

ERRATA

Página	Linha	Onde se lê	Leia-se
15	17	População	População
20	04	Aplicados	Aplicado
23	17	Enviarão	Enviarão-se
35	14	Se apropriou de	Se apropriou da
50	11	Polos	Pólos
50	12	De vida de	De vida e de
51	09	Homem-resultam	Homem-resultando
57	03	A criação	A criação
71	15	Hospitalar e	Hospitalar através
72	22	Volkswage	Volkswagen
76	04	Enfermeiro Campo	Enfermeiro o campo
78	15	Metro	Metró
87	04	Encontram-se	Encontraram-se
89	02	Primiro	Primeiro
97	09	Reflexão	Reflexões
97	11	SESMT por	SESMT e por
98	18	Periódica	Periódicos
106	11	Teceira	Terceira
135	08	Condição	Condição
144	01	Camisa de força	Camisa-de-força
145	10	A saúde	à saúde.

*Para a Biblioteca  
Central da Unicamp  
Anexo*

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

*Márcia Cardoso Benatti  
Capes, 3/8/83*

UNICAMP

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

"ESTUDO DA PRÁTICA DO ENFERMEIRO DO TRABALHO"

MARIA CECÍLIA CARDOSO BENATTI

CAMPINAS - SP

1989

MARIA CECÍLIA CARDOSO BENATTI

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À REDAÇÃO  
FINAL DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO  
DEFENDIDA POR MARIA CECÍLIA CARDOSO  
BENATTI E APROVADA PELA COMISSÃO  
JULGADORA EM .....

DATA. 23/06/89 .....

ASSINATURA.....

(Orientadora)

"ESTUDO DA PRÁTICA DO ENFERMEIRO DO TRABALHO"

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

CAMPINAS - SP

1989

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL

MARIA CECÍLIA CARDOSO BENATTI

"ESTUDO DA PRÁTICA DO ENFERMEIRO DO TRABALHO"

Dissertação de mestrado,  
apresentada para obten-  
ção do Título de Mestre  
em Educação, do Departamen-  
to de Administração e  
Supervisão Educacional.  
Faculdade de Educação -  
UNICAMP.

ORIENTADORA: Profa. Dra. Ana Maria Canesqui

FONTE FINANCIADORA: CNPq

CAMPINAS - SP

1989

COMISSÃO JULGADORA:

*Miguel Almeida*

*[Signature]*

*[Signature]*

## DEDICATÓRIA

- À minha mãe, pela presença sempre amiga.
- Ao meu pai, por ter sido um educador.
- Ao Jair, Luciana e Rogério, razões maiores de minha vida.
- À minha família e amigos, sempre presentes em meu coração.

Aos meus alunos, ex-alunos e aos trabalhadores, dedico este trabalho.

## Í N D I C E

RESUMO .....9

APRESENTAÇÃO .....10

### CAPÍTULO I

#### REVISANDO O TEMA E A METODOLOGIA DO ESTUDO

1. Os Estudos Realizados.....14

2. Metodologia Empregada.....19

3. Seleção da População .....20

### CAPÍTULO II

#### OS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS EMPRESAS

1. Histórico dos Serviços.....29

2. A Institucionalização dos serviços...32

3. A Legislação dos Serviços.....37

4. As Novas Exigências da Legislação....40

### CAPÍTULO III

#### AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR

1. O Desgaste do Operário.....49

2. Os Acidentes do Trabalho .....51

3. As Doenças Profissionais .....56

### CAPÍTULO IV

A ENFERMAGEM E A ENFERMAGEM DO TRABALHO.....66

### CAPÍTULO V

#### OS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS EMPRESAS DE CAMPINAS

1. Características das empresas pesqui-  
das e dos serviços de saúde.....85



2. O papel dos serviços de saúde junto aos trabalhadores .....	90
3. A Equipe de Trabalho dos serviços de saúde.....	102

## CAPÍTULO VI

### A ENFERMAGEM DO TRABALHO NA EMPRESA

1. A Enfermagem e as Condições de Trabalho do Enfermeiro.....	111
2. Objeto de Trabalho do Enfermeiro e sua Visão sobre a Saúde do Trabalhador.....	118
3. O Trabalhador do Enfermeiro nos Serviços de Saúde das Empresas.....	125
4. Enfermeiro do Trabalho, sua Avaliação sobre o Trabalho que executa e suas expectativas profissionais.....	134
CONCLUSÕES.....	149

ANEXOS

1. SESMT - Nº Mínimo de Pessoal Especializado -  
1972.

2. SESMT - Nº Mínimo de Pessoal Especializado -  
1975.

3. SESMT - Dimensionamento - 1983.

4. FORMULÁRIO PARA ENFERMEIROS DO TRABALHO (I).

5. FORMULÁRIO PARA ENFERMEIROS DO TRABALHO (II).

## R E S U M O

Este estudo analisou a prática do Enfermeiro do Trabalho, a partir de 25 entrevistas realizadas com profissionais de Enfermagem, inseridos em 21 serviços de saúde de grandes empresas da região de Campinas, Estado de São Paulo.

Reconstituiu a criação e organização dos serviços de saúde nas empresas, bem como a inserção dos enfermeiros nesses serviços.

Analisou um conjunto de elementos que compõem o trabalho do enfermeiro juntamente com as avaliações e representações detidas por esse tipo de trabalhador de saúde sobre o seu trabalho e sua intervenção junto à saúde dos trabalhadores.

## APRESENTAÇÃO

Este estudo contribui para o desenvolvimento das pesquisas na área de enfermagem, que tomam como objeto a reconstituição de sua prática, bem como as avaliações e representações dos enfermeiros sobre seu trabalho.

Trata-se de estudo de um aspecto específico do trabalho da enfermagem desenvolvido junto aos serviços de saúde de empresas selecionadas da região de Campinas.

O texto está apresentado da seguinte forma:

No capítulo I, analiso os estudos realizados e apresento a metodologia aqui empregada.

No capítulo II, abordo o histórico dos serviços, sua institucionalização, sua legislação e as novas exigências da legislação para esse setor de serviços.

No capítulo III, analiso, à luz de outros estudos, as condições de saúde do trabalhador, enfocando o desgaste do operário em função do processo produtivo, os acidentes de trabalho e as doenças profissionais.

No capítulo IV, estudo o desenvolvimento da enfermagem no Brasil, procurando analisar especificamente a enfermagem do trabalho.

No capítulo V, analiso, a partir dos dados empíricos coletados, os serviços de saúde nas empresas estudadas da região de Campinas, suas finalidades em relação à saúde dos trabalhadores e sua equipe de profissionais.

No capítulo VI, enfoco, à luz dos dados empíricos, o trabalho do enfermeiro nas empresas, pesquisadas mediante a análise das condições em que se processa, do seu objeto e de suas concepções, avaliações e expectativas, bem como de suas avaliações sobre o tipo de intervenção executada em relação à saúde dos trabalhadores.

Este estudo teve como motivação minha experiência profissional como coordenadora e professora de dois cursos de especialização para enfermeiros do trabalho, além de uma larga experiência de ensino junto ao departamento de enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e de trabalho profissional junto à enfermagem hospitalar.

Ao mesmo tempo, como integrante do grupo de enfermeiros do trabalho aliando a essa experiência a da formação de enfermeiros e de enfermeiros do trabalho, percebi a importância de contribuir com pesquisas para o desenvolvimento dessa área.

O ingresso no curso de pós-graduação da Faculdade de Educação ofereceu-me muitos subsídios e motivação para o desenvolvimento deste trabalho.

Reconhecendo ainda ter sido incompleto o esforço feito nesse sentido, este estudo abre perspectivas para que outros venham a realizar-se.

Agradecimentos para:

- CNPq que ofereceu auxílio-pesquisa para a elaboração deste trabalho.

- A professora Ana Maria Canesqui, minha orientadora, pela ajuda na reflexão sobre o trabalho do enfermeiro e pela comunhão de ideais e objetivos.

- Os professores James Patrick Maher e José Camilo dos Santos Filho e a funcionária Nadir Aparecida Gomes Camacho, da Faculdade de Educação, pelo interesse e colaboração sempre demonstrados.

- Os meus amigos do departamento de enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas, da UNICAMP, pelo incentivo.

- Os amigos e colegas da área fundamental, cujo auxílio me proporcionou condições para a realização deste trabalho.

- Os enfermeiros do trabalho da região de Campinas, por atenderem ao meu apelo, trazendo sua experiência e colaboração.

- Todos que, de uma forma ou de outra, auxiliaram na realização deste trabalho especialmente Luiz Carlos Cardoso (irmão e revisor) e Elisabeth Costa (digitadora), o meu muito obrigado.

CAPÍTULO I

REVISANDO O TEMA E A METODOLOGIA DO ESTUDO

## REVISANDO O TEMA E A METODOLOGIA DO ESTUDO

### 1. Os estudos realizados

A prática da enfermagem, no Brasil, tem sido mais sistematicamente analisada, por pesquisadores da área, desde 1977, surgindo de um projeto da Organização Pan-Americana da Saúde (OPS), com o objetivo de fomentar a pesquisa em enfermagem na América Latina. ALMEIDA (1984)<sup>1</sup>.

