

O Processo de Avaliação com Relação ao Papel do Enfermeiro na Unidade de Trabalho

Kátia Stancato*

Resumo: Um dos maiores desafios da sociedade brasileira, nesta virada de século, marcada pelos impactos tecnológicos e globalizantes, é melhorar a qualidade de produtos e serviços. O movimento em busca da qualidade de vida tem-se concentrado de forma mais contundente naqueles setores mais competitivos como é o caso da área industrial, seguida pela de prestação de serviços. Setores como educação e saúde, bem tardiamente, vêm despertando para esta necessidade de inovação: busca da qualidade do serviço que oferece. Devemos salientar que o atraso na prestação de serviços públicos, voltados sobretudo para a educação e a saúde, é ainda muito grande e este fato tem que ser reavaliado. O papel do profissional Enfermeiro deverá ser de grande relevância com relação à avaliação das condições de vida do cliente e da equipe.

Palavras-chave: enfermeiro, educação, saúde, avaliação da saúde.

Abstract: One of the biggest challenges of the Brazilian society, in this turn of the century, marked by the technological and globalizing impacts, is to improve the quality of products and services. The movement searching for quality of life has been more concentrated in those more competitive sectors as is the case of the industrial sector, followed by rendered services. Only recently have sectors such as education and health become aware of this necessity of innovation: good quality service. It should be stressed that the delay in the rendering of public service, especially with regard to education and health, is still great and needs re-evaluation. The role of the professional nurse with gain increasing importance in relation to the evaluation of the client's and the team's living conditions.

Key Words: Nurse; education; health.

A dedicação do ser humano ao seu próximo doente, até o início da Era Cristã, era indício de bondade e de solidariedade num momento de sofrimento. Durante a Idade Média, período em que a religião católica predominou em todos os sentidos e aspectos da vida do homem europeu, cabia aos homens religiosos a manutenção dos hospitais (construídos sempre ao lado de uma igreja) e às mulheres, os cuidados diretos com o paciente, afirma AQUINO (1991).

É importante chamar a atenção para o motivo de a enfermagem ser um trabalho predominantemente feminino; desde os tempos antigos, cuidar de doentes fazia parte das tarefas domésticas, das quais se encarregava exclusivamente a mulher. Como havia uma divisão precisa entre o trabalho do homem e o da mulher, a ela cabia o dever de cuidar dos enfermos, dando origem ao costume da enfermagem de empregar um grande número de mulheres, caracterizando a profissão manual em que são necessárias muita paciência e devoção. Esse

estereótipo da profissão esconde profundos problemas sociais: o emprego de pessoal não preparado para a prática da profissão; o emprego de mulheres por deterem o perfil ideal para desempenhar as tarefas; o rebaixamento dos salários do profissional; problemas estes que se estendem aos outros profissionais de enfermagem – auxiliares e técnicos e os ocupacionais de enfermagem ou atendentes.

A dicotomia entre trabalho manual e chefia (administração) leva, na grande maioria das vezes, o profissional de enfermagem graduado a se distanciar dos pacientes e, conseqüentemente, dos problemas do dia-a-dia dos técnicos e auxiliares que lidam, na prática, diretamente com o doente. Essa dicotomia foi herdada da escola de Florence Nightingale que atribua às *ladies* (mulheres da alta burguesia britânica), o trabalho de chefia e às *nurses* (enfermeiras advindas de classes menos abastadas), o trabalho direto com o paciente.

O fato de os enfermeiros não participarem diretamente dos problemas que envolvem o paciente e o pessoal que está sob sua chefia impede uma relação mais democrática entre estes profissionais que possuem dife-

* Prof.ª do Departamento de Enfermagem da FCM – UNICAMP.

rentes níveis de formação: técnicos e auxiliares. Além de prejudicar o relacionamento entre os profissionais, o distanciamento entre a administração e a prática do trabalho de enfermagem dentro do hospital impede que haja uma avaliação do desenvolvimento do trabalho dentro da instituição, o que KURCGANT (1986) descobriu ser desejado pelas enfermeiras dos hospitais municipais de São Paulo.

Hoje, no Brasil, sabe-se que a maioria dos profissionais de enfermagem trabalha em hospitais e centros de saúde. No entanto, dos anos 30 até recentemente era a saúde pública que absorvia a quase totalidade da mão-de-obra dos enfermeiros. A migração da enfermagem de uma instituição para outra, entretanto, pouco representa em termos de reconhecimento e valorização profissional. Na prática, o que se vê hoje é um profissional mal remunerado, tanto na rede pública, quanto na privada.

É preciso haver uma mudança de mentalidade a respeito da prática do enfermeiro. Embora ele tenha estereótipo calcado sobre o modelo de "doação e caridade" da Idade Antiga, o enfermeiro é um profissional que desempenha sua função por mérito de seus conhecimentos, devendo ser remunerado por isso.

É contraditória a maneira como a comunidade considera o trabalho deste profissional, pois sabendo que seu serviço se desenvolve dentro de um sistema moderno de produção, numa empresa que é a instituição hospitalar ou o centro de saúde, justifica seu baixo salário baseando-se numa imagem histórica do enfermeiro como sendo alguém cuja realização está em doar-se ao próximo.

