

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL
MESTRADO EM POLITICA SOCIAL

JOSÉ CARLOS SCZEPANSKI ARGOUD

QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO E AS DOENÇAS DE SAÚDE
OCUPACIONAL: UMA ANÁLISE NO PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE
PELOTAS

PELOTAS/RS

2014

JOSÉ CARLOS SCZEPANSKI ARGOUD

QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO E AS DOENÇAS DE SAÚDE
OCUPACIONAL: UMA ANÁLISE NO PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE
PELOTAS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Católica de Pelotas como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Política Social.

Orientadora: Prof^a Dra. Andrea Valente Heidrich

PELOTAS/RS

2014

FICHA CATALOGRÁFICA

ARGOUD, José Carlos Szczepanski

Qualidade de Vida no Trabalho e as Doenças de Saúde Ocupacional: uma análise no Pronto Socorro Municipal de Pelotas. 2014.

Dissertação de Mestrado em Política Social apresentada à Universidade Católica de Pelotas. Linha de Pesquisa: Estado, direitos sociais e política social.

Orientadora: Heidrich, Andrea Valente

JOSÉ CARLOS SCZEPANSKI ARGOUD

QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO E AS DOENÇAS DE SAÚDE
OCUPACIONAL : UMA ANÁLISE NO PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE
PELOTAS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Política Social da
Universidade Católica de Pelotas como requisito
parcial para a obtenção de título de Mestre em
Política Social.

Orientadora: Prof^a Dra. Andrea Valente Heidrich

Aprovado em ____/____/____

Banca Examinadora

Dedico este trabalho às pessoas que foram
e sempre serão importantes na minha vida

A minha mãe

A minha esposa

E aos meus três filhos:

Agradeço a Prof^ª Andrea Valente Heidrich, pela dedicação e incentivo na
realização deste trabalho.

OBRIGADO!

RESUMO

Estamos vivenciando a cada dia novas tecnologias sendo introduzidos nas organizações, novos processos de trabalho, automação acelerada, a robótica, máquinas cada vez mais potentes, o uso do computador nas atividades rotineiras, tudo com um objetivo só, aumentar a produtividade, aumentando os processos produtivos, seguramente o retorno financeiro será maior e melhor para estas organizações, todas elas envolvidas na superação de seus índices. Do outro lado do processo, vimos pessoas como à mesma jornada de trabalho, com os mesmos salários, com as mesmas condições de vida, simplesmente adaptadas e ajustadas ao avanço do mundo moderno. A precarização do trabalho, bem clara nas relações cotidianas das organizações atinge profundamente os trabalhadores da saúde. O setor da saúde, no atendimento do pronto socorro, onde é muito difícil prever a demanda, os profissionais sofrem uma carga muito grande de pressão no dia a dia, que acaba afetando suaprópria saúde como também na sua qualidade de vida, esta pressão pode levar a acidentes no trabalho como problemas de saúde, chamada de doença ocupacional. Qualidade de Vida no Trabalho e as doenças de saúde ocupacional: uma análise no Pronto Socorro Municipal de Pelotas foi o tema escolhido desse trabalho, verificando como o trabalho influencia na Qualidade de Vida dos Trabalhadores do Pronto Socorro Municipal de Pelotas, identificando os motivos de afastamento por doenças ocupacionais, como também quais são essas doenças e se o pronto socorro mantém atividades preventivas para evitá-las. Para tal, foi elaborada uma pesquisa no pronto socorro municipal de Pelotas, onde foram entrevistados 102 funcionários da área da saúde. Os dados levantados e analisados permitiram uma visualização concreta sobre a interferência das doenças ocupacionais nas relações do trabalho, com perdas de horas produtivas, mas também com sérios prejuízos na qualidade de vida dos trabalhadores. Espero que através dos dados apurados a administração da entidade possa, se desejar, tomar decisões sobre a saúde do trabalhador e sua Qualidade de Vida no Trabalho.

Palavras-Chave: qualidade de vida no trabalho;doençasocupacionais;acidente no trabalho e saúde do trabalhador.

ABSTRACT

We are experiencing every day new technologies being introduced in organizations, new work processes, accelerated automation, robotics, ever more powerful machines, computer use in routine activities, all with one goal only, to increase productivity, increasing processes productive, surely the financial return will be bigger and better for these organizations, all involved in overcoming their indexes. Across the process, we saw people as the same working day, with the same wages, the same conditions of life, simply adapted and adjusted to the advancement of the modern world. The precariousness of work, clear in everyday relationships of organizations deeply affects the health workers. The health sector, in meeting the emergency room, where it is very difficult to predict demand, professionals undergo a very large load of pressure in everyday life , which ultimately affects their health but also on their quality of life, this pressure can lead to accidents at work and health problems , call occupational disease. Quality of Working Life and occupational health diseases caused by work activities in the Professional Municipal Emergency Pelotas, was the theme of this work, checking how work influences the quality of life of the Municipal Emergency Workers of Pelotas, identifying the reasons for removal by occupational diseases, as well as what these diseases and the ER maintains preventive activities to avoid them. To this end, we created a survey in Municipal Emergency Pelotas, where 102 health professionals who work in the emergency department were interviewed. The data collected and analyzed allowed a concrete view on the subject matter to which the entity's management may, if desired, make decisions about worker health and quality of life at work.

Keywords: quality of work life;occupational diseases;accident at work andhealth worker.

SUMÁRIO

1 TITULO DO TRABALHO	9
2 INTRODUÇÃO	9
3 ESQUEMA DA PESQUISA	13
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	14
5 REFERENCIAL TEÓRICO	17
5.1 O novo mundo do trabalho.....	17
5.2 As transformações nas relações do trabalho.....	18
5.3 Qualidade de vida no trabalho.....	22
5.4 Acidentes do trabalho e doenças ocupacionais.....	28
5.5 Administração hospitalar.....	34
6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	38
6.1 Dados pessoais dos entrevistados.....	38
6.1.1 Idade.....	38
6.1.2 Sexo dos entrevistados.....	39
6.1.3 Estado civil.....	39
6.1.4 Escolaridade.....	40
6.1.5 Cargo.....	41
6.2 Histórico Ocupacional.....	41
6.2.1 Idade que começou a trabalhar na área da saúde.....	41
6.2.2 Tempo de trabalho no Pronto Socorro.....	42
6.2.3 Tempo de trabalho na área da saúde.....	43
6.3 Atividade atual.....	44
6.3.1 Horário de trabalho.....	44
6.3.2 Intervalos entre jornadas de trabalho.....	45
6.3.3 Distância da casa ao trabalho.....	46
6.3.4 Horas trabalhadas em casa.....	46
6.3.5 Atividades realizadas em pé, sentado ou em movimento.....	47
6.3.6 Horas de trabalho no Pronto Socorro por semana.....	48
6.4 Acidentes de trabalho.....	48
6.4.1 Se o empregado sofreu algum acidente de trabalho.....	48
6.4.2 Dias de afastamento pelos acidentes de trabalho.....	49
6.4.3 Tipo de acidente de trabalho sofrido.....	50

6.4.4 Atividades preventivas oferecidas pelo Pronto Socorro.....	50
6.4.5 O acidente afetou a Qualidade de Vida do Trabalhador.....	51
6.4.6 Atividades corretivas oferecidas pelo Pronto Socorro.....	51
6.5 Doenças ocupacionais.....	52
6.5.1 Doenças ocupacionais do trabalhador.....	52
6.5.2 Tipos de doenças ocupacionais.....	53
6.5.3 Quantidade de dias afastados pela doença ocupacional.....	53
6.5.4 O trabalhador esta recuperado da doença ocupacional.....	54
6.5.5 O Pronto Socorro trocou o funcionário de cargo após a doença.....	55
6.5.6 A doença interferiu na qualidade de vida do trabalhador.....	55
6.5.7 Como a doença interferiu na qualidade de vida do trabalhador.....	56
6.5.8 Tipos de assistência oferecida para melhorar a qualidade de vida.....	57
6.5.9 Assistências oferecidas aos funcionários.....	58
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA PESQUISA	59
BIBLIOGRAFIA.....	64

1 TÍTULO

Qualidade de Vida no Trabalho e as doenças de saúde ocupacional: uma análise no Pronto Socorro Municipal de Pelotas.

2 INTRODUÇÃO

O trabalho representa muito para as pessoas. Elas passam parte de suas vidas dentro das empresas e o trabalho executado por elas é de suma importância para o desenvolvimento da sociedade e delas próprias.

As novas formas da organização do trabalho, a competitividade cada vez mais acirrada, a globalização e a busca do lucro a qualquer custo pelas organizações, tornam o trabalhador um simples recurso de produção. O ser humano é ignorado, suas necessidades passam primeiro pelas necessidades das organizações, passando a ser controlado e medido pela sua eficiência e eficácia sendo avaliado apenas pela sua produtividade.

Diante desta situação, as organizações começaram a enfrentar problemas internos de produtividade e insatisfação, a organização informal começou a criar força, os trabalhadores começaram a exigir melhores condições de trabalho, e diante de tal quadro, com a competitividade mundial aumentando, surgiram alguns estudos relacionados com o bem estar e a satisfação dos empregados (LACOMBE,2005).

Os efeitos negativos do Taylorismo (1) estão sendo controlados pela abordagem da Qualidade de Vida no Trabalho, que envolvem a preocupação com a humanização e as necessidades das pessoas nas relações de trabalho. (CHIAVENATO,2004).

(1) Taylorismo ou Administração científica é o modelo de administração desenvolvido pelo engenheiro estadunidense Frederick Winslow Taylor (1856-1915), que é considerado o *pai da administração científica*. Caracteriza-se pela ênfase nas tarefas, objetivando o aumento da eficiência ao nível operacional (CHIAVENATO, 2004).

Segundo Chiavenato (2004), o termo genérico Qualidade de Vida no Trabalho, engloba temas como motivação, satisfação, condições de trabalho, stress, estilos de liderança, dentre outros.

A Qualidade de Vida no Trabalho envolve tanto os aspectos físicos e ambientais, como os aspectos psicológicos do local de trabalho. A Qualidade de Vida no Trabalho assimila duas posições antagônicas: de um lado, a reivindicação dos empregados quanto ao bem estar e satisfação no trabalho; e, de outro, o interesse das organizações quanto aos seus efeitos potenciadores sobre a produtividade e qualidade.

O ser humano necessita do trabalho e é através dele que o homem se realiza pessoalmente e profissionalmente, constituindo e estruturando a sua vida na sociedade.

Segundo dados da Associação Brasileira de Medicina no Trabalho (ABMT), infelizmente, no Brasil, muitos trabalhadores não possuem carteira profissional de trabalho assinada e estão excluídos de grande número de benefícios sociais. Dados da ABMT, apurados em 2011, mostraram que mais de 90% das empresas não possuíam Serviços de Segurança e Medicina no Trabalho, contribuindo para as graves estatísticas nacionais de acidentes no trabalho e onerando cada vez mais a previdência social brasileira (Informativo, nº4 de 2011, da Associação brasileira de medicina no trabalho. Disponível em <http://www.abmt.org.br> >acesso em 08 jan. 2014). Este cenário é até mais complicado nas pequenas e médias empresas. No Congresso Brasileiro de Stress realizado em São Paulo entre 21 e 24 de setembro de 2005, de acordo com a palestra do Dr. Robert Wong sobre Qualidade de Vida, foi divulgado que 64% das pequenas empresas possuíam empregados doentes, sendo que em 87% possuíam pelo menos um fumante e 73% possuíam pelo menos um trabalhador com ansiedade e depressão. Observaram que 90% dos empresários acreditam que esta situação afeta a produtividade e a concentração dos trabalhadores, contribuindo com o risco de acidentes no trabalho.

Segundo o Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul (CREMERS), uma definição mais ampla de saúde é um estado físico, mental e social de bem estar. Esta definição enfatiza as relações entre corpo, mente e padrões sociais. A saúde de um empregado pode ser prejudicada por doenças, acidente no trabalho ou estresse.

Além dos problemas organizacionais, aliam-se a isso os problemas dos prontos socorros de autoatendimento, onde às condições de trabalho e acolhimento dos pacientes estão à beira de um colapso, faltam investimentos, formação, capacitação e condições de trabalho, levando os profissionais a trabalhar sobre grande pressão, levando esses profissionais ao stress e doenças ocupacionais. Disponível em < <http://www.cremers.org.br> > Acesso em 19 fev. 2014.

Os profissionais que trabalham na área da saúde, além de desenvolver suas atividades sob pressão, no cotidiano diário de suas atividades, muitas vezes vem trabalhando com poucas condições de estrutura, de equipamento e com pouco apoio nas tomadas de decisões. Estes profissionais executam suas atividades muito mais por dignidade e responsabilidade do que pelo ganho financeiro, expõem sua saúde e sofrem consequências na sua qualidade de vida.

Cabe às organizações a responsabilidade de cuidar do estado geral de saúde de seus trabalhadores, incluindo seu bem estar social e psicológico.

Em janeiro de 2010 a Universidade Católica de Pelotas e o Hospital São Francisco de Paula, assumiram a gestão do Pronto Socorro de Pelotas, na busca de uma saúde mais ética e humanizada. O foco do trabalho foi no atendimento de urgência e emergência, segundo seu diretor, na época, Dr. Ernesto Souza Nunes que considerava absolutamente indispensável o bom funcionamento da unidade, com consultas especializadas e exames complementares (Boletim informativo do Hospital São Francisco de Paula, fevereiro de 2010).

Na posse do dia 19 de janeiro de 2010, o reitor da Universidade Católica de Pelotas destacou que o grande desafio era acabar com os estereótipos, “temos que mudar a cara feia do Pronto Socorro”, referindo-se a sua história negativa na sociedade.

Atualmente o gerenciamento dos serviços do Pronto Socorro Municipal de Pelotas esta sob responsabilidade da Prefeitura de Pelotas em parceria com a Universidade Federal de Pelotas, Universidade Católica de Pelotas e a Santa Casa de Misericórdia de Pelotas, dando suporte para todos os municípios da região sul nos casos de urgência e emergência.

O que se pretende com o trabalho é de levantar os problemas de saúde ocupacional que atingem os profissionais do Pronto Socorro Municipal de Pelotas e

suas implicações na Qualidade de Vida desses profissionais, desta forma, contribuindo na busca por um trabalho diferenciado que atenda as necessidades da população e um ótimo lugar para se trabalhar.

O trabalho foi desenvolvido em capítulos, que são expostos da forma que se segue:

No primeiro capítulo são apresentados o título do trabalho, a introdução com a intenção de apresentar resumidamente como será desenvolvido o trabalho, o esquema da pesquisa, contemplando o tema e os objetivos geral e específicos.

No segundo capítulo são descritos os procedimentos metodológicos e o caminho percorrido no desenvolvimento deste trabalho.

No terceiro capítulo é apresentado o referencial teórico no qual aborda os temas sobre o Trabalho, Qualidade de Vida, Doenças Ocupacionais e Administração Hospitalar.

No quarto capítulo são apresentados os dados obtidos na pesquisa através da análise e tabulação dos dados, onde são destacados os resultados, através de tabelas e gráficos.

No último capítulo são apresentadas as considerações finais do trabalho desenvolvido e a bibliográfica.

3 ESQUEMA DA PESQUISA

O tema abordado na pesquisa é a Qualidade de Vida no Trabalho e as doenças de saúde ocupacional: uma análise no Pronto Socorro Municipal de Pelotas.

Nesta pesquisa procurou-se levantar como as doenças do trabalho influenciam na Qualidade de Vida dos Trabalhadores do Pronto Socorro Municipal de Pelotas.

O estudo foi conduzido para testar as seguintes hipóteses:

- a) Quanto mais inadequadas às condições de trabalho maior o risco de doenças ocupacionais: às condições de trabalho no Pronto Socorro não são adequadas para que os trabalhadores realizem suas atividades.
- b) O Pronto Socorro não conhece as doenças ocupacionais de seus funcionários: levantando informações sobre suas causas, poderiam ajudar na diminuição dessas doenças.

Os objetivos geral e específicos nortearam o desenvolvimento do presente estudo.

O objetivo geral foi verificar como o trabalho influencia na Qualidade de Vida dos Trabalhadores do Pronto Socorro Municipal de Pelotas.

Os objetivos específicos procuraram identificar os motivos de afastamento por doenças e acidentes de trabalho, como também, conhecer as doenças ocupacionais que afetam os profissionais e se há atividades preventivas com relação à qualidade de vida no trabalho desenvolvido no Pronto Socorro Municipal de Pelotas.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa desenvolveu-se através de estudos bibliográficos que contemplaram os seguintes temas: Trabalho, Qualidade de Vida, Doenças Ocupacionais e Administração Hospitalar.

Foi utilizada a pesquisa quantitativa. A Pesquisa Quantitativa é apropriada para medir tanto opiniões, atitudes e preferências como comportamentos.

A primeira razão para se conduzir uma Pesquisa Quantitativa é descobrir quantas pessoas de uma determinada população compartilham uma característica ou um grupo de características. Ela é especialmente projetada para gerar medidas precisas e confiáveis que permitam uma análise estatística.

A Pesquisa Quantitativa é mais adequada para apurar opiniões e atitudes explícitas e conscientes dos entrevistados, pois utiliza instrumentos estruturados (questionários). Devem ser representativas de um determinado universo de modo que seus dados possam ser generalizados e projetados para aquele universo. Seu objetivo é mensurar e permitir o teste de hipóteses, já que os resultados são mais concretos e, conseqüentemente, menos passíveis de erros de interpretação. Em muitos casos geram índices que podem ser comparados ao longo do tempo, permitindo traçar um histórico da informação.

A pesquisa exploratória é o contato inicial com o tema a ser analisado, com os sujeitos a serem investigados e com as fontes secundárias disponíveis. Nesse caso, o pesquisador deve ter uma atitude de receptividade às informações e dados da realidade social, além de uma postura flexível e não formalizada. LAKATOS, Eva e Marconi, Marina (1992).

A coleta de dados ocorreu por meio de questionários e foram previamente agendadas com os trabalhadores. Ainda que a coleta de dados tenha sido realizada no local de trabalho dos profissionais, foi garantida total privacidade.

A recuperação de informações por meio de entrevistas com trabalhadores por evento emocionalmente traumatizante, como acidentes de trabalho, não constitui tarefa fácil e que a entrevista deve tentar identificar não só o maior número possível de fatores que levaram o acidente, mas, sobretudo, esclarecer suas origens, BINDER; ALMEIDA (2003).

Ressalta-se que algumas dificuldades surgiram durante a pesquisa de campo, visto que muitos profissionais se recusaram em participar da entrevista, por receio de comprometimento de seus cargos ou por medo de perderem o emprego. Esses fatos não prejudicaram o desenvolvimento do estudo, visto que as entrevistas realizadas por meio de questionários foram completas e contribuíram de forma significativa para a realização do estudo e atingido um grande número de trabalhadores.

A coleta de dados foi desenvolvida em duas etapas e em todas elas foram empregadas o instrumento do questionário previamente desenvolvido, que contempla os dados estruturados. Estes dados representam a informação resultante de características susceptíveis de serem medidas, apresentando-se com diferentes intensidades.

A coleta de dados foi realizada durante 45 (quarenta e cinco) dias, nos locais de trabalho dos funcionários participantes da pesquisa, no Pronto Socorro Municipal de Pelotas.

A opção pelo questionário foi devido ao fator de se tratar de um instrumento autoexplicativo, visando coletar dados para a investigação e pesquisa do sistema, através de perguntas abertas e fechadas sobre o tema.

Os funcionários tiveram 30 minutos para as respostas das questões, e o entrevistador estava disponível para possíveis explicações.

O universo de funcionários do pronto socorro é de 182 funcionários, sendo que a pesquisa teve a amostra de 102 profissionais interessados em participar da

pesquisa, os outros funcionários não demonstraram interesse e não autorizaram a coleta de dados.

De posse dos dados obtidos pelo questionário, instrumento de coleta de dados utilizado, foi realizado a tabulação, e os dados expostos sob a forma de tabela e/ou gráficos acompanhados de textual comparativo e fundamentados com base na análise dos dados.

A aplicação do pré-teste foi fundamental na medida em que se pretendia conhecer o grau de dificuldades que o pesquisador poderia encontrar na implementação da pesquisa, com o objetivo de aprimorar a funcionalidade do instrumento adotado e dimensionar o tempo necessário para a aplicação de cada questionário.

Foi aplicado num grupo de cinco trabalhadores do Pronto Socorro, para analisar sua funcionalidade e não foram necessários ajustes nos formulários de entrevista.

Seguindo os procedimentos éticos, foi elaborado um Termo de Consentimento com a autorização por escrito, informando os motivos da pesquisa, para que os dados sejam publicados conforme autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 O NOVO MUNDO DO TRABALHO

As profundas transformações tecnológicas que revolucionaram o modo de manufatura marcaram o século XX, com implicações sobre o processo de produção e da forma de trabalho. De acordo com Leite(2003), as novas estruturas industriais parecem impactar de forma definitiva nos mercados e nas relações de trabalho; nossos modos de vida e de organização social são modificados, assim como novas instituições são criadas.

O acelerado ritmo com que as inovações tecnológicas vêm sendo difundidas ao longo dos tempos, nos países industrializados, é motivo de preocupação entre os cientistas sociais no que se refere a estudar as características desse processo de transformação, assim como as consequências sobre o trabalho.

Tem-se assistido, dessa forma, a um intenso debate centrado nos impactos que as novas tecnologias, assim como novas formas de organização do processo de trabalho que às tem acompanhado, em causando sobre o trabalho, o qual tem levantado um conjunto de discussões relacionadas às condições de trabalho, às questões de emprego e salário e a qualificação (LEITE, 2003, p. 25).

A formação do capitalismo, o grande responsável pelas transformações nas relações de trabalho, começou a se complementar com o surgimento da produção mecanizada, organizada como uma grande indústria, movimento que constitui o momento final desse processo, pois a sua ocorrência exigia a existência da força de trabalho livre, do capital monetário centralizado e de mercados desenvolvidos, a grande indústria é o momento final do processo de constituição do capitalismo, neles garantidos a generalização do trabalho assalariado e o pleno domínio do capital. (OLIVEIRA, 2003).

Ainda, segundo Oliveira(2003), o período manufatureiro é o momento do surgimento da indústria mecanizada, isso se deu porque nessa fase que se criou o exército de proletários e que se centralizou o capital dinheiro passível de se transformar em capital industrial.

No período manufatureiro ocorreu à diferenciação e especialização dos instrumentos de trabalho e o aparecimento de operários especializados e esses elementos são condições para a própria produção de máquinas.

Para Marx, (1984), o processo de produção capitalista passou por três grandes e importantes etapas: a cooperação simples, a manufatura e a maquinaria.

Na cooperação simples, a divisão do trabalho se dá de forma principiante. O trabalhador executa as tarefas correspondentes às do artesão, utilizando, assim, as suas ferramentas. O controle do trabalho é um controle absoluto direto sobre o trabalhador, no sentido de este produzir mais, prolongando a sua jornada de trabalho.

Com relação à manufatura, Marx(1984) afirma que os trabalhadores precisavam executar cada processo parcial específico com sua ferramenta manual. Embora o trabalhador seja adequado ao processo, o processo também é adaptado antes ao trabalhador. "Este princípio subjetivo da divisão é suprimido na produção mecanizada".

Marx(1984) afirma que a máquina é o meio mais poderoso de elevar à produtividade do trabalho, ou seja, encurtar o tempo de trabalho para produzir mercadoria, ela se torna, como portadora do capital, inicialmente nas indústrias de que se apodera de imediato, o mais poderoso meio de prolongar a jornada de trabalho para além de qualquer limite natural.

5.2 AS TRANSFORMAÇÕES NAS RELAÇÕES DO TRABALHO

A sociedade contemporânea passou por imensas transformações nas últimas décadas, que marcaram o fim do século XX e o início do século XXI, em função de uma rápida globalização econômica e a abertura comercial.

Para Alves (2000). É a partir da mundialização do capital que se desenvolve o processo de reestruturação produtiva, com imensos impactos estruturais no mundo

do trabalho, Surge, então, como uma ofensiva do capital na produção, tendo em vista que debilita a classe, não apenas no aspecto objetivo, com a constituição de um novo e precário mundo do trabalho, mas também no subjetivo.

[...]na medida em que se desenvolve as alterações do processo de trabalho, algo que é intrínseco à lei da acumulação capitalista:aprecaização da classe dos trabalhadores assalariados, queatingenão apenas, no sentido objetivo, a sua condição de empregoesalário, mas no sentido subjetivo, a sua consciência declasse(ALVES, 2000, p. 09).

Segundo Chiavenato (2008), só o trabalho produtivo gera riqueza. O próprio capital é, em última instância, resultado da remuneração do trabalho, que em vez de consumida é reinvestida para aumentar a qualidade ou a eficiência da produção. Só se pode produzir o que se produz se considerar o trabalho como principal fator de produção.

A desvalorização do trabalho é devida, segundo França, (2004) em parte, à própria divisão do trabalho, que embora existindo desde tempo pré-histórico, foi grandemente acentuada pela revolução industrial, especialmente pela aplicação do Taylorismo. A desvalorização do trabalho, especialmente o manual, não é problema exclusivo do Brasil. Suas origens remontam à idade antiga, aos romanos e à maioria das civilizações orientais. Só no século XX, a valorização do trabalho começou a evoluir de forma positiva. A expressão da língua portuguesa “ganhar” dinheiro dá a impressão de que o dinheiro é obtido sem esforços. Em inglês, a expressão “makemoney” sinaliza a existência de um esforço para obtê-lo. A Europa central, especialmente a Alemanha, sempre teve menos preconceitos em relação ao trabalho manual.

Lacombe (2005) escreve que o regime de escravidão que perdurou por quatro séculos no Brasil, certamente contribuiu para desvalorizar a natureza do trabalho do país.

No século XIX e no início do século XX, segundo Davis e Newstrom (1996), o proprietário frequentemente dirigia a empresa, e embora o número de horas trabalhadas, naquela ocasião, fosse, em média, bem maior, o conhecimento pessoal e a proximidade física dono/diretor conduzia a práticas administrativas mais

benignas das que são praticadas de forma impessoal pelas grandes corporações modernas.

O trabalho cria vínculos sociais, determina em grande parte o status. Quando se fala em trabalho, faz-se uma afirmação significativa sobre ela mesma, sua posição na sociedade e seu papel da comunidade. O trabalho é para muitas pessoas o único vínculo fora de sua família, em especial para jovens solteiros e para os mais velhos. (FERNANDES, 1996).

O homem é um ser ativo, um sistema de energia, sua capacidade para a inatividade ou reflexão é limitada. O trabalho proporciona um escape para a energia e assegura que alguma coisa esta sendo feita para a satisfação de necessidades. Para o homem, a doença corresponde à ideologia da vergonha de parar de trabalhar, afirma (FRANÇA,2004).

As pessoas passam a maior parte de suas vidas dentro das organizações, em um local de trabalho, que constitui seu habitat. O ambiente de trabalho se caracteriza por condições físicas e materiais e por condições psicológicas e sociais. De um lado, os aspectos ambientais que impressionam os sentidos e que podem afetar o bem estar físico, a saúde e integridade física das pessoas. De outro lado, os aspectos ambientais que podem afetar o bem estar psicológico, a saúde mental e a integridade moral das pessoas.

Cada vez mais as organizações transferem para seus empregados os problemas relacionados à competitividade globalizada do mundo dos negócios, os funcionários por sua vez, levam para as suas casas os problemas da empresa, que começam a fazer parte de suas vidas, por outro lado, não podem trazer seus problemas particulares para a organização.

Segundo Fernandes(1996) apesar de tudo que comentam e divulgam inerente às novas tecnológicas de produção, ferramentas de qualidade, etc.e de suas facilidades, é fato facilmente constatável que mais e mais trabalhadores se queixam de uma rotina de trabalho, de uma subutilização de suas potencialidades e talentos e de condições de trabalho inadequadas.

As organizações, através de sua linha de staff, devem se envolver mais além das suas responsabilidades legais de produção de bens e ou serviços, a responsabilidade legal e moral de assegurar um local de trabalho livre de riscos desnecessários e de condições ambientais que possam provocar danos à saúde física e mental das pessoas.

Atualmente, no Brasil, observa-se que as crescentes transformações na ordem econômica, na ordem política e social, através do processo do trabalho, têm exercido uma grande influência sobre a saúde do trabalhador (AZAMBUJA,2007).

A globalização vem causando um impacto muito grande na transformação da sociedade e definindo novos padrões de saúde e relações no trabalho, crescentes transformações no mercado e de seus processos estão deteriorando as condições de trabalho e é observado nas suas novas formas de organização, levam a inerência dos trabalhadores (FISCHER,2005).

Os estudos de Vasconcelos (2009) consideram que o trabalho é uma atividade inerente ao ser humano, acrescenta que o homem é responsável pela modificação de seu meio ambiente, inclusive as modificações sobre ele próprio. Através da produção de bens e valores necessários à sociedade, o trabalhador se realiza, sendo que esta realização faz parte de sua posição na sociedade moderna.

O trabalho na área da saúde é mais complexo para o ser humano, ele possui atributos que podem transformar a sua história, pois o próprio paciente pode transformar a vida do trabalhador para o resto da sua vida.

Segundo Lentz (2000) às mudanças ocorridas no mundo do trabalho não dizem respeito somente à forma de organização e concepção do trabalho, mas também têm levado os trabalhadores a refletir sobre condições de trabalho mais humano e compensador.

Os hospitais estão se transformando em negócios que através de processos previamente estudados e planejados que buscam a viabilidade econômica deste negócio, por outro lado, mesmo com grandes dificuldades estruturais e de poucas

condições de trabalho, os profissionais da saúde buscam o tratamento e a cura sem o pensamento financeiro. Esta atitude está causando um desgaste social e trazendo problemas nas relações familiares nos profissionais envolvidos no processo.

5.3 QUALIDADE DE VIDA

A Qualidade de Vida no trabalho tem como objetivo principal, proporcionar aos trabalhadores de uma organização se sintam bem no seu ambiente de trabalho.

Apesar da grande preocupação quanto a Qualidade de Vida no Trabalho nas organizações, pouca coisa tem se constatado na criação e execução de programas de saúde dos trabalhadores. Observa-se a necessidade urgente de ações neste sentido, principalmente aquelas ligadas ao fator humano.

O trabalho também pode ser fonte de satisfação, realização e subsistência, mas pode tornar-se uma verdadeira prisão e sofrimento. Limongi França e Rodrigues (2009)

Não basta mais trabalhar bem e cumprir as obrigações, esperando que as recompensas sejam automáticas. A preocupação com a competição global faz com que algumas empresas se transformem de forma desumana, exigindo esforços cada vez maiores sem uma compensação adequada e sem a preocupação com a Qualidade de Vida do Trabalhador.

Segundo Davis e Newstrom (2001), Taylor “assinalou que assim como existe uma melhor máquina para o trabalho, também existem maneiras melhores das pessoas executarem suas atividades.”

Segundo Chiavenato (2008) O desempenho no cargo e o clima organizacional representam fatores importantes na determinação da QVT. Se a qualidade for pobre, conduzirá à alienação do empregado e à insatisfação, à má vontade, ao declínio da produtividade, a comportamentos contraproducentes. Se a qualidade for boa, conduzirá a um clima de confiança e respeito mútuo, no qual o indivíduo tenderá a

aumentar suas contribuições e a elevar suas oportunidades de êxito psicológico e administração tenderá a reduzir mecanismos rígidos de controle social.

No Brasil, o interesse pelo tema pode ser considerado recente, mas algumas pesquisas vêm sendo desenvolvidas no sentido de ampliar o conhecimento sobre a Qualidade de Vida no trabalho e dar espaço para novas discussões. Segundo a Associação brasileira de recursos humanos (2009), o propósito de um programa de Qualidade de Vida ou Promoção de Saúde nas Organizações é encorajar e apoiar hábitos e estilos de vida que promovam saúde e bem estar entre todos os funcionários e famílias durante toda a vida.

Segundo Chiavenato (2008), o conceito de qualidade de vida no trabalho está ligado diretamente ao respeito pelas pessoas. Como as organizações necessitam de pessoas motivadas para alcançar os níveis desejados de qualidade e produtividade, a Qualidade de Vida no Trabalho junto à qualidade pessoal dos colaboradores, pode garantir o pleno sucesso da organização

È muito importante saber o que o empregado pensa sobre a sua empresa, a imagem da mesma sobre comunidade, a percepção dos colegas e os objetivos sociais, a visão sobre a importância do trabalho e como é a troca dos serviços prestados como também a qualidade de vida no trabalho.

Fernandes(1996), ao investigar a percepção do empregado em relação à imagem da empresa, à responsabilidade social da instituição na comunidade, à qualidade dos produtos e à prestação dos serviços, propõe algumas categorias conceituais de Qualidade de Vida no Trabalho, com critérios e indicadores de qualidade de vida.

Ainda Fernandes (1996) propõe oito categorias conceituais no critério de apuração da Qualidade de Vida.

1 – Compensação justa e adequada:

- a) equidade interna e externa,
- b) justiça na compensação,
- c) partilha de ganhos de produtividade.

2 – Condições de trabalho:

- a) jornada de trabalho razoável,
- b) ambiente físico seguro e saudável.
- c) ausência de insalubridade.

3 – Uso e desenvolvimento de capacidade:

- a) autonomia,
- b) autocontrole relativo,
- c) qualidade múltiplas,
- d) informações sobre o processo total de trabalho.

4 – Oportunidade de crescimento e segurança:

- a) possibilidade de carreira,
- b) crescimento pessoal,
- c) perspectiva de avanço salarial,
- d) segurança de emprego.

5 – Integração social na organização:

- a) ausência de preconceitos,
- b) igualdade,
- c) mobilidade,
- d) relacionamento,
- e) senso comunitário.

6 – Constitucionalismo:

- a) direitos de proteção ao trabalhador,
- b) privacidade pessoal,
- c) liberdade de expressão,
- d) direitos trabalhistas,
- e) tratamento imparcial.

7 – O trabalho e o espaço total de vida:

- a) papel balanceado no trabalho,
- b) estabilidade de horários,
- c) poucas mudanças geográficas,
- d) tempo para lazer da família.

8 – Relevância social do trabalho na vida:

- a) imagem da empresa,
- b) responsabilidade social da empresa,
- c) responsabilidade pelos produtos,
- d) práticas de empregos.

Segundo França (2005), Qualidade de Vida no Trabalho é o conjunto das ações de empresas que envolvem a implantação de melhorias e inovações gerenciais e tecnológicas no ambiente de trabalho. A construção da qualidade de vida no trabalho ocorre a partir do momento em que se olha a empresa e a pessoas como um todo, que chamamos de enfoque biopsicossocial, que representa, o fator de diferencial para a realização de diagnóstico, campanhas, criação de serviços e implantação de projetos voltados para a preservação e desenvolvimento das pessoas, durante o trabalho na empresa.

Ainda França (2005), no contexto do trabalho, esta abordagem pode ser associada à ética da condição humana. Esta ética busca desde a identificação, eliminação, neutralização ou controle de riscos ocupacionais observáveis no ambiente físico, padrões de relações de trabalho, carga física e mental requerida por cada atividade, implicações políticas e ideológicas, dinâmica de liderança empresarial e do poder formal até o significado do trabalho em si, relacionamento e satisfação no trabalho.

Chiavenato (2008) afirma que “para satisfazer o cliente externo, as organizações precisam antes satisfazer os seus colaboradores responsáveis pelo produto ou serviço oferecido”.

É através da satisfação de seus funcionários, promovendo melhores condições de trabalho e na qualidade de vida que a empresa conseguirá atender às necessidades dos clientes externos, uma situação dependerá da outra.

Os profissionais, na maioria das vezes executam suas tarefas por prazer e responsabilidade, mesmos sem às melhores condições de trabalho, procuram desempenhar suas atividades na busca pela satisfação pessoal.

Para Bertelli (2004): “Quem trabalha numa instituição de saúde deve estar motivado e satisfeito. A instituição nunca pode ser o emprego e sim o local agradável onde às pessoas realizam suas atividades”

A Qualidade de Vida no Trabalho reflete diretamente na vida social e no relacionamento familiar do trabalhador, que pode ser severamente afetada. A qualidade dos produtos fabricados e os serviços prestados, também afetados pelas más condições de trabalho, devido ao estresse, ao cansaço e á fadiga provocado pelos inadequados ambientes de trabalho.

Segundo Fernandes (1996) Qualidade de Vida é uma questão de atitude e que pode ser garantida por cada pessoa dentro da organização, justamente a concepção de realização de atividade relevante, tais como o propósito, a postura, a vontade de melhorar, de crescer. É neste sentido que os trabalhadores da organização são quem determinam a sua qualidade de vida – ninguém pode criar propósitos, posturas vontades de melhoria e de crescimento por outra pessoa.

Com a intenção de desenvolver um ambiente agradável que possa contribuir e dar condições de desenvolvimento pessoal e profissional aos trabalhadores, às empresas investem em estratégias relacionadas ao ambiente de trabalho, mais para aumentar a produtividade do que proporcionar qualidade de vida ao trabalhador.

Segundo Fernandes (1996) os trabalhos na área da qualidade de vida devem canalizar todos os esforços entre empresa e trabalhador para se alcançar alguns resultados, entre eles:

- a) Aumentar os níveis de Satisfação e Saúde do colaborador;

- b) Melhorar o Clima Organizacional, ou seja, ambiente, relações e ações saudáveis;
- c) Influenciar na diminuição da Pressão no trabalho, gerando um menor absenteísmo, rotatividade e em consequência um menor número de acidentes;
- d) Melhorar a capacidade de Desempenho das atividades do dia-a-dia;
- e) Afetar beneficemente no processo de Formação e Desenvolvimento humano, agregando competências.

As pessoas que trabalham nos hospitais, principalmente em atendimento de emergência integram uma das parcelas de trabalhadores de saúde que estão cotidianamente expostos à demanda dos processos de trabalho que geram, ao longo do tempo, desgaste na qualidade de vida destes trabalhadores.

Estes profissionais que estão em contato direto com os pacientes, tanto no atendimento físico como no psicológico, acabam posteriormente sofrendo consequências destes atendimentos.

Segundo Campos;David(2007), no contexto do mundo de trabalho, destaca-se a necessidade de investigar a qualidade de vida do trabalhador de enfermagem, em virtude de sua relevância, como ator social e para o desenvolvimento dos sistemas de saúde.

Bertelli (2004) considera que a QVT em instituições de saúde o gestor deverá proporcionar de forma clara e incentivadora meios para os colaboradores tornarem-se propagadores do processo, onde todos contribuam para saúde e bem-estar de toda organização.

5.4 ACIDENTE DO TRABALHO E DOENÇAS OCUPACIONAIS

Segundo Chiavenato (2004), as doenças profissionais e os acidentes de trabalho provocam enormes prejuízos às pessoas e às organizações em termos de custos humanos, sociais e financeiros. Estes prejuízos podem ocorrer casualmente, mas podem ser evitados através de programas preventivos e profiláticos.

O conceito de acidente de trabalho é definido pela Lei 8.213/1991 em seu artigo 19, estabelece:

Acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, ou ainda pelo exercício do trabalho dos segurados especiais, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause morte, a perda ou redução da capacidade para o trabalho permanente ou temporário.

A referida lei conceitua o acidente de trabalho decorrente do exercício do trabalho, gerando lesão corporal ou perturbação funcional, podendo resultar em morte, como perda ou redução da capacidade permanente ou temporária para a prática do trabalho.

As Doenças ocupacionais são as moléstias de evolução lenta e progressiva originária de causa igualmente gradativa e durável, vinculadas às condições de trabalho. A legislação em vigor subdivide e equipara as doenças ocupacionais em: doença profissional e doença do trabalho, conforme artigo 20, incisos I e II da Lei 8.213/1991.

As doenças do trabalho, também denominadas moléstias profissionais atípicas, segundo a Lei, normalmente decorrentes das condições de agressividade existentes no local de trabalho, que agiram decididamente, seja para acelerar, eclodir ou agravar a saúde do trabalhador.

Enquanto as doenças profissionais decorrem de risco da atividade exercida, as do trabalho têm como causa o risco indireto.

Com a intenção de prevenção das doenças ocupacionais e dos acidentes do trabalho, surgiu por recomendação da Organização Internacional do Trabalho – OIT, a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA transformando-se em determinação legal no Brasil por meio de decreto-lei de nº 7.036 de 1944, determinando em seu artigo 82 que as empresas com número superior a 100 funcionários deveriam instituir a CIPA.

A Saúde Ocupacional é muito importante, não somente como garantia à saúde do trabalhador, mas como contribuição para a produtividade, como motivação e satisfação dos ambientes de trabalho, como consequência, melhora a qualidade de vida dos trabalhadores e da sociedade em geral.

No Brasil, segundo dados divulgados pelo Ministério da Previdência Social, por meio de seu anuário estatístico, publicado no dia 24 de outubro de 2011, sobre acidentes de trabalho, demonstra que 2884 trabalhadores perderam suas vidas durante o exercício de suas atividades. O mesmo relatório demonstra que no referido ano foram registrados 711.164 acidentes laborais, nestes dados estão apenas computados os acidentes de trabalhadores que trabalham na atividade forma, ou seja, com carteira profissional assinada. Outro dado alarmante refere-se a acidentes de trabalho onde os funcionários ficaram afastados de suas atividades, representando um total de 611.576 trabalhadores. Para os cofres da Previdência Social, esses acidentes ocupacionais representam um custo operacional em torno de R\$ 63,60 bilhões.

Segundo a Previdência Social, a atividade de atendimento hospitalar é uma das três áreas com o maior número de acidentes laborais, representando um total de 51.417 acidentes.

Outro fato importante decorrente dos acidentes de trabalho gira em torno do questionamento da culpa, dos altos custos para a sociedade, para o indivíduo e para a empresa.

Os acidentes e as doenças relacionadas ao trabalho têm um grande impacto na vida do trabalhador, mas também para a sociedade. Para a empresa esses

eventos afetam a produção, interferindo no conjunto da economia. Oneram o estado, pela necessidade de prover atenção à saúde dos trabalhadores afetados. Ainda mais delicadas que essas questões são as consequências da inatividade e do desgaste da saúde para as pessoas mais próximas do acidentado ou doente ocupacional, sobrecarregando a família, que acaba assumindo os custos extras. Muitas dessas vezes, a família interrompe o seu emprego e reduz a renda familiar. (WUNSCH FILHO, 2004).

Ainda, segundo Wunsch Filho (2004) destaca que os acidentes de trabalho continuam sendo a principal causa de morte entre os trabalhadores. Nos últimos anos com a transferência de trabalhadores para a atividade informal da economia, esses fatos têm sido menos notificados e interpretações sobre esses eventos são baseadas apenas na parcela de trabalhadores que são incluídos no setor formal da economia, o que leva a pensar de forma errônea que a questão dos acidentes de trabalho está controlada no Brasil.

De acordo com a Lei de nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, fica claro que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Acrescenta em outro parágrafo que o estado tem o dever de garantir a saúde, por meio de,

[...] formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

O cumprimento das ações voltadas para a saúde do trabalhador também é atribuída ao Sistema Único de Saúde (SUS) e também descrita na Constituição Federal.

Entende-se por saúde do trabalhador[...] um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho [...] (BRASIL, 1990).

Entre os determinantes da saúde do trabalhador, são compreendidos os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais, que são

responsáveis pelas condições de vida e os fatores de riscos ocupacionais, riscos físicos, químicos, biológicos, mecânicos e àqueles relacionados à organização laboral, presentes nos processos de trabalho. Dessa forma, “as ações de saúde do trabalhador têm como foco as mudanças nos processos de trabalho que contemplem as relações saúde-trabalho e toda a sua complexidade, por meio de uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial” (BRASIL, 2001).

Segundo Mendes (2003), a área da Saúde Ocupacional, pelo seu enfoque ambiental e ecológico, dá conta, principalmente, dos aspectos relativos aos agentes ambientais, visando ações sobre eles. Porém, não inclui as questões sobre tratamento, mas enfatiza a prevenção da doença, ou seja, sua perspectiva é de controle desses agentes ambientais para diminuir sua ação sobre o homem. Assim, deve-se agir antes que surjam os efeitos da agressão. Com relação à Saúde do Trabalhador, o social é o determinante das condições de saúde.

Sem negar que os doentes devem ser tratados e que é necessária a prevenção de novas doenças, privilegia ações de promoção da saúde. Entende que as múltiplas causas das doenças têm uma hierarquia entre si, não sendo neutras nem iguais. Há, portanto, algumas causas que determinam outras. Diferentemente das visões anteriores, propõe que os programas incluam a proteção, recuperação e promoção, de forma integrada, da saúde (MENDES, 2003, p.65).

Um dos fatores que aumentam as doenças do trabalho, segundo a Organização Mundial da Saúde, é a falta de controle das pessoas sobre os possíveis riscos. Isto causa medo de não se conseguir realizar o que a empresa espera, dos riscos que não são controlados. Outro fator é a exagerada pressão pelos resultados e o medo de não conseguir manter um desempenho satisfatório.

É de suma importância que as organizações possam mudar o pensamento dos profissionais em relação aos cuidados com a sua saúde, buscando melhores condições de trabalho e satisfação, para que possam aumentar sua satisfação pessoal como também contribuir com o desenvolvimento da empresa.

No governo federal, segundo o Ministério do Trabalho e Emprego, a proposta de construção de uma Política Nacional de Saúde e Segurança do trabalhador (PNSST) nasceu da necessidade de garantir que o trabalho, base da organização

social e direito humano fundamental, seja realizado em condições que contribuam para a melhoria da Qualidade de Vida e a Realização Pessoal e Social dos Trabalhadores, sem prejuízo para a sua saúde e integridade física e mental.

Este documento propõe, portanto, uma Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), que busca superar a fragmentação, desarticulação e superposição das ações implementadas pelos setores de trabalho, previdência social, saúde e meio ambiente. Pretende considerar também a necessidade de interfaces com as políticas da área econômica, da agricultura, da indústria e comércio, ciência e tecnologia, educação e justiça (Ministério do Trabalho e Emprego - www.mte.gov.br).

No contexto da PNSST o conceito de trabalhador é bastante amplo. Estão incluídos “todos os homens e mulheres que exerçam atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, no setor formal ou informal da economia (Ministério do Trabalho e Emprego - www.mte.gov.br).

A proposta de PNSST traz uma contextualização da população economicamente ativa com a situação de segurança e saúde do trabalhador no Brasil. Destaca a grande diversidade da natureza dos vínculos e relações de trabalho e o crescimento do setor informal e do trabalho precário, o que acarreta baixa cobertura dos direitos previdenciários e trabalhistas para os trabalhadores (Ministério do Trabalho e Emprego - www.mte.gov.br).

A presente política tem por finalidade a promoção da melhoria da Qualidade de Vida e da Saúde do Trabalhador, mediante a articulação e integração, de forma contínua, das ações de Governo no campo das relações de produção-consumo, ambiente e saúde (Ministério do Trabalho e Emprego - www.mte.gov.br).

Segundo o Ministério da Previdência Social, a doença profissional ou do trabalho será caracterizada quando diagnosticada a intoxicação ou afecção, se verifica que o empregado exerce atividade que o expõe ao respectivo agente patogênico, mediante nexos de causa a ser estabelecido conforme disposto nos

manuais de procedimentos médicos-periciais em doenças profissionais e do trabalho, levando-se em consideração a correlação entre a doença e a atividade exercida pelo segurado.

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), o tema vem recebendo atenção especial no enfoque da promoção da saúde e na construção de ambientes saudáveis pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), organismo internacional de saúde pública dedicada à melhoria das condições de saúde dos países das Américas, atuando como escritório regional da Organização Mundial da Saúde para as Américas e fazendo parte da Organização dos Estados Americanos e da Organização das Nações Unidas.

A Convenção/OIT n.º 155/1981 da Organização Internacional do Trabalho, ratificada pelo Brasil em 1992, estabelece que o país signatário deva instituir e implementar uma política nacional em matéria de segurança e do meio ambiente de trabalho.

A Organização Internacional do Trabalho, em 2001, instituiu o dia 28 de abril como Dia Mundial pela Saúde e Segurança do Trabalho. No Brasil, a Lei n.º 11.121, de 25 de maio de 2005 instituiu o dia 28 de abril como o Dia Nacional em Memória das Vítimas de Acidentes e Doenças do Trabalho.

Segundo a OIT, foi o peso das estatísticas, somando ao esforço dos pesquisadores e dos movimentos sociais, que possibilitou o reconhecimento legal da relação entre Saúde Mental e trabalho no Brasil a partir de 1999, através do Decreto 3.048 do Ministério da Previdência e Assistência Social que discrimina os transtornos mentais relacionados ao trabalho.

Os fatores, que envolvem empresa, trabalhador e política governamental, têm trazido ao mundo corporativo, a consciência da importância da Qualidade de Vida e da necessidade de se criar melhores condições para o bem-estar dos trabalhadores, a melhoria do clima organizacional, repercutindo diretamente na produtividade e na qualidade resultantes do bem-estar organizacional e social.

Ainda, segundo a Organização Internacional do Trabalho, a compreensão das doenças ocupacionais na sociedade brasileira contemporânea passa pela compreensão das mudanças ocorridas no universo do trabalho que compreendem tanto as mudanças de ordem tecnológica como as de ordem organizacional, assim como o processo de precarização do trabalho.

5.5 ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

A Administração hospitalar vem sofrendo ao longo dos tempos com os riscos ocupacionais causados pelas doenças do trabalho, se tornando um desafio para a Saúde Pública. O ambiente hospitalar mostra-se reconhecidamente um setor com um alto grau de risco por agregar várias enfermidades, além de viabilizar procedimentos que oferecessem riscos aos profissionais que trabalham nessas instituições.

Os trabalhadores que trabalham em hospitais, principalmente àqueles que se ocupam da assistência direta, estão expostos a riscos, biológicos, físicos, químicos, mecânicos, fisiológicos e psíquicos, que além de estarem sujeitos aos riscos de doenças ocupacionais, também estão sujeitos a acidentes de trabalho.

O ambiente hospitalar é muito estressante, o entra e sai de pacientes com problemas, o sofrimento a angústia de familiares a pressão para a cura, faz com que a administração, além de pensar nas condições de tratamento de acordo com as necessidades e anseios de seus pacientes, também se envolva na administração de seus trabalhadores proporcionando melhores condições de trabalho e realização pessoal.

É importante que os gestores da rede hospitalar estejam preparados para lidar com este risco em potencial exposto a seus trabalhadores, informando e treinando seus colaboradores, com isso criando uma saúde preventiva antes de pensar em métodos de produção e seus processos inerentes. Como também, construir métodos que se proponham a atender as necessidades dos trabalhadores, entre eles; agentes de risco, controle de engenharia, práticas de trabalho,

equipamentos de proteção e programas, já existentes, de exames médicos periódicos.

No contexto hospitalar, os profissionais estão sujeitos a condições adversas de trabalho, gerando transtornos alimentares, de sono, de fadiga, desorganização no meio familiar e outros, que em muitas vezes, levam a acidentes de trabalho e ou licenças para tratamento de saúde.

Em de 17 de abril de 2001, O Ministério do estado da Saúde, reconhece a Organização Nacional de Acreditação como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do Processo de Acreditação Hospitalar, com a missão essencial das instituições hospitalares é atender a seus pacientes da forma mais adequada. Por isso, todo hospital deve preocupar-se com a melhoria permanente da qualidade de sua gestão e assistência, buscando uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial e, se for o caso, de docência e pesquisa.

O Programa de Acreditação Hospitalar é parte importante desse esforço para melhorar a qualidade da assistência prestada pelos hospitais brasileiros. Desde 1997, o Ministério da Saúde vem persistentemente investindo em palestras de sensibilização, na criação e consensualização de padrões e níveis de qualidade, e na sistematização de mecanismos que garantam a credibilidade de todo o processo de maneira sustentável. O desenvolvimento do Programa de Acreditação Hospitalar é uma necessidade em termos de eficiência e uma obrigação do ponto de vista ético.

No qual enfatiza:

- a) Considerando a necessidade de adotar medidas que apontem para a melhoria contínua da qualidade da assistência prestada pelos hospitais brasileiros, independente de seu porte, complexidade e vinculação institucional;
- b) Considerando que o processo de acreditação hospitalar é um método de consenso, racionalização e ordenação das instituições hospitalares e, principalmente, de educação permanente dos seus profissionais e que se expressa pela realização de um procedimento de avaliação dos recursos

institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente estabelecidos;

- c) Considerando que o estabelecimento prévio de padrões a serem atingidos pelos hospitais é condição indispensável para o desenvolvimento de programas de acreditação e que o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar é um instrumento específico para avaliar a qualidade assistencial destas instituições de forma sistêmica e global; Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/> Acesso em 23 set 2014.

A cidade de Pelotas conta hoje com um Pronto Socorro Municipal que atende em torno de 300 pacientes por dia recebendo não só o povo pelotenses como a população dos 22 municípios que pertencem à 3ª Coordenadoria Regional de Saúde, que corresponde a uma população de aproximadamente 800.000 habitantes.

O Pronto Socorro Municipal está sediado junto ao Hospital Universitário São Francisco de Paula. Até o início de 2006 encontrava-se sob gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas. No mês de abril de 2006 foi assinada a contratualização com a Universidade Católica de Pelotas (UCPEL) ficando esta unidade de urgência sob gestão bipartite (SMS e UCPEL) até setembro de 2006. Em setembro a contratualização também foi assinada com a Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) sendo que havia uma gestão compartilhada entre UFPEL, UCPEL e SMS.

Posteriormente a gestão retornou ao município, mas este por problemas financeiros não conseguiu administrar a Pronto Socorro de acordo com as necessidades das pessoas que procuram atendimento.

O Pronto Socorro Municipal de Pelotas conta com profissionais socorristas, médicos clínicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem, cirurgiões e equipe de apoio administrativo e hoje importante porta de entrada do sistema dos SUS.

O atendimento de emergência é realizado na sede do pronto socorro e os pacientes que necessitam de internação ou cirurgia são encaminhados aos cinco hospitais da cidade através de central de leitos instalada no prédio da SMS.

O sistema de urgência conta também com o SAMU (Serviço de Atenção Móvel às urgências) que faz parte da Política Nacional de Atenção às Urgências, fruto do trabalho conjunto entre o Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde (Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura Municipal de Pelotas).

6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo, são apresentados os resultados da pesquisa. Os dados apurados foram levantados através de questionários aplicados nos funcionários conforme metodologia sugerida.

6.1 DADOS PESSOAIS DOS ENTREVISTADOS

6.1.1 Idade dos entrevistados

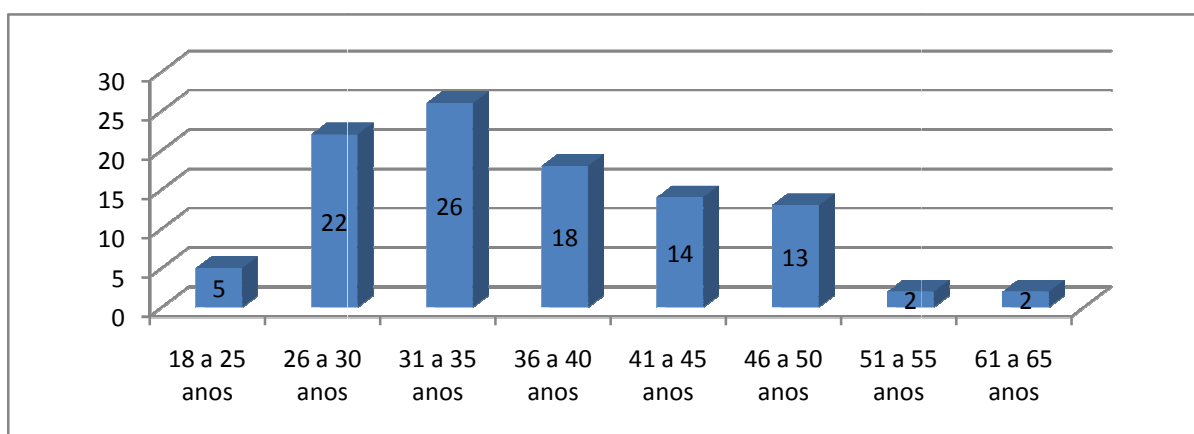


Figura1. Demonstra a faixa etária dos funcionários respondentes

A idade dos funcionários entrevistados variou entre 18 e 65 anos, sendo que a maioria se encontra na faixa de 26 a 40 anos um total de 66 funcionários que representam 64,7%. Na faixa de 41 a 50 anos aparece na pesquisa 27 funcionários que representam 26,5% estas duas faixas representam o total de 91,2% dos dados apurados.

6.1.2 Sexo dos entrevistados

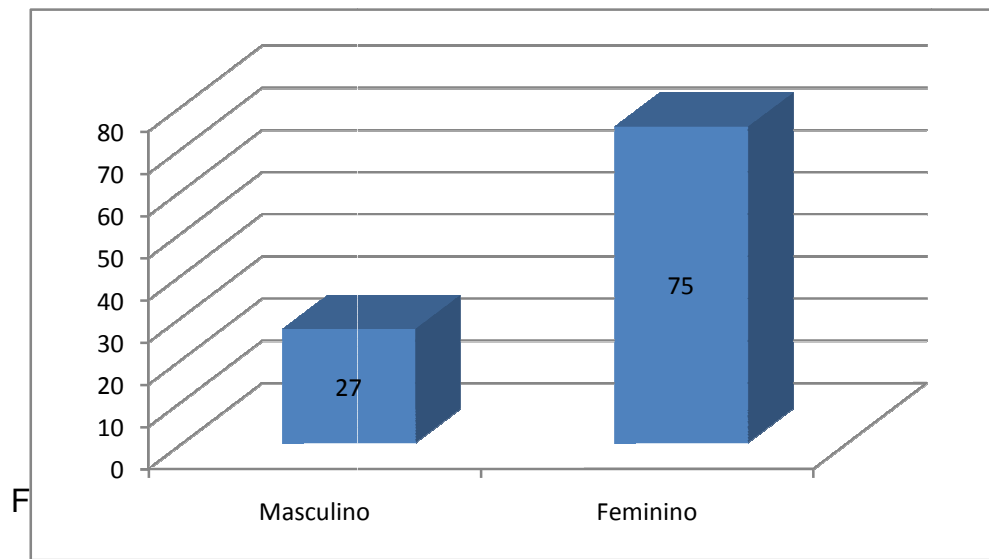


Figura 2 .Demonstra o sexo dos entrevistados

A maioria dos entrevistados é do sexo feminino os 75 funcionários representam 73,5% os 27 funcionários do sexo masculino representam 26,5%.

6.1.3 Estado Civil dos entrevistados

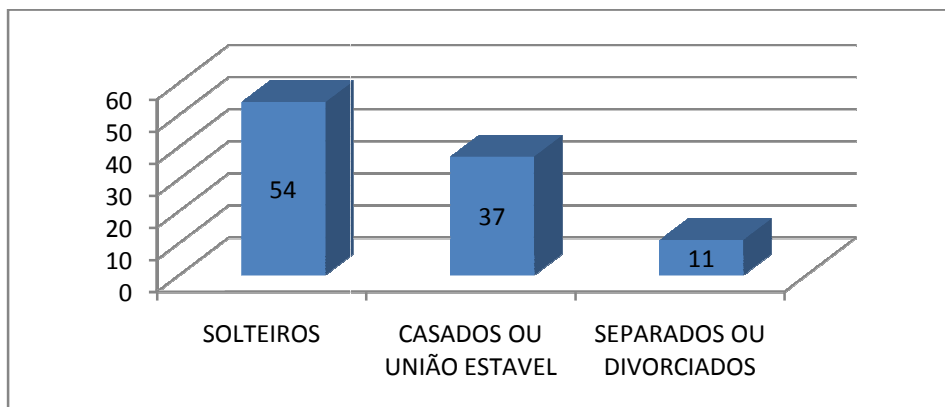


Figura 3. Demonstra o estado civil dos entrevistados

Estes dados demonstram que 54 funcionários são solteiros, que representam 52,9%, sendo que 37 são casados ou com união estável representando 36,3% e o restante de 11 funcionários são separados ou divorciados com representação de 10,8%.

6.1.4 Escolaridade

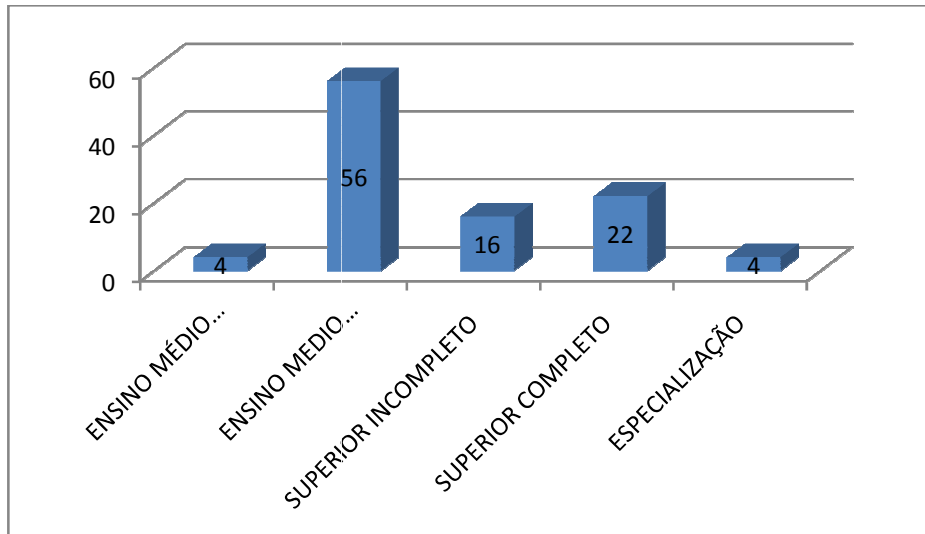


Figura 4. Representa o grau de estudo dos funcionários

Somente 4 funcionários como uma representação de 3,9% tem o ensino médio incompleto, sendo que 56 funcionários, representando 54,9% têm o ensino médio completo ou uns cursos técnico equivalente a sua atividade, 16 funcionários com curso superior incompleto representando 15,8%, com curso superior na área de atuação são 22 funcionários entrevistados, representando 21,5% e com especialização foram apurados 4 funcionários representando 3,9%.

6.1.5 Cargo dos entrevistados

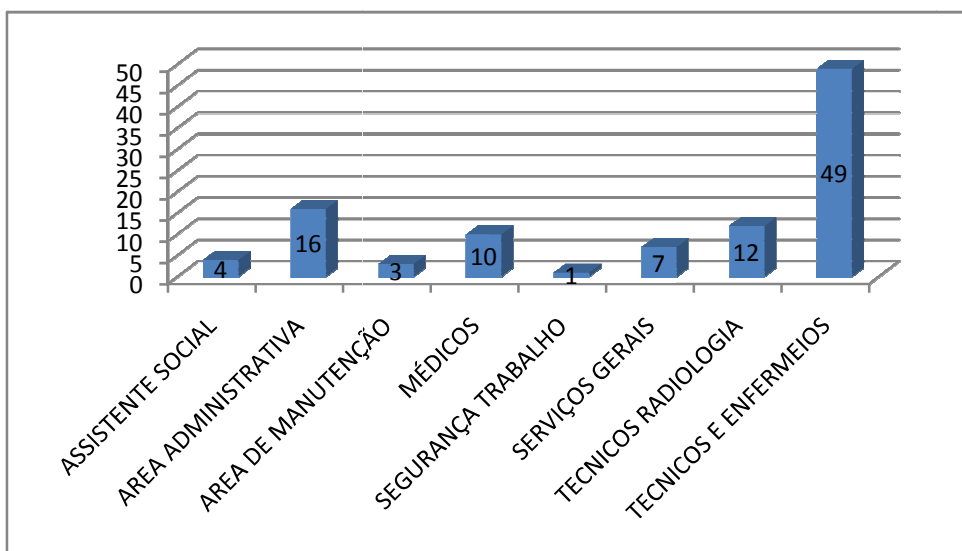


Figura 5. Representa os cargos dos funcionários entrevistados

Os Técnicos e enfermeiros representam 48% dos trabalhadores entrevistados, seguidos pelo pessoal da área administrativa que representam 15,7%, depois os técnicos em radiologia que são 11,7% e os médicos com 9,8% o restante dos profissionais representam 14,8%.

6.2 HISTÓRICO OCUPACIONAL

6.2.1 Com que idade começou a trabalhar na área da saúde?

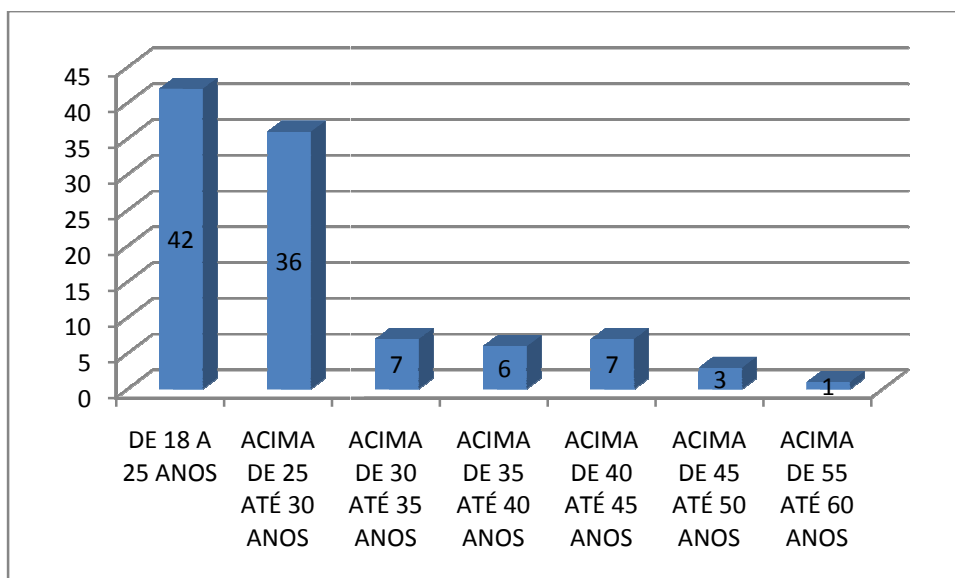


Figura 5. Demonstra a idade que os funcionários iniciaram as suas atividades na área da saúde.

A maioria dos funcionários, ou seja, 42 começaram a trabalhar na área com 18 a 25 anos, representando 41,2%, sendo em seguida 36 funcionários acima de 25 até 30 anos, representando 35,3%, estas duas tabelas representam 76,5% do total apurado. Acima de 30 anos até 60 anos, 24 funcionários com uma representatividade de 23,5%.

6.2.2 Quanto tempo trabalha no Pronto Socorro?

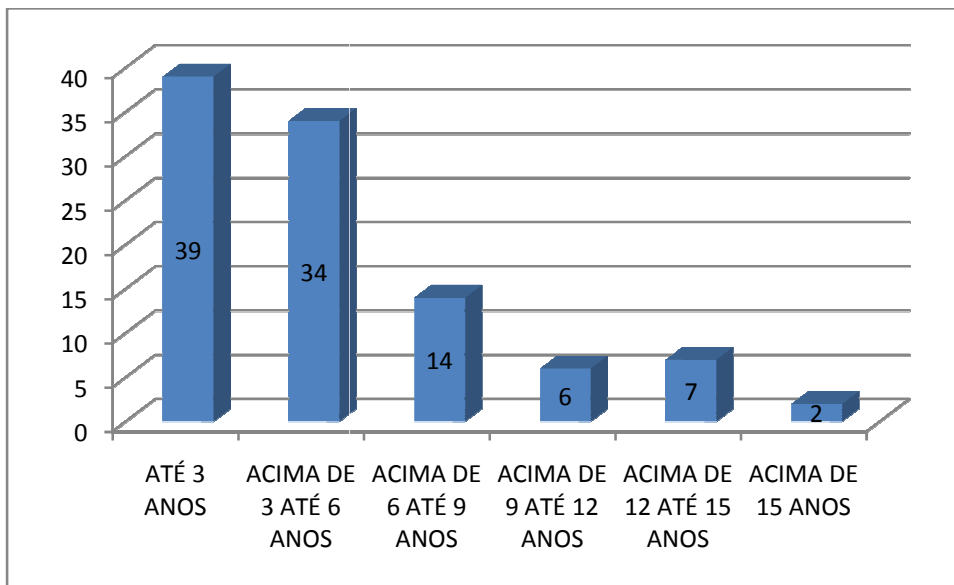


Figura 6. Demonstra há quanto tempo os funcionários estão trabalhando no Pronto SocorroMunicipal de Pelotas

Constata-se que 39 funcionários estão trabalhando em até 3 anos , representando 38,2%, sendo que 34 funcionários com acima de 3 anos e até 6 anos, representam 33,4% estas duas faixas representam 71,6% da totalidade do tempo de trabalho. Apurou-se ainda, que 29 funcionários que representam 28,4% estão trabalhando no Pronto Socorro acima de 6 anos.

6.2.3 Quanto tempo trabalha na área da saúde

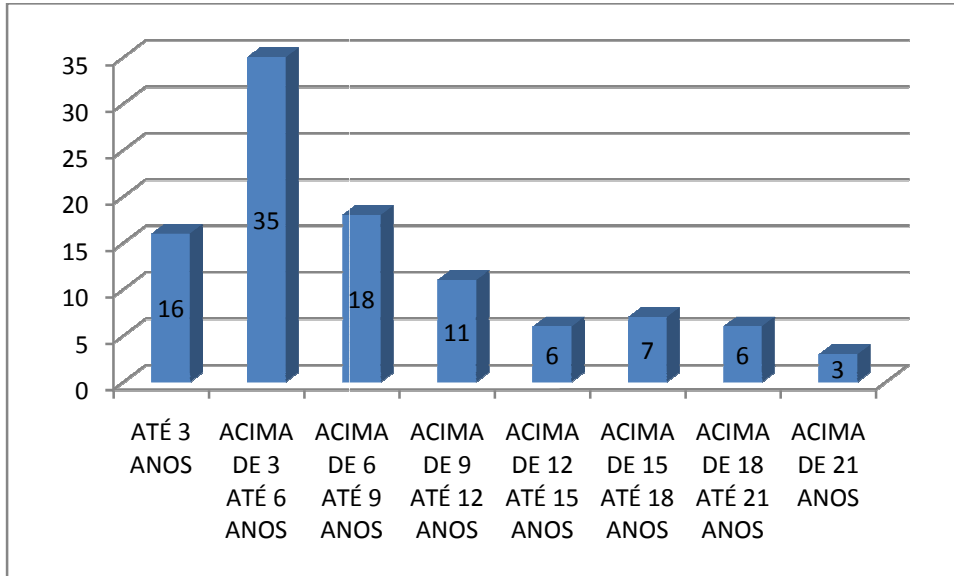


Figura 7. Demonstra a quantidade de anos que os funcionários estão trabalhando na área da saúde.

A maioria de 35 funcionários trabalham na área acima de 6 e até 9 anos, representando 34,6%. Na tabela de até 3 anos e até 9 anos, num total de 69 funcionários representam um percentual de 67,7% . O restante dos funcionários com uma experiência acima de 9 anos, 33 funcionários, que representam 32,3%.

6.3 ATIVIDADE ATUAL

6.3.1 Horário de trabalho

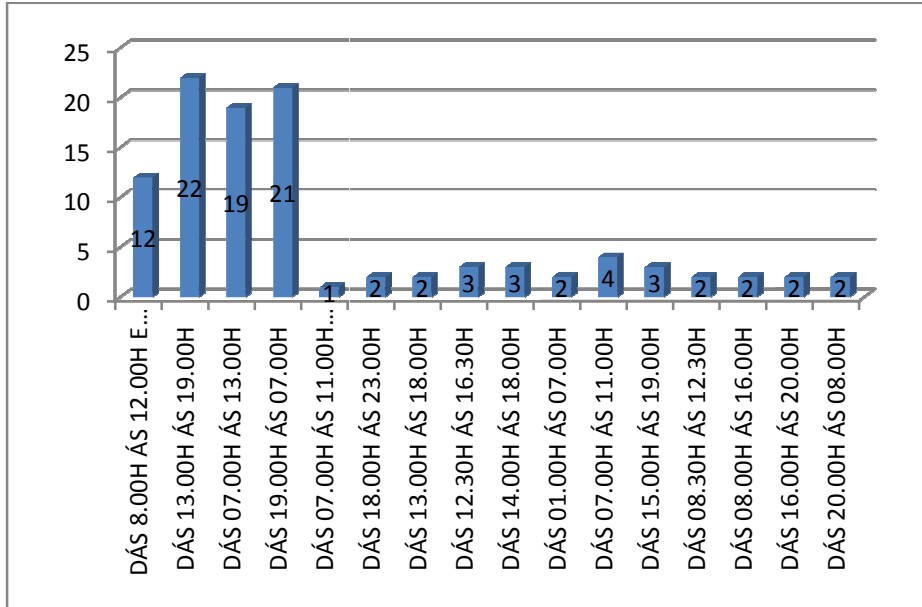


Figura 8. Demonstra o horário dos funcionários do Pronto Socorro

A maioria de 64 funcionários, representando 62,7% trabalham num jornada de 6 horas por dia, outros 19 funcionários tem uma jornada de 4 horas por dia, representando 18,6%, 13 funcionários num percentual de 12,7 trabalham numa jornada de 8 horas por dia, 5 funcionários trabalham 5 horas por dia, num percentual de 4,9% e 2 funcionários trabalham numa jornada de 12 horas com um representação de 1,1%

6.3.2 Qual o intervalo entre as jornadas de trabalho?

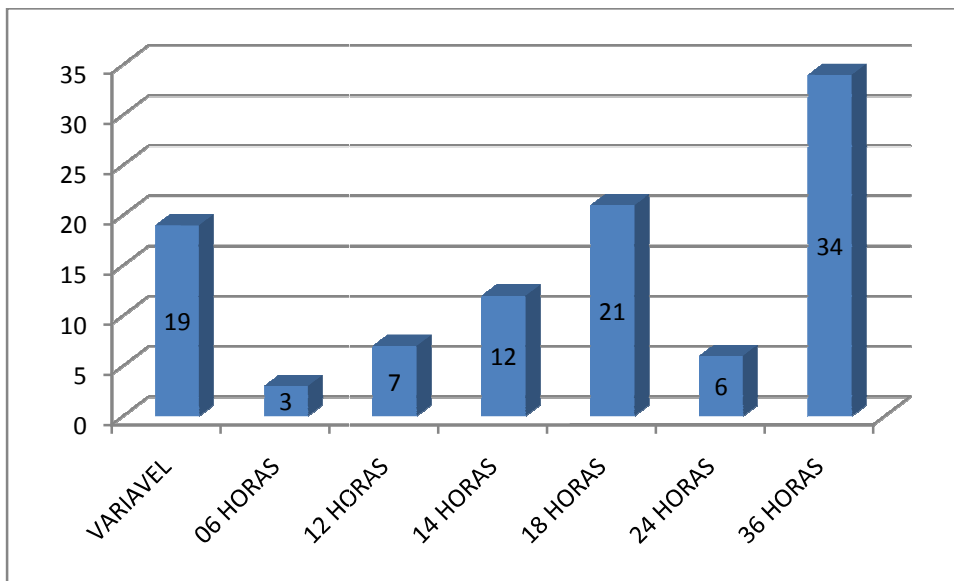


Figura 9. Demonstra o intervalo entre as jornadas de trabalho no Pronto Socorro.

O maior intervalo entre jornadas é o de 36 horas, sendo executado por 34 funcionários num percentual de 33,4%. Com intervalo de 18 horas são 21 funcionários num percentual de 20,6%. Com um horário variável são 19 funcionários que representam 18,6%. Com o intervalo de 6 horas são 3 funcionários num percentual de 2,9%. Com intervalo de 12 horas entre jornadas são 7 funcionários num percentual de 6,9%. Com um intervalo de 14 horas são 12 funcionários num percentual de 11,8% e com um intervalo de 24 horas são 6 funcionários que representam 5,8%.

6.3.3 Distância entre a casa e o trabalho dos entrevistados

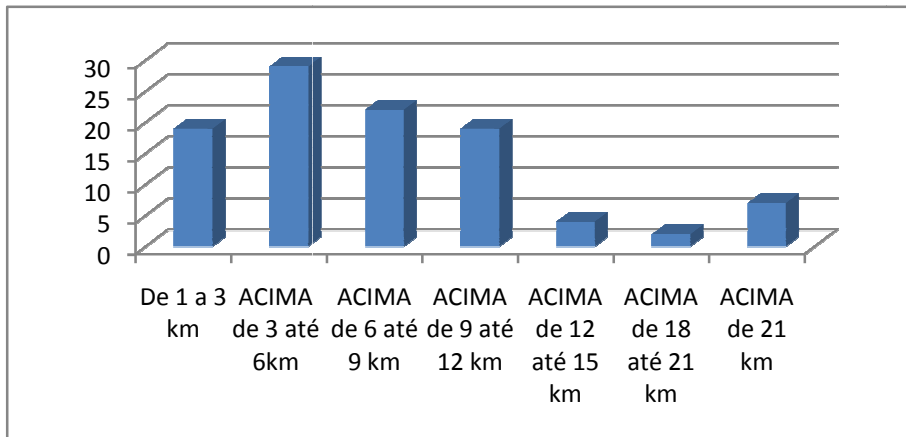


Figura 10. Demonstra a distância entre a casa e o Pronto Socorro percorrido pelo trabalhador.

A distância de 1 a 3 km são percorridos por 19 funcionários num percentual de 18,6%, a distância de acima de 3 até 6 km são percorridos por 29 funcionários num percentual de 28,4%, sendo que acima de 6 até 9 km são percorridos por 22 funcionários num percentual de 21,6%, a distância de acima de 9 até 12 km são percorridos por 19 funcionários num percentual de 18,6%, à distância acima de 12 km são percorridos por 13 funcionários num percentual de 12,8%.

6.3.4 Quantas horas você trabalha em casa?

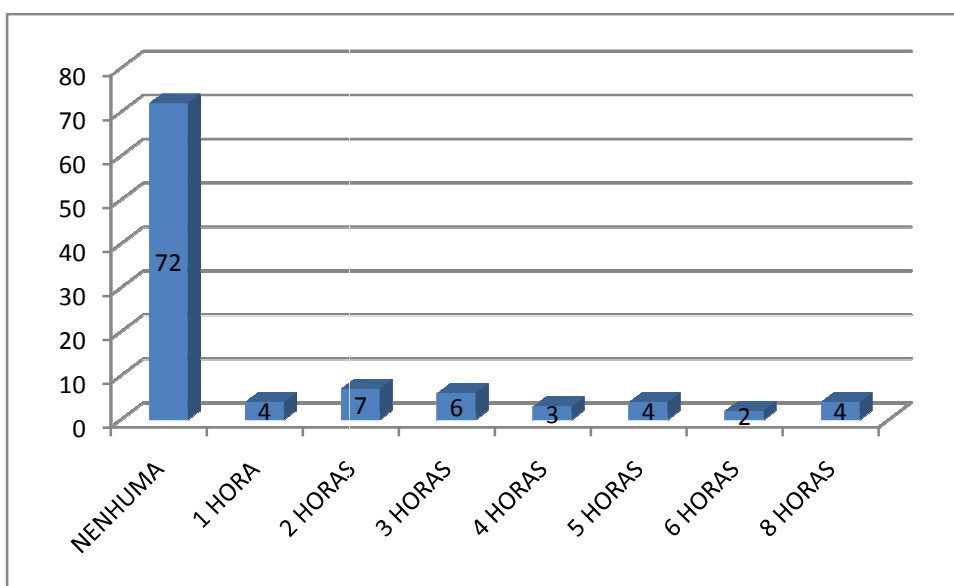


Figura 12. Quantidade de horas trabalhadas em casa como complemento das atividades de trabalho do Pronto Socorro.

Na maioria 72 funcionários não levam nenhuma atividade extra para a sua casa, num percentual de 70,6%. Fica claro que 30 funcionários levam atividades para suas casas, num percentual de 29,4%, em jornadas extras que variam de 1 a 8 horas de trabalho complementar.

6.3.5 Suas atividades no Pronto Socorro são realizadas em:

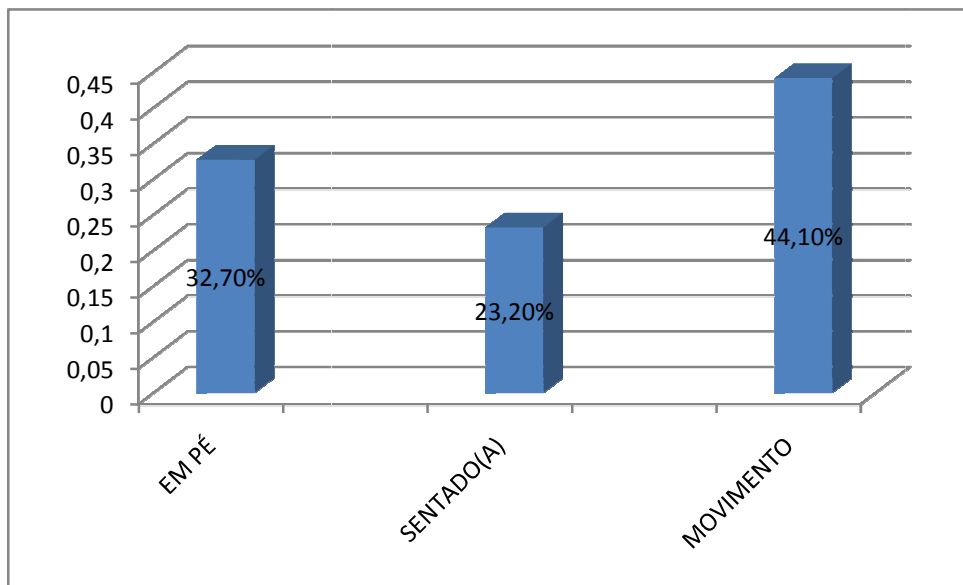


Figura 13. Este quadro demonstra a posição que os funcionários executam as suas atividades.

As atividades realizadas em pé são executadas por 34 funcionários num percentual de 32,7%, sendo que 23 funcionários executam suas atividades sentados, num percentual de 23,2% e os outros 45 funcionários executam suas atividades em movimento num percentual de 44,10%. Neste quadro alguns funcionários declararam que às vezes suas tarefas podem sofrer modificações quanto à posição que é executada.

6.3.6 Quantidade de horas de trabalho no Pronto Socorro por semana

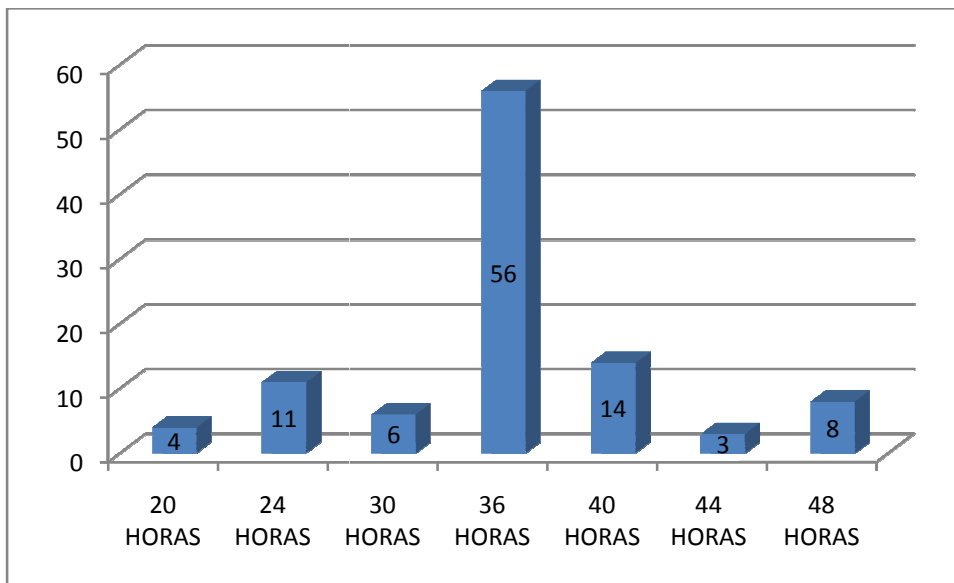


Figura 14. Demonstra a quantidade de horas que o funcionário trabalha no Pronto Socorro.

A maioria de 56 funcionários trabalham 36 horas semanais, num percentual de 54,9%, seguido por 14 funcionários que trabalham 40 horas num percentual de 13,7% e por 11 funcionários que trabalham 24 horas semanais num percentual de 10,8%, os outros 21 funcionários tem horários entre 20 horas, 30 horas, 44 horas e 48 horas semanais, num percentual de 20,6%.

6.4 ACIDENTE DE TRABALHO

6.4.1 Se o funcionário já sofreu algum acidente de trabalho

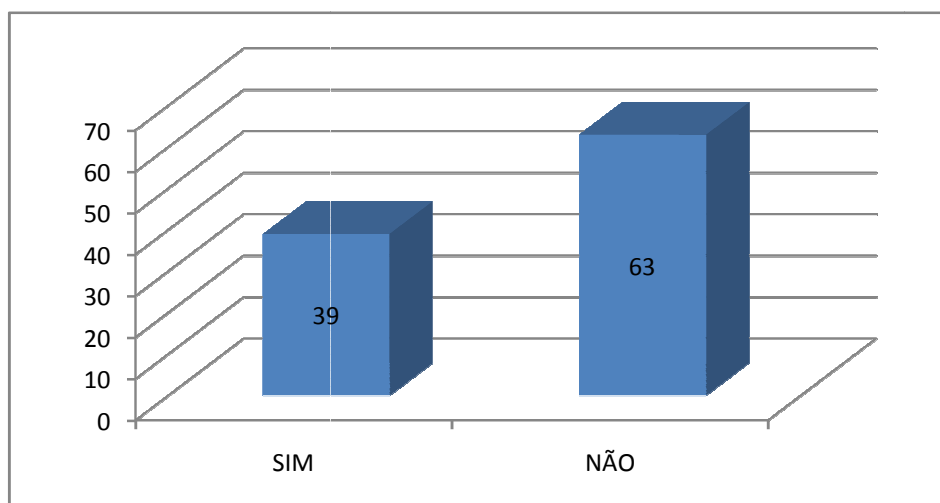


Tabela 15 . Se algum funcionário sofreu algum tipo de acidente de trabalho

Embora o uso de equipamento de proteção nas atividades praticadas, 39 funcionários já sofreram algum tipo de acidente de trabalho, representa 38,2%, sendo que 63 funcionários nunca tiveram algum tipo de acidente num percentual de 61,8%.

6.4.2 Quantidade de dias que o funcionário ficou afastado pelo acidente

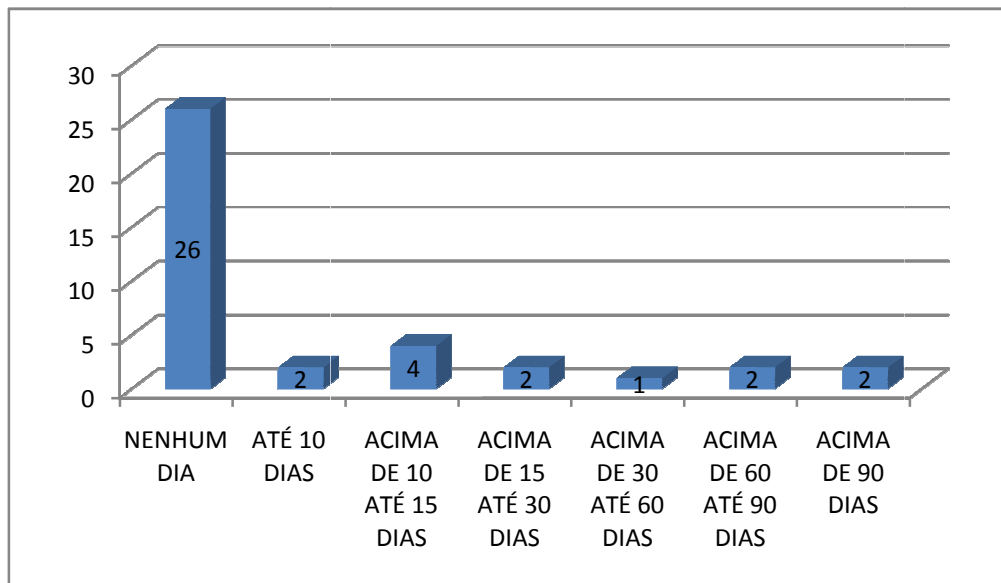


Figura 16. Demonstra a quantidade de dias que os funcionários ficaram afastados por acidente de trabalho no Pronto Socorro.

Alguns acidentes requerem apenas um pequeno tratamento e o funcionário retorna às suas atividades, neste caso 26 funcionários passaram por esta situação num percentual de 66,7%, os outros 13 funcionários ficaram afastados de suas atividades entre 10 e 90 dias, num percentual de 33,4%.

6.4.3 Tipos de acidente sofrido pelo trabalhador

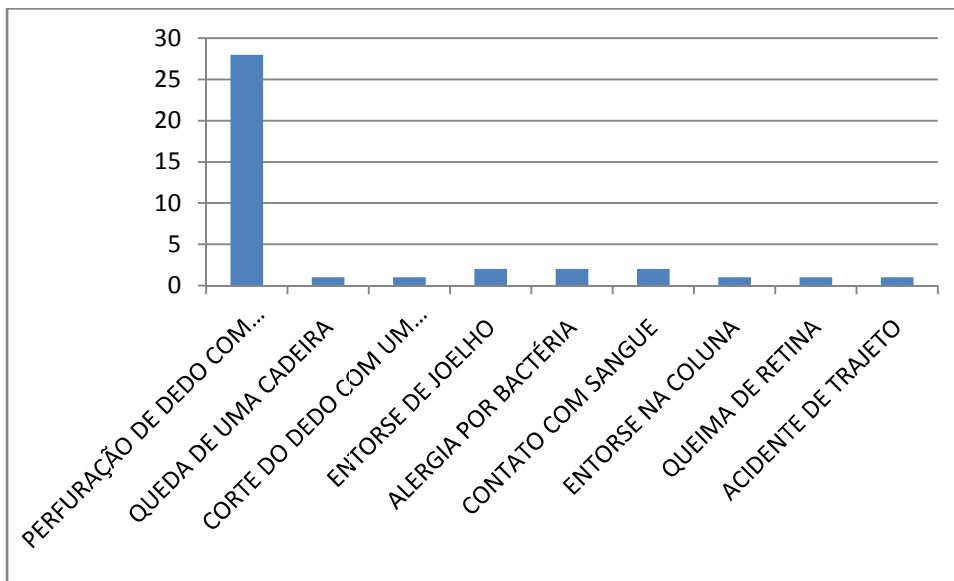


Figura 17. Tipos de acidentes de trabalho sofridos pelos funcionários do Pronto Socorro.

A perfuração de dedo com agulhas de injeção aparece com o maior número de acidentes de trabalho, num total de 28 prevalecem 71,8% dos acidentes, embora com um menor índice de afastamento do trabalho. Os outros 11 funcionários afastados que representam 28,2% mas que são responsáveis pelo maior número de afastamentos.

6.4.4 Se o Pronto Socorro oferece a seus funcionários atividades preventivas para evitar acidentes de trabalho.

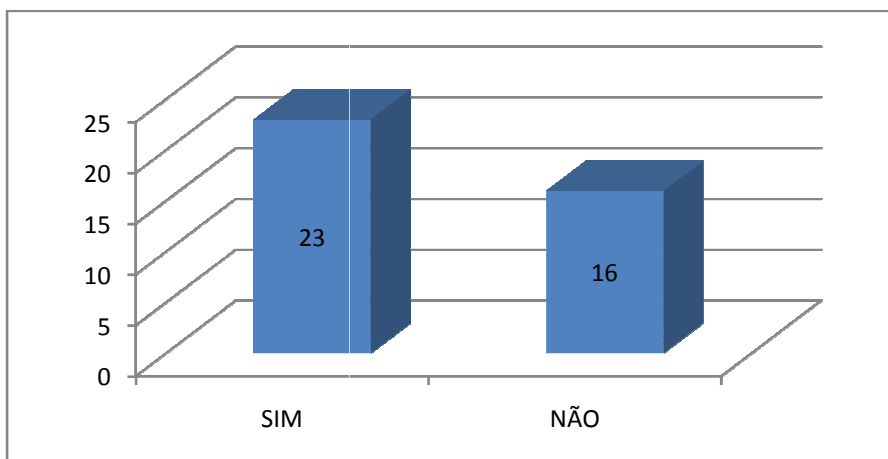


Figura 18. Se existem atividades preventivas ofertadas pelo Pronto Socorro a seus funcionários

Pelos dados dos funcionários que tiveram algum tipo de acidente de trabalho, 16 funcionários afirmam a inexistência de atividades para prevenir acidentes de trabalho, num percentual de 41,0%, e os outros 23 funcionários afirmam que existe algum tipo de atividade preventiva, representando 59,0%.

6.4.5 Se o acidente de trabalho afetou a Qualidade de Vida do Trabalhador

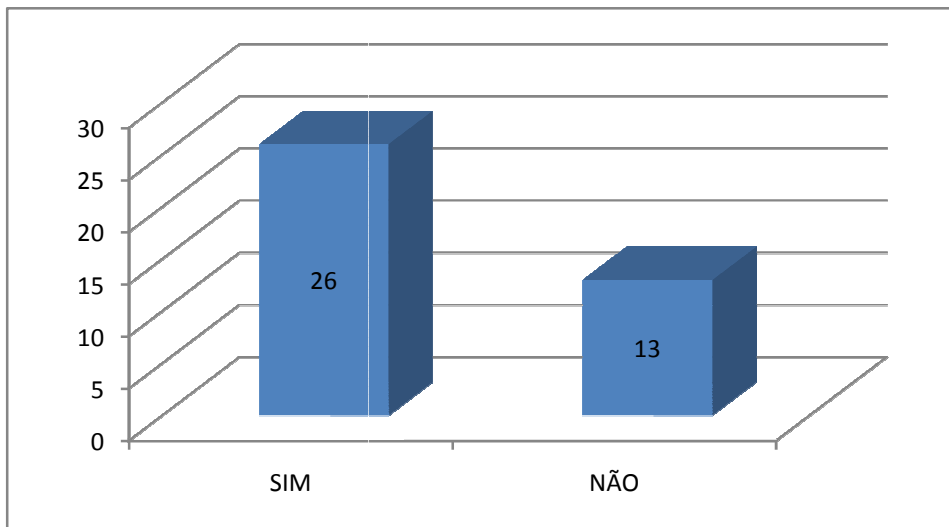


Figura 19. Se houve alteração na qualidade de vida do trabalhador, devido o acidente de trabalho.

A qualidade de vida sofreu alterações para 26 funcionários, 66,7% dos acidentados e os outros 13 funcionários, 33,3% afirma que nada sofreram.

6.4.6 Se depois do acidente houve alguma atividade corretiva

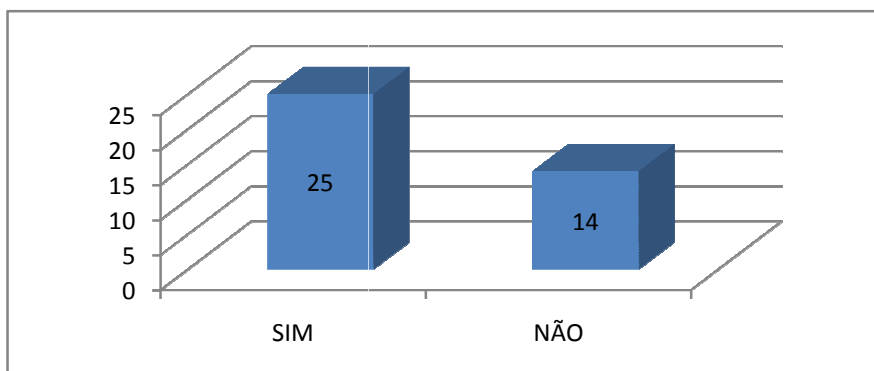


Figura 20. Se o Pronto Socorro oferece alguma atividade corretiva para os acidentados no trabalho.

Quanto ao oferecimento às ações corretivas nos acidentes de trabalho, 25 funcionários, 64,1%, afirma que o Pronto Socorro oferece atividades aos acidentados e 14 funcionários, 35,9% afirmam que não são oferecidas as ações corretivas.

6.5 DOENÇA OCUPACIONAL

6.5.1 Se o funcionário já teve alguma doença ocupacional

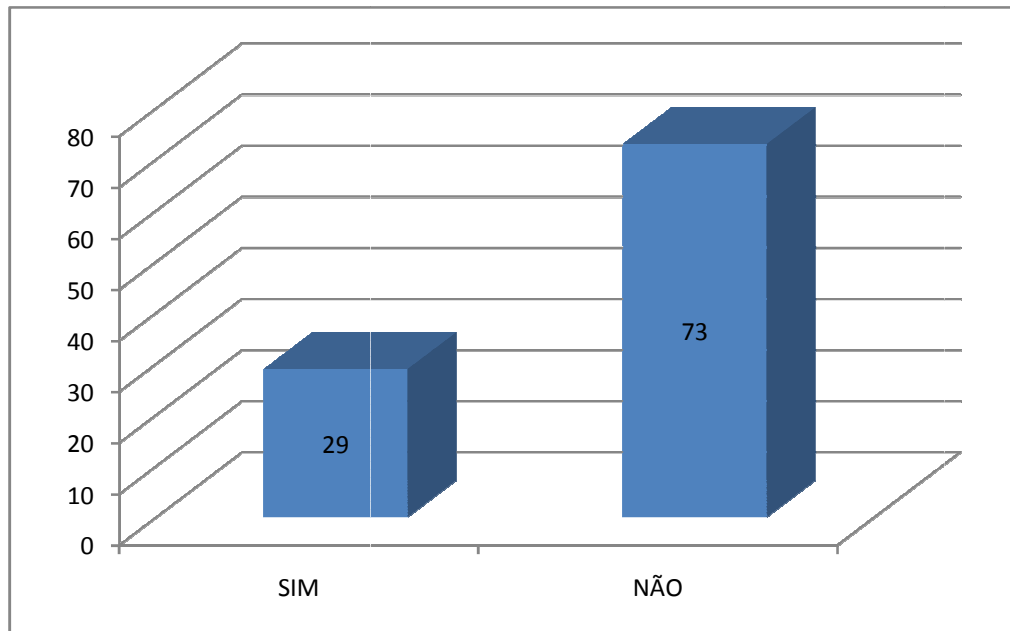


Figura 21. Demonstra se algum funcionário já teve alguma doença ocupacional

Quanto às doenças ocupacionais, 29 funcionários que representa 28,4% afirma que já tiveram algum tipo de doença ocupacional e 73 funcionários que representa 71,6%.

6.5.2 Quais doenças ocupacionais tiveram os funcionários

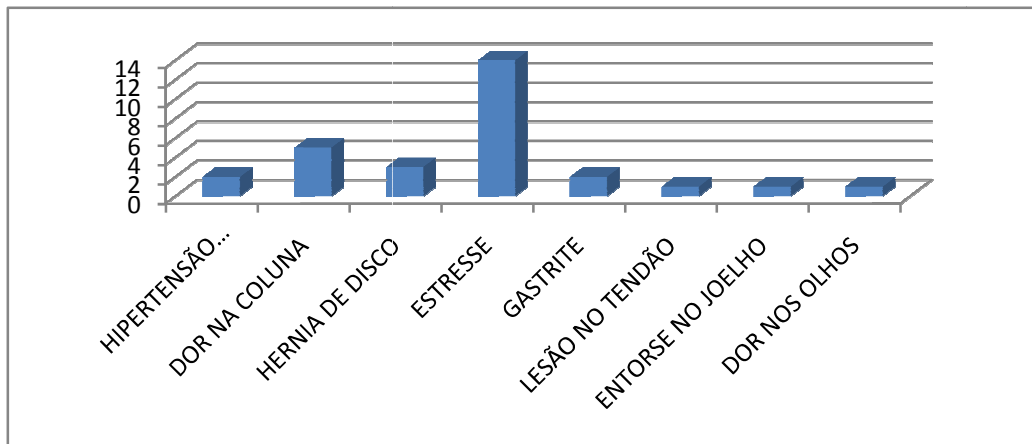


Figura 22. Demonstra as doenças ocupacionais que os funcionários tiveram durante as suas atividades no Pronto Socorro.

O Estresse é responsável pela doença de 14 funcionários, que representa 48,3% das doenças ocupacionais, seguido pela dor na coluna com 5 funcionários e hérnia de disco com 3 funcionários, estas duas doenças representam 27,6%, as outras 7 doenças ocupacionais representam 24,1%.

6.5.3 Tempo em dias que os funcionários ficaram afastados por doenças ocupacionais

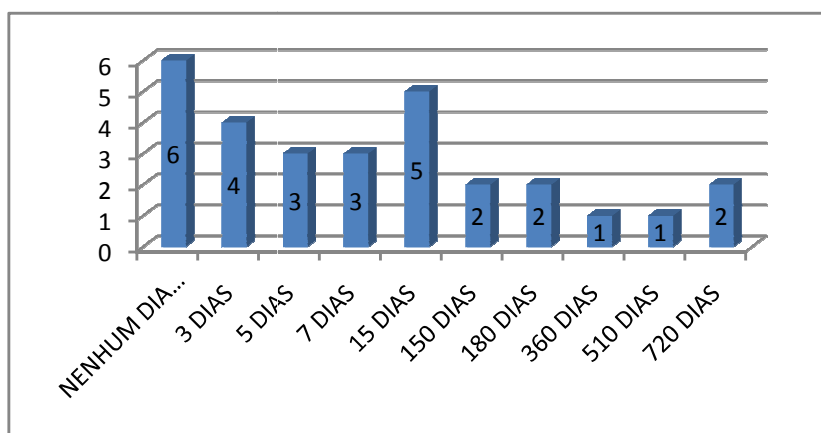


Figura 23. Demonstra a quantidade de dias de afastamento por doenças ocupacionais dos funcionários do Pronto Socorro.

Algumas doenças ocupacionais não requerem o afastamento do funcionário de suas atividades normais, neste caso 6 funcionários, 20,7%, tiveram tratamento e

continuaram com as suas atividades, outros 23 funcionários, 79,3% foram obrigados a ser afastados para tratamento de saúde, que representou um total de 3048 dias de afastamento por doença ocupacional.

6.5.4 Se os funcionários já estão recuperados da doença ocupacional

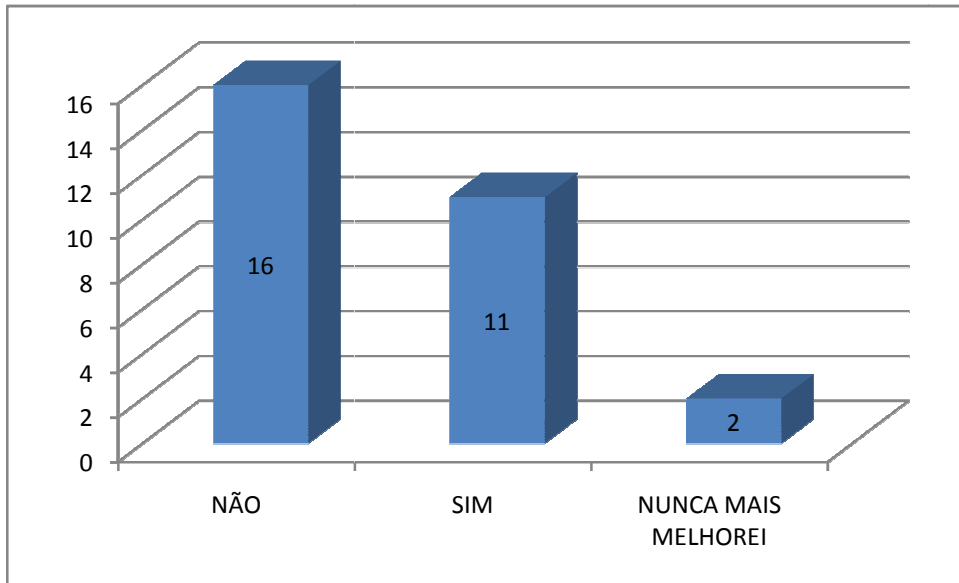


Figura 24. Demonstra se o funcionário já se recuperou da doença ocupacional.

Houve recuperação para 11 dos funcionários que representam 37,9%, outros 16 funcionários afirmam que ainda não recuperaram, mas estão em tratamento e 2 funcionários nunca mais se recuperaram da doença ocupacional, estes funcionários em recuperação e os que não se recuperaram representam 62,1%.

6.5.5 Se houve troca de cargo devido à doença ocupacional

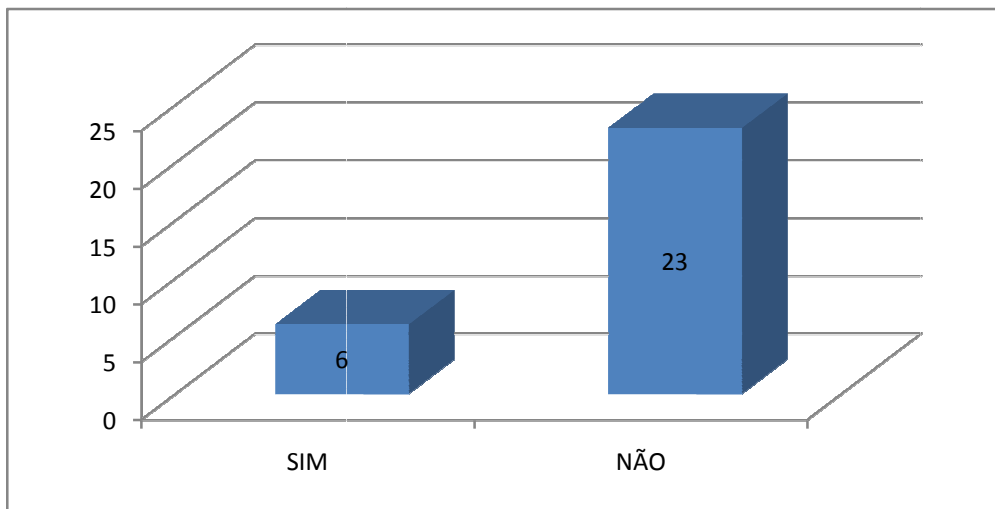


Figura 25. Se o funcionário trocou de cargo devido à doença ocupacional.

A troca de cargo foi necessária para 6 funcionários, 20,7% para continuarem executando as atividades no Pronto Socorro, para os outros 23 funcionários, 79,3% , não foi necessário.

6.5.6A doença interferiu na Qualidade de Vida do trabalhador

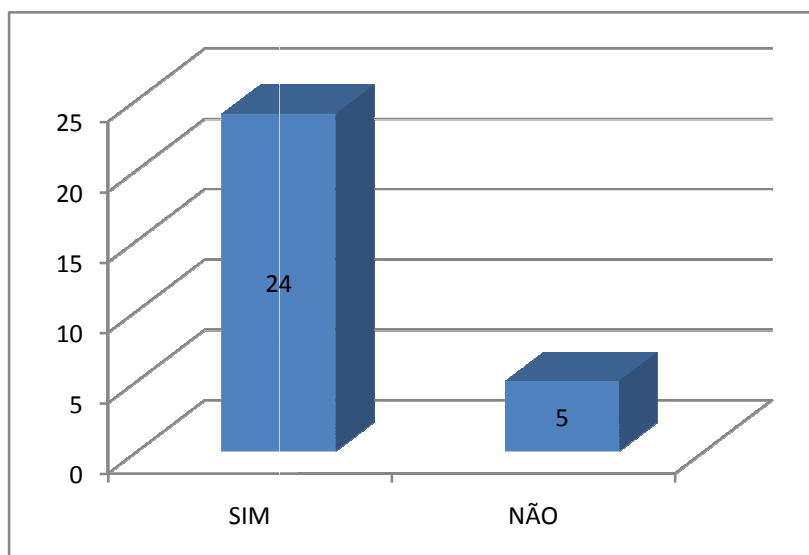


Figura 26. A opinião dos entrevistados sobre a interferência da doença ocupacional na sua qualidade de vida.

Para 5 funcionários, 17,2% não houve interferência na sua qualidade de vida, sendo que para 24 funcionários, 82,8% houve interferência.

6.5.7 De que maneira a doença interferiu na qualidade de vida do trabalhador

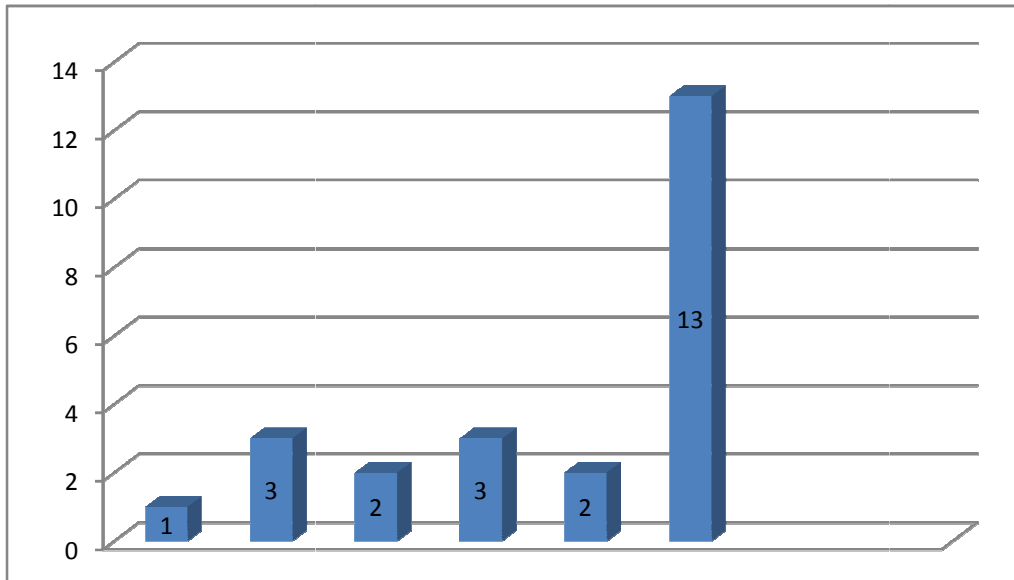


Figura 27. Demonstra como a doença ocupacional afetou a qualidade de vida do trabalhador do Pronto Socorro.

O estresse aparece em 13 dos funcionários entrevistados, representando 54,1%, sendo que 3 funcionários, 12,5% ainda sentem dores constantes e outros 3 funcionários, 12,5% apresentam dificuldades para andar, 2 funcionários apresentam problemas psicológicos e 1 com problema financeiro.

6.5.8 Se o Pronto Socorro oferece algum tipo de assistência para melhorar a qualidade de vida do trabalhador

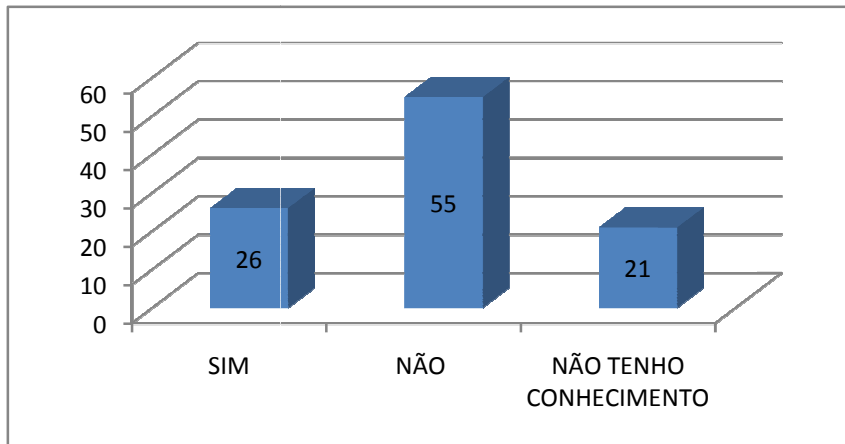


Figura 28. Demonstra o conhecimento dos funcionários sobre algum tipo de assistência para melhorar a qualidade de vida.

Quanto à assistência oferecida pelo Pronto Socorro, 26 funcionários que representa 25,5% afirmam que é oferecido algum tipo de assistência para melhorar a qualidade de vida, sendo que 55 funcionários, 53,9% afirmam que não é oferecido nenhum tipo de assistência, outros 21 funcionários, 20,6% entrevistados desconhecem as atividades oferecidas.

6.5.9 Sobre o tipo de assistência oferecida pelo pronto socorro para melhorar a qualidade de vida do trabalhador

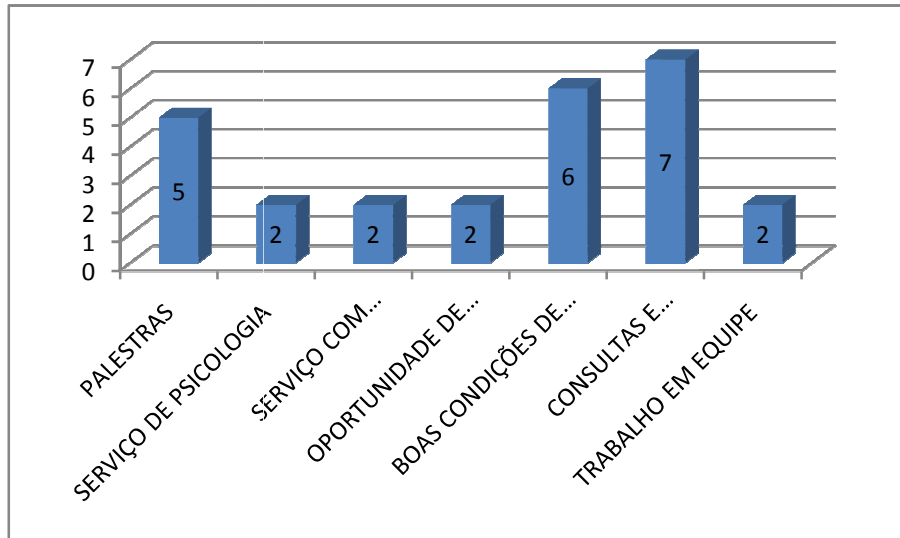


Figura 29. Demonstra os tipos de assistência ofertadas pelo Pronto Socorro aos seus funcionários.

O Pronto Socorro oferece alguns tipos de assistências aos seus funcionários, palestras, serviços de psicologia, serviços com assistente social, oportunidades de estudo, boas condições de trabalho, consultas e assistência médica e ambulatorial e trabalho em equipe.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa realizada no Pronto Socorro Municipal de Pelotas demonstrou, num momento que todas as atenções estão voltadas para novos processos de produção e suas novas tecnologias, que se torna cada vez mais necessário uma atenção, pelos órgãos competentes aos profissionais que lidam com a saúde da comunidade, nos reflexos que este trabalho está trazendo para a vida desses profissionais, tanto nas doenças ocupacionais como também em acidentes de trabalho, com sérios prejuízos à saúde desses trabalhadores e no convívio com seus familiares, conforme dados da pesquisa.

Na pesquisa pode-se constatar, através da observação durante a coleta dos dados que a maioria está muito contente com a sua profissão, que segundo eles, que embora o estresse, cansaço do dia a dia, a falta de tempo, o descaso dos governantes com a saúde no país, não trocariam a sua profissão por outra, se sentem muito a vontade de afirmar que gostam muito do que fazem, segundo relato pessoal de alguns participantes.

Os resultados demonstram que 73,5% dos profissionais pesquisados são do sexo feminino e segundo os próprios entrevistados, os reflexos de suas atividades afetam além da sua saúde, como as dos seus familiares, porque a jornada da mulher não termina na empresa.

O nível de escolaridade para os profissionais da saúde é uma preocupação da categoria no investimento da sua educação profissional, sendo que 52,3% tem nível técnico, 15% estão cursando o nível superior e 20,7% tem o nível superior .

Quanto à influência do acidente de trabalho na qualidade de vida do trabalho, podemos afirmar que 66,7% dos entrevistados, num total de 26 funcionários, tiveram sua qualidade de vida alterada, devido a algum tipo de acidente de trabalho.

Pelos dados tabulados, 39 funcionários já sofreram algum tipo de acidente de trabalho, representando um percentual de 38,2% da amostra da pesquisa. Ainda,

neste contexto, 28 funcionários sofreram acidentes materiais perfuro-cortantes (perfuração de dedo com uma agulha de injeção) sendo os outros 11 com acidentes diversos.

No que se refere a acidentes com materiais perfuro-cortantes, o Ministério da Saúde Brasil (2001), recomenda as seguintes precauções que devem ser seguidas durante a realização de procedimentos que envolvam a manipulação de material perfuro-cortante:

- máxima atenção durante a realização dos procedimentos;
- jamais utilizar os dedos como anteparo durante a realização de procedimentos que envolvam materiais perfuro-cortantes;
- as agulhas não devem ser reencapadas, entortadas, quebradas ou retiradas da seringa com as mãos;
- não utilizar agulhas para fixar papéis;
- todo material perfuro-cortante (agulhas, lâminas de bisturi, vidrarias, entre outros), mesmo que estéril, deve ser desprezado em recipientes resistentes à perfuração e com tampa;
- os recipientes específicos para descarte de material não devem ser preenchidos acima do limite de 2/3 de sua capacidade total e devem ser colocados sempre próximos do local onde é realizado o procedimento.

O trabalho de enfermagem na instituição hospitalar caracteriza-se pelo cuidado nas 24 horas do dia, permitindo a continuidade da assistência aos pacientes. Nesse cuidado aos pacientes, os trabalhadores de enfermagem utilizam instrumentos de trabalho como: agulhas, lâminas de bisturi, tesouras, pinças, materiais de vidro e muitos outros instrumentos que são perfurantes e cortantes. Cuidam muitas vezes de pacientes agressivos, agitados, ansiosos ou em estado crítico, onde encontram dificuldade de realizar os procedimentos com segurança.

Embora, para 23 dos 39 profissionais que sofreram algum tipo de acidente de trabalho, identificam que o pronto socorro ofereça atividades preventivas para que os acidentes sejam evitados, os outros 16 profissionais desconhecem alguma ação neste sentido.

Mesmo com ações corretivas, apuradas na pesquisa, outro dado relevante, refere-se aos 26 profissionais acidentados que afirmam que o acidente no trabalho afetou a sua qualidade de vida.

Quanto à doença ocupacional, a pesquisa aponta para 29 dos 102 profissionais que já tiveram alguma doença ocupacional, neste contexto a que mais se destaca é o estresse com 48%, outras doenças como: hipertensão arterial, dor na coluna, hérnia de disco, gastrite, lesão de tendão, dor nos joelhos e dor nos olhos, são responsáveis por 52%.

Estes 29 profissionais que tiveram alguma doença ocupacional representam 3048 dias de afastamento por doenças relacionadas ao trabalho. Causando danos aos trabalhadores e às suas famílias na forma da redução de renda, interrupção do seu emprego, gastos com recuperação, dor e o afastamento do trabalhador da sociedade, para as empresas causa perdas financeiras, com novas contratações, treinamento, perda de produção e diminuição na qualidade do serviço.

Outro dado que relevante refere-se aos 16 profissionais que sofreram algum tipo de doença da saúde e que ainda não estão recuperados, sendo que para 25 profissionais a doença ocupacional interferiu na sua qualidade de vida, sendo elas; desequilíbrio financeiro, dificuldades para andar, uso de medicamentos contínuos, dores constantes, problemas psicológicos e novamente o estresse.

Embora, para 26 dos 102 profissionais entrevistados, o pronto socorro ofereça algum tipo de assistência para melhorar a qualidade de vida do trabalhador, entre elas; palestras, serviços de psicologia, serviços com assistente social, oportunidade de estudo, boas condições de trabalho, trabalho em equipe e consultas e assistência médica, para 55 dos entrevistados afirmam que o pronto socorro não oferece algum tipo de assistência e 21 profissionais não tem conhecimento sobre os serviços oferecidos.

Considerando os diversos agentes aos quais os profissionais de saúde estão expostos e suas repercussões na saúde dos trabalhadores e no pronto socorro, é fundamental um sistema que priorize os profissionais destes ambientes.

A pesquisa sobre Qualidade de vida no trabalho e as doenças de saúde ocupacional: uma análise no Pronto Socorro Municipal de Pelotas, que embora a saúde ocupacional e a qualidade de vida, sejam temas de grande complexidade, tanto nas teorias abordadas como também no trabalho desenvolvido, foi de grande importância estudá-las para a compreensão dos fenômenos que envolvem este contexto, como também a possibilidade de saber como o trabalho, mesmo feito com satisfação tem uma grande influência na qualidade de vida dos trabalhadores da saúde.

Nesta pesquisa, identificou-se que muitos trabalhadores estavam ansiosos em relatar suas experiências na área da saúde, tentando, através de opiniões, mesmo fora do rol de perguntas, melhorar seu ambiente de trabalho para que suas atividades fossem realizadas dentro de melhores condições e melhorando sua qualidade de vida.

Embora o universo identificado no pronto socorro seja de 182 profissionais na área da saúde, 102 profissionais sentiram-se a vontade para participar da pesquisa, esses 56%, através das informações apuradas nas entrevistas, responderam as questões com muita naturalidade, contribuindo muito para o resultado da pesquisa.

Muitos dos profissionais, mesmo acidentados ou com alguma doença ocupacional, continuam desenvolvendo suas atividades de forma natural, passando por um processo de medicação e continuam a atender e prestar seus serviços à comunidade, porque, segundo eles, as pessoas que procuram um pronto socorro estão em algum estado de emergência e necessitam de socorro imediato.

Parece que o pronto socorro necessita elaborar algum trabalho de divulgação e/ou treinamento na área de assistência para melhorar a qualidade de vida de seus profissionais, dos 102 entrevistados, apenas 26 profissionais conhecem trabalhos voltados para esta área, sendo eles com palestras, serviços com psicólogos, serviços com assistente social, oportunidades de estudos, consultas e assistência médica e hospitalar, boas condições de trabalho e trabalho em equipe.

Muitas vezes, a ausência de estudos dificultam as ações preventivas ou corretivas para o eventual controle dos acidentes de trabalho e as doenças ocupacionais, a informação e o treinamento são indispensáveis para a proteção do trabalhador na área da saúde, eles devem ter noções básicas dos hábitos e cuidados necessários para evitar os riscos inerentes o qual estão expostos (químicos, físicos, biológicos e de acidentes), que venham a constituir acidentes, lesões e enfermidades ocupacionais.

A realização deste trabalho permitiu compreender a influência dos acidentes de trabalho e as doenças ocupacionais nos trabalhadores da saúde no Pronto Socorro Municipal de Pelotas e a interferência dessas doenças na sua qualidade de vida. Este trabalho foi de suma importância para mim como profissional da área de gestão como na minha vida pessoal, o contato com os trabalhadores, suas necessidades e seus anseios, trouxeram reflexões importantes na minha atividade profissional, senti que eles de uma maneira em geral executam suas atividades com o coração mesmo que suas vidas estejam em perigo.

A saúde do trabalhador esta exposta cada vez mais às necessidades da própria sociedade, melhores condições de vida no trabalho se torna uma luta de todos nós, uma luta desigual contra a opressão do capital, nivelada por baixo.

Espero que este trabalho seja de suma importância para os gestores da área da saúde e sirva para melhorar a qualidade de vida do trabalhador na área da saúde.

BIBLIOGRAFIA

ALVES, G. **O novo (e precário) mundo do trabalho – Reestruturação produtiva e crise do sindicalismo**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2000.

AZAMBUJA, E. P. et al. **A saúde do trabalhador na concepção de acadêmicos de enfermagem**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso: 14 jan2014.

ANUÁRIO BRASILEIRO DE PROTEÇÃO 2013 – **Estatísticas de acidentes no Brasil** – MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL.

BERTELLI, Sandra B. **Gestão de pessoas em administração hospitalar**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004.

BINDER, M.C.P.; ALMEIDA, I.M. **Acidentes de Trabalho, acaso ou descaso?** In: MENDES, R. Patologia do Trabalho. São Paulo: Atheneu, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Bases técnicas para o controle dos fatores de risco e para melhoria dos ambientes e das condições de trabalho. Brasília, DF: 2001.

CAMPOS, J. F.; DAVID, H. M. S. L. **Abordagens e mensuração da qualidade de vida no trabalho de enfermagem: produção científica**. Revista de Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/>>. Acesso: 10 jan2014.

CHIAVENATO, Idalberto. **Recursos humanos: o capital humano das organizações**. 8ªed. São Paulo: Atlas, 2008.

_____, Idalberto. **Gestão de Pessoas: e o papel dos recursos humanos nas organizações**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

DAVIS, Keith; NEWSTRON, John W. **Comportamento Humano no Trabalho: uma abordagem organizacional**. São Paulo: Pioneira, 1996.

FERNANDES, Eda. **Qualidade de Vida no Trabalho: como medir para melhorar**. Salvador. Casa da Qualidade, 1996.

FISCHER, F. M. et al. **A (in)capacidade para o trabalho de trabalhadores de enfermagem**. Revista Brasileira de Medicina no Trabalho, Goiânia, 2005.

FRANÇA, Ana C.L. **Qualidade de Vida no Trabalho, conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial**. São Paulo. Editora Atlas, 2004

_____, Ana C. L. **Stress e Qualidade de Vida no Trabalho, perspectivas atuais da saúde ocupacional**. São Paulo. Editora Atlas, 2005

FRANÇA, Junia Lessa. **Manual para normatização de publicações técnico-científicas**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2004.

LACOMBE, Francisco José Masset. **Recursos Humanos: princípios e tendências**. São Paulo: Saraiva, 2005.

LAKATOS, Eva.;MARCONI,Marina. **Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo: Atlas, 1992.

LEITE, M de P. **Trabalho e Sociedade em transformação: mudanças produtivas e atores sociais**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003.

LENTZ, R. A. et al.**O profissional de enfermagem e a qualidade de vida: uma abordagem fundamentada nas dimensões propostas por Flagnan**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, 2000. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v8n4/12378.pdf>. Acesso: 12 jan 2014.

LIMONGI A.C., RODRIGUES A.L. **Stress e Trabalho: Uma abordagem psicossomática**, São Paulo, Editora Atlas, 4ª Ed. 2005.

LOVALHO A.F. **Administração de serviços de saúde em urgências e emergências**.O mundo da saúde, 2004.

MASSAU, Erli S. **Banco de dados da Zona Sul, Instituto Técnico de Pesquisa e Assessoria**. Pelotas:Editora Educat, 2008.

MARX, Karl.**O capital, crítica da economia política**. São Paulo: Ed. Nova Cultura, 1984.

MENDES, R.; DIAS, E.C. **Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador**. Rev. Saúde Pública. São Paulo: 2003.

MINAYO, M.C. de S. **O Desafio do Conhecimento-pesquisa qualitativa em saúde**. 8ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

OLIVEIRA, C.A.B de.**Processo de industrialização do capitalismo originário ao atrasado**. São Paulo: Ed. UNESP, 2003.

RODRIGUES, Avelino R. **Stress e Trabalho. Uma abordagem psicossomática**. São Paulo: Editora Atlas, 2009.

REVISTA LATINO AMERICANA DE ENFERMAGEM.São Paulo,2001.

SIEGRIST, Johannes.Recompensa social e saúde - como reduzir o estresse no trabalho e além dele. In: ROSSI, Ana Maria; PERREWÉ, Pamela L.; MEURS, James A. **Stress e Qualidade de Vida no Trabalho**. São Paulo: Atlas, 2011.

VASCONCELOS, S. P. **Avaliação da capacidade para o trabalho e fadiga entre trabalhadores de enfermagem em um hospital de urgência e emergência na Amazônia Ocidental**. 2009. 100 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade

de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo: 2009. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses> >. Acesso: 11 jan 2014.

WALTON, Tony. **Qualidade de Vida no Trabalho. O que é isso?** Slon Management Review, 1973.

WUNSCH F.V. **Perfil epidemiológico dos trabalhadores. Revista brasileira de medicina no trabalho.** Rio de Janeiro: 2004.

ZOCCHIO, Álvaro. **Prática da Prevenção de Acidentes, o ABC da segurança no trabalho.** São Paulo: Editora Atlas, 2002.