Os estudos desenvolvidos primeiramente versavam sobre o campo da saúde, características quantitativas e qualitativas da força de trabalho e seu mercado de trabalho, o desenvolvimento histórico dos serviços de saúde e de enfermagem e os problemas atuais da profissão na América Latina. Entretanto, esses temas ainda requerem investigações ALMEIDA (1984)<sup>1</sup>, ALMEIDA et alii (1982)<sup>2</sup> e CARVALHO e CASTRO (1979)<sup>3</sup>.

ALMEIDA et alii (1982)<sup>2</sup> e VERDERESE (1980)<sup>16</sup>, participantes do projeto da OPS desde o início dos trabalhos, voltaram seus estudos para a profissão de enfermagem como prática social, inserida na dinâmica da formação econômico-social brasileira. Esse grupo deixou de "considerar a enfermagem como resultado de simples desenvolvimento técnico-científico, como campo neutro com toda a sua normatização e ideário, passando a analisar o trabalho de enfermagem como trabalho socialmente determinado: seus agentes, do que consta esse trabalho, qual o seu objeto, seus instrumentos e finalidades e quais as relações que guarda com o modo de produção capitalista".



| ALMEIDA et alii (1982)<sup>2</sup>, em seus estudos, mencionam que, por suas observações, no Brasil, "A produção de conhecimentos na enfermagem tem estado voltada para os aspectos internos e técnicos da profissão..." Sua análise como prática social tem sido escassa, não permitindo uma visão globalizante dos dilemas e das crises que historicamente tem atravessado." Para os autores a produção científica em enfermagem no Brasil "se restringe a uma análise interna da profissão, sem levar em conta as relações com as instâncias econômica, política e ideológica do modo de produção capitalista". E recomendam aos atuais pesquisadores em enfermagem a análise da prática para que as pesquisas futuras forneçam uma visão ampla da profissão nas diferentes estruturas históricas. |

| Ainda para ALMEIDA et alii (1982)<sup>2</sup>, "a enfermagem caracteriza-se pelo assalariamento, participando direta ou indiretamente da manutenção e recuperação da força de trabalho necessária à reprodução das relações capitalistas". E para SANTOS e VIEIRA (1979)<sup>14</sup>, "o enfermeiro é contratado, não para prestar uma assistência em função das necessidades da população, mas para realizar o que os empregadores determinam". Nesse contexto, "a enfermagem não é identificada como uma profissão, mas sim como força de trabalho assalariada que executa parcelas simples do processo produtivo". |

Ambas as afirmações, embora não tenham sido feitas tendo como objetivo a análise da enfermagem do trabalho, são bastante pertinentes ao nosso estudo.

[A Enfermagem do Trabalho, surgida oficialmente em 1972 (com os auxiliares de enfermagem do trabalho) e em 1975 (com os enfermeiros do trabalho), vem caminhando ao longo destes 17 anos em busca de sua identidade, obtendo sucessos e sofrendo tropeços mas sempre tentando firmar-se como profissão.

Já em 1967, MAGALHÃES E ALVIM 6 afirmavam ser a "saúde ocupacional: um campo aberto ao trabalho da enfermeira". Para as autoras, a enfermeira poderia atuar nos aspectos preventivos e educativos da assistência prestada ao trabalhador.)

Entretanto, há imposições alheias ao próprio campo da enfermagem que impedem uma intervenção do enfermeiro na totalidade da saúde do trabalhador.

No ano de 1979 foi que começaram a surgir os primeiros estudos sobre a enfermagem do trabalho que resultaram em trabalhos acadêmicos.

ROBAZZI (1984)<sup>13</sup> deu início aos estudos específicos das condições de vida, risco e trabalho a que estão sujeitos os trabalhadores no processo de trabalho. Seu objeto de estudo foram os coletores de lixo da cidade de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo. Em suas conclusões, a autora, referindo-se às condições de trabalho e riscos ocupacionais, constatou que 20% dos coletores de lixo percorrem de 40 a 80 quilômetros diários, não se utilizam de equipamentos protetores recebidos e têm afastamentos frequentes do trabalho. Esses afastamentos ocorreram por acidentes de trabalho, sendo que 75% foram por traumas ou lesões em membros superiores ou inferiores, coluna, olhos, quadril e tórax, e também por doenças ou internações hospitalares.

SOUZA 15, em 1980, realizou um estudo exploratório sobre enfermagem do trabalho em empresas da cidade de Belém, no Pará. Em suas conclusões, a autora afirma ser incompleta a equipe de enfermagem das empresas por não contar com o profissional enfermeiro em seu quadro.

Em 1979, a dissertação defendida por QUEIRÓZ 11 versou sobre a "organização de serviços de enfermagem do trabalho". Ao final, a autora sugeriu três modelos operacionais para estruturação do serviço de enfermagem do trabalho.

Foi em 1986 que VIGNALI 17 se preocupou em estudar a enfermagem do trabalho em seus aspectos filosóficos, históricos e de saúde mental. Em suas conclusões, diz a autora da necessidade de que o enfermeiro do trabalho reflita sobre as questões de saúde mental e adote um posicionamento coerente com sua filosofia de vida, para melhor abordar a saúde mental junto aos trabalhadores.

Ainda em 1986, GNUTZMANN 5 estudou as ações preventivas exercidas pelos enfermeiros nas empresas. Em suas principais conclusões constatou que a função predominante dos enfermeiros entrevistados é a assistencial, quase não exercendo funções de prevenção a nível primário.

Os estudos realizados na área de enfermagem são escassos como se viu e são recentes as preocupações dos enfermeiros em estudar o tema, requerendo ainda novos estudos. Mesmo no que se refere aos serviços de enfermagem do trabalho, os estudos são mais descritivos do que analíticos, requerendo que se aprofunde a análise desses serviços e da própria intervenção do enfermeiro do trabalho.

Quanto à análise das condições de saúde dos trabalhadores, a enfermagem tem contribuído menos do que os estudos desenvolvidos por outros especialistas, sendo que nesta área os estudos poderiam ser multidisciplinares, pois interessam a um conjunto de profissionais. COSTA (1981)<sup>4</sup>, estudando especificamente os acidentados do trabalho, apresentou vários casos em que aparece a exploração do trabalho como mercadoria pelo capital e os problemas sobre segurança do trabalho daí decorrentes.

POSSAS (1981)<sup>10</sup>, estudando a política de saúde do trabalhador, enfocou o tema saúde e produção investigando os acidentes de trabalho e as doenças profissionais.

Seu estudo prova que as estatísticas oficiais subestimam o registro dos acidentes do trabalho, alterando seu resultado (sub-registro). O estudo também mostrou, do ponto de vista da organização dos serviços de saúde, as deficiências da assistência médica previdenciária em dar conta das necessidades da saúde do trabalhador.

RIBEIRO e LACAZ (1984)<sup>12</sup> foram os porta-vozes dos trabalhadores e de suas apreensões com a realidade de seu trabalho, através do estudo "De que adoecem e morrem os trabalhadores". Livro nascido no movimento sindical brasileiro através do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT), analisou as principais doenças e os acidentes de trabalho que acometem, os trabalhadores. As preocupações do movimento sindical também foram analisadas, tais como "o sistema previdenciário e de assistência médica, horas extras, turnos e ritmo de trabalho, o trabalho da mulher e do menor".

MENDES (1986)<sup>9</sup> apresentou o trabalho "Doutrina e prática da integração da saúde ocupacional no setor saúde" em que propõe a inclusão da saúde ocupacional na "Política Nacional de Saúde". Alguns de seus trabalhos na área, em que estudou o problema do acidente do trabalho nas pequenas indústrias de São Paulo (1975)<sup>7</sup> e seu livro "Medicina do Trabalho - Doenças Profissionais" (1980)<sup>8</sup> também foram relevantes. MENDES merece destaque por suas realizações no âmbito da saúde ocupacional brasileira.

## 2. Metodologia Empregada

O principal objetivo deste estudo foi:

- Analisar o trabalho do enfermeiro nos serviços de saúde do trabalhador nas empresas.

Dentre os objetivos específicos estão:

- Reconstituir a história e o desenvolvimento dos serviços de saúde do trabalhador e da enfermagem do trabalho.
- Analisar as condições de trabalho do profissional de enfermagem nos serviços de saúde ocupacional das empresas, bem como as concepções e avaliações realizadas por ele sobre aspectos do seu trabalho.
- Analisar a que propósito a enfermagem do trabalho responde em relação à saúde do trabalhador.

Para alcançar os objetivos propostos, esta pesquisa partiu de um estudo empírico de tipo quantitativo e qualitativo. Os dados quantitativos foram obtidos mediante a aplicação de formulário (anexos 4 e 5) aplicados, junto à população de enfermeiros do trabalho das empresas selecionadas, da região de Campinas.

Os dados qualitativos foram obtidos por meio da observação dos serviços de saúde das empresas selecionadas através de visitas realizadas. A participação da autora no grupo de enfermeiros do trabalho (GET) de Campinas também contribuiu para a obtenção dos dados qualitativos.

Com o objetivo de reconstituir a história e o desenvolvimento dos serviços de saúde do trabalhador e da própria enfermagem do trabalho, a autora valeu-se da análise bibliográfica existente e da legislação sobre o assunto.

Não se elaborou um estudo histórico em profundidade, uma vez que a reconstituição da enfermagem do trabalho demandaria, por si só, um estudo específico.