Não podemos mais levar adiante o discurso de que os enfermeiros são mal pagos por pertencerem a uma profissão feminina ou porque nos primórdios de sua história eram pessoas pobres que ajudavam os doentes em troca de teto e pão. Esse determinismo é uma forma de fazer as pessoas aceitarem seus problemas como advindos de fatos históricos e indiscutíveis e, portanto, difíceis de solucionar.

A realidade invade qualquer discurso que queira escamotear a verdadeira situação: a Saúde, assim como a Educação, está controlada pelo Estado que pouco interesse tem em investir nesses setores que cuidam diretamente da população. A reflexão sobre sua própria condição é um meio de o profissional de enfermagem começar a enfrentar seus problemas e a reivindicar o direito de exercer sua profissão.

Considerando os progressos que a profissão vem alcançando (principalmente depois de configurar-se como área do saber, tendo se firmado como escola no âmbito da universidade), não podemos restringir a enfermagem apenas aos cuidados com o paciente e à administração hospitalar.

A prática da enfermagem pode e deve realizar uma pessoa profissional ou mesmo pessoalmente.

A ciência, no entanto, não é o único fator que permite nossa profissão organizar-se para prestar melhores serviços e ser mais valorizada pela sociedade em geral. Se dependesse somente deste fator, já deveríamos ter um status diferente dentro do contexto social, dado o grande número de trabalhos publicados (entre teses e artigos). Sabemos ainda que o número de profissionais enfermeiros formados tem ultrapassado o número de empregos criados, fazendo com que não falem profissionais especializados.

O que vemos, principalmente em alguns hospitais privados, é a falta de espaço para o trabalho do enfermeiro, pois, por ele representar maiores gastos, a empresa nega a necessidade deste profissional.

Assim, os esforços do enfermeiro de refletir seu verdadeiro status e procurar meios de inserir-se de maneira positiva junto à comunidade serão inúteis se não houver uma mudança na atitude dos indivíduos. Devem ser reconsiderados alguns preconceitos quanto à profissão: sua característica feminina e seu caráter manual em virtude do contato físico com o paciente.

Quem é o enfermeiro, afinal? Resumindo o que foi dito aqui, podemos definir o enfermeiro como o profissional que trabalha numa equipe multiprofissional.

A qualificação do enfermeiro é a graduação, devidamente reconhecida; o diploma registrado no Conselho Regional de Enfermagem. O profissional é responsável pelo planejamento, pela coordenação e pela supervisão das atividades administrativas e assistenciais.

O enfermeiro em busca de sua autonomia, como diz MENDES (1980), tem que definir sua prática e estar consciente de seu lugar político e social. Outros autores que discutem essa temática são ANGERAMI & ALMEIDA (1983) que falam do espaço do profissional da enfermagem.

É preciso delinear com exatidão a posição do profissional de enfermagem no contexto social. O primeiro problema que surge ao se tentar definir o papel do enfermeiro é a disparidade entre o que se aprende na faculdade e a realidade dos hospitais e centros de saúde onde o enfermeiro desempenha efetivamente seu papel.

De acordo com DREYER (1997), "as enfermeiras têm responsabilidade profissional, social, moral e científica, amplamente reconhecida, de avaliar e garantir a qualidade dos cuidados prestados aos usuários" (PHANEUF & WANDEL, 1974; BLAKE, 1981; HINSHAW, 1983).

Um programa de garantia da qualidade tem por objetivo assegurar ao usuário um grau específico de excelência (SCHMADL, 1979) ou, conforme uma tendência mais recente, melhorar a qualidade de maneira con-

tínua (MEISENHEIMER, 1992). Segundo GRENIER (1992), um programa destes comporta dois processos: o primeiro inclui a mensuração e a avaliação de diversos aspectos da estrutura organizacional, da execução dos cuidados e de seus resultados; o segundo comporta a planificação de estratégias para sua melhoria. Avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem consiste em comparar a assistência realmente dada ao usuário com normas e critérios aceitos (GRENIER, DRAPEAU, DÉSAUTELS, 1989). Assim, o primeiro passo de um processo de avaliação são a identificação e a redação de normas e critérios de qualidade (N&CQ). Estes são baseados em valores sociais e profissionais que determinam a qualidade da assistência de enfermagem num momento e num contexto determinados (LANG, 1975).

Para os autores FURCOLIN *et al.* (1997), o enfermeiro na Educação Continuada é a essência para a busca da qualidade, que norteia toda a linha filosófica, técnica, científica e humana para a equipe de enfermagem. Investir na Educação Continuada tem sido uma meta permanente no planejamento da enfermagem.

Os impactos da tecnologia no mundo moderno e a intensa globalização dos mercados, derrubando fronteiras geográficas e econômicas, trouxeram mudanças em todas as áreas do conhecimento humano. Todavia, alguns segmentos como os da educação e saúde têm levado algum tempo para, de fato, acompanhar todas as transformações que vêm ocorrendo.

Em decorrência das grandes transformações necessárias na era da globalização houve a necessidade de mudança constante nos enfoques econômicos, políticos, técnicos, sociais e filosóficos. As numerosas e rápidas mudanças tornaram as pessoas mais conscientes e mais exigentes em busca de melhor qualidade de vida. Toda organização social que comercializa um dado produto, para acompanhar as revoluções do mercado atual e sobreviver nele, precisa se reestruturar, se redesenhar, conforme mostram os estudiosos do setor administrativo e gerencial. Portanto, grande revolução e mudança no campo gerencial, principalmente nas organizações privadas, vêm ocorrendo. As organizações governamentais, para garantir sua própria sobrevivência, também vêm se reestruturando. A maior competitividade, nas diferentes áreas, leva as empresas a buscarem maior qualidade e produtividade.

Aproveitando o desenvolvimento da tecnologia e do conhecimento humano, as organizações reduzem os níveis hierárquicos, tornam-se menos verticalizadas, incentivam a formação de equipes, estimulam a criação de

líderes e valorizam os pacientes interna e externamente.

Segundo MELLO & CAMARGO (1998), a área da saúde não ficou isenta de todo este processo. Em virtude de sua grande e talvez maior participação na qualidade, tem sido a área mais cobrada em seus resultados e uma das mais criticadas na gestão de suas responsabilidades, quer operacionais, quer administrativas.

**A reflexão sobre sua própria
condição é um meio de o
profissional de enfermagem
começar a enfrentar seus
problemas e a reivindicar o direito
de exercer sua profissão.**

Sabemos que, no Brasil, a área da saúde está há muitos anos desamparada e desassistida pelo governo. A inadequação das verbas e a sua má administração fazem com que ainda convivamos com patologias comuns a todas as nações, acrescentando-se aquelas próprias de países subdesenvolvidos como doenças infecciosas, parasitárias e aquelas decorrentes da desnutrição (MELLO & CAMARGO, 1998). Os surtos do sarampo e da dengue, recentemente, ilustram bem tal situação.

Os autores mencionados acima revelam que tal crise pode ser superada, ou pelo menos atenuada, com a aplicação de maiores verbas pelo governo “desde que mais dirigidas e administradas por intermédio de auditorias consistentes, sólidos programas de qualidade, medicina preventiva atuante e garantia de saneamento básico à população”. Citam os autores, como bons exemplos de qualidade, as iniciativas privadas dentre as quais hospitais, clínicas, centros de diagnósticos e laboratórios particulares, entendidos como organizações sociais, comparáveis aos de Primeiro Mundo. Tal qualidade é “conseqüência natural” como elas dizem, “da aplicação da gestão moderna de empresa que sabe, entre outras coisas, o significado da missão, visão e valores, reconhece a importância dos pacientes interno e externo e que se desenvolve em base de estrutura qualificada, enfoque em processos e avaliação de resultados por meio de monitorização de indicadores”.

Os autores mencionados acima revelam que tal crise pode ser superada, ou pelo menos atenuada, com a aplicação de maiores verbas pelo governo “desde que mais dirigidas e administradas por intermédio de auditorias consistentes, sólidos programas de qualidade, medicina preventiva atuante e garantia de saneamento básico à população”. Citam os autores, como bons exemplos de qualidade, as iniciativas privadas dentre as quais hospitais, clínicas, centros de diagnósticos e laboratórios particulares, entendidos como organizações sociais, comparáveis aos de Primeiro Mundo. Tal qualidade é “conseqüência natural” como elas dizem, “da aplicação da gestão moderna de empresa que sabe, entre outras coisas, o significado da missão, visão e valores, reconhece a importância dos pacientes interno e externo e que se desenvolve em base de estrutura qualificada, enfoque em processos e avaliação de resultados por meio de monitorização de indicadores”.

A respeito desta nova forma de gerir que vem promovendo mudanças positivas e avanços em quase todas as áreas da indústria e de serviços, defendem os autores que “a medicina do futuro não será exercida somente agregando novas tecnologias”. Para tanto, do ponto de vista delas, “torna-se urgente a compreensão da adequada e moderna forma de administrar”.

NOGUEIRA (1994) também defende que qualidade em saúde é “o novo imperativo que enfrenta o sistema de saúde brasileiro na década de 1990, após ter passado por uma radical descentralização e municipalização de seus serviços”. O autor continua argumentando que o compromisso que precisa ser assumido por todos, o qual poderia conferir um sentido concreto de

humanidade aos esforços organizacionais, realizados nos últimos anos, tanto pelo setor público como pelo privado, é a satisfação das expectativas dos pacientes e de seus familiares, mediante um atendimento digno e eficaz.

Do ponto de vista de NOGUEIRA (1994), é preciso rever os pressupostos filosóficos e as bases metodológicas que devem orientar as organizações de saúde para oferecerem serviços enfocados na promoção contínua da satisfação de seus pacientes e dos recursos humanos que empregam. É preciso, portanto, de acordo com o autor, romper com a idéia habitual que vê a qualidade em saúde como idêntica ao acúmulo de tecnologias ultramodernas e de pessoal altamente especializado.

Como explica o autor, a qualidade em saúde não deve ser vital como “uma substância ou uma ‘coisa em si’, mas uma referência resultante das formas como se dá o processo de produção dos serviços”.

Ainda citando NOGUEIRA (1994), a qualidade é expressão objetiva de certas condições subjetivas como as arroladas abaixo:

“- uma preocupação em criar e manter, entre todos os que estão ocupados na unidade de saúde, gerentes e trabalhadores, uma consciência quanto às propriedades, benefícios, malefícios, dos serviços prestados (lançando mão para tanto, inclusive de metodologias estatísticas específicas); - uma preocupação em satisfazer demandas explícitas e necessidades urgentes dos usuários dos serviços de saúde.”

SILVEIRA (1997) entende “qualidade” como um sinônimo de gestão. Ele esclarece que os sistemas integrados de prestação de serviços de saúde, em alguns países, sobretudo nos de Primeiro Mundo, são mais eficientes que outros em função das características culturais e sociais da comunidade em foco, da disponibilidade e do modelo de gestão adotado.

Para ele, a relação entre “gestão” e “qualidade dos serviços” parece clara, tendo em vista que quanto melhor a gestão de uma determinada instituição, pública ou privada, melhor a qualidade dos serviços prestados por essa instituição.

Adaptados às características de cada instituição, os modelos de gestão devem incorporar diversos conceitos apontados por SILVEIRA (1997):

- definição da missão, visão, valores;
- desenvolvimento e manutenção do sistema de liderança;
- desenvolvimento da estrutura organizacional;
- envolvimento dos usuários/pacientes;
- foco em resultados;

- desenvolvimento de recursos humanos;
- envolvimento da equipe multidisciplinar.

Sobre o envolvimento dos usuários/pacientes, é natural encarar este aspecto como algo fundamental para o sucesso de qualquer estratégia destinada a melhorar a qualidade dos serviços e produtos a eles destinados.

Uma organização que queira ter sucesso, e este depende basicamente da aceitação de seus produtos e serviços pelo mercado, necessita investir continuamente no desenvolvimento e treinamento de seus colaboradores, pondo em disponibilidade a oportunidade para o aprendizado contínuo, a experimentação de novas habilidades e o exercício de criatividade (SILVEIRA, 1997).

Apesar do avanço científico nas diferentes áreas de conhecimento, a saúde do trabalhador tem sido um tema relativamente novo (data deste século) na história da saúde no Brasil e, por essa razão, deve ser tema de elaboração de estudos constantes também. Pesquisadores têm revelado que o caminho para se conquistar a saúde dos trabalhadores na perspectiva da defesa da vida está ainda muito distante. SPEDO (1998), analisando o modelo de atenção proposta para o Sistema Único de Saúde (SUS), mostra que são necessárias muitas lutas, conquistas mais abrangentes no campo social e transformações de caráter democrático nos ambientes e na organização do trabalho. Continua o autor dizendo que o setor saúde, isoladamente, não tem capacidade e nem competência para enfrentar e responder essa questão. Conclui, enfim, que tanto para os profissionais de saúde quanto para os trabalhadores, ter consciência dessa limitação é fundamental.

Atualmente, para garantir a saúde do trabalhador, existem algumas leis, muitas delas resultantes de reivindicações e movimentos dos trabalhadores. Porém, na verdade, o número de acidentes e doenças no trabalho, as condições adversas da maioria dos locais de trabalho mostram que as garantias legais não bastam para, de fato, preservar-se a vida dos trabalhadores. Mais do que isso, é necessário “o exercício da cidadania”, como defende DIAS (1995), por parte dos trabalhadores, empresários e profissionais da saúde, assumindo-se como agentes responsáveis pelos direitos e deveres, cada um a seu modo.

Estudos revelam que a preocupação com a saúde da classe trabalhadora no Brasil se desenvolveu a partir de um modelo excludente, privilegiando os trabalhadores do setor formal da economia e esteve sempre vinculada aos interesses do capital de controle da força de trabalho.

Somente no início do século XX, com a evolução do processo de industrialização e urbanização do país e com o aparecimento dos movimentos de reivindicação dos trabalhadores urbanos, no Brasil, o Estado passou a

intervir nas relações de trabalho. A criação das primeiras regulamentações de alguns aspectos da relação trabalho-saúde eclodiu na primeira Lei de Acidente do trabalho, de 1919.

Até a década de 1980, apenas os trabalhadores com vínculo formal de emprego, ou seja, com carteira de trabalho assinada e previdência social, gozavam de uma assistência médica, ainda que prestada pelo Ministério da Previdência Social e Ministério do Trabalho. Já os trabalhadores sem vínculo empregatício, ou seja, aqueles pertencentes ao mercado informal, ficavam excluídos dessa assistência, tendo que recorrer basicamente à filantropia.

Autores como OLIVEIRA & TEIXEIRA (1989) e CAMPOS (1992) mostram que os serviços públicos estaduais e/ou municipais existentes, como os Centros ou Postos de Saúde, desenvolviam ações predominantemente de caráter preventivo e dirigidas exclusivamente à criança e à mulher, não priorizando o atendimento à população adulta.

O Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) foi regulamentado na década de 1980, pelo então governo militar como parte de sua pretensão política para controlar o crescente número de acidentes do trabalho, pois o Brasil despontava como um dos países recordistas nessa área. É importante dizer que esse serviço era vinculado e subordinado organicamente à estrutura da empresa, restringindo-se às grandes empresas, não possuindo qualquer relação com o sistema de saúde. Ou seja, o setor saúde não tinha participação nessa área.

SPEDO (1998), como já expusemos anteriormente, revela que as ações e os serviços de saúde para os trabalhadores se desenvolveram a partir de um modelo excludente, o qual estava subordinado aos interesses do capital e com os objetivos centrados na manutenção e reposição da força de trabalho. Assim, como diz o autor, o controle sobre o ambiente de trabalho sempre esteve dissociado da assistência médica, a qual se caracterizava por ser predominantemente individual e curativa.

MENDES & DIAS (1993), DIAS (1994) e LACAZ (1994) destacam que um novo modelo de atenção à saúde do trabalhador é introduzido de forma expressiva só na década de 1980, com o processo de redemocratização do país, apesar de algumas tentativas ocorridas já na década de 1970. Essas experiências faziam parte do movimento da Reforma Sanitária e incorporavam o referencial teórico-prático da determinação social do processo saúde-doença-trabalho, a partir do

questionamento dos tradicionais modelos da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional.

A saúde coletiva, na visão dessa corrente, é vista como um processo social e político, estudado à luz do materialismo histórico do pensamento marxista do trabalho.

Arelada desde o início aos interesses do capital, controlando diretamente a força de trabalho, surgiu a Medicina do Trabalho no século XIX, na Inglaterra. Somente a partir da década de 1920, com o processo de industrialização tardio, surgem, no Brasil, os primeiros serviços médicos voltados exclusivamente aos trabalhadores e ainda assim por iniciativa dos empresários.

NOGUEIRA (1995) ressalta que uma das funções notórias desses serviços era verificar as condições de saúde do trabalhador, as quais provocavam faltas no serviço. Em outras palavras, a medicina do trabalho surge com a finalidade de dar respostas à necessidade fundamental da produção capitalista, cujos objetivos relacionam-se à manutenção da força de trabalho. Tendo em vista um acelerado e desumano processo de produção, a medicina do trabalho aparece como uma intervenção do processo capitalista “sob pena de tornar inviável a sobrevivência e reprodução do próprio processo”, nas palavras de MENDES & DIAS (1991).

NARDI (1956) mostra que a regulamentação da Medicina do Trabalho, no Brasil, ocorreu no período da ditadura militar, assumindo um caráter autoritário e vinculado com o capital. Em suas palavras, “no momento de seu nascimento, tomar como ponto de partida para o exercício profissional a existência de um conflito entre capital e trabalho e que este conflito poderia ter consequências nefastas para a saúde do trabalhador era considerado ato subversivo e um atentado contra a segurança nacional”.

MENDES & OLIVEIRA (1995) mostram que, como especialidade médica, essa prática centra-se no profissional médico e está voltada exclusivamente para o tratamento da doença (efeito) e a recuperação da saúde do indivíduo. Os acidentes e as doenças relacionados ao trabalho são abordados como problemas individuais, desvinculados da produção capitalista. Nessa ótica, o trabalhador é visto como mero paciente e objeto de sua ação, como NARDI (1996) expõe abaixo:

“O foco central desta medicina, como o próprio nome denota, é a ‘patologia’ do trabalho, os entraves para a produção e, portanto, não é a saúde do trabalhador. Essa prática médica nasce e se constitui a partir da

A preocupação com a saúde no Brasil se desenvolveu a partir de um modelo excludente, privilegiando os trabalhadores do setor formal da economia.

regulação de um corpo de normas legais. Não é autônoma, pois depende deste corpo de leis, que por sua vez expressa, como todo corpo legal, as relações de poder em uma determinada sociedade e, portanto, as relações de classe”.

Após a II Guerra Mundial, com o desenvolvimento da industrialização, a utilização de novas tecnologias e as mudanças ocorridas nos processos de produção, a Medicina do Trabalho, segundo DIAS (1995), mostrou-se incapaz de resolver os problemas de saúde resultantes do processo de produção, acentuando o descontentamento de trabalhadores, de empregadores. Por essas razões, surge a saúde ocupacional, novamente com o intuito de intervir numa situação que representa ameaças ao capital.

Neste intuito, a atuação médica direcionada ao trabalhador necessita ampliar-se, buscando subsídios em outras disciplinas e profissões, de acordo com MENDES & DIAS (1991). Dentre as disciplinas que ganham relevo na compreensão da saúde do trabalhador, têm-se a psicologia e a sociologia que, segundo SILVA (1986), surgem dentro do cenário do início do modelo de produção capitalista em função da necessidade de se compreender as mudanças resultantes deste processo.

Voltada ao estudo do comportamento humano, ainda segundo este último autor, a “ciência psicológica aplicada ao nível produtivo começa a tomar um rumo mais efetivo, em seu compromisso com o sistema de produção dominante”, formulando pesquisas sobre motivação com o intuito de potencializar a produtividade do ser humano. A partir destes estudos, intensificam-se diversas teorias e abordagens de administração e organização do trabalho, na busca de mecanismos facilitadores da adaptação e motivação do homem ao trabalho com o objetivo constante de possibilitar maior produtividade”, conforme SILVA (1986). Além disso, a Psicologia Social tem contribuído com diversas reflexões, mas há muito ainda por explorar para o amadurecimento da concepção de saúde como processo de cidadania, DIAS (1995).

MENDES (1980) mostra que, segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a Saúde Ocupacional estabelece como objetivos:

“A promoção e manutenção do mais alto grau de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as ocupações; a prevenção entre os trabalhadores, de desvios de saúde causados pelas condições de trabalho; a proteção dos trabalhadores em seus empregos, dos riscos resultantes de fatores adversos à saúde; a colocação e manutenção do trabalhador adaptadas às aptidões fisiológicas e psicológicas, em suma: a adaptação do trabalho ao homem e de cada homem a sua atividade.”

No parecer de DIAS (1995), essa concepção ainda predomina nos dias atuais. Ainda hoje é comum, em muitas empresas, tratar-se de determinados males – o vício, por exemplo (álcool ou cigarro) – como um problema individual, pessoal e externo ao trabalho e não como consequência do estresse desencadeado pelo trabalho.

A empresa investe no tratamento de dependentes de droga e álcool sempre com o argumento de que o custo desse tratamento é menos que a demissão do trabalhador. Além disso, o trabalhador dependente gera baixa produtividade e aumenta a possibilidade de acidentes. Portanto, investe-se na recuperação do trabalhador para, como diz o autor, “recuperar” o lucro, pois o custo da demissão do dependente, da contratação e do treinamento de outro funcionário para ocupar seu cargo é maior.

A crítica levantada pelo autor refere-se ao enfoque da empresa que, ao oferecer o tratamento, individualiza o problema, culpabiliza o trabalhador e, dessa forma, supervaloriza os efeitos, não questiona as causas e não analisa as condições do trabalho, se são adequadas ou não. Perguntaria o autor: o pessoal de saúde da empresa, por ventura, não deveria refletir se o processo de trabalho estaria contribuindo para que o trabalhador busque o vício como forma de relaxar sua tensão?

SPEDO (1998) mostra que, na ótica da saúde ocupacional, o trabalhador continua sendo objeto das ações, adaptado às necessidades da produção, ou seja, dos interesses capitalistas.

A mudança de “saúde ocupacional” para “saúde do trabalhador”, no início da década de 1980, pretende assumir um enfoque mais globalizante sobre a relação trabalho-saúde (MENDES, 1986). Segundo a Organização Panamericana de Saúde: “(...) o enfoque de ‘saúde dos trabalhadores’ inclui os da saúde ocupacional: concentrados tradicionalmente na identificação e no controle dos riscos profissionais dentro dos ambientes de trabalho, porém, acrescenta à compreensão das relações trabalho-saúde, uma visão do tipo ‘estrutural’, de ocupação determinante social deste processo. Contempla os trabalhadores enquanto categoria ou grupo da comunidade, e enfoca a entrega da saúde como um todo indivisível.”

Surgiram, também, nesse mesmo período, movimentos, cujos objetivos eram superar a visão e a capacidade de intervenção da saúde ocupacional em função dos referenciais da saúde do trabalhador. Assim, concebe-se o trabalho como categoria fundamental na determinação social do processo saúde-doença, incorporando a concepção de trabalhador-sujeito da ação, conforme SPEDO (1998). Essa nova prática emerge dentro de um contexto de lutas sociais por uma sociedade mais

democrática e pela busca da cidadania. Dentre os direitos do cidadão, a saúde é um deles e, por isso, deve ser conquistado.

De objeto central e passivo das ações médicas, tal como é concebido nos modelos tradicionais da medicina do trabalho e da saúde ocupacional, o trabalhador passa a ser o sujeito dessas ações. Com essa nova prática, a saúde do trabalhador ganhou um grande avanço, uma vez que superou a prática voltada à doença, centrada no poder médico e controlada direta ou indiretamente pelos interesses do capital. Para a defesa da saúde dos trabalhadores, exige-se que essa prática esteja centrada na atuação multiprofissional que requer conhecimentos da medicina social, psicologia social, psicopatologia do trabalho, sociologia, dentre outras.

Nesta perspectiva, assume-se com o trabalhador, como detentor do poder, compromisso de resgatar e preservar sua saúde, intervindo e modificando o ambiente e a organização do trabalho”, como afirma SPEDO (1998).

Como bem define DIAS (1995), a respeito da saúde do trabalhador: “trata-se de uma prática que resgata a cidadania, necessária à garantia da saúde dos trabalhadores, enquanto condição básica de potência de ação, mas não se reduz a ações individualistas, que responsabilizem e culpabilizem o sujeito pela sua saúde. É um problema de ordem pública, já que a saúde de cada um é uma questão de saúde pública.”

É verdade que a automação e a informatização revolucionaram as sociedades modernas oferecendo ao homem praticidade em muitos aspectos de seu viver. Todavia, olhando para o lado perverso desses avanços, notamos que eles não contribuíram para a melhoria das condições de trabalho e para a libertação do homem. Trouxeram novos riscos à saúde dos trabalhadores desde a sua exposição ao maquinário industrial que, apesar de toda a sofisticação, vem representando perigo sobretudo à fragilidade física do homem, até as doenças geradas pelas péssimas condições de insalubridade e outros tipos de sofrimento como a repetitividade, a monotonia e a falta de controle do trabalhador sobre o próprio trabalho.

Repensar, portanto, o papel do trabalho no sistema capitalista e suas relações com a vida dos trabalhadores, o papel da saúde e as questões de cidadania seria o canal que levaria o homem a libertar-se da opressão gerada por um sistema em que o trabalhador não tem controle sobre seu próprio trabalho. Neste sistema desu-

mano, o trabalhador deixa de ser sujeito da ação para sujeitar-se a ela, tendo em vista a alienação do trabalho que transforma o homem em não-sujeito da produção capitalista.

BERLINER (1983) revela que a prevenção das doenças e dos acidentes do trabalho “depende, de fato, sobretudo dos investimentos, das opções tecnológicas, das relações de trabalho, do sistema de poder, da equação de todo o sistema de produção às exigências dos trabalhadores”.

Lutar, então, contra esse estado de alienação que põe em risco a saúde do trabalhador só pode ocorrer

com “a legitimação da cidadania, isto é, com o resgate da autonomia e do sentimento dos indivíduos de que têm direito, o que possibilitará a mobilização para lutar por eles”, segundo DIAS (1995).

DIAS (1995), em um trabalho cuja proposta é investigar as transformações que ocorrem na vida de portadores de LER (Lesão por Esforços Repetitivos), verificando se tais transformações potencializam a ação para a cidadania, busca uma definição de saúde atrelada à condição histórica do homem. Ou seja, em suas palavras, “a base essencial para a saúde do homem é a sua capacidade de ocupar o lugar de sujeito de sua história”; a seguir, mostra que “o trabalho, como é essencial na vida do homem, é também fundamental na sua saúde”, tendo em vista, então, que esta trata-se de um processo social. A saúde, enfim, é “uma questão de autonomia, liberdade de desejos, em que o trabalho ganha destaque porque, pelo modo como é organizado, muitas vezes não permite autonomia e liberdade, prejudicando, portanto, a conservação da vida” (DIAS, 1995).

Apesar de em sua essência o trabalho ser visto como uma atividade consciente e criativa, no modo de produção capitalista, torna-se algo que aliena a grande maioria dos trabalhadores. Esse caráter de alienação pode, segundo DIAS (1995), “provocar danos à saúde e à vida dos trabalhadores”, e “a reação a este desgaste depende do controle que eles tenham sobre os processos de produção e reprodução social”.

Em linhas gerais, DIAS (1995) mostra que “a questão principal da saúde do trabalhador é a busca da reapropriação do seu lugar de sujeito da própria história”. Em outras palavras, como o autor afirma, “saúde é uma questão de cidadania”.

A cidadania, para o autor, implica na possibilidade de ação que transforma a realidade, que modifica as relações na sociedade, de forma a defender as necessi-

O processo da violência é construído numa relação de classe e de mercado, em que as cidades são espaços construídos historicamente como locais de trabalho, de trânsito, de moradia e lazer...

dades dos indivíduos, cuja máxima é a defesa da vida e as necessidades daí decorrentes como a saúde, a qualidade de vida, o trabalho humanizado.

O autor é enfático em mostrar que a única forma de defender os direitos reais do trabalhador é exercer uma cidadania plena, fazendo valer os princípios expressos nas leis, as quais, muitas delas, são resultantes das reivindicações e dos movimentos dos trabalhadores. Do ponto de vista de DIAS (1995), as garantias legais não bastam para, de fato, preservar a vida dos trabalhadores dos acidentes e das doenças do trabalho, das condições adversas da maioria dos locais de trabalho.

Para o autor é preciso valer o princípio da cidadania que envolve não apenas os trabalhadores, mas também empresários e profissionais da saúde, assumindo-se como agentes responsáveis, cada um a seu modo, pelos direitos e deveres. Todavia, o elemento importante na garantia destes direitos é o trabalhador se posicionar como sujeito desse processo.

Em seu trabalho intitulado "Violência no Trabalho e na Cidade", Machado mostra que o conceito de Acidente de Trabalho, conforme previsto na Lei 6.367/76, Anexo 3, é fortemente influenciado por teorias conjunturais que geram historicamente conceitos jurídicos institucionais, que, embora sejam operacionais para fins de pagamentos de benefícios, não apresentam uma precisão nosológica, constituindo uma imagem de "Acidente de trabalho em geral".

Para o autor, a falta de especificação das populações expostas a acidentes de trabalho acaba por limitar uma análise de risco epidemiológico mais precisa, caracterizando uma impossibilidade na construção de ta-

xas de mortalidade pela ausência de denominadores nas várias categorizações em que o autor estratificou a população previdenciária.

Os acidentes de trabalho em geral são mais registrados no ramo industrial e isso, talvez, deve-se ao desempenho industrial dos estados brasileiros mais industrializados e ao referente número total de acidentes de trabalho registrados na previdência social.

Segundo MACHADO (1991), a construção de uma tipologia do acidente é fundamental no sentido de analisá-lo no contexto de uma rede de violência de processos em permanente movimento das pessoas em uma cidade e de observar a relação com a criminalidade e com os trabalhos urbanos a partir da complexidade e dinâmica dos fenômenos sociais.

O processo da violência é construído numa relação de classe e de mercado, em que as cidades são espaços construídos historicamente como locais de trabalho, de trânsito, de moradia e lazer, relacionados entre si por trajetórias pessoais em que a morte por acidente de trabalho é um final típico somente por ser comum a todos e por ser comum à violência da interrupção prematura da vida dos trabalhadores. Portanto, segundo MACHADO (1991), o típico é a violência, não como um fenômeno inerente do processo produtivo mas, sim, determinado por este na construção de espaços que possibilitem a acumulação, onde a violência no trabalho e no trajeto são dois fenômenos com a mesma determinação social. A outra vantagem dessa classificação, como alega o autor, é a transparência da aberração do morrer no trabalho ou indo e vindo do trabalho ou por doenças ligadas direta ou indiretamente ao processo de trabalho.

Referências Bibliográficas

- ANGERAMI, E. & ALMEIDA, M.C.P. De como o enfermeiro está inserido no seu espaço. **Revista Brasileira de Enfermagem**, R.S., 36(2):123-129, abril/maio/junho, 1983.
- AQUINO, K.S. **Fatores geradores da rotatividade dos enfermeiros de um hospital geral governamental da cidade de São Paulo**. Tese de Mestrado da Faculdade São Camilo de Administração Hospitalar, São Paulo, 1991.
- BERLINGER, G. **A Saúde nas Fábricas**. ROTHCHILD, H.A. (trad.), São Paulo, Cebes/Hucitec, 1983.
- BLAKE, B.L.K. Quality assurance: an ethical responsibility. **Supervisor Nurse**, 12(2):32-38, 1981.
- CAMPOS, G.W.S. **Reforma da Reforma. Repensando a Saúde**. São Paulo, Hucitec, 1992.
- DIAS, E.C. **A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia ou utopia?** Tese de Doutorado da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.
- DIAS, E.C. O manejo dos agravos à saúde relacionados com o trabalho. In: MENDES, R. (org.). **Patologia do Trabalho**. Rio de Janeiro, Atheneu, pp.59-85, 1995.
- DREYER, E. **Definição operacional da qualidade da assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de um hospital escola**. II Encontro de Administração em Enfermagem, 1997.

- FURCOLIN, M.I.R.; ROGANTE, M.M.; OLIVEIRA, L.M.R.; PEREIRA, F.B.G. **Implantação da administração participativa na enfermagem em um hospital público universitário**. II Encontro de Administração em Enfermagem, 1997.
- GRENIER, R. Optimiser les retombées de l'évaluation de la qualité des soins infirmiers. **Gésiqualité**, 10(4):1-3, 1992.
- GRENIER, R.; DRAPEAU, J.; DÉSAUTELS, J. **Normes et critères de qualité des soins infirmiers**. Montréal: Décarie, 1989.
- HINSHAW, A. The image of nursing research: issues and strategies. **Western Journal of Nursing Research**, 5(3):1-13, 1983.
- KURCGANT, P. Estudo sobre avaliação de desempenho de enfermeiras: metodologia utilizada e resultados encontrados – Parte II. **Rev. Esc. Enf., USP**, São Paulo, 20(2):143-160, 1986.
- LACAZ, F.A.C. Reforma sanitária e saúde do trabalhador. **Saúde e Sociedade**, 3(1):41-59, 1994.
- LANG, N.M. Issues in quality assurance in nursing. In American nurses' associations. **Issues in evaluation research**, 44-56 (ANA no G-1242M9/76), 1975.
- MACHADO, J.M.H. **Violência no Trabalho e na Cidade. Epidemiologia da mortalidade por acidente de trabalho registrada no Município do Rio de Janeiro em 1987 e 1988**. Tese de Mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.
- MEISENHEIMER, C.G. **Improving quality, a guide to effective programs**. Gaithersburg: Aspen Publishers, 1992.
- MELLO, J.B. & CAMARGO, M.O. **Qualidade na saúde. Práticas e conceitos. Normas ISSO nas áreas médico-hospitalar e laboratorial**. São Paulo, Best Seller, 1998.
- MENDES, J.M. & OLIVEIRA, P.A.B. Medicina do trabalho: o desafio da integralidade na atenção à saúde. In: VIEIRA, S.I. **Medicina Básica do Trabalho (vol. IV)**, 2ª ed., Curitiba, Genesis, pp.33-40, 1995.
- MENDES, R. Introdução à Medicina do Trabalho. In: _____ (org.). **Medicina do Trabalho e Doenças dos Profissionais (cap. 1)**, São Paulo, Sarvier, pp.4-42, 1980.
- MENDES, R. & DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Ren. Saúde Públ.**, São Paulo, 25(5):341-9, 1991.
- MENDES, R. & DIAS, E.C. Saúde do trabalhador. In: ROUQUAYROL, M.Z. (ed.). **Epidemiologia & Saúde (cap. 14)**, 4ª ed., Rio de Janeiro, Medsi, pp.383-402, 1993.
- NARDI, H.C. **Medicina do Trabalho e Saúde do Trabalhador: o conflito capital/trabalho e a relação médico-paciente**. Dissertação de Mestrado do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UFRGS, Porto Alegre, 1996.
- NOGUEIRA, D.P. Medicina do trabalho no Brasil: passado, presente e futuro. In: VIEIRA, S.I. **Medicina Básica do Trabalho (vol. IV)**, 2ª ed., Curitiba, Genesis, pp.23-31, 1995.
- NOGUEIRA, R.P. **Perspectivas da Qualidade em Saúde**. Rio de Janeiro, Qualitymark, 1994.
- OLIVEIRA, J.A.A. & TEIXEIRA, S.M.F. (Im) **Previdência Social. 60 Anos de História da Previdência no Brasil (1985)**. 2ª ed., Petrópolis, Vozes/Abrasco, 1989.
- PHANEUF, M. & WANDELT, M. Quality assurance in nursing. **Nursing Forum**, 13(4):328-465, 1974.
- SCHMADL, J.C. Quality assurance: examination of the concept. **Nursing Outlook**, 27(7):462-465, 1979.
- SILVA, M.C. Crise Social e Cultura em Transição: uma abordagem psicossocial das relações de trabalho. In: ANGERAMI, V.A. (org.). **Crise, Trabalho e Saúde Mental no Brasil**, São Paulo, Traço, 1986.
- SILVEIRA, J.P. Entrevista: É preciso construir pontes no Brasil. Qualidade na área pública e privada. **CQ – Qualidade**, 66, pp.42-46, 1997.
- SPEDO, S.M. **Saúde do trabalhador no Brasil: análise do modelo de atenção proposto para o Sistema Único de Saúde (SUS)**. Tese de Mestrado da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.