da aplicabilidade dos instrumentos ..... 134
**ANEXO A -** Carta de aprovação do CEP SR-2/UERJ ..... 135
**ANEXO B -** Questionário semiestruturado dividido em três partes ... 136
**ANEXO C** - Carta de autorização institucional ..... 142

## INTRODUÇÃO

A enfermagem profissional no mundo emergiu a partir das bases científicas propostas por Florence Nightingale (1820-1910), enfermeira considerada fundadora da Enfermagem moderna mundial, com maior projeção a partir de sua participação como voluntária na Guerra da Criméia. Florence estabeleceu a seguinte definição sobre enfermagem:

> A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, como a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes, poder-se-ia dizer, a mais bela das Belas Artes (NIGTHINGALE, 1946, p. 6).

A enfermagem contemporânea desenvolve diversos tipos de atividades, conceitos e capacitação relacionados às ciências da saúde, social e outras áreas. Com o avanço técnico-científico que ocorreu no mundo, a enfermagem tornou-se uma profissão regulamentada por lei específica desde 1986 no Brasil. A lei número 7.498, dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem em todo território nacional e dá outras providências, e define como profissionais de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 2012).

Potter (2002) ressalta que a enfermagem como profissão é única, na medida em que se dedica humanista e holisticamente às reações dos pacientes e de suas famílias, frente aos problemas de saúde reais e potenciais.

Nos tempos atuais, a enfermagem passou a ser compreendida como ciência; tal fato deve-se ao esforço dos enfermeiros que atuam nas academias, ao empenho dos profissionais que assistem os pacientes e aos crescentes números de pesquisas e publicações. Os maiores beneficiados são os usuários do sistema de saúde e os trabalhadores que atuam diretamente na assistência, visto que, cada vez mais desenvolvem suas atividades com autonomia e profissionalismo, condições, impensáveis, quando a enfermagem não era reconhecida como profissão, mas sim como obra de caridade, com atuação subserviente sob supervisão direta do médico.

Cabe mencionar a Lei nº 2604, de 17 de setembro de 1955, que em seu Art.9º estabelece ao Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, órgão integrante do Departamento Nacional de Saúde, fiscalizar, tudo que se relacione com o exercício da enfermagem em todo o território nacional, diretamente ou por intermédio das repartições sanitárias correspondentes nos Estados e Territórios. Este cenário modificou-se apenas em 12 de julho de 1973, por meio da Lei 5.905 que dispôs sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem, e deu outras providências.

No que se refere ao trabalho, vale ressaltar a sua influência positiva na vida do ser humano, trabalho como fonte de felicidade, de satisfação e bem-estar, que são concepções aceitas por Freud. O autor afirma que o trabalho, quando livremente escolhido, gera prazer e satisfação, vivência que tem sido frustrada em decorrência da realidade imposta ao homem. Grande parte dos trabalhadores atua, apenas, por necessidade de sobrevivência, não conseguindo ver em suas atividades laborais alguma possibilidade de felicidade (FREUD, 1930).

De acordo com Tamayo (2004), o homem é um ser trabalhador e o seu vínculo com o trabalho é inevitável. O autor em questão pontua que o homem usa o trabalho para se expressar e afirmar-se de forma psicossocial e, através dele, realiza projetos e sonhos. Dessa forma, contribui com a sociedade.

Moraes (2002, p. 11-12) refere-se ao 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, recriá-la e também, infelizmente destruí-la... e paradoxalmente, entretanto devido à própria especialização e fragmentação do trabalho, na sociedade moderna, o fato de trabalhar se tornou imprescindível para as pessoas, mais por uma questão de sobrevivência e de condicionamento social. Além disso, hoje em dia, o trabalho ocupa o vazio existencial e o social na vida das pessoas, passando a ser uma forma de sublimar necessidades frustradas, derivando daí à sensação de que não podemos viver sem ele.

A atuação da equipe de enfermagem tem a finalidade precípua de cuidar, ou seja, depreende-se que a função do profissional é dedicar-se ao usuário, procurando assim realizar o seu trabalho sob diversos aspectos, buscando operacionalizar uma assistência holística, abrangendo as áreas social, técnico-científico e psicológica. Para que o profissional possa realizar a assistência com qualidade, é fundamental que suas condições de trabalho sejam no mínimo satisfatórias, nas quais se incluem os aspectos pessoais, institucionais, ambientais

e de organização laboral, que asseguram melhores situações para que esta categoria esteja minimamente exposta aos agentes estressores.

Os enfermeiros e os demais membros da equipe de enfermagem exercem suas atividades principalmente em escalas de plantões, ou seja, em turnos que incluem os finais de semana, horários noturnos e feriados.

No que se refere à compensação financeira, de acordo com a legislação Brasileira, expresso na Constituição Federal (BRASIL, 1988) em seu artigo 7º, inciso IX: são direitos dos trabalhadores, além de outros, remuneração do trabalho noturno superior à do diurno. Considera-se noturno, nas atividades urbanas, o trabalho realizado entre as 22h00min de um dia às 5h00min do dia seguinte. A hora normal tem a duração de 60 (sessenta) minutos e a hora noturna, por disposição legal, nas atividades urbanas, é computada como sendo de 52 (cinquenta e dois) minutos e 30 (trinta) segundos (CAMPANHOLE, 1994). Cada hora noturna sofre a redução de 7 minutos e 30 segundos ou ainda 12,5% sobre o valor da hora diurna. No trabalho noturno também deve haver o intervalo para repouso ou alimentação, sendo:

a) jornada de trabalho de até 4 horas: sem intervalo;
b) jornada de trabalho superior a 4 horas e não excedente a 6 horas: intervalo de 15 minutos;
c) jornada de trabalho excedente a 6 horas: intervalo de no mínimo 1 (uma) hora e no máximo 2 (duas) horas.

A hora noturna, nas atividades urbanas, deve ser paga com um acréscimo de no mínimo 20% (vinte por cento) sobre o valor da hora diurna, exceto em condições mais benéficas previstas em acordo, convenção coletiva ou sentença normativa (BRASIL, 1978).

Considerando os padrões legais e científicos sobre o trabalho noturno, o presente estudo tem por finalidade identificar a realidade do trabalhador de enfermagem assistencial, exclusivamente no serviço noturno, no contexto das condições/situações do trabalho. Serão avaliadas as características pessoais, institucionais e da organização do processo de trabalho, além de importantes aspectos como: carga horária de trabalho, necessidade de outros vínculos empregatícios, salários, horário e local de descanso, carga de trabalho profissional, dentre outros.

Cabe enfatizar que o duplo ou triplo vínculo tornou-se uma realidade no cotidiano dos profissionais de enfermagem que, na tentativa de aumentar a renda, devido aos baixos salários, submetem-se a jornadas excessivas em detrimento da qualidade de vida (ARAÚJO, AQUINO; MENEZES, 2003).

Diante da importância da equipe de enfermagem no cenário hospitalar e da pouca valorização atribuída a esta classe, pretendeu-se estudar as condições de trabalho percebidas pelos profissionais no exercício das suas funções em Unidades Fechadas, exclusivamente no serviço noturno. Pressupôs-se que as condições atuais são prejudiciais para o desempenho profissional com qualidade, tendo como consequência, deficiências no atendimento aos usuários enfermos, e profissionais insatisfeitos e expostos a problemas de saúde de ordem física e psíquica.

Silva et al. (2006) afirmam que, historicamente, a enfermagem tem vivenciado modificações com relação ao seu processo de trabalho. São encontradas situações de falta de planejamento operacional das atividades rotineiras, ocasionando cansaço, sobrecarga e desgaste, devido muitas vezes a longas jornadas de trabalho.

O interesse dedicado a este estudo deveu-se às experiências vividas em minha trajetória profissional, a qual possibilitou observar condições de trabalho inadequadas, sobrecarga de atividades e desvalorização dos profissionais de enfermagem.

As funções das equipes de enfermagem que atuam em unidades fechadas envolvem mais do que o Processo de Enfermagem, que incluem a escuta, o exame físico, a execução de tratamento, a orientação aos doentes, a agilidade e o raciocínio rápido, além da necessidade de manter a tranquilidade na execução das ações.

Pode-se perceber empiricamente, que o acelerado ritmo de trabalho, muitas vezes, faz com que os profissionais de enfermagem não atendam as suas próprias necessidades humanas básicas, como alimentação, eliminações, sono e repouso, principalmente no serviço noturno, o que tende a produzir repercussões negativas para a saúde e para a qualidade da assistência prestada.

Minha experiência profissional sempre esteve voltada a assistência direta aos clientes. Iniciou-se em 2007, com o exercício da enfermagem em Unidade Fechada de um Hospital Privado, concomitante ao curso de residência em um hospital federal do Município do Rio de Janeiro. Durante todos os anos, ocupei

cargos em hospitais públicos e privados de grande e médio porte, onde pude exercer funções de coordenação dos serviços de enfermagem nos diversos setores especializados, dentre eles, as unidades fechadas. Na minha primeira experiência profissional, pude perceber as dificuldades enfrentadas pelas equipes de enfermagem, tanto em relação ao processo de trabalho de enfermagem e sua organização, como em situações de trabalho advindas das condições oferecidas pelos empregadores, como trabalho noturno sem garantia de local de descanso, dentre outros aspectos.

É importante ressaltar que meu interesse acadêmico acerca das questões levantadas, relacionadas às situações de trabalho da equipe de Enfermagem, do setor de Unidade Fechada, decorre de minha própria vivência neste contexto.

Atualmente trabalho em uma emergência, no serviço noturno de um hospital federal de grande porte, com altos padrões de serviços de saúde no Município do Rio de Janeiro, bem como participo ativamente de fiscalizações promovidas pelo Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro. Reconheci a importância de ouvir os trabalhadores no que se refere às condições de trabalho, associando a qualidade de vida no trabalho, com o objetivo de refletir e sugerir melhorias à organização e particularmente à direção de enfermagem.

Para a justificativa do estudo tornou-se importante identificar os fatores que levam à expressiva insatisfação dos profissionais de enfermagem no que se refere às condições de trabalho no serviço noturno oferecidas pelas instituições hospitalares, em especial as organizações privadas. Destaca-se também o reduzido número de publicações que abordem esta temática em unidades privadas, portanto torna-se importante trazer à tona tal reflexão. As instituições em questão sofrem, em sua maioria, com a ausência de comitês de ética e pesquisa e os gestores dificultam, ao máximo, a realização de estudos como estes em seus hospitais.

Contudo, apesar das diferenças nas condições de trabalho oferecidas aos trabalhadores nas instituições públicas e privadas, ambas apresentam problemas, como por exemplo, aquelas relacionadas ao ambiente físico, à falta de insumos, de local para descanso, equipamentos ergonomicamente desfavoráveis, dentre outros.

O descaso por parte dos empregadores ou chefia em relação às condições oferecidas aos trabalhadores, assim como o nível elevado de alienação dos mesmos, torna-se importante fator para que os problemas permaneçam sem

solução, resultando em implicações graves na assistência de enfermagem, tendo como vítimas tanto o usuário do sistema de saúde, como o próprio trabalhador, que pode ter sua saúde comprometida ou agravada pelo trabalho.

Vale ressaltar que, apesar de todo avanço tecnológico e da atuação fiscalizatória do Ministério do Trabalho e Sindicato dos Profissionais de enfermagem de nível médio e superior, ainda convivemos, na atualidade, com pouca ação real na prática para minimizar esta situação, o que se traduz como uma dívida social para com o trabalhador de enfermagem.

Tornou-se uma realidade a “escravização” dos profissionais de enfermagem, sendo que o Código de ética, que respalda a atuação profissional, muitas vezes acaba sendo utilizado contra os mesmos. Atualmente, muitas instituições obrigam a dobra de plantão sob a justificativa de que o profissional não deve descontinuar a assistência, configurando-se como crime, estando o trabalhador sujeito a responder processo ético e sofrer sanções previstas, entre elas a cassação do registro que garante sua atuação como profissional legalmente habilitado.

Considerando esta problemática, elaborou-se o seguinte questionamento: “A situação de trabalho de enfermagem poderá ser causa de problemas que reduzam a saúde do trabalhador de enfermagem, com prejuízo para a qualidade da assistência prestada?”.

A relevância do estudo baseia-se na possibilidade de dar visibilidade ao profissional de enfermagem, que labora nos setores fechados no período noturno, considerando as condições e situações que os mesmos estão inseridos, buscando-se resgatar os trabalhadores de um processo de “alienação”, muitas vezes submetidos pela organização. O estudo visa propor adequações, tendo como objetivo sensibilizar os gestores a proverem melhores condições de trabalho, sob a perspectiva de que profissionais satisfeitos geram lucro, o que favorece a organização, levando a excelência no cuidar e satisfação dos usuários. Existe uma necessidade de se refletir sobre o ritmo de trabalho comumente acelerado, as jornadas prolongadas, que levam o trabalhador a perder o domínio da sua qualidade de vida pessoal e do próprio trabalho, com repercussão em sua saúde.

Os trabalhadores deixam de serem sujeitos de suas próprias vidas e adaptam-se às condições oferecidas; o trabalho passa a ser prioridade e a relação trabalho-homem não se configura mais de forma saudável, harmoniosa ou respeitosa, tornando-se algo desumano.

Diante do exposto, esta pesquisa possui a proposta de evidenciar, para os trabalhadores de enfermagem e empregadores, o conhecimento acerca da relação saúde e trabalho, condições e o ambiente onde ela ocorre. O estudo tem a pretensão de contribuir para que os empregadores e profissionais de enfermagem conscientizem-se do risco desta relação quando as condições de trabalho não são satisfatórias. Esta pesquisa poderá servir de termômetro para identificação da satisfação do profissional com o emprego e com a profissão.

O estudo aborda as relações entre condutas, comportamentos, vivências de sofrimento e de prazer, a organização do trabalho e as relações sociais de trabalho, além de identificar a motivação dos trabalhadores de enfermagem no exercício de suas funções em Unidades fechadas no serviço noturno.

A partir dos resultados encontrados, os trabalhadores de enfermagem poderão conhecer mais profundamente a relação existente entre as condições de trabalho e sua satisfação profissional. Da mesma forma, espera-se que os resultados sirvam de incentivo aos gestores/empregadores, no sentido de sensibilizar que a situação de trabalho está diretamente relacionada à produtividade e que profissionais satisfeitos tendem a produzir mais e melhor.

O estudo pretende também contribuir para que o profissional de enfermagem amplie cada vez mais, o seu valor no mercado de trabalho, visto que estes são, de fato, elementos profissionais indispensáveis na produção da assistência e fundamentais no fluxo das unidades de saúde.

Haverá, também, benefícios para o conhecimento científico da enfermagem, na medida em que pode incentivar a mudança de comportamento e posicionamento dos profissionais frente às condições agressoras do processo de trabalho.

Destaca-se como objeto desta pesquisa: a influência dos elementos que compõem as condições de trabalho sobre a saúde dos trabalhadores de enfermagem que atuam no serviço noturno, em unidades fechadas.

Os objetivos são:

a) geral - avaliar as situações que envolvem o trabalho noturno em unidades fechadas, sob a percepção dos profissionais de enfermagem de um hospital público.
b) específicos - levantar as ocorrências e situações relacionadas aos riscos ocupacionais que interferem na manutenção da saúde e

satisfação no trabalho da equipe de enfermagem no período noturno em unidades fechadas; analisar as interferências da organização do serviço noturno, em unidades fechadas, na saúde dos profissionais de enfermagem; identificar o grau de satisfação dos trabalhadores de enfermagem em relação à execução das atividades e em relação às interferências da organização na atuação profissional, em unidades fechadas, no serviço noturno de um hospital público.

# 1 **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

## 1.1 **O Trabalho de enfermagem: história e contemporaneidade**

O trabalho de enfermagem sofreu mudanças significativas ao longo da história. Aspectos relacionados ao cuidar, propriamente ditos, à condição do gênero, às relações de poder, aspectos políticos explicam diversos acontecimentos históricos no contexto da profissão.

Diante do processo de trabalho na enfermagem estar relacionado ao cuidar, torna-se fundamental a reflexão sobre alguns contextos históricos no modo de pensar na atividade do cuidar. As únicas referências acerca da enfermagem na antiguidade estão relacionadas com a prática domiciliar de partos e atividades de assistência nos templos, com os sacerdotes. Ainda na idade Antiga, a prática de saúde passa a ser baseada essencialmente na experiência, no conhecimento da natureza, no raciocínio lógico e na especulação filosófica, na época do filósofo Hipócrates.

As práticas de saúde medievais (Idade Média) focalizavam a influência dos fatores sócio-econômicos e políticos, além da relação destas com o cristianismo, envolvendo religiosidade e caridade. Essa época corresponde ao aparecimento da enfermagem, ainda como prática leiga, desenvolvida por religiosos (MARTINS et al., 2003).

O renascimento marca o momento em que a cientificidade exerce predomínio e em que surgem os hospitais com objetivos específicos de prestar cuidados mais racionalizados. A enfermagem prestou cuidados nos hospitais religiosos, permanecendo empírica e desarticulada durante muito tempo. Sob exploração deliberada, a enfermagem foi considerada um serviço doméstico, marcada pela queda dos padrões morais que a sustentava, tornando-se indigna e sem quaisquer atrativos para as mulheres de casta social mais elevada e com tradições (MARTINS et al., 2003).

A partir da Revolução Industrial, do capitalismo e com o surgimento de alguns movimentos reformadores de iniciativa religiosa e social, tenta-se melhorar as condições assistenciais dos hospitais. Pensou-se sobre os aspectos

relacionados ao aumento da produção em detrimento do objetivo de saúde. Entretanto, a enfermagem permaneceu sendo vista como profissão de menor valor, cabendo-lhes a execução de atividades de pouco apreço social e hierarquicamente dependente da classe médica.

Foi a partir de Florence Nightingale, na modernidade da revolução industrial e do capitalismo, que ocorreu a institucionalização da profissão subordinada ao saber médico, estabelecendo-a sob a base da disciplina, hierarquia e organização, surgindo assim à enfermagem moderna. No passar dos anos, foi sendo implantado o ensino formal para enfermeiros, nesta época sendo ainda profissional de nível médio. O nível superior foi regulamentado muitíssimas décadas depois. Com as necessidades de diferentes agentes para o cuidado, foram introduzidas no Brasil outras categorias, tais como: atendentes, auxiliares e técnicos de enfermagem, sendo estes subordinados aos enfermeiros (MARTINS et al., 2003).

A profissão foi construída a partir de um cenário político e econômico e continua em constantes processos de mudanças com a globalização, o capitalismo, a sustentabilidade e o avanço tecnológico, em razão das novas necessidades de assistência à saúde. As instituições hospitalares passaram a ser gerenciadas como empresas complexas, usando modernas técnicas de gestão e buscando maior competitividade no mercado, o que traz consigo novos problemas de saúde aos trabalhadores (SCHILLING; OLIVEIRA, 2011).

Pires (1999) afirma que é notório entre os estudiosos que as concepções de saúde-doença, as práticas assistenciais, as formas de desenvolvimento do trabalho, a divisão do trabalho e o processo de formação profissional e de produção e reprodução dos conhecimentos modificaram-se ao longo da história, apesar de ser possível identificar uma historicidade própria do campo da saúde. Essas práticas sempre fizeram parte da sociedade, sendo por elas influenciada.

A profissão de enfermagem expressada por toda categoria é uma necessidade universal e possui como preceitos o respeito pela vida, pela dignidade e pelos direitos do homem. É a única profissão que presta assistência integral às necessidades do ser humano durante as vinte e quatro horas do dia. O serviço de enfermagem constitui parte integrante do contexto hospitalar, tem cultura própria e representa a maior área em número de profissionais do hospital (GUSTAVO, 2001).

Ao longo do século XX, e já neste início do século XXI, ocorreram conquistas e retrocessos no que se refere ao processo de trabalho da equipe de enfermagem. Houve e há uma maior participação política dos trabalhadores em busca de melhores condições de trabalho, em busca de redução de desgaste físico e mental e na crescente busca da valorização profissional. É inegável que houve muitos avanços, mas ainda enfrenta-se hoje novos paradigmas, advindos da flexibilização, em que cada um torna-se responsável por sua empregabilidade, por contratos temporários, levando os órgãos de classe a refletir sobre essas conseqüências, que já estão se constituindo em fonte de opressão e exclusão. É importante destacar que os agravos à saúde dos trabalhadores ainda produzem impactos com sérias repercussões na qualidade de vida e na sociedade (FERREIRA JUNIOR, 2000).

Os trabalhadores de enfermagem, inseridos em um contexto socioeconômico neoliberal, vêm sofrendo com a redução do poder aquisitivo. As estratégias atuais, escolhidas pela grande maioria, têm sido a adoção de mais de um vínculo empregatício, realidade essa que pode ser constatada em instituições públicas e privadas como necessidade de complementação salarial.

Elias e Navarro (2006) afirmam que a insegurança gerada pelo desemprego faz com que os trabalhadores se submetam a regimes e contratos de trabalho precários. Especificamente no caso dos profissionais de enfermagem, por desenvolverem as suas atividades em escalas de plantão, constata-se a existência de uma facilitação na conciliação dos horários, podendo os mesmos acumular duas ou até três jornadas de trabalho. Comprova-se que todas as formas adotadas por esses trabalhadores, para aumentar sua renda mediante a baixa valorização salarial, resultam no aumento dos vínculos empregatícios. Diante do exposto, a atenção na execução das tarefas torna-se reduzida, devido a fortes pressões físico-emocionais. Em consequência, surgem as dificuldades de relacionamento interpessoal com a equipe e salienta-se também o fato de não ser incomum a intranquilidade com os usuários.

Diante da realidade de múltilplos vínculos, surgem as reflexões acerca das dificuldades do trabalhador no que se refere à superação. Tais questões favorecem a discussão sobre a produção da subjetividade do trabalhador e das (im) possibilidades do mesmo apresentar-se como sujeito do seu trabalho. O processo de trabalho de enfermagem é marcado pela composição heterogênea das

categorias profissionais; ao enfermeiro cabe as atividades intelectuais de gerenciamento do serviço e de execução de procedimentos mais complexos. Aos profissionais de nível médio, auxiliar e técnico de enfermagem competem o desempenho de atividades menos complexas sob a supervisão do enfermeiro. Nesta divisão técnico-social, o enfermeiro é privilegiado, pois os outros integrantes da equipe não são responsáveis pelo planejamento, nem pela avaliação da assistência ao pacientes, surgindo dificuldades no domínio do quadro geral. A situação atual do mercado de trabalho pode propiciar uma exaustão física e mental da equipe, causando-lhes sofrimento, desmotivação, apatia e, conseqüentemente, prejuízo para sua própria saúde e bem-estar (PEDUZZI; ANSELMI, 2002).

Múltiplos estudos revelam que a profissão de enfermagem é majoritariamente feminina. Sendo assim, automaticamente a mulher exerce um duplo vínculo no trabalho da enfermagem, aumentando a exposição a agentes estressores e considerando as atividades domésticas ou domínio do lar. Portanto, não necessariamente há de se possuir outro vínculo empregatício para se caracterizar dupla jornada de trabalho. A condição feminina favorece o acúmulo de funções que pode propiciar o estresse. Desta forma, a exigência em excesso, é uma fonte geradora de estresse, o que leva à diminuição do rendimento da trabalhadora e do tempo dispensado para seu autocuidado e lazer (MONTANHOLLI; TAVARES; OLIVEIRA, 2006).

Ressalta-se que trabalhadores de enfermagem da área hospitalar estão submetidos a rodízios por turnos, para cobrir plantões de 24 horas, de fins de semana e feriados. Dessa forma, o convívio social é afetado diretamente. Estudos mostram que plantões noturnos aumentam a probabilidade de surgimento de patologias psicossomáticas (FISCHER et al., 2004).

## 1.2 **Satisfação e insatisfação no trabalho**

A satisfação no trabalho é um tema amplamente estudado e esse interesse decorre da influência que a mesma pode exercer sobre o trabalhador, afetando sua saúde física e mental, em atitudes, comportamento profissional, social, com repercussões para a vida pessoal e familiar do indivíduo e também para as

organizações. O primeiro estudo encontrado sobre satisfação no trabalho data de 1920 (STEUER, 1989). Satisfação e insatisfação no trabalho são consideradas como os dois extremos de um mesmo fenômeno, sendo freqüentes os estudos que adotam uma medida de satisfação por meio de escalas que vão de um extremo de “muito satisfeito” até o extremo oposto de “muito insatisfeito” (ZALEWSKA, 1999 apud MARTINEZ; PARAGUAY, 2003).

Satisfação no trabalho é um fenômeno complexo e de difícil definição. Uma parte dessa dificuldade decorre de a satisfação no trabalho ser um estado subjetivo em que a satisfação com uma situação ou evento pode variar de pessoa a pessoa, de circunstância para circunstância, ao longo do tempo para a mesma pessoa e estar sujeita a influências de forças internas e externas ao ambiente de trabalho imediato (FRASER, 1983).

Ainda não há consenso sobre conceitos nem sobre teorias ou modelos teóricos de satisfação no trabalho. Além disso, diferentes conceitos e definições para o mesmo construto têm gerado dificuldades e até mesmo falhas metodológicas em estudos sobre o tema (CURA, 1994).

De acordo com a teoria de Herzberg (1993), o nível de satisfação ou insatisfação pode ser derivado de: prazer no trabalho, interação facilitada pelo arranjo físico, as condições físicas e ambientais de trabalho ou também provocar no trabalhador frustrações relacionadas com estes fatores. Esta teoria aponta que uma vez satisfeitos os motivos primários, aparecem os motivos secundários ou psicossociais, agrupados em dois grupos: os fatores higiênicos (salário, benefícios sociais, tipo de chefia, supervisão, condições físicas e ambientais de trabalho, clima de relações entre a empresa a as pessoas, as políticas de regulamentos internos) indispensáveis para manter o estado de equilíbrio necessário ao trabalho e os fatores especialmente motivacionais (conteúdo do cargo e a natureza das tarefas) com tendências ao aumento do interesse pelo trabalho.

Teoria da Motivação-Higiene, que considera satisfação e insatisfação no trabalho como fenômenos distintos, de natureza diversa, onde a insatisfação é determinada pela carência dos fatores extrínsecos ao trabalho ou “fatores de higiene” (remuneração, supervisão, ambiente de trabalho) e a satisfação é determinada pelos fatores intrínsecos ao trabalho ou “fatores motivadores”, relacionados ao conteúdo do trabalho e aos desafios das tarefas (LICHT, 1990).

O ambiente psicossocial no trabalho engloba a organização do trabalho e as relações sociais de trabalho. Fatores psicossociais no trabalho são aqueles que se referem à interação entre o meio ambiente de trabalho, conteúdo do trabalho, condições organizacionais e habilidades do trabalhador, necessidades, cultura, ou seja, causas extra-trabalho pessoais que podem, por meio de percepções e experiência, influenciar a saúde, o desempenho no trabalho e a satisfação no trabalho (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 1984).

Urge consignar, que interferem na satisfação no trabalho em enfermagem: o dimensionamento da equipe de profissionais inadequado, a carga de trabalho, a jornada de trabalho, a necessidade de realização de tarefas rapidamente, a falta de local de descanso, mobiliário inadequado e até mesmo a indefinição do papel do profissional e a falta de respaldo institucional e profissional. Além do descontentamento com o trabalho, ambiente físico da unidade, tecnologia e equipamentos, inexperiência por parte dos supervisores, comunicação e compreensão precária da supervisão de serviço. Sendo assim, os agentes estressores são infinitamente mais numerosos quando comparados aos provedores de satisfação.

Oliveira (2005) explica que o profissional de enfermagem precisa estar emocionalmente bem, porém os baixos salários, as inadequadas condições de trabalho e o déficit de recursos humanos e tecnológicos tornam tal situação conflitante.

Estes fatores interdependentes e tão fundamentais na atuação do profissional em questão agravam-se, principalmente, em setores como unidades fechadas que atendem a pacientes instáveis hemodinamicamente e que, muitas vezes, necessitam de intervenções em que a rapidez, a precisão, a calma e a atenção são os diferenciais para uma atuação bem sucedida.

Martinez e Paraguay (2003) referem que a satisfação no trabalho tem sido definida de diferentes maneiras, dependendo do referencial teórico adotado. As conceituações mais freqüentes referem-se a satisfação no trabalho como sinônimo de motivação, como atitude ou como estado emocional positivo, havendo, ainda, os que consideram satisfação e insatisfação como fenômenos distintos, opostos.

Na década de 1940, Maslow (1970) estruturou esta teoria, que propõe que

as necessidades humanas são passíveis de serem hierarquizadas em cinco níveis ascendentes:

a) necessidades fisiológicas – relacionadas à sobrevivência e à homeostase do organismo;
b) necessidades de segurança – relacionadas à segurança tanto física como emocional, familiar esocial;
c) necessidades sociais – representadas pelo desejo de interagir socialmente, ser estimado e aceito, de pertencer a um grupo, necessidades de amizade e de amor;
d) necessidade de estima – dizem respeito às necessidades do indivíduo em manter a autoestima e ter a estima de outros, de desenvolver sentimentos de confiança, valor, capacidade, poder, prestígio, de ser útil e necessário;
e) necessidades de autorrealização (ou autoatualização)– dizem respeito ao autodesenvolvimento e à tendência dos indivíduos em tornar reais os seus potenciais.

Martinez e Paraguay (2003) enfatizam que, de acordo com esta teoria, pode-se inferir que o trabalho tem papel importante para os indivíduos na medida em que os aspectos psicossociais do trabalho favoreçam ou dificultem a satisfação das necessidades humanas.

O trabalho torna-se perigoso para o aparelho psíquico quando se opõe à livre atividade, quando a liberdade para organização do trabalho é limitada, opondo-se aos desejos do trabalhador, gerando aumento da carga psíquica e abrindo espaço para o sofrimento no trabalho. Dejours (1994) aborda o sofrimento no trabalho por meio da noção de “carga psíquica”, que se refere aos elementos afetivos e relacionais da carga mental do trabalho, onde a carga mental compreende fenômenos de ordem neurofisiológica e psicológica.

Dejours (1987) considera a insatisfação no trabalho como uma das formas fundamentais de sofrimento do trabalhador e relacionada ao conteúdo da tarefa. Tal insatisfação pode ser decorrente de sentimentos de indignidade pela obrigação de realizar uma tarefa desinteressante e sem significado, de inutilidade por desconhecer o que representa o trabalho no conjunto das atividades na empresa, de desqualificação tanto em função de questões salariais como ligadas à

valorização do trabalho, em aspectos como responsabilidade, riscos ou conhecimentos necessários.

Locke (1969) define satisfação no trabalho como o resultado da avaliação que o trabalhador tem sobre o seu trabalho ou a realização de seus valores por meio dessa atividade, sendo uma emoção positiva de bem-estar. Vale ressaltar que esse autor difere valores de necessidades; necessidades referem-se à sobrevivência e ao bem-estar do indivíduo, sendo essas inatas e comuns a todos; e os valores são diferentes de pessoa para pessoa, pois vai ao encontro do que o indivíduo deseja ou percebe como benéfico (LOCKE, 1969, 1976). Segundo Locke (1969, 1976), a satisfação no trabalho é um estado emocional, porque a emoção deriva da avaliação dos valores do indivíduo e, por tratar-se de um estado emocional, a satisfação possui dois fenômenos: o de alegria (satisfação) e o de sofrimento, desprazer (insatisfação).

Locke (1976) refere que a satisfação no trabalho pode gerar conseqüências tanto para o indivíduo como para a organização, afetando aspectos comportamentais e a saúde física e mental do trabalhador.

## 1.3 **Trabalho noturno, sono e saúde**

O trabalho realizado fora dos horários usuais (de 8:00 ou 9:00h até 17:00 ou 18:00h) faz parte do grupo de fatores psicossociais que interagem nos processos saúde-doença. A espécie humana organiza suas atividades segundo um ciclo de 24 horas. As diferentes características da organização do trabalho provocam distintas repercussões à saúde, às relações sociofamiliares e ao próprio desenvolvimento do trabalho (FISCHER et al., 2004).

Segundo a declaração da OMS, “saúde” significa não somente ausência de doença, mas também um total bem-estar físico, mental e social. O trabalho noturno interfere em todas essas dimensões na medida em que interfere no bem estar físico, mental e social do trabalhador, além de perturbar a homeostase fisiológica (ritmos circadianos, sono e alimentação), diminui a eficiência do desempenho, prejudica as relações familiares e sociais (FISCHER et al., 2004).

Andrews e Withey (1976) referem que a percepção do bem estar constitui um componente central para a experiência pessoal da qualidade de vida. Os referidos autores consideram que a saúde é resultado de um processo complexo saúde/doença, observando maior frequência na incidência de sintomas individuais do tipo psicossomático, gerados por uma vida sujeita a um desgaste estressante e ao desequilíbrio em sentido amplo.

Da Silva e De Marchi (1997, p. 07) reconhecem o papel que a saúde tem na vida das pessoas. Estes autores afirmam que a saúde é o resultado do gerenciamento adequado das áreas física, emocional, social, profissional, intelectual e espiritual, demonstrando as seis dimensões da saúde, sendo que cada uma delas contribui de forma importante para uma vida saudável, a saber:

a) saúde física – relacionada a práticas saudáveis, alimentação adequada e acompanhamento multiprofissional nas diversas áreas;
b) saúde emocional – envolve o controle das tensões e estresse, melhorando sua autoestima e elevando o nível de entusiasmo;
c) saúde social – referente à alta qualidade dos relacionamentos, equilíbrio com o meio ambiente e harmonia familiar;
d) saúde profissional - composta de satisfação, desenvolvimento e reconhecimento nas funções exercidas;
e) saúde intelectual – utilização de criatividade, expansão dos conhecimentos e partilhar potencial interno;
f) saúde espiritual – propósitos de vida com valores e ética.

De acordo com Waeckerle (1994), oscilações da temperatura corporal, freqüência cardíaca, pressão sanguínea e respostas celulares para estímulos internos, tais como hormônios, sistemas enzimáticos, neurotransmissores, eletrólitos e substratos metabólicos também demonstram ritmicidade circadiana.

Conforme Grandjean (2005 apud OLIVEIRA, 2009), o organismo humano está naturalmente na sua fase ergotrópica (voltado para *performance*) durante a manhã, e em sua fase trofotrópica (ocupada com a recuperação e reposição de energia) durante a noite. Desta forma, o trabalhador noturno exerce suas atividades não na sua fase de *performance*, mas na fase de relaxamento do seu ciclo diário. Este é o problema fisiológico e psicológico essencial do trabalho noturno. Outro

importante aspecto que não poderia deixar de ser citado é o fardo que ele coloca sobre a vida familiar e o isolamento social.

A função imprescindível comandada pelo ritmo diurno ou circadiano é o sono. Embora não seja possível compreender a função específica do sono, sabe-se que um sono sem perturbação é certamente um pré-requisito para a saúde, bem-estar e eficiência, com a seguinte definição:

> O sono é um estado fisiológico cíclico, caracterizado no ser humano por 5 estágios fundamentais, que se diferenciam de acordo com o padrão do eletrencefalograma (EEG) e a presença ou ausência de movimentos oculares rápidos (rapid eye movements : REM), além de mudanças em diversas outras variáveis fisiológicas, como o tono muscular e o padrão cardiorespiratório. O EEG mostra uma lentidão progressiva com o aprofundamento do sono sem movimentos oculares rápidos (Não-REM) e atividade rápida dominante de baixa voltagem, semelhante à da vigília, durante o sono REM. Um ciclo noturno previsível de 90 minutos marca a variação entre os 4 estágios do sono Não-REM para o sono REM, descrevendo uma arquitetura característica, com proporções definidas de cada estágio, que variam segundo a faixa etária. Um bio-ritmo neuroquímico acompanha as variações circadianas do chamado ciclo vigília-sono, com mudanças específicas da temperatura corporal e da secreção de diversos hormônios e neurotransmissores, relacionados aos diferentes estágios do sono e da vigília. O conhecimento dos aspectos fisiológicos e das variações patológicas deste ciclo complexo deu margem ao desenvolvimento da Medicina do Sono e compõe as bases do estudo dos distúrbios do sono na prática clínica (FERNANDES, 2006, p.157).

Um ser humano adulto necessita de seis a oito horas de sono por noite, apesar de haver variações individuais consideráveis. Algumas pessoas precisam de 10 horas de sono para ficar descansadas e alertas, enquanto outras com apenas 05 horas ou menos estão revigoradas. A qualidade do sono não é uniforme, mas cíclica, e possui vários estágios de diferentes profundidades e cinco estágios definidos. Cabe enfatizar que a presença ou ausência de movimentos rápidos dos olhos (*rapid eye movement* - REM) também é utilizada para descrever as condições do sono. Sequencias freqüentes de movimento rápido dos olhos geralmente ocorrem no estágio 5 do sono, sendo as ondas alfa e beta e os sonhos bastante comuns. Mesmo com toda atividade dos músculos dos olhos, o sono REM é considerado o momento máximo de relaxamento de outros músculos e uma enorme resistência a ficar acordado; a fase REM é conhecida como “estágio do sono paradoxal” (FERNANDES, 2006).

Queixas relativas a problemas de sono são comuns entre aqueles que trabalham sob escalas de plantão. As dificuldades para dormir durante o dia são muitas e os episódios de sono acabam sendo mais curtos e não reparadores.

Cipolla-Neto (1988) comprova, através de estudos polissonográficos de adultos normais, adequadamente sincronizados com trabalho diurno e sono noturno, que há uma certa característica na composição do sono quando, no primeiro terço da noite, ocorre uma concentração dos episódios de sono profundo (fase 3 e 4 NREM) e, no terço final, uma predominância do sono paradoxal ou sono REM. O sono REM tem uma freqüência de 4 a 5 episódios por noite, com o primeiro deles ocorrendo entre 90 e 120 minutos e os próximos mantendo uma periodicidade semelhante, porém, a cada novo episódio de sono paradoxal, sua duração aumenta; já indivíduos que apresentam privações agudas ou crônicas mostram variações nesse ritmo; o sono diurno freqüentemente é mais curto e não mostra a distribuição temporal típica dos diferentes estágios de sono, nem mantém a proporção normal desses estágios entre si, produzindo um sono deficitário.

O sono diurno dos trabalhadores noturnos não é suficiente para o completo restabelecimento. Acredita-se que os ruídos são os maiores perturbadores, tendo em vista o fato das residências estarem situadas em áreas urbanas, com grande movimento no período diurno, razão pelo qual muitos trabalhadores sentem-se cansados durante o dia, pois o sono não foi relaxante o suficiente.

Costa (1996) comprova por meio de informações compiladas de vários autores, que o trabalho noturno não somente leva a uma baixa produção, mas, também, a acidentes mais frequentes. Os fatos ainda não subsidiam a hipótese: em alguns casos, a incidência de acidentes durante a noite parece pouco alterada ou até mesmo reduzida. O pesquisador em questão também listou, como possíveis impactos na saúde, em função do trabalho noturno e em turnos:

a) distúrbios dos hábitos de sono;
b) distúrbios dos hábitos de alimentação;
c) desordens gastrintestinais;
d) funções neuropsíquicas;
e) funções cardiovasculares.

Transtornos do sono, fadiga crônica e flutuações oscilatórias de vigília e desempenho, podem também ser fatores de contribuição importantes ao “erro humano” e aos consequentes acidentes de trabalho. Importante ressaltar que os trabalhadores noturnos que retornam ao turno do dia levam tempo para readaptação fisiológica; os ritmos circadianos biológicos mostram os primeiros

sinais de reajuste após vários sonos noturnos, mas a reversão usualmente não se completa, mesmo após várias semanas (FISCHER et al., 2004).

Nos últimos séculos, surgiram horários de trabalho em turnos e noturno fazendo com que diferentes setores da sociedade passassem a funcionar ininterruptamente. Pessoas que trabalham nestes horários estão mais sujeitas a inúmeros problemas de saúde, além de apresentarem maiores problemas no seu relacionamento social (LOUZADA, 2004).

De acordo com Padovani (2011) o trabalho noturno ao longo do tempo, gera problemas gastrointestinais, psicológicos e distúrbios do sono. Os problemas gastrointestinais devem-se às alterações nos horários e sequências das refeições no trabalho noturno. Sabidamente, no período noturno, o organismo não suporta o mesmo tipo e quantidade de alimentação ingerida durante o dia. Assim, temos trabalhadores que acabam desenvolvendo, ao longo do tempo, a gastroduodenite e a úlcera péptica.

Pessoas engajadas no trabalho noturno estão com freqüência fora de interação com a sociedade e podem enfrentar dificuldades maiores em suas vidas sociais, já que grande parte das atividades familiares e sociais é programada de acordo com os ritmos da população geral, orientada pelo dia. Consequentemente, o trabalho em turnos pode levar a uma certa marginalização social devido à interferência entre a programação do tempo dos trabalhadores e a organização complexa das atividades sociais, particularmente quando estas se referem a grupos de pessoas e requerem contatos regulares (FISCHER et al., 2004).

A 77ª Conferência Internacional do Trabalho (FUNDACENTRO, 1990) discutiu numerosas proposições sobre o trabalho noturno, estabelecendo recomendações quanto à duração do trabalho, períodos de descanso, compensações pecuniárias, aspectos relacionados com a segurança e saúde, serviços sociais, entre outros itens. Entre as recomendações, surge uma novidade: a necessidade de ser dada uma atenção especial aos efeitos cumulativos originados por fatores que provocam agravos à saúde, inclusive às formas de organização do trabalho em turnos.

Fischer et al. (2004) listaram os principais fatores que influenciam a tolerância ao trabalho noturno:

a) características individuais: idade, condicionamento físico, tempo de experiência, traços de comportamento e personalidade, estrutura circadiana, hábitos alimentares e de sono;
b) situação familiar: estado civil, número e idade dos filhos, nível socioeconômico, moradia e atitudes familiares;
c) condições sociais: mercado de trabalho, tradições locais de trabalho em turnos, atividades de lazer, apoio social, tamanho e atitudes da comunidade, tempo e meio de transporte utilizado para o trabalho;
d) condições de trabalho: setor de trabalho, horas trabalhadas, ambiente de trabalho, carga de trabalho, características do cargo, nível de renda, qualificação, satisfação no cargo, oportunidades de carreira, relações humanas, instalações para repouso e instalações para refeições;
e) esquemas de turnos de trabalho: contínuos, semicontínuo, rodiziante, fixo, extensão do ciclo do turno, número de noites consecutivas, número de noites por ano, fins de semana livres por ciclo de trabalho, horário de entrada e saída e número de equipes.

## 1.4 **Condições de trabalho**

São múltiplas e variadas as definições que se dão ao conceito de condições de trabalho. Há quem defina como o entorno físico em que se exerce a atividade laboral. Alguns estendem o conceito para os aspectos psíquicos. Há quem considere que todo o entorno forma as condições de trabalho, sendo as características as enfrentadas pelos trabalhadores, que incluem também as condições de vida (SANTIAGO; ARBONA, 2000).

> Para alguns, o conceito de condições de trabalho, engloba essencialmente o entorno físico do trabalho; para outros, o contrário, as condições de trabalho englobam também a higiene e a segurança, a remuneração, a carga horária, a organização do trabalho e a carga de trabalho (SANTIAGO; ARBONA, 2000, p.18).

As condições de trabalho representam todas aquelas materiais que concorrem para o desenvolvimento do processo de trabalho, as quais não se identificam diretamente com o referido processo, mas sem as quais não poderia ser executado ou o seria de modo imperfeito (MARX, 1987).

Alves (2000) afirma que as condições de trabalho têm estreitas relações com o modo de produção correspondente à determinada formação social e, além de concorrerem para o desenvolvimento do processo de trabalho, sofrem influências dos seus elementos constitutivos.

De acordo com a Norma Regulamentadora (NR)17, aprovada pela Portaria 3214, de 08 de junho de 1978 e conforme a redação da Portaria nº 3751, de 23 de Novembro de 1990, no item 17.1.1, “as condições de trabalho incluem aspectos relacionados ao [...] mobiliário, aos equipamentos e às condições ambientais do posto de trabalho, e à própria organização do trabalho” (PINTO; SANTOS; CÉSPEDES, 2009).

Castillo e Villena (1998 apud MAURO et al., 2010) destacam que as condições de trabalho são definidas como o conjunto de elementos e circunstâncias de caráter material, psíquico, biológico e social que, influenciados e determinados por vários fatores de ordem econômica, técnica e organizacional, se inter-relacionam e interatuam, constituindo o meio e a forma em que se desenvolve a atividade laboral.

A Associação Brasileira de Enfermagem (2006), através da Cartilha do trabalhador de enfermagem, define que:

> Condições de trabalho representam o conjunto de fatores - exigências, organização, execução, remuneração e ambiente do trabalho – capaz de determinar a conduta do trabalhador. A isso, o indivíduo responde com a execução de uma atividade ou conduta passível de ser analisada sob diferentes aspectos: perceptivos, motores e cognitivos. Satisfação, conforto, carga de trabalho, fadiga, estresse, doenças e acidentes são as conseqüências dessa *resposta individual* sobre o estado físico, mental e psicológico do trabalhador. As condições de trabalho *marcam o corpo* do trabalhador. Para o pessoal de enfermagem, o envelhecimento precoce e a incapacidade resultante de acidentes e de doenças profissionais são algumas marcas em seu *corpo físico*. O aumento da dependência alcoólica e o uso indiscriminado de psico-fármacos refletem as marcas em seu *corpo psíquico.* O *corpo social* não sai ileso, pois as condições, a organização do trabalho e o tipo de tecnologia modelam os trabalhadores, impondo uma representação diferente de um grupo a outro. Segundo *a Committee on Quality of Health Care in América*, no mundo, a área da saúde é a oitava no ranking dos setores de maior índice de mortes. São registradas cerca de 98 mil mortes em hospitais,cada ano. Há um custo financeiro entre 17 e 29 bilhões de dólares para essas instituições. No Brasil, dados oficiais indicam o setor de saúde como o primeiro na lista de registros de acidentes do trabalho. Com 23.108 notificações em 2003, ele ultrapassou até mesmo áreas consideradas de alto risco, como a da

> construção civil. Em 2004, do total de 458.956 acidentes notificados, 30.161 correspondiam ao setor de saúde [...].

A partir dos aspectos citados, que permeiam as condições de trabalho para o profissional de enfermagem, estabelece-se a hipótese de que o item que leva o maior prejuízo para os profissionais é a sobrecarga de funções, o que também decorre em danos para o usuário. Para que haja organização, faz-se necessário um dimensionamento de profissionais baseado na Resolução COFEN nº 293/2004 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2004). Caso contrário, o desgaste dos profissionais será significativamente aumentado.

O trabalho materializa-se por meio do processo de trabalho que engloba as condições objetivas (os instrumentos e materiais utilizados) e as condições subjetivas, que dizem respeito às aspirações, desejos e possibilidades exercitadas pelo trabalhador de acordo com o significado e o sentido que o trabalho adquire em sua vida. A organização do trabalho pode ser entendida como o conjunto de práticas articuladoras de processos de trabalho, historicamente determinados, associados à incorporação da força de trabalho ao capital (RIBEIRO 2012).

Macedo (2005) refere que na organização do processo de trabalho, três elementos estão relacionados: o conteúdo do trabalho (o que se faz), o método do trabalho (como se faz) e as relações interpessoais (relações de poder, de hierarquia, de controle, de competitividade, de cooperação etc). As diferentes formas de articulação desses três elementos configuram os diferentes modelos de organização do trabalho. As condições de trabalho constituem-se nos múltiplos e variados elementos que determinam a situação em que vive o trabalhador no local de trabalho. Estes fatores terão influência sobre o bem-estar e diretamente na saúde do indivíduoem sua tríplice dimensão física, mental e social.

Torres et al. (2009) enfatizam que o avanço tecnológico não se traduz em alívio aos trabalhadores da saúde, uma vez que o hospital, de maneira geral, sugere ser um ambiente insalubre, penoso e perigoso.

Batista (2006, p.534) define que:

> Alguns critérios básicos devem ser rigorosamente respeitados, quais sejam: estarem organizadas como sistemas acessíveis a toda a população e distribuídas de acordo com a maior ou menor concentração da população; estarem organizadas administrativamente e bem equipadas com materiais em quantidade e qualidade suficientes; acompanhar os avanços tecnológicos da administração da assistência e da unidade; possuir, em seu quadro de pessoal, profissionais altamente habilitados a prestar assistência imediata, atendendo com precisão as

> necessidades da clientela, respeitando os valores e crenças individuais e regionais.

Com a precarização das condições de trabalho, os trabalhadores de enfermagem estão cada vez mais suscetíveis aos diversos riscos existentes, e o aparecimento de problemas de saúde fica cada vez mais evidente.

Em abril de 2011, conseguiu-se a aprovação para o Estado do Rio de Janeiro da Lei número 5950, com inclusão da categoria de enfermagem que, pela primeira vez na história, obteve o piso salarial regulamentado, com a aprovação das emendas; os enfermeiros passaram a ter um piso de R$ 1.603,99 (hum mil seiscentos e três reais e noventa e nove centavos), ainda insuficiente para atender as demandas físicas, mentais e sociais dos profissionais enfermeiros. Os profissionais de enfermagem de nível médio também foram beneficiados pelo aumento do piso que agora passa a ser de R$ 731,43 (setecentos e trinta e um reais e quarenta e três centavos) para os Auxiliares e R$ 860,14 (oitocentos e sessenta reais e quatorze centavos) para os Técnicos. Em fevereiro de 2012, a lei supracitada foi revogada e houve o reajuste dos pisos salariais através da Lei Estadual número 6.163, que estabeleceu R$ 834,78 (oitocentos e trinta e quatro reais e setenta e oito centavos) para auxiliares de enfermagem, R$ 981,67 (novecentos e oitenta e um reais e sessenta e sete centavos) para técnicos de enfermagem e para enfermeiros R$ 1.861,00 (hum mil oitocentos e sessenta e um reais).

Segundo dados do Conselho Federal de Enfermagem (2011), o número de profissionais inscritos ultrapassa 1.800 mil (um milhão e oitocentos mil), cabendo ressaltar que tal quantitativo é suficiente para eleger o Presidente da República do Brasil. Mesmo diante desta expressiva quantidade, a profissão é uma das únicas da área da saúde que não tem ainda uma carga horária profissional definida. Há anos, luta-se pela implantação das 30 horas, porém até o presente momento não se obteve êxito, apesar dos esforços empreendidos.

Os direitos dos trabalhadores de enfermagem são frequentemente violados. Aspectos como local para repouso dos profissionais de enfermagem são escassos ou inexistentes na maioria das intituições. Instituições públicas de saúde, quando dispõe de local para repouso, na maioria das vezes as condições mínimas de conforto estabelecidas pelo MTE não são cumpridas. Encontra-se: nº de armários insuficientes (ou ausentes); compartilhamento de armários por múltiplos

profissionais; ausência de disponibilização de água potável (conforme determinado na NR24- 24.5.17, 24.7). Os sanitários dos profissionais comumente também não são separados por sexo, apenas os dos pacientes ou nem isso, estando em não conformidade com a NR24 item 24.1.2.1 (PINTO; SANTOS; CÉSPEDES, 2009).

Em relação à jornada de trabalho e período de descanso da enfermagem, a CLT estabelece uma jornada máxima de oito horas diárias e de quarenta e quatro horas semanais de trabalho. Na enfermagem, a carga horária semanal de trabalho varia de trinta a quarenta horas semanais, sendo mais comum a jornada de trinta e seis horas semanais. Há casos em que instituições públicas estabelecem plantões de 24horas ininterruptas, definido em legislação estadual. De acordo com o art. 7º da Constituição Federal (BRASIL, 1998), são direitos dos trabalhadores [...] jornada de seis horas para o trabalho realizado em turnos ininterruptos de revezamento, salvo negociação coletiva (PINTO; SANTOS; CÉSPEDES, 2009).

A negociação coletiva envolve acordo ou convenção. O acordo coletivo é o instrumento firmado entre uma ou mais empresas e uma categoria profissional, enquanto a convenção coletiva é firmada por duas entidades sindicais. Mediante esse entendimento, nenhuma instituição poderia estabelecer carga horária de plantão superior a oito horas nas atividades especificamente diurnas e, nas situações de turnos ininterruptos, não poderia ser superior a seis horas, caso não tenha acordo coletivo pactuado. É frequente a exploração da enfermagem em relação à carga horária de seus trabalhadores, que são obrigados a realizarem 12horas de trabalho ininterrupto, sem período de descanso e, ainda, sem acordo ou convenção coletiva pactuada junto às entidades sindicais.

Fischer et al. (2004) explicam que se os trabalhadores necessitam retornar às suas residências todos os dias e o tempo de transporte de ida e de volta ao trabalho é demorado, o turno de 12 horas não é indicado, pois neste caso o tempo livre para outras atividades não diretamente associadas ao trabalho torna-se extremamente restrito. Isto trará problemas para a recuperação, com repouso insuficiente e muitas dificuldades para realizar outras atividades nos dias de trabalho.

Atualmente, o dispositivo legalmente reconhecido para dimensionamento de profissionais de enfermagem é a Resolução COFEN nº 293/2004, instituída pelo Sistema COFEN/CORENs, órgão legalmente competente para normatizar e fiscalizar o exercício profissional de enfermagem no país, através da Lei Federal

5905/73, cujo exercício das atividades profissionais é livre, conforme definição constitucional, por ser uma profissão regulamentada pela Lei Federal 7498/86. Nessa lei, em seu art. 11, está atribuído como competência do enfermeiro a direção, organização, planejamento, avaliação do serviço de enfermagem. Dessa forma, compete ao enfermeiro responsável técnico da instituição definir o adequado dimensionamento do corpo de enfermagem através da Resolução COFEN n 293/2004 (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 2012). No entanto, para que os estabelecimentos ampliem seus índices de lucro, os empregadores optam por reduzir ao extremo o quantitativo de profissionais de enfermagem, dimensionando-os abaixo do mínimo, não respeitando as solicitações do enfermeiro responsável técnico, o qual tem o direito constitucional de exercer com LIBERDADE sua profissão, uma vez que esta é regulamentada em lei.

No Estado do Rio de Janeiro, o dimensionamento de profissionais de enfermagem possui um quantitativo muito abaixo do mínimo necessário para prestação de cuidados à sociedade assistida nos estabelecimentos de saúde, sendo este o principal problema evidenciado pelo COREN-RJ e motivo de inúmeras denúncias de profissionais e clientes. Esta situação ocasiona múltiplas dobras de plantão, situações em que o profisisonal é obrigado a realizar turnos de trabalho ininterruptos por 24 horas e até 36 horas ou 48 horas, como já constatado em diversas instituições (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 2012).

Como agravante, as instituições indispõem de local para descanso e, ainda, impedem a pausa de repouso dos profissionais. Alguns períodos de descanso são obrigatórios durante a jornada de trabalho para todos os trabalhadores, incluindo os profissionais de enfermagem. Segundo a CLT, haverá descanso obrigatório de quinze minutos, quando a jornada de trabalho ultrapassar quatro horas, não excedendo o limite de seis horas diárias (art. 71, parágrafo 1º da CLT), mas a concessão desse descanso não será computada na jornada de trabalho (PINTO; SANTOS; CÉSPEDES, 2009).

No exercício profissional de enfermagem, devido à natureza das atividades, é comum que os trabalhadores deixem de usufruir deste horário de descanso, devido a demanda de ações que não podem deixar de ser realizadas, adiadas ou interrompidas, como por exemplo a participação em atendimentos caracterizados como urgência ou emergência. De acordo com a CLT, se a jornada diária

ultrapassar seis e não exceder oito horas, o intervalo de descanso deverá ser de no mínimo uma hora e no máximo duas, não computadas na jornada diária de trabalho. Caso o funcionário trabalhe em jornada que exceda seis horas e não lhe seja concedido pelo empregador esse direito de descanso intrajornada, o mesmo ficará obrigado a remunerá-lo pelo período correspondente, com o acréscimo de no mínimo 50% sobre o valor da remuneração da hora normal de trabalho (CLT art. 71, parágrafo 4º). Nas jornadas de doze horas, os acordos coletivos devem prever o intervalo para repouso ou alimentação de uma hora, computada dentro do período de trabalho, uma vez que a jornada diária não pode exceder a esse limite de tempo. A CLT, por meio do artigo 66, estabelece, ainda, que entre duas jornadas de trabalho é obrigatório um intervalo de, pelo menos, onze horas consecutivas para o descanso (PINTO; SANTOS; CÉSPEDES, 2009).

Segundo Freitas e Souza (2012), um ambiente organizacional onde há uma gestão dinâmica e contingencial de fatores físicos, sociológicos, psicológicos e tecnológicos da organização do próprio trabalho torna-se saudável e mais propício ao aumento de produtividade. Este ambiente reflete no comportamento do funcionário, no atendimento aos clientes e na promoção da saúde dos mesmos, o que gera excelência na assistência prestada e, consequentemente, eleva a instituição a altos padrões.

No ensino dos enfermeiros, há o discurso sobre a necessidade de formação de profissionais críticos, politizados, criativos, com capacidade de liderança e autonomia, com competência para a concepção e execução da assistência a ser prestada aos usuários. Contudo, o que se observa de modo preponderante são profissionais com tendência à acomodação às normas institucionais e, quase sempre, inseridos em níveis hierárquicos questionáveis. Para Foucault (1991), as relações de trabalho e de poder buscam a dissociação do poder do corpo do trabalhador, a sujeição das suas forças à disciplina, forçando um aumento das suas habilidades e utilidades, compatíveis ao aumento das suas forças de submissão, assujeitamento e obediência.

## 1.5 **Exposição aos riscos**

A atual constituição brasileira dispõe sobre o direito social ao trabalho seguro, assim como a obrigação do empregador em custear as consequências dos agravos sofridos pelos trabalhadores em decorrência do trabalho.

Os riscos presentes no ambiente de trabalho variam de acordo com o tipo de bem ou serviço produzido, podendo ser atenuados por medidas de proteção coletiva e/ou equipamentos de proteção individual, mas são inerentes a processos produtivos. O movimento sindical considera seis grupos de agentes que oferecem riscos: os agentes químicos, físicos, biológicos, de acidentes, psicossociais e ergonômicos. O Ministério da Saúde agrupa os riscos em cinco: físicos, químicos, biológicos, mecânicos e de acidentes e o grupo de ergonômicos incluindo os psicossociais, a saber:

a) químicos - são as substâncias, compostos ou produtos que podem ser absorvidos através da pele ou por ingestão ou ainda penetrar por via respiratória na forma de poeiras, fumos, névoas, neblinas, gases ou vapores. O efeito clínico da exposição a esses riscos depende da toxicidade da substância química, como por exemplo, pneumoconioses, saturnismo (intoxicação por chumbo), benzenismo etc. (RIBEIRO, 2012);
b) físicos - são formas de energia representadas por ruído, vibração, pressões anormais, temperaturas extremas, radiação ionizante, radiação não ionizante, infra e ultrassom, umidade, luminosidade. Podem resultar em perda auditiva, embolia traumática pelo ar, fadiga visual, catarata, leucemia etc. (RIBEIRO, 2012);
c) biológicos - representados por parasitas, bactérias, vírus e outros microrganismos. Podem originar doenças como leptospirose, tuberculose, tétano etc. (RIBEIRO, 2012);
d) mecânicos (também denominado risco de acidentes) - São fatores ou situações potencialmente causadoras de acidentes, como arranjo físico inadequado, máquinas e equipamentos sem proteção, ferramentas inadequadas, eletricidade, probabilidade de incêndios ou explosões, animais peçonhentos, falta de sinalização.

Os acidentes do trabalho resultam em traumatismos em geral (traumatismo craniano, fraturas, amputações, esmagamentos, queimaduras etc) (RIBEIRO, 2012);

e) ergonômicos - são aqueles resultantes da falta de adaptação do trabalho ao homem, gerando sobrecarga nas estruturas músculo-esqueléticas como esforço físico intenso, levantamento e transporte manual de peso, exigência de posturas inadequadas, repetitividade. A sobrecarga na estrutura mental como controle rígido de produtividade, imposição de ritmos excessivos, trabalho em turno e noturno, jornada de trabalho prolongada, dentre outros, dão origem à fadiga mental, que dão origem à fadiga física, à lombalgia, a doenças osteomusculares (como LER-DORT) etc (RIBEIRO, 2012);

f) psicossociais - considerado pelo Ministério do Trabalho e Emprego também como ergonômicos, são aqueles resultantes das relações e organização do trabalho desfavorável ao trabalhador e que produzem sobrecarga psíquica como pressão de chefia, acúmulo de tarefas, tarefas monótonas, tarefas perigosas, possibilidade de perda do emprego, quota de produção pré-estabelecida, grau exigido de atenção, proibição de comunicação entre os trabalhadores durante a jornada. Essas situações resultam em estresse, fadiga e sofrimento mental (RIBEIRO, 2012).

O Ministério do Trabalho e Emprego aprovou as Normas Regulamentadoras (NRs) do capítulo V, Título II da CLT, através da Portaria nº 3214/78, que estabelecem as normas e requisitos para o trabalho. Conforme definição constada na NR 15, a assistência em ambiente hospitalar é consideradade alta a moderadamente insalubre, uma vez que os profissionais estão expostos a agentes químicos e biológicos, pois há contato permanente com pacientes em isolamento por doenças infectocontagiosas, bem como objetos de seu uso, não previamente esterilizados; trabalho ou operações em contato permanente com glândulas, vísceras, sangue, ossos; trabalhos e operações em contato permanente com pacientes ou com material infecto contagiante em hospitais, serviços de emergência, enfermarias, ambulatórios, postos de vacinação e outros

estabelecimentos destinados aos cuidados da saúde humana (PINTO; SANTOS; CÉSPEDES, 2009).

As condições para controle de infecção também são pouco respeitadas, inexistindo lavatórios exclusivos em quantitativo suficiente e em locais com exposição ao agente biológico para higiene das mãos, providos de água corrente, sabonete líquido, toalha descartável e lixeira provida de sistema de abertura sem contato manual (NR 32.2.4.3). Os quartos de isolamento de pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas devem conter lavatório em seu interior, conforme NR 32.2.4.3.1, no entanto, estas condições de higiene também são muitas vezes desrespeitadas.

Conforme ainda a NR 32 (item 32.2), quando há exposição a agentes biológicos, os trabalhadores de enfermagem devem utilizar vestimenta de trabalho adequada e em condições de conforto, e ainda, essa vestimenta deve ser fornecida sem ônus para o empregado. No entanto, para os profissionais de enfermagem, em várias instituições de saúde, há obrigatoriedade de utilização de uniforme, na maioria das vezes roupas brancas e jaleco (também chamado guarda-pó) (PINTO; SANTOS; CÉSPEDES, 2009).

Atualmente, o ônus é do trabalhador, que além de utilizar seus vencimentos para cumprir uma obrigação que seria do empregador, tem também que manter suas vestimentas em perfeitas condições de limpeza, higienizando-as em seu próprio domicílio, após contato com agentes biológicos durante atividades no local de trabalho, ocasionando grave risco de transmissão de infecção aos seus familiares, por violar princípios básicos de biossegurança, uma vez que, nas infecções cruzadas os microrganismos têm um papel passivo, cabendo ao homem o papel ativo, de carreamento dos agentes biológicos infecciosos (ANDRADE, 2002).

Da mesma forma que a fundamentação de biossegurança manifestada no item anterior acerca das vestimentas, os equipamentos de proteção individual na maioria das vezes encontram-se em quantidade insuficiente para os profissionais, tais como óculos de proteção, máscaras N95 e principalmente jalecos, que obrigatoriamente deveriam ser fornecidos pelos empregadores. Dessa forma, os profissionais, para manutenção da sua própria segurança, são vistos na obrigatoriedade de descumprirem a NR32 (item 32.2.4.6.2), pois precisam deixar seus locais de trabalho com seus equipamentos de proteção individual. O

empregador, por sua vez, também não providencia locais próprios para a deposição das roupas e EPIs limpos (armários previstos na NR24).

Nos setores fechados com maior grau de complexidade e exposição a material biológico, como os centros cirúrgicos, serviços de tratamento intensivo e semi-intensivo e unidade coronariana, o problema se agrava, pois os profissionais deveriam utilizar uniformes fornecidos pelo empregador no início de cada turno de trabalho e depositado em locais próprios ao término da jornada, para higienização também por responsabilidade do empregador. Ocorre que, frequentemente, os profissionais, com exceção aos atuantes no centro cirúrgico, utilizam vestimentas próprias e quando há disponibilização de uniformes (conhecidos no meio profissional como pijamas hospitalares), os mesmos não são em quantidade e tamanhos suficientes.

Diante de toda problemátia exposta e das constantes transformações que vêm ocorrendo no cotidiano dos trabalhadores, ao longo do tempo, vêm construindo um novo modo de vida e definindo diferentes padrões de saúde-doença, o que decorre da influência sobre o cotidiano de trabalho dos profissionais de enfermagem.

Diversas pesquisas (CAMELO; ANGERAMI, 2008; CARVALHO; MALAGRIS, 2007; CAVALHEIRO; JUNIOR; LOPES, 2008) têm apontado o estresse ocupacional como uma doença decorrente das atividades laborais e que acomete, com maior frequência, os trabalhadores da saúde, trazendo prejuízos, não só à saúde desses profissionais, como também à qualidade da assistência prestada pelos mesmos.

Para Almeida, Adriano e Ramalho (2011), a palavra estresse vem sendo banalizada e divulgada inadvertidamente através dos diferentes meios de comunicação. Tem-se acreditado ser esta a causa ou a explicação para inúmeros acontecimentos que afligem a vida humana moderna. Contudo, a utilização generalizada, sem maiores reflexões, simplifica o problema e oculta os reais significados de suas implicações para a vida humana. O estresse tem sido explicado como sensações de desconforto, sendo cada vez maior o número de pessoas que se definem como estressadas. O estresse é quase sempre visualizado como algo negativo que ocasiona prejuízo no desempenho global do indivíduo. Estressor é uma situação ou experiência que gera sentimentos de tensão, ansiedade, medo ou ameaça que pode ser de origem interna ou externa.

Segundo Lipp (2000), o estresse subdivide-se em três fases distintas:

a) reação de alarme - o organismo entra em estado de alerta a fim de proteger-se do perigo percebido e produz uma substância chamada adrenalina, que proporciona vigor, entusiasmo, energia e estimula o indivíduo a enfrentar situações mais difíceis, as quais exigem uma reposta rápida do organismo. Dessa forma, o indivíduo se torna mais produtivo e mais criativo, caracterizando-se por aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial; contração muscular intensa; dilatação dos brônquios e pupila e ansiedade. Esta é a fase positiva do estresse. Se o indivíduo consegue lidar com o fator gerador do estresse, eliminando-o ou aprendendo a lidar com o mesmo, ocorre o que é denominado *homeostase*, o organismo volta a sua situação básica de equilíbrio interno. Mas, se ao contrário, o estímulo persiste, ocorre uma evolução para as outras duas fases do processo de estresse;

b) fase de resistência - ocorre quando o agente estressor continua agindo por períodos prolongados, sendo caracterizada pela irritabilidade, insônia, mudanças no humor, diminuição da libido e atrofia de algumas estruturas relacionadas à produção de células sanguíneas (FRANÇA; RODRIGUES, 2005). Nesta fase, o estresse se torna excessivo, uma vez que o indivíduo ultrapassa seus limites e esgota sua capacidade de adaptação. Esse evento acarreta um déficit de nutrientes ao organismo e reduz a energia mental. O indivíduo passa a ter prejuízos na produtividade e capacidade de trabalho em consequência da sensação de desgaste generalizado e dificuldades com a memória. A qualidade de vida também é afetada;

c) fase de exaustão - representa, muitas vezes, falha dos mecanismos de adaptação. Há, em parte, um retorno à primeira fase, a de Alarme, e se o estímulo estressor continuar potente, o organismo pode morrer (FRANÇA; RODRIGUES, 2005). Dessa forma, essa é a fase mais negativa, considerada patológica, pois nela ocorre um grande desequilíbrio interior. O indivíduo entra em

> depressão, não consegue concentrar-se ou trabalhar, muitas vezes toma decisões impensadas e pode desenvolver doenças graves como úlceras, hipertensão arterial, psoríase e vitiligo (LIPP, 2000).

## 1.6 **Unidades fechadas**

A classificação dos pacientes por complexidade iniciou-se já na época de Florence Nightingale. De maneira empírica, surgiu a idéia de classificar os doentes de acordo com o grau de dependência, dispondo-os nas enfermarias de tal maneira que os mais graves ficassem próximos à área de trabalho dos enfermeiros, para maior vigilância e melhor atendimento (NIGHTINGALE, 1863).

Com o avanço dos procedimentos, a necessidade de se prestar maiores cuidados ao paciente durante o período pós-operatório imediato levou o desenvolvimento das unidades especiais de terapia. Inicialmente, o tratamento era realizado em salas especiais, adjacentes às de cirurgia, sendo o acompanhamento conduzido pelo cirurgião e, posteriormente, pelo anestesista. Com o passar do tempo, foi atribuída a enfermeiros e à equipe a responsabilidade direta pela observação e tratamento clínico dos pacientes de risco (WEIL; PLANTA; RACKOW, 1992).

As unidades fechadas evoluíram com a ciração das salas de recuperação, na década de 1920, para assistência a pacientes de neurocirurugia, Hospital Jonhs Hopkins e, na década de 1930, em Tubingen, na Alemanha, com a assistência intensiva pós-operatória. Na década de 1940, surgiram as salas de recuperação cirúrgica em Rochester, Minnesota, Nova Iorque e em Nova Orleans (CINTRA, 2005).

No final da década de 1950, foi cirada a primeira unidade de choque, com a introdução de monitorização cardiovascular invasiva dos pacientes em estado crítico e com traumatismo, em Los Angeles (DAY, 1968).

Em 1962, estabeleceu-se em Kansas City, Estados Unidos, a primeira unidade de vigilância a pacientes vítimas de infarto agudo do miocárdio, precursora das atuais unidades Coronarianas (WEIL; PLANTA; RACKOW, 1992).

De acordo com as necessidades e com o passar dos tempos, foram surgindo unidades especiais para outros pacientes, tais como: cirúrgicos, com problemas neurológicos, vítimas de queimaduras, portadores de crises respiratórias, renais, metabólicas, agudas e outras. Mais tarde, definiu-se as unidades fechadas de terapia intensiva nas áreas de obstetrícia, pediatria e neonatologia (CINTRA, 2005).

Os profissionais de enfermagem enfrentaram muitos desafios durante os anos de fundação das unidades fechadas. Os intervalos entre pesquisas e as aplicações clínicas eram tão próximos que não havia tempo para o desenvolvimento de novas equipes de enfermagem. Além do crescimento das necessidades de atendimentos aos pacientes, os equipamentos também exigiam boa barte da atenção dos profissionais (WEIL; PLANTA; RACKOW, 1992).

No Brasil, a implantação das Unidades fechadas teve início mais fortemente na década de 1970. Atualmente é uma realidade no contexto hospitalar. O surgimento destas unidades representou um marco dentro dos progressos obtidos pelos hospitais em nosso século, visto que, antes dela, os pacientes graves eram tratados nas próprias enfermarias, faltando, assim, área física adequada, além de recursos materiais e humanos para uma melhor qualidade desse cuidado (CINTRA, 2005).

Diante da retrospectiva exposta, percebe-se que, para atuar em unidades fechadas, faz-se necessário profissionais capacitados e preferencialemente especializados. Os trabalhadores em questão, entram em contato diariamente com pacientes graves, que necessitam de intervenções imediatas e precisas, no entanto, os profissionais de enfermagem não possuem nenhum respaldo que reduza a carga horária ou nenhum benefício salarial por prestar uma assistência especializada.

# 2 **MATERIAIS E MÉTODOS**

## 2.1 **Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo de natureza descritiva, com abordagem quantitativa apoiado na epidemiologia descritiva e estatística.

Preferiu-se a pesquisa descritiva, que, de acordo com Gil (2002), visa descrever características de determinada população ou fenômeno e relações entre as variáveis, que envolvem uso de técnicas padronizadas de coletas de dados como questionário e observação sistemática.

De acordo com Leser et al. (2000), as pesquisas descritivas apresentam relações entre as variáveis para explicar um fenômeno ou visam descobrir a existência de associações entre variáveis, para determinar a natureza dessa relação ou proporcionar uma nova visão, assim como a Epidemiologia descritiva, que busca descrever o evento que se quer estudar, em termos de freqüência das condições de saúde e da ocorrência de doenças com diferentes períodos de tempo na saúde dos trabalhadores.

Segundo Minayo (1993), ao se desenvolver uma proposta de investigação ou até mesmo no desenrolar das etapas de uma pesquisa, há que se reconhecer a conveniência e a utilidade dos métodos disponíveis, face aos tipos de informações necessárias para se cumprir os objetivos do trabalho.

Para Lakatos e Marconi (2001), a abordagem quantitativa descritiva apresenta como finalidade o delineamento ou análise das características de fatos ou fenômenos e a avaliação de programas caracterizados pela precisão e controle estatísticos, tendo por objetivo a coleta sistemática de dados sobre populações, utilizando várias técnicas como: entrevistas, questionários, formulários, etc.

Polit e Hungler (1995) definem que o método quantitativo envolve a coleta sistemática de informação numérica, normalmente mediante condições de muito controle, além da análise dessa informação, utilizando-se de procedimentos estatísticos.

Esta pesquisa caracteriza-se como um estudo descritivo das características de determinada população ou fenômeno. O levantamento descreve relações entre

variáveis como: faixa etária, categoria profissional, estado de saúde físico e mental, qualidade de vida relacionada ao serviço noturno em unidades fechadas e as condições de trabalho.

## 2.2 **Local do estudo**

Este estudo desenvolveu-se em unidades fechadas de um Hospital estadual, localizado no município do Rio de Janeiro, com aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro/SR2 sob o número de Parecer 066/2012 (ANEXO A).

O Hospital em questão foi fundado em 1950, com a missão de prestar assistência integrada, humanizada e de excelência em saúde, sendo agente transformador da sociedade através do ensino, pesquisa e extensão. Constitui um dos maiores hospitais públicos do Estado do Rio de Janeiro, sendo referência em numerosas especialidades.

Possui 44.000m² de área construída, com 530 leitos, mais de sessenta especialidades, com dezesseis salas operatórias. É um Hospital de grande porte, com cobertura assistencial estimada de 1.000.000 (um milhão) de habitantes, podendo ser considerado um Centro de excelência e referência para o estado do Rio de Janeiro na área de ensino e saúde. Possui atividades assistenciais, de pesquisa e extensão e tem um papel primordial na formação de profissionais, por ser um Hospital Escola, que serve de campo de aprendizado para graduação e pós-graduação na área de saúde.

Atua como instituição de referência em todo território nacional, uma vez que participa do Sistema de Regulação (SISREG) do Ministério da Saúde, principalmente no que tange ao atendimento aos pacientes de média e alta complexidade.

Além de todos os serviços inovadores que surgiram e vêm acontecendo no hospital, este agrega unidades de tratamento clínico e cirúrgico, que proporcionam resolutividade e atenção integral ao cliente, ambulatorial e hospitalizado.

O critério para a seleção deste hospital foi o fato de ser uma instituição de grande porte, com setores fechados, que prestam assistência de alta

complexidade. Os setores escolhidos foram: Centro de Terapia Intensiva geral, centro cirúrgico, unidade cardiointensiva e Centro de Terapia Intensiva Cardiológica (CTI cardíaco).

## 2.3 **População**

A equipe de enfermagem de toda instituição totaliza 1489 (hum mil quatrocentos e oitenta e nove) profissionais, sendo 289 (duzentos e oitenta e nove) enfermeiros concursados, 22 (vinte e dois) enfermeiros prestadores de serviços, 888 (oitocentos e oitenta e oito) técnicos de enfermagem servidores públicos e 290 (duzentos e noventa) auxiliares prestadores de serviços com contratos firmados pela Superintendência de Recursos Humanos (SRH), dados fornecidos pelo Departamento de Tecnologia da Informação em Recursos Humanos (DETEC) da Superintendência de Recursos Humanos da UERJ (SRH/UERJ). Os trabalhadores exercem suas atividades como plantonistas12 x 60 horas, ou seja, trabalham 12 horas e folgam 60 horas, plantonistas 12 x 36 horas, ou seja, trabalham 12 horas e folgam 36 horas, outros de segunda a sexta-feira de 07:00 às 13:00 horas ou de segunda a sexta-feira de 13:00 às 19:00 horas, e outros de 08:00 às 17:00 horas também de segunda a sexta-feira.

A instituição dispõe de um quadro de trabalhadores de enfermagem com dois vínculos trabalhistas: estatutários e prestadores de serviço com contrato formalizado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, com remuneração de acordo com o preconizado pela Lei Estadual nº 6163/2012. Existem também profissionais em treinamento, na modalidade de Treinamento Profissional Bolsista (TPB) com remuneração e carga horária próprias.

Os sujeitos da pesquisa foram os trabalhadores do serviço noturno das unidades descritas no Quadro a seguir. O número de entrevistados foi de 90 (noventa) profissionais correspondendo a 82,6% do universo de 109 (cento e nove) atuantes no serviço noturno nestes setores.

| Setores | Número de leitos | Total de profissionais | Quantitativo de Profissionais no Serviço Noturno |
|---|---|---|---|
| Centro Cirúrgico | 20 salas e 12 leitos de recuperação pré e pós-anestésica | 17 enfermeiros<br>127 técnicos / auxiliares | 7 enfermeiros<br>49 técnicos/ auxiliares |
| Unidade Cardio intensiva | 6 leitos | 8 enfermeiros<br>21 técnicos / auxiliares | 3 enfermeiros<br>9 técnicos / auxiliares |
| CTI geral | 7 leitos | 17 enfermeiros<br>28 técnicos / auxiliares | 8 enfermeiros<br>12 técnicos / auxiliares |
| CTI Cardíaco | 8 leitos | 21 enfermeiros<br>25 técnicos / auxiliares | 9 enfermeiros<br>12 técnicos / auxiliares |
| Total | 53 leitos | 264 profissionais | 109 profissionais |

Quadro 1 - Distribuição do quantitativo de profissionais de enfermagem por categoria profissional, nos setores fechados e no serviço noturno, com descrição do número de leitos, de um hospital público localizado no município do Rio de Janeiro – RJ - 2012

Foram definidos critérios de inclusão, a saber:

a) ser profissional de enfermagem com título de auxiliar, técnico de enfermagem ou enfermeiro;
b) consentimento espontâneo em participar da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A);
c) trabalhar há mais de um ano na unidade com o mesmo tipo de vínculo;
d) estabeleceram-se estes critérios tendo em vista a necessidade de vivência na instituição para a realização da pesquisa.
e) os critérios de exclusão colocados foram:
f) a não aceitação em participar da pesquisa;
g) encontrar-se afastado das atividades laborais no momento da coleta de dados (férias, licenças);
h) a desistência em participar durante a pesquisa.

## 2.4 **Técnica de coleta de dados**

Foi utilizado um questionário semiestruturado (ANEXO B), dividido em três partes distintas, criteriosamente elaboradas, visando contemplar o objeto e objetivos deste estudo, com perguntas fechadas, aplicado à população alvo, que abordou itens sobre condições de trabalho e satisfação, incluindo características pessoais, problemas relacionados à saúde e problemas relacionados ao ambiente de trabalho, exclusivamente no serviço noturno e em unidades fechadas.

Para verificação de sua aplicabilidade, foi realizado um teste piloto com vinte profissionais de enfermagem de diferentes especialidades ou áreas de atuação com o objetivo de aprimorar a compreensão e formatação. Para controle da aplicabilidade foi utilizado um pequeno questionário com três questões (APÊNDICE B). Tal procedimento dividiu-se em dois momentos distintos: primeiramente o questionário foi respondido por dez profissionais que realizaram sugestões e posteriormente foi testado com outros dez profissionais que julgaram a objetividade. Importante ressaltar que, durante toda coleta de dados, foi mantido o questionário de julgamento da objetividade do instrumento, porém este foi inserido como preenchimento opcional.

Cabe enfatizar que houve uma limitação de tempo na etapa de coleta e tratamento dos dados, tendo em vista os aspectos burocráticos que retardaram a aprovação no Comitê de Ética. O tempo da elaboração da pesquisa e análise dos resultados foi limitado, visto que o deferimento do comitê levou sete meses para ser divulgado, com carta de aprovação entregue somente em outubro de 2012.

A coleta de dados ocorreu em seis noites distintas no mês de outubro de 2012. Inicialmente foi realizada uma reunião com os funcionários a fim de esclarecer os objetivos, metodologia e princípios éticos da pesquisa. Este procedimento foi repetido em todos os plantões, abrangendo exclusivamente o turno de trabalho noturno. Após, procedeu-se a análise individualizada de cada questionário respondido pelos 90 sujeitos abordados. É importante ressaltar, que a participação na pesquisa foi opcional para cada trabalhador, considerada válida somente após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## 2.5 **Tratamento e análise dos dados**

Para a análise dos dados quantitativos coletados na pesquisa foi utilizado um software para o tratamento dos dados nas ciências sociais, chamado *Statisticalpackage for the Social sciences* (SPSS, 2009). O benefício na utilização do SPSS é que este programa permite fazer testes estatísticos, tais como os testes da correlação, hipótese.

Optou-se pelo tratamento estatístico a partir da análise estatística bivariada, já que esta consiste em examinar simultaneamente as respostas de duas questões diferentes, com o objetivo de pesquisar influências, causalidades ou coincidências.

Os dados foram organizados em forma de gráficos e tabelas e correlacionados ao referencial teórico como respaldo para a sua análise.

## 2.6 **Aspectos éticos**

A pesquisa foi cadastrada no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa (SISNEP) envolvendo Seres Humanos e posteriormente enviada para a apreciação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade. Foi solicitada autorização da direção do hospital e da chefia geral de enfermagem para a sua realização.

Os sujeitos foram abordados e convidados a participar da pesquisa; foi explicado o caráter opcional, bem como o conteúdo da pesquisa e importância da participação, do anonimato no estudo, da inexistência de riscos em seu trabalho, assim como a possibilidade de desistência a qualquer momento da realização do estudo.

Foram respeitados os aspectos éticos conforme determina a Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Para tal, todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), contendo informações sobre a voluntariedade na participação, confidencialidade, riscos e benefícios; garantia de

que não haverá riscos na participação da pesquisa e informações como a relevância social do estudo, assim como os respectivos objetivos.

Este termo foi assinado em duas vias, antes do início da coleta de dados, uma permanecendo com o participante e a outra com o pesquisador.

Assim cumpriram-se os princípios de autonomia, justiça, beneficência e não maleficência, descritos na referida resolução.

O Projeto foi avaliado e autorizado pelo Comitê de ética em pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Sr2 sob o número de Parecer 066/2012 em 23 de outubro de 2012 (ANEXO A).

# 3 **APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Os resultados obtidos foram organizados em grupos representados por: características individuais dos trabalhadores de enfermagem; satisfação de atuação no serviço noturno e em unidades fechadas; índice de satisfação quanto à interferência da organização na atuação profissional; índice de satisfação no que se refere à segurança pessoal em relação à exposição a riscos; interferência do serviço noturno em unidades fechadas na saúde dos profissionais de enfermagem. Os dados estarão sendo demonstrados por meio das tabelas com frequências absolutas e figuras.

A população dos quatro setores avaliados é composta por 264 (duzentos e sessenta e quatro) profissionais de enfermagem. No período noturno, este número é reduzido para 109 (cento e nove); havia 94 (noventa e quatro) trabalhadores na ativa, sendo que a coleta ocorreu com 90 (noventa) destes trabalhadores, pois 19 (dezenove) funcionários estavam afastados por férias, licença prêmio, licença médica ou atestado, ou não foram encontrados devido à troca de plantão ou recusaram-se a participar.

Dos profissionais presentes, 99,9% aceitaram participar da pesquisa. A coleta ocorreu no local de desempenho dos mesmos, no horário de trabalho, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

## 3.1 **Características individuais dos trabalhadores de enfermagem**

A Tabela 1 refere-se à distribuição da categoria profissional da população alvo estudada.

Tabela 1 - Categoria profissional dos trabalhadores de enfermagem das unidades fechadas no serviço noturno de um hospital público, no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012

| Categoria Profissional | n | % |
|---|---|---|
| Enfermeiro | 27 | 30,0 |
| Técnico de enfermagem | 57 | 63,3 |
| Auxiliar de enfermagem | 6 | 6,7 |
| Total | 90 | 100,0 |

Nota: (n=90).

Pode ser constatado que, do total de profissionais do estudo, 57 (63,3%) são da categoria técnicos de enfermagem, representando a maior força de trabalho dentro das Unidades Fechadas, sendo os responsáveis pelos procedimentos de baixa e média complexidade nos cuidados diretos aos pacientes, sob supervisão do enfermeiro.

O quantitativo de seis auxiliares de enfermagem atuantes em unidades fechadas é um dado preocupante, visto que se encontra em desacordo com a Lei nº 7498/86, Decreto nº 94406/87 e Resolução COFEN nº 293/2004. O auxiliar de enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão, bem como participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhes especialmente: observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas; executar ações de tratamento simples; prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e participar da equipe de saúde. As atividades referidas somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão do enfermeiro. Diante do exposto, não há autorização legal para que estes trabalhadores promovam assistência aos pacientes graves, apenas o técnico de enfermagem possui tal autorização, porém mediante supervisão direta do enfermeiro. Cabe mencionar que o quantitativo de auxiliares na instituição é expressivamente menor visto que os últimos concursos realizados para profissionais de nível médio na área de enfermagem contemplaram exclusivamente o quadro de técnicos.

A direção de enfermagem do Hospital estudado aponta a necessidade de aumentar o número de enfermeiros e enfatiza o recente concurso público realizado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro para prover a instituição. De tal

forma, há a previsão de convocação dos profissionais para o ano de 2013, o concurso apresenta validade de dois anos com extensão por igual período.

Neste sentido, há necessidade de se refletir sobre a divisão interna do trabalho, o que caracteriza as atividades de enfermagem. O trabalho intelectual e o trabalho manual ainda definem a caracterização dos grupos dentro da enfermagem e constituem as relações de poder no processo de trabalho.

A interpretação do dimensionamento por categorias profissionais indica que a população participante encontra-se inadequada quando utilizado a Resolução COFEN nº 293/2004, visto que o quantitativo de enfermeiros apresenta-se inferior ao preconizado para assistência a pacientes graves, onde o ideal é que 52 a 56% sejam enfermeiros e 44% a 48% sejam técnicos de enfermagem (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 2012).

A Tabela 2 demonstra a distribuição dos profissionais por setores fechados da instituição.

Tabela 2 - Distribuição de profissionais de enfermagem por setor de atuação, em unidades fechadas, no serviço noturno, em um hospital público, no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012

| **Setor** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| Centro cirúrgico | 39 | 43,4 |
| CTI geral | 18 | 20,0 |
| Unidade cardio intensiva | 12 | 13,3 |
| CTI cardíaco | 21 | 23,3 |
| Total | 90 | 100,0 |

Nota: (n=90).

A maior parte dos profissionais entrevistados exerce suas atividades no Centro cirúrgico, perfazendo 43,4%, seguido pelo CTI cardíaco com 23,3%, CTI geral com 20% e, posteriormente, Unidade cardio intensiva com 13,3%.

Estes dados indicam que os setores com o maior número de leitos são os que possuem o maior quantitativo de profissionais de enfermagem. No entanto, o dimensionamento para o número de leitos das unidades fechadas encontra-se inferior ao preconizado pela Resolução COFEN nº 293/2004 e RDC nº 7/2010 que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.

Cabe mencionar que não houve escolha de quantitativos de sujeito por unidade para entrevista, tal procedimento ocorreu de forma aleatória. Percebeu-se que os setores onde não ocorreu adesão total de participantes, por motivos já descritos no item 4.0, foram centro cirúrgico e CTI geral.

O questionário semiestruturado incluiu questões demográficas, socioeconômicas e ocupacionais que permitissem traçar as características individuais dos trabalhadores.

Foram consideradas variáveis independentes as demográficas (sexo e idade); as socioeconômicas (nível de formação e tempo de formação); as ocupacionais (tempo de atuação na instituição, tempo de atuação em unidades fechadas, tempo de atuação no serviço noturno, carga horária, realização de outra atividade remunerada e número de vínculos empregatícios). A tabela a seguir exibe os dados das variáveis independentes.

A Tabela 3 demonstra a faixa etária dos trabalhadores das unidades fechadas selecionadas, bem como a distribuição por sexo.

Tabela 3 - Distribuição de profissionais de enfermagem segundo a faixa etária e sexo em unidades fechadas, no serviço noturno, em um hospital público, no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012

| **Idade** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| 20 a 30 | 21 | 23,3 |
| 31 a 40 | 27 | 30,0 |
| 41 a 50 | 30 | 33,3 |
| 51 a 60 | 12 | 13,4 |
| Total | 90 | 100,0 |

| **Sexo** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| Feminino | 57 | 63,3 |
| Masculino | 33 | 36,7 |
| Total | 90 | 100,0 |

Nota: (n=90).

Observou-se uma população com idade predominante entre 31 e 50 anos, correspondendo a 63,3% do total de sujeitos entrevistados.

O sexo feminino, também foi majoritário, o que caracteriza a profissão desde os primórdios, quando os cuidados estavam relacionados à prática entre as

mulheres. A intenção de assegurar a evolução histórica do cuidar na humanidade explica a predominância feminina até os dias de hoje (COLLIÉRE, 1999).

O aumento do número de mulheres no mercado de trabalho tem sido cada vez mais significativo, com uma participação feminina efetiva na atividade econômica. Porém, apesar dessas mudanças no cenário do trabalho, as mulheres permanecem como responsáveis pelo cuidar dos filhos, da família e pela realização das atividades domésticas (MACÊDO, 2009).

É considerado um traço estrutural das atividades do setor de saúde, a preponderância da força do trabalho feminino nas atividades que envolvem o trato e o cuidado com as pessoas (MARTINS et al., 2003).

A Tabela 4 demonstra o cruzamento do estado conjugal com a guarda dos filhos dos trabalhadores das unidades fechadas selecionadas. Foi realizada uma análise bivariada e estratificada para medir a associação entre as variáveis “filhos e estado civil”. Os dados foram analisados e processados também se utilizando os programa *Statistical Package for The Social Sciences* (SPSS, 2009).

Tabela 4 - Distribuição de profissionais de enfermagem por situação conjugal e guarda de filhos, que atuam em unidades fechadas, no serviço noturno, em um hospital público, no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012

| **Guarda dos Filhos** | **Sim** | | **Não** | | **Total** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Situação Conjugal** | **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| Solteiro | 9 | 18,7 | 21 | 50 | 30 | 33,3 |
| Casado | 18 | 37,5 | 18 | 42,8 | 36 | 40 |
| Divorciado | 18 | 37,5 | 0 | 0 | 18 | 20 |
| Viúvo | 3 | 6,3 | 3 | 7,2 | 6 | 6,7 |
| Total | 48 | 100 | 42 | 100 | 90 | 100 |

Nota: (n=90).

Os resultados indicaram que 40% dos entrevistados são casados e possuem filhos sob sua guarda. Cabe mencionar que 20% dos entrevistados são divorciados e possuem filhos sob sua guarda. Schabber (2005) determina que o divórcio legaliza um estado de discórdia entre o casal, leva a uma liberação do clima de disputa e cria novas estruturas domésticas de convivência entre pais e filhos. Para os filhos, inicialmente, representa um mistério que precisa ser explicado com clareza e objetividade. Trata-se de um marco legal que provoca em todos os familiares, principalmente em pais e filhos, angústias e incertezas que ameaçam a

estabilidade pessoal e causam inúmeras mudanças na dinâmica do cotidiano familiar.

Diante dos dados expressos nesta pesquisa, percebe-se um elevado número de mulheres, divorciadas e com filhos sob sua guarda. Nesta análise torna-se importante o destaque da atuação destas no serviço noturno, o que sugere uma situação estressante na criação dos filhos. Fischer et al. (2004) expressam que as pessoas que atuam em trabalho noturno estão com freqüência fora de interação com a sociedade e podem enfrentar dificuldades maiores em suas vidas familiares; conseqüentemente, o trabalho noturno pode levar a um prejuízo social. Os esquemas familiares ficam prejudicados, assim como as obrigações pessoais (isto é, levar filhos na escola, tarefas domésticas). É importante destacar o processo social da mulher, como o vínculo além do trabalho formal, a execução de cuidados domésticos no seio familiar, atividades sem o reconhecimento monetário, que consome grande parte do tempo produtivo.

A “pressão” exercida pelo trabalho noturno é uma condição constante entre aqueles que têm um ônus familiar pesado (p. ex. mulheres com filhos pequenos) e isto pode ser uma influência negativa na educação dos filhos (COLLIGAN; ROSA, 1990). Fischer et al. (2004) afirmam por outro lado, que o trabalho noturno pode permitir um uso mais flexível das horas diurnas para atender a necessidades ou preferências, em particular ou atenção maior aos filhos nas horas diurnas ou maior desempenho nas tarefas domésticas.

Tabela 5 – Distribuição pelo tempo de formação dos profissionais de enfermagem que atuam nas unidades fechadas, no serviço noturno em um hospital público, no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012

| Tempo de formação | n | % |
|---|---|---|
| 0 a 10 | 24 | 26,7 |
| 11 a 20 | 24 | 26,7 |
| 21 a 30 | 42 | 46,6 |
| Total | 90 | 100,0 |

Nota: (n=90).

Nota-se que 42 profissionais dos 90 entrevistados apresentam entre 21 e 30 anos de formados, que demonstra a existência de funcionários mais experientes, com muito tempo de atuação na área, que se justifica pelo expressivo quantitativo de funcionários concursados, onde o índice de rotatividade é mínimo quando

comparado a instituições privadas. Diante do exposto, faz-se necessário a atuação do serviço de educação continuada para promoção de investimentos na área de treinamento, promovendo, assim, atualizações constantes dos conteúdos para a equipe.

A Educação Continuada é o componente essencial dos programas de formação e desenvolvimento de recursos humanos das instituições. O desenvolvimento da equipe de enfermagem é um dos fatores que pode assegurar a qualidade do atendimento ao cliente e a sobrevivência da instituição neste cenário de mudanças e competitividade (SILVA, 2008). Torna-se indispensável a identificação dos temas de maior necessidade das equipes, sendo este um diagnóstico da situação, para assim proceder a realização de treinamentos teóricos e práticos sobre os assuntos assinalados.

A Tabela 6 demonstra a distribuição de trabalhadores de enfermagem a partir do cruzamento do número de vínculos empregatícios com a carga horária semanal em todos esses vínculos.

Tabela 6 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem de acordo com o cruzamento das variáveis números de vínculos empregatícios e carga horária semanal em todos os vínculos existentes, dos trabalhadores de enfermagem, em Unidade fechada, no serviço noturno, em um Hospital público no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012

| **Carga Horária (horas)** | **20 a 40** | | **41 a 60** | | **61 a 80** | | **Mais de 80** | | **Total** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número de vínculos** | **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| 1 | 18 | 85,7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 18 | 20 |
| 2 | 3 | 14,3 | 15 | 100 | 36 | 100 | 0 | 0 | 54 | 60 |
| 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 18 | 100 | 18 | 20 |
| Total | 21 | 100 | 15 | 100 | 36 | 100 | 18 | 100 | 90 | 100 |

Nota: (n=90).

Com o cruzamento das variáveis, tornou-se possível perceber que, quanto ao número de vínculos e carga horária semanal em todos os vínculos, a maioria dos entrevistados possuem dois vínculos e exercem uma carga horária entre 61 e 80 horas semanais. No entanto, o quantitativo 20% dos participantes exercendo mais de 80 horas semanais, com três vínculos empregatícios, é um dado alarmante, visto que uma semana possui 168 horas. Neste caso, o indivíduo trabalha 50% do número de horas semanais, restando apenas mais 50% para o lazer, descanso e atividades que preservem a vida em sociedade. O grande

problema das altas cargas de trabalho em horas relaciona-se aos prejuízos à saúde em longo prazo e, por se tratar de uma equipe com mais tempo de atuação, é provável que os trabalhadores já estejam sentindo os malefícios adquiridos em virtude deste estilo de vida adotado.

Mauro (1998) reflete sobre o fato de o trabalhador expor-se a muitas horas contínuas de trabalho, pois é reconhecido que o trabalho, por períodos consecutivos, constitui um perigo para a saúde levando à fadiga, principalmente quando associado a outros fatores tais como calor, frio, umidade, iluminação insuficiente, postura inadequada, dentre outros.

A duplicidade de vínculos empregatícios presente na profissão de enfermagem, normalmente, está ligada aos baixos salários percebidos em cada emprego assumido pelo profissional, pois, só com o somatório de salários é que usualmente os profissionais de enfermagem conseguem suprir suas necessidades econômicas e sociais (ZEITOUNE, 2007).

Tabela 7- Distribuição dos trabalhadores de enfermagem de acordo com o tempo de atuação, em um Hospital público no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012

| **Tempo de atuação na instituição (anos)** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| Menos de 1 | 3 | 3,3 |
| 1 a 4 | 24 | 26,7 |
| 5 a 9 | 15 | 16,7 |
| Mais de 10 | 48 | 53,3 |
| Total | 90 | 100,0 |

Nota: (n=90).

Tabela 8 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem de acordo com o tempo de atuação em unidade fechada, em um Hospital público no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012

| **Tempo de atuação em unidade fechada (anos)** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| Menos de 1 | 3 | 3,3 |
| 1 a 4 | 39 | 43,3 |
| 5 a 9 | 12 | 13,3 |
| Mais de 10 | 36 | 40,0 |
| Total | 90 | 100,0 |

Nota: (n=90).

Tabela 9 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem de acordo com o tempo de atuação no serviço noturno, em um Hospital público no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012

| **Tempo de atuação no serviço noturno (anos)** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| Menos de 1 | 3 | 3,3 |
| 1 a 4 | 33 | 36,7 |
| 5 a 9 | 24 | 26,7 |
| Mais de 10 | 30 | 33,3 |
| Total | 90 | 100,0 |

Nota: (n=90).

De acordo com as Tabelas 7, 8 e 9, percebe-se que 53,3% dos trabalhadores atuam na instituição há mais de 10 anos, porém o tempo de atuação em unidade fechada mais assinalado foi entre 1 e 4 anos, semelhante ao tempo de atuação no serviço noturno, embora haja um percentual considerável (40%) e (33%) com tempo superior a 10 anos.

Segundo Rutenfranz, Knauth e Fisher (1989), o labor noturno é contrário à natureza do ser humano. Predominantemente diurno, o corpo humano é regido por ritmos biológicos ou naturais. Neste sentido, os trabalhadores noturnos apresentam maiores problemas no campo fisiológico e psicossocial que os outros trabalhadores devido à rotina de trabalho que lhes é imposta. Inclusive, há um comprometimento na sua capacidade produtiva.

A análise das tabelas anteriores expõe predominância no tempo de atuação no serviço noturno entre 1 e 4 anos, o que causa preocupação quando confrontado com a idade média dos trabalhadores de enfermagem apresentados na Tabela 3, com a maioria entre 41 e 60 anos de idade, visto que a maior parte também possui outros vínculos empregatícios. Este evento aumenta a probabilidade de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, distúrbios alimentares e distúrbio do sono (FISCHER et al., 2004).

Na Tabela 10, foi feito o cruzamento das variáveis idade e tempo de atuação no serviço noturno; a partir deste cruzamento tornou-se evidente o alto percentual de trabalhadores com mais de 10 anos de atuação no serviço noturno e com idade entre 41 e 60 anos de idade. Contudo, o maior percentual, representado por 38% dos entrevistados atuam entre 1 e 4 anos no trabalho noturno e possuem idade inferior a 40 anos.

Tabela 10 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem de acordo com o cruzamento das variáveis idade e tempo de atuação no serviço noturno, em um Hospital público no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012

| **Tempo serviço noturno (anos)** | **Menos de 1** | | **1 a 4** | | **5 a 9** | | **Mais de 10** | | **Total** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Idade** | **n** | **%** | **N** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| 20 a 30 | 3 | 100 | 18 | 54,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 21 | 23,3 |
| 31 a 40 | 0 | 0 | 12 | 36,3 | 12 | 50 | 3 | 10 | 27 | 30 |
| 41 a 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 12 | 50 | 18 | 60 | 30 | 33,4 |
| 51 a 60 | 0 | 0 | 3 | 9,2 | 0 | 0 | 9 | 30 | 12 | 13,3 |
| Total | 3 | 100 | 33 | 100 | 24 | 100 | 30 | 100 | 90 | 100 |

Nota: (n=90).

Enquanto a maior parte da sociedade dorme, os trabalhadores de enfermagem estão na ativa, prejudicando sua saúde física, mental e, principalmente, potencializando o risco de acidentes pela inversão de horários. É possível perceber, através desta tabela, que a maior parte dos entrevistados possui idade entre 41 e 50 anos e, dentro desta faixa etária, a maior parte trabalha há mais de 10 anos no serviço noturno.

Tabela 11 - Distribuição dos trabalhadores segundo o nível de formação no que se refere à Pós-Graduação, em Unidade fechada, no serviço noturno, em um Hospital público no Município do Rio de Janeiro - RJ - 2012

| **Formação Pós-Graduação** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| Especialização completa | 42 | 46,7 |
| Especialização incompleta | 3 | 3,3 |
| Mestrado completo | 6 | 6,7 |
| Outros | 3 | 3,3 |
| Não se aplica | 36 | 40,0 |
| Total | 90 | 100,0 |

Nota: (n=90).

A Tabela 11 é ilustrativa no tocante à dificuldade do profissional de enfermagem assistencial realizar especializações, principalmente os enfermeiros em alçar a Pós-Graduação *stricto-sensu*. Apenas 6,7% dos profissionais possuem o Mestrado e a inexistência de profissionais com Doutorado merece destaque. Estes dados confirmam o que tem sido publicado na literatura, a ligação estreita entre a excessiva carga de trabalho devido a baixa remuneração e a quase impossibilidade de atualização e aprofundamento acadêmico/profissional (ALMEIDA, 1993).

A questão da capacitação técnica e acadêmica dos profissionais de enfermagem esbarra, especialmente, na clássica questão das elevadas cargas horárias. Muitos hospitais “[...] trabalham com um número reduzido de enfermeiros, acarretando, assim, uma sobrecarga de trabalho deste profissional” (BATISTA et al., 2005, p. 85). Neste sentido, para muitos trabalhadores de enfermagem, torna-se inviável a possibilidade de expandir conhecimentos que seriam de grande valia para sua atuação e mesmo para a sua motivação pessoal. A possibilidade de diminuição da carga horária diante da realização de um curso de aperfeiçoamento ou de pós-graduação, por exemplo, seria uma motivação importante para a atualização do profissional de enfermagem. “[...] notou-se que o salário não se constitui como principal fator de motivação, principalmente levando-se em conta outros fatores, tais como a carga horária e as condições laborais oferecidas” (BATISTA et al., 2005, p. 90). Muitos profissionais percebem a necessidade de atualização permanente. “[...] observou-se que muitos profissionais de enfermagem investigados consideraram importante a aquisição de novos conhecimentos na sua capacitação para o cuidado” (SANTANA; FERNANDES, 2008, p. 812). Entretanto, a aquisição de novos conhecimentos e a incorporação dos mesmos à prática cotidiana são aspectos que demandam tempo e motivação para serem efetivados, fatores que a maioria dos profissionais de enfermagem não dispõe.

> [...] para o entendimento dos novos elementos que passam a ser incorporados à atuação do profissional enfermeiro, é imprescindível que sejam decodificadas as competências que instrumentalizam o seu desempenho de forma compatível com o seu bem estar pessoal e realização profissional (KURCGANT, 2011, p. 2).

Mesmo quando a instituição promove cursos de atualização, é mais difícil observarmos o apoio à reflexão e produção de conhecimento acadêmico na área de enfermagem. O resultado contundente acerca dos profissionais que possuem Doutorado, demonstrado na Tabela 11, reforça esta argumentação.

> Outro aspecto observado foi que a organização, ao tempo em que busca priorizar a capacitação de suas trabalhadoras, ela não estimula as atividades de produção e publicação de novos conhecimentos por suas trabalhadoras. O desenvolvimento de pesquisas entre as enfermeiras entrevistadas tem sido incipiente e as poucas atividades de pesquisa existentes não têm sido direcionadas para a publicação de seus achados. Dentre as enfermeiras da assistência, entrevistadas, todas que possuem especialização realizaram trabalhos científicos, como requisito para a aquisição do título. Entretanto, nenhuma publicou seu trabalho, apesar de reconhecerem que a prática de Enfermagem requer troca de experiência entre os profissionais (SANTANA; FERNANDES, 2008, p. 812).

Este dado pode ser explicado pela ausência de tempo para cursar especializações, visto que a maioria dos profissionais possui mais de um vínculo empregatício por necessidade de melhores salários para sustentação familiar.

O sucesso da prestação da assistência ao paciente e família se faz com profissionais que estejam preparados globalmente, isto é, no sentido de conhecimentos, emoções e atuação com estrutura adequada (BIANCHI, 2000).

Fernandes (2012) afirma que a pós-graduação brasileira *stricto sensu* em enfermagem foi constituída em 1972, expandiu-se com o passar dos anos, e com ela, também a produção científica da área. Em mais de três décadas de existência, é considerada a grande fonte de produção de conhecimentos da enfermagem, sobretudo a partir da criação do doutorado em 1981, contudo é notória a falta de incentivo das instituições e dificuldade de realização por parte dos profissionais devido aos múltiplos vínculos e sobrecarga de trabalho.

## 3.2 **Satisfação de atuação no serviço noturno e em unidades fechadas**

Nas Tabelas 12 e 13, foram feitos os cruzamentos das variáveis satisfação e motivo de atuação em unidade fechada e satisfação e motivo de atuação no serviço noturno, respectivamente.

Tabela 12 – Distribuição de trabalhadores de enfermagem segundo o cruzamento das variáveis satisfação e motivo de atuação em unidade fechada, no serviço noturno, em um Hospital público no Município do Rio de Janeiro - RJ – 2012

| **Satisfeito** | **Sim** | | **Não** | | **Total** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Motivo unidade fechada** | **N** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| Escolheu na especialização | 42 | 53,9 | 6 | 50 | 48 | 53,4 |
| Não havia vaga em outro setor | 9 | 11,5 | 0 | 0 | 9 | 10 |
| Foi remanejado | 12 | 15,4 | 6 | 50 | 18 | 20 |
| Eu gosto | 9 | 11,5 | 0 | 0 | 9 | 10 |
| Outros | 6 | 7,7 | 0 | 0 | 6 | 6,6 |
| Total | 78 | 100 | 12 | 100 | 90 | 100 |

Nota: (n=90).

A possibilidade de optar durante a especialização pela unidade fechada produz um efeito de satisfação no exercício laboral para a maioria dos entrevistados. Percebe-se que 53,4% dos entrevistados atuam em unidades fechadas devido à especialização e, portanto, encontram-se majoritariamente satisfeitos.

O expressivo índice de satisfação apresentado na Tabela 12, também é visualizado em profissionais que atuam em unidades fechadas devido à ausência de vagas em outros setores, o que remete à conclusão de que a atuação em setores fechados favorece a satisfação. Há que se destacar o papel da chefia em alocar os profissionais especializados para o setor, o que demonstra, especialmente para os trabalhadores, coerência profissional e preocupação com a qualidade do serviço prestado.

> Outro fator de suma importância é a satisfação, deste profissional envolvido, com sua chefia imediata. É sabido que os indivíduos quase sempre se demitem de seus chefes e não de seus empregos. Pode ser que eles não estejam plenamente satisfeitos com seu salário, mas, se concordam plenamente com os objetivos da instituição, vejam-na como um lugar agradável e veem seus chefes como pessoas sensatas, ficam motivados e isto faz com que outros obstáculos sejam facilmente superados (GOMES; OLIVEIRA, 2005 apud CARVALHO; KALINKE, 2008, p. 91).

É importante salientar que motivação e satisfação são tratadas muitas vezes como sinônimos, o que ocasiona “[...] falhas na formulação de hipóteses e na seleção de instrumentos de pesquisas, especialmente naquelas destinadas a correlacionar satisfação no trabalho com produtividade” (PÉREZ RAMOS, 1980 apud MARTINEZ; PARAGUAY, 2003, p. 60). O mesmo autor deixa explícito “[...] que motivação manifesta a tensão gerada por uma necessidade e satisfação expressa a sensação de atendimento da necessidade” (MARTINEZ; PARAGUAY, 2003, p. 60).

Bianchi (2000) afirma que a crença de que somente os enfermeiros que atuam em unidades fechadas, junto ao paciente crítico são estressados não é realidade. Os enfermeiros de unidades abertas apresentaram maior índice de stress em relação àqueles que atuavam em unidades fechadas, expressos em sua pesquisa. Com esta constatação, há necessidade de discutir as condições de trabalho do enfermeiro, independente de sua área de atuação, como uma profissão estressante e que deve ser reconhecida como tal. A pesquisa de Bianchi corrobora

com os dados expressos na Tabela 12, com o significativo número de profissionais satisfeitos com a atuação em unidades fechadas.

Tabela 13 – Distribuição de trabalhadores de enfermagem segundo o cruzamento das variáveis satisfação e motivo de atuação no serviço noturno, em um Hospital público no Município do Rio de Janeiro - RJ – 2012

| **Satisfeito** | **Sim** | | **Não** | | **Total** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Motivo serviço noturno** | **N** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| Possui outro emprego | 6 | 16,6 | 48 | 88,8 | 54 | 60,0 |
| Devido ao adicional noturno | 3 | 8,4 | 3 | 5,6 | 6 | 6,7 |
| Remanejamento por necessidade de serviço | 3 | 8,4 | 3 | 5,6 | 6 | 6,7 |
| Outros | 24 | 66,6 | 0 | 0 | 24 | 26,6 |
| Total | 36 | 100 | 54 | 100 | 90 | 100,0 |

Nota: (n=90).

Na Tabela 13, foi possível identificar que 60% dos profissionais participantes da pesquisa possuem outro emprego e por esta razão optaram pelo turno da noite, bem como 54 dos 90 entrevistados não se encontram satisfeitos com a opção do trabalho noturno.

Os dados apresentados na Tabela 13 relacionam de modo contundente a sobrecarga de trabalho com a necessidade de ingressar no período noturno. Percebeu-se que todos os problemas que envolvem o trabalho noturno, não só na enfermagem, evidenciados por vasta literatura, caracteriza-se pelo grau de insatisfação, tão alto quanto se poderia esperar.

> Segundo Akerstedt citado por Coren (1996), 75% dos trabalhadores quando em turnos noturnos (seja em regime fixo ou alternante) sentem-se sonolentos em todas as noites de trabalho. Os dados de Akerstedt indicam que pelo menos 20% dos trabalhadores apresentam episódio de sonolência forte o bastante para leva-los a dormir no trabalho (FISCHER et al., 2004, p. 45).

Este “baixo” índice de insatisfação com o trabalho noturno está também relacionado com a possibilidade de adequação da jornada laboral às necessidades orçamentárias do trabalhador. “O fato de poder escolher seu turno de trabalho pressupõe que o indivíduo tenha razões e necessidades que amparem essa escolha, o que poderá favorecer sua satisfação profissional” (SILVA et al., 2009, p. 301). Outro ponto importante relaciona-se ao fato de que no serviço noturno, com a diminuição do número de profissionais em serviço, o trabalhador de enfermagem

se vê, em tese, mais à vontade para exercer sua autonomia. “Supõe-se que os profissionais de enfermagem que têm oportunidades de exteriorizar suas opiniões, atuam de forma efetiva no processo de tomada de decisão [...].” (SILVA et al. 2009, p. 303). Cabe ressaltar, também, que a maioria dos setores onde os profissionais foram entrevistados dispõe de local de descanso, cenário este muito diferente de instituições privadas no Município do Rio de Janeiro. Destaca-se, ainda, uma maior possibilidade de trabalho em equipe e de socialização entre os profissionais, diante do número reduzido dos mesmos e da árdua tarefa conjunta de permanecer 12 horas acordado. Estes são aspectos que contribuem para um ambiente de trabalho mais atraente e satisfatório.

## 3.3 **Índice de satisfação quanto a interferências da organização na atuação profissional**

A avaliação de um sistema de trabalho se dá a partir da capacidade de adaptação do trabalho ao homem e do homem ao trabalho (DEJOURS, 2002; GUÉRIN et al., 1997). Um dos aspectos que interfere na capacidade de adaptação é a satisfação no trabalho, que, segundo Rohmert (1986 apud FISCHER; PARAGUAY, 1989) refere-se à integração, à autonomia, à motivação, ao envolvimento e à utilização das capacidades físicas e mentais.

Tabela 14 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a percepção de autonomia no trabalho, em Unidade fechada, no serviço noturno, em um Hospital público no Município do Rio de Janeiro - RJ - 2012

| **Autonomia no Trabalho** | **N** | **%** |
|---|---|---|
| Muito satisfeito | 6 | 6,7 |
| Satisfeito | 42 | 46,7 |
| Neutro | 30 | 33,3 |
| Insatisfeito | 9 | 10,0 |
| Sem resposta | 3 | 3,3 |
| Total | 90 | 100,0 |

Nota: (n=90).

A autonomia foi um aspecto apontado como positivo pela maioria dos entrevistados. Entretanto, somando-se o percentual de “neutros” e “insatisfeitos”, chegou-se ao número de 43,3% que não conseguem, ao menos, se sentir efetivamente autônomos no exercício de suas funções.

> A autonomia pressupõe a busca de informações, conhecimentos técnico-científicos, criatividade e controle sobre o processo de Trabalho. A enfermagem autônoma “utiliza uma conduta que lhe permite estabelecer, conscientemente, os limites e alcances máximos do seu fazer diário porque, supostamente, conhece os espaços em que tem direito de atuar (SOUZA, 2000 apud SILVA et al., 2009, p. 303).

Percebe-se que, em algumas instituições, o poder da organização encontra-se voltado para o lucro e a mercantilização da assistência (PITTA, 1991). Deve-se ressaltar o papel importante que tem cada elemento envolvido nesse contexto, isto é, do enfermeiro, dos profissionais de nível médio na área da enfermagem, da instituição hospitalar e de todos os outros profissionais envolvidos para gerar uma assistência de qualidade.

Especialmente a partir da década de 1970, nos EUA e no Japão, houve uma profunda transformação no modo de produção industrial, um processo que se espalhou por muitas outras áreas e por todos os setores da vida em sociedade. A organização produtiva fordista ficara para trás, como os grandes estoques, produtos padronizados e especialmente o trabalhador especializado que, entretanto, não tinha conhecimento do processo produtivo como um todo, sendo incapaz de resolver problemas inesperados ou em outros setores da empresa.

A partir de então, a produção seria organizada a partir da acumulação flexível, pequenos estoques, produtos diferenciados e principalmente o trabalhador necessitaria ser mais do que somente especializado, teria que ser flexível, assim como a produção, saber resolver as contingências do cotidiano, que definem em grande parte, os ganhos ou as perdas da empresa. Essas transformações demandam um trabalhador que possua um considerável grau de autonomia para poder cumprir as novas tarefas impostas pelo “novo” momento histórico do capitalismo mundial. Torna-se, então, imperativo a existência de “um dispositivo organizacional e de gestão das pessoas, que permita aos trabalhadores maior autonomia e responsabilidade, melhoria nas condições de trabalho e de segurança” (ROSENFIELD, 2004, p. 204).

Da mesma forma, a ampliação da autonomia permeou a própria vida dos indivíduos que passaram a ter acesso às novas tecnologias produzidas a partir da flexibilização da produção. As mídias eletrônicas, os computadores e os transportes rápidos propiciaram ao indivíduo uma nova dimensão de vivência autônoma, muitas vezes promovendo isolamento e individualismo desenfreados, como danos à vida em sociedade.

Na organização do trabalho, a possibilidade da autonomia significar isolamento é quase nula, pois os novos métodos de produção e de trabalho requerem um profissional que saiba articular sua autonomia com o trabalho em equipe, o qual deve render bons resultados para a instituição.

> As novas exigências de produção se traduzem por um acréscimo de autonomia, de iniciativa, de responsabilização, de motivação, alcançados por métodos que se baseiam na polivalência, no trabalho em equipe, na integração de inteligências e saberes, no direito de expressão, nos controles descentralizados (ROSENFIELD, 2004, p. 205).

As novas formas de organização do trabalho e mesmo a própria flexibilização das relações de trabalho, que tornou o trabalho informal uma realidade de massa e a possibilidade de desemprego um fator importante, por exemplo, na imposição de cargas horárias desumanas, o que impõe uma necessidade de repensarmos categorias de análise como a autonomia do trabalhador.

> A autonomia da decisão pessoal, o exercício livre da vontade e a consequente responsabilidade individual pelos comportamentos pessoais, são conceitos clássicos que estão a serem postos em causa por este ataque aos seus fundamentos estruturais (SERRÃO, 2009, p. 4).

No caso da enfermagem, a autonomia é um aspecto decisivo no cotidiano do trabalho, pois “as ações de enfermagem são dinâmicas. As tarefas precisam ser cumpridas dentro de horários rígidos, exigidos para o monitoramento e controle do estado geral dos pacientes” (SANTOS, 2004, p. 88). A autonomia também pode ser vista como um fator importante na satisfação pessoal e profissional do trabalhador de enfermagem. “[...] percebe-se que o componente considerado mais importante no que se refere à satisfação profissional para os enfermeiros desta pesquisa é autonomia.” (SILVA et al., 2009, p. 303).

É evidente que a questão da autonomia, necessária à ampliação do próprio dinamismo no atendimento prestado, mantém interface com os limites e possibilidades de atuação dos profissionais de enfermagem previstos em lei.

> A autonomia é vista como uma liberdade de ação na prática clínica pela qual o enfermeiro é responsável. A autonomia representa então a liberdade para tomar decisões vinculativas baseadas nos conhecimentos clínicos e perícia dentro do âmbito da prática (RIBEIRO, 2009, p. 39).

Assim, a possibilidade de tomar decisões compatíveis com sua formação e vivência profissional, a partir da análise do caso em questão, promove, caso obtenha sucesso, não só a dinamização da assistência, como a ampliação da própria autoestima do profissional em questão, já que "[...] a literatura em enfermagem reflete o desejo dos enfermeiros para a autonomia e as dificuldades para a alcançar." (RIBEIRO, 2009, p. 38).

> A decisão para ser considerada autónoma pode impor exigências rigorosas à pessoa como a consistência, a independência, o autocontrole, a capacidade de resistir à autoridade do outro ou da sociedade; e o conhecimento da fonte dos seus valores básicos, das suas crenças e dos seus objetivos de vida pessoal (SERRÃO, 2009, p.11).

Entretanto, as possibilidades de exercício efetivo da autonomia no âmbito profissional esbarram na tentativa de controle rígido de todas as etapas do processo laboral. Neste sentido, a aplicação dos conhecimentos e práticas do trabalhador devem estar restritas àqueles procedimentos adotados e catalogados previamente. O que temos, então, é uma autonomia relativa ou outorgada, como conceitua Rosenfield (2004).

> O trabalhador, ao criar uma solução diante do imprevisto, contribui para a normalização das iniciativas a serem tomadas nos casos repetentes. No lugar de uma autonomia real, o que surge é uma autonomia outorgada. A **autonomia real** remete à criação e à improvisação, enquanto a autonomia outorgada remete à prescrição "os trabalhadores devem ser autônomos", de maneira a inserir o inesperado à regra. Esta deve conter o máximo de previsões e prescrições, para que a ação seja uniformizada e garanta a qualidade do trabalho de todos, ou seja, o operador menos inventivo deve integrar ao seu trabalho a iniciativa tomada pelo operador mais criativo. Assim, a **autonomia outorgada** remete ao paradoxo em relação à autonomia real, já que a autonomia pode ser compreendida em dois sentidos: o primeiro, em seu sentido positivo, a autonomia real no trabalho que é a autonomia do "fazer bem", que é reconhecido pelos seus pares. Essa autonomia permite proteger-se, uma vez que ela preserva o grupo como base identitária e possibilita um retorno sobre si mesmo capaz de conferir um sentido ao trabalho. O segundo, em seu sentido instrumental, a autonomia é outorgada enquanto instrumento de coordenação das relações de trabalho e visa atingir um objetivo econômico de gestão da empresa (ROSENFIELD, 2004, p. 206).

Em concordância com Rosenfield (2004) acerca da impossibilidade de aplicarmos uma autonomia absoluta no exercício laboral, Silva (2007) inclui nesta perspectiva, os casos dos profissionais de enfermagem.

> Autonomia profissional da enfermagem é construída por conquistas técnico científicas, legais, e, primordialmente, pelo desenvolvimento de uma prática cidadã. Não existe autonomia absoluta, ela é uma construção social de cada área de atuação profissional (enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem) no contexto das relações vigentes na grande área (saúde) e na sociedade (SILVA, 2007, p.1).

A questão do aprimoramento técnico-científico no campo da enfermagem mantém uma relação direta com as possibilidades de maior autonomia de seus profissionais, especialmente no que diz respeito à clássica subordinação funcional à equipe médica.

> Normalmente os desafios de enfermagem ocorrem porque a enfermagem não possui um corpo de conhecimentos e de objetivos reconhecido. Freidson (1970) identifica o dilema da enfermagem que quer escapar da subordinação e autoridade médica [...] (RIBEIRO, 2009, p. 38).

Assim, os diversos tipos de problemas que envolvem as condições do exercício da enfermagem no Brasil, alguns deles, inclusive, tratados nesta pesquisa podem também ser considerados empecilhos para uma maior autonomia do profissional de enfermagem em seus ambientes de trabalho.

> Para que os enfermeiros no hospital possam atingir a autonomia é necessário preencher 4 requisitos básicos: Deve existir alto nível de exigência em relação às competências e habilidade; as enfermarias devem estar organizadas à volta da relação doente/enfermeiro; devem existir métodos sistemáticos de avaliar e reavaliar a equipe de enfermagem; os enfermeiros devem ter o direito de organizar discussões (TEITEL, 2002 apud RIBEIRO, 2009, p. 40).

Tabela 15 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo o índice de satisfação da interação com os membros da equipe de trabalho, em unidade fechada, no serviço noturno, em um Hospital público no Município do Rio de Janeiro - RJ - 2012

| **Interação com os membros da equipe** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| Muito satisfeito | 9 | 10,0 |
| Satisfeito | 57 | 63,3 |
| Neutro | 12 | 13,3 |
| Insatisfeito | 9 | 10,0 |
| Sem resposta | 3 | 3,3 |
| Total | 90 | 100,0 |

Nota: (n=90).

A interação com os colegas de trabalho mostrou-se efetivamente satisfatória entre os entrevistados, haja vista que a soma dos índices dos “muito satisfeitos” com os “satisfeitos”, chegaram a 73%, que é um índice positivo relevante.

A análise desta Tabela leva à conclusão de que a capacidade de relacionamento da equipe deve ser sempre estimulada para que as boas relações possam acontecer, pois um dos maiores estressores enfrentados pelos funcionários é a falta de coleguismo e de compromisso da equipe de saúde. Fato este que não se configura como uma realidade vivenciada pela maioria dos profissionais entrevistados. Portanto, é preciso que os líderes de equipe avaliem as atitudes de cada profissional, busquem o equilíbrio e atuem no sentido de coibir atitudes arrogantes e vaidosas. Convém destacar a importância de que insistam no diálogo construtivo, valorizem a honestidade e a amizade e exijam respeito mútuo. É preciso também motivar o grupo para a construção de uma equipe unida, harmoniosa e comprometida com a assistência de qualidade, possibilitando, assim, a melhoria da qualidade de vida do paciente, da família e da própria equipe (MEZOMO, 1995).

Tabela 16 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo o índice de satisfação com as determinações da chefia, em unidade fechada, no serviço noturno, em um Hospital público no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012

| **Percepção das determinações da chefia** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| Muito satisfeito | 6 | 6,7 |
| Satisfeito | 36 | 40,0 |
| Neutro | 36 | 40,0 |
| Insatisfeito | 9 | 10,0 |
| Sem resposta | 3 | 3,3 |
| Total | 90 | 100,0 |

Nota: (n=90).

A relação com a chefia parece não apontar para os extremos, já que as opções “muito satisfeito” e “Insatisfeito” foram pouco apontadas. No entanto, o somatório das opções “Neutro” e Insatisfeito” foi superior ao somatório de “Muito satisfeito” e “Satisfeito”. É considerada CHEFIA todo profissional em comando de trabalho, tal como diretores, gerentes, supervisores, encarregados, etc. São todos que exercem posição de liderança sobre outros profissionais. Esses profissionais

são considerados agentes do empregador, porque representam e tem responsabilidades inerentes ao empregador. Liderança é o processo ou exemplo através do qual um indivíduo ou um time induz um grupo a perseguir objetivos que são abraçados por um líder ou compartilhados pelo líder e seus seguidores (GARDNER, 1990).

Korunka e Vitouch (1999), em seu estudo sobre os efeitos da implementação de uma nova tecnologia de informação em trabalhadores de uma companhia de processamento eletrônico de Viena, verificaram que a satisfação no trabalho está favoravelmente associada à estabilidade no emprego, a salários e benefícios, relacionamento social no trabalho, **relacionamento com a chefia**, perspectivas de carreira, ambiente físico do trabalho e bons prazos para resolução dos processos de trabalho. Os bons relacionamentos sociais no ambiente de trabalho e com a chefia também possuíram associação estatisticamente significativa com a satisfação no trabalho no estudo de Wright e Cropanzano (2000).

Tabela 17 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo o índice de satisfação com a percepção da valorização profissional perante a sociedade, em unidade fechada, no serviço noturno, em um Hospital público no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012

| **Valorização perante a sociedade** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| Satisfeito | 6 | 6,7 |
| Neutro | 9 | 10,0 |
| Insatisfeito | 45 | 50,0 |
| Muito insatisfeito | 27 | 30,0 |
| Sem resposta | 3 | 3,3 |
| Total | 90 | 100,0 |

Nota: (n=90).

Na interpretação da Tabela 17, pode-se perceber que a percepção dos trabalhadores de enfermagem no que se refere à sua valorização perante a sociedade de modo geral é claramente refletida no expressivo percentual de 50% de insatisfeitos e 30% de muito insatisfeitos.

Ésther e Lima Júnior (2001, p. 5) referiram sobre essa temática através de uma conclusão em sua pesquisa da seguinte forma:

> Os trabalhadores de enfermagem não se sentem valorizados como funcionários do hospital e se julgam discriminados na sociedade por terem uma imagem vinculada a um anjo de branco, o símbolo da abnegação e do servir ao próximo, ou a uma pessoa de conduta moral incorreta, sempre se envolvendo com médico.

A prática de enfermagem tem se dado de maneira evolutiva, mas sem a visibilidade necessária. Alguns estudos demonstram que a sociedade não reconhece a profissão, o que provoca diminuta valorização do produto de seu trabalho e dificuldades relacionadas ao poder dentro das instituições. A enfermagem não se dedica ao seu *marketing* profissional e os enfermeiros não utilizam o *marketing* pessoal, ocasionando ambiguidade e dilemas na profissão (GENTIL, 2009). A inabilidade da profissão em valorizar seus profissionais ameaça a própria visibilidade; há o entendimento de que a enfermagem precisa ter um posicionamento mais pró-ativo neste cenário, aliando-se ao apoio de organismos internacionais e valendo-se de evidências para reivindicar melhores condições de trabalho e mais valorização; deve mostrar o seu valor e sua competência para o sistema, para seus clientes, para as instituições e para a sociedade, ou seja, usar o *marketing* profissional, alcançando maior visibilidade social, através do resultado de seu trabalho (VENTURA et al., 2011).

Os governos estão cientes de que os sistemas de saúde somente serão viabilizados se houver uma enfermagem suficientemente forte. Segundo a diretora da Organização Mundial da Saúde (OMS), “[...] a enfermagem constitui a espinha dorsal dos sistemas de saúde”. Este conceito é repetidamente registrado na documentação oficial deste organismo internacional e transmitido para os governantes e ministros da saúde dos países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) - (WORLD HEALTH REPORT, 2008), no entanto, a maioria dos profissionais de enfermagem participante desta pesquisa não percebe valorização por parte da sociedade.

Esteve (1999), em seus estudos sobre o mal-estar docente constatou que, quando a imagem pública de uma profissão se deteriora, diminui a satisfação no trabalho dos profissionais que a exercem, apontando que, na década de 70, uma cifra de 30% de professores estava insatisfeita com sua profissão (ESTEVE, 1999).

Tabela 18 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem que atuam em unidade fechada, no serviço noturno, segundo o índice de satisfação com a percepção das normas organizacionais, recursos oferecidos pela instituição e valorização dos superiores no desenvolvimento do trabalho, de um Hospital público, no Município do Rio de Janeiro – RJ-2012

| **Normas Organizacionais** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| Satisfeito | 15 | 16,7 |
| Neutro | 36 | 40,0 |
| Insatisfeito | 27 | 30,0 |
| Muito insatisfeito | 6 | 6,7 |
| Sem resposta | 6 | 6,7 |
| Total | 90 | 100,0 |
| **Recursos Oferecidos** | **n** | **%** |
| Satisfeito | 21 | 23,3 |
| Neutro | 39 | 43,3 |
| Insatisfeito | 24 | 26,7 |
| Muito insatisfeito | 3 | 3,3 |
| Sem resposta | 3 | 3,3 |
| Total | 90 | 100,0 |
| **Valorização dos superiores** | **n** | **%** |
| Muito satisfeito | 3 | 3,3 |
| Satisfeito | 6 | 6,7 |
| Neutro | 45 | 50,0 |
| Insatisfeito | 33 | 36,7 |
| Sem resposta | 3 | 3,3 |
| Total | 90 | 100,0 |

Nota: (n=90).

Nota-se um expressivo posicionamento “neutro” quanto às normas organizacionais, recursos oferecidos pela instituição e percepção da valorização dos superiores no desenvolvimento do trabalho.

Dejours (1994) revela que o desgaste no trabalho não deveria ser reduzido apenas às pressões físicas, químicas, biológicas ou mesmo psicossensoriais e cognitivas do posto de trabalho habitualmente estudadas. Para o autor, é fundamental considerar a dimensão organizacional, centralizada na divisão das tarefas e nas relações de produção, contrapondo-se à concepção tradicional da ergonomia, baseada na análise das condições de trabalho.

Atualmente, a atividade em ambiente hospitalar abrange uma série de fatores geradores de insalubridade e penosidade, produzindo agravos à saúde do

trabalhador. Nesse tipo de organização, dificilmente existe a preocupação em proteger, promover e manter a saúde dos funcionários (ÉSTHER; LIMA JÚNIOR, 2001), sendo esta talvez a explicação para os 70% dos entrevistados se posicionarem como “neutros” ou “insatisfeitos” com as normas organizacionais e recursos oferecidos pela instituição. Sem dúvida, trata-se de uma situação paradoxal, porque, ao mesmo tempo em que o hospital tem como missão salvar vidas e recuperar a saúde dos indivíduos enfermos, quando não valorizam a saúde dos trabalhadores, favorece o adoecer das pessoas que nele laboram. Nesse contexto, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem expõem sua saúde e segurança a condições que favorecem o aparecimento de acidentes, sofrimentos e doenças. Observa-se que, apesar da possibilidade de mensuração, avaliação, prevenção ou até mesmo de eliminação dos riscos, estes permanecem afetando sobremaneira a saúde dos trabalhadores no ambiente de trabalho contemporâneo (ÉSTHER; LIMA JÚNIOR, 2001).

Percebe-se também que 90% dos entrevistados posicionaram-se como “neutros”, “insatisfeitos” ou simplesmente não responderam a questão que aborda a valorização dos superiores no desenvolvimento do trabalho, o que reflete que além da percepção de desvalorização perante a sociedade, estes trabalhadores também se sentem desvalorizados perante seus superiores no desenvolvimento do trabalho; tal condição afeta diretamente a autoestima dos mesmos.

Tabela 19 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem que atuam em unidade fechada, no serviço noturno segundo o nível de satisfação com o cruzamento dos das variáveis salário e benefícios oferecidos pela instituição, em um Hospital público, no Município do Rio de Janeiro – RJ- 2012

| **Salário** | **Satisfeito** | | **Neutro** | | **Insatisfeito** | | **Muito insatisfeito** | | **Total** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Benefícios** | **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| Satisfeito | 15 | 83,3 | 3 | 25 | 3 | 6,25 | 0 | 0 | 21 | 23,3 |
| Neutro | 0 | 0 | 3 | 25 | 3 | 6,25 | 0 | 0 | 6 | 6,7 |
| Insatisfeito | 0 | 0 | 9 | 50 | 36 | 75 | 6 | 66,6 | 51 | 56,7 |
| Muito insatisfeito | 3 | 16,7 | 0 | 0 | 6 | 12,5 | 3 | 33,4 | 12 | 13,3 |
| Total | 18 | 100 | 15 | 100 | 48 | 100 | 9 | 100 | 90 | 100 |

Nota: (n=90).

A opção de posicionamento de “insatisfeito” foi a que apresentou maior percentual de resposta, 56,7% encontram-se insatisfeitos com o salário atual e benefícios oferecidos. Diante do fato exposto, entende-se a necessidade dos trabalhadores em adotarem um segundo vínculo empregatício formal ou até mesmo terceiro vínculo, na tentativa de melhorar a renda familiar.

Walton (1973) refere que o bom salário é a compensação justa e compreende a renda adequada ao trabalho, a eqüidade interna e a equidade externa. Tal questão é amplamente conhecida e pode ser analisada sob diversas vertentes. Se a origem for nos estudos da psicologia, tem-se em Herzberg uma contribuição ainda hoje importante, quando assinala que o salário tem uma importante função sobre a motivação. A remuneração e os benefícios não funcionam como fonte de motivação, mas servem unicamente para evitar a desmotivação.

Assim, o esforço despendido pelos profissionais de enfermagem no desempenho de suas funções não é compensado pelo salário ou outros benefícios que poderiam preencher as necessidades do trabalhador, refletindo na qualidade do desempenho e não aderência ao serviço, como referem Anselmi (1990) e Pfaff (1987). Há consenso de que os profissionais de enfermagem são muito mal remunerados e que seus salários não são compatíveis com suas atividades profissionais, nem com o alto grau de responsabilidade com a vida das pessoas de quem cuida. Esta insatisfação é confirmada nos estudos de Campbell (1986) e Roedel e Nystron (1988).

Tabela 20 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem que atuam em unidade fechada, no serviço noturno, segundo o local e média de horas de descanso, obrigação de “dobra” de plantão e escala de sobreaviso, em um Hospital público, no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012

| **Local de descanso** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| Sim | 60 | 66,7 |
| Não | 27 | 30,0 |
| Sem resposta | 3 | 3,3 |
| Total | 90 | 100,0 |

| **Horas de descanso (média)** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| 1 a 2 | 24 | 26,7 |
| 3 a 4 | 60 | 66,7 |
| Sem resposta | 6 | 6,7 |
| Total | 90 | 100,0 |

| **Dobra de plantão** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| Sim | 36 | 40,0 |
| Não | 51 | 56,7 |
| Sem resposta | 3 | 3,3 |
| Total | 90 | 100,0 |

| **Escala de sobreaviso** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| Sim | 3 | 3,3 |
| Não | 84 | 93,3 |
| Sem resposta | 3 | 3,3 |
| Total | 90 | 100,0 |

Nota: (n=90).

Sobre o descanso, de modo geral, os profissionais responderam positivamente, tanto no que se refere ao local quanto ao tempo. Entretanto, os 40% assinalaram como positivo o item “obrigação de dobra de plantão”. A maior parte dos entrevistados respondeu que não existe escala de sobreaviso na instituição, fato este comum em instituições privadas. Porém, a recente Resolução Cofen nº 438 de 07 de novembro de 2012, institui em seu Art. 1º, que é vedado ao enfermeiro assistencial trabalhar em regime de sobreaviso, salvo se o regime for instituído para cobrir eventuais faltas de profissionais da escala de serviço (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012).

O trabalho na enfermagem é normalmente exaustivo, requer atenção durante todo tempo de atuação e exige que o profissional esteja centrado nas

atividades. Devido ao duplo vínculo exercido pela maioria dos entrevistados, pressupõe-se que o trabalhador já possua um grau relativo de cansaço, sendo necessário preservar suas horas de descanso no serviço noturno. O local para repouso é uma realidade da instituição, porém não é comum em hospitais privados no município do Rio de Janeiro, o que faz com que os profissionais excedam seus limites e chegue à exaustão. Esta situação pode estar intimamente relacionada com os múltiplos erros cometidos pelas equipes de enfermagem durante a assistência, atualmente. Os trabalhadores vêm sendo massacrados pela mídia devido aos erros cometidos, porém o contexto e as condições de trabalho aos quais estão expostos estes profissionais não são considerados nem pela mídia, nem pelos órgãos de classe.

Um estudo realizado com intuito de avaliar os episódios de sono nos dias de trabalho e de descanso, bem como os níveis de alerta durante os turnos de 12horas de trabalho evidenciou que os níveis de alerta percebidos à noite tornam-se piores à medida que aumenta o número de horas de trabalho. Desse modo, a sonolência no trabalho pode prejudicar seriamente, tanto trabalhadores quanto os pacientes que estão aos seus cuidados (FISCHER et al., 2002).

> Isso levanta a necessidade de que seja revista a tradição dos turnos de 12h de trabalho por 36h de descanso no setor de enfermagem, particularmente em postos de trabalho onde há importantes demandas físicas e cognitivas, além de exposição e estressores ocupacionais (FISCHER et al., 2002, p.1268).

Em se tratando de um trabalho que exige atenção e por um período prolongado (12 horas), pode-se considerar que, quanto maior for o número de dias de trabalho noturno, maior vai ser a exigência para o trabalhador em termos de carga de trabalho (FISCHER et al., 2004). É importante levar em consideração que muitos trabalhadores, quando possuem local de descanso, não o possuem de modo adequado ou em quantidade de leitos suficiente para todos os integrantes do plantão, incluindo auxiliares, técnicos e enfermeiros.

A privação do sono, quando excessiva e persistente, pode gerar fadiga, diminuição do nível de alerta, irritabilidade, dentre outros sintomas (FISCHER et al., 2004). Segundo Lavie (1996), estudos revelam que, embora os efeitos da privação do sono não sejam “dramáticos”, a privação total do sono gera uma queda dos níveis funcionais diários, ou seja, diminuição da velocidade de pensamento e de reações, assim como a ocorrência de alterações de humor e o aumento da fadiga.

A baixa durabilidade do sono deixa os trabalhadores mais sonolentos. Akerstedt (1996 apud FISCHER et al., 2004) refere que 75% dos trabalhadores quando em turnos noturnos (seja em regime fixo ou alternadamente) sentem-se sonolentos em todas as noites de trabalho. Os dados de Akerstedt (1996 apud FISCHER et al., 2004) indicam que 20% dos trabalhadores apresentam episódio de sonolência forte e chegam a dormir no trabalho, mesmo sem condições. Diante deste fato, enfatiza-se a necessidade de local e horas para descanso dos profissionais. Há a necessidade de sensibilização dos empregadores, sob a argumentação de que profissionais descansados, motivados e satisfeitos oferecem o melhor de si e os verdadeiros ganhadores são os clientes e a própria instituição.

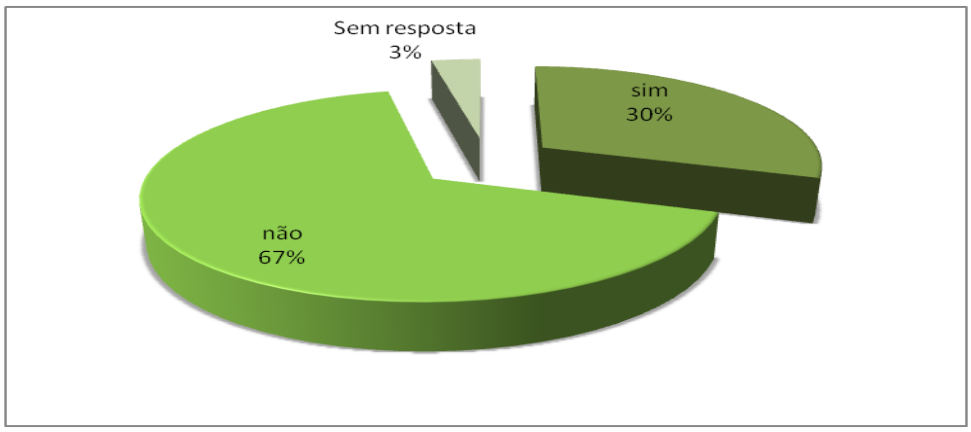


Gráfico 1 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem que atuam em unidade fechada, no serviço noturno, segundo o nível de motivação no emprego atual, em um hospital público no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012

Nota: (n=90).

A Figura 1 aponta que 67% dos profissionais de enfermagem entrevistados não se encontram motivados, 30% sentem-se com motivação e 3% não responderam.

Existe, no comportamento humano, algo que faz uma pessoa perseguir uma determinada meta ou objetivo, durante um certo tempo, que pode ser curto ou longo, e que pode não ser explicado somente pelos seus conhecimentos, experiência e habilidades (pré-requisitos). Esse “algo” mais é conhecido como determinação, impulso, ânimo, “garra”, objetivo, vontade, necessidade ou, mais

genericamente, como motivo, e o processo pelo qual ele é ativado e o mantém em funcionamento, chama-se motivação (IIDA, 2005).

A motivação humana está constituída por uma rede complexa de inter-relação. Esta complexidade é percebida na diversidade de teorias que se propõem a descrever e explicar este fenômeno. Dentre os enfoques, o “modelo da hierarquia das necessidades”, teoria desenvolvida por Maslow (1970) é a precursora nesta área.

Esta teoria deduz uma série de categorias de necessidades colocadas em ordem de importância, em que o ser humano procura satisfazer inicialmente as necessidades básicas para a sobrevivência. Para Maslow (1970), a busca da satisfação das necessidades subseqüentes depende da satisfação da anterior.

A motivação para o trabalho é uma expressão que indica um estado psicológico de disposição ou vontade de perseguir uma meta ou realizar uma tarefa. Uma pessoa motivada para o trabalho é uma pessoa com disposição favorável para perseguir a meta ou realizar a tarefa. Assim, estudar a motivação para o trabalho é procurar entender quais são as razões ou motivos que influenciam o desempenho das pessoas, que é a mola propulsora da produção de bens e da prestação de serviços (MAXIMIANO, 1995). Para este autor, existem os motivos internos, os externos, as aplicações práticas e os incentivos. A motivação e o desempenho do indivíduo são influenciados por quatro tipos de fatores: gerente, empresa, grupo de trabalho e fatores do indivíduo. Os motivos internos são as necessidades, aptidões, interesses e habilidades do indivíduo, que o fazem capaz de realizar certas tarefas e não outras; que o fazem sentir-se atraído por certas coisas e evitar outras que o fazem valorizar certos comportamentos e menosprezar outros. São os impulsos interiores, de natureza fisiológica e psicológica, afetados por fatores sociológicos: necessidades, frustração, aptidões, habilidades, atitudes e interesses.

> A importância da motivação na área da enfermagem atinge altos níveis, em função das características da própria função que envolve em seu processo seres humanos: os pacientes, os funcionários, os familiares de seus pacientes e a comunidade (GIL, 1994 apud CARVALHO; KALINKE, 2008, p. 90).

Mc Gregor (1980), em sua teoria motivacional denominada Teoria X Y, defende que o indivíduo no ambiente laboral tem poucas chances de satisfazer suas necessidades egoístas, entendendo por necessidades egoístas as que detêm

autorespeito, confiança, autonomia, realização, competência e conhecimento, status, reconhecimento, resultando em problemas comportamentais a não satisfação dessas necessidades (RODRIGUES, 2002).

Mc Gregor (1980) agrupou as ideias relacionadas a Indivíduo – Trabalho, chamando-a de Teoria X afirmando:

> 1. O ser humano, de modo geral, tem aversão essencial ao trabalho e o evita sempre que possível;
> 2. Devido a essas características humanas de aversão ao trabalho, a maioria das pessoas precisa ser coagida, controlada, dirigida, ameaçada de punição para que se esforce no sentido da consecução dos objetivos organizacionais;
> 3. O ser humano, de modo geral, prefere ser dirigido, quer evitar responsabilidade, tem relativamente pouca ambição e quer garantia acima de tudo (MCGREGOR, 1980, p. 42).

A Teoria Y traz um olhar diferenciado do indivíduo na organização afirmando que:

> 1. O dispêndio de esforço físico e mental no trabalho é tão natural como o jogo ou o descanso;
> 2. O controle externo e a ameaça de punição são os únicos meios de estimular o trabalho em vista dos objetivos organizacionais. O homem está sempre disposto a se autodirigir e se autocontrolar a serviço de objetivos com os quais se compromete;
> 3. O compromisso com os objetivos é dependente das recompensas associadas a sua consecução;
> 4. O ser humano comum aprende, sob condições adequadas, não só a aceitar responsabilidade como a procurá-las;
> 5. A capacidade de usar um grau relativamente alto de imaginação, de engenhosidade e de criatividade na solução de problemas organizacionais é mais amplamente distribuída na população do que geralmente se pensa;
> 6.Nas condições da vida industrial moderna, as potencialidades intelectuais do ser humano estão sendo parcialmente usadas (Mc GREGOR, 1980, p. 53).

Tabela 21– Distribuição dos trabalhadores de enfermagem que atuam em unidade fechada, no serviço noturno, segundo a realização de cursos de atualização e redução de carga por parte da instituição para este fim, em um Hospital público, no Município do Rio de Janeiro - RJ - 2012

| **Curso de atualização** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| Sim | 39 | 43,3 |
| Não | 48 | 53,3 |
| Sem resposta | 3 | 3,3 |
| Total | 90 | 100,0 |

| **Redução de carga horária** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| Sim | 6 | 6,7 |
| Não | 81 | 90,0 |
| Sem resposta | 3 | 3,3 |
| Total | 90 | 100,0 |

Nota: (n=90).

A Tabela 21 integra-se a análises anteriores desta pesquisa que apontaram a dificuldade dos profissionais de enfermagem em buscar atualização acadêmica e profissional. Apesar de 43,3% informarem que participam ou participaram de cursos de atualização, 90% não são contemplados com qualquer redução de carga para estudo, o que comprova que os gestores não acreditam na formação continuada dos trabalhadores de enfermagem como fundamento do aperfeiçoamento profissional.

Os profissionais de enfermagem, em especial os enfermeiros, são responsáveis, cada vez mais, por sua educação, seja em cursos de pós-graduação como em reciclagem e ele deve mostrar o seu potencial e interesse para a instituição. Deve, ainda, ter consciência de que a participação em cursos e eventos é indispensável na obtenção de conhecimentos, promovendo uma melhoria da qualidade profissional.

A educação permanente através dos cursos de atualização surge como uma exigência na formação do sujeito, pois requer dele novas formas de encarar o conhecimento. Atualmente, não basta ‘saber’ ou ‘fazer’, é preciso ‘saber fazer’, interagindo e intervindo e essa formação deve ter como características: a autonomia e a capacidade de aprender constantemente, de relacionar teoria e prática e vice-versa Isto se refere à inseparabilidade do conhecimento e da ação (PASCHOAL, 2007).

> A educação permanente, baseada no aprendizado contínuo, é condição necessária para o desenvolvimento do sujeito, no que tange ao seu auto-aprimoramento, direcionando o à busca da competência pessoal, profissional e social, como uma meta a ser seguida por toda a sua vida. A diversidade de informações, bem como a ampla gama de necessidades de conhecimento nas mais diversas áreas, leva à constatação de que seria tarefa quase impossível para a educação formal garantir uma adequada formação ao sujeito. Neste sentido, ela é um compromisso pessoal a ser aprendido, conquistado com as mudanças de atitudes decorrentes das experiências vividas, por meio da relação com os outros, com o meio, com o trabalho, buscando a transformação pessoal, profissional e social. A educação permanente consiste no desenvolvimento pessoal que deve ser potencializado, a fim de promover, além da capacitação técnica específica dos sujeitos, a aquisição de novos conhecimentos, conceitos e atitudes. É, portanto, intrínseca, uma capacidade a ser desenvolvida, uma competência; é o aprender constante em todas as relações do sujeito (PASCHOAL, 2007, p. 2-3).

Diante da árdua jornada de trabalho realizada pelos profissionais de enfermagem na tentativa de melhorar seus salários, admite-se que com a inexistência de redução da carga horária por parte da instituição para realização de cursos de atualização, torna-se cada vez mais difícil fazê-los. Entende-se que o

conhecimento adquirido nesses cursos não é benefício exclusivo do trabalhador, mas também da instituição que mantém este profissional em seu quadro funcional e do cliente sob os cuidados destes indivíduos. Faz-se necessário uma forte sensibilização dos empregadores para adoção de medidas como essas, a fim de também minimizar as ocorrências iatrogênicas, partindo do pressuposto de que profissionais capacitados e atualizados tendem a cometer menos erros.

Tabela 22 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem conforme a satisfação com o dimensionamento da equipe e com o número de pacientes por profissional, em unidade fechada, no serviço noturno de um Hospital público no Município do Rio de Janeiro - RJ - 2012

| **Dimensionamento da equipe** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| Sim | 30 | 33,3 |
| Não | 57 | 63,3 |
| Sem resposta | 3 | 3,4 |
| Total | 90 | 100,0 |

| **Número de pacientes** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| 1 a 10 | 87 | 96,7 |
| Sem resposta | 3 | 3,3 |
| Total | 90 | 100,0 |

Nota: (n=90).

De acordo com os dados expressos na Tabela 22, percebe-se que as condições de trabalho não são as mais adequadas; 63,3% dos profissionais entrevistados afirmaram não estarem satisfeitos com o dimensionamento da equipe de enfermagem, o que afeta diretamente a qualidade do atendimento prestado e tende a gerar danos à saúde do trabalhador devido ao acúmulo de funções. Os profissionais de enfermagem, no trabalho cotidiano, deparam-se com sobrecarga de trabalho e com excesso de pacientes sob sua responsabilidade. Tal situação pode ser uma das variáveis das más condições de trabalho que refletem nos crescentes erros cometidos pelas equipes de enfermagem. Há que se preocupar e atentar para tais fatos, que se tornam cada vez mais expressivos.

O dimensionamento de pessoal de enfermagem "é a etapa inicial do processo de provimento de pessoal, que tem por finalidade a previsão da quantidade de funcionário por categoria, requerida para suprir as necessidades de

assistência de enfermagem, direta ou indiretamente prestada à clientela." (GAIDZINSKI, 1998, p. 46).

Tanos et al. (2000) afirmam que o dimensionamento inadequado dos recursos humanos em enfermagem traz implicações sobre o resultado da qualidade da assistência de enfermagem prestada à clientela, em virtude dos aspectos quantitativos e qualitativos de pessoal estarem diretamente ligados ao produto final do seu trabalho, que é a qualidade da assistência prestada ao paciente.

A fim de se avaliar necessidade de assistência, Fugulin et al. (1994) desenvolveram um Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), abrangendo cinco níveis de cuidado, de acordo com a complexidade assistencial: intensivo, semi- intensivo, alta dependência, intermediário e mínimo. Esse sistema foi referendado pelo COFEN, na Resolução nº 189/96 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1996) e posteriormente, em 2004, através da Resolução nº 293. O COFEN fixou e estabeleceu parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados.

> Em 2004, o COFEN alterou a Resolução 189/96, que tratava do dimensionamento de pessoal e publicou a Resolução nº 293/2004, onde acrescentou algumas variáveis qualitativas. Aumentou o número de horas para o cuidado, conforme a complexidade do paciente, sendo mais significante para os intensivos, que passou de 15,4 horas para 17,9 horas, por paciente e por dia. Passou a levar também em consideração a idade dos profissionais que prestam os cuidados, sendo esta uma variável que poderá aumentar o número de horas necessárias para o cuidado. Orienta que, para o cálculo de dimensionamento, o índice de segurança técnica não seja inferior a 15%. Também aumentou, proporcionalmente, o percentual de enfermeiros em relação ao de técnicos e auxiliares de enfermagem, em cada nível de complexidade assistencial (FAKIH; CARMAGNANI; CUNHA, 2006).

A classificação de pacientes, de acordo com o grau de dependência da equipe de enfermagem, constitui uma das etapas dos métodos de dimensionamento de pessoal que, por suas implicações, tem se tornado objeto de constante preocupação, discussão e investigação entre os enfermeiros, interessadas em produzir serviços de qualidade, visando o atendimento das necessidades da clientela (FUGUILN et al., 2007).

Para efeito de cálculo, considerou como horas de Enfermagem, por leito, nas 24 horas:

- 3,8 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência mínima ou autocuidado;
- 5,6 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência intermediária;

> - 9,4 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência semi-intensiva;
> - 17,9 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência intensiva (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2004).

A distribuição percentual do total de profissionais de enfermagem, preconizadas na mesma Resolução, considerou de acordo com seu Artigo 5º:

> A distribuição percentual do total de profissionais de enfermagem, deve observar as seguintes proporções e o SCP:
> 1 - Para assistência mínima e intermediária: de 33 a 37% são Enfermeiros (mínimo de seis) e os demais, Auxiliares e/ ou Técnicos de Enfermagem;
> 2 - Para assistência semi-intensiva: de 42 a 46% são Enfermeiros e os demais, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;
> 3 - Para assistência intensiva: de 52 a 56% são Enfermeiros e os demais, Técnicos de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2004).

Mezomo (2001) afirma que a qualidade da assistência é entendida como o uso eficiente dos recursos físicos e humanos, com o mínimo de risco ao cliente e alto grau de satisfação dos usuários. Neste contexto, para o alcance da qualidade do cuidado, a otimização dos recursos existentes em unidades fechadas e a alocação de pessoal de enfermagem qualificado para a assistência são quesitos fundamentais, uma vez que a equipe de enfermagem superestimada implica em alto custo e, quando reduzida, pode ocasionar menor eficiência do serviço prestado (PADILHA et al., 2010; QUEIJO; PADILHA, 2004).

## 3.4 **Índice de satisfação no que se refere à segurança pessoal em relação à exposição a riscos**

As instituições hospitalares brasileiras começaram a se preocupar com a saúde dos trabalhadores no início da década de 70, quando pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP) enfocaram a saúde ocupacional de trabalhadores hospitalares (GOMES, 1974).

O trabalho realizado pelos trabalhadores da saúde no ambiente hospitalar tem sido considerado insalubre por agrupar pacientes portadores de diversas enfermidades infectocontagiosas e viabilizar muitos procedimentos que oferecem riscos de acidentes e doenças. Os trabalhadores potencialmente expostos aos riscos necessitam estar informados e capacitados para evitar problemas de saúde, e métodos de controle devem ser instituídos para prevenir acidentes. Esses

métodos podem ser usados para riscos ambientais, incluindo a substituição do agente de risco, controles de engenharia, práticas de trabalho, equipamentos de proteção pessoal, controles administrativos e programas de exames médicos (GUIDELINES FOR PROTECTING THE SAFETY AND HEALTH CARE WORKERS, 1988 apud NISHIDE; BENATTI, 2004*).*

Consideram-se riscos ambientais os agentes físicos, químicos e biológicos existentes no ambiente de trabalho que, dependendo da sua natureza, concentração ou intensidade e tempos de exposição são capazes de causar danos à saúde dos trabalhadores (BRASIL, 2001). Os riscos ocupacionais são classificados como todas as situações de trabalho que podem romper o equilíbrio físico, mental e social das pessoas e não somente as situações que originem acidentes e enfermidades (FUNDEN, 1996). Laurell (1989) afirma que os riscos ocupacionais são agentes existentes no ambiente de trabalho, capazes de causar doença.

O artigo 19 da Lei nº 8.213, publicada em 24 de julho de 1991, define acidente de trabalho como sendo aquele que ocorre pelo exercício do trabalho, a serviço da empresa, provocando lesão corporal, perturbação funcional ou doença que cause a morte, perda ou redução, permanente ou temporária da capacidade para o trabalho. Considera-se, ainda, como acidente de trabalho, o acidente que ocorre no trajeto entre a residência do trabalhador e o local de trabalho, a doença que é produzida ou desencadeada pelo exercício de determinado trabalho e ainda a doença adquirida ou desencadeada pelas condições de trabalho (BRASIL, 2001).

Correa e Donato (2007) afirmam que algumas medidas como a implantação e funcionamento da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e Programa de Prevenção de Riscos Ocupacionais (PPRO), treinamento e capacitação periódica para os funcionários, oferta de equipamentos de proteção individual (EPIs) adequados, e conscientização de empregados e empresa sobre os riscos e prevenção dos mesmos, bem como a adequação da estrutura física e funcional, podem tornar mais seguro o cenário hospitalar, minimizando as situações de risco.

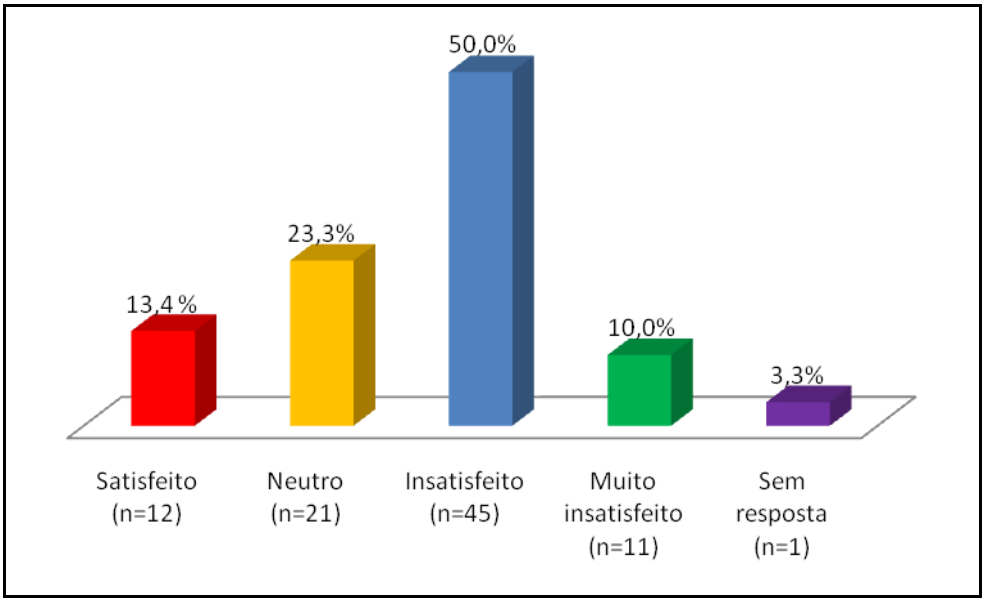


Gráfico 2 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo o índice de satisfação quanto à segurança pessoal da exposição aos riscos químicos, no serviço noturno, em unidades fechadas, em um hospital público no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012

Nota: (n=90).

O Gráfico 2 evidencia que 50% dos trabalhadores de enfermagem encontram-se insatisfeitos e 10% muito insatisfeitos com relação à segurança pessoal da exposição a riscos químicos. Um expressivo quantitativo referiu agressões à pele ocasionadas devido ao uso frequente de sabão e álcool e ainda o uso de luvas, que ressecam a pele, tornando-a sensível e aumentando as chances de ferimentos.

Os riscos químicos são aqueles ocasionados por agentes químicos, ou seja, substâncias, compostos ou produtos químicos que possam penetrar no organismo pela via respiratória nas formas de poeira, fumos, névoas, neblinas, gases ou vapores ou que, pela natureza da atividade e exposição, possam ter contato ou ser absorvidos pelo organismo através da pele ou ingestão. O efeito clínico da exposição a esses riscos depende da toxicologia da substância química (RIBEIRO, 2012).

Silva (1996) faz uma aproximação das cargas químicas com o trabalho de enfermagem, recompondo as cargas de trabalho a que estão expostos os trabalhadores. As cargas químicas abrangem todas as substâncias químicas que estão presentes no processo de trabalho de enfermagem, como as utilizadas no processo de esterilização e desinfecção de materiais, em anestesias e nos

tratamentos medicamentosos dos pacientes. Os riscos químicos são os gerados pelo manuseio de uma variedade grande de substâncias químicas e também pela administração de medicamentos que podem provocar desde simples alergias até importantes neoplasias.

Robazzi e Xelegati (2003) analisaram oito artigos que explicavam os principais agentes químicos que causam patologias de origem ocupacional, na área hospitalar. Os principais agentes mencionados foram as drogas antineoplásicas, os agentes esterilizantes, os gases anestésicos, entre outros e esses podem estar causando desde dermatites e problemas reprodutivos até neoplasias.

É importante que se elabore e programe um programa de educação continuada que aborde a questão da minimização a exposição a riscos químicos, esclarecendo os trabalhadores de enfermagem sobre a importância e eficácia da utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI). O sucesso de qualquer programa educativo está diretamente ligado à participação e reconhecimento por parte dos trabalhadores e apoio da instituição. Cabe enfatizar que se faz necessário que a instituição disponibilize os EPIs como máscaras, luvas, entre outros, com o objetivo de minimizar a exposição dos profissionais de enfermagem.

Segundo a Norma Regulamentadora (NR-6), Equipamento de Proteção Individual é todo dispositivo de uso individual destinado a proteger a saúde e a integridade física do trabalhador, incluindo luvas, aventais, protetores oculares, faciais e auriculares, protetores respiratórios e para os membros inferiores. São de responsabilidade do empregador o fornecimento do EPI adequado ao risco e o treinamento dos trabalhadores quanto à forma correta de utilização e conservação (BRASIL, 2001).

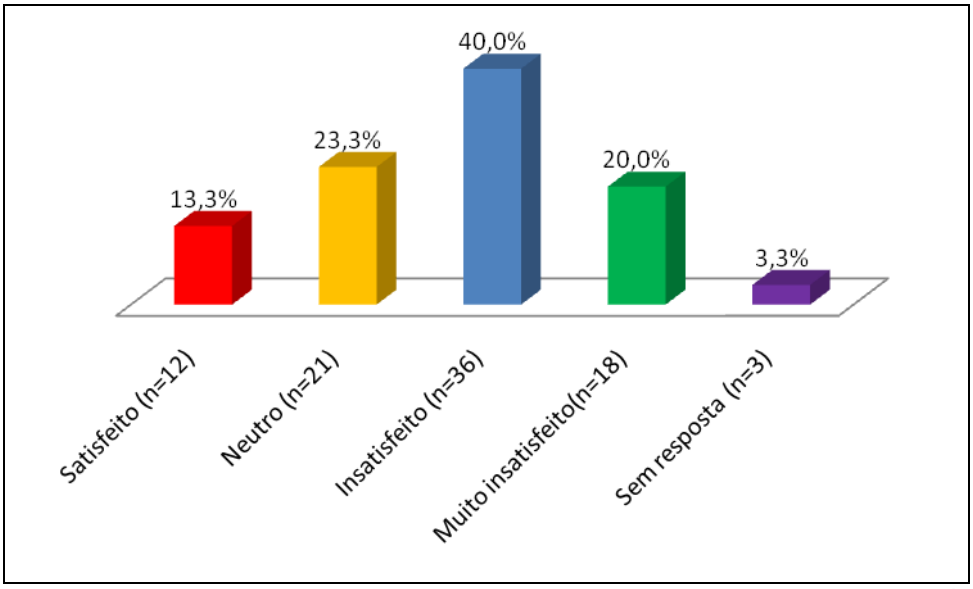


Gráfico 3 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo o índice de satisfação quanto à segurança pessoal da exposição aos riscos físicos, no serviço noturno, em unidades fechadas, em um hospital público no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012

Nota: (n=90).

Observa-se, nos dados apresentados no Gráfico 3, que 40% dos trabalhadores de enfermagem sentem-se insatisfeitos no que se refere à exposição a riscos físicos e 20% manifestaram-se como muito insatisfeitos. Definem-se como riscos físicos as diversas formas de energia a que possam estar expostos os trabalhadores tais como, ruído, vibrações, pressões anormais, temperaturas extremas, radiações ionizantes, radiações não ionizantes, como o infrassom e ultrassom (RIBEIRO, 2012). Marziale e Carvalho (1998) indicam como riscos físicos a temperatura ambiental (elevada nas áreas de esterilização e baixa em centro cirúrgico), radiação ionizante, ruídos e iluminação em níveis inadequados e exposição do trabalhador a incêndios e choques elétricos.

Os fatores identificados como riscos físicos ocupacionais foram a temperatura ambiente desconfortável e o nível de ruído incômodo e irritante dos equipamentos utilizados nas unidades fechadas. A literatura evidencia que a temperatura ambiente desconfortável e ruídos incômodos podem ocasionar irritabilidade nos trabalhadores e dificuldade de concentração, fatores que podem ocasionar erro humano e acidentes de trabalho (RIBEIRO, 2012).

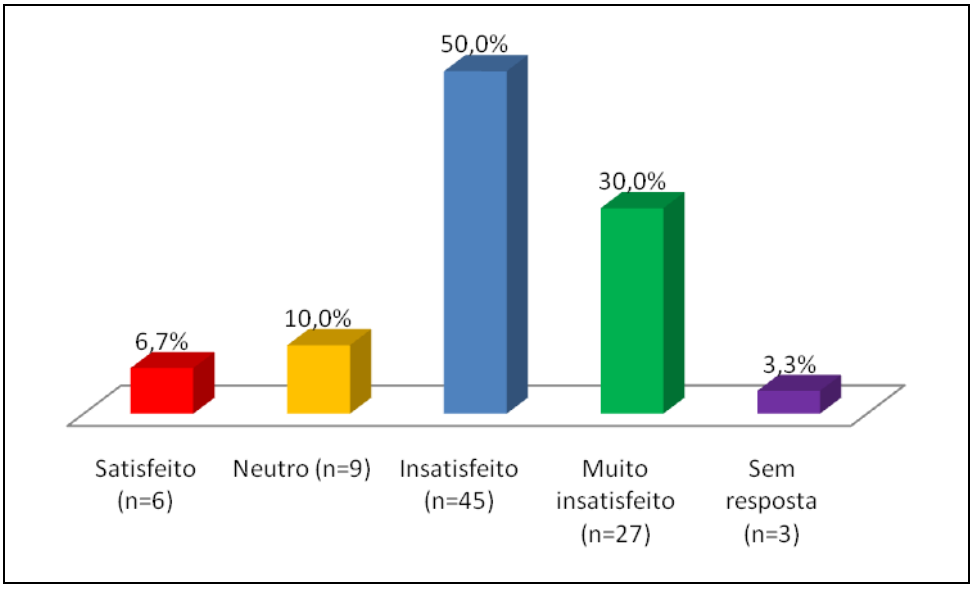


Gráfico 4 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo o índice de satisfação quanto à segurança pessoal da exposição aos riscos biológicos, no serviço noturno, em unidades fechadas, em um hospital público no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012

Nota: (n=90).

Identificou-se que 50% dos entrevistados encontram-se insatisfeitos e 30% muito insatisfeitos no que se refere à exposição aos riscos biológicos.

Nishide e Benatti (2004, p. 408) afirmam que

> Historicamente os trabalhadores da área da saúde não eram considerados como categoria profissional de alto risco para acidentes do trabalho. A preocupação com os riscos biológicos surgiu somente a partir da epidemia de HIV/AIDS nos anos 80, quando o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) introduziu as "Precauções Universais", atualmente denominadas "Precauções Padrão", enfatizando a necessidade de todos os trabalhadores da saúde, rotineiramente, usarem luvas ao entrar em contato com fluidos corporais.

Os riscos biológicos são representados por agentes biológicos, tais como as bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários e vírus. Estes agentes são os responsáveis pelo maior número de injúrias sofridas pelos profissionais da saúde, devido à peculiaridade das tarefas realizadas e exposição a sangue e fluídos corpóreos causadores de infecções, onde a contaminação pode ocorrer por via cutânea, respiratória ou digestiva (RIBEIRO, 2012).

No Brasil, embora as pesquisas enfocando a questão das inoculações ocupacionais acidentais com exposição ao material biológico tenham aumentado na última década, ainda não se tem um diagnóstico real de como, quando e por

que esses acidentes ocorrem nos diferentes setores dos serviços de saúde e nas diferentes regiões do País, principalmente nas unidades de saúde pública componentes da Rede Básica de Saúde. Vários estudos enfocando o controle e as prevenções de acidentes de trabalho com exposição ao material biológico estão sendo realizado nos hospitais, pertencendo à Rede Eletrônica de Prevenção de Acidentes de Trabalho (REPAT/USP, 2012). Atualmente, os estudos estão sendo ampliados nas unidades de saúde pública componentes da Rede Básica de Saúde, com a finalidade de contribuir para a aquisição de conhecimentos que possam subsidiar o planejamento e a adoção de medidas preventivas da ocorrência desses acidentes (MARZIALE; RODRIGUES, 2002).

Os trabalhadores da área da saúde estão freqüentemente expostos aos riscos biológicos. Dentre as infecções de maior exposição, encontram-se as transmitidas por sangue e fluidos corpóreos (hepatite B, hepatite C e HIV) e as de transmissão aérea (tuberculose, varicela-zoster e sarampo) (RESENDE, 2001).

Os trabalhadores de enfermagem suprem a maior porção do cuidado direto ao paciente 24 horas por dia nos hospitais e, conseqüentemente, possuem constante risco para ferimentos ocupacionais, motivo por que poderão ser os trabalhadores mais afetados pelos vírus HBV, HCV e HIV (Mc CONNEL, 1999).

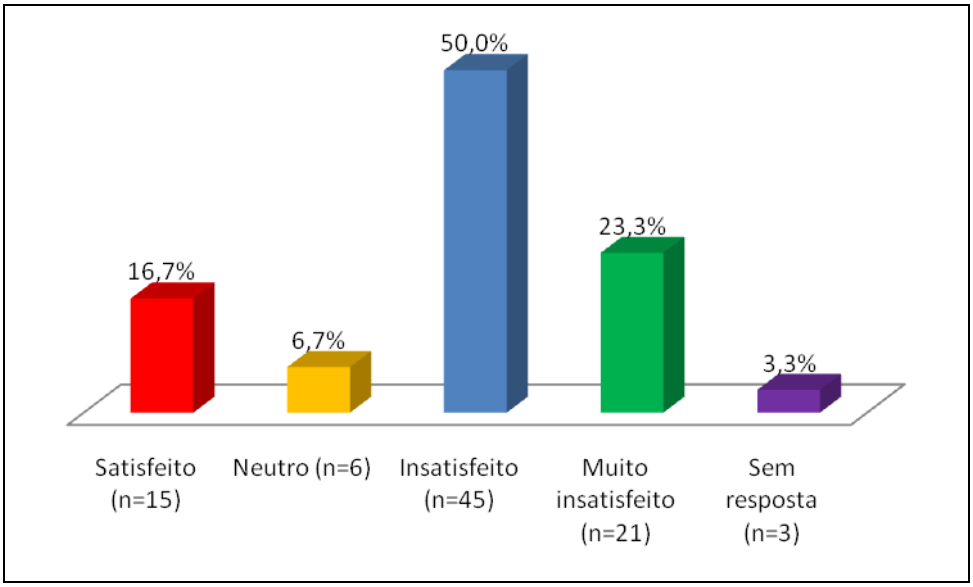


Gráfico 5 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo o índice de satisfação quanto à segurança pessoal da exposição aos riscos mecânicos, no serviço noturno, em unidades fechadas, em um hospital público no Município do Rio de Janeiro- RJ - 2012

Nota: (n=90).

Percebeu-se, no Gráfico 5, que 50% dos entrevistados encontram-se insatisfeitos e 23,3% muito insatisfeitos quanto à exposição aos riscos mecânicos.

Dentre os riscos mecânicos ou riscos de acidentes estão: as lesões causadas pela manipulação de objetos cortantes, penetrantes e as quedas (SILVA, 1988). Ruptura instantânea do corpo em forma de contusões, feridas, ferimentos cortantes, perfurantes, fraturas, entre outros, são exemplos de cargas ou riscos mecânicos. O que caracteriza este acidente de trabalho é a exposição a agentes mecânicos. São considerados como riscos geradores de acidentes: arranjo físico deficiente; máquinas e equipamentos sem proteção; ferramentas inadequadas ou defeituosas; eletricidade; incêndio ou explosão; animais peçonhentos; armazenamento inadequado (SARQUIS; FELLI, 2002).

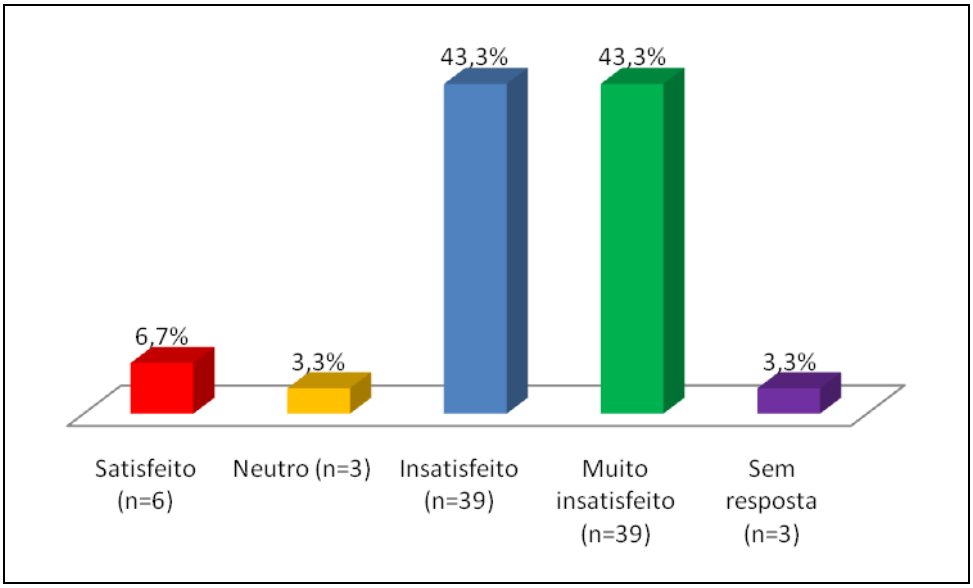


Gráfico 6 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo o índice de satisfação quanto à segurança pessoal da exposição aos riscos ergonômicos, no serviço noturno, em unidades fechadas, em um hospital público no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012

Nota: (n=90).

Ficou evidente no Gráfico 6 que 43,3% dos trabalhadores encontram-se insatisfeitos e este mesmo quantitativo encontra-se muito insatisfeito, totalizando 86,6% dos entrevistados. Esta exposição ao risco foi a que gerou maior grau de insatisfação de todas as mencionadas. Sendo assim, faz-se necessário uma reflexão mais aprofundada desta problemática.

A ergonomia estuda os diversos fatores que influenciam no desempenho do sistema produtivo e procura reduzir as conseqüências nocivas sobre o trabalhador. Assim, visa a redução da fadiga, estresse, erros e acidentes, proporcionando segurança, satisfação e saúde aos trabalhadores, durante o seu relacionamento com esse sistema produtivo (IIDA, 2005).

Os fatores ergonômicos são aqueles que incidem na adaptação entre o trabalho-trabalhador. São eles: o desenho dos equipamentos do posto de trabalho, a maneira como a atividade laboral é executada, a comunicação e o meio ambiente (MARZIALE; RODRIGUES, 2002). Estes fatores estão relacionados à adequação entre o homem e o trabalho, principalmente aspectos relacionados à adoção de postura inadequada e/ou prolongada durante o transporte e movimentação de pacientes, equipamentos, materiais e mobiliários não reguláveis e devido às formas de organização do trabalho em que as capacidades psicofisiológicas dos trabalhadores não são consideradas (RIBEIRO, 2012).

Moraes (2002) afirma que a adoção de posturas inadequada para administração de medicamentos, transporte e movimentação de peso (instrumentos e pacientes) pode ocasionar lesões osteomusculares nos trabalhadores, provocando-lhes adoecimentos. Esses fatores foram identificados nos estudos como fatores ergonômicos de risco ocupacional responsáveis por elevado índice de absenteísmo.

O princípio ergonômico é que a produção deve ser adequada às características, limites e capacidades dos homens e não o contrário. Este princípio deve valer imediatamente para organizar o trabalho (ritmo, pausas, posto, metas, rodízio de tarefas, etc.) e não esperar até que se encontre uma solução técnica que minimize a carga de trabalho. Esses aperfeiçoamentos técnicos são evidentemente sempre bem-vindos, mas não se pode deles esperar uma solução completa (ASSUNÇÃO; LIMA, 2003).

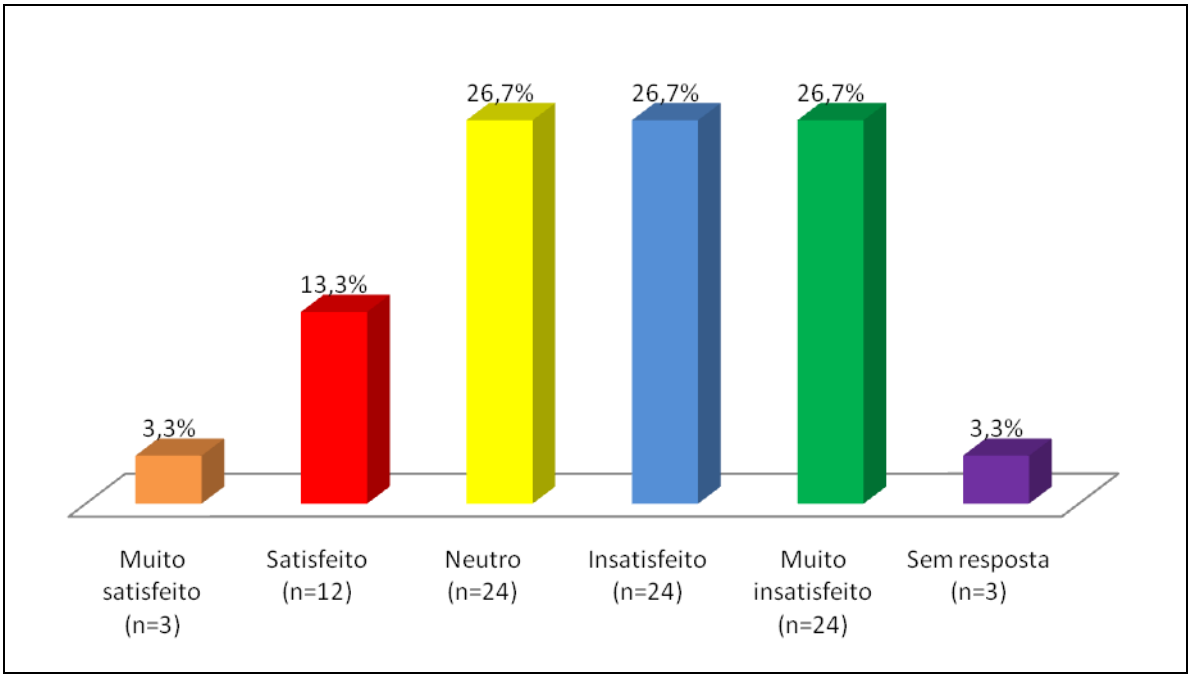


Gráfico 7 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo o índice de satisfação quanto à segurança pessoal da exposição aos riscos psicossociais, no serviço noturno, em unidades fechadas, em um hospital público no Município do Rio de Janeiro – RJ - 2012

Nota: (n=90).

A partir do Gráfico 7, observa-se que a maioria (53,4%) dos trabalhadores de enfermagem pesquisados revelou estar insatisfeito ou muito insatisfeito no tocante à exposição aos riscos psicossociais. O resultado remete à discussão das condições de trabalho, incluindo não só a percepção do indivíduo acerca das condições materiais do ambiente de trabalho, bem como aquelas relativas às cobranças da chefia, ao relacionamento com outros trabalhadores, ao acúmulo de jornadas de trabalho e, principalmente, às suas condições de saúde física e mental.

> [...] os riscos psicossociais podem ser definidos segundo aspectos de planejamento, organização e gerenciamento do trabalho e o seu contexto social e ambiental, que têm potencial para causar prejuízos físicos ou psicológicos (CAMELO; ANGERAMI, 2008, p. 233).

Da mesma forma, o Gráfico 7 torna-se mais um dado fundamental, num contexto dramático, na percepção dos trabalhadores, assim como todos os outros já expostos, demonstrado por altos índices de insatisfação quanto à exposição aos riscos químicos (Gráfico 2), físicos (Gráfico 3), biológicos (Gráfico 4), mecânicos (Gráfico 5) e ergonômicos (Gráfico 6). Da mesma forma, na Tabela 23 (f. 106) e na Figura 8 (f.107), a seguir, poderemos constatar que os índices de trabalhadores

que contraíram problemas de saúde no local de trabalho, bem como o grau de estresse dos trabalhadores pesquisados, são consideravelmente altos.

> As atuais tendências na promoção da segurança e higiene no trabalho incluem não somente os riscos físicos, químicos e biológicos dos ambientes laborais, mas também os diversos e múltiplos fatores psicossociais inerentes à empresa e a maneira como esses fatores influem no bem-estar físico e mental do trabalhador (CAMELO; ANGERAMI, 2008, p. 233).

Neste sentido, os principais problemas que atingem os trabalhadores de enfermagem em unidade fechada no serviço noturno apontados neste trabalho compõem um contexto consideravelmente adequado à deflagração de perturbações psicossociais neste grupo de indivíduos pesquisados. De acordo com Cox e Rial Gonzales (2002 apud CAMELO; ANGERAMI, 2008), há 6 categorias de riscos psicossociais relacionados ao contexto do trabalho, que dialogam com as tabelas apresentadas e analisadas desde o início deste capítulo 4: Cultura e função organizacional, Função na organização, Decisão e controle, Desenvolvimento de carreira, Interface trabalho-família e Relacionamento interpessoal no trabalho. Existem também quatro categorias que perfazem os riscos psicossociais relacionados ao conteúdo do trabalho: Ambiente e equipamento; Carga e ritmo; Planejamento das tarefas; e Esquema de trabalho.

As percepções aferidas junto aos trabalhadores acerca da pequena valorização social da enfermagem, da precariedade do ambiente e dos instrumentos de trabalho, bem como os conflitos existentes na relação profissional com outras áreas como a dos médicos, compõem um contexto grave na categoria “Cultura e função organizacional”. As funções de menor expressão que são correntemente atribuídas aos profissionais de enfermagem, traduzem para o trabalhador não só a sensação de que está sendo subestimado e de que seus anos de estudo não deveriam ser aproveitados em “preenchimentos de simples fichas”, como serve de confirmação acerca de como a sociedade e os profissionais de outras áreas afins não valorizam a enfermagem. Este cenário adequa-se à categoria “Função na organização”.

A desvalorização funcional é complementada pela desvalorização salarial, o que produz um efeito catastrófico na vida laboral e particular do trabalhador de enfermagem, ou seja, o comprometimento com outra(s) jornada(s) de trabalho. Além dos problemas relacionados ao cansaço e ao estresse oriundo de mais este

desafio, a ampliação das horas trabalhadas impedirá o trabalhador de almejar um crescimento na carreira através de cursos de atualização e extensão. Assim, a categoria “Desenvolvimento na carreira” pontua um verdadeiro drama que impede ou dificulta sobremaneira o desenvolvimento pleno do profissional de enfermagem. A própria desvalorização salarial e funcional da enfermagem perante a sociedade e aos profissionais afins nos indica o baixo grau de poder decisório desses trabalhadores na organização. Entretanto, foi visto anteriormente neste trabalho que, no ambiente noturno, a tendência é de uma maior autonomia decisória dos trabalhadores de enfermagem, o que diminuiria um pouco os riscos psicossociais, no caso dos trabalhadores do serviço noturno, na categoria “Decisão e controle”. Ainda no caso dos trabalhadores do serviço noturno, concluiu-se anteriormente que a tendência das relações interpessoais no ambiente de trabalho constitui-se em um fator positivo, como comprova a Tabela 15 (f.78), o que pontua a categoria “Relacionamento interpessoal” como positiva para a maioria do universo de trabalhadores pesquisados. A categoria “Interface trabalho-família” impõe grandes desafios a um profissional que acumula, em grande parte, mais de uma jornada de trabalho, muitas vezes em ambientes diurnos e noturnos. Neste sentido, a sensação de estar “em dívida” com a família, amplia sobremaneira os riscos psicossociais do trabalhador de enfermagem de modo geral.

Quanto às categorias relativas ao conteúdo do trabalho, os riscos psicossociais tendem a ser particularmente agravados no caso dos trabalhadores de enfermagem, já que a precariedade do ambiente e dos instrumentos de trabalho são fatores constantes e comuns na maioria dos hospitais brasileiros, bem como a diversidade de tarefas e as gigantescas cargas de trabalho. No caso do serviço noturno, em que normalmente o trabalhador está vindo de uma jornada diurna, a precariedade do sono e o cansaço, tendem a ser catastróficos em um ambiente de trabalho precário.

> Durante o sono há uma recuperação das capacidades física e mental, sendo que aquela mental é mais importante. A fadiga mental provoca irritação e redução na qualidade das tarefas que exigem atenção e concentração mental. Alguns pesquisadores sugerem que a fadiga física seria uma consequência dessa fadiga mental (IIDA, 2005, p. 346).

Esses aspectos, já debatidos neste trabalho, compõem, em linhas gerais, as categorias: “Ambiente e equipamento”, “Carga e ritmo”, “Planejamento das tarefas”

e “Esquema de trabalho”, propostas por Cox e Rial Gonzales (2002 apud CAMELO; ANGERAMI, 2008).

Conclui-se, assim, que os dados analisados a partir das entrevistas confirmam os dados da literatura no que se refere aos altos riscos psicossociais a que os trabalhadores de unidade fechada do serviço noturno de um Hospital Público do Rio de Janeiro estão expostos.

## 3.5 **Interferência do serviço noturno em unidades fechadas na saúde dos trabalhadores de enfermagem**

A saúde do trabalhador depende da sua qualidade de vida no trabalho e fora dele. As condições ambientais e organizacionais em que se desenvolvem as tarefas são fundamentais para a manutenção da saúde física e mental. O sono é a principal queixa dos trabalhadores noturnos, as perturbações causadas pela privação do sono tendem a ocasionar danos à saúde, como fadiga crônica e síndromes psiconeuróticas (tais como ansiedade e depressão crônica) que, com freqüência, pode exigir tratamento com agentes hipnóticos ou psicotrópicos (FISCHER et al., 2004).

Carmo et al. (2010) afirmam que a privação do sono causa sofrimento físico e psicológico, comprometendo a saúde e a vida dos trabalhadores. Além de prejuízos no convívio familiar e social, sobrecarga de trabalho e instalação de doenças psicossociais.

Os desafios já discutidos nesta pesquisa acerca das longas jornadas de trabalho e da desvalorização social da enfermagem, sentida pelos próprios profissionais da área, entre outros fatores, afetam diretamente o rendimento dos trabalhadores de enfermagem de modo geral. Entretanto, os fatores fisiológicos conspiram de modo consideravelmente negativo no desempenho e na saúde do trabalhador de enfermagem do serviço noturno. “A produção de hormônios corticais nas glândulas suprarrenais atinge o mínimo entre 4 e 6 horas da manhã...”. No caso da temperatura interna do corpo, o grau mínimo é atingido “[...] entre 2 e 4 horas da madrugada” (IIDA, 2005, p. 342). É evidente que além do prejuízo causado pela ausência do sono noturno, há uma tendência de ampliação dos erros

cometidos, especialmente entre 2 e 4 horas da madrugada (IIDA, 2005). Esta composição de problemas inerentes ao exercício da enfermagem no Brasil, somados aos agravantes específicos do trabalho noturno, transformam o profissional deste turno em um alvo preferencial de diversos tipos de problemas de saúde e conseqüentemente, do afastamento de seu trabalho.

> Segundo a professora Frida Marina Fischer, pesquisadora da área de trabalho em turnos e noturno da Faculdade de Saúde Pública da USP, o envelhecimento funcional precoce é uma das causas mais frequentes desses afastamentos. Ela ressalta que "o trabalhador em turnos ou noturno apresenta redução do desempenho com o passar do tempo além da observada por trabalhadores diurnos, pois as adversidades da atividade noturna somam-se às atividades estressantes habituais do trabalho (GOUVEIA, 2006, p. 51).

Neste sentido, o resultado da Tabela 23, demonstrando que 60% dos trabalhadores pesquisados declararam já terem sido afastados por problemas de saúde decorrentes do trabalho noturno, confirma a discussão acerca do tema na literatura consultada. É importante observar que os próprios hospitais devem procurar prevenir os desgastes laborais que são agravados em alguns aspectos no caso do trabalho noturno, pois são notórios os “[...] sérios problemas de acidentes e doenças que repercutem nas atividades empresariais, tanto no que se refere às indenizações acidentárias, quanto ao custo pelo afastamento de empregados doentes.” (ESQUERDO, 2012, p.12).

Tabela 23 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo os afastamentos por problemas de saúde adquiridos neste trabalho, em unidade fechada, no serviço noturno, em um Hospital público no Município do Rio de Janeiro - RJ - 2012

| **Afastamentos por doença** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| Sim | 54 | 60,0 |
| Não | 33 | 36,7 |
| Sem resposta | 3 | 3,3 |
| Total | 90 | 100,0 |

Nota: (n=90).

“Trabalhadores de hospital do turno da tarde e da noite apresentam maior risco para acidentes de trabalho com afastamento e mais dias de afastamento, comparados com os da manhã [...].” (VIEIRA, 2009, p. 20).

O trabalho noturno pode ser fator de risco no desenvolvimento de doenças cardiovasculares, particularmente doenças coronarianas. Como um fator de estresse, pode causar uma ativação neurovegetativa, com maior secreção de hormônios de estresse e os consequentes efeitos na pressão arterial, no ritmo cardíaco, nos processos trombóticos e no metabolismo de lipídios e da glicose; estes problemas podem ainda advir da interferência nos mecanismos compensatórios ligados às condições e aos estilos de vida (por exemplo, tabagismo, ingestão alimentar, transtornos do sono) (FISCHER et al., 2004).

Ferreira (2012) também afirma que o trabalho noturno esta associado ao alto risco cardiovascular. Portanto, esse dado deve ser incorporado nas discussões sobre a promoção da saúde do trabalhador no que diz respeito às modificações no processo de trabalho.

Maynardes (2009) refere em sua pesquisa que o processo de morbidade expresso pelos trabalhadores do noturno comprova o desgaste no processo saúde e doença. Os sintomas mais expressivos foram varizes, fadiga, cervicodorsolombalgia e irritabilidade. Os sintomas registrados após o descanso confirmam que o trabalhador ainda sente-se cansado e desanimado e permanece ainda com sono excessivo, o que confirma que o trabalhador retorna ao trabalho em situação de fadiga.

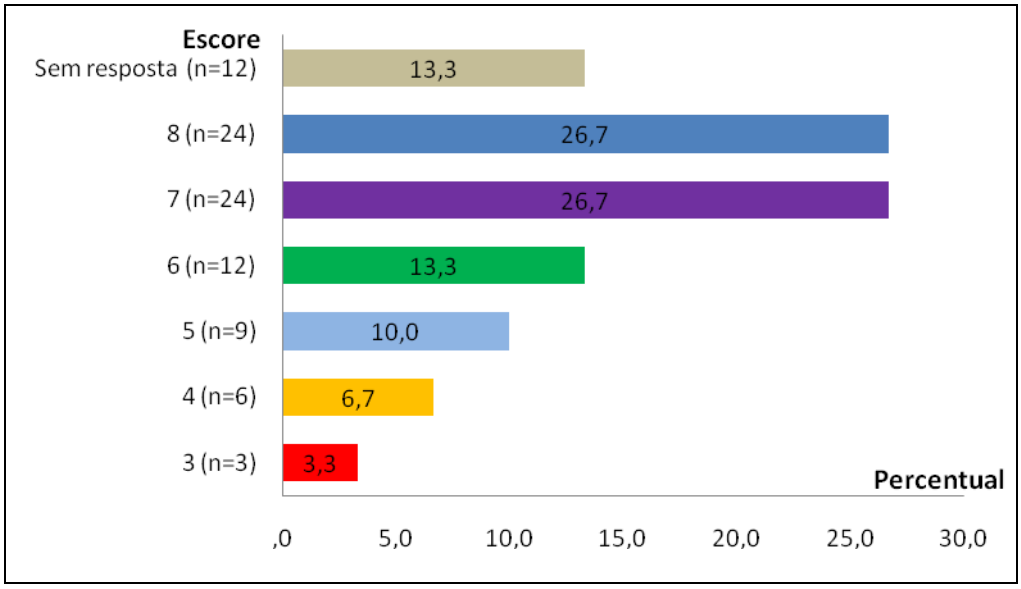


Figura 8 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo o nível de estresse percebido pelos mesmos, no serviço noturno, em unidades fechadas, em um hospital público no Município do Rio de Janeiro - RJ - 2012

Nota: (n=90).

Existem instrumentos específicos para mensuração do nível de estresse nos profissionais. Cabe enfatizar que Stacciarini e Tróccoli (2001) construíram um inventário para mensurar o nível de estresse em enfermeiros, o mesmo aborda diversos aspectos relacionados às práticas hospitalares. No entanto, para identificação do nível de estresse dos profissionais de enfermagem, que atuam em unidades fechadas no hospital alvo, a pergunta foi direta e simplificada, porém o questionário foi construído de forma a remeter o trabalhador a refletir sobre as possíveis causas de estresse, para que no momento específico da questão, o profissional mantivesse maior segurança para apontar de 1 a 10 como se sente em nível de estresse.

Percebeu-se que houve profissionais de enfermagem que apresentaram nível baixo de estresse com escore de 3,0 e também houve aqueles com alto nível, como os que assinalaram escore maior que 5,0, sendo a maioria.

De acordo com o conceito de Lazarus e Launier (1978), estresse é avaliado como desafio ou como ameaça e as repercussões são detectadas nos sistemas orgânicos, psicológico, social e espiritual e são dependentes dos mecanismos disponíveis no indivíduo. Neste sentido, os fatores externos como o trabalho, a família, o ambiente entre outros podem influenciar a percepção de estresse, assim como os fatores internos e entre eles as emoções, experiência anterior, crenças e valores.

Appelbaum (1981) relata que a organização piramidal da instituição hospitalar é responsável pelas pressões que os profissionais de saúde sofrem. Para Bauk (1985), os fatores considerados como os mais significantes ao estresse e à insatisfação no trabalho são a falta de conhecimento sobre oportunidades de progresso e promoção no trabalho e o modo como ocorre a avaliação da performance profissional. Outros fatores são a carga de trabalho excessiva, a interferência do trabalho na vida particular, a carência de autoridade e influência necessárias à execução de seu trabalho.

As pessoas estressadas apresentam algumas mudanças visíveis de comportamento. Em primeiro lugar, há uma perda da autoestima e da autoconfiança, que as levam a se relaxarem dos cuidados com a higiene pessoal. Ao mesmo tempo, sofrem de insônia, tornam-se agressivas e passam a beber ou fumar exageradamente. Em segundo lugar, as transformações neuroendocrinológicas interferem nas funções fisiológicas e inibem as defesas

naturais do organismo, tornando-se mais vulneráveis a doenças, como dores musculares, problemas gastrointestinais e doenças cardiovasculares (IIDA, 2005).

Wheeler (1998) ressalta que, nas publicações mais recentes e também nas mais antigas, a sobrecarga de trabalho e os problemas de relações interpessoais aparecem como os maiores estressores. Além destes, entre os artigos mais novos, encontrou o ambiente organizacional (em enfermeiros de UTI), a falta de suporte social, a falta de competência e confiança no papel profissional e a falta de preparo adequado (em enfermeiros de unidades hematológicas e de clínica cirúrgica) como fontes de estresse.

Chaves (1994) afirma que os fatores externos como o trabalho, a família, o ambiente entre outros podem influenciar a percepção de stress assim como os fatores internos e entre eles as emoções, experiência anterior, crenças e valores.

Tabela 24 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo o uso de medicações e ganho de peso, em unidade fechada, no serviço noturno, em um Hospital público no Município do Rio de Janeiro - RJ - 2012

| **Uso de medicações** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| Sim | 39 | 43,3 |
| Não | 48 | 53,3 |
| Sem resposta | 3 | 3,3 |
| Total | 90 | 100,0 |

| **Ganho de peso** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| Sim | 69 | 76,7 |
| Não | 18 | 20,0 |
| Sem resposta | 3 | 3,3 |
| Total | 90 | 100,0 |

Nota: (n=90).

A análise dos dados da tabela 24 faz-se tocante no expressivo quantitativo de profissionais que sinalizaram o ganho de peso apontado por 76,7%, como para os expressivos e preocupantes 43,3% que afirmaram utilizar medicações para suportar a(s) jornada(s).

Um estudo realizado por cientistas brasileiros da Agência de notícias da Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo sugere que trabalhadores noturnos

apresentam alterações em funções hormonais que podem deixá-los predispostos a comer mais, ganhar peso e desenvolver síndrome metabólica – um conjunto de fatores de risco cardiovascular que inclui hiperglicemia, hipertensão arterial, obesidade e aumento da circunferência da cintura.

A literatura científica internacional já demonstrava que os trabalhadores noturnos têm mais tendência ao ganho de peso, além de apresentar maior risco de doenças cardiovasculares e outros indicadores de síndrome metabólica (CASTRO, 2011).

Mudanças de comportamentos alimentares associadas ao trabalho noturno, incluindo aumento do valor calórico e variações no horário e número de refeições têm sido apontadas como a mais provável explicação para esse fenômeno. Mas, até agora, os estudos não haviam desvendado se esse aumento ocorria devido ao estresse causado pela quebra do ritmo biológico ocasionada pela vigília no período noturno ou por um fator de ordem puramente comportamental, ou seja, a falta de estímulos no período noturno leva a pessoa a comer mais – o que os cientistas suspeitam ser um mito (CASTRO, 2011).

Quem trabalha à noite fica predisposto a engordar. Isso porque, de acordo com um estudo da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), o turno noturno provoca alterações hormonais que fazem com que o organismo não reconheça mais sinais de saciedade. A qualidade ruim do sono, de uma forma geral, tem ligação com o ganho de peso, mesmo em pessoas que não trabalham à noite. Quando um indivíduo dorme pouco, em geral menos de 7 ou 8 horas por noite, o corpo libera quantidades mais elevadas do hormônio cortisol, que está ligado ao estresse e também tem uma relação direta com o acúmulo de gordura corporal (JORNAL DA TARDE, 2011).

O trabalho noturno interfere com os horários e o conteúdo das refeições, favorecendo, assim, problemas e transtornos digestivos. Estes se devem ao desequilíbrio entre os horários das refeições e a secreção e a motilidade gastrintestinal, bem como as mudanças na qualidade dos alimentos (p. ex. alimentos pré-cozidos e congelados), menos tempo disponível durante as pausas do trabalho, hábito de “beliscar” e, às vezes, maior ingestão de bebidas cafeinadas, fumo e consumo de álcool (LENNERNAS, 1993).

Queixas freqüentes dos trabalhadores noturnos são transtornos de apetite, dificuldades de digestão, azia, dores abdominais, constipação, borborismo e

flatulência, que podem ainda desenvolver, em longo prazo, doenças sérias como gastrite crônica, gastroduodenite, úlcera péptica e colite. A maioria dos estudos epidemiológicos mostra uma incidência de úlcera péptica duas a cinco vezes maior entre os que trabalham no turno noturno em oposição ao diurno (FISCHER et al., 2004).

# 4 **CONCLUSÕES**

Através da identificação das características pessoais e profissionais dos trabalhadores de enfermagem que atuam em unidades fechadas no serviço noturno percebeu-se a predominância de técnicos de enfermagem, bem como o fato de que a força de trabalho feminina é também maioria neste contingente. A população possui majoritariamente idade entre 41 e 50 anos e mais de vinte anos de formação na área de atuação. Muitas mulheres têm que lidar com as demandas duais dos trabalhos profissionais e domésticos, com filhos sob sua guarda e a maior parte possui dois vínculos empregatícios formais.

Para a maioria dos participantes desta pesquisa que atuam há mais de 10 anos na instituição alvo, a escolha do serviço noturno está associada à conciliação com outro emprego, o que origina expressiva insatisfação com este turno. A carga horária semanal de trabalho exercida pela maior parte dos entrevistados varia entre 60 e 80 horas, o que expõe esses trabalhadores a diversos riscos de desenvolvimento de problemas de saúde. Verificou-se que a autuação em unidades fechadas gera satisfação para a grande maioria.

Pode-se perceber que o trabalho noturno causa grandes prejuízos ao organismo dos trabalhadores, uma vez que o corpo humano é regido por ritmos biológicos ou naturais. O serviço noturno exige uma adaptação que gera desgastes que podem comprometer a capacidade produtiva, provoca perturbações nas funções orgânicas e físicas, além de apresentar um déficit nas relações da vida social.

Os dados analisados revelam que a população sente-se estressada e desmotivada no emprego em questão, bem como se sente desvalorizada profissionalmente perante a sociedade. Ressalta-se o alto índice de uso de medicações estimulantes e/ou tranqüilizantes e afastamentos por problemas de saúde, além do aumento no peso corporal. Pode-se dizer que estes fatos estão diretamente associados com a deficiência em promoção à saúde do trabalhador. Em contrapartida, há evidências de que as relações pessoais e laborais entre os profissionais de Enfermagem e desses com seus chefes são favoráveis.

No que se refere à segurança pessoal da exposição a riscos químicos, físicos, biológicos, mecânicos, ergonômicos e psicossociais, os profissionais

sentem-se consideravelmente insatisfeitos. No entanto, a opção com maior índice de insatisfação foi a que trata de riscos ergonômicos. Foram prevalentes as respostas neutras no que se refere às normas organizacionais e aos recursos que a instituição oferece para o desempenho das funções de Enfermagem. Os profissionais encontram-se majoritariamente insatisfeitos com os salários e os benefícios oferecidos.

Os resultados desta pesquisa indicam a necessidade de sensibilizar os gestores a proverem melhores condições de trabalho e remuneração para os profissionais de enfermagem de modo geral. Considera-se que profissionais satisfeitos e prestigiados podem gerar produtividade, melhor desempenho no cuidar e consequente satisfação dos usuários.

Pode-se perceber que falta implementar ações relacionadas à promoção da saúde no trabalho e o incentivo para o autocuidado dos sujeitos desta pesquisa, relacionadas ao ganho de peso que acometeu os trabalhadores de enfermagem no serviço noturno. As ações de promoção da saúde, quando realizadas sistematicamente, associadas aos impactos sobre o processo de trabalho e objetivos organizacionais indicam valorização do fator humano, podem acarretar benefícios, tanto para instituição, quanto para os trabalhadores. Verifica-se que a CLT não atende às necessidades da enfermagem no que diz respeito ao período de repouso, bem como o estatuto do funcionário público.

Conclui-se que, caso não haja uma sensibilização para operar as medidas preventivas, não somente pelos gestores desta instituição, como também dos gestores do sistema único de saúde do estado do Rio de Janeiro no que se refere às condições de trabalho, cada vez mais os trabalhadores e usuários estarão expostos a iatrogenias e acidentes de trabalho gerados pela diminuição dos reflexos em função das elevadas jornadas e exaustivas cargas de trabalho.

# 5 **RECOMENDAÇÕES**

Pela análise dos resultados e conclusões, podem ser traçadas algumas recomendações e orientações tanto para os profissionais de enfermagem, quanto para a instituição hospitalar envolvida.

As diferentes categorias envolvidas neste processo devem ser estimuladas para atuar de forma interdisciplinar, na intenção única de preservar a vida, promover saúde, prevenir lesões ou agravos à saúde em decorrência de processo de trabalho.

Para se obter um ambiente de qualidade hospitalar é necessário que as instituições de saúde busquem agregar humanização e qualidade aos serviços prestados. Este ambiente deve oferecer aos usuários e trabalhadores, condições para uma boa assistência, conforto, bem estar, segurança e qualidade no ambiente de trabalho.

Há necessidade de construção de uma legislação que regulamente o período de descanso da enfermagem, considerando-o como período trabalhado e que ainda, associe essa exigência à obrigatoriedade de existência de locais para repouso (já previsto na NR 24), como também faça referência ao adequado dimensionamento de pessoal definido pelo COFEN, para que a saúde, direito constitucional de todo cidadão, não venha a ser negligenciado pelos empregadores.

Ao hospital cabe realizar medidas de promoção da saúde do trabalhador de acordo com as Recomendações da organização Internacional do Trabalho (OIT) e as diretrizes do Ministério do Trabalho e emprego, além do controle periódico de saúde desses trabalhadores. Cabe também à instituição estudar o ambiente de trabalho e elaborar o mapa de risco do setor, sendo este um instrumento de orientação imprescindível para os trabalhadores das unidades fechadas.

Sugestões de ações para promoção da saúde dos trabalhadores:

a) realizar campanhas educativas ressaltando os benefícios da prática de atividade física para redução do peso corporal e promoção da saúde em geral;
b) promover programa educativo, com enfoque motivacional para as tarefas exercidas na prática profissional;

c) estimular a prática de atividades alternativas para o controle do estresse;
d) prover local de descanso para toda equipe de enfermagem, em condições de estrutura, iluminação, conforto e higiene adequados;
e) promover educação sobre a importância do sono e repouso para a saúde;
f) reduzir a sobreposição de tarefas na execução de atividades diárias;
g) adequar o dimensionamento de profissionais de enfermagem nas unidades, em acordo com a Resolução COFEN 293/2004;
h) realizar campanhas educativas que reforcem a adoção de medidas de autoproteção contra os riscos no ambiente de trabalho;
i) promover treinamento para os trabalhadores de enfermagem abordando os aspectos ergonômicos envolvidos nas atividades de trabalho diárias;
j) prover mobiliário ergonomicamente correto e local adequado para os profissionais desenvolverem suas atividades laborais com segurança quanto aos riscos ocupacionais.

# REFERÊNCIAS


AKERSTEDT, T. Work hours, sleepiness and accidents: introduction and summary. *J. Sleep Res*., Oxford, v. 4, Suppl. 2, p. 1-3, 1996 apud FISCHER, F. M. et al. *Trabalho em turnos e noturno na sociedade 24 horas*. São Paulo: Atheneu, 2004.

ALMEIDA, M. C. P. A pós-graduação em enfermagem no Brasil: situação atual. *Rev. latino-am. enferm*., Ribeirão Preto, v.1, n.1, jan. 1993.

ALMEIDA, M. R.; ADRIANO, M. S. P. F.; RAMALHO, P. P. L. R. *Estresse ocupacional em profissionais da saúde do serviço de atendimento móvel de urgência.* Rio de Janeiro: Abrapso, 2011.

ALVES, D. B. *Trabalho, educação e conhecimento de enfermagem*: uma contribuição aos estudos sobre a força de trabalho feminina. São Cristóvão: Fundação Oviêdo Teixeira, 2000.

ANDRADE, G. M. Infecção hospitalar: mitos e verdades, velhos hábitos, novas atitudes*. Brasília méd*, Brasília, DF, v. 39, n. ¼, p. 57-59, 2002.

ANDREWS, F. M.; WITHEY, S. B. *Social indicator sofwell-being*: american's perception soft life quality. New York: Plenum Press, 1976.

ANSELMI, M. L. Por que os enfermeiros deixam o emprego: estudos num hospital - escola. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 237-250, 1990.

APPELBAUM, S. H. Stress management for health care professions. Rockville: Aspen, 1981.

ARAÚJO, T. M.; AQUINO, E. M.; MENEZES, G. M. S. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadores de enfermagem. *Rev. saúde pública*, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 424-433, 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. *Cartilha do Trabalhador*. Rio de Janeiro, 2006.

ASSUNÇÃO, A. A.; LIMA, F. P. A. A contribuição da ergonomia para a identificação, redução e eliminação da nocividade do trabalho. In: MENDES, R. *Patologia do Trabalho.* 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 1767-1789.

BATISTA, A. A. V. et al. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 85-91, 2005.

BAUK, D. A. Stress. *Rev. bras. saúde ocup.*, São Paulo, v. 13, n. 50, p. 28-36, 1985.

BIANCHI, E. R. F. Enfermeiro hospitalar e o stress. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 390-394, dez. 2000.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil.* Brasília, DF: Senado, 1988. 140 p.

BRASIL. Ministério do Trabalho. *Normas regulamentadoras*: segurança e medicina do trabalho. 48. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

BRASIL. *Portaria nº 3214,* de 08 de Junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR, da Consolidação das Leis do Trabalho relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/63/mte/1978/3214.htm>. Acesso em: 20 out. 2012.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Riscos psicossociais no trabalho que podem levar ao estresse: uma análise da literatura. *Cienc. cuid. saude*, Maringá, v. 7, n. 2, p. 232-240, abr./jun. 2008.

CAMPANHOLE, A.; CAMPANHOLE, H. B. *Consolidação das leis do trabalho e legislação complementar.* São Paulo: Atlas, 1994.

CAMPBELL, L. R. What satisfies and doesn't? *Nurs. Manage*, Texas, v. 17, n. 8, p. 78, 1986.

CARMO, T. M. D. et al. Trabalho noturno: a privação do sono da equipe de enfermagem em uma unidade de pronto atendimento*. Ciência et Praxis*, Passos, v. 3, n. 6, p.19-24, 2010.

CARVALHO, D. R.; KALINKE, L. P. Perfil do enfermeiro quanto a motivação profissional e suas necessidades de desenvolvimento*. Boletim de Enfermagem*, ano 2, v.1, p.82-95, 2008.

CARVALHO, L.; MALAGRIS, L. E. N. Avaliação do nível de *stress* em profissionais de saúde. *Estudos Pesq. Psicol*., Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 210-221, dez. 2007.

CASTILLO, J. J.; VILLENA, J. (Ed.). *Ergonomia*: conceptos y métodos. Madrid: Editorial Complutense, 1998 apud MAURO, M. Y. C. et al. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, Rio de Janeiro, v. 14, p.14-18, 2010.

CASTRO, F. *Fome noturna.* São Paulo: Notícias da Agência FAPESP, 2011.

CAVALHEIRO, A. M.; MOURA JUNIOR, D. F.; LOPES, A. C. Estresse de enfermeiros com atuação em unidade de terapia intensiva. *Rev. latino-am. enferm*., Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, jan./fev. 2008.

CHAVES, E. C. *Stress e trabalho do enfermeiro: a influência de características individuais no ajustamento e tolerância ao turno noturno.* São Paulo, 1994. 130 p. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

CINTRA, E. A. *Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo.* São Paulo: Atheneu, 2005.

CIPOLLA-NETO, J. *Fisiologia do sistema de temporização circadiano*. In: CIPOLLA-NETO, J.; MARQUES, N.; MENNA-BARRETO, L. (Eds.). *Introdução ao estudo da cronobiologia.* São Paulo: Universidade de São Paulo, 1988. p. 65-146.

COLLIÈRE, M. F. *Promover a vida:* da prática de mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel, 1999.

COLLIGAN, M. J.; ROSA, R. R. Shiftwork effects on social and family life. In: SCOTT, A. J. (Ed.) State of art review. *J. occup. med*., Chicago, v. 5, n. 2, p. 315-322, 1990.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM*. Dados estatísticos institucionais atualizados em 23/02/2011*. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/planejamento-estrategico-2>. Acesso em: 20 de jun.2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Resolução nº 189/1996.* Estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. Brasília, DF, 25 de março de1996. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-1891996-revogada-pela-resoluo-cofen-2932004_4249.html >. Acesso em: 22 out. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Resolução nº 293/2004.* Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. Brasília, DF, 21 de setembro de 2012. Disponível em: <http://www.corensp.org.br/resolucoes/resolucao293.htm>. Acesso em: 23 nov. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Resolução nº 438/2012.* Dispõe sobre a proibição do regime de sobreaviso para enfermeiro assistencial. Brasília, DF, 07 de novembro de 2012. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resolucao-cofen-no-4382012_17407.html>. Acesso em: 05 dez. 2012.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (Rio de Janeiro). Código de ética e legislação, 2012. p.1-102.

CORREA, C. F.; DONATO, M. Biossegurança em uma unidade de terapia intensiva - a percepção da equipe de enfermagem. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*., Rio de Janeiro, v.11, n. 2, p. 197-204, jun. 2007.

COSTA, G. Effects on health and well being. In: COLQUHOUN, W. P. et al. *Problems and solutions*. Arbeits wissenschaft in der betrieblichen Praxis. Frankfurt am Main: Peter Lang, 1996. p. 113-139.

COX, T.; GRIFFITHS, A.; RIAL GONZALES, E. *Research on work-related stress*, Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2002 apud CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Riscos psicossociais no trabalho que podem levar ao estresse: uma análise da literatura. *Cienc. cuid. saude*, Maringá, v. 7, n. 2, p. 232-240, abr./jun. 2008.

CURA, M. L. A. D. *Satisfação profissional do enfermeiro*. 1994. 121f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1994.

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

DAY, H. W. An intensive coronary care area. *Chest*, Park Ridge, v. 44, p. 423, 1968.

DEJOURS, C. Que sofrimento? In: _____. *A loucura do trabalho*: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez e Oboré, 1987. p. 48-62.

DEJOURS, C. *Psicodinâmica do trabalho*: contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, C. *O trabalho como enigma*. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. (Orgs.) Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**.** Rio de Janeiro: Editora Paralelo 15 / Editora Fiocruz, p.127-139, 2002.

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

ESQUERDO, M. C. *Segurança e medicina do trabalho.* 2012. 41f. Monografia (Pós-graduação Latu senso em Direito e Processo do Trabalho) - Universidade Cândido Mendes, Rio de Janeiro, 2012.

ESTEVE, J. M. *O mal-estar docente*: a sala de aula e a saúde dos professores. Bauru: Edusc, 1999.

ÉSTHER, A. B.; LIMA JÚNIOR, J. H. V. Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem. *RAE Rev. Adm. Empr*., São Paulo, v. 41, n. 3, p. 20-30, jul./set. 2001.

FAKIH, F. T.; CARMAGNANI, M. I. S.; CUNHA, I. C. K. O. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital de ensino. *Rev. bras. enferm*., Brasília, DF, v. 59, n. 2, p. 183-187, mar./abr. 2006.

FERNANDES, M. C. et al. O trabalho noturno e suas repercussões na saúde do trabalhador de enfermagem. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 478-483, jul./set. 2010.

FERNANDES, R. M. F. O sono normal. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 39, n. 2, p. 157-168, 2006.

FERREIRA JÚNIOR, M. *Saúde no trabalho*: temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores. São Paulo: Roca, 2000. 375 p.

FERREIRA, L. M. B. A. et al. Trabalho noturno e risco cardiovascular em funcionários de universidade pública. *AMB rev. Assoc. Med. Bras*., São Paulo, v. 58, n. 2, p. 168-177, 2012.

FISCHER, F. M. et al. *Trabalho em turnos e noturno na sociedade 24 horas*. São Paulo: Atheneu, 2004. 238p.

FISCHER, F. M. et al. How nursing staff perceive the duration and quality of sleep and levels of alertness*. Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1261-1269, set./out. 2002.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir*. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

FRANÇA, A. C. L.; RODRIGUES, A. L. *Stress e trabalho*: uma abordagem psicossomática. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

FRASER, T. M. *Human stress, work and job satisfaction*: a critical approach. German: International Labour Office, 1983.

FREITAS, A. L. P.; SOUZA, R. G. B. Um modelo para avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho em universidades públicas. *Rev. eletr. sist. gestão*, São Paulo, v. 4, n. 2, p.136-154, 2012.

FREUD, S. *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago. XXI, 1930. p.174.

FUGULIN, F. M. T. et al. Implantação do sistema de classificação de pacientes na unidade de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. *Rev. med. Hosp. Univ*., São Paulo, v. 4, n. ½, p. 63-68,1994.

FUNDACENTRO. Setor de Ergonomia. *Fundacentro Atualidades em Prevenção de Acidentes*. São Paulo, v. 21, n. 248, p. 6-10, ago. 1990. Trabalho noturno na ordem do dia da 77ª Conferência da OIT.

FUNDEN. El riesgo profissional. In: *Manual de Salud Laboral*. Madrid, 1996. p. 93-8. (Serie enfermería).

GAIDZINSKI, R. R.; KURCGNANT, P. Dimensionamento de pessoal de enfermagem: vivência de enfermeiros. *Nursing*, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 28-34, jul. 1998.

GARDNER, J. W. *John W. Gardner on leadership*. New York: The Free Press, 1990.

GENTIL, R. C. O enfermeiro não faz marketing pessoal: a história explica por quê? *Rev. bras. enferm*., Brasília, DF, v. 62, n. 6, p. 916-918, nov./dez. 2009.

GIL, C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas. 2002. 175p.

GIL, A. C. *Administração de recursos humanos: um enfoque profissional*. São Paulo: Atlas, 1994 apud CARVALHO, D. R.; KALINKE, L. P. Perfil do enfermeiro quanto a motivação profissional e suas necessidades de desenvolvimento*. Boletim de Enfermagem*, ano 2, v. 1, p. 82-95, 2008.

GOMES, J. R. Saúde ocupacional no hospital. *Rev. Paul. Hosp*., São Paulo, v. 22, n. 6, p. 274-276, 1974.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. A auto e heteroimagem profissional do enfermeiro em saúde pública: um estudo de representações sociais*. Rev. latino-am. enferm*., Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1011-1118, nov./dez. 2005 apud CARVALHO, D. R.; KALINKE, L. P. Perfil do enfermeiro quanto a motivação profissional e suas necessidades de desenvolvimento*. Boletim de Enfermagem*, ano 2, v.1, p.82-95, 2008.

GOUVEIA, F*.* Na contramão do relógio biológico. *Cienc. cult*., São Paulo, v. 58, n. 4, out./dez. 2006.

GRANDJEAN, E. *Manual de Ergonomia: adaptando o trabalho ao homem.* Porto Alegre: Artes Médicas, 2005 apud OLIVEIRA, A. M. B. Avaliação da fadiga em operadores de salas de controle de subestações elétricas. 2009. 119f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.

GUÉRIN, F. et al. *Compreender o trabalho para transformá-lo*: a prática da ergonomia. São Paulo: Edgard Blücher, 1997.

GUIDELINES FOR PROTECTING THE SAFETY AND HEALTH CARE WORKERS, U.S. Department of health and human services. Center of Disease Control, Sept., 1988 apud NISHIDE, V. M.; BENATTI, M. C. C. Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 406-414, 2004.

GUSTAVO, A. S. *O trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar*: idealização e realidade. 2001. 113f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

HERZBERG, F.; MAUSNER. B.; SNYDERMAN, B. *The motivation to work*. New York: Willy, 1993.

IIDA, I. *Ergonomia:* projeto e produção*.* 2. ed. São Paulo: Edgard Blücher, 2005.

JORNAL DA TARDE. *Trabalhar a noite favorece o ganho de peso.* 25 nov. 2011. Disponível em: <http://blogs.estadao.com.br/jt-cidades/trabalhar-a-noite-favorece-o-ganho-de-peso/>. Acesso em: 09 jan. 2012.

KORUNKA, C.; VITOUCH, O. Effects of the implementation of information technology on employees strain and job satisfaction: a context-dependent approach. *Work stress*, London, v. 34, n. 4, p. 341-363, 1999.

KURCGANT, P. A capacitação profissional do enfermeiro. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 45, n. 2, abr. 2011.

LAKATOS E. M.; MARCONI, M. A. *Fundamentos da metodologia científica*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. *Processo de produção e saúde*: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989.

LAVIE, P. *The enchented worl of sleep.* New Haven: Yale University Press, 270p. 1996.

LAZARUS, R. S.; LAUNIER, S. Stress related transaction between person and environment. In: DERVIN, L. A.; LEWIS, M. *Perspectives in international psychology*. New York: Plenum, 1978. p. 287-327.

LENNERNAS, M. A. *Nutrition and shift work.* Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis, 1993.

LESER, W. et al. *Elementos de epidemiologia geral*. São Paulo: Atheneu, 2000. 177p.

LICHT, R. H. *Satisfação, responsabilidade e sentido no trabalho*: um estudo preliminar de associação. 1990. 148f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Economia e Administração, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.

LIPP, M. E. N. *Manual do inventário de sintomas de stress para adultos* de Lipp (ISSL). 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

LOCKE, E. A. The nature and causes of job satisfaction. In: DUNNETTE, M. D. (Ed.). *Handbook of industrial and organizational psychology.* Chicago: Rand McNally, 1976. p. 1297-1349.

LOCKE, E. A. What is job satisfaction? *Organizational Behaviour Human Performance*, Washington, v. 4, n. 4, p. 309-336, 1969.

LOUZADA, F. M. A tolerância ao trabalho em turnos e noturno: um problema multidimensional. In: FISHER, F. M.; MORENO, C. R.; ROTEMBERG, L. *Trabalho em turnos e noturnos na sociedade 24 horas*. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 33-65.

MACEDO, L. E. T. *Estresse no trabalho, problemas de saúde e interrupção de atividades cotidianas*: associação no estudo pró saúde. 2005. 280f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswald Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

MACÊDO, M. L. A. F. et al. Possibilidades e limites da recuperação do sono de trabalhadores noturnos de enfermagem*. Rev. gaúch. enferm*., Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 92-98, mar. 2009.

MARTINEZ, M. C.; PARAGUAY, A. I. B. B. Satisfação e saúde no trabalho: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. psicol. soc. trab*., São Paulo, v. 6, p. 59-78, 2003.

MARTINS, J. T. et al. Transformações históricas na assistência de enfermagem*. Rev. latino-am. enferm*., Ribeirão Preto, n. 3, p 19-24, 2003.

MARX, Karl. *O capital*: crítica da economia política. 11. ed. São Paulo: Bertrand Brasil-DIFEL, 1987. v. 1.

MARZIALE M. H. P.; RODRIGUES, C. M. A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material pérfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. *Rev. latino-am. enferm*., Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 571-577, 2002.

MARZIALE, M. H. P.; CARVALHO, E. C. Condições ergonômicas do trabalho da equipe de enfermagem em unidade de internação de cardiologia. *Rev. latino-am. enferm.*, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 99-117, jan. 1998.

MASLOW, A. H. *Introdução à psicologia do ser*. Rio de Janeiro: Livraria Eldorado, 1970.

MAURO, M. Y. C. et al. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, Rio de Janeiro, v. 14, p.14-18, 2010.

MAURO, M. Y. C. Uma relação delicada – enfermagem do trabalho: a rotina da Profissão. *Revista Proteção*, ano XI, p. 32-34, abr. 98.

MAXIMIANO, A. C. A. *Introdução à administração*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

MAYNARDES, D. C. D.; KIRCHHOF, A. L. C.; SARQUIS, L. M. M.Trabalho noturno e morbidades de trabalhadores de enfermagem. *Cogitare Enferm.*, Curitiba, v. 14, n. 4, p. 703-708, out./dez. 2009.

MC CONNEL, E. A. Pointed strategies for needlestick prevention. *Nurs. Manage*., Chicago, v. 30, n. 1, p. 57-60, 1999.

Mc GREGOR, D. *Motivação e liderança*. São Paulo: Brasiliense, 1980.

MEZOMO, J. C*. Gestão da qualidade na saúde*: princípios básicos. São Paulo: Universidade de Guarulhos, 1995.

MEZOMO, J. C. *Gestão da qualidade na saúde*: princípios básicos. São Paulo: Manole, 2001.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento*. São Paulo: Hucitec, 1993.
MONTANHOLLI, L. L.; TAVARES, D. M. S.; OLIVEIRA, G. R. Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar. *Rev. bras. enferm*., Brasília, DF, v. 59, n. 5, p. 661-665, set./out. 2006;

MORAES, E. F. G. *Riscos ocupacionais dos trabalhadores atuantes em Unidades de Saúde Pública*. 2002. (Monografia em enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

NIGHTINGALE, F. A arte da enfermagem. *Annaes Enfermagem*, v. 18, n. 1, p. 6, jan./mar. 1946.

NIGHTINGALE, F. *Notes on hospitals.* 3. ed. Londres: Longman Green, 1863.

NISHIDE, V. M.; BENATTI, M. C. C. Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 406-414, 2004.

OLIVEIRA, M. M. *Alterações psicofisiológicas dos trabalhadores de enfermagem no serviço noturno.* 2005. 227 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

OLIVEIRA, A. M. B. *Avaliação da fadiga em operadores de salas de controle de subestações elétricas*. 2009. 119f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. International Labour Office. *Psychosocial factors at work*: recognition and control. Report of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health – Ninth Session. Geneva: International Labour Office, 1984.

PADILHA, K. G. et al. Nursing workload and staff allocation in an intensive care unit: a pilot study according to Nursing Activities Score (NAS). *Intensive Crit Care Nurs*., Edinburgh, v. 26, n. 2, p. 108-113, Dec. 2010.

PADOVANI, C. P. Idade e peso corporal influem no cuidado com a saúde e no estilo de vida? um estudo de caso. *Rev. bras. ciênc. saúde*, João Pessoa, ano 8, n. 25, jul./set. 2011.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. S.; MÉIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 478-484, 2007.

PEDUZZI, M.; ANSELMI, M. L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. *Rev. bras. enferm*., Brasília, DF, v. 55, n. 4, p. 392-398, jul./ago. 2002.

PÉREZ, R. J. *Satisfação no trabalho:* metas e tendências. 1980. 132p. Tese (Livre-docência) - Instituto de Letras, História e Psicologia de Assis, Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, Assis, 1980 apud MARTINEZ, M. C.; PARAGUAY, A. I. B. B. Satisfação e saúde no trabalho: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. psicol. soc. trab*., São Paulo, v. 6, p. 59-78, 2003.

PFAFF, J. Factors related to job satisfaction dissatisfaction of registered nursing in long - term care facilities. *Nurs. Manage*., Chicago, v. 18, n. 8, p. 51-55, 1987.

PINTO, A. L. T.; SANTOS, M. C. V. W.; CÉSPEDES, L. *Segurança e medicina do trabalho*. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. (Org.). *O processo de Trabalho em saúde*: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-livros, 1999.

POTTER, P. *Semiologia em enfermagem*. 4.ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002.

QUEIJO, A. F.; PADILHA, K. G. Instrumento de medida da carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: Nursing Activities Score (N.A.S.). *Rev. Paul. Enferm*., São Paulo, v. 23, n. 2, p. 114-122, abr./jun. 2004.

RAMOS, J. P. *Motivação no trabalho*: abordagens teóricas. *Psicol*., São Paulo, v.1, n. 2, dez. 1980.

REGO, P. M. A organização do trabalho hospitalar e a formação dos estudantes de medicina nas emergências. *Saúde Debate*, Londrina, v. 49/50, p. 95-100, 1995/1996.

REPAT-USP Rede Eletrônica de Prevenção de Acidentes de Trabalho com exposição a material biológico em hospitais brasileiros. *Riscos Biológicos.* Disponível em: <http://repat.eerp.usp.br/>. Acesso em: 12 nov. 2012.

RESENDE, M. R.; FORTALEZA, C. M. C. B. Risco ocupacional entre profissionais da área de saúde e medidas de proteção. In: COLIBRINI, M. R. C.; FIGUEIREDO, R. M.; PAIVA, M. C. (Orgs.). *Leito-dia em AIDS*: uma experiência multiprofissional. São Paulo: Atheneu, 2001. p.139-157.

RIBEIRO, J. M. S*. Autonomia profissional dos enfermeiros*. 2009. 129f. Dissertação (Mestrado em Ciências de Enfermagem) - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2009.

RIBEIRO, M. C. S. *Enfermagem e trabalho*: fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores. 2. ed. São Paulo: Martinari. 2012. 170p.

ROBAZZI, M. L. C. C.; XELEGATI, R. Riscos químicos a que estão submetidos os trabalhadores de enfermagem: uma revisão de literatura. *Rev. latino-am. enferm*., Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p.350-356, maio/jun. 2003.

RODRIGUES, M. V. C. *Qualidade de vida no trabalho*: evolução e análise no nível gerencial. 9. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

ROEDEL, R. R.; NYSTRON, P. C. Nursing jobs and satisfaction. *Nurs. Manage*, Milwaukee, v. 19, n. 2, p. 34-38, 1988.

ROHMERT, W. Problems in determining rest allowances Part 1: use of modern methods to evaluate stress and strain in static muscular work. *Appl. Ergon*., Oxford, v. 4, n. 2, p. 91-95, June 1973 apud FISCHER, F. M.; PARAGUAY, A. I. B. B. A ergonomia como instrumento de pesquisa e melhoria das condições de vida e trabalho. In: FISCHER, F. M.; GOMES, J. R.; COLACIOPPO, S. (Coord.). *Tópicos de saúde do trabalhador*. São Paulo: Hucitec, 1989.

ROSENFIELD, C. L. Autonomia autorgada e apropriação do trabalho. *Sociologias*, Porto Alegre, n. 12, p. 202-227, jul./dez. 2004.

RUTENFRANZ, J.; KNAUTH, P.; FISHER, F. M. *Trabalho em turnos e noturno.* São Paulo: Hucitec, 1989.

SANTANA, N.; FERNANDES, J. D. O processo de capacitação profissional do enfermeiro intensivista. *Rev. bras. enferm*., Brasília, DF, v. 61, n. 6, p. 809-815, nov./dez. 2008.

SANTIAGO, F. R.; ARBONA, R. G. *Manual de prevención de riesgos laborales.* Madrid: Editorial y Producción PyCh & Asociados, 2000. p.18-19.

SANTOS, C. B. *Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores de enfermagem da clínica médica de um hospital público*. 110f. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004,

SARQUIS, L. M. M.; FELLI, V. E. A. Acidentes de trabalho com instrumentos perfurocortantes entre os trabalhadores de enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 36, n. 3, set. 2002.

SCHABBEL, C. Relações familiares na separação conjugal: contribuições da mediação. *Psicol. teor. prat.*, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 13-20, jun. 2005.

SCHILLING, M. C. L.; OLIVEIRA, L. R. Análise do serviço de enfermagem no processo de planejamento. *REGE Revista de Gestão*, São Paulo, v.18, n. 2, jun. 2011.

SERRÃO, D. Comissão de Ética para a Investigação Clínica. *Autonomia*: um difícil conceito. Lisboa, 2009. Disponível em: <www.ceic.pt>. Acesso em: 20 nov. 2012.

SILVA, B. M. S. et al. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*., Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 442-448, jul./set. 2006.

SILVA, F. V. Autonomia profissional na enfermagem é construída por conquistas técnico-científicas, legais e pelo desenvolvimento de uma prática cidadã*. Rev. Bras. Enferm.,*Brasília, DF, v. 49, n. 2, p. 1-20, abr./jun. 2007.

SILVA, V. E. F. *Estudo sobre acidentes de trabalho ocorridos com trabalhadores de enfermagem de um hospital de ensino*. 1988. 125f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1988.

SILVA, M. F.; CONCEIÇÃO, F. A.; LEITE, M. M. J. Educação continuada: um levantamento de necessidades da equipe de enfermagem. *Mundo Saúde*, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 47-55, jan./mar. 2008.

SILVA, R. M. et al. Análise quantitativa da satisfação profissional dos enfermeiros que atuam no período noturno.*Texto Contexto Enferm*., Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 298-305, abr./jun. 2009.

SILVA, V. E. F. *O desgaste do trabalhador de enfermagem*: estudo da relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. 1996. 280f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

SOUZA, J. G. Autonomia e cidadania na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*., Florianópolis, v. 9, n. 3, p. 86-99, ago./dez. 2000 apud SILVA, R. M. et al. Análise quantitativa da satisfação profissional dos enfermeiros que atuam no período noturno*. Texto Contexto Enferm*., Florianópolis, v.18, n. 2, p. 298-305, abr./jun. 2009.

STACCIARINI, J. M. R.; TRÓCCOLI, B. T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro*. Rev. latino-am. enferm*., Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 17-25, 2001.

STATISTICAL package for the social sciences. Versão 18.0. Chicago: McGraw-Hill, 2009, Programa de computador.

STEUER, R. S. *Satisfação no trabalho, conflito e ambigüidade de papéis*: estudo junto às enfermeiras de Maternidade Escola do Município de São Paulo. 1989. 135f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.

TAMAYO, A. *Cultura e saúde nas organizações*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

TANOS, M. A. A. et al. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em uma unidade especializada em transplante de fígado: comparação do real com o preconizado. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 376-382, dez. 2000.

TEITEL, R. The Impact of restructuring on professional nursing practice. *J. nurs. adm*., Wakefield, v. 32, n. 1, p. 31-41, Jan. 2002 apud RIBEIRO, J. M. S*. Autonomia profissional dos enfermeiros*. 2009. 129f. Dissertação (Mestrado em Ciências de Enfermagem) - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2009.

TORRES, R. A. M. et al. Processo de trabalho em setor de emergência de hospital de grande porte: a visão dos trabalhadores de enfermagem. *Rev. Rene*., Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 70-76, out./dez. 2009.

VENTURA, A. A. et al. Marketing profissional e visibilidade social na enfermagem: uma estratégia de valorização de recursos humanos. *Texto Contexto Enferm*., Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 788-795, out,/dez. 2011.

VIEIRA, A. C. B. *Agravos a saúde do trabalhador da área de saúde, com ênfase nas alterações do ciclo sono-vigília, ligados ao trabalho noturn*o. 2009. 30f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Conselheiro Lafaiete, 2009.

WAECKERLE, J. F. Circadian rhythm, shiftwork, and emergency physicians. *Ann. emerg. med*., Lansing MI, v. 24, n. 5, p. 959-962, 1994.

WALTON, R. E. Quality of work life: what is it? *Sloan manag. rev.*, Cambridge, v.15, n.1, 1973, p.11-21.

WEIL, M. H.; PLANTA, M. V.; RACKOW, E. C. *Terapia intensive*: introdução e retrospectiva histórica. São Paulo: Interamericana, 1992.

WHEELER, H. H. Nurse occupational stress - research 5: sources and determinants of stress. *Br. j. nurs*., London, v. 7, n. 1, p. 40-43, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The world health report, 2008*: primary health care-now more than ever. Geneva: World Health Organization, 2008.

WRIGHT, T. A.; CROPANZANO, R. Psychological well-being and job satisfaction as predictors of job performance. *J. occup. health psychol.*, Washington, v. 5, n. 1, p. 84-94, 2000.

ZALEWSKA, A. M. Job satisfaction and importance of work aspects related to predominant values and reactivity. *Int. J. Occup. Saf. Ergon.*, v. 5, n. 4, p. 485-511, 1999 apud MARTINEZ, M. C.; PARAGUAY, A. I. B. B. Satisfação e saúde no trabalho: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. psicol. soc. trab*., São Paulo, v. 6, p. 59-78, 2003.

ZEITOUNE, R. C. G.; ROCHA, J. B. B. Perfil dos enfermeiros do Programa Saúde da Família: uma necessidade para discutir a prática profissional. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v.15, n. 1, p. 46-52, 2007.

**APÊNDICE A** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Faculdade de Enfermagem /UERJ
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem

Você foi selecionado (a) e está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada: "**Trabalho noturno em unidades fechadas: Estudo com trabalhadores de enfermagem num hospital público".** Trata-se de um projeto de dissertação do Programa de Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sob orientação da ProfªDrª Maria Yvone Chaves Mauro. A pesquisa tem foco nas Condições de trabalho e saúde do trabalhador. Tem como objetivo: Avaliar as situações que envolvem o trabalho noturno em unidades fechadas, sob a percepção dos profissionais de enfermagem de um hospital público. Objetivos Específicos: Levantar as ocorrências e situações relacionadas aos riscos ocupacionais que interferem na manutenção da saúde e satisfação no trabalho da equipe de enfermagem no período noturno em unidades fechadas; Analisar as interferências da organização do serviço noturno, em unidades fechadas na saúde dos profissionais de enfermagem; Identificar o grau de satisfação dos trabalhadores de enfermagem em relação à execução das atividades, e em relação às interferências da organização na atuação profissional em unidades fechadas no serviço noturno de um hospital público.A pesquisa terá duração de 2 anos.

Sua participação consistirá em responder a um questionário semi-estruturado, com perguntas fechadas sobre condições de trabalho e satisfação profissional. Não há riscos na participação desta pesquisa.

Ressalto que os aspectos contidos na Resolução 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos serão respeitados pela pesquisadora. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas *nesta* pesquisa e os resultados divulgados em eventos e revistas científicas, mesmo neste momento, seu nome não será divulgado.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir da participação e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Você não terá nenhum custo ou qualquer compensação financeira na participação da pesquisa e receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone/e-mail e o endereço do pesquisador principal, e demais membros da equipe, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Nome do pesquisador: Danielle Costa Carvalho Bartoly
Assinatura do pesquisador _____
Endereço: Boulevard 28 de setembro, 157. Vila Isabel, Rio de Janeiro - RJ.Tel.: (21) 25876100 - e-mail: hupe@uerj.brTelefone de contato do Comitê de ética em Pesquisa: (21) 25875363. Local, data____/_____/_____

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.

_____
Participante da pesquisa

**APÊNDICE B –** Questionário sobre a percepção do trabalhador acerca da aplicabilidade dos instrumentos

## PREENCHIMENTO OPCIONAL

**Sua opinião sobre a percepção deste questionário seria de extrema importância para nós, essas informações irão contribuir para aprimorarmos a aplicabilidade deste questionário no serviço noturno em enfermagem:**

### Objetividade

**Escolha uma das seguintes respostas:**

**1- Em relação à compreensão deste questionário:**

**( ) Ótimo**
**( ) Muito Bom**
**( ) Bom**
**( ) Regular**
**( ) Ruim**
**Sugestões:**
_____
_____
_____

**2- Em relação aos critérios de preenchimento:**

**( ) Ótimo**
**( ) Muito Bom**
**( ) Bom**
**( ) Regular**
**( ) Ruim**
**Sugestões:**
_____
_____
_____

**3- Em relação ao tempo que você levou para responder este questionário:**

**( ) Gastei tempo demais para responder o questionário.**
**( ) Não gastei muito tempo para responder o questionário.**
**( ) Respondi rapidamente o questionário.**

**ANEXO A -** Carta de aprovação do CEP SR-2/UERJ

**Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Sr2**
**Comissão de Ética em Pesquisa – COEP**
Rua São Francisco Xavier, 524, bloco E, 3º. andar, sala 3018 - Maracanã.
CEP 20550-900 – Rio de Janeiro, RJ.
E - mail: etica@uerj.br - Telefone: (21) 2334 2180

**PARECER COEP 066/2012**

A Comissão de Ética em Pesquisa – COEP, em sua 8ª Reunião Ordinária em 13 de setembro de 2012, analisou o protocolo de pesquisa **nº. 057.3.2012,** segundo as normas éticas vigentes no país para pesquisa envolvendo sujeitos humanos e emite seu parecer.

**Projeto de pesquisa :** ***"Influência do Serviço Noturno sobre a saúde dos trabalhadores de enfermagem a partir de minha própria percepção em relação á situação de trabalho"***
**Pesquisador Responsável:** Maria Yvone Chaves Mauro
**Mestrado:** Danielle Costa Carvalho Bartoly
**Instituição Responsável** – Faculdade de Enfermagem/ UERJ
**Área do Conhecimento**: 4.00 –Ciências da Saúde – 4.04 Enfermagem

**Sumário:** Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem quanti-qualitativo e que tem por foco a realidade das condições de trabalho do trabalhador de enfermagem envolvendo características pessoais, além de abordar importantes aspectos como elevada carga horária semanal de trabalho, baixos salários,, ausência de local para descanso , entre outras.Os sujeitos serão enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem.

**Objetivo:** O objetivo do estudo é avaliar a influência do do serviço noturno em Unidade fechadas sobre a saúde dos trabalhadores a partir da percepção que estes têm de sua relação com a situação de trabalho.

**Considerações Finais:** Após debate entre os membros, a COEP considerou que o projeto de pesquisa tem metodologia e objetivos claros e bem apresentados. O TCLE está adequado para o público alvo, de acordo com as orientações da COEP. Do ponto de vista ético o projeto não apresenta nenhuma restrição.

Após o cumprimento das exigências ao parecer 062/2012, a COEP considerou o projeto aprovado.

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - **previsto para outubro de 2013,** para cumprir o disposto no item *VII. 13.d da RES. 196/96/CNS.* Além disso, a COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

**Situação: Projeto Aprovado**

Rio de Janeiro, 23 de outubro de 2012.

*Profa. Dra. Célia Caldas*
Coordenadora da Comissão de Ética em Pesquisa/UERJ
Mat 32.359-2

**ANEXO B -** Questionário semiestruturado dividido em três partes

**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**
Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem

**Título da pesquisa:** TRABALHO NOTURNO EM UNIDADES FECHADAS: Estudo com trabalhadores de enfermagem num hospital público.

**Instrumento de coleta de dados:**

## PARTE A-QUALIFICAÇÃO PESSOAL

| |
|---|
| **1-Setor:** |
| **2-Idade:** |
| **3-Sexo: ( )Feminino ( )Masculino** |
| **4-Estado conjugal: ( )Solteiro(a) ( )Casado(a) ( )Divorciado(a) ( )Viúvo(a)** |
| **5-Tem filhos sob sua guarda? ( )Sim ( )Não** |
| **6-Categoria profissional:**<br>**( ) auxiliar de enfermagem**<br>**( ) técnico de enfermagem**<br>**( ) enfermeiro** |
| **7-Tempo de formado: _____anos.** |
| **8-Possui quantos vínculos empregatícios na enfermagem?( )1(um) ( )2(dois) ( )3(três) ( )mais de três** |

| |
|---|
| **9-Carga horária de Trabalho semanal em todos os vínculos: _____** |
| **10-Carga horária semanal neste emprego: _____** |
| **11-Tempo de atuação <u>nesta instituição</u>:**<br>**( ) menos de 1 ano**<br>**( ) 1 a 4 anos**<br>**( ) 5 a 9 anos**<br>**( ) mais de 10 anos** |
| **12-Tempo de atuação em <u>Unidade fechada</u>:**<br>**( ) menos de 1 ano**<br>**( ) 1 a 4 anos**<br>**( ) 5 a 9 anos**<br>**( ) mais de 10 anos** |
| **13-Tempo de atuação em <u>serviço noturno</u>:**<br>**( ) menos de 1 ano**<br>**( ) 1 a 4 anos**<br>**( ) 5 a 9 anos**<br>**( ) mais de 10 anos** |
| **14- Formação:**<br>**( )Especialização ( )Completo ( )Incompleto Área:_____**<br>**( )Mestrado ( )Completo ( )Incompleto Área:_____**<br>**( )Doutorado ( )Completo ( )Incompleto Área:_____**<br>**( )Outros Exemplifique:_____** |
| **15-Você trabalha em <u>Unidade fechada</u> por quê?**<br>**( )Escolheu esta área de especialização**<br>**( )Não havia vaga em outro setor**<br>**( )Foi remanejado(a) por necessidade de serviço**<br>**( )Outros_____** |
| **16-Sente-se satisfeito em trabalhar em Unidade fechada? ( )Sim ( )Não** |

| |
|---|
| **17-Você trabalha no <u>Serviço noturno</u> por quê?**<br>**( )Possui outro emprego**<br>**( )Devido ao adicional noturno**<br>**( )Foi remanejado(a) por necessidade de serviço**<br>**( )Outros_____** |
| **18-Sente-se satisfeito em trabalhar no Serviço Noturno? ( )Sim ( )Não** |

## PARTE B- ÍNDICE DE SATISFAÇÃO NO TRABALHO

**Leia atentamente as questões e a legenda, e marque a alternativa que corresponde a sua avaliação em cada item solicitado, seguindo a escala e o conceito abaixo:**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **MUITO SATISFEITO (MS)** | **SATISFEITO (S)** | **NEUTRO (N)** | **INSATISFEITO (I)** | **MUITO INSATISFEITO (MI)** |

**MUITO SATISFEITO (MS)- Considera que as condições superaram as expectativas.**

**SATISFEITO (S)- Considera que as condições estão do seu agrado.**

**NEUTRO (N)- Indistinto, indiferente.**

**INSATISFEITO (I)- Não está satisfeito com as condições.**

**MUITO INSATISFEITO (MI)- Descontente em alto grau, insatisfeito em demasia.**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **1- No que se refere a sua autonomia no trabalho?** | MS | S | N | I | MI |
| **2- Com relação a sua interação com os outros membros da equipe?** | MS | S | N | I | MI |
| **3- Com relação às determinações do seu chefe?** | MS | S | N | I | MI |
| **4- Com relação à segurança pessoal da exposição a riscos:** | | | | | |
| **<u>Químicos</u>- São as substâncias, compostos ou produtos que podem ser absorvidos através da pele ou por ingestão ou ainda penetrar por via respiratória na forma de poeiras, fumos, névoas, neblinas, gases ou vapores.** | MS | S | N | I | MI |
| **<u>Físicos-</u> São formas de energia representadas por ruído, vibração, pressões anormais, temperaturas extremas, radiação ionizante, radiação não ionizante, infra e ultrassom,** | MS<br>MS | S<br>S | N<br>N | I<br>I | MI<br>MI |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **umidade, luminosidade.**<br>**<u>Biológicos-</u> Representados por parasitas, bactérias, vírus e outros micro-organismos.**<br>**<u>Mecânicos(também denominado risco de acidentes)-</u> São fatores ou situações potencialmente causadoras de acidentes, como arranjo físico inadequado, máquinas e equipamentos sem proteção, ferramentas inadequadas, eletricidade, probabilidade de incêndios ou explosões, animais peçonhentos, falta de sinalização.**<br>**<u>Ergonômicos-</u> São aqueles resultantes da falta de adaptação do trabalho ao homem, gerando sobrecarga nas estruturas músculo-esqueléticas como esforço físico intenso, levantamento e transporte manual de peso, exigência de posturas inadequadas, repetitividade, controle rígido de produtividade, imposição de ritmos excessivos, trabalho em turno e noturno, jornada de trabalho prolongada.**<br>**<u>Psicossociais-</u> São aqueles resultantes das relações e organização do trabalho desfavorável ao trabalhador e que produzem sobrecarga psíquica como pressão de chefia, acúmulo de tarefas, tarefas monótonas, tarefas perigosas, possibilidade de perda do emprego, quota de produção pré-estabelecida, grau de atenção exigido, proibição de comunicação entre os trabalhadores durante a jornada.** | MS<br>MS<br>MS | S<br>S<br>S | N<br>N<br>N | I<br>I<br>I | MI<br>MI<br>MI |
| **5- No que se refere a sua valorização profissional perante a sociedade?** | MS | S | N | I | MI |
| **6- Com relação às normas organizacionais da instituição que presta serviço?** | MS | S | N | I | MI |
| **7- Sobre a valorização de seus superiores no desenvolvimento do seu trabalho?** | MS | S | N | I | MI |
| **8- Com relação aos benefícios (vale-transporte, auxílio alimentação, assistência médica e/ou odontológica)?** | MS | S | N | I | MI |
| **9- Salário atual?** | MS | S | N | I | MI |
| **10-Com relação aos recursos que a organização lhe oferece para desempenhar suas tarefas?** | MS | S | N | I | MI |

## PARTE C- CONDIÇÕES DE TRABALHO NOTURNO

**Leia atentamente as questões e marque de acordo com sua vivência neste emprego/trabalho:**

| | |
|---|---|
| **1- Você possui local de descanso?**<br>*Caso a resposta seja negativa, vá parapergunta número 3 | **( )Sim**<br>**( )Não** |
| **2- Em média, quantas horas você descansa durante o plantão?** | **( )1-2horas**<br>**( )3-4horas**<br>**( )5-6horas** |
| **3- Já foi obrigado a dobrar sua jornada de trabalho quando o profissional que efetua sua rendição não comparece?** | **( )Sim**<br>**( )Não** |
| **4- Há escala de sobreaviso/retém?** | **( )Sim**<br>**( )Não** |
| **5- Sente-se motivado neste emprego no dia-a-dia?** | **( )Sim**<br>**( )Não** |
| **6- Já participou de algum curso de atualização patrocinado por esta instituição?** | **( )Sim**<br>**( )Não** |
| **7- Esta instituição reduz sua carga horária para que você possa cursar alguma especialização?** | **( )Sim**<br>**( )Não** |
| **8- Ficou afastado de suas atividades por problemas de saúde adquiridos neste trabalho?** | **( )Sim**<br>**( )Não** |
| **9-Se você pudesse mensurar seu nível de estresse atribuído por este emprego, que nível você classificaria de 0(zero) a 10 (dez), considerando o zero como nulo e o dez como nível máximo?** | **( )0 ( )1 ( )2 ( )3 ( )4**<br>**( )5 ( )6 ( )7 ( )8 ( )9**<br>**( )10** |
| **10-Usa medicações estimulantes e/ou tranqüilizantes para melhorar seu desempenho?** | **( )Sim**<br>**( )Não** |
| **11- Apresentou ganho ou perda de peso corporal que você associe ao trabalho noturno?** | **( )Sim**<br>**( )Não** |
| **12- Já recebeu alguma advertência que, a seu ver, tenha sido injusta?** | **( )Sim**<br>**( )Não** |
| **13- Em sua opinião, o dimensionamento de profissionais de enfermagem no seu plantão, está satisfatório?** | **( )Sim**<br>**( )Não** |
| **14- Por quantos pacientes você é responsável por prestar assistência?** | **( )01 a 10**<br>**( )11 a 20**<br>**( )21 a 30**<br>**( )Mais de 30** |

**Comente outros aspectos importantes que geram insatisfação ou ameacem sua qualidade de vida no trabalho, que não foram abordados neste instrumento:**

_____

_____

_____

***Muito obrigado pela sua colaboração!***

**ANEXO C -** Carta de autorização institucional

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

CENTRO BIOMÉDICO

FACULDADE DE ENFERMAGEM

Programa de pós-graduação – Mestrado Acadêmico

De: Faculdade de Enfermagem da UERJ

Para: Comitê de ética do Hospital

Assunto: Solicitação para realização de pesquisa

Vimos, pelo presente, solicitar autorização para que a aluna Danielle Costa Carvalho Bartoly, do curso de Mestrado desta Universidade sob orientação da Profª Dra. Maria Yvone Chaves Mauro, possa coletar dados nesta instituição conforme informações anexas, a fim de realizar o trabalho científico previsto para a defesa da sua dissertação de mestrado. A pesquisa está centrada nas Condições de trabalho e Saúde do Trabalhador sob a perspectiva dos Profissionais de Enfermagem de Unidades Fechadas, no serviço noturno. Tem como objetivos: Levantar as ocorrências e situações relacionadas aos riscos ocupacionais que interferem na manutenção da saúde e satisfação no trabalho da equipe de enfermagem no período noturno, em unidades fechadas; Analisar as interferências da organização do serviço noturno, em unidades fechadas na saúde dos profissionais de enfermagem; Identificar o grau de satisfação dos trabalhadores de enfermagem em relação à execução das atividades, e em relação às interferências da organização na atuação profissional em unidades fechadas no serviço noturno de um hospital público.

Será uma pesquisa descritiva quantitativa. Os funcionários das Unidades fechadas responderão as questões contidas em um questionário semi-estruturado.
A pesquisa é intitulada: **TRABALHO NOTURNO EM UNIDADES FECHADAS: Estudo com trabalhadores de enfermagem num hospital público.**

Rio de janeiro, ___/____/____

_____