

JOANA D'ARC DE SOUZA OLIVEIRA

RISCO OCUPACIONAL NO CONTEXTO HOSPITALAR

Natal - RN

2009

RISCO OCUPACIONAL NO CONTEXTO HOSPITALAR

Dissertação a ser apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, como pré-requisito para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Maria do Socorro Costa Feitosa Alves

Co-Orientadora: Profa. Dra. Aurigena Antunes Araújo Ferreira

Natal-RN

2009

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde:

Profa. Dra. Técia Maria de Oliveira Maranhão

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

BANCA EXAMINADORA

MEMBROS TITULARES

Profa. Dra. Maria do Socorro Costa Feitosa Alves - UFRN

Profa. Dra. Antonia Oliveira Silva - UFPB

Prof. Dr. Antônio Medeiros Júnior - UFRN

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho:

A meu marido com gratidão...

Aos meus pais com saudade...

Aos meus filhos com amor...

Aos meus netos com carinho...

AGRADECIMENTOS

À Deus, energia de todos os momentos, por ter me facultado o uso da razão e as necessárias condições para que os meus objetivos fossem alcançados.

À minha orientadora Prof. Dra. Maria do Socorro Costa Feitosa Alves, pela oportunidade de crescimento pessoal e profissional, por não ser somente orientadora, mas também, amiga.

Ao PPGCSA – UFRN, pela oportunidade de um programa de mestrado avançado, contribuindo para aproximar mais a produção acadêmica da realidade social e a integração docente-serviço.

À minha querida filha Ana Elisa, que pacientemente fez a revisão

desta obra.

Aos enfermeiros, médicos e dentistas do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel/Clovis Sarinho, pela disposição em responder as entrevistas.

Aos meus amigos e familiares que direto ou indiretamente, participaram deste trabalho.

Enfim, agradeço a todos que me ensinaram. “O valor de aprender, a necessidade de busca, a força da perseverança, a importância das mudanças, a necessidade de recomeçar, a tolerância e a humildade, a evolução da ciência, a beleza de DEUS”.

(Estrela)

“O caminho da vida pode ser o da liberdade e da beleza, porém, desviamos-nos dele. A cobiça envenenou a alma dos homens, levantou no mundo as muralhas do ódio e tem-nos feito marchar a passo de ganso para a miséria e os morticínios. Criamos a época da produção veloz, mas nos sentimos enclausurados dentro dela. A máquina, que produz em grande escala, tem provocado a escassez. Nossos conhecimentos fizeram-nos céticos, nossa inteligência empedernida e cruel. Pensamos em demasia e sentimos bem pouco. Mais do que máquina, precisamos de humanidade; mais do que de inteligência, precisamos de afeição e doçura. Sem virtudes, a vida será de violência e tudo estará perdido”.

(Charles Chaplin, em discurso proferido no final do filme O grande ditador.)

SUMÁRIO

1	Introdução .	01
2	Revisão de literatura.	04
3.	Anexos dos artigos.	18
4	Comentários, críticas e sugestões.	76
5.	Referências.	86
6	Apêndice.	90
7	Abstract.	91

RISCO OCUPACIONAL NO CONTEXTO HOSPITALAR

RESUMO O presente estudo tem como objetivo conhecer as representações sociais sobre o risco ocupacional construídas por trabalhadores da saúde no contexto hospitalar. Trata-se de um estudo exploratório fundamentado no referencial teórico da Teoria das Representações Sociais realizado com duzentos e vinte trabalhadores da saúde pertencentes ao quadro permanente de um hospital público na cidade do Natal-RN. Os dados foram coletados através da Entrevista semi-estruturada e da Técnica da Associação Livre de Palavras. Na análise das informações utilizou-se o software Evoc 2000 e o Alceste. Os resultados indicam condições de trabalho desfavoráveis com desgaste físico e mental ao trabalhador da saúde, e, patologias pouco reconhecidas como ocupacionais em sua origem. Pode-se observar que as representações sociais construídas pelos trabalhadores da saúde, revelam o nível de conscientização desses trabalhadores referentes às consequências do ambiente de trabalho para sua saúde, referindo-se ao processo de trabalho hospitalar, como múltiplo e complexo pela dimensão tecnológica e pelos aspectos físicos, psíquicos e cognitivos.

Descritores: Saúde; risco ocupacional; representações sociais, contexto hospitalar.

1 INTRODUÇÃO

A magnitude dos problemas causados pelos riscos ocupacionais vem ganhando proporções alarmantes e se tornando na atualidade um desafio para Saúde Pública. A intensificação laboral no contexto hospitalar é traço característico dessa realidade e tem levado ao consumo desmedido das energias físicas e espirituais dos trabalhadores. É importante ressaltar que o ambiente hospitalar mostra-se reconhecidamente insalubre por agregar portadores de várias enfermidades infecciosas, além de viabilizar procedimentos que oferecem riscos profissionais diversos para os trabalhadores que atuam nestas Instituições^{1,2}.

Os riscos ocupacionais são classificados em biológicos, físicos, químicos, mecânicos, fisiológicos e psíquicos, a cuja exposição podem ocorrer acidentes de trabalho. Os trabalhadores que atuam em hospitais, provavelmente aqueles que se ocupam da assistência direta, estão a eles expostos em razão do contato com portadores de doenças infecciosas, da necessidade da movimentação de pacientes e equipamentos pesados, do desgaste físico decorrente do ritmo, da organização e divisão do trabalho, do convívio com a dor e a morte, entre outros, o que causam desgastes de variadas naturezas³.

Este entendimento no contexto institucional da saúde pública permite avançar questões importantes para uma melhor compreensão das múltiplas dimensões biológica, social e cultural das práticas da saúde, pensando estratégias que facilitem a melhoria da qualidade de vida da população e dos trabalhadores da saúde⁴.

É útil observar os novos desafios sociais, políticos e culturais, o esgotamento do paradigma biomédico e a mudança do perfil epidemiológico da população nas últimas

décadas têm ensejado o aparecimento de novas formulações sobre o pensar e o fazer sanitários. Entre essas sobressai o projeto da Promoção à Saúde que constitui hoje o eixo principal do projeto da Nova Saúde Pública⁵.

Dessa forma, pesquisadores^{1,2}, têm chamado atenção para a dimensão social e cultural do risco, referindo a importância de se compreender o ponto de vista de trabalhadores expostos a riscos ocupacionais, considerando que esse conhecimento possa subsidiar processos decisórios e de regulação desses riscos.

Assim posto, considera-se necessário contemplar aspectos referentes aos riscos ocupacionais no contexto hospitalar embasados na Teoria das Representações Sociais. A importância de estudos relacionados à área da saúde nesse campo está na possibilidade do pesquisador relacionar sua pesquisa com outras áreas do saber, configurando-se em um tipo de conhecimento efetivamente inter e multidisciplinar, que colabora com a explicação de problemas relevantes para a educação, saúde, meio ambiente, entre outros⁶.

Estudos qualitativos, com abordagem das representações de trabalhadores da saúde, permitem a apreensão e compreensão de aspectos intersubjetivos como: emoções, sentimentos, valores e atitudes diante da experiência cotidiana, que são amplamente reconhecidos como fundamentais para o entendimento de estratégias educativas em saúde, requeridas aos programas de prevenção⁷.

Trabalhar nessa perspectiva é procurar entender seus desdobramentos para o trabalho e para a saúde do trabalhador. Além de constituir oportunidade de contemplar as dimensões coletivas e as práticas cotidianas, cria modelos que integram vários saberes efetivamente significativos, com o intuito de oferecer condições dignas

de trabalho, para que o trabalhador possa sobreviver nesses mutantes e diversificados ambientes de riscos.

A possibilidade de estabelecer uma estratégia para intervir nesse campo, motivou a pesquisadora a executar esta pesquisa entre os profissionais: médico, enfermeiro e dentista, uma vez que esta tríade trabalha no setor das práticas emergenciais assistindo aos pacientes traumatizados/politraumatizados, onde os procedimentos de reanimação constituem um espaço de ações que podem integrar vários especialistas.

Utilizou-se como referencial teórico a classificação dos riscos ocupacionais nos ambientes de trabalho segundo a Portaria nº 3.214/78, do Ministério do Trabalho e Emprego, em suas Normas Regulamentadoras (NR - 5) de Medicina e Segurança do Trabalho que classificam os riscos em físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e acidentes⁸. Neste contexto, o presente estudo tem como objetivo conhecer as representações sociais sobre o risco ocupacional construídas por trabalhadores da saúde no contexto hospitalar.

Pode-se considerar que a efetivação deste trabalho tornou evidente o propósito do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde - PPGCSa/UFRN, na medida em que permitiu a promoção da multi/interdisciplinaridade, superando os limites das disciplinas científicas, permitindo dar respostas a situações complexas (como podem ser os riscos ocupacionais no contexto hospitalar), e ainda a fusão/integração dos saberes de distintas disciplinas científicas para gerar um conhecimento acessível à mais grupos ou aplicável a vários contextos.

A relevância desta investigação será apresentada na seção “Revisão da Literatura”. Os referenciais que embasaram a pesquisa foram detalhadamente descritos

nos artigos enviados para publicação os quais trazem informações suficientes para garantir a apreensão do leitor em relação ao problema da pesquisa, ao método e suas etapas e, principalmente, à análise dos resultados de modo coerente com o referencial teórico e rigor do estudo.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Saúde Ocupacional

O termo saúde ocupacional refere-se a um campo do saber que visa compreender as relações entre trabalho e processo saúde-doença. Nesta concepção, considera-se a saúde e a doença como processos dinâmicos, estritamente articulados com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade em determinado momento histórico. Partindo do princípio de que a forma de inserção dos indivíduos nos espaços de trabalho, contribui decisivamente para formas específicas de adoecer e morrer¹.

Desta forma, a Saúde Ocupacional é uma importante estratégia não somente para garantir a saúde dos trabalhadores, mas também para contribuir positivamente para a produtividade, motivação e satisfação do trabalho e, portanto, para a melhoria geral na qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade como um todo. Sua principal finalidade, consiste na promoção de condições de trabalho, garantindo o mais elevado grau de qualidade de vida no trabalho, promovendo o seu bem-estar físico, mental e social, prevenindo a doença e os acidentes⁹.

No Brasil, a Saúde Ocupacional como campo de conhecimentos deu-se a partir da década de 80, no contexto de transição democrática, em sintonia com o que

ocorreu no mundo ocidental¹⁰. Um momento caracterizado pela co-existência de epidemias, doenças profissionais clássicas e o surgimento de novas formas de adoecimento pelo trabalho advindas das mudanças das práticas laborais frente à globalização da economia e reivindicações sindicais por melhores condições de trabalho.

Esse cenário proporcionou uma série de iniciativas que se expressaram, dentre outras, na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, na realização da I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, no mesmo ano, sendo decisivas para a alteração do enfoque na Constituição Federal de 1988¹⁰.

Desta forma, a luta por segurança, higiene e saúde do trabalhador vem sendo propagada em diversos segmentos, destacando-se as contribuições generosas da engenharia, da medicina e de enfermagem do trabalho, da ergonomia, da psicologia e de outras áreas do conhecimento humano. Avanço destas áreas permitiu um progresso no campo normativo, a fim de que se conheça a importância do ambiente de trabalho saudável e o cumprimento de normas e leis de proteção ao trabalhador.

Os trabalhadores destinatários dessa política, compreendem todos os trabalhadores nos âmbitos federal, estadual e municipal, independentemente do tipo de vínculo. No entanto, a possibilidade de controlar as condições gerais de vida e de trabalho está relacionada com o nível de consciëntização dos trabalhadores.

Pelo fato de que os trabalhadores exercem um razoável auto-governo sobre seu processo de trabalho há uma certa liberdade de ação, indicando que a transformação do perfil produtivo depende de mudanças no agir do trabalhador da saúde, o que diz respeito ao aspecto de ser ele detentor de uma determinada proposta de organização e de sua produção, bem como portador de uma certa subjetividade que

imepera para que assuma determinadas atitudes junto aos seus pares.

Portanto, lidar com trabalho em saúde, significa também lidar com a dimensão humana e subjetiva de cada um, significa que sem processos de subjetivação, não há proposta de mudança no modelo produtivo que seja realmente eficaz. Há sempre uma intencionalidade indicando o *modus operandi* que é singular e cada um. O modo de agir, que a princípio é social e tecnologicamente determinado, tem como um importante dispositivo os processos de subjetivações que afetam os sujeitos.

No ponto de vista do SUS (Sistema Único de Saúde)¹¹, a Saúde ocupacional constitui-se um valor social público, para o qual concorrem dimensões sociais, políticas, econômicas e organizacionais, que demandam o estabelecimento de proteção da saúde, e vigilância dos riscos advindos dos processos de trabalho.

Porém, as determinações legais têm sido usadas de forma pouco eficaz, interferindo no modo de reprodução e da vida, desembocando em um cenário multifacetado e estruturado sobre uma histórica desvalorização do trabalho e da vida trabalhadora, onde o trabalhador (principalmente nas Instituições hospitalares), ainda é visto de forma compartimentalizada. As medidas que deveriam assegurar a sua saúde, acabam por restringir-se a intervenções pontuais até mesmo sobre os riscos mais evidentes.

Apesar da prescrição constitucional regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde (8.080/1990), o SUS com seus princípios e diretrizes mostra-se ainda tímido sobre a saúde do trabalhador nas dimensões do trabalho, na redução de riscos e danos além dos acidentes de trabalho ou doenças decorrentes da prática profissional na sua relação de causa e efeito¹².

No cotidiano das instituições públicas os trabalhadores lidam com

situações adversas no ambiente de trabalho que incluem diferentes formas de organização e gestão, falta de recursos humanos e financeiros, escolha inadequada das medidas técnicas de controle, falta de programas multidisciplinares, entre outros, expondo o grupo aos riscos ocupacionais e conseqüente desgaste físico e psíquico em função da precariedade desses recursos, que se refletem sobre o viver, o adoecer e o morrer do trabalhador.

Um fato relevante é que no Brasil, poucos são os estudos relacionados à saúde ocupacional, fato que se soma à escassez e à inconsistência das informações acerca do contexto atual da situação de saúde dos trabalhadores, dificultando à reestruturação do trabalho e a definição de prioridades para as políticas públicas. Essas informações, quando atualizadas e completas, representam ferramentas importantes para a melhoria das condições de vida dos trabalhadores¹³.

Os trabalhadores potencialmente expostos aos riscos precisam estar informados e treinados para evitar problemas de saúde, métodos de controle devem ser instiruídos para prevenir acidentes. Desse modo, propõe-se pensar saúde ocupacional, particularmente nos processos produtivos, com possibilidade de reestruturação ou construção de métodos que se proponham a atender as necessidades dos trabalhadores. Esses métodos podem ser usados para riscos ambientais, incluindo os agente de risco, controle de engenharia, práticas de trabalho, equipamentos de proteção pessoal e programas de exames médicos¹⁴

Considerando, que a pressão da necessidade de sobrevivência em que o trabalhador é submetido, deixa em segundo plano as reivindicações de vida e trabalho, além do desconhecimento de direitos básicos e de mecanismo de proteção jurídica à cidadania¹⁵, "...as aceleradas transformações no mundo do trabalho têm contribuído

para o deslocamento do eixo de luta dos trabalhadores na direção da manutenção do emprego, deixando em um segundo plano as questões de saúde e segurança”^{16 p.27}.

Pode-se inferir, que o conhecimento dos riscos ocupacionais aliado a vontade política de investir na área da saúde dos trabalhadores, torna possível a organização de serviços, voltada para a realidade interna da instituição, analisando as condições reais de trabalho favorecendo a satisfação e motivação destes, dentro do ambiente hospitalar.

2.2 Riscos Ocupacionais no Contexto Hospitalar

Os riscos ocupacionais e as doenças do trabalho são fenômenos oriundos de modos de trabalhar em contexto específico de produção. Saúde e doença, são realidades construídas a partir de uma complexa interação entre as concretudes da condição humana e atribuição de significados, não podem ser compreendidas apenas enquanto experiência biológica. Somam-se a estas, os determinantes sociais, levando, sobretudo a construção de um modelo de atenção à saúde do trabalhador, atenção que não se sujeitem meramente a socorros fracionados destinados ao trabalhador doente¹⁷.

A saúde é um direito inerente ao ser humano e, como tal, abrange toda a amplitude das relações humanas: nos indivíduos, nas famílias, nos agrupamentos e na sociedade, enquanto direito inerente é indissociável do bem estar, permanentemente construído e traduzido em qualidade de vida, manifestada por alimentação, moradia, lazer, trabalho, transporte adequado e acesso a bens e serviços¹⁸. Pela essencialidade que representa no ser humano e nas suas relações a saúde, interessa não apenas ao indivíduo, mas a sociedade em toda a sua conformação. Cabe portanto, ao setor público como ao privado em toda a extensão de suas organizações desde o Federal ao

Municipal, e desde o indivíduo à sociedade em geral o dever de zelar por ela.

No contexto hospitalar, os trabalhadores estão sujeitos a condições inadequadas de trabalho, provocando agravos à saúde, que podem ser de natureza física ou psicológica, gerando transtornos alimentares, de sono, fadiga, agravos dos sistemas corporais, diminuição do estado de alerta, estresse, desorganização no meio familiar e neuroses, fatos, que muitas vezes, levam a acidentes de trabalho e licença para tratamento de saúde¹⁹. Criam-se aqui, interfaces entre o trabalho humano e o sistema técnico onde até mesmo a dignidade pessoal é colocada em cheque.

Estas condições de trabalho podem provocar alterações no equilíbrio psicológico do trabalhador que, muitas vezes, ao tentar adaptar-se aos inúmeros agentes de riscos vivenciados no cotidiano laboral, reagem ou buscam alternativas variadas de enfrentamento, utilizando os recursos que dispõem²⁰. Lançam mão de mecanismo de fuga como: o alcoolismo e o tabagismo, entre outros, a fim de buscar uma solução provisória para seus conflitos com a organização no seu trabalho. Entretanto, nem sempre esses recursos utilizados são adequados às situações.

É universalmente aceito e propagado pelo Ministério da Saúde (MS) que todo cidadão tem direito ao trabalho saudável e seguro e a um ambiente laboral que lhe permita uma vida social e economicamente produtiva²¹. Tomando-se como referência a alta incidência de acidentes e doenças ocupacionais. Desta forma, ênfase especial deveria ser dada aos dilemas éticos que eventualmente emergem nas instituições, favorecendo o bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores, individual e coletivamente.

Obedecendo aos princípios enunciados, a organização da Vigilância à Saúde do Trabalhador (VISAT), implica em mudanças que deverá ultrapassar a simples cura/reabilitação para a prevenção de agravos e promoção da saúde, devendo ocorrer não apenas nos ambientes e processos de trabalho, mas em toda a sua amplitude que envolve questões socioeconômicas e culturais da vida do trabalhador²².

Muitos riscos e danos ambientais são derivados de atividades, em geral, incluindo as instituições de saúde. A grande maioria dos riscos para o meio ambiente, foram reconhecidos como fatores que afetam a saúde da população em geral, e identificados nos ambientes de trabalho e nas populações de trabalhadores.

Desta forma, a problemática dos riscos ocupacionais no contexto hospitalar continua evidenciando a necessidade de busca de soluções. Requer a utilização de tecnologias, a partir da combinação generosa e flexível de tecnologias duras, leve-duras e leves²³, que poderão possibilitar uma recomposição do trabalho e imprimir mudanças na organização dos serviços de saúde, e isso se faz a partir de uma proposta de trabalho interdisciplinar, sendo estratégico compreender as tecnologias e desvendar os meandros dos mundos do trabalho no contexto hospitalar, setor privilegiado para proliferação dos riscos ocupacionais.

Neste contexto, sempre que as medidas de proteção coletiva forem tecnicamente inviáveis e não oferecerem completa proteção contra os riscos de acidente e/ou de doenças profissionais e do trabalho, o equipamento de proteção individual deve ser utilizado pelo trabalhador como um dos métodos de controle de riscos no local de trabalho

Segundo a Norma de Proteção (NR-6) Equipamento de Proteção Individual (EPI), é todo dispositivo de uso individual destinado a proteger a saúde e a integridade física do trabalhador, incluindo luvas, aventais, protetores oculares, protetores respiratórios e para os membros inferiores. São de responsabilidade do empregador o fornecimento de EPI adequado ao uso e ao treinamento dos trabalhadores quanto a forma correta de utilização e conservação^{24:14}, bem como medidas que minimizem e/ou eliminem o fator de risco.

Para enfocar o fator de risco é importante destacar o conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS):

O fator de risco é uma condição de circunstâncias que têm o potencial de causar um efeito adverso que pode ser: morte, lesões, doenças ou danos à saúde e à propriedade ou ao meio ambiente²¹⁻¹³.

Segundo a OMS²⁵⁻¹⁷, há três maneiras de medir o risco:

1) Risco absoluto: expressa a freqüência total de um evento, isto é, a probabilidade real que uma doença, acidente ou morte que ocorra dentro de um período determinado. 2) Risco relativo: expressa a razão entre incidência do dano à saúde (doença ou morte) na população exposta a um fator de risco e a incidência na população não exposta. 3) Risco atribuível à população à saúde com ou sem o fator de risco presente (risco relativo) e a proporção com que esse fator de risco se encontra na população geral.

Os clássicos fatores de risco presentes ou relacionados ao trabalho, de acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) no Brasil, são classificados em cinco grandes grupos: *físicos*- agressões ou condições adversas de natureza ambiental que podem comprometer a saúde do trabalhador; *químicos*- agentes e substâncias químicas, sob a forma líquida, gasosa ou de partículas e poeiras minerais e vegetais, comuns nos processos de trabalho; *biológicos*- microorganismos geralmente associados ao trabalho em hospitais, laboratórios e na agricultura e pecuária; *ergonômicos e psicossociais* - que decorrem da organização e gestão do

trabalho; de acidentes ligados à proteção das máquinas, arranjo físico, ordem e limpeza do ambiente de trabalho, sinalização, rotulagem de produtos e outros que podem levar a acidentes de trabalho²⁶.

Essa diversidade de riscos ocupacionais faz parte do contexto hospitalar, e apresentam-se como um desafio, tanto pela sua complexidade, como pela maneira especial da assistência direta prestada pelos profissionais de saúde à pacientes com diversos graus de gravidade. Não são poucas as exigências neste contexto: trata-se de trabalho reflexivo, que articula dimensões técnicas, éticas e políticas, em cenários de múltiplos e diversos atores - profissionais de formações diversas e usuários de todas as origens e culturas^{27:13}. Além disso, trabalha-se no campo temático mais denso da experiência humana: a vida, o corpo, a morte.

Estudo realizado no hospital pesquisado sobre Acidente de trabalho com perfuro cortante, com uma amostra de 78 profissionais, dos profissionais entrevistados (52%) sofreram acidente de trabalho com material perfuro cortante. Isto remete a outros aspectos também, correntes nesse contexto, qual seja a culpabilidade individual dos acidentes de trabalho relacionados ao descumprimento das normas pelos trabalhadores, o que muitas vezes torna-se inevitável, frente ao cumprimento das tarefas principalmente, se tratando de serviço de urgência²⁸.

Verificou-se, que o técnico de enfermagem foi a categoria que mais se acidentou, justificado pela freqüência de procedimentos realizados e o elevado número de manipulação, principalmente de agulhas, representando prejuízos aos profissionais e à instituição²⁸. O número elevado de exposições relaciona-se com o fato de ser os técnicos de enfermagem a maior equipe nos serviços de saúde, ter mais contato direto na assistência aos pacientes e também ao tipo e a freqüência de procedimentos

realizados.

Estudo²⁹, com o tema “Representação social sobre o risco ocupacional hospitalar” com 84 trabalhadores do hospital universitário na cidade de Natal/RN, constatou que os riscos ocupacionais orgânicos conduziram a identificação dos agravos no ambiente laboral e das representações dos trabalhadores naquele hospital, e ainda riscos fisiológicos, mecânicos e químicos como elementos prejudiciais à saúde dos mesmos.

Ampliando o campo de investigação sobre o grau de satisfação com o trabalho emitido, o estudo constatou que a estrutura física mal estruturada, a sobrecarga de leitos associadas a outros fatores como: baixos salários, desvalorização profissional, os atritos com chefia imediata, têm gerado insatisfação no trabalho naquela instituição²⁹.

Em outro estudo realizado no mesmo hospital³⁰, verificou-se que o aumento de jornada de trabalho tem repercussão direta na vida pessoal dos trabalhadores, comprometendo o tempo destinado ao lazer e a convivência familiar, e conclui que esse aumento da jornada de trabalho está acarretando aos trabalhadores desgaste físico, emocional e sofrimentos no cotidiano, somando-se a precariedade das condições de trabalho, que por sua vez gera insatisfação ao trabalhador, comprometendo a assistência prestada, assim como, dificultando as relações interpessoais.

Pesquisa realizada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT)³¹, constatou que ocorrem, a cada ano, 1,8 a 2,1 milhões de mortes relacionadas ao trabalho, que torna essa condição de morbi-mortalidades matadora maior do que a guerra, a droga e o abuso de álcool, e que essas mortes representam a ponta de um

iceberg.

Desta forma, a efetivação da Vigilância em Saúde do Trabalhador, (VISAT), torna-se estratégia fundamental para intervenção na saúde do trabalhador. Conforme a Portaria/MS 3.120/98, a VISAT³², que tem como objetivo detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos epidemiológico, tecnológico, organizacional e social, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos de forma a eliminá-los ou controlá-los por meio de uma atuação planejada contínua e sistemática.

Partindo do entendimento de que o avanço efetivo da vigilância em saúde do trabalhador evidenciaria o cenário deletério nos ambientes de trabalho que continuam extraíndo a vida e a saúde dos trabalhadores brasileiros. Assim, a equipe de Vigilância deverá ser preparada para intervir nos processos produtivos, na organização e nos ambientes de trabalho, na avaliação quanti/qualitativa dos riscos, bem como adotar medidas de proteção coletiva, aplicação de princípios e conceitos em segurança de máquinas, equipamentos e outros.

Além disso, é importante a comunicação/informação ferramentas adequadas ao modo de atenção à saúde do trabalhador que preconiza a integralidade, equidade, universalidade e participação da sociedade. Estas devem estar em consonância com os agravos relacionados ao trabalho para articulação das ações educativas e que contribui para a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores.

2.3 Representações Sociais no estudo dos Riscos Ocupacionais no Contexto Hospitalar.

As Representações Sociais mostram-se adequadas à investigação dos riscos ocupacionais, principalmente, porque esse recurso teórico-metodológico possibilita a apreensão das imagens e significados no cotidiano das relações trabalho/risco impregnadas pela circularidade e as contribuições dos universos consensual e reificação da ciência enquanto produção simbólica, além de ser um aporte na utilização deste referencial no campo da saúde³³.

As RS são um conjunto organizado de informações, atitudes e crenças que um indivíduo ou grupo elabora a propósito de um objeto, de uma situação, de um conceito, de outros indivíduos ou grupos apresentando-se, portanto, como uma visão subjetiva e social da realidade³⁴. Compreendem pensamentos, emoções, práticas afetos e cognição, que se apresentam em constante mudança no tempo e na história³⁵.

Nesse sentido, Moscovici³⁶, coloca que toda representação é construída na relação do sujeito com o objeto representado, não existindo representação sem objeto. Desse modo, a RS não pode ser compreendida enquanto cognitivo individual, uma vez que é reproduzida no intercâmbio das relações e comunicações sociais. O autor ainda menciona que o objeto, seja ele humano, social, material ou uma idéia, será apreendido através da comunicação.

As RS são como sistemas de interpretação que regem nossa relação com o mundo e com os outros orientando e organizando as condutas, estando ligadas a sistemas de pensamento mais amplos, ideológicas ou culturais, a um estado de

conhecimentos científicos, assim como à condução social e à esfera da experiência privada e afetiva dos indivíduos³⁷.

Na elaboração da RS se faz necessária a contribuição de dois fatores: a objetivação e a ancoragem³⁶, os quais são responsáveis pela interpretação e atribuição de significados do objetivo social, neste estudo, dos riscos ocupacionais no contexto hospitalar. Esses fatores são condições *sine qua non*, pois ambos colaboraram na maneira com o social transforma um conhecimento em representação e a maneira como esta transforma o social, indicando a interdependência entre a atividade psicológica e suas condições sociais.

O processo de representar socialmente emerge da materialização dos conceitos abstratos comuns ao grupo, o que se denomina de objetivação, ao mesmo tempo em que cria um contexto intelegível ao objeto representado, ou sua integração cognitiva, o que é denominado de ancoragem. Nesse processo, a representação tem por objetivo transformar em familiar o não-familiar³⁸.

Essa característica reforça portanto, a validade do estudo de representações sociais quando se deseja atender determinados fenômenos sociais, como é o caso dos riscos ocupacionais, objeto da pesquisa aqui apresentado. O esclarecimento destas questões requer estudos sobre como pensam e se posicionam os trabalhadores em relação a esse tipo de inserção no mercado de trabalho, e sobre como esse tipo de vinculação afeta a sua saúde e segurança impondo-lhes riscos.

A necessidade premente de compreensão faz com que o homem procure representar os objetos constituintes de seu mundo, facilitando sua interação com este,

e contribuindo para a manutenção de sua vida e de sua sociedade. Nesse entendimento, as representações dos trabalhadores no contexto hospitalar devem ser elaboradas e entendidas a partir do seu contexto de produção na sua vivência pessoal e profissional, aproximando-se de um conjunto de significados e significações a partir das relações estabelecidas por esses trabalhadores no seu espaço de trabalho.

Neste sentido, as representações sociais têm como característica um conhecimento prático que busca a compreensão do mundo e sua transmissão, possibilitando ao homem gerenciar seu mundo e enfrentá-lo. Precisam ser compreendidas a partir de sua geração e construção e da sua funcionalidade no contexto em que é produzida³⁶ a partir da percepção do mundo tal como é, partindo da premissa de que, idéias e atribuições são respostas a estímulos do ambiente físico ou quase-físico, em que se vive. Estes fundamentos se constituem num importante instrumento capaz de favorecer uma compreensão da realidade dos riscos ocupacionais no contexto hospitalar.

Neste entendimento, as representações sociais são sistemas de interpretação que regem a relação do homem com o mundo e com os outros, orientando e organizando suas condutas, ligadas a sistemas de pensamento mais amplos, ideológicos ou culturais, a um estado de conhecimentos científicos, assim como à condição social e a esfera da experiência privada e afetiva dos indivíduos³⁹. Por meio das representações sociais os indivíduos conhecem seu mundo e o compreendem segundo seus objetos constitutivos, não obstante essa compreensão faz com que este indivíduo adote vínculos sociais que o identificam com o grupo ao qual pertence.

Pode-se inferir, que as representações dos trabalhadores no contexto hospitalar devem ser elaboradas e entendidas a partir do seu contexto de produção na sua vivência pessoal e profissional, aproximando-se de um conjunto de significados e significações a partir das relações estabelecidas por eles no seu espaço de trabalho.

Nesse sentido, o senso comum, denominado pelo mundo acadêmico como universo consensual, apesar de não ter compromisso com a realidade objetiva dos fatos e não se preocupar com a comprovação, é capaz de justificar e orientar comportamentos de um grupo ou sociedade. Desta forma, as representações sociais define os parâmetros de uma análise científica do que se chama senso comum, atribuindo uma lógica a esse conhecimento que tem uma organização psicológica autônoma.

Estudar riscos ocupacionais no âmbito das representações sociais pode tornar real um fenômeno antes não apreendido pelo social. Compreendendo que as representações sociais direcionam atitudes e comportamentos, fornecem ferramentas para o diagnóstico das doenças ocupacionais. Logo possibilitou a apreensão de como os médicos, enfermeiros e dentistas representam o risco a partir de suas experiências e ações da vida cotidiana.

3. ANEXAÇÃO DE ARTIGOS

3.1 Artigo publicado vol. 30, nº 1 (2009) Revista Gaúcha de Enfermagem
Representação Social do risco ocupacional na perspectiva do trabalhador saúde.

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O RISCO OCUPACIONAL NA PERSPECTIVA

DO TRABALHADOR DA SAÚDE

Joana D'Arc de Souza OLIVEIRA^a

Aurigena Antunes Araújo FERREIRA^b

Maria Adelaide Silva PAREDES MOREIRA^c

Maria do Socorro COSTA FEITOSA^d

RESUMO

Objetivou-se identificar os sentidos construídos sobre risco ocupacional por trabalhadores da saúde, através da abordagem estrutural das representações sociais. Participaram 220 profissionais de saúde de um hospital público de Natal, Rio Grande do Norte. Utilizou-se a técnica de evocação livre de palavras e os dados foram tratados analisando-se de forma articulada as médias de frequência e ordem de evocação. Os resultados mostram que os sistemas centrais têm composições diferentes nos três grupos: doença e morte nos médicos, perfurocortante e perigo nos enfermeiros e contaminação, doença, infecção e perigo nos odontólogos. A complexidade dos vínculos entre trabalho e risco sugere que estratégias e alternativas de ação sejam operacionalizadas, com a integração das diferentes categorias profissionais e ramos de conhecimento em torno de um objetivo comum a partir de um espaço interdisciplinar, ampliando o nível de conscientização desses profissionais referente às consequências de suas práticas para a saúde.

Descritores: Riscos ocupacionais. Saúde. Recursos humanos em hospital.

RESUMEN

Se objetivó identificar los sentidos construidos sobre riesgo ocupacional por trabajadores de la salud, a través del abordaje estructural de las representaciones sociales. Participaron 220 profesionales de salud de un hospital público de Natal, Rio Grande do Norte. Se utilizó la técnica de evocación libre de palabras y los datos fueron tratados analizándose, de forma articulada, los promedios de frecuencia y orden de evocación. Los resultados muestran que los sistemas centrales tienen composiciones distintas en los tres grupos: enfermedad y muerte en los médicos, perfurocortante y peligro en los enfermeros y contaminación, enfermedad, infección y peligro en los odontólogos. La complejidad de los vínculos entre trabajo y riesgo sugiere que estrategias y alternativas de acción sean ejecutadas con la integración de las distintas categorías profesionales y ramas de conocimiento sobre un objetivo común a partir de un espacio interdisciplinario, ampliando el nivel de concienciación de esos profesionales con respecto a las consecuencias de sus prácticas para la salud.

Descriptor: *Riesgos ocupacionales. Salud. Recursos humanos en hospital.*

Título: *Representaciones sociales del riesgo ocupacional en la perspectiva del trabajadores de la salud.*

ABSTRAT

We aimed to identify the meanings constructed about occupational risk by health workers through structural approach from social representations. In this research participated 220 health professionals from a public hospital of Natal, Rio Grande do Norte. It was used the technique of words free evocation and data were analyzed articulated in mean frequency and evocation order. Results shows that central systems have different compositions in three groups: disease and death for doctors, perforating

and danger for nurses and contamination, disease, infection and danger for dentists. The complexity of bond among work and risk suggests that strategies and alternatives of actions might be operationalized with integration of different professionals categories and arms of knowledge around a common objective starting from an interdisciplinary space and expanding the awareness level of these professionals concerning to consequences of their practices to health.

Descriptors: *Occupational risks. Health. Human resources in hospital.*

Title: *Socials representations about occupational risk the perspective of the worker of the health.*

^aMestranda do PPGCSa da UFRN, Enfermeira Especialista do Trabalho do Hospital Walfredo Gurgel e Pronto Socorro Clóvis Sarinho, Rio Grande do Norte, Brasil.

^bDoutora em Odontologia, Docente do Departamento de Farmácia da UFRN, Pesquisadora do PPGCSa da UFRN, Brasil.

^cFisioterapeuta, Doutora em Ciências da Saúde, Docente do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Brasil.

^dOdontóloga, Doutora em Ciências da Saúde, Docente do Departamento de Odontologia Social da UFRN, Brasil.

INTRODUÇÃO

Os riscos ocupacionais constituem um problema de Saúde Pública, complementando-os com as suas especificidades e exigências. Em face dos avanços científicos do mundo moderno, o foco do risco ocupacional é um conceito que tem conquistado espaço nas instituições hospitalares por ser este, um ambiente considerado de risco e abrigar uma série de agentes que podem ser nocivos à saúde quando não controlados.

Entre os fatores de risco evidenciam-se: riscos físicos (inadequação de iluminação, temperatura e ruídos; riscos químicos (medicamentos, desinfetantes, esterilizantes e anestésicos); riscos biológicos (vírus, bactérias, fungos); riscos com

materiais orgânicos (sangue, urina, partículas em suspensão); risco psicológico (excesso de trabalho, relacionamento humano difícil); risco social (agressões físicas e/ou verbais) e riscos ergonômicos (esquema de trabalho em turnos, carga física e mental, mobiliários inadequados)⁽¹⁾.

Desta forma, seja qual for a abordagem metodológica relativa aos riscos a que estão submetidos os profissionais de saúde, esta, traduz a realidade da situação do trabalho e das relações existentes entre riscos, e a saúde dos trabalhadores.

Pensar o risco ocupacional por meio da estrutura das representações sociais pode determinar um maior conhecimento das concretas condições de trabalho envolvendo a necessária articulação entre estruturas vinculadas às instituições de saúde e às condições sociais e ambientais. À luz de todas essas considerações, reveste-se de importância focar a categoria de trabalhadores que cuidam da saúde das pessoas, mas que, paradoxalmente, não recebem, muitas vezes, a devida atenção quanto aos riscos à sua própria saúde.

No estudo proposto, optou-se pela Teoria das Representações Sociais em sua abordagem estrutural, para explicar alguns aspectos subjetivos relacionados com os riscos ocupacionais.

As representações sociais compreendem modalidades de conhecimentos criadas pelos sujeitos para conhecer o mundo à sua volta e “resolver problemas”. O saber constituído pelas representações ajuda a compreender, reconstituir, interpretar os objetos do cotidiano⁽²⁾.

A partir deste contexto, objetivou-se identificar os sentidos construídos sobre risco ocupacional construídas por trabalhadores no contexto hospitalar, através da abordagem estrutural das representações sociais.

METODOLOGIA

A investigação que deu origem a este trabalho compreende um recorte da dissertação de Mestrado da Universidade Federal do Rio Grande do Norte⁽³⁾. A investigação foi realizada com 220 profissionais: 100 médicos, 80 enfermeiros e 40 dentistas que desempenham suas atividades em um hospital de urgência na cidade de Natal, Rio Grande do Norte. Dentre os 220 sujeitos do estudo, 72% são mulheres e 26% homens, com idade entre 28 a 68 anos. Elegeu-se como critério para escolha da amostra os entrevistados serem lotados no hospital em estudo, e a representatividade da convivência e das experiências em ambientes de risco.

Os princípios legais e éticos foram obedecidos neste estudo por meio da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, conforme preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁴⁾, também pela ciência do Termo de Consentimento Livre Esclarecido garantindo o anonimato das informações.

Os dados foram coletados considerando os três estratos profissionais através da Técnica de Evocação Livre de Palavras, com o termo indutor “risco ocupacional”, permitindo levantar elementos para a apreensão da estrutura e da organização das representações sociais⁽⁵⁻⁷⁾.

A análise dos dados foi procedida através do programa informático EVOC, que combina a freqüência das palavras ou expressões emitidas com a ordem de sua evocação^(7,8). Assim sendo, no quadrante superior esquerdo (quadrante 1), estarão situados os elementos com maiores freqüências e mais prontamente evocados (menores ordens de evocação), o que possivelmente constitui o núcleo central, e no

quadrante inferior direito (quadrante 4), os de menores freqüências e maiores ordens média de evocação (OME), que se referem ao sistema periférico.

A organização de uma representação social apresenta uma modalidade particular específica, os elementos da representação não são somente hierarquizados, eles são também organizados em torno de um núcleo central, constituído de um ou mais elementos que dão à representação a sua significação⁽⁶⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na análise do risco ocupacional, a média de todas as freqüências das evocações (FME) foi igual a 24, 29 e 20 e as médias das ordens média de evocação (OME), igual a 2,5, 2,5 e 2,0 para médicos, enfermeiros e cirurgião dentista (buco-maxilo) respectivamente.

As representações sociais são ao mesmo tempo estáveis e móveis, rígidas e flexíveis, consensuais, embora o sistema periférico possa espelhar modulações individuais. Nesse contexto a abordagem estrutural procura demonstrar que as representações sociais constituem-se uma entidade única, ainda que essas aparentes contradições sejam regidas por um sistema duplo em que cada parte tem um papel específico, mas complementar da outra, ocorrendo em primeiro lugar o núcleo central e em segundo, como complemento indispensável, o sistema periférico⁽⁵⁾.

Como se observa na Figura 1, doença e morte situadas no quadrante superior esquerdo constituem o provável núcleo central da representação social construídas pelos médicos. Um fator que pode explicar a identificação dos riscos (doença e morte), por esses profissionais, como hipótese do núcleo central, advém da prática médica ainda está voltada para a dimensão biomédica.

Figura 1 – Estrutura do risco ocupacional por freqüência e ordem de evocação. Natal, RN, 2006.

				ENFERMEIRO				CIRURGIÃO-DENTISTA			
OME<2,5		OME>2,5		OME<2,5		OME>2,5		OME<2,5		OME>2,5	
FME	>24	FME	>24	FME	>29	FME	>29	FME	>20	FME	>20
Doença	64	Contaminação	24	Perfurocortante	33	Doença	56	Contaminação	22		
Morte	57	Infecção	37	Perigo	29	Morte	75	Doença	20		
		Perigo	34					Infecção	22		
								Perigo	21		
FME	<24	FME	<24	FME	<29	FME	<29	FME	<20	FME	<20
Acidente	21	Aids	13	Contaminação	22	Absenteísmo	05	Morte	18	Perfurocortante	10
Biológico	08	Hepatite	07	Invalidez	13	Infecção	28			Risco	01
Incapacidade	17	Insalubridade	18	Risco	10	Medo	09			violência	06
Insegurança	23	Medo	11			Stress	24				
Invalidez	11	Perfurocortante	06								
		Stress	13								

Fonte: Hospital e Pronto Socorro Clóvis Sarinho, Natal, RN, 2006.

Legenda: OME: ordem média de evocação; FME: freqüência média de evocação.

Uma prática que ainda está centralizada na doença, na prescrição terapêutica e na morte, ou seja, no ato médico em si, para esse grupo o corpo humano tornou-se, então, a sede das doenças e/ou entidades patológicas. A nova visão da saúde indica para a necessidade de abordagens integradas reconhecendo as várias facetas dos fenômenos da vida cotidiana.

A doença tem caráter individual, social e cultural⁽⁹⁾. Infere-se, portanto, que não é possível demandá-la apenas como objeto de explicação biomédica, há uma relação entre o biológico e o social. Essa configuração requer a busca do sentido mundo-sociedade, tendo em vista que a doença passa a ser percebida à medida que o uso social do corpo começa a apresentar sinais de fragilidade, ameaçando não apenas ao indivíduo, mas também o seu entorno social.

A morte sob o ponto de vista médico emerge de uma convergência de fatores históricos e culturais. Pode-se inferir que a medicina sempre se apoiou na morte biológica para fundamentar sua prática em conhecimentos científicos. Esta abordagem

mostra-se cada vez mais incapaz de compreender a condição humana, seja na situação de saúde de doença ou de morte. As insuficiências do modelo biomédico, que configuram uma prática que não consegue responder aos problemas de saúde/doença da população, têm levado os profissionais a discutir alternativas de articulação dos saberes com vistas a propor mudanças à realidade atual.

Neste sentido, amplia-se a discussão sobre a interdisciplinaridade em saúde, seja no ponto de vista da formação acadêmica e da construção do conhecimento, ou da necessidade de implementação de práticas interdisciplinares. Atualmente, a interdisciplinaridade constitui uma exigência do modelo em saúde proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A interdisciplinaridade emerge como uma necessidade concreta para efetivação e resolutividade dos serviços, ajudando os profissionais a romperem com a lógica produtivista e implantar práticas fundadas no conceito ampliado de saúde. Nesta perspectiva, a interdisciplinaridade pode estabelecer um espaço “promovendo mudanças estruturais, gerando reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados”⁽¹⁰⁾.

Dadas essas considerações sobre os riscos ocupacionais na visão do médico e a multiplicidade de conjugações explicativas que tal relação permite antever, implicam em uma complexa relação entre os fenômenos físicos, químicos, biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, culturais e atribuições de significados.

O trabalho em saúde configura-se em processo de intervenção, em tecnologias de relações, de encontro, de subjetividades indo além dos saberes tecnológicos estruturados⁽¹¹⁾. Em relação aos hospitais de urgência, torna-se visivelmente necessária

a integração dos vários especialistas, coesão entre as equipes de trabalho e a clara noção de complementaridade.

Os elementos periféricos nesta análise (aids, hepatite, insalubridade, medo, perfuro-cortante e *stress*) têm conexão direta com doença e morte, mostrando sua interação com o núcleo central. Isso parece tradicionalmente associado à atividade do médico e particulariza os riscos no ambiente hospitalar, traduzindo informações e atitudes como forma de enfrentamento vivenciada no cuidado.

Dessa forma, compreender os problemas dos riscos ocupacionais em hospital consiste na caracterização do nexo causal com base na correlação entre os agentes de riscos, as manifestações e o conhecimento epidemiológico do perfil da exposição e das ocupações. A avaliação dos riscos ocupacionais de acordo com os agentes permite identificar quais os passíveis de serem riscos específicos na área da saúde e quais podem ser capitulados como doenças do trabalho.

Neste contexto, o grupo enfermeiro descreve riscos ocupacionais indicados por dois elementos centrais: perfuro cortantes e perigo. A atividade do profissional dessa área caracteriza-se, sobretudo, pela a exposição ocupacional a material biológico entendida como a possibilidade de contato com sangue e fluidos orgânicos no ambiente de trabalho. A equipe de enfermagem pela natureza do seu trabalho é caracterizada pela sua longa permanência no ambiente hospitalar, contato permanente com pacientes portadores com as mais diversas patologias, manuseio com material biológico de risco assim como de diversas matérias perfuro cortantes, constituindo sem dúvida uma categoria de indivíduo expostos aos riscos diversos.

Dessa forma, esses profissionais tornam-se vulneráveis por força de algumas características que lhe são próprias, tais como: representam o maior grupo individual da

saúde prestador de assistência ininterrupta 24 horas por dia, são responsáveis pela execução de cerca de 60% das ações de saúde; executam o maior volume de cuidado direto por meio de contato físico com o doente; realizam rotineiramente procedimentos invasivos, isto por ser bastante diversificada sua formação⁽¹²⁾.

Assim, os enfermeiros particularmente os que estão inseridos no contexto hospitalar, expõe-se a vários riscos de adquirir doenças ocupacionais e do trabalho, tendo em vista que o perigo é a exposição ao risco. Verifica-se assim, que os riscos representados pelos enfermeiros estão relacionados com a realidade concreta de trabalho quando os mesmos fazem relação de “perfuro cortante” com “perigo”, pois suas representações são sempre construções contextualizadas resultantes das condições em que surgem e circulam.

Estudos têm mostrado que a ocorrência de acidentes com material biológico contaminado, em profissionais de saúde durante o exercício de suas atividades, pode acarretar o desenvolvimento de doenças infecciosas como hepatite B (transmitida pelo vírus HBV), hepatite C (transmitida pelo vírus HCV) e a aids (transmitida pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida – HIV). Destaca-se que as ocorrências dos acidentes, geralmente, se dão na manipulação de objetos perfuro cortantes contaminados com sangue ou secreções, ou exposição da mucosa⁽¹³⁾.

O impacto da alta incidência de infecção pelo vírus da hepatite B, C e HIV tem gerado nestes profissionais, mais especialmente na equipe de enfermagem no âmbito hospitalar, uma grande preocupação com a ocorrência de acidentes com materiais perfurocortantes. É importante salientar que a exposição ocupacional à patógenos veiculados através do sangue a partir de acidentes com agulhas e outros tipos de materiais são um grave problema, mas na maioria das vezes prevenível.

O *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) estima que a cada ano ocorram cerca de 385.000 acidentes com agulhas e outros tipos de materiais, uma média de quase 1.000 acidentes por dia expondo os profissionais da área da saúde⁽¹⁴⁾. Estes acidentes representam perigo e ocorrem em todos os tipos de serviço assistencial, como casa de repouso, clínicas, hospitais, serviços de emergência.

Nestas organizações, por apresentar danos à saúde dos trabalhadores, a adoção de medidas preventivas é extremamente necessária, uma vez que os riscos à saúde são mais iminentes pela possibilidade de contágio por agentes infecciosos ao se considerar as características da modalidade de serviços que são desenvolvidos por estas instituições.

Os elementos periféricos estão estruturados de forma a contextualizar os processos complexos e perigosos que aí se configuram. Considerando que os elementos absenteísmo, infecção, medo e stress desenham a organização da representação social dos enfermeiros, há que se lembrar que esse grupo de profissional exerce suas atividades em ambientes insalubres e que essa realidade não pode ser compreendida apenas enquanto experiência biológica. São realidades construídas a partir de uma complexa interação entre concretudes da condição humana e atribuição de significados.

O elemento “infecção” acentua ainda mais a gravidade da situação de trabalho dos enfermeiros. Os microorganismos responsáveis por infecção encontram no ambiente hospitalar, hospedeiros e veículos ideais para seu contágio. Constata-se, que as infecções hospitalares, além de uma preocupação na saúde, tomam dimensões políticas, sociais, culturais, tecnológicas, e econômicas entre outras, ultrapassando a possibilidade de controle pela ciência⁽¹⁵⁾.

Desta forma, os enfermeiros, ao responderem à técnica de evocação livre de palavras, representam o risco ocupacional como um grave problema, uma vez que reproduz de imediato, conseqüências de atos que podem ser irreparáveis.

O grupo de cirurgião dentista (bucó-maxilo) refere-se a risco ocupacional como: contaminação, doença, infecção e perigo. Esse profissional é caracterizado pelo trabalho que realiza na urgência, sendo marcado por momentos distintos, dependendo do tipo de acidente e do usuário. Dentre as atividades diárias desses profissionais que atuam na urgência/emergência do hospital em estudo, destaca-se: cirurgia de traumatismo buco-maxilo-facial e dentário dos pacientes acidentados, drenagem de abscesso, indicativo de contaminação se for levado em conta que a cavidade oral é um reservatório de microrganismos, pois muitas das bactérias que habitam em nosso corpo (boca, faringe, etc.) poderão afetar de forma direta o profissional caso esteja com suas barreiras fisiológicas comprometidas.

O ambiente de trabalho, suas instalações, equipamentos e materiais associados ao tipo de atividade desenvolvida, como: o controle, tratamento e prevenção de doenças, expõem o profissional de saúde as manifestações patológicas do tipo infecto-contagiosa; manipulação de metais pesados; contato com radiação, com drogas farmacológicas, bem como com agentes potencialmente alergênicos⁽¹⁶⁾.

E ainda, a prática profissional odontológica no serviço de urgência requer uma interação direta e freqüente com pessoas, materiais e equipamentos e exige coordenação motora, raciocínio, discernimento, paciência, segurança, habilidade, delicadeza, firmeza, e, objetividade, representando como uma de suas principais características o risco ocupacional em virtude de hábitos, posturas e patologias

advindas da profissão. Em paralelo também, existe o risco individual, estando vinculado a comportamentos pessoais⁽¹⁷⁾.

Em nível periférico o elemento “perfuro cortante” traduz uma realidade vivida por esses profissionais, já que existe uma manipulação constante de objetos pontiagudos e motores de alta rotação. Apesar de sempre ter existido esse risco, foi após o aparecimento da aids que os acidentes, principalmente os perfuro cortantes, começaram a ter maior atenção por parte dos profissionais e pesquisadores⁽¹³⁾.

É necessário, portanto, que os profissionais compreendam que o uso de equipamentos de proteção individual (luvas, gorros, óculos, capotes) com a finalidade de reduzir a exposição do trabalhador da saúde ao sangue ou fluído corpóreo, e cuidados específicos na manipulação e descarte de materiais perfuro cortantes, são importantes caso ocorra contaminação por patógeno de transmissão sanguínea nos serviços de saúde.

O elemento “risco violência” parece envolver uma dimensão pessoal, já que proporciona sensação de insegurança e perigo. Embora a violência no contexto de trabalho dos profissionais da saúde seja um fato novo, pode representar um fenômeno social estrutural, o que significa entendê-la como decorrência das relações ocorrida no contexto hospitalar.

Assim, a prática odontológica torna os profissionais dentistas (buc-maxilo) vulneráveis, os mesmos vivem constantemente sujeitos a uma série de riscos decorrentes do ruído excessivo a que estão expostos, posturas incorretas e forçadas durante os atendimentos. O cotidiano destes profissionais tem se tornado cada vez mais tenso e estressante, principalmente à solidão própria do trabalho, às incertezas do futuro, ao desgaste físico que a profissão ocasiona e à competitividade do mercado.

Considera-se que investigações científicas a respeito dessa temática tornam-se necessárias, privilegiando abordagens interdisciplinares para futuras análises e intervenções⁽¹⁸⁾.

Dessa forma, a representação do risco ocupacional encerra uma estrutura da qual participam elementos negativos os quais são atribuídos ao trabalho na área da saúde principalmente, no hospital. Estas representações revelam interfaces que cumprem a função de justificar o risco representado pela concomitância de implicações que poderão resultar em sérios agravos à saúde destes trabalhadores.

Diante do exposto, verifica-se que a análise das evocações livres de palavras dos três grupos de profissionais, possibilitou a identificação dos elementos constitutivos das representações sociais do risco ocupacional. O elemento “perigo” se manifestou no núcleo central do grupo enfermeiro, do cirurgião dentista (buc-maxilo) e no núcleo periférico próximo do médico, assumindo um relevo subjetivo, pelo seu conteúdo emocional, e experiência pessoal, de forma a contextualizar ainda mais o cotidiano a partir dos complexos processos de trabalhos relacionados à atividade específica de cada profissional, além da compreensão do campo de atuação numa perspectiva multidisciplinar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando representações sociais como as concepções, imagens e visões de mundo, sua abordagem torna-se muito interessante no âmbito da saúde ocupacional. A complexidade dos vínculos entre trabalho e saúde sugere que as estratégias de intervenção sejam mais efetivas.

O sistema de vigilância deve se voltar mais para a exposição deletéria e menos com a simples contabilização de doenças e acidentes. É preciso considerar os vários elementos: valores, crenças, sentimentos, conhecimentos – que se inscrevem na constituição das representações que estes sujeitos detêm, visto que estas são e serão sempre reproduzidas, tanto nas comunicações, como também nas práticas.

As representações construídas pelos trabalhadores, por meio da determinação do núcleo central e do sistema periférico, revelam o nível de conscientização desses trabalhadores acerca das conseqüências do ambiente de trabalho para sua saúde. A complexidade dos vínculos entre trabalho e risco sugere que estratégias e alternativas de ação sejam operacionalizadas, com a integração das diferentes categorias profissionais e ramos de conhecimento em torno de um objetivo comum a partir de um espaço interdisciplinar.

Neste sentido é importante reforçar a adoção de uma política em saúde do trabalhador com definição de atribuições e competências capazes de nortear ações frente à dinâmica e as constantes transformações que se processam no mundo do trabalho.

REFERÊNCIAS

- 1 Royas ADV, Marziale MHP. A atuação de trabalho do pessoal de enfermagem no contexto de um hospital argentino: um estudo sob a ótica da ergonomia. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2001; 9(1):102-8.
- 2 Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, organizadora. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EDUERJ; 2001. p. 13-21.
- 3 Oliveira JDS. *Risco ocupacional em trabalhador da saúde no contexto hospitalar [dissertação]*. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2006.
- 4 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996:

- diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.
- 5 Abric JC. L'analyse structurale des représentations sociales. In: Moscovici S, Buschini F. Les methods des sciences humaines. Paris: PUF; 2003. p. 375-92.
 - 6 Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC, organizadores. Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia: AB; 1998.
 - 7 Sá CP. Núcleo central das representações sociais. Petrópolis: Vozes; 1996.
 - 8 Souza RCF, Camargo BV. Representações sociais e relações intergrupais de duas categorias profissionais. Rev Ciênc Hum. 2002; (n esp 6):35-43.
 - 9 Adam P, Herzlich C. Sociologia da doença e da medicina. São Paulo: EDUC; 2001.
 - 10 Vasconcelos EM. Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis: Vozes; 2002.
 - 11 Merhi EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R organizadores. Agir em Saúde. Um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. (Saúde em Debate nº 108 - Série didática no 6) p. 71-112. EU.
 - 12 Balsano AC, Barrientos DS, Rossi JCB. Acidentes de trabalho com exposição a riscos corporais humanos ocorridos nos funcionários do hospital universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP). Rev Med Hosp Univ. 2000;10(1):39-45.
 - 13 Prado MA, Teles AS, Barbosa MA, Sousa JT, Vasco EC, Chaveiro LG, et al. A equipe de enfermagem frente aos acidentes com material biológico. Nursing (São Paulo). 1999; 2(19): 22-4.
 - 14 Public Health Service (U.S.). Update U.S. Public Health Service guidelines for management of occupational exposures to HBV, HCV and HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. MMWR Recomm Rep. 2001; 50(RR-11):1-52.
 - 15 Lentz RA, Nascimento KC, Klock P. Infecções hospitalares: um desafio aos profissionais de saúde. In: Erdmann AL, Laentz RA, organizadoras. Aprendizagem contínua ao trabalho: possibilidades de novas práticas de controle de infecções hospitalares. São José: SOCEPRO; 2003.
 - 16 Saquy PC, Cruz Filho AM, Souza Neto MD, Pécora JD. A ergonomia e as doenças ocupacionais do cirurgião-dentista: parte III: agentes químicos e biológicos. ROBRAC. 1998; 23(7): 50-4.

- 17 Castiel LD. A medida do possível: saúde, risco e tecnobiociências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1999.
- 18 Tura, LFR, Madeira, MC, Silva, AO, Gaze, R, Carvalho, DM. Representações sociais de hepatites e profissionais de saúde: contribuições para um (re)pensar da formação. Rev. Ciência, Cuidado e Saúde. 2008 Abr/Jun; 7(2):207-215.

Maria do Socorro Costa Feitosa

ENDEREÇO: Rua Raimundo chaves, nº 1946, até 2001. Lagoa Nova – 59.075-64390 – Natal/RN. Cel. (084) 9985-7469. E-mail: alfa@ufrnet.br

**Artigo submetido para Publicação
Saúde Pública de México**

REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LOS ENFERMEROS ACERCA DE LOS RIESGOS
LABORALES EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO

Joana D'Arc de Souza Oliveira

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/UFRN. Enfermeira Especialista do Trabalho do Hospital Walfredo Gurgel / Pronto Socorro Clóvis Sarinho. E-mail: darc.joan@gmail.com

Maria do Socorro da Costa Feitosa Alves

Doutora. Odontóloga. Departamento de Odontologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: alfa@ufrnet.br

RESUMEN: En las instituciones hospitalarias una gran parte de los enfermeros, realizan actividades pautadas en conocimientos empíricos. **Objetivo.** Analizar el conocimiento de los enfermeros acerca de los riesgos ocupacionales en el contexto hospitalario, por medio de la identificación del núcleo central y del sistema periférico. **Material y métodos.** La muestra se constituye con 80 enfermeros pertenecientes al cuadro permanente de un hospital público de Natal/RN-Brasil. Para la colecta de datos se usó la Técnica de Asociación Libre de Palabras a partir de la expresión inductora, “conocimiento acerca de los riesgos laborales”. Los datos se analizaron mediante el software Evoc. **Resultado.** Se constata que la representación social del conocimiento de los enfermeros acerca de los riesgos laborales evidencia fallas e indica la necesidad de un estudio con mayor profundidad acerca de esta problemática. **Conclusión.** Estudiar la RS del conocimiento de los enfermeros, se puede constituir en una estrategia orientadora para redimensionar formas y procesos de trabajo, con el objetivo de volver más agradable y seguro el desarrollo de las actividades en el contexto hospitalario.

Palabras Claves: Conocimiento, enfermeros, riesgos ocupacionales, hospitalario.

ABSTRACT: A large portion of nurses working in hospitals still engage in activities rooted in empirical knowledge. **Objective:** Analyze the knowledge of nurses about occupational risks in a hospital setting, through the identification of the central nucleus

and the peripheral system. **Material and methods:** The sample was composed of 80 nurses working full time at a public hospital in Natal, Brazil. For data collection the free word association technique was adopted, using the expression “knowledge about occupational risks” to induce associations. The data were analyzed with Evoc software. **Results:** It was found that the social representation (SR) of nurses about occupational risks showed gaps, indicating the need for a more thorough study of the topic. **Conclusion:** Studying the SR nurses’ knowledge may be a guiding strategy to rethink work practices and processes, to make the development of activities in a hospital setting safer and more pleasant.

Keywords: Knowledge, nurses, occupational risks, hospital.

Maria do Socorro Costa Feitosa

ENDEREÇO: Rua Raimundo chaves, nº 1946, aptº 2001. Lagoa Nova – 59.075-64390 – Natal/RN. Cel. (084) 9985-7469. E-mail: alfa@ufrnet.br

Introducción

En las instituciones hospitalarias una gran parte de los enfermeros siguen realizando actividades todavía pautadas en conocimientos empíricos, aprendidas en la labor cotidiana con rutinas pre-establecidas. Muchas veces ejecutan procedimientos sin reflexionar al respecto, sin buscar la actualización del conocimiento, quizás por no percibir la velocidad y el dinamismo con que el conocimiento avanza en la actualidad.

En este inicio del Siglo XXI, se vuelve claramente necesaria la búsqueda de nuevos conocimientos. Eso conduce a la posibilidad de desarrollar el proceso de aprendizaje mediante métodos científicos, en acciones que exigen originalidad, creación, capacidad crítica e interacción de pensamiento, además de las habilidades y competencias requeridas para el ejercicio profesional.

En la realidad actual, el perfeccionamiento y los conocimientos adquieren una relevancia creciente, exigen de los profesionales el uso de una visión amplia y articulada con la cercanía en las relaciones, intercambio de informaciones y tecnologías, comunicación y reciprocidad. Eso sólo es posible si las personas que detentan diferentes conocimientos trabajen de forma integrada.

En esta investigación el medio hospitalario surge como el *locus* de la investigación. La elección no tuvo ninguna pretensión técnica y fue elaborada para ayudar en la comprensión de las representaciones del conocimiento de los enfermeros, y para dar visibilidad a los innumerables problemas consecuentes de un trabajo donde la plantilla de enfermería se encuentra expuesta a considerables riesgos ocupacionales de orden físico y psíquico, cara a la organización del trabajo y al contacto con el sufrimiento de la clientela.

Al considerar la complejidad que involucra el conocimiento de los riesgos en el ambiente hospitalario, es fundamental tomar como filosofía de trabajo la actuación interdisciplinaria. Así, esta investigación aborda la interdisciplinariedad, considerando que esa problemática necesita de un contexto multireferencial para la consolidación de la prevención de los riesgos laborales.

Aunque haya dificultades para construir una propuesta interdisciplinaria, se ve como un desafío posible y deseable en el área de la salud. Así, la interdisciplinariedad se presenta como respuesta a la diversidad, a la complejidad y la dinámica del mundo actual.¹

Se cree que el estudio de las representaciones sociales contextualizado en la interdisciplinariedad puede suministrar elementos que permitan mejorar la comprensión del conocimiento de los enfermeros sobre riesgos ocupacionales, ya que la Teoría de las Representaciones Sociales es [...] una forma de conocimiento, socialmente elaborada y compartida, con un objetivo práctico, y que contribuye para la construcción de una realidad común a un conjunto social.²

Para la identificar una representación con más claridad y cohesión se puede trabajar con el Núcleo Central de la representación social.

“La organización de una representación presenta una característica particular: no son sólo jerarquizados los elementos de la representación, sino que toda representación se organiza alrededor de un núcleo central, constituido de uno o de varios elementos que dan a la representación su significado.^{3:62}

La estructura del Núcleo Central se constituye por las significaciones fundamentales de la representación, aquellas que le atribuyen identidad. Cuando el núcleo central pasa por transformaciones, se crea una nueva identidad. En esa teoría se considera también

la existencia del llamado “sistema periférico”, que alberga las diferencias de percepción entre los individuos involucrados en la investigación, soportando la heterogeneidad del grupo y acomodando las contradicciones acarreadas por el contexto más inmediato.⁴⁻⁵

Objetivo

Considerando tal contexto la presente investigación tiene como objetivo analizar el conocimiento de los enfermeros acerca de los riesgos laborales en el contexto hospitalario, usando la identificación del NC y del sistema periférico.

Material y Métodos

Para atender al objetivo propuesto, esta investigación se constituyó en un estudio exploratorio descriptivo con abordaje cualitativo y cuantitativo, utilizando como base los aportes teóricos de la teoría de las representaciones sociales.

La muestra fue constituida por 80 enfermeros pertenecientes al cuadro permanente de un hospital público de referencia provincial, que asiste cualquier tipo de emergencias y urgencias, localizado en la ciudad de Natal/Rio Grande do Norte/Brasil.

De los 80 sujetos de la investigación, 62 son del sexo femenino y 18 del sexo masculino, con experiencia de 15 a 25 años, y tiempo de servicio en la institución de 16 a 21 años.

Los enfermeros y los trabajadores de enfermería, por regla general, se caracterizan por ser un grupo de formación y cualificación profesional desigual, a pesar de que, en la práctica cotidiana, no siempre se utiliza esa distinción de formación en la organización y ejecución de las actividades profesionales.

La investigación se realizó de acuerdo con los principios éticos que constan en la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud.⁶ La toma de los datos fue iniciada tras la recepción del parecer favorable del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte (protocolo n. 114/05). Para el levantamiento de los posibles elementos que componen el núcleo central de la representación social estudiada se utilizó la Técnica de Asociación Libre de Palabras - TALP a partir de la expresión inductora “riesgo ocupacional”.

La TALP permite restringir las dificultades y los límites de las expresiones discursivas utilizados ordinariamente en las investigaciones de representaciones, a despecho de basarse también en una producción verbal y posibilitar la aprehensión de las

proyecciones mentales de manera relajada y espontánea, revelando, inclusive, los contenidos implícitos o latentes que pudieran estar enmascarados en las producciones discursivas,⁷⁻⁸ y posibilita la identificación de la estructura de la representación social a través de la determinación de los elementos del núcleo central y del sistema periférico.⁷ Se solicitó a los participantes de la investigación que dijeren cinco palabras o expresiones que les habían venido a la mente, tras sean estimulados por el término inductor, siendo evocadas 340 palabras.

Conforme Tura⁹ para volver más consistente, representativo y limpio el análisis, se pueden desprestigiar las palabras evocadas sólo una vez; con lo que se triaron 31 (9%) vocablos y se utilizaron 309 (92%) de palabras evocadas, que constituyeron el corpus, con 22 palabras diferentes.

Los datos fueron analizados mediante el uso del software EVOC, la técnica de cuatro cuadrantes, y permitieron el análisis cuantitativo de los datos, a partir del análisis lexicográfico.¹⁰ El EVOC es un programa que organiza las palabras evocadas por orden de frecuencia y promedio de evocación.

Resultados

Buscando componer el significado de los contenidos de las representaciones sobre del conocimiento de los riesgos ocupacionales en el contexto hospitalario, se reconstruyeron los contenidos a partir de las palabras evocadas, que fueron ordenadas según el lugar que ocupan en la estructura de la representación y clasificadas conforme su relación y llamada a los diversos significados.

Es importante destacar que la Teoría de las Representaciones Sociales es capaz de identificar varios aspectos inherentes a los condicionantes psicológicos, socio-culturales y sicosociales involucrados en el contexto hospitalario, considera la vivencia de los profesionales en el trabajo como fenómenos de producción y organización de conocimientos de sujetos sociales individuales, revelándose como un excelente instrumento en el diagnóstico.

De esta forma, se obtuvo un orden promedio de evocación en torno de de dos punto nueve y frecuencia media de 16, lo que posibilitó la construcción de las líneas que dividen los cuatro cuadrantes, donde los ejes vertical y horizontal se refieren, respectivamente, a la frecuencia media y al orden promedio de evocación¹¹.

Los elementos que pertenecen al sistema central de la representación social son aquellos que presentan mayor frecuencia de ocurrencia y lista evocación y están situados en el cuadrante superior izquierdo del cuadro, mientras los elementos periféricos son aquellos situados en el cuadrante inferior derecho^{8,9}.

De esta manera, los elementos presentes en ese núcleo ofrecen un sentido fundamental e inflexible. Por lo tanto, como característica ontológica del núcleo de determinada representación, se destaca la naturaleza del objeto representado, el tipo de relaciones que el grupo mantiene con ese objeto y lo sistema de valores y patrones sociales que constituyen el ambiente de vida, en su dimensión objetiva o subjetiva, del individuo y del grupo.

Los elementos del cuadrante superior derecho son considerados constituyentes de la primera periferia, y pueden migrar para el núcleo central, mientras que los elementos del cuadrante inferior izquierdo son intermediarios, no analizables por la teoría del núcleo central y sí por la gran teoría.¹¹

Los elementos del cuadrante inferior derecho son esquemas organizados por el núcleo central que permiten el enraizamiento y adaptación del grupo a la realidad en función de la interacción con las experiencias cotidianas, y pueden generar representaciones más individualizadas, constituyendo componentes más asequibles y más concretos a las funciones del núcleo central.¹²

Cuadro 1

Representación esquemática de la distribución de las cogniciones de las representaciones sociales en el modelo de evocación libre.

< 2,9	ORDEN DE EVOCACIÓN		> 2,9
Competencia	43	Organización	19
Valorización	34	Seguridad	18
Saber	26	Salud	16
Posibilidades	20		
Capacidad	18		
Organización	18		
Frequência <16			Frecuencia ≥16
Miedo	15	Peligro	14
Pavor	15	Salud	12
Malo	14	Actitud	08
Enfermedad	13	Comunicación	08
Trabajo	11		
Política	11		
Precariedad	09		
Imprevisible	07		
Profesional	07		

Fuente: OLIVEIRA, JDS. 2007.

Leyenda: OME: Orden Promedio de Evocación / Freq.: Frecuencia total del término evocado

Discusión

Conforme se observa en la Figura 1, los elementos cuyas características centrales fueron: *competencia-valorización-saber-posibilidades, capacidad y organización*, forman parte del cuadrante superior izquierdo y son los principales elementos de la estructura de la representación sobre conocimiento de los riesgos laborales ya que presentan mayor prominencia en el orden de evocaciones e indican que componen el núcleo central de esa representación y por haber sido aquellas palabras con mayor frecuencia de evocación y más rápidamente evocadas, evidencian la estructura o núcleo figurativo de la representación social.

El elemento con más destacado entre los probablemente centrales, se refiere a la *competencia*, con una frecuencia de evocación de 43. Este elemento subsidia el sentido fundamental de la representación social de los enfermeros acerca del riesgo ocupacional.

Actualmente se observa la implantación de un modelo de formación de gestión y dirección del personal sanitario basado en el enfoque de las competencias y conocimientos. Empieza a exigirse al trabajador un perfil enfocado en la capacidad de

diagnóstico y solución de problemas, aptitudes para tomar decisiones, para trabajar en equipo, para enfrentar situaciones en constante cambio y para intervenir en el trabajo de mejora de calidad de los procesos, productos y servicios.¹³

Por tanto, se puede inferir que la competencia permea toda la dimensión representacional, y es la base sobre la cual los sujetos construyen su espacio profesional y su autonomía, posibilitando la conquista y el mantenimiento del espacio de actuación y permitiendo que el proceso de conquista se constituya de forma sólida.

De esta forma, la estructura de la representación social de los enfermeros, explicitando la forma en cómo aprehenden los riesgos ocupacionales, promueve otra representación social, la valorización.

El elemento *Valorización*, puede ser determinado por las correlaciones que se diversifican en la pluralidad de las lecturas de mundo del trabajo, cuyo conocimiento es valorado de acuerdo a la articulación de saberes que generalmente se definen en el contexto en que el trabajador está insertado.

Además está relacionado al status que le gustaría ocupar al Enfermero en determinado contexto. La representación social que el trabajador elabora sobre sí mismo y sobre el trabajo que realiza está asociada directamente a un conjunto de factores que nos habla respecto a la autoestima y a la respectiva valorización.¹⁴

De particular relevancia es que los Enfermeros estén contribuyendo a la orientación y organización de las prácticas de salud, superando los inmensos desafíos concernientes a su área de trabajo específica. Este dinamismo acarrea a los enfermeros dificultades para identificar aspectos relevantes y necesarios en su actuación, y para su propia valoración.

El elemento *saber*, refleja la representación de los enfermeros y las respuestas que deberían dar a los desafíos cotidianos concretos. En el ambiente hospitalario son inúmeros los factores de riesgos responsables de las condiciones deletéreas a las que están sometidos los trabajadores, mientras que el conocimiento de estos es todavía incipiente frente a la complejidad y a la realidad en la que se insertan.

La concepción del hospital como un ambiente insalubre es relevante, no sólo por el hecho de haber en ese ambiente agentes biológicos y químicos destacados en algunas argumentaciones reduccionistas. Existen otros factores que vuelven tal

ambiente insalubre, y el mismo raciocinio puede ser empleado al analizar las actividades desarrolladas por esos profesionales.

De esta forma, se reconoce la necesidad de que los enfermeros busquen conocimientos más amplios, nuevos paradigmas, nuevas formas de pensamiento y de visión de mundo. En el contexto actual, se necesita de una forma de conocimiento realista, como el de los riesgos ocupacionales en el contexto hospitalario. Esto significa reconocer la transitoriedad del conocimiento científico e identificar las fallas del su conocimiento y saber buscar las informaciones para resolver los problemas en ese campo.

Moscovici¹⁵, apunta la posibilidad de comprender cómo el sentido común transforma los contenidos científicos a través de las representaciones sociales u otros conocimientos formales, y los transforma en explicaciones prácticas sobre la realidad social. Si tomamos en cuenta esa función constante de lo real y de lo pensado, de lo científico y de lo no científico, se impone una conclusión: la representación social es un cuerpo organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuáles los hombres comprenden la realidad física y social, se insertan en un grupo o en una red cotidiana de cambios, y liberan los poderes de su imaginación.

El elemento *posibilidades* puede determinar una nueva postura del grupo capaz de reconocer el impacto de los riesgos ocupacionales en la realidad del trabajo. Así, se debe considerar que las representaciones sociales pueden verse como elementos facilitadores de las relaciones sociales, que modifican las representaciones que los individuos forman de ellos mismos, de su grupo social, y sobre todo, en lo que atañe al devenir de un abordaje interdisciplinario en la construcción del conocimiento, superando inmensos desafíos.

Por lo tanto, los enfermeros pueden insertarse de manera crítica y consciente en la realidad, y modificar sus comportamientos con el fin de encontrar soluciones y posibilidades de compromiso con la realidad del trabajo. De ahí el entendimiento de que el conocimiento sobre riesgos laborales puede desencadenar procesos de trabajo, que valoren, estimulen y provoquen nuevas posibilidades de rescate de valores humanos y sociales

Los elementos *capacidad y organización*, pueden demostrar clemente la seriedad y la importancia atribuida por el grupo al conocimiento, teniendo en cuenta que los enfermeros son profesionales que ocupan cada vez más espacios importantes como consecuencia de los cambios que ocurren en el mundo.

La ampliación de las áreas de actuación del enfermero fueron determinadas por políticas gubernamentales que dieron una nueva dimensión a las prácticas, abriendo espacios para nuevos conocimientos y despertando nuevas inquietudes.

Los elementos: *peligro, salud, actitud y comunicación* se constituyen como elementos del núcleo periférico y corresponden a aquellos elementos más flexibles y contextuales de las representaciones.

El elemento *peligro*, configura una relación con la salud que se objetiva en el vínculo establecido con la consciencia del riesgo ocupacional. Esa relación con la salud refleja una preocupación del grupo para elegir prioridades en el sentido de eliminar los determinantes y condicionantes de los problemas de salud decurrentes de los accidentes y de las enfermedades ocupacionales.

El elemento *actitud* denota un atributo personal necesario que está ligado a la historia, a la memoria colectiva, al sistema de normas y valores que determinan la actitud de los sujetos y su representación. Si reflexionamos sobre el hombre como un ser socio-histórico en su relación con el prójimo, sus acciones y actitudes están constantemente permeadas por las relaciones sociales establecidas en determinado contexto.

La investigación, de las actitudes y del comportamiento humano puede representar una etapa fundamental en el estudio de las RS de los riesgos laborales.

En esa perspectiva Moscovici¹⁶ refiere la actitud como una dimensión de las representaciones compartidas. Para el autor, cuando se tiene una actitud en relación a un objeto, hay que tener una representación que incluya conocimiento y cognición en su sentido amplio (imágenes, emociones, pasiones, creencias).

Se puede inferir que la actitud es una construcción social producida por los actores involucrados con la salud del trabajador y movilizadora por la inteligencia y la subjetividad de cada uno. La actitud insertada en este proceso desencadena una

revisión de valores y modos de trabajar el conocimiento en el proceso de de-construcción de cambios.

Estos aspectos requieren del profesional enfermero la capacidad de producir cambios, y se presenta, actualmente, con un reto, el de permitir que sus características esenciales permanezcan frente a los cambios tecnológicos experimentadas en el área de la salud ocurridos en un corto espacio de tiempo.

La participación del enfermero en ese proceso implica la no participación en el modelo biomédico, es decir, el modelo individual-curativa conforme a la visión cartesiana, realizado principalmente por los médicos y adoptado por las instituciones de salud, por su resolutiva, su retorno inmediato y, normalmente, su economía en relación al tiempo.

Se espera que los enfermeros, como profesionales humanos que contribuyen a la mejoría de la salud de la población, busquen la ampliación de los conocimientos, que traigan contribuciones relevantes que ayuden a romper con la hegemonía del modelo biomédico, sobre todo con la disminución de las iniquidades existentes en las instituciones hospitalarios.

Por lo tanto las representaciones sociales, como conocimiento del sentido común sobre determinado objeto o problema social específico, son importantes en la vida de los grupos, alimentan y son producidas en una interdependencia del sujeto/objeto/interacción social.

La *comunicación* en las prácticas de salud es la capacidad de los trabajadores para articular y movilizar conocimientos. Es un proceso dialéctico y de interacción social, es también una forma de crear espacios para la participación de los trabajadores en las discusiones que pueden conducir para un abordaje interdisciplinario.

Moscovici¹⁵, llama la atención sobre el papel de las representaciones sociales en la génesis de los comportamientos sociales. Ellas producen y determinan los comportamientos, pues definen simultáneamente la naturaleza de los estímulos que nos cercan y nos provocan, y el significado de las respuestas, que pueden ser el conocimiento de los enfermeros a los riesgos ocupacionales. En síntesis, la representación social es una modalidad de conocimiento particular que tiene por función la elaboración de comportamientos y la comunicación entre individuos.

Es importante resaltar que la organización del trabajo en hospital promueve la separación entre los trabajadores, mediante jerarquización, modalidades de dirección y contenido de las actividades, dificultando la comunicación y la integración entre los equipos.

Frente a lo expuesto, se verificó que la TALP permitió la identificación de los elementos constitutivos de RS y se constató que la representación social del conocimiento de los enfermeros acerca de los riesgos laborales evidencia fallas e indica la necesidad de profundizar acerca de esta problemática.

Con esta investigación se pretende suscitar discusiones que contemplen las múltiples dimensiones presentes en los asuntos sobre riesgos ocupacionales y contribuya a las transformaciones que se imponen en ese campo. Es necesario que la interdisciplinariedad pueda formar parte del cotidiano del profesional enfermero, componiendo diferentes perspectivas de competencia, valorización, saber, posibilidades, capacidad y organización.

Para Moscovici¹⁷ las RS poseen dos características muy significativas: son maneras específicas de comprender y comunicar y tienen poder de plasticidad, es decir, son móviles y circulantes. Como formulación clásica en ese campo, el autor presenta la estructura de las representaciones como poseedora de dos caras poco dissociables, es decir: [...] el haz y el envés de una hoja de papel, la cara figurativa y la cara simbólica, viajando así para la particularidad de sus procesos creadores: la objetivación y el anclaje, ambas [...] transforman lo no familiar en familiar.^{17:61}

A través de la objetivación es posible transformar en objeto lo que es representable, atribuir palabras y significaciones a las cosas. Por regla general, el proceso de objetivación saca conceptos e imágenes para juntarlos y “[...] reproducirlos en el mundo exterior para hacer cosas conocibles a partir de lo que ya es conocido.”^{17:78}

Según el mismo autor, el proceso de anclaje tiene relación dialéctica con la objetivación en la construcción de las representaciones, “transfiriendo” las ideas para el contexto familiar del individuo. En base a conocimientos previos, el sujeto clasifica y nombra lo que le está siendo presentado, elaborando conceptos para la familiarización de algo. El anclaje asegura, de esa forma, la llamada entre la función cognitiva de la representación y su función social. Moscovici.^{17:72}

Estudar a RS del conocimiento de los enfermeros, puede constituirse en una estrategia orientadora para redimensionar formas y procesos de trabajo, con el fin de volver más agradable y seguro el desempeño de las actividades en el contexto hospitalario.

Referencias

- 1 Schlindwein MBH, Alacoque LE. A questão das disciplinas e da interdisciplinaridade como processo educativo na área da saúde. *Texto Contexto Enferm.* 1999 jan-Abr; 8(1): 149-65.
- 2 Jodelet D. Representações Sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, organizador. *As representações sociais* Rio de Janeiro. EdUERJ; 2001, p. 22
- 3 SÁ CP. Núcleo central das representações sociais. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
- 4 Madeira M. Representações sociais e educação: importância teórico-metodológica de uma relação. In: Moreira AP. organizador . *Representações sociais: teoria e prática.* João Pessoa: UFPB, 2001.
- 5 Mazzotti TB. Representações sociais de problemas ambientais: uma contribuição à educação brasileira. In: Moreira AP organizador . *Representações sociais: teoria e prática.* João Pessoa: UFPB, 2001.
- 6 Ministério da Saúde do Brasil. *Informe Epidemiológico do SUS: suplemento 3.* Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
- 7 Abric JC. *Pratiques sociales et représentations.* Paris: Presses Univeritaires de France; 1994.
- 8 Oliveira DC, Marques SC, Gomes AMT, Teixeira MCTV. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, organizadora. *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais.* João Pessoa (PB): Editora UFPB; 2005. p.573-603.
- 9 Tura LFR. Aids e estudantes: a estrutura das representações. In: Jodelet D; Madeira M, organizadoras. *Aids e representações sociais: a busca de sentidos.* Natal: EDUFRN; 1998.
- 10 Vergès P. *Ensemble de programmes permettant l'analyse des évocations: manuel d'utilylsateur.* Aix em Provence: Lames; 2000.

- 11 Camargo BV. Sexualidade e representações sociais da AIDS. Rev CiênciasHumanas. 2000; 3: 97-110.
- 12 Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC, organizadoras. Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia (GO): AB Editora; 2000. p.27-38.
- 13 Deluiz N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo o trabalho. Formação 2001; 1(2):5-15.
- 14 Kanaane R. Comportamento Humano nas Organizações: o homem rumo ao século XXI. São Paulo: Atlas, 1999.
- 15 Moscovici S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1978.
- 16 Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis (RJ): Vozes; 2003; p.146-61.
- 17 Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Trad. Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2004. 404p.

Artigo submetido para Publicação**Revista de Salud Pública de La Universidad Nacional de Colombia****RISCOS OCUPACIONAIS NO CONTEXTO HOSPITALAR: DESAFIO PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR**

Joana D'Arc de Souza Oliveira

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/UFRN. Enfermeira Especialista do Trabalho do Hospital Walfredo Gurgel / Pronto Socorro Clóvis Sarinho. E-mail: darc.joan@gmail.com

Maria do Socorro da Costa Feitosa Alves

Doutora. Odontóloga. Departamento de Odontologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: alfa@ufrnet.br

Resumo: O atual momento histórico aponta sem dúvida, para a importância da reflexão acerca do trabalho e sua relação com a saúde dos indivíduos. Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo analisar as representações sociais dos trabalhadores da saúde acerca dos riscos ocupacionais. O local da pesquisa foi um hospital especializado em urgência/emergência vinculado à secretaria de Saúde de Estado do Rio Grande do Norte-Brasil. Para coleta de dados, utilizou-se a técnica de entrevista semi-estruturada com a expressão norteadora: para você o que significa risco ocupacional? A análise dos dados foi realizada com o *software* Alceste. A representação deste grupo de trabalhadores revela descontentamento com as condições insalubres e inseguras do trabalho no contexto hospitalar, e da falta de Política de Saúde do Trabalhador que deve ser entendida dentro do contexto da política geral de saúde, fazendo parte desta.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador, risco ocupacional, instituição hospitalar.

OCCUPATIONAL RISKS IN A HOSPITAL ENVIRONMENT: CHALLENGE FOR WORKER HEALTH

Abstract: The present moment in history points to the need for a reflection on work and its relationship with the health of individuals. The aim of this study was to analyze the social representations of health workers about occupational risks. The study site was a state-run hospital in Rio Grande do Norte, Brazil, specialized in urgencies/emergencies. For data collection, the semi-structured interview was used with the following guiding question: what does occupational risk mean to you? Data analysis

was conducted with Alceste software. The representation of this group of workers shows discontent with the unhealthy and unsafe working conditions in the hospital environment, and a lack of health policies for workers that must be understood within the overall health policy context.

Keywords: Worker health, occupational risk, hospital institution.

Maria do Socorro Costa Feitosa

ENDEREÇO: Rua Raimundo chaves, nº 1946, aptº 2001. Lagoa Nova – 59.075-64390 – Natal/RN. Cel. (084) 9985-7469. E-mail: alfa@ufrnet.br

INTRODUÇÃO

Vários trabalhos de pesquisa e de cooperação técnica envolvendo problemas de saúde, trabalho e ambiente, particularmente no campo da Saúde Pública no Brasil, se defrontam com grupos populacionais vulneráveis expostos a diversos e graves riscos ocupacionais e ambientais, dentre os quais destacam-se os trabalhadores que desenvolvem suas atividades profissionais em instituições hospitalares.(1)

O atual momento histórico aponta, sem dúvida, para a importância da reflexão acerca do trabalho e sua relação com a saúde dos indivíduos, sendo a saúde do trabalhador uma área importante de intervenção, porém tem se tornado um dos principais desafios colocados atualmente para os profissionais da área de saúde do trabalhador.

Isto se deve, entre outros elementos, a dificuldade de ordem teórica e metodológica relacionadas com a questão da avaliação dos riscos ocupacionais, assim como do desenho e implementação de processos de intervenção efetivos à sua promoção, o que reflete conflitos nas relações de trabalho, interfere na satisfação do trabalhador, eleva os custos e contribui para o declínio da qualidade da assistência, afetando, a organização, trabalhadores e clientes.(2)

Necessário se faz, dentre outras questões, a compreensão global do processo de trabalho, e os múltiplos fatores relacionados às interfaces organizacionais técnicas e humanas presentes nas situações de trabalho. Considerando que os trabalhadores têm direito ao trabalho em condições seguras e saudáveis mediante a articulação e

integração de forma contínua, das ações de Governo no campo das relações de produção ambiente e saúde.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal 8.080/90) regulamenta os dispositivos constitucionais sobre a Saúde do Trabalhador. O artigo 6º, parágrafo 3º aborda a Saúde do Trabalhador em suas competências, quando se refere ao conjunto de atividades que se destinam por meio de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visam à recuperação e reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. (3)

Essa Lei confere à direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), a responsabilidade de coordenar a política de saúde do trabalhador e relaciona as atividades de vigilância, de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como de reabilitação dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

Constata-se, entretanto, que o SUS pouco incorporou em suas concepções e ações o papel que o “trabalho” ocupa na determinação do processo saúde/doença dos trabalhadores envolvidos no processo produtivo. Torna-se fundamental que o SUS, cumpra com sua função de filtro, em que a eficácia e eficiência sirvam de critérios para definição de procedimentos a serem incorporado pelo sistema de saúde. (4)

Para efeito deste trabalho a Teoria das Representações Sociais dá os meios para pensar a representação não somente como conteúdo, mas também como estrutura forma cognitiva e expressiva dos sujeitos que a constroem na sua ligação com os processos simbólicos e ideológicos e, com a dinâmica do sistema social.(5)

Desta forma, o estudo dos riscos ocupacionais a partir da Teoria de Representações Sociais, pode revelar a busca de construção de uma nova representação do sistema de saúde, de acordo com as demandas e expectativas dos trabalhadores e dos diversos grupos sociais.

OBJETIVO

Este estudo, objetivou analisar as RS dos trabalhadores acerca dos riscos ocupacionais considerando sua inserção no processo produtivo.

MÉTODOS

Tipo de estudo.

Trata-se de um estudo qualitativo, com o referencial-metodológico baseado na TRS.(5) O local da pesquisa foi um hospital especializado em urgência/emergência na cidade de Natal/RN, vinculado à secretaria de Saúde de Estado. O estudo foi desenvolvido no período novembro de 2005 a janeiro de 2006.

A população do estudo constou de 220 profissionais. Do total de 300 médicos que trabalham no politrauma, 100 médicos, ou seja, 30% fizeram parte da pesquisa, utilizando-se a técnica de amostra aleatória simples através de sorteio. Com relação as categorias dentistas e enfermeiros, foi feito um levantamento censitário, considerando que o quadro destes profissionais corresponde exatamente a 80 enfermeiros e 40 dentistas.

As variáveis consideradas neste estudo formam: sexo, idade, tempo de formado e tempo que trabalha na instituição. Mais da metade dos sujeitos é do sexo feminino (60%), a idade dos pesquisados varia entre 34 a 67 anos, sendo (53,63 %) com mais de 20 anos de formado, (42,54 %), tem mais de 20 anos trabalhando na instituição.

Os princípios legais e éticos foram obedecidos por meio da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, protocolo n. 114/05, conforme preconiza a Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil(6), também pela ciência do instrumento Consentimento Livre Esclarecido, garantindo o anonimato das informações.

Projeto piloto

A realização deste instrumento metodológico objetivou identificar problemas e dificuldades além, de possibilitar a análise, revisão e direcionamento dos aspectos da investigação no que se referiu ao instrumento da coleta.

Coleta dos dados

Para coleta de dados, utilizou-se a técnica de entrevista semi-estruturada com a pergunta norteadora: para você o que significa risco ocupacional? A análise dos dados foi realizada com o *software* Alceste*, Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte - Version 4.7 por Windows(7). Um método de estatística textual utilizado em várias pesquisas no campo das representações sociais com pertinência e sucesso.(8)

O *corpus* analisado no presente estudo é composto de duzentos e vinte (220) unidades de contexto inicial (UCI) ou entrevistas. Ele foi dividido em 556 segmentos Unidades de Contexto Elementar (UCE), que continham 2.678 palavras diferentes. Desconsiderou-se palavras com frequência igual ou inferior a três, uma vez que estes eram irrelevantes estatisticamente. Após a redução dos vocábulos às suas raízes obtivemos 1.711 formas analisáveis e 125 instrumentais. O programa identificou quatro classes de segmentos de texto diferentes entre si. Somando-se as UCE's por classes obtivemos um total de 389 UCE's.

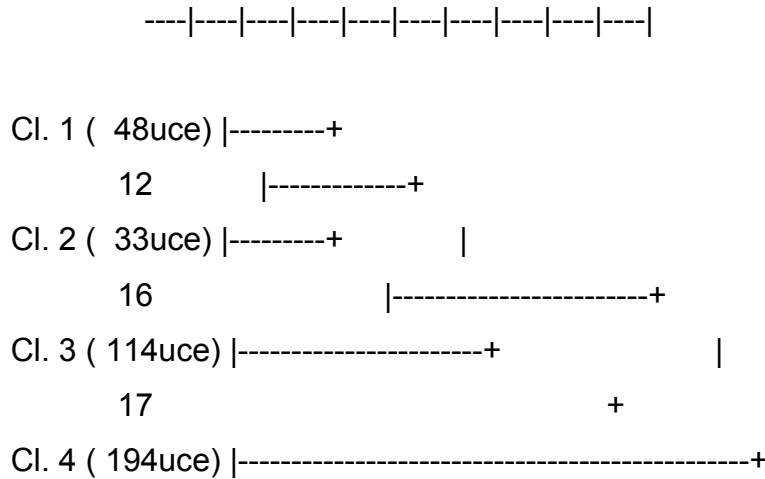
Este programa executa a análise em quatro etapas. A primeira organiza o material reconhecendo as unidades de contexto iniciais (UCI) que são constituídas pelas próprias entrevistas, dividindo-se em segmentos de texto de tamanho similar (denominados "Unidades de Contexto Elementar" ou UCE), agrupando as ocorrências das palavras em função das suas raízes e realizando o cálculo das suas respectivas frequências. Posteriormente classifica os enunciados simples ou as UCE, de forma a obter o maior valor possível numa prova de associação (*Qui-quadrado*). Na terceira etapa são descritas as classes encontradas. No nível analítico, elas são compostas de vários segmentos de texto (UCE) quem tem vocabulário semelhante. No nível interpretativo, elas são consideradas indicadores de diferentes noções. Na quarta etapa são fornecidas as UCE mais características de cada classe, permitindo que se tenha o contexto de ocorrência do vocabulário das mesmas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base nas entrevistas e no referencial teórico utilizado, foi possível contextualizar os riscos ocupacionais no contexto hospitalar. As narrativas apontam para condições de trabalho desfavoráveis, incluindo impactos ambientais que as atividades produzem, tarefas exaustivas e acidentes, ampliando-se o desgaste físico e mental do trabalhador aparecendo novas patologias, na maioria das vezes pouco reconhecidas como ocupacionais em sua origem.

Pode-se observar a presença dos sentidos discutidos, verificado na sequência dos extratos das UCE's associadas em todas as classes.

Classificação Descendentes Hierárquica (Dendograma)



Na classe 1 observa-se a presença de 48 UCE's, 12,34 % do total. O foco desta classe é o risco no ambiente laboral, evidenciando-se quatro elementos que contextualizam os discursos: **Doenças** (Qui-quadrado=78.78), **Irreversíveis** (Qui-quadrado=50.64), **Acidentes** (Qui-quadrado=45.72), e **Contrair** (Qui-quadrado=43.44).

Clé sélectionnée : A

533 18 os riscos sao #as #possibilidades dos trabalhadores #sofrerem #acidentes ou #adoecer no exercicio laboral, no #hospital existem problemas especificos em cada #area embora nao possuam especificidade com determinado tipo de ocupacao. no #hospital apresentam maior incidencia #as #doencas e os #acidentes os trabalhadores que estao mais #expostos #aos riscos.

103 18 os trabalhadores em geral nos mais variados #niveis profissionais sao #atingidos pelos riscos de #adoecer e #sofrer #acidentes. #as condicoes dos ambientes estao cada #vez mais #precarias expondo os profissionais a riscos de #doencas que podem ser #irreversiveis.

394 14 o ambiente hospitalar #expoe os trabalhadores a #contrair #doencas muitas #vezes de caracter #irreversiveis como a #aids. #as #doencas coronarias, #as gastrites,

#as úlceras a obesidade e até o alcoolismo pode ser causado pelos riscos com que #convivemos sem se #nos dar conta.

(...)

Os termos *doenças e acidentes* podem indicar uma preocupação destes trabalhadores e funciona como um crivo de leitura dos aspectos que envolvem não só os fatos ao seu redor mas sua própria existência. O elemento *contrair* refere-se ao potencial patogênico das doenças causadas pelas condições de trabalho vivenciadas por estes trabalhadores no contexto de trabalho hospitalar.

Pode-se inferir que esse adoecimento está ligado à relação entre organização do trabalho, desempenho e as sobrecargas psíquicas, cognitivas e físicas. Os trabalhadores associam algumas doenças como *irreversíveis*, a partir do conhecimento que eles têm de doenças como a AIDS e da Hepatite diagnosticadas em profissionais da saúde. Esta classe 1, revela que o trabalho em hospital é considerado como gerador de sofrimento e patologias nas representações dos entrevistados.

Na classe 2 evidenciam-se 33 UCE's 8,48 % do material analisado, ligadas diretamente a classe precedente e organiza-se em torno de quatro elementos significativos: '**Depressão**' (qui-quadrado=65.69). '**Excessivas**' (qui-quadrado=54.64), '**Estresse**' (qui-quadrado=53.33) e '**sobrecargas**' (qui-quadrado=26.57).

Nesta classe, os trabalhadores revelam que há uma relação entre causa/efeito, risco/trabalho. Esse processo insere-se diretamente na prática dos profissionais com cargas de trabalho que provêm de algumas situações internas e externas o esforço exigido e a fragmentação do trabalho. São evidências de desgaste, resultante de regulações cognitivas, altas exigências físicas e psíquicas em ambientes insalubres.

Clé sélectionnée : B

26 17 a sobrecarga de trabalho # os riscos de adoecer, ficar #incapacitado parcial ou #permanentemente para o #exercício, #a dinâmica do tipo de atendimento que realizamos # o ambiente #torna-se de risco muito mais do que em outros ambientes. # favorecendo condições desfavoráveis para o #trabalho.

104 13 outro aspecto são as #cargas #horarias #excessivas que estão acima do #nível de tolerância do organismo humano. De acordo com a lógica da multiplicidade dos riscos e dos parâmetros, #podemos afirmar que há uma #relação entre #causa e #efeito entre o trabalho e os riscos.

17 60 a #vivência com os riscos #pode #levar o trabalhador #ao #estresse em #grande #escala e até a #depressão, #dependendo do #tempo de exposição, # os riscos ocupacionais em hospital, são controláveis, #falta disposição para o combate_los. os riscos causam #muita preocupação, principalmente pelo impacto #psicológico que ele # #acarreta para a saúde dos trabalhadores.

(...)

Observa-se que os entrevistados fazem menção de sentimentos variados vivenciados por eles. O *estresse* e a *depressão* podem estar relacionados diretamente com as *sobrecargas excessivas* de trabalho. A persistência da situação de sobrecarga intensa e constante de trabalho aliada à ausência de ações de gestão organizacional pode comprometer a saúde dos trabalhadores.

De maneira geral, as condições inadequadas de trabalho no ambiente hospitalar, provocam agravos à saúde, que podem ser de natureza física e psicológica, gerando transtornos alimentares, de sono, de eliminação, fadiga, agravos nos sistemas corporais, diminuição do estado de alerta, estresse, desorganização no meio familiar e neuroses, fatos que, muitas vezes, levam a acidentes de trabalho e licença para tratamento de saúde.(9)

Clé sélectionnée : C

A Classe 3 com 114 UCE's, permite afirmar uma relação de causa e efeito no contexto de trabalho. As quatro palavras aqui relacionadas traz na discussão os clássicos agentes de riscos como central: '**Ergonômicos**' (qui-quadrado=74.47), '**Químicos**' (qui-quadrado=66.05), '**Biológicos**' (qui-quadrado =60.89). '**Físicos**' (qui-quadrado=53.85).

A saúde dos trabalhadores é condicionada por fatores sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais, além de fatores de risco de natureza físicos, químicos, biológicos e ergonômicos presentes nos processos de trabalho. Trata-se, pois, de um cenário complexo e desafiador no sentido de superá-lo do ponto de vista da Saúde do Trabalhador.

347 21 a #organizacao verticalizada, #os #ambientes #insalubres #aliados aos #riscos #presentes no #processo de #trabalho tais como #os #fisicos, #os #biologicos, #os #quimicos, #os #ergonomicos #sao #responsaveis #pelos #riscos #ocupacionais nos hospitais, #ambientes insalubres #dificultam a realização #das atividades #trazendo problemas # de relacionamentos.

55 9 acidentes e doenças #ocupacionais e profissionais adquiridos no exercicio da profissao, são #causados #pelos #agentes no proprio #ambiente de #trabalho. #os agentes de #riscos como #biologicos, #fisicos, #quimicos #os #ergonomicos #pela restricao de #espaco, mobiliario improprio para a #funcao, causam #problemas de lesões #osteomoleculares #causando adoecimento.

218 19 os #riscos #fisicos, #biologicos, #ergonomicos, #quimicos que convivemos no nosso #dia a dia, #refletem as #condicoes inseguras que #os trabalhadores # estao sujeitos #nas #atividades #laborais #os #esses riscos estao muito #relacionados a #estrutura #fisica, formas de #organizacao, #ambientes precarizados, #relacionamentos, intensificacao #do #trabalho.

(...)

No contexto das representações sociais dos trabalhadores, percebe-se uma configuração clara de que os riscos ocupacionais têm relação intrínseca com o trabalho revelando inúmeros significados: precariedade nos ambientes laborais, situações de fragilidade e condições inseguras fomentando o isolamento das relações profissionais e individuais. Considera-se de suma importância o diagnóstico dos riscos ocupacionais para planejamento de medidas preventivas, visando à promoção de saúde dos trabalhadores.

Clé sélectionnée : D

Na Classe 4 das 194 UCE's destacam-se 4 palavras mais significativas com relação a temática: '**Políticas**' (qui-quadrado = 25.70), '**Gestores**' (qui-quadrado = 16.08), '**Segurança**' (qui-quadrado = 15.71). '**Saúde**' (qui-quadrado = 11.87).

Conforme estas UCE's,

Nesta classe, os profissionais apresentam uma visão negativa das implicações que as políticas de saúde trazem para a saúde dos trabalhadores e assumem um posicionamento político, crítico e consciente em defesa da saúde e pelo direito ao trabalho digno. Essa postura é compreendida pela natureza do grupo (médicos, enfermeiros e dentistas).

As palavras *políticas, gestores, segurança*, podem revelar o conhecimento que os trabalhadores têm das práticas institucionais que se configuram de forma assimétrica, estratégias, vícios conflitos e posturas incompatíveis com as normas legais da Saúde do Trabalhador, concretamente, marcada por diversos desvios e limitações de ordem política, econômica e cultural.

A palavra *saúde* nesta classe, apesar de apresentar o menor (quadrado= 11.87), revela o entendimento de que a saúde dos trabalhadores extrapola os limites da saúde ocupacional, e resulta de um conjunto de fatores de ordem política, social econômica.

215 37 nao se ve #mudancas para transformar a #situacao de saúde do trabalhador#nao temos #norma de #seguranca, nao ha #interesse em formular #uma #politica # que venha de #encontro a #necessidade #dos trabalhadores no que diz respeito a sua #seguranca #pessoal, nao ha #uma #politica de #prevencao #dos riscos.

146 21 a #saude e #direito de todos nos que estamos #inseridos #nesse todos #continuamos sem #uma politica de saúde voltada para os trabalhadores.# compete ao #sistema unico de #saude sus #incrementar #politicas de #saude que #visem a reducao #dos riscos e outros agravos nos ambientes de trabalhos. # essa #realidade e a mesma em todos os#servicos de #saude, #falo com referencia aos #ambientes de trabalho, #porisso ha #uma empidemia de #trabalhadores se #aposentando precocemente.

Curiosamente, um dos entrevistados referiu um aspecto importante não vislumbrado pelos demais, ao enfatizar que a ausência das Políticas de Saúde acarretam riscos ou potenciais danos para os trabalhadores culminando com a morte. Refere ainda, que há um desconhecimento por parte dos gestores sobre os riscos e agravos à saúde relacionados com o trabalho.

338 15 os trabalhadores #estao adoecendo e #morrendo por falta de #politicadas de #saude adotadas em #favor da #saude #dos trabalhadores, #dessa #forma as doencas #vao se propagando #os gestores atribuem #a culpa aos trabalhadores# sem ser atribuidas tais #agravos as condicoes #precarias de trabalho pela falta #de politicadas de saude. e #hora de refletir e #ampliar o olhar para o trabalhador #numa #nova #perspectiva de #mudanca antes que #morramos todos.

(...)

No Brasil, as condições de trabalho e os riscos a que estão expostos os trabalhadores dos diversos ramos produtivos ainda são tratados pelos patrões e pelo próprio Estado como segredo empresarial. As respostas aos questionamentos sobre as condições, os conteúdos de trabalho e os efeitos sobre a saúde tendem a situar-se em planos secundários de análise e interpretação.

A dificuldade de acesso aos locais de trabalho, anteposta pela legislação vigente e pelos capitalistas, impede a realização de estudos que evidenciem em toda sua complexidade, como o trabalho afeta a saúde dos trabalhadores.

A importância e necessidade da Política de Saúde do trabalhador estar contextualizada ao momento atual da conjuntura econômica e social, em que o modelo neoliberal e a globalização interferem diretamente nas formas de organização do processo de trabalho, a precarização do trabalho se faz presente e o aumento da produtividade é a mola mestra, em detrimento das condições de trabalho e da saúde do trabalhador.(10)

CONCLUSÃO

Este estudo poderá indicar uma melhor compreensão da realidade vivida pelos trabalhadores a partir de sua própria subjetividade, dimensão fundamental para se avançar na direção de um novo paradigma e melhoria das condições de trabalho.

Sugere aprofundar discussões analisando a lógica da divisão parcelar do trabalho vigente na estrutura ocupacional legal, contribuindo na construção do olhar e da prática interdisciplinar que levem em conta a saúde dos trabalhadores condições *sine qua non*, para o exercício da cidadania.

O foco sobre a atividade humana de trabalho orienta nesse sentido, onde a saúde do trabalhador possa ser pensada enquanto uma das dimensões societárias mais intimamente vinculadas à subsistência e ao bem-estar coletivo e, por essa razão, inscrita entre os “direitos sociais”.

A representação deste grupo de trabalhadores revela descontentamento com as condições insalubres e inseguras do trabalho no contexto hospitalar, e da falta de Política de Saúde do Trabalhador que deve ser entendida dentro do contexto da política geral de saúde, fazendo parte desta.

REFERÊNCIAS

- 1 Mauro MYC, Muzi CD, Guimarães RM, Mauro CCC. Riscos ocupacionais em saúde. Rev Enfermagem UERJ 2004; 12: 338-45.
- 2 Barbosa DB, Soler ZASG. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrência com trabalhadores de um hospital de ensino. Rev. Latino-am Enfermagem 2003 mar-abr; 11(2): 177-83.
- 3 Ministério da Saúde (BR). Lei 80.080, de 19 de Setembro de 1990: dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF); 1990.
- 4 Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? Ciência & Saúde Coletiva 2007; 12(2): 301- 306.
- 5 Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet, D. (Org.). As representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 17-44
- 6 Ministério da Saúde (BR). Informe Epidemiológico do SUS: suplemento 3. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996.
- 7 Reinert, M. Manuel d'utilisation ALCESTE (Version 4.7 pour Windows). Toulouse: IMAGE, 1986.

- 8 Kalampalikis NL Apport de la methods Alceste dans l'analyse des representations sociales. In: ABRIC, JC. Methods d'étude des representations sociales. Raymondville Saint-Agnes: Eras; 2003.
- 9 Godoy SCB. Absenteísmo-doença entre funcionários de um hospital universitário [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem da UFMG; 2001.
10. Gelbecke FI. Política de saúde do trabalhador: limites e possibilidades. Texto e Contexto em Enfermagem. 2002;11(1):66–85.

Artigo submetido para Publicação

Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn

PERCEPÇÃO DAS ENFERMEIRAS ACERCA DOS RISCOS OCUPACIONAIS NA PERSPECTIVAS DE PRÁTICAS PREVENTIVAS

Joana D’Arc de Souza Oliveira

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/UFRN. Enfermeira Especialista do Trabalho do Hospital Walfredo Gurgel / Pronto Socorro Clóvis Sarinho.

E-mail: darc.joan@gmail.com

Maria do Socorro da Costa Feitosa Alves

Doutora. Odontóloga. Departamento de Odontologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: alfa@ufrnet.br

RESUMO: A equipe de enfermagem que atua na rede hospitalar vivencia e participa ativamente das mais variadas situações de riscos inerentes ao desempenho de suas atividades laborais. Por ser a categoria profissional que mais tempo permanece junto ao paciente apresenta riscos ocupacionais que podem levar a doença, à invalidez, e até mesmo, à morte. A presente investigação objetivou apreender as representações sociais da percepção das enfermeiras acerca dos riscos ocupacionais na perspectiva de práticas preventivas. Material e métodos. A amostra constituiu-se de 80 enfermeiras. Utilizou-se para coleta de dados evocações livres de palavras produzidas a partir de uma expressão indutora – risco ocupacional e práticas preventivas. O TALP, foi processado e analisado com o apoio do *software* EVOC. De acordo com os dados obtidos foi possível apreender a percepção das enfermeiras acerca dos riscos ocupacionais, emergindo dois pontos organizadores da representação, em função de se constituírem como pontos nevrálgicos no cotidiano profissional, quais sejam: falta de programa de prevenção, medicina e saúde ocupacional nos hospitais e falta de integração do sistema de vigilância com os serviços de saúde, onde os riscos são iminentes.

Palavras-chave: Riscos ocupacionais, enfermeiras, hospitalar.

NURSES' PERCEPTION ABOUT OCCUPATIONAL RISKS IN THE PROSPECTS OF PREVENTIVE PRACTICES

Abstract: The Nursing staff that works in the hospital network experiences and participates actively of the most varied situations of inherent risks in the performance of labor activities. As it is the professional category which is much time with the patient, so have occupational risks which can lead to diseases, disability, and even, death. The current investigation aimed captures the social representations of Nurses' perception about occupational risks in prospects of preventive practices. **Material and Method.** The sample has 80 Nurses. It was used for data collection free evocation of words produced from an expression inducer – occupational risk and preventive practices. The TALP was made and analysed with the support of EVOC software. According to the data obtained was possible to seize the Nurses' perception about occupational risks, emerging two organizer points of representation, according to consist in nerve points in professional daily, which are: lack of prevention program, Medicine and occupational health in hospitals and lack of integration of vigilance system with health services, where risks are imminent.

Key words: occupational risks, Nurses, hospital

PERCEPCIÓN DE LAS ENFERMERAS SOBRE DE LOS RIESGOS LABORALES DESDE LA ÓPTICA DE LAS PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN

RESUMEN: LA plantilla de enfermería que actúa en la red hospitalaria vive y participa activamente en las más variadas situaciones de riesgo inherentes al desempeño de sus actividades laborales. Al ser la categoría profesional que más tiempo permanece junto al paciente presenta riesgos ocupacionales que pueden derivar en enfermedad, invalidez, e incluso, en muerte. La presente investigación tuvo como objetivo capturar las representaciones sociales en la percepción de las enfermeras sobre los riesgos ocupacionales desde la óptica de las prácticas preventivas. **Material y métodos.** La muestra se constituyó con 80 enfermeras. Se utilizó para la toma de datos evocaciones libres de palabras producidas a partir de una expresión inductora – riesgo laboral y

práctico preventivos. El TALP, fue procesado y analizado con el apoyo del software EVOC. A partir de los datos obtenidos fue posible captar la percepción de las enfermeras acerca de los riesgos ocupacionales, con dos puntos articuladores de la representación, ya que se presentaron como los puntos neurálgicos en el día a día profesional, a saber: falta de programa de prevención, medicina y salud ocupacional en los hospitales y falta de integración del sistema de vigilancia con los servicios de salud, donde los riesgos son patentes.

Palabras-Clave: Riesgos laborales, enfermeras, Entorno hospitalario.

Maria do Socorro Costa Feitosa

ENDEREÇO: Rua Raimundo Chaves, nº 1946, aptº 2001. Lagoa Nova – 59.075-64390 Natal/RN. Cel. (084) 9985-7469. E-mail: alfa@ufrnet.br

INTRODUÇÃO

A equipe de enfermagem que atua na rede hospitalar vivencia e participa ativamente das mais variadas situações de riscos inerentes ao desempenho de suas atividades laborais. Por ser a categoria profissional que mais tempo permanece junto ao paciente, apresenta riscos ocupacionais que podem levar a doença, à invalidez, e até mesmo, à morte.

A partir da compreensão da interação dos riscos com o ambiente, é possível ampliar o entendimento de que os riscos, estão relacionados aos eventos negativos aumentando a probabilidade de acidentes e/ou doenças ocupacionais.

Para efeito da NR-92¹, que trata do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), considera como riscos ambientais os agentes físicos, químicos e biológicos existentes no ambiente de trabalho. Caracterizam-se quando se estabelece o nexo causal entre os danos observados na saúde do trabalhador e a exposição a determinados riscos ocupacionais.

Desta forma, é importante compreender que a incorporação de estratégias de promoção e prevenção à saúde nas instituições hospitalares, deve caminhar para a busca da superação das iniquidades sociais que aí imperam, sua abordagem pode trazer contribuições relevantes que podem ser bastante resolutivas na prevenção de acidentes e doenças profissionais e/ou do trabalho.

Nesse contexto social de pertença, com novas formas de adoecimento mal caracterizados como o estresse, a fadiga física e mental entre outras manifestações de sofrimento relacionadas ao trabalho, configura-se em situações que exigem conhecimento para que se possa traçar medidas efetivas de prevenção. De onde pode emergir as representações sociais².

As Representações Sociais são construções historicamente e socialmente determinadas, elas cavalgam na interface entre muitas ciências sociais e méritos [...]³. Caracteriza-se como produto resultante da atividade humana, elaborada por meio da comunicação e interação entre indivíduos no seu cotidiano destinadas à interpretação da realidade⁴. O processo de interação e comunicação, reflete a situação dos indivíduos em relação aos objetos do seu cotidiano e formam um continuum no qual se fundem e se complementam.

É na cotidianidade que os grupos ou indivíduos expõem a realidade interpretada por eles com significados subjetivos e intersubjetivos⁵. O estudo das representações sociais parece ser um caminho promissor para atingir esses propósitos na medida em que investiga justamente como se formam e como funcionam os sistemas de referência que são utilizados para classificar pessoas e grupos e para interpretar os acontecimentos da realidade cotidiana.

Por suas relações com a linguagem, a ideologia e o imaginário social e, principalmente, por seu papel na orientação de condutas e das práticas sociais, as representações sociais constituem elementos essenciais para apreensão dos riscos ocupacionais que interferem na saúde dos trabalhadores.

Abric⁶ assinala que representação social é o produto e o processo de uma atividade mental pela qual um indivíduo ou um grupo reconstitui o real com que se confronta e lhe atribui uma significação específica. Diante deste conceito, enfatiza que o comportamento dos sujeitos depende menos das características objetivas de dada situação do que das representações sociais que se constituem no seu fator determinante.

A presente investigação objetivou apreender as representações sociais da percepção das enfermeiras acerca dos riscos ocupacionais na perspectiva de práticas preventivas.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo desenvolvido segundo a Teoria das Representações Sociais (TRS)⁷ no que se refere à abordagem estrutural². O cenário da pesquisa foi um hospital público de grande porte, prestador de serviço aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), na cidade de Natal/RN/Brasil. Participaram desta pesquisa 80 enfermeiras assistenciais. Um ponto a se destacar é que 100% são do sexo feminino.

Levando em consideração as propriedades quantitativas e qualitativas na determinação da estrutura da representação social, por meio do núcleo central e do sistema periférico, utilizou-se para coleta de dados a Técnica de Evocação Livre de Palavras (TALP), produzidas a partir de uma expressão indutora – risco ocupacional e práticas preventivas.

A TALP é um teste projetivo da psicologia, que vem sendo largamente empregado em estudos da estrutura das RS. Ajuda a localizar zonas de bloqueamentos e de recalques de uma pessoa, isto é, a exclusão do campo da consciência, de certas idéias, sentimentos e desejos que o indivíduo não quer admitir, mas, no entanto, continuam a fazer parte da sua vida psíquica⁸.

O teste foi aplicado no período de maio de 2005 a junho de 2006, após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte com registro CEP-UFRN 114/05. As informantes foram previamente orientadas quanto à importância da pesquisa, os procedimentos para a coleta de dados, a livre decisão de participar ou não do estudo, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme as orientações da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde⁹, bem como sobre o TALP.

Os elementos representacionais foram estudados pela Teoria do Núcleo Central (TNC)². Esses elementos se organizam e subsidiam o sentido fundamental e inflexível da representação social. Por ser flexível, permitem uma interação maior com o contexto, dando acessibilidade à realidade, concretizando, regulando e defendendo o NC². Se constituem num sistema sócio-cognitivo específico, no qual um ou mais elementos dão à representação um significado maior - a sua estrutura²⁻¹⁰.

O NC é caracterizado como rígido, estável, composto de elementos que dão sentido a outros núcleos mais flexíveis, denominados periféricos. O sistema periférico é organizado em torno do NC. Estudos utilizando a TNC fortalecem a pluralidade heurística das representações sociais e a sua capacidade de explicar a realidade cotidiana de acordo com os grupos sociais^{10- 11}.

Desta forma, a percepção representada pelas enfermeiras é reapropriada por elas, reconstruída no seu sistema cognitivo e integrada aos seus sistemas de valores em conformidade com a história e com o contexto social e ideológico que as cercam⁷.

O produto obtido por meio do TALP, foi processado e analisado com o apoio do *software* EVOG (Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations) – versão 2000¹². Este recurso permite a organização das evocações produzidas de acordo com as suas freqüências e com a ordem de evocação ou, como se adota no presente estudo, de importância, possibilitada pela hierarquização dos termos enunciados pelos sujeitos. Permite a análise lexicográfica e quantitativa dos dados, mediante a técnica do quadro de quatro casas. Após a organização prévia dos elementos evocados, esses se constituíram no *corpus* para análise.

A identificação do NC e dos elementos periféricos sobre a percepção das enfermeiras a cerca dos riscos ocupacionais, objeto deste estudo, pode evidenciar o que realmente está sendo representado pelo grupo de pertença. Assim, é necessário buscar a natureza interna das questões dos riscos, pois estes, expõem o trabalhador a condições perigosas e insalubres.

A complexidade dos riscos no contexto de trabalho sugere que os sistemas de vigilância em saúde devam estar mais preocupados com exposições deletérias e menos com a contabilização de doenças, e passem a operar integrado com os serviços de saúde onde os riscos são iminentes. É nesse sentido, que a prevenção de riscos ocupacionais torna-se a forma mais eficiente de promover e preservar a saúde e a integridade física dos trabalhadores.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Diagrama dos elementos evocados pelas enfermeiras a partir do termo indutor
Risco ocupacional e práticas preventivas

OME < 3				≥ 3		
F	NÚCLEO CENTRAL			ELEMENTOS INTERMEDIÁRIOS		
≥ 10	ATRIBUTOS	f	OME	ATRIBUTOS	F	OME
	educação	16	2,668	organização	10	3,091
	prevenção	12	2,546	segurança	11	4,000
	saúde	32	2,375	vida	12	3,333
	valorização	18	2,104			
< 10	ELEMENTOS INTERMEDIÁRIOS			ELEMENTOS PERIFÉRICOS		
	ATRIBUTOS	f	OME	ATRIBUTOS	F	OME
	atenção	5	2,167	dever	7	3,714
	divulgação	6	2,429	direito	7	4,000
	satisfação	9	2,889	norma	8	3,625
	solução	7	2,714	imunização	6	3,000
	epi	6	2,167	supervisão	6	3,143
				trabalho	6	4,000

Legenda: OME – ordem média de evocação, Freq. – frequência total do termo evocado

No quadrante superior esquerdo aparecem os elementos mais relevantes, sendo aqueles que surgem em primeiro lugar na ordem de evocação, tendo, portanto, uma frequência significativamente mais elevada que a dos demais termos. Exatamente por isso, esses elementos são considerados como indicadores o núcleo central da representação social. Constituem, portanto, os elementos que possibilitam a identificação do núcleo central da representação da percepção das enfermeiras.

Os elementos localizados no segundo quadrante (superior direito) e no terceiro quadrante (inferior esquerdo) são considerados intermediários e podem aproximar-se

tanto dos elementos centrais como dos periféricos. Esses não são analisáveis pela Teoria do NC^(2,10), e sim pela grande teoria TRS⁷.

Os elementos localizados no quarto quadrante (inferior direito) são considerados integrantes do sistema periférico. Esses são os de menor freqüência de evocação com o maior índice ou maior ordem média e fazem parte do pensamento elaborado, ou seja, as depoentes podem elaborar intencionalmente o elemento, antes de expressá-lo⁷⁻⁸.

Como evocações consideradas núcleos centrais temos: “educação”, “prevenção”, “saúde” e “valorização”, indicando aquelas palavras mais prontamente evocadas e em maior freqüência que podem ser constitutivas do NC, pois caracterizam o sentido ontológico da representação, ou seja, sua estrutura ou núcleo figurativo.

Neste estudo, os elementos constituintes do NC ou estrutura da RS são entendidos, como aqueles que retratam os significados mais expressivos da representação da percepção das enfermeiras sobre risco ocupacional, ou seja, o senso comum desse grupo, que direciona os seus comportamentos e atitudes.

Considerando, que o NC é constituído de um ou mais elementos que lhe asseguram três funções como significado da representação: a função geradora cria ou transforma os elementos constitutivos da representação e possibilita que outros elementos adquiram sentido e valor, a função organizadora unifica e organiza internamente a representação e a estabilizadora que dá estabilidade à representação do grupo² parece condição essencial para a percepção dos riscos ocupacionais no contexto hospitalar.

A evocação “educação” pode representar para as enfermeiras uma prática social que está presente em todas as suas atividades. A enfermagem como ciência e arte, busca compreender a “educação” como forma de valorizar e legitimar as práticas preventivas assim, como rege a relação que se estabelece em torno da realidade dos riscos hospitalares, no sentido de assegurar aos trabalhadores ações livres de riscos.

Uma compreensão global desta realidade exige considerar diversas perspectivas para que possa se estabelecer processos de construção, levando a práticas que minimizem os riscos hospitalares e o desenvolvimento sistematizado de um novo modelo e novas posturas em relação à prevenção.

A evocação “saúde” pode demonstrar a preocupação das enfermeiras com a saúde dos da equipe de enfermagem e demais trabalhadores, considerando que o parágrafo 3º do artigo 6º, define a saúde do trabalhador como: [...] *um conjunto de atividades que se destina, por meio das ações de vigilância sanitária, à promoção e reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho*¹³. Do ponto de vista das bases legais e normativas, o princípio da integralidade do cuidado e da assistência está inserido em legislações importantes no Brasil.

A diretriz básica do SUS, com base na Constituição Federal de 1988 (Art. 198) estabelece: “atenção integral, com prioridades para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços “assistenciais”¹³. Esta Resolução constitui-se em mais um instrumento importante a ser utilizado para garantia da qualidade da atenção à saúde do trabalhador.

Com isso, afirma-se a necessidade de uma prática reflexiva, com protagonismo dos trabalhadores e a construção de espaços para problematização do trabalho, onde a saúde possa ser ampliada para além dos limites da ausência de doença com o entendimento de vários aspectos que estão presentes na vida do homem, como moradia, lazer, educação, trabalho etc. Será o equilíbrio desses componentes da vida diária que irá formar o grande mosaico da saúde humana, que não deve ser vista apenas como um fator de produção.

A representação social das enfermeiras com relação ao elemento “valorização”, pode está diretamente relacionado à dignidade da pessoa humana, por isso não deve ser analisado somente sob a ótica material mas, sobretudo, deve estar em pauta o seu caráter humanitário capaz de correlacionar diversas dimensões: biológicas, psicológicas, sociais e espirituais além, de englobar aspectos relacionados à saúde.

A valorização do trabalho pode proporcionar ao ser humano, orgulho em desempenhá-lo, dando-lhe prazer. Desta forma, o trabalhador não tem o trabalho apenas como meio de sobrevivência, porque retira do ser humano qualquer resquício de dignidade. “Valorizar o trabalho equivale a valorizar a pessoa humana, e o exercício de uma profissão pode e deve conduzir à realização de uma vocação do homem”¹⁴.

No quadrante superior direito as evocações “organização”, “segurança”, “vida” mostram uma maior proximidade do núcleo central e vinculam-se ao elemento “valorização” considerando os diversos aspectos que conformam o atual cenário onde este grupo desenvolve suas práticas.

Nesse aspecto, é possível ampliar o conhecimento sobre a especificidade das práticas preventivas, partindo da premissa de que a prevenção dos riscos no contexto hospitalar, precisa acontecer de forma organizada proporcionando maior segurança para qualidade de vida dos trabalhadores.

Situam-se no quadrante inferior direito as evocações “dever” “direito” “norma”, “imunização” “supervisão”, trabalho. Essas evocações promovem a interface entre a realidade concreta vivida pela equipe de enfermagem e a centralidade das representações, indicam atributos profissionais e pessoais a serem adotados em forma de atitudes no trabalho.

As evocações “dever” “direito” “norma”, estão contempladas no contexto cultural e filosófico das enfermeiras (os), pois estas (estes), elaboram modelos de regimento de enfermagem: organograma, normas, rotinas, direito e deveres da equipe, essencial para uniformizar ações integradoras.

Seguindo a trilha das representações elaboradas pelas enfermeiras, “imunização” e “supervisão” assumem, papéis relevantes no contexto da prevenção. A imunização tem sido uma estratégia eficiente no controle dos riscos de uma série de doenças infecciosas, através da elaboração de protocolos de medidas preventivas, organização do trabalho em bases coletivas com integração de atividades e educação permanente.

A heterogeneidade dos riscos ocupacionais requer “supervisão” para o fortalecimento das ações preventivas, pois esta, além de aprofundar conteúdos teóricos oferece a possibilidade de reflexão sobre os aspectos subjetivos envolvidos na execução das tarefas e de que forma elas podem impactar os indivíduos e a própria ação/intervenção profissional. Desta forma, a supervisão pode ser um instrumento de organização nos processos de trabalho a partir dos diferentes paradigmas.

Esta surge relacionada com: o investimento na qualidade das práticas; segurança pessoal e da equipa, através de uma atenção aos processos relacionais e

de afirmação pessoal; identificação com o conteúdo do trabalho e a satisfação profissional; quadros cognitivos, espírito crítico, análise das práticas e decisões informadas; níveis de ansiedade e disponibilidade psicológica para estabelecer relações de ajuda¹⁵.

A evocação “trabalho” incorpora um expressivo significado das práticas da enfermagem e evidencia estar relacionadas a atributo profissional e pessoal. No campo da saúde encontra-se na enfermagem a maior força de trabalho dessa área, um trabalho que não está posto apenas na existência de um órgão prescritivo e normativo, mas sim, na construção conjunta de proteção e prevenção de forma a reduzir os riscos e melhorar as condições de trabalho.

Entretanto, nos hospitais faltam programa de prevenção medicina e saúde ocupacional, o que reflete a dificuldade que as equipes de saúde têm em resolver os problemas neste campo. O entendimento é de que a saúde é resultante de políticas sociais e econômicas, é direito constituinte da cidadania e, portanto, dever do Estado.

Os serviços envolvidos com a função saúde exigem a construção de práticas preventivas como defesa e promoção da qualidade de vida dos trabalhadores, bem como se servir dos instrumentos disponíveis na estrutura do Estado fundamentado e legitimado pela Constituição Federal¹³.

Assim, a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), referenciada pelos princípios de universalidade, equidade, hierarquização, descentralização, integralidade das ações, inter-setorialidade, interdisciplinaridade e controle social, amplia o espaço de investigação e intervenção na relação entre o processo de trabalho, bem como, ações de prevenção dos riscos e outros agravos à saúde do trabalhador¹⁶.

CONCLUSÃO

A RS possibilita às pessoas a percepção de seus próprios pensamentos, suas idéias, sua visão de mundo, suas atitudes em relação à vida cotidiana, construindo e reconstruindo novas representações. É visível a importância de estudar a RS no contexto das práticas preventivas.

De acordo com os dados obtidos no EVOG foi possível apreender percepção das enfermeiras acerca dos riscos ocupacionais, emergindo dois pontos organizadores da

representação, em função de se constituírem como pontos nevralgicos, quais sejam: falta de programa de prevenção, medicina e saúde ocupacional nos hospitais e falta de integração do sistema de vigilância com os serviços de saúde, onde os riscos são iminentes.

REFERENCIAS

- 1 Ministério do Trabalho (Br). Norma regulamentadora – NR9: riscos ambientais. Programa de prevenção de riscos ambientais. Portaria N° 25 de 29.1294. Disponível em <http://www.unicamp.br/~jalfredo>. Acesso em 20 maio 2006
2. Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC, organizadoras. Estudos interdisciplinares de representação social. 2ª ed. Ver. Goiânia (GO): AB Editora; 2000. p. 27-38.
- 3 Wagner W. História, memória e senso comum – Representações sociais e a interdisciplinaridade. In: Moreira, ASP; Jesuíno JC. Representações Sociais – teoria e prática. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2003.
- 4 Jodelet, D. Représentations Sociales: phénomènes, concept et théorie. In: Moscovici, S. (Ed.) Psychologie Sociale. Paris: Ed. PUF, 1984.p.469-94.
- 5 Berger PL, Luckmann T. A construção social da representação social da realidade. 20ª ed. Petrópolis: Vozes; 2001.
- 6 Abric JC. O estudo experimental das representações sociais. In: Jodelet D, organizador. As representações sociais. Rio de Janeiro: Eduerj; 2001. p. 155-71.
- 7 Moscovici S. A representação social da psicanálise. Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro (RJ): Zahar; 1978.
- 8 Oliveira DC, Marques SC, Gomes AMT, Teixeira MCTV. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, organizador. Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais e práticas educativas. Goiânia: UCG; 2003. p. 573-603.
- 9 Conselho Nacional de Saúde (BR), Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética. 1996; 4(2 Supl):15-25.
- 10 Sá CP. Núcleo central das representações sociais. Petrópolis (RJ): Vozes; 1996.

- 11 Gomes AMT, Oliveira DC. Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem: relato de pesquisa Rev Esc Enferm USP 2005; 39 (2):145-53.
- 12 Verges P. L'evocation de l'argent: one method pource la definition de novae central d'une représentation. Bull Psychol 1992;14(405):203-9.
- 13 Constituição da República Federativa do Brasil (BR). Promulgada em 5 de Outubro de 1988. DOU nº. 191-A de 5 de Outubro de 1988. São Paulo: Saraiva; 1988.
- 14 Petter CLC. Princípios Constitucionais da Ordem Econômica: o significado e o alcance do art. 170 da Constituição Federal. São Paulo: Revista dos Tribunais; 2005, p.153
- 15 Wilson CA. Supervisão clínica em enfermagem: pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade. Sinais Vitais 2002 Nov; 6 (45): 53-7.
- 16 Ministério da Saúde (BR). Dispõe sobre os procedimentos técnicos para notificação compulsória de agravos à saúde dos trabalhadores em rede de serviços sentinela específica do Sistema Único de Saúde. Portaria n. 777, de 28&04&2004. Brasília: DOU; 2004.

4. COMENTÁRIOS, CRÍTICAS E SUGESTÕES

A realização desta pesquisa proporcionou uma vivência permeada por aspectos éticos e profissionais que se constituíram em grandes desafios. Foram muitas as interfaces e os caminhos percorridos para o aprimoramento dos objetivos propostos. Procurou-se em evidências científicas construir espaços de discussões e reflexões, em que se reconheça a importância das dimensões políticas e sociais no âmbito do trabalho na área da saúde.

Sob o ponto de vista pessoal, esta pesquisa trouxe oportunidades efetivamente significativas para o aprofundamento teórico e prático, sendo uma experiência enriquecedora. O conhecimento e a prática formaram cadeias, de onde emergiram novos conhecimentos e novas leituras, sobre o mesmo tema ou derivações para outros estudos.

Destaca-se aqui, a importância do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFRN (PPGCSA-UFRN) em colocar os artigos no corpo da Dissertação. Além de se tornar elegante, ajuda o leitor a conhecer os caminhos trilhados nas produções científicas necessariamente, aumenta o entusiasmo e o fascínio do leitor/estudioso

Enfatiza-se ainda, a opção do Programa em trabalhar a multi/interdisciplinaridade, integrando os diversos campos do saber e profissionais de várias áreas do conhecimento. A dinâmica e as transformações que vêm ocorrendo na sociedade refletem de maneira significativa no campo da saúde, trazendo novos desafios aos pesquisadores nos campos epistemológicos como metodológicos. A

abordagem interdisciplinar contribui para a superação dos estilos tradicionais das disciplinas fortemente arraigadas e sujeitas a rigidez e inflexibilidade, que terminam por obstruir os avanços de uma ciência que possa emergir da prática e se nutrir das concepções das ciências⁴⁰.

No campo dos riscos ocupacionais no contexto hospitalar, a interdisciplinaridade emerge como uma necessidade concreta para efetivação de resolutividades, ajudando aos profissionais a não perderem de vista a noção de conjunto, aspecto fundamental para construção de pontes que possibilitem saltos qualitativos para efetivação de políticas de saúde. No hospital em estudo o passo inicial foi dado através de oficinas e treinamentos onde essa nova forma de abordagem mostrou-se possível no exercício do trabalho interdisciplinar. Considera-se que os profissionais que pensam e inovam juntos, criam possibilidades de evolução e aprendizagem favoráveis à mudanças.

No que concerne aos riscos ocupacionais, vários estudos e estatísticas confirmam que os profissionais de saúde, especialmente os trabalhadores das instituições hospitalares, estão sujeitos a maior número de riscos ocupacionais do que outras categorias. Com isso, afirma-se a necessidade do reconhecimento do nexo casual entre o trabalho e sua organização no aparecimento das doenças e dos riscos ocupacionais nas instituições hospitalares.

A abordagem de nexo casual, do ponto de vista epistemológico, está originalmente relacionada com uma visão que tende para unicausalidade dentro da relação causa/efeito. Há que se considerar que, na saúde do trabalhador esse nexo causal tem implicações mais amplas, a sua busca vai enveredar por uma abordagem sobre os determinantes sociais do processo saúde/doença desses trabalhadores,

determinando formas de adoecimento e morte.

Desta forma, o nexos causal tem um componente social e político que envolve a necessária articulação entre estruturas vinculadas a instituições públicas distintas, tais como Ministérios da saúde, do Trabalho e da Previdência Social em suas respectivas funções diagnósticas. Do outro lado estão, as empresas e suas estruturas tais como prescritas por uma legislação específica, o que envolve a obrigatoriedade da lida empresarial com as questões da segurança e da saúde no trabalho a partir do cumprimento de normas regulamentadoras.

No que pesem, as estruturas preventivas fortemente vinculadas ao conteúdo normatizador, muitas vezes tornam-se inadequados à realidade da produção, tornando-se verdadeiras camisas de força, frente as exigências de desempenho operatório presentes nas situações reais de trabalho, a partir das relações governo-servidor, patrão-empregado, assim como na relação mais horizontal, (servidor-servidor). Desta forma, os riscos ocupacionais no contexto hospitalar, indicam a necessidade de uma prática reflexiva, com o protagonismo dos trabalhadores, controle social, atendimento integral e a construção de espaços para a problematização do trabalho, com metodologias capazes de estabelecer critérios de hierarquização dos mediadores patogênicos presentes nas nas situações laborais.

Impõe-se, considerar que o trabalhador da saúde tem valores preciosos a serem defendidos tenazmente, essa defesa efetivamente se constitui em desafios e mudanças levando-se em consideração as várias espécies de configurações produtivas e a exposição aos clássicos agentes de riscos, condições sociais e ambientais.

4.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Estudo realizado no Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel e Pronto Socorro Clovis Sarinho no Município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte. É um Hospital de Urgência com referência para todo Estado, integrante do Sistema Único de Saúde e conveniado com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), para fins de estágios supervisionados e práticas curriculares de alunos de graduação e pós graduação na área da saúde, e com outras instituições do ensino superior. Em relação aos Recursos Humanos conta com Médicos de diversas especialidades; Assistentes Sociais; Enfermeiros; Nutricionistas; Farmacêuticos; Bioquímicos; Psicólogos; Fisioterapeutas; Técnicos de Enfermagem; Técnicos e pessoal de apoio, totalizando um número de mil quatrocentos e oitenta e seis (1.486) trabalhadores. Dispõe de 250 leitos para todas as especialidades médicas e cirúrgicas com exceção de obstetrícia, além dos serviços técnicos para diagnóstico.

A pesquisa concentrou-se no cenário hospitalar, por ser o hospital campo propício para abranger diversas dimensões dos riscos ocupacionais diretamente relacionadas com o cotidiano dos trabalhadores, tais como: acidentes de trabalho, doenças profissionais e doenças do trabalho.

É marcante a compreensão de que estudos plurimetodológicos utilizados nas pesquisas subsidiadas pela Teoria das Representações Sociais, apresentam-se nos dias de hoje com muita relevância na área da saúde. Desta forma a interdisciplinaridade apresenta-se como resposta à diversidade, à complexidade e a dinâmica no mundo atual⁴¹, vivenciando distintos momentos em relação aos riscos para os trabalhadores no contexto hospitalar.

Para tanto, tomou-se por base a Teoria das Representações Sociais, na perspectiva de favorecer uma compreensão da realidade dos riscos ocupacionais no contexto hospitalar, pelos quais o sentido do objeto em estudo foi construído pelos sujeitos concretos, em suas relações cotidianas, implica em apreender a diversidade de ações necessárias para compreender o sujeito coletivo.

As fontes bibliográficas pesquisadas para a temática deste estudo foram as publicações impressas em livros, teses, dissertações, bem como pesquisas *on line* registradas nas bases de informações do *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme) e da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs).

A pesquisa bibliográfica abrangeu o período de 2005 a 2007. Realizou-se também, uma busca na base de informação da *Web of Science*, no período dos últimos cinco anos, de estudos que substanciassem os achados obtidos nas fontes do SciELO e Bireme.

Para obtenção dos dados dos artigos apresentados, utilizou-se a pesquisa de abordagem qualitativa que se propõe a uma compreensão particular e profunda dos fenômenos a qual exige motivação, participação e conhecimento do pesquisador para interpretar os eventos sociais⁴², e a técnica de evocação livre de palavras. Uma técnica para aquisição dos elementos constitutivos de uma representação, levando à atualização dos elementos implícitos e latentes que poderiam ser perdidos ou camuflados nos conteúdos discursivos⁴³.

Os dois métodos possibilitaram angariar informações, permitindo que o objeto do estudo fosse conhecido sobre diferentes ângulos, o que veio comprovar a sua importância na apreensão das representações sociais sobre o risco ocupacional.

No processo de análise de interpretação dos dados, optou-se pela utilização de duas técnicas: o software Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Évocations EVOC 2000⁴⁴, o software ALCESTE – Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte - Version 4.7 pour Windows⁴⁵. Este método de estatística textual já é utilizado em várias pesquisas no campo das representações sociais, com pertinência e sucesso⁴⁶.

4.2 PRODUTOS GERADOS PELA DISSERTAÇÃO

A pesquisa gerou quatro subprodutos acadêmicos, 06 trabalhos apresentados em Congressos de Enfermagem, Congresso Internacional de Enfermagem do Trabalho, e em Jornada Internacional de Representação Social – JIRES, nos quais foram divulgados em meios impressos e on-line em periódicos e anais.

Trabalho apresentado na IV Jornada Internacional e II Conferência Brasileira sobre Representações sociais – de 08 a 11 de Novembro de 2005, com o tema “Representação social dos trabalhadores da saúde no Contexto hospitalar”.

II Congresso Internacional de Enfermagem do Trabalho – São Paulo, 21 a 25 de Junho de 2006. Apresentação do trabalho. “A enfermagem e os Riscos Ocupacionais no Contexto hospitalar”.

14º. Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, em Florianópolis, SC, no período de 29 de Maio a 01 de Junho de 2007. Apresentação do trabalho “Risco ocupacional do trabalho da equipe de enfermagem”.

V Jornada Internacional e III Conferência Brasileira sobre Representações Sociais, Interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas, Brasília, DF, Agosto de 2007
Apresentação do trabalho: “Um Estudo Representacional acerca dos riscos ocupacionais no contexto hospitalar”.

III Congresso Internacional de Enfermagem do Trabalho e 13º Encontro nacional de Enfermagem do Trabalho – São Paulo, de 20 a 22 de Agosto de 2008.
Apresentação do trabalho. “Representação do Risco Ocupacional na Perspectiva do Trabalhador da Saúde”.

I Fórum Internacional sobre Saúde e Envelhecimento e Simpósio sobre Representações Sociais – I FISERS, em João Pessoa/PB, de 26 a 29 de Agosto de 2008. Apresentação do trabalho. “Percepção das enfermeiras acerca dos riscos ocupacionais na perspectiva de práticas preventivas”.

Esta pesquisa tornou-se importante pela sua abrangência, além de ter sido um processo de articulação gradual e contínuo de conhecimentos, de habilidades teóricas, cognitivas, emocionais de práticas e de valores éticos, possibilitou a pesquisadora o exercício eficiente de aprender a aprender na área da pesquisa abrangendo várias dimensões anteriormente não conhecidas ou não valorizadas.

Ademais, as produções oferecem aos leitores resultados relativos aos riscos ocupacionais no contexto hospitalar, assim como apresenta alguns desafios e perspectiva para que os trabalhadores possam adotar condutas mais críticas, como tal, vislumbrar espaços para realizar suas aspirações e satisfazer suas necessidades enquanto cidadãos participantes da produção e da riqueza nacional.

4.3 METAS ATINGIDAS

Com o objetivo de realizar análises das evidências empíricas com o conhecimento teórico existente e identificar práticas que pudessem minimizar os riscos de acidentes e doenças ocupacionais, foram realizadas palestras, seminários, cursos, e oficinas, previamente planejadas, agendadas e executadas numa frequência mensal durante um ano, com o intuito de programar medidas de proteção à segurança á saúde do trabalhador.

Ademais, realizou-se “rodas” de conversas permitindo aos trabalhadores um posicionamento reflexivo e analítico das ações realizadas em sua prática cotidiana. A vivência com os trabalhadores traduzidos nas reflexões formuladas representou um marco significativo para a compreensão dos processos de trabalhos e dos riscos ocupacionais inerentes a cada profissão.

Observou-se também, alguns elementos considerados estruturantes nos campos de possibilidades de ação sobre a questão saúde e trabalho. A participação de um número expressivo de trabalhadores possibilitou a instalação de um ambiente criativo e cooperativo o qual foi estimulado e valorizado pela sua manutenção. Assim sendo, indica que estes profissionais adquiriram um melhor conhecimento e manejo sobre a interface e sua articulação com os riscos ocupacionais.

4.4 METAS FUTURAS

Este estudo não esgota o assunto, tampouco revela soluções imediatas ou mágicas extraordinárias, porém, propõe-se dar continuidade a este estudo na perspectiva multi/interdisciplinar; considerando que o mosaico de questões que perpassam os riscos ocupacionais no contexto do trabalho hospitalar aponta para o conhecimento de que nenhuma categoria profissional, isoladamente, detém saber suficiente para responder as demandas no campo da saúde ocupacional.

Considerando, que as práticas em saúde passam por uma significativa transformação e convocam os profissionais a rever seu entendimento a respeito de um trabalho integrado na perspectiva interdisciplinar, consolidando os princípios assistenciais do SUS, onde se destaca a importância das representações sociais no sentido de favorecer a compreensão da articulação de modalidades de relação com o mundo social. A partir do princípio de que as representações sociais são formadas num ambiente de interação com as práticas, ou seja, num ambiente de vivência e de experiência dos indivíduos.

O impacto dos riscos ocupacionais, pano de fundo de onde se desdobram os agravos à saúde dos trabalhadores é representado entre outros aspectos, pela organização hospitalar, de modo particular aquelas de caráter público. Desta forma, as representações sociais construídas pelos trabalhadores referem-se ao processo de trabalho hospitalar como múltiplo e complexo pela dimensão tecnológica e os aspectos físicos, psíquicos e cognitivos. Além das características semelhantes aos diversos setores industriais mesmo que em menor escala.

Diante desta complexidade, há que se buscar todas as estratégias preventivas possíveis que possam contribuir para a prevenção dos acidentes de trabalho e promoção à saúde do trabalhador de unidades hospitalares. Estratégias estas que devem ser institucionalizadas, e trabalhadas com o fortalecimento das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPA), assim como todas as demais estruturas organizacionais que se encarregam de educação e vigilância em saúde nas Instituições como as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar, Departamentos de Educação Permanente, entre outros, existentes nas estruturas dos Hospitais.

Partindo do entendimento de que a comunicação/informação é fator primordial para as ações educativas e que contribui para a melhoria da qualidade de vida, deve permear as ações intersetoriais de promoção da saúde e da qualidade de vida e trabalho. Assim, a equipe da Vigilância Sanitária deverá ser preparada para intervir nos processos produtivos, na organização e nos ambientes de trabalho, na avaliação quanti/qualitativa dos riscos, bem como adotar medidas de proteção coletiva, aplicação de princípios e conceitos em segurança de máquinas, equipamentos e outros.

A área de saúde do trabalhador é integrante e indissociável da área de saúde, deve apresentar como peculiaridade: zelar pela saúde nos ambientes e nas relações do ser humano com o trabalho, promovendo a saúde, prevenindo agravos, recuperando a saúde, tratando e reabilitando o trabalhador. Desenvolver ações individuais e coletivas que visem atuar no processo saúde-trabalho-doença, para eliminar e/ou controlar os fatores de riscos e danos a saúde do trabalhador.

Considerando, que as doenças e os acidentes que acontecem no contexto hospitalar derivam de complexas inter-relações com o trabalho, portanto, devem ser analisadas através da análise do contexto dos processos de trabalho e produção, das

formas como o trabalho é organizado e realizado, das condições de vida dos trabalhadores expostos. Desta forma, manter e melhorar a capacidade de trabalho, contribuir para o estabelecimento e a manutenção de um ambiente de trabalho saudável e seguro para todos, assim como promover a adaptação do trabalho às capacidades dos trabalhadores, levando em consideração seu estado de saúde.

Ademais, os gestores da saúde, principalmente das instituições hospitalares devem pensar na possibilidade de um trabalho integrado, contrapondo o modelo hegemônico, mobilizando as competências dos profissionais da área de Saúde do Trabalhador, dentro do marco de referência e do enfoque da Multi/interdisciplinaridade que objetive ultrapassar os limites corporativistas existentes nestas instituições. Evitar a compartimentalização dos conhecimentos e, quiçá, a superação dos entraves que tanto têm dificultado as ações integradas na área da saúde.

6. REFERÊNCIAS

- 1 Iriart JAB, et al. Representações do trabalho informal e dos riscos à saúde entre trabalhadoras domésticas e trabalhadores da construção civil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13(1):165-74.
- 2 Prado MA. et al. A equipe de saúde frente aos acidentes com material biológico. *Nursing* 1999 dez ; 2 (19): 22 - 24.
- 3 Sêcco IAO. Acidentes de trabalho com material biológico na equipe de enfermagem de Hospital Escola Público de Londrina - PR. [Dissertação de Mestrado]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2002
- 4 Brasil. Ministério da Saúde. Dez anos da Saúde da Família no Brasil. Informe da Atenção Básica 2004. Mar/Jun; ano 5 (10): p. 187-200.
5. Carvalho SR. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004; 9(3):669-678.

6. Moreira ASP, Camargo BV, Jesuíno JC, Nóbrega SM, organizadores. Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. 1ª ed. João Pessoa PB: Editora Universitária da UFPB; 2005.
- 7 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.
- 8 Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Normas regulamentadoras de Medicina e Segurança do Trabalho. Portaria Nº 3.214. [capturado 2006 ago 19] Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br>.
- 9 Brasil. Ministério da Saúde I Conferência de Saúde do Trabalhador. Relatório Final. Ministério da Saúde, Brasília. 1987.
- 10 Brasil. Ministério da Saúde II Conferência de Saúde do Trabalhador. Relatório Final. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1994.
- 11 Gelbecke FL. Política de saúde do trabalhador: limites e possibilidades. Texto & Contexto Enferm 2002; 11:66-85.
- 12 Hoefel MG, Dias EC, Silva JM. A atenção à saúde do trabalhador no SUS: a proposta de constituição da RENAST. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego e Ministério da Previdência e Assistência Social; 2005. (Série D. Reuniões e Conferências).
- 13 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde. Política nacional de segurança e saúde do trabalhador. Brasília, 2004.
- 14 Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. (Série A: Normas e Manuais Técnicos; 114).
- 15 Dias EC. Setor informal do trabalho: um novo velho desafio para a saúde do trabalhador. In: Salim Ca. Carvalho LF, organizadores. Saúde e segurança no ambiente de trabalho: contextos e vertentes. Belo Horizonte: Fundacentro, Universidade federal de São João Del Rei; 2002. p. 151-68.
- 16 Ferreira JM. Saúde no trabalho: temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores. São Paulo: Roca; 2000.
- 17 Mendes R, Dias EC. Saúde dos trabalhadores. In: Rouquerol MZ, Almeida F. Epidemiologia e saúde. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. p. 431-58.
- 18 Machado JMH. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. Cad. Saúde Pública, 1998;13 (supl.2): 33-45.

- 19 Godoy SCG. Absenteísmo-doença entre funcionários de um hospital universitário [dissertação]. Belo horizonte (MG): Escola de Enfermagem da UFMG, 2001.
- 20 Marília A, Solange CBG, Daniela MS. Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência. Rev. Bras. Enfer. 2006 Mar / Abr; 59 (2): p.129-130.
- 21 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. [online] Brasília, 2000. Disponível em: URL: <http://www.planalto.gov.br>.
- 22 Brasil. Manual de Direito Sanitário com enfoque na Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde – Brasília (DF): Ministério da Saúde,2006.
- 23 Merhy EE, Onockor R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2002.
- 24 National Institute for occupational Safety and Health. Guidelines for protecting the safety the and health care workers [online]. Atlanta; 1988. Disponível em URL: www.cdc.gov/niosh/hcwoldl.html>01oct.2008.
- 25 Organização Mundial da Saúde. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil. Serie PALTEX7. Washington (DC): OMS; 1986.
26. Organização Pan Americana de Saúde – OPAS/OMS. Relatório Taller Estrategia de Promoción de la Salud en los lugares de trabajo de Amorca Latina y El Caribe. San José, Costa Rica: OPS/OMS; 2000.
- 27 Ayres, JRC. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. Ciência e Saúde Coletiva 2005; 10 (3): 549 – 60.
- 28 Oliveira JDS. Acidente de trabalho com perfurocortante. In: 1º Anais do Congresso Internacional de Enfermagem do Trabalho; 2002; São Paulo: Associação Nacional de Enfermagem do Trabalho; 2002.
- 29 Medeiros JA, Costa ICC. Representação social sobre o risco ocupacional hospitalar. Acta Cir Bras 2005; 20(Supl1):247-252.
- 30 Veras VD, Medeiros LM. Aumento da Jornada de trabalho e o cotidiano dos trabalhadores de enfermagem: porque tecemos essa trama? [CD-Room In: 11º Congresso Internacional de Enfermagem do Trabalho; São Paulo: 2004.
- 31 Ahmad K. Um agency calls for morte investigation into work-related deaths. Lancet 2002; 359:1680.
- 32 Ministério da Saúde. Instrução normativa sobre ações de vigilância em saúde do trabalhador no SUS. Portaria nº 3.120/98. Brasília, 1998.
- 33 Sá CP. A construção do objeto de pesquisa em Representações Sociais. Rio de

Janeiro: EdUERJ; 1998.

34 Abric J. Abordagem estrutural das representações sociais. Em Antonia SPM, Denise CO, Organizadores. Estudos interdisciplinares de representação social, pp. Goiânia (GO): AB – 2002. P. 27 – 38.

35 Moscovici S. A representação social da Psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.

36 Moscovici S. Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social. Petrópolis (RJ): Vozes; 2003.

37 Jodelet D. Representações Sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001.

38 Sá CP. O conceito e o estado atual da teoria. IN: Spink, Organizador. O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da Psicologia Social. São Paulo: Brasiliense. P. 19 – 43.

39 Jodelet D. Representações sociais: Investigação em psicologia social. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2004.

40 Backes VMS. Estilos de pensamento e praxis na enfermagem: a contribuição do estágio pré-profissional. Ijuí, RS: Uinjuí; 2000.

41 Meireles BHS Erdmann AL. A questão das disciplinas e a interdisciplinaridade como processo educativo na área da saúde. Texto Contexto Enferm. 1999 Jan-abr; 8(1): 149-65.

42 Minayo MCS organizadora. Pesquisa social: teoria, criatividade e método, 11ª ed. Petrópolis (RJ): Ed vozes; 2000.

43 Oliveira DC, Marques SC, Gomes AMT, Teixeira MCTV, Amaral MA. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: Paredes AS. Metodologia de estudo das representações sociais. João Pessoa Editora UFPB; 2003.

44 Vergès P. Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations: manuel [version 2.00]. Laboratoire Méditerranée en Sociologie: Aix-en-Provence; 2000.

45 Reinert M. Manuel d'utilisation ALCESTE [Version 4.7 pour Windows]. Toulouse: IMAGE; 1986.

46 Kalampalikis N. L'apport de la méthode Alceste dans l'analyse de représentations sociales. In: Abric, JC. Méthodes d'étude des représentations sociales. Ramonville Saint-Agne: Érès; 2003.

APÊNDICE**“RISCO OCUPACIONAL NO CONTEXTO HOSPITALAR”****IDENTIFICAÇÃO:**

Instiuição: _____

Nome: _____

Idade: _____ Data de nascimento: ____/____/____ gênero ____

Profissão: assinale com um X

Médico(a)	<input type="checkbox"/>
Enfermeiro(a)	<input type="checkbox"/>
Dentista	<input type="checkbox"/>

1 TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS - TALP

Diga 3 palavras que venham a sua cabeça quando falo «risco ocupacional», em seguida coloque-as em ordem de importância, enumerando-as ao lado e justifique.

N	Palavra Evocada	Justificativa

2 ENTREVISTA

Para você o que é «risco ocupacional?»

ABSTRACT**OCCUPATIONAL RISK IN A HOSPITAL SETTING**

The present study aims to know the social representation about occupational risk constructed by health workers in a hospital setting. It is an exploratory study based on theoretical reference of the social representation theory executed with two hundred twenty health workers belonging to the permanent staff of a public hospital in Natal city-RN. The data were collected through a semi-structured interview and the free association technique of words. It was executed using Evoc 2000 software and Alceste in the information analyses. The result shows unfavorable work conditions with physical and mental wastage of the health worker, and, diseases a little bit known as occupational in its origin. It can be observed that social representations constructed by health workers, reveal the health workers' conscience level referred to work environment consequences for their health, referring to the hospital work process, as multiple and complex for technological dimension and physical, psychological and cognitive aspects.

Keywords: Health; occupational risk; social representation, hospital setting.