### 3. Seleção da População

- Estudo da população total de enfermeiros do trabalho atuantes em serviços de saúde das empresas da região de Campinas, Estado de São Paulo. A escolha recaiu na referida região pelas justificativas a seguir:
  - . grande pólo industrial

- . mercado de trabalho favorável, pela existência de empresas de grande porte, onde existem enfermeiros com maior frequência, devido à legislação vigente (anexo 3).

Para estudar essa população de enfermeiros utilizamos formulário, após levantamento das empresas com número igual ou superior a 100 empregados, dos 18 municípios que compõem a região do governo de Campinas, na divisão político-administrativa do Estado de São Paulo.

A escolha dessa divisão político-administrativa baseou-se na proposta implantada em 1982 pelo então governador Franco Montoro, quando redividiu o Estado em 42 regiões, visando à melhoria da administração através da descentralização estadual.

A região do governo de Campinas ficou composta pelos seguintes municípios que entraram na composição deste estudo:

- |                   |                            |
|-------------------|----------------------------|
| 1. Americana      | 10. Monte Mor              |
| 2. Artur Nogueira | 11. Nova Odessa            |
| 3. Campinas       | 12. Paulínia               |
| 4. Cosmópolis     | 13. Pedreira               |
| 5. Indaiatuba     | 14. Santa Bárbara d'Oeste  |
| 6. Itapira        | 15. Santo Antonio da Posse |
| 7. Jaguariúna     | 16. Sumaré                 |
| 8. Mogi-Guaçu     | 17. Valinhos               |
| 9. Mogi-Mirim     | 18. Vinhedo                |

Quanto à escolha de empresas com 100 ou mais funcionários baseou-se na legislação vigente (anexo 3) que obriga as empresas a contratarem médicos do Trabalho em regime parcial de três horas diárias ao contarem com 101 ou mais empregados em seus quadros. Seria mais lógico, portanto, esperar encontrar enfermeiros atuando nas empresas somente após o serviço de saúde da empresa estar em funcionamento.

Para localização das empresas inclusive com endereços, a autora recorreu ao "Anuário das Indústrias do Brasil" editado pela FIESP-CIESP, de 1984.

Selecionadas 500 empresas primeiramente, enviou-se uma carta em que o principal objetivo era pesquisar a existência ou não do profissional enfermeiro no quadro de empregados da empresa.

Após análise das 108 cartas respondidas (21,6%), levantamos o universo dos Enfermeiros do Trabalho que seriam utilizados para a pesquisa (Tabela 1).



TABELA 1 - Número de enfermeiros atuantes nas empresas da região de Campinas, 1987.

MUNICÍPIO	NÚMERO DE ENFERMEIROS	%
1. Americana	02	6,66
2. Campinas	13	43,33
3. Indaiatuba	01	3,33
4. Itapira	01	3,33
5. Jaguariuna	03	10,00
6. Mogi-Guaçu	02	6,66
7. Paulínia	02	6,66
8. Sta. Bárbara d'Oeste	01	3,33
9. Sumaré	02	6,66
10. Valinhos	01	3,33
11. Vinhedo	02	6,66
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Com autorização das chefias já constante da carta-resposta recebida, enviaram os formulários aos 30 enfermeiros localizados. Os formulários, enviados por correio ao endereço profissional do enfermeiro, foram acompanhados por contatos telefônicos ou pessoais para maiores esclarecimentos. Tivemos assim maior colaboração dos profissionais envolvidos, obtendo-se o seguinte resultado (TABELA 2).

TABELA 2 - Formulários enviados e respondidos. Campinas, 1987.

FORMULÁRIOS	Nº	%
1. Respondidos	25	83,34
2. Não respondidos	05	16,66
TOTAL	30	100

Constituiu-se assim o universo que participaria da pesquisa e que correspondeu aos 25 (83,84) enfermeiros. Esses enfermeiros trabalhavam em 21 serviços de saúde de empresas da região de Campinas.

Registre-se o fato de que a recusa verificada e a consequente não devolução dos 5 (16,66) formulários deveu-se ao fato de as chefias, após leitura do mesmo, não autorizarem a resposta. O motivo alegado, entre outros, foi que algumas respostas comprometiam a empresa, apesar de que o sigilo havia sido um compromisso da autora para com a empresa, já em seu primeiro contato.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, M.C.P. Estudo do saber da enfermagem e sua dimensão prática. Rio de Janeiro, 1984 (tese de doutoramento - Esc. Nac. de S. Pública - Rio de Janeiro), 179 pgs. ✓
2. ALMEIDA, M.C.P. et alii. Contribuição ao estudo da prática da enfermagem no Brasil. Ribeirão Preto - SP, 1982 (mimeografado), 60 pgs. ✓
3. CARVALHO, V. & CASTRO, I.B. Reflexões sobre a prática da enfermagem. In: Congresso Brasileiro de enfermagem, XXXI, Fortaleza, 1979, Anais. Brasília, 51-59.
4. COSTA, M.R. As vítimas do capital: os acidentados do trabalho. Rio de Janeiro, Achiamé, 1981, 117 p.
5. GNUTZMANN, M. Dimensão das ações de prevenção primária exercidas pelo enfermeiro do trabalho. Rio de Janeiro, 1986 (Tese de Mestrado - Uni - Rio), 95 pgs.
6. MAGALHÃES, M.M. & ALVIM, E.F. Saúde ocupacional: Um campo aberto ao trabalho da enfermeira. In: Rev. Bras. Enf. 1967 20(4), Agosto, pgs. 373-382. ✓

7. MENDES, R. Importância das pequenas empresas industriais no problema de acidentes do trabalho em São Paulo. São Paulo (Dissertação de Mestrado. F.S. Pública - USP), 91 pgs.
8. MENDES, R. Medicina do Trabalho - Doenças profissionais. São Paulo, Savier, 1980.
9. MENDES, R. Doutrina e prática da integração da saúde ocupacional no setor saúde: contribuição para a definição de uma política. São Paulo, 1986 (Tese Livre Docência - F.S.Pública - USP) 384 pgs.
10. POSSAS, C. Saúde e trabalho: a crise da previdência social. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1981, 324 pgs.
11. QUEIROZ, V.M. Organização de Serviços de enfermagem do trabalho. São Paulo, 1979 (Tese de Mestrado - Fac. Saúde Pública - USP).
12. RIBEIRO, H.P. & LACAZ, F.A.C. (org.) De que adoecem e morrem os trabalhadores. São Paulo, DIESAT, 1984, 236 pgs.
13. ROBAZZI, M.L.C.C. Estudo das condições de vida, trabalho e riscos ocupacionais a que estão sujeitos os coletores de lixo da cidade de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo. Ribeirão Preto, 1984 (Tese de Mestrado - USP), 132 pgs.

14. SANTOS, I. & VIEIRA, C.A.B. Análise crítica da prática atual de enfermagem no país. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, XXXI, Fortaleza, 1979. Anais. Brasília, 85-91.
15. SOUZA, M.S.B. Enfermagem do trabalho: um estudo exploratório em empresas na cidade de Belém. Rio de Janeiro, 1980 (Tese de Mestrado - Ana Neri), 109 pgs.
16. VERDERESE, O. Análisis de la enfermería en la América Latina. In: Organización Panamericana de La Salud, Antología de experiencias en servicio u docencia en enfermería en América Latina. Washington, EUA, 1980, v.393, p.1-17.
17. VIGNALI, E.M. Enfermagem do trabalho: reflexão sobre aspectos filosóficos, históricos e de Saúde Mental. Ribeirão Preto, 1986 (Tese de Mestrado-USP), 117 pgs.

C A P Í T U L O   I I

OS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS EMPRESAS

## OS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS EMPRESAS

### 1. Histórico dos Serviços

A assistência médica ao trabalhador, principalmente no Estado de São Paulo, é originária da década dos anos 20, quando no auge da economia cafeeira houve uma aceleração da urbanização e do desenvolvimento industrial.

Nessa época, quando os problemas de saúde pública estavam comprometendo o processo de acumulação capitalista, movimentaram-se os empresários buscando formas de atendimento que ficassem vinculadas aos interesses das empresas.

A escassez relativa da mão-de-obra fazia com que os empresários se unissem, visando a atrair e reter os trabalhadores, e a política dos benefícios sociais suplementava a remuneração inferior dos operários brasileiros e dos imigrantes estrangeiros. SINGER (1986)21.

A assistência médica na fábrica aparece então como benefício e atrelada ao conjunto de serviços sociais da empresa que cuidam também da abertura de creches, jardins de infância, armazéns, igrejas, restaurantes e até mesmo das casas para os operários. Segundo DEAN (1971)7 "até certo ponto, os empresários paulistas suplementavam a remuneração inferior dos trabalhadores com vários benefícios..." Não transparece, todavia, que a administração da empresa dirigisse esses serviços com prejuízo, pois todos os benefícios eram deduzidos do ganho dos operários e o salário real mantinha-se próximo ao nível de subsistência. Também os be-

benefícios oferecidos eram atrelados ao bom comportamento dos trabalhadores já que "eram negados a quem quer que participasse "direta ou indiretamente" de uma greve". BRAGA e PAULA (1981) 3, DEAN (1971) 7.

A assistência médica da empresa vem então caminhando ao longo da história, sempre como benefício deduzido do salário do trabalhador e mantendo um médico responsável que praticamente fazia da empresa uma extensão de seu consultório. Para auxiliar o médico, a empresa colocava um funcionário que administrava o ambulatório e substituía o médico em sua ausência. Esse funcionário era treinado pelo próprio médico. BEBRIKOW (1967)1.

Foi então na década dos anos 70 que esse caráter meramente assistencial do serviço de saúde ao trabalhador (que na zona rural, com as grandes usinas de açúcar, assistia também sua família) passou a ser encarado pelos empresários como controle e recuperação da força de trabalho, visando a maior produtividade da empresa.

Alguns fatores contribuíram para essa mudança de política dos empresários sobre a finalidade do serviço de saúde na empresa.

Em primeiro lugar, o desenvolvimento de nossas indústrias, como regime capitalista de produção que foi intensificado a partir de 1956 com o bloco de investimentos produtivos que compunha o chamado plano de metas do período J K. BRAGA e PAULA (1981)3. Juntamente com o desenvolvimento das indústrias brasileiras, os capitalistas estrangeiros trouxeram para o Brasil filiais de suas indústrias, aproveitando-se da abertura do país ao investimento externo.



Em segundo lugar, em 1972, surge a lei que torna obrigatório o serviço de saúde nas empresas (Portaria 3.237, de 27/07/72)<sup>4</sup>, agora intitulado Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT. Com o caráter já agora obrigatório do SESMT e com a contratação de pessoal especializado em Segurança e Medicina do Trabalho, as empresas procuraram estruturar esse serviço, que passou gradativamente, de apenas assistencial e benéfico, a ter função bem mais ampla.

Para POSSAS (1981) 16, o serviço médico de empresas que haviam nascido com uma característica essencialmente curativa "passou desde então por profundas transformações, tanto nas relações de trabalho entre o médico e a empresa quanto no que diz respeito à sua conduta clínica, na medida em que esta passava a se ajustar cada vez mais às necessidades do sistema produtivo, assumindo um caráter cada vez mais preventivo"... preventivo no sentido de que passa a atribuir importância cada vez maior ao processo de seleção da mão-de-obra.

E é com esse caráter bem mais amplo, em que os SESMT não respondem pela totalidade da saúde do trabalhador e sim pelo que interessa aos empresários, que os serviços passam também a se relacionar com a previdência social através dos convênios e com os grupos médicos pela compra de serviços complementares de que necessitam, como, por exemplo, a seleção do pessoal a ser contratado pelas empresas. Note-se que os serviços atualmente são fiscalizados pelo Ministério do Trabalho e estão à margem do Sistema Nacional de Saúde, em vigor.

## 2. A Institucionalização dos Serviços

Em 1943, Getúlio Vargas, bastante pressionado pelos movimentos populares e apoiado pelos industriais, profundamente sensíveis aos seus esforços para controlar os trabalhadores, promulgou a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT.

O Decreto-Lei 5.452, de 01/05/1943 - CLT, que tratou e ainda trata (pois continua em vigor, com inúmeras modificações) das relações de trabalho entre empregadores e empregados, incluiu, no capítulo V do Título II, a Segurança e Higiene do Trabalho. Mas esse capítulo, quando se referiu a Higiene Industrial, não incluiu nenhum dispositivo referente à criação dos serviços de saúde nas empresas brasileiras.

Foi somente em 28/02/67, pelo Decreto-Lei nº 229, que esse serviço foi instituído. Diz o capítulo V, artigo 164, do Decreto 229: "As empresas enquadradas nas normas do Departamento Nacional de Segurança e Higiene do Trabalho deverão manter, obrigatoriamente, Serviço Especializado em Segurança e em Higiene do Trabalho". E em seu parágrafo 1º o decreto deixa a critério do Ministério do Trabalho definir as características do pessoal especializado em Segurança e Higiene do Trabalho que vai atuar nas empresas abrangidas. Essa determinação de funcionamento e de características do pessoal especializado que iria atuar no serviço só foi possível com a regulamentação da portaria em 27/07/72, pela Portaria 3.237 do Ministério do Trabalho.

Portanto, ficou como marco do surgimento do Serviço Especializado de Saúde e Medicina do Trabalho - SESMT (nome oficial) no interior de nossas empresas o ano de 1972, sabendo-se que a Portaria 3.237 foi inspirada pela recomendação sobre os serviços de Medicina do Trabalho de nº 112 da Organização Internacional do Trabalho - OIT, de 1959. MENDES (1986)11; MENDES e FERREIRA Jr. (1984)14; NOGUEIRA (1967) 15.

Essa legislação de 1972 influenciou e até mesmo ditou normas no campo da Saúde Ocupacional Brasileira, criando inclusive um mercado de trabalho e uma nova especialização para os profissionais envolvidos.

O surgimento da portaria de 1972 deu-se em pleno "milagre econômico" (1968-1973), que foi um processo de superacumulação de capital paralelo à inserção da economia brasileira na chamada economia internacional. Para TRAGTENBERG (1979) 22, isso se deu com base na "superexploração da força de trabalho, tendo como ponto de partida a desorganização da mão-de-obra através da repressão a seus organismos representativos, intervenção em sindicatos, cassações políticas. Impossibilitada de organizar-se ante a investida do capital mediada pelo Estado, a mão-de-obra perdeu muitos dos direitos sociais adquiridos através das lutas que remontam a 1930".

Continuando, o autor acrescenta que a exploração do trabalhador se deu mediante o pagamento de baixos salários, revezamento turnos, ritmo de trabalho, horas extras e más condições de trabalho.

Devido à intensa exploração a que se submetia a força de trabalho e ao intenso ritmo de trabalho para garantir a produtividade, aliados às precárias e inseguras condições de trabalho em diferentes ramos de produção, elevam-se os acidentes, considerados verdadeiros "fantasmas" para o discurso governamental, a ser combatidos. (Vide Tabela 3 - Capítulo III)2.

E o governo, para se ver livre de tão grande incômodo (o título de "Campeão Mundial de Acidentes do Trabalho"), adota medidas que vão culminar com o surgimento da Portaria 3.237/72, do Ministério do Trabalho, estabelecendo a obrigatoriedade de manter serviços especializados em segurança, higiene e medicina do trabalho nas empresas (SESMT).

Também com o surgimento da portaria de 1972 a taxa de crescimento econômico ultrapassou os 11% ao ano e vamos encontrar 53,26% da população economicamente ativa - PEA - recebendo salário mínimo, o qual sofreu manipulação em seus dados oficiais (1973-74), tendo-se imposto uma perda real de 34,1% nos salários do conjunto da classe trabalhadora do país. KRISCHKE (1982) 9.

No cenário político brasileiro a ditadura militar iniciada com o golpe de 31/03/1964 instituindo no país um regime de força, lança em 1968 o ato institucional nº5 (presidente Costa e Silva) e aciona ainda maior repressão.

A contenção das forças populares e o surgimento de legislações anômalas levam o trabalhador a assistir passivamente ao que lhe acontecia. O direito de greve foi abolido, o desconto do salário dos trabalhadores passou de 3% a 8% de contribuição, o sistema de estabilidade no emprego foi substituído em 1967 pelo Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS.

Para POSSAS (1981)16, "o FGTS passou a constituir um dos mecanismos de contenção salarial, pois favoreceu a dispensa dos trabalhadores, estimulou a rotatividade e fez com que, em cada emprego novo, o trabalhador recebesse remuneração inferior ao emprego anterior". Os operários passam a compensar os baixos salários através de horas extras, significando com isso um aumento de desgaste de sua capacidade de trabalho e um esgotamento cada vez mais acelerado de suas condições psicofísicas. Para o capitalista não existia nem a necessidade de pressionar os operários de forma explícita para fazer hora extra, pois os baixos salários fornecidos serviam como verdadeiros "estímulos". Também o operário passou a negociar com o dono do capital as suas férias, trocando-as por dinheiro. E é assim que o capitalista, apoiado pelo próprio governo, se apropriou de "mais valia absoluta" do operário. COSTA (1981) 6.

E para apropriar-se da "mais-valia relativa" do trabalhador a utilização de máquinas e equipamentos que elevam a produtividade do trabalho foi sempre um dos objetivos do empresário, que passou a não considerar os efeitos da exploração do trabalho sobre a saúde dos operários, BRAGA (1981) 3.

Nas considerações iniciais que justificaram a Portaria 3.237/72, o Ministério do Trabalho usou argumentos técnicos como definir as características dos profissionais que iriam atuar no serviço de saúde ocupacional, quanto às atribuições, às qualificações e à proporção relacionada ao número de empregados. Também levou em consideração a exposição aos riscos profissionais a que os empregados estariam sujeitos no interior das fábricas, deter-

minando o número de pessoal especializado relativo ao número total de empregados e o risco que o mesmo corre no processo de produção.

Esses argumentos técnicos utilizados pelo governo como justificativa para a implantação dos serviços procuravam ocultar os problemas conjunturais existentes no mercado de trabalho, e, o mais importante, amenizar, problemas oriundos do processo de trabalho altamente expoliativo da força de trabalho.

A política do Ministério do Trabalho, de cálculo de pessoal especializado para atuação no SESMT (Portaria 3.237/72), limitou a atuação da saúde ocupacional somente às grandes empresas estratégicas dentro do ciclo de acumulação capitalista do "milagre brasileiro". Tal política de governo se chocou com o que mostraram estudos posteriores: era nas pequenas e médias empresas que ocorria o maior número de acidentes em geral. MENDES (1975)<sup>12</sup>, POSSAS (1981)<sup>16</sup>. Esse objetivo foi ratificado quando, nos artigos 10 e 13 da legislação 3.237/72, o legislador afirmou que o serviço de saúde ocupacional deve atuar visando a continuidade operacional e ao aumento da produtividade das empresas. LA-CAZ (1983) 10. Portanto, já na primeira legislação sobre o serviço de saúde ocupacional nas empresas, a legislação deixava subjacente a preocupação com o controle da força de trabalho, visando a aumentar a produtividade.

### 3. A Legislação dos Serviços

Concentrando a análise a partir dos anos 70 pela Portaria 3.237/72, notamos que a legislação que criou o serviço de saúde nas empresas também estipulou o número mínimo de pessoal especializado que atuaria no SESMT (anexo 1) 4.

Observando o anexo 1, nota-se que a lei graduou "o risco" que o operário corre no desenrolar de seu trabalho. Com essa graduação do risco profissional, a legislação passa a reconhecer como existente esse risco, que pode ser mais ostensivo ou menos ostensivo, mas está sempre presente no processo de trabalho. Embora esse reconhecimento por parte da legislação seja uma forma de proteção ao trabalhador, também leva o empregador a aceitar como inerente ao trabalho o risco que seus empregados venham a correr no processo de trabalho, submetendo-os a condições extremas de periculosidade. E o risco passa a ser encarado não como causado por um processo de produção baseado na maior quantidade possível de extração da "mais-valia", mas causado por falhas e deficiências, ao nível pessoal do operário (ato inseguro). E o Estado passa, através da legislação, a afastar do capitalista a responsabilidade pelos acidentes do trabalho, acionando mecanismos (seguros previdenciários) para amparar as "vítimas" do desenvolvimento capitalista. E a análise das causas do acidente é relegada a segundo plano, não sendo questionadas as condições e motivos que geraram os infortúnios, pois estes se apresentam como algo natural, fatal e inevitável. COSTA (1981) 6.

Quando publicada, a Portaria 3.237/72 estipulou em seu artigo 16 (dezesseis) a data para início do funcionamento do SESMT: - 1º de janeiro de 1975. Como justificativa por mais de 02 (dois) anos de espera para entrar em vigor essa legislação, invocou-se o tempo necessário para formação de profissionais especializados em saúde ocupacional. A formação desses profissionais ficou sob a responsabilidade da Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho - Fundacentro - instituída pela Lei 5.161, de 21/10/66, e vinculada ao Ministério do Trabalho a partir de 1974. 11.

Em 23/12/1974, faltando apenas 8 dias para a legislação 3.237/72 entrar em vigor, foi baixada nova portaria, de nº 3.442, adiando para 1º de janeiro de 1976, portanto mais um ano depois, a aplicação integral do dispositivo que criou o SESMT. Como justificativa para o adiamento, o então ministro do Trabalho Arnaldo Prieto alegou que, "apesar dos esforços realizados na formação de recursos humanos, o número de técnicos não é suficiente para atender, em todo o território nacional, às exigências legais" 18. Segundo alguns autores, houve grande pressão por parte dos empresários junto ao governo para que a Portaria 3.237/72 não entrasse em vigor. COSTA (1981)5. RIBEIRO E LACAZ (1984)17.

Novamente, na véspera de entrar em vigor a legislação 3.237/72 (já então modificada em alguns dispositivos pelas portarias 3.089/73 e 3.442/74), foi substituída pela Portaria 3.460, de 22/12/1975, e que passou a vigorar em 01/01/76. (vide anexo 2) 4.



A legislação 3.460/75 trouxe modificações nas categorias de risco dos SESMT (compare anexos 1 e 2), atenuando exigências da lei anterior. Essas modificações, plenamente favoráveis ao empregador, somente foram possíveis por influência e pressões dos mesmos junto ao legislador.

Como exemplo das consequências advindas das modificações nas categorias de risco ocasionadas pela Portaria 3.460/75, podemos citar uma empresa que possuía entre 501 e 1.000 empregados, classificada na Portaria 3.237/72 como de "grande risco" e que precisava manter 01 (um) auxiliar de enfermagem do trabalho e 01 (um) médico do trabalho em tempo integral, no SESMT. Com a Portaria 3.460/75, ao ser classificada como "grau de risco 3 (três)", passa a manter somente 1 (um) médico do trabalho em tempo parcial (compare anexos 1 e 2). Portanto, ao alterar as categorias de risco, a legislação 3.460/75 desobrigou um grande número de empresas de possuírem serviços de saúde ocupacional, deixando a descoberto no mínimo 65% da força de trabalho empregada, MENDES (1986) 11, MENDES (1980) 13.

Nota-se também na legislação 3.460/75 que a preocupação já presente na Lei 3.274/72 continuava. A legislação, no artigo 17 menciona como uma das finalidades do SESMT o cuidado com a saúde do trabalhador visando à continuidade operacional e ao aumento da produtividade. Sobre a atuação do SESMT, "têm sido frequentes as denúncias do movimento sindical sobre o caráter da atuação do SESMT, pelo seu papel de controle da força de trabalho, ao fazê-la retornar o mais breve possível para a produção..." RIBEIRO e LACAZ (1984) 17.

OLIVEIRA e TEIXEIRA (1981) 8 afirmam que "existe um papel importante, do ponto de vista dos empresários, a ser desenvolvido por uma seção médica no interior das empresas". E cita a seleção de pessoal, possibilitando a escolha de uma mão-de-obra geradora de menos problemas futuros com o absenteísmo e suas consequências (interrupção da produção, gastos com obrigações sociais etc.). Cita também o controle do absenteísmo na força de trabalho já empregada, analisando os casos de doenças, faltas, licenças, obviamente com mais cuidado e maior controle por parte da empresa do que quando essa função é desempenhada por serviços médicos externos a ela - por exemplo, da Previdência Social. Outro aspecto analisado pelos autores é o da possibilidade de obter um mais rápido retorno da força de trabalho à produção, com o apoio do SESMT.

#### 4. As Novas Exigências da Legislação

A legislação brasileira sobre saúde ocupacional não parou aí. Em 1977, o presidente Ernesto Geisel promulgou a Lei nº 6.514, de 22/12/1977, que alterou o capítulo V do título II da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, de 1943. Esse capítulo alterado e que trata da Segurança e Medicina do Trabalho, bastante modificado pela lei de 1977, atribuiu maiores poderes ao Ministério do Trabalho que em 08/06/1978, através da Portaria nº 3.214, aprovou as normas regulamentadoras - NR - que passaram a vigorar a partir de sua publicação (06/07/1978) revogando a Portaria 3.460/75.

As normas regulamentadoras - NR -, em número de 28, todas relativas à Segurança e Medicina do Trabalho, obrigaram todas as empresas que possuam empregados regidos pela CLT a acatar as suas determinações, 19, 20. Essas normas regulamentadas por portarias são passíveis de modificações e mais dinâmicas, mas o seu mais sério inconveniente é que as modificações estão sujeitas a pressões e interesses dos grupos sociais mais próximos ao centro de decisão e poder, no caso, os donos do capital. Esse fato fica evidenciado pela elevação dos limites de tolerância adotados para agentes comprovadamente nocivos à saúde do trabalhador, como o caso do asbesto, que foi elevado para o dobro em relação à legislação americana. Estudos revelam que as fibras do asbesto ocasionam aparecimento de fibrose intersticial, espessamento e derrame pleural, câncer pulmonar e asbestose. No Brasil temos mais de 20 mil trabalhadores expostos. RIBEIRO e LACAZ (1984) 17.

No caso específico do asbesto, merece ser mencionado o fato de que em muitos países a sua exploração e industrialização foi proibida pelo perigo que representa e que os mesmos países passaram a incentivar essa exploração e industrialização em suas filiais do Terceiro Mundo. Também deve ser comparado o trabalhador americano exposto ao asbesto e o nosso trabalhador. O trabalhador americano, além de melhores condições de vida e de saúde, possui jornada de trabalho inferior à nossa e não faz horas extras habituais e com caráter praticamente obrigatório, sendo portanto menos exposto aos agentes nocivos à sua saúde. RIBEIRO e LACAZ (1984) 17.

Limitando-se a análise da norma regulamentadora 4 - NR 4 - a que se refere especificamente aos SESMT, 19, notamos que a preocupação da legislação quanto à continuidade operacional e ao aumento da produtividade não mais era explicitada provavelmente por causa das críticas recebidas, advindas dos diversos profissionais estudiosos do assunto. Agora, o discurso oficial limitava-se à preservação da integridade física e mental do trabalhador, promovendo a sua saúde, bem como a melhoria das condições e do ambiente de trabalho".

Os SESMT passaram então a ser vistos como órgãos técnicos cujo objetivo é o bem-estar do trabalhador. Para atingir tal objetivo recebeu poderes através da Lei (NR4) 19, sobre programação e execução de planos de proteção da saúde dos trabalhadores, sobre estudo das causas médicas do absenteísmo com elaboração de propostas de medidas para o seu controle, sobre manutenção de registros sistemáticos de todas as ocorrências referentes à saúde de cada empregado, sobre realização de exames pré-admissionais, periódicos e especializados.

Com tais poderes, os SESMT passam a controlar as atividades do trabalhador no interior das fábricas. Esses poderes, que lhe chegam pela delegação do Estado a sua empresa, fazem do SESMT um colaborador do empresário, mantendo a higidez da força de trabalho no seio do processo de produção. E essa subordinação aos interesses da produção contribui para tolher uma atuação mais efetiva dos profissionais dos SESMT na medida em que são também empregados da empresa e não dispõem de garantias externas, já que estão completamente dissociados dos sistemas de saúde vigentes

no país. LACAZ (1983) 10; MENDES (1986) 11. Essa assistência à saúde muitas vezes resulta para o trabalhador em altas médicas forçadas, restrições aos exames complementares necessários, controle rígido das ausências ao trabalho (absenteísmo), quando não na obrigatoriedade de manter-se no trabalho em condições de saúde insatisfatórias. RIBEIRO e LACAZ (1984) 17; TRAGTENBERG (1979) 22.

Atualmente, com a legislação 3.214/78 em pleno vigor, tivemos somente algumas NR alteradas, 19.

A NR4 já mencionada e que mais nos interessa no presente estudo sofreu algumas modificações pelas portarias nº 33 e 34 de 1983, 19. E o dimensionamento dos SESMT é atualmente regido pela Portaria 34/83, conforme o anexo 3 demonstra.

Ao observar o anexo 3, notamos que a legislação permaneceu desfavorável ao empregado, pois, efetivamente, só empresas com 501 empregados ou mais é que estão sendo obrigadas a ter SESMT. Esse fato mostra que o poder de pressão dos empregadores continua presente. Também demonstra o descaso do poder público para com os trabalhadores.

Para MENDES (1986) 11, a existência do SESMT é ainda extremamente limitada, provavelmente não ultrapassando uns 2% de todos os estabelecimentos de trabalho e uns 35% da força de trabalho empregada, no caso de estabelecimentos industriais, e certamente menos, em estabelecimentos comerciais e de serviços. Também por observações em campo nota-se que, nesses 2% dos estabelecimentos com serviços de saúde montados e em funcionamento, muitos exercem apenas saúde curativa, aplicando medicações ou trata-

mentos paliativos que possibilitem o imediato retorno do empregado ao trabalho. RIBEIRO e LACAZ (1984) 17.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BEBRIKOW, B. et alii. Medicina do Trabalho. In: S. Hoiler Manual de Relações Industriais, 1967
2. BOLETIM ESIAIÍSIICO. FUNDACENTRO, São Paulo, 12 (set), 1986, 43 pgs.
3. BRAGA, J.C.S. & PAULA, S.G.P. Saúde e previdência - estudos de política social. São Paulo, Cebes - Hucitec, 1981, 226 pgs.
4. BULHÕES, I. Enfermagem do trabalho. Rio de Janeiro, 1976, 262 pgs.
5. COSTA, J.L.R. Evolução histórica da medicina do trabalho. In: Cadernos dos Cebes - Debates em saúde. 2, Campinas, 1981, pgs. 1-6.
6. COSTA, M.R. As vítimas do capital: os acidentados do trabalho. Rio de Janeiro. ACHIAMÉ, 1981, 117 pgs.
7. DEAN, W. A industrialização de São Paulo. 3a. ed., São Paulo, DIFEL, 1971, 169 pgs.

8. GUIMARÃES, R. (org.) Saúde e Medicina no Brasil. 3a. ed., Rio de Janeiro, Graal, 1981, 196 pgs.
9. KRISCHKE, P.J. (org.) Brasil do "milagre" à "abertura". São Paulo, Cortez, 1982.
10. LACAZ, F.A.C. Saúde no trabalho. São Paulo, 1983, (Dissertação de Mestrado - FCM - USP) 141 pgs.
11. MENDES, R. Doutrina e prática da integração da saúde ocupacional no setor saúde: contribuição para a definição de uma política. São Paulo, 1986. (Tese Livre-Docência - FSP USP). 384 pgs.
12. MENDES, R. Importância das pequenas empresas industriais no problema de acidentes do trabalho em São Paulo. São Paulo, 1975, 91 pgs. (Dissertação de Mestrado - FSP - USP). 91 pgs.
13. MENDES, R. Trabalho e saúde no Brasil. Rev. de Cultura Vozes, 3 (abril), 1980, pgs.189-197.
14. MENDES, R. & FERREIRA JR., Y.M. Medicina do trabalho no Brasil: Análise da situação atual e tendências. Iemas - IMESC. Soc. Dir. Saúde. São Paulo, 1 (2) 1984, p.83-92.



15. NOGUEIRA, D.P. Serviços médicos de empresas industriais no município de São Paulo. São Paulo, 1967. (Tese de Doutorado - FSP - USP). 147 pgs.
16. POSSAS, C.A. Saúde e trabalho: a crise da previdência social. Rio de Janeiro, Graal, 1981, 324 pgs.
17. RIBEIRO, H.P. & LACAZ, F.A.C. (Org.) De que adoecem e morrem os trabalhadores. São Paulo, DIESAT, 1984, 236 pgs.
18. SAAD, E.G. Acidentes, higiene e segurança do trabalho. 4a. ed. São Paulo, Fundacentro, 1975.
19. SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO. 9a. ed., São Paulo, Atlas, 1985 (Manuais de Legislação Atlas, 16) 310 pgs.
20. SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO. São Paulo, IOB, 1983, 340 pgs.
21. SINGER, P. A FORMAÇÃO DA CLASSE OPERÁRIA: 3a. ed., Campinas-SP, ed. UNICAMP, 1986, 76 pgs.
22. TRAGTENBERG, M. Violência e trabalho através da imprensa sindical. In: Educação e Sociedade. São Paulo, Cortez, 1979, p.87-119.

CAPÍTULO III

AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR

## As Condições de Saúde do Trabalhador

### 1. O Desgaste do Operário

Em um sistema social em que a grande maioria da população dispõe apenas da própria força de trabalho para garantir sua subsistência, o corpo é visto fundamentalmente como instrumento de trabalho. A doença representa então uma dupla ameaça, tanto no sentido de afetar sua saúde como sua capacidade produtiva. PICALUGA (1983) 11 relaciona três aspectos como determinantes para o desgaste da saúde do trabalhador e de sua família.

- Condições gerais de vida: sua alimentação, habitação, vestuário, lazer, padrão de vida (bens de consumo individualizado ou familiar obtido pelo salário) e transportes, saneamento, urbanização, educação, assistência médica preventiva e curativa, segurança social, etc. (bens de consumo coletivo dependentes do Estado).
- Relações de trabalho: jornada de trabalho (número de horas trabalhadas, horas extras obrigatórias), tipo de contrato, forma de controle, folgas, refeições, etc.
- Processo de trabalho: riscos que levam ao desgaste por exposição a agentes nocivos à saúde durante o desempenho da atividade laboral, tais como agentes físicos (luz, ruído, umidade, temperatura, radiações, vibra-

ções, traumatismos, etc.), agentes químicos (pó, líquidos, gases ou vapores tóxicos) e agentes biológicos (vírus, bactérias, etc.).

Também como exploração da força de trabalho o autor (1983) 11 cita o ritmo da produção, monotonia das atividades realizadas, movimentos forçados e pesos excessivos, falta de manutenção das máquinas e outros.

Ao analisar o Brasil, em meados da década de 70, saindo da euforia do "milagre econômico", vamos encontrar sua população concentrada nos grandes centros industriais devido à migração de polos não industrializados e também ao grande êxodo do homem do campo em busca de condições melhores de vida de trabalho. Esse crescimento desordenado da população urbana trouxe como consequência o "inchaço" de nossas cidades, surgindo a grande problemática das habitações (favelas).

O nosso operário recentemente incorporado à produção e cuja formação básica anterior era a agricultura se exauria por horas e horas de trabalho em máquinas ultrapassadas e perigosas, sujeito a ver a sua saúde e integridade física ameaçadas. Ao terminar sua jornada de trabalho, muitas vezes após fazer horas extras impostas pelo dono do capital, voltava para casa cansado e malnutrido, sofrendo todas as deficiências da infra-estrutura urbana e esgotando-se em uma rede de transporte ineficaz e também geradora de acidentes.

Sabemos que os próprios "índices" gerais de mortalidade a que os operários estão submetidos são condicionados não só pelo

tipo de desgaste que sofrem diretamente no processo produtivo mas também pela depauperação física e psíquica que sofrem em seu cotidiano. COSTA (1981) 3.

Também RIBEIRO (1986) 13, assinala que nos setores menos capitalizados (micro, pequena e média empresas), os processos de produção de trabalho são mais precários, sendo pior a manutenção da força de trabalho, devido aos baixos salários e a seu desgaste mais violento e literal, que a consome pelo atrito, isto é, pela fricção dos dois corpos-máquina e homem-resultam em acidentes e mortes no trabalho.

Esse panorama brasileiro da década dos anos 70 que se prolonga até os nossos dias faz crescer junto com o operário e sua família o grande "medo" de ser incorporado ao "exército industrial de reserva" em que estão os sem-terra, os desempregados, os subempregados e os acidentados do trabalho.

## 2. Os Acidentes do Trabalho

Inúmeros autores, como COSTA (1981) 2, MENDES 8, 9, 10, RIBEIRO E LACAZ (1984) 14, atribuem o surgimento da Portaria 3.237/72 que criou o SESMT aos altos índices de acidentes do trabalho, ao custo elevado desses acidentes para a economia brasileira e à situação incômoda em que o Brasil se encontrava, sendo intitulado "Campeão Mundial de Acidentes do Trabalho" (Tabela 3).

TABELA 3 - ACIDENTES DO TRABALHO OCORRIDOS NO BRASIL, REGISTRADOS  
PELA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 1968-1985.

ANO	Nº TRABALHADORES SEGURADOS	Nº ACIDENTES OCORRIDOS	INCIDÊNCIA (%)
1968	3.603.489	454.097	12,60
1969	7.268.449	1.059.296	14,57
1970	7.284.022	1.220.111	16,75
1971	7.553.472	1.330.523	17,61
1972	8.148.987	1.504.723	18,47
1973	10.956.956	1.632.696	14,90
1974	11.537.024	1.796.761	15,57
1975	12.996.796	1.916.187	14,74
1976	14.945.489	1.743.825	11,67
1977	16.589.605	1.614.750	9,73
1978	18.500.000	1.551.501	8,39
1979	20.322.500	1.444.627	7,11
1980	23.782.216	1.464.211	6,16
1981	24.448.118	1.270.465	5,20
1982	20.668.220	1.178.472	5,70
1983	22.562.301	1.003.115	4,45
1984	25.065.494*	961.575	3,84
1985	27.321.388*	1.075.165	3,94

FONTE: INPS - FUNDACENTRO (1986) 5

(\*) Estimativa.

Na instalação do XIII Congresso Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho (1974 - São Paulo), o próprio presidente general Ernesto Geisel afirmou que "as estatísticas referentes a acidentes do trabalho, entre nós, são sabidamente muito mais que insatisfatórias, se não mesmo vexatórias". Afirmou também que 70% do total gasto pela Previdência Social em assistência médica aos seus segurados em 1973 foi gasto no atendimento de acidentes do trabalho.

Ao analisar a Tabela 3 verificamos que o ano de 1972 foi o de maior incidência de acidentes de trabalho no Brasil (18,47% dos trabalhadores segurados pela Previdência Social). Desde 1975, contrariando todas as previsões dos especialistas, em apenas quatro anos o número de acidentes do trabalho sofreu uma redução de quase 25%, quando, no mesmo período, os trabalhadores registrados pela Previdência Social aumentaram 42%. MELLO (1983) 7.

Essa redução foi objeto de inúmeros trabalhos que procuraram interpretar o fenômeno, COHN (1985) 1, COSTA (1981) 3, RIBEIRO e LACAZ (1984) 14.

Para o governo, a redução do número de acidentados do trabalho foi devida ao aumento das campanhas de prevenção e à "conscientização de empregados e empregadores".

A "conscientização" de empregados sobre o acidente do trabalho foi planejada pelo Ministério do Trabalho através da FUNDACENTRO e com a participação dos empregadores em campanhas de prevenção dos acidentes. Estes objetivos educacionais visando principalmente aos atos inseguros atribuíveis aos empregados deixavam de lado as condições inseguras do processo de trabalho. E

os trabalhadores impregnados por essa ideologia veiculada nas campanhas contra os acidentes são induzidos a não identificar as causas das condições inseguras e insalubres dos processos de trabalho, mas a atribuí-las a si próprios.

Para RIBEIRO (1984) 14, ainda que se admita que o ato inseguro é o principal responsável pelos acidentes do trabalho, este não pode ser o responsável por incidência tão alta entre os trabalhadores brasileiros. Para ele, fatores como salário baixo, más condições de moradia e alimentação, jornadas de trabalho prolongadas, insegurança no emprego, falta de lazer, transporte difícil e demorado para os locais de trabalho são muito mais importantes que educação e informação sobre segurança. Também sabemos que as condições de trabalho, nas empresas, não se têm tornado mais seguras, principalmente nas pequenas e médias empresas, e que o trabalhador não detém nenhum controle sobre o processo e organização do trabalho.

Para os estudiosos do assunto, a explicação mais coerente para a surpreendente queda dos acidentes de trabalho (vide Tabela 3) está nas várias alterações ocorridas, a partir de 1975, na legislação previdenciária, visando a deliberadamente omitir e subestimar as estatísticas dos acidentes de trabalho. Em 1975, como parte do plano de pronta ação - PPA -, o INPS passou a permitir, através da intensificação dos convênios com os empregadores, que estes assumissem, além da assistência médica aos acidentados, encargos que até então eram de exclusiva competência da Previdência Social, tais como pagamento do auxílio-doença por acidente do trabalho, realização de perícias médicas e concessão de licença por motivo de saúde, POSSAS (1981) 12.



Para pagar os convênios entre o INPS e os empregadores, foi criado o sistema de pré-pagamento (que concede desconto à empresa a título de prêmio de seguro de acidentes de trabalho, para a assistência global aos acidentados), havendo ainda a participação decisiva das empresas médicas privadas por contrato realizado entre os empregadores e as empresas de medicina de grupo, COSTA (1983) 4; OLIVEIRA e TEIXEIRA (1981) 6. Com essa alteração, os empregadores e os grupos médicos conveniados deixaram de notificar qualquer acidente ao INPS, livrando-se de pagar indenizações e benefícios da previdência ao trabalhador. E assim os acidentados passaram a "sumir" das estatísticas (sub-registros), sendo abaixados nos ambulatórios (SESMT) das fábricas. Essa tese foi comprovada por POSSAS em Campinas (1981) 12, quando constatou que em quase dois anos ocorreu uma queda de mais de 20% no total de acidentes registrados no Município, como resultado de uma redução de 55% dos acidentes nas empresas convenentes.

Contribuiu também para a brusca diminuição no número de acidentes a Lei 6.367 de 19/10/76 do Ministério da Previdência Social (ainda em vigor) que trata da proteção ao acidente do trabalho e que estipulou para a empresa a responsabilidade pelo pagamento das indenizações aos trabalhadores acidentados durante os 15 (quinze) primeiros dias após o acidente. Os problemas de acidente passam assim a ser resolvidos no interior do SESMT e a empresa abstém-se de comunicá-los ao INPS, evitando, entre outros motivos de correr o risco de ser tachada de empresa de "alto risco" e ser obrigada a recolher uma taxa mais alta para a Previdência, POSSAS (1981) 12.

Vimos, pelo que foi abordado, que o serviço de saúde ocupacional instituído oficialmente pela legislação 229/67 e leis subsequentes passou, com as alterações da Previdência Social, a ser cada vez mais importante nas fábricas, auxiliando o empregador no controle sobre os trabalhadores, no aumento da produtividade, no retorno rápido do trabalhador à produção, na seleção de pessoal e controlando também a própria saúde do trabalhador, deixando sérias dúvidas quanto ao seu real papel. Como exemplo do papel desempenhado pelo SESMT, cita-se ainda POSSAS (1981) 12, que constatou em Campinas, que 95% dos acidentes nas empresas convenientes são classificados na categoria "sem perda de tempo", enquanto nas demais empresas são somente 39% dos acidentes registrados.

Outro fato digno de análise é que os acidentes de trajeto (também considerados acidentes de trabalho pela legislação) vêm aumentando nas estatísticas (Tabela 4) provavelmente por sofrerem menos o crivo das gerências das empresas, sendo menor a manipulação de seus dados, RIBEIRO e LACAZ (1984) 14. De fato, como o acidente "in itineris" não responsabiliza a empresa e suas condições inseguras, os empregadores comunicam sem maiores problemas a sua ocorrência ao órgão competente (INPS).

### 3. As Doenças Profissionais

Como vimos, para o governo foi ponto de honra diminuir os acidentes de trabalho nas estatísticas oficiais brasileiras.

Para as doenças profissionais já não houve necessidade de justificativas governamentais. As doenças ocupacionais tanto atualmente quanto na época da legislação referente a criação do SESMT (1972) eram pouco diagnosticadas, pouco notificadas e portanto, com registros bastante falhos, não sendo alvo das críticas especializadas como o acidente de trabalho.

Sabemos que, mundialmente, os indicadores mais usados na avaliação das condições de saúde dos trabalhadores são os acidentes de trabalho e as doenças ocupacionais.

No Brasil, a estatística divulgada pela Previdência Social sobre os acidentes de trabalho também engloba as doenças profissionais (vide Tabela 4).

TABELA 4 - ACIDENTES DE TRABALHO OCORRIDOS NO BRASIL, REGISTRADOS  
PELA PREVIDÊNCIA SOCIAL, SEGUNDO SUA CLASSIFICAÇÃO,  
1971-1983.

ANO	ACIDENTE TÍPICO		ACIDENTE TRAJETO		DOENÇAS PROFISSION.	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%	NÚMERO	%
1971	1.308.355	98,33	18.138	1,36	4.050	0,31
1972	1.479.318	98,31	23.016	1,53	2.389	0,16
1973	1.602.517	98,15	28.395	1,74	1.784	0,11
1974	1.756.649	97,77	38.273	2,13	1.839	0,10
1975	1.869.689	97,57	44.307	2,31	2.191	0,12
1976	1.692.833	97,07	48.394	2,78	2.598	0,15
1977	1.562.957	96,79	48.780	3,02	3.013	0,19
1978	1.497.934	96,55	48.551	3,13	5.016	0,32
1979	1.388.525	96,12	52.279	3,62	3.823	0,26
1980	1.404.531	95,92	55.967	3,82	3.713	0,26
1981	1.215.539	95,68	51.722	4,07	3.204	0,25
1982	1.117.832	94,85	57.874	4,91	2.766	0,24
1983	943.110	94,02	56.989	5,68	3.016	0,30
1984	901.238	93,73	57.054	5,93	3.283	0,34
1985	1.007.864	93,75	63.320	5,88	3.981	0,37

FONTE: INPS - FUNDACENTRO (1986) 5.

Verificamos na Tabela 4 que os dados sobre doenças profissionais registrados pela Previdência Social atingiram o índice

máximo de 0,37% dos casos notificados para 93,75% dos casos de acidentes de trabalho também registrados (1985). Esse dado tão irrisório sugere a existência de sub-registro de doenças ocupacionais no Brasil.

Para a Organização Pan-Americana de Saúde (1983), existem dois grupos de fatores para explicar a dificuldade no conhecimento das doenças ocupacionais.

1. Fatores relacionados com o diagnóstico:

- falta de especificidade dos sinais e sintomas da doença;
- desconhecimento por parte dos profissionais de saúde;
- dificuldade da confirmação diagnóstica;
- falta de critérios e normas para definir adequadamente as enfermidades profissionais.

2. Fatores relacionados com o registro:

- notificação nem sempre obrigatória;
- falta de um sistema de notificação e registro eficiente;
- carência de estudos sobre epidemiologia das doenças ocupacionais.

Analisando os fatores ligados ao diagnóstico e ao registro das doenças ocupacionais, sabemos que uma parte considerável dos locais de trabalho está permanentemente envolta por poeiras, névoas e vapores de substâncias químicas, muitos dos quais alta-

mente tóxicos. O caráter cumulativo e demorado dos efeitos dessas substâncias sobre a saúde do trabalhador, que muitas vezes só trará consequências para o organismo após alguns anos de trabalho, dificulta a percepção donexo causal entre o trabalho e a doença. O mesmo se pode afirmar quanto a exposição ao ruído. O trabalhador acostumado com o ruído contínuo não nota que está ficando surdo e que essa perda auditiva se relaciona com o seu trabalho.

PEREIRA, citado por MENDES (1980) 9, através de inquérito epidemiológico nas indústrias do Estado de São Paulo constatou que devem existir atualmente 40 mil portadores de graus variados de surdez profissional somente nas indústrias metalúrgicas do Estado. KAZAVA, citado por POSSAS (1981) 12, em trabalho desenvolvido na UNICAMP com 284 audiometrias realizadas em trabalhadores industriais, encontrou 111 (39,0%) casos de surdez profissional, em sua maioria procedentes de indústrias metalúrgicas, as quais ocupam o primeiro lugar entre as empresas de Campinas (181 empresas), 15.

Tais formas de desgaste da força de trabalho ocorrem ao longo do tempo, de forma lenta e gradual, relacionadas com as más condições em ambientes de trabalho ou com as relações e organização do trabalho e ritmo da produção.

RIBEIRO (1986) 13, estudando as causas de morte na classe trabalhadora brasileira, encontrou dados que lhe permitiram afirmar que em nosso país as relações de produção, organização, ambiente e condições atuais de trabalho devem estar interferindo nas taxas de morbidade (doenças) e mortalidade (morte) pelo des-

gaste adicional da força de trabalho, sendo responsáveis pela invalidez e morte precoce dos nossos trabalhadores, certamente relacionadas com o alto nível de exploração. Citou ainda dados oficiais em que, de cada 100 óbitos no Brasil, apenas 30,8% ocorrem acima de 65 anos sendo que na Inglaterra esses óbitos atingem 77,4% da população.

Mas no Brasil não existe um sistema de notificação e registro eficiente de diagnóstico e óbito que possa auxiliar os estudos estatísticos. O sub-registro, como vimos, é considerável e o próprio Ministério da Saúde, ao divulgar em 1983 os dados de mortalidade alusivos ao ano de 1979, admitiu que, além dos 711.742 óbitos registrados, haveria outros 300.000 sem registro, RIBEIRO (1986) 13.

Sem estudos abrangentes que permitam fornecer uma visão de conjunto da real magnitude do problema da doença ocupacional em nosso país, os órgãos responsáveis pela saúde dos trabalhadores, inclusive o SESMT, ficam apenas em ensaios, não implantando nenhum programa real e efetivo para sanar tão grave problema.

RIBEIRO e LACAZ (1984) 14, afirmam que atualmente, devido à legislação existente (Lei 6.367, de 19/10/76), só as doenças tipicamente ocupacionais, que têm uma comprovada e comprovável relação de causa e efeito entre o agente responsável e a doença, são consideradas patologia do trabalho, o que se constitui uma limitação da lei. Como exemplo, citam a silicose e a asbestose. Para os autores, "a abolição, pela atual legislação brasileira, do conceito de concausa, isto é, de fatores coadjuvantes ou que predisõem ao aparecimento de doenças, torna extremamente difí-

cil, sob o ponto de vista restrito da lei, caracterizar muitas doenças como doenças do trabalho". Como exemplo, citam a bissinose (causada pela poeira de algodão cru), por não ser comprovável radiologicamente, já que os pulmões de um bronquítico ou de um enfisematoso apresentam as mesmas características do bissinótico.

Segundo a Previdência Social, em 1975, cinco patologias foram responsáveis por 33% do total de incapacitados para o trabalho. São elas: neuroses, hipertensão arterial, osteoartrose, epilepsia e tuberculose. Vê-se que, destas cinco patologias, só a epilepsia tem raramente incidência relacionada com o trabalho. As outras quatro têm relações diretas com as condições de trabalho, levando o trabalhador à incapacidade para o trabalho e à aposentadoria por invalidez, quando não ao óbito. RIBEIRO e LACAZ (1984) 14.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. COHN, A et alii. Acidentes do trabalho - uma forma de violência. São Paulo, Brasiliense, 1985, 158 pgs.
2. COSTA, J.L.R. Evolução histórica da Medicina do Trabalho. In: Cadernos dos CEBES - Debates em saúde 2, Campinas, 1981, p.1-6.
3. COSTA, M.R. As vítimas do capital: os acidentados do trabalho. Rio de Janeiro, ACHIAMÉ, 1981, 117 pgs.
4. COSTA, N.R. Acidentes de Trabalho. In: Saúde e trabalho no Brasil. Rio de Janeiro, Vozes, 1983, 128 pgs.
5. FUNDACENTRO Boletim Estatístico. São Paulo, Autor, 12 (set), 1986, 262 pgs.
6. GUIMARÃES, R. (org.) Saúde e Medicina no Brasil. 3a. ed., Rio de Janeiro, Graal, 1981, 296 pgs.
7. MELLO, C.G. A medicina e a realidade brasileira. Rio de Janeiro, ACHIAMÉ, 1983, p.115-119.
8. MENDES, R. Doutrina e prática da integração da saúde ocupacional no setor saúde: contribuição para a definição de

- uma política. São Paulo, 1986 (Tese Livre Docência - FSP - USP), 384 pgs.
9. MENDES, R. Trabalho e Saúde no Brasil. *Rev. de Cultura - Vozes*, 3 (Abril), 1980, p.189-197.
10. MENDES, R. & FERREIRA Jr. Y.M. Medicina do Trabalho no Brasil: análise da situação atual e tendências. *Temas IMESC... SOC. DIR. SAÚDE*. São Paulo, 1 (2), 1984, p.83-92.
11. PICALUGA, I.F. Saúde e Trabalho. In: *Saúde e Trabalho no Brasil*. Petrópolis. Ibase/Vozes, 1983, p.37-42.
12. POSSAS, C.A. *Saúde e Trabalho: a crise da Previdência Social*. Rio de Janeiro, Graal, 1981, 324 pgs.
13. RIBEIRO, H.P. Doenças e causas de morte na classe trabalhadora. *Anais Seminário População e Saúde*. Campinas, ed. UNICAMP, 1986, p.135-144.
14. RIBEIRO, H.P. & LACAZ, F.A.C. (org) *De que doenças e mortes os trabalhadores*. São Paulo, DIESAT, 1984, 236 pgs.
15. UNICAMP - CTAE. CADASTRO INDUSTRIAL DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS. Campinas, Autor, 1982/83, 265 pgs.

C A P Í T U L O   I V

A ENFERMAGEM E A ENFERMAGEM DO TRABALHO

## A ENFERMAGEM E A ENFERMAGEM DO TRABALHO

Com o objetivo de identificar o momento e o desenvolvimento da enfermagem do trabalho nos serviços de saúde das empresas, procuramos, neste capítulo, recorrer à reconstituição da história da enfermagem, em geral, no Brasil, na tentativa de articular a enfermagem do trabalho a esta história. Deve-se notar que são escassas as contribuições bibliográficas para a reconstituição da história da enfermagem do trabalho, o que demandaria uma pesquisa específica para reconstituí-la, que pode constituir-se num outro objeto de trabalho. Entretanto, procurou-se neste capítulo oferecer uma visão, ainda que parcial, dessa história, conforme registrada na bibliografia a que se teve acesso.

Na presente reconstituição histórica da enfermagem e da enfermagem do trabalho, baseou-se a autora principalmente em VERDERESE (1980) 24, que, em seu trabalho de análise da enfermagem na América Latina, classificou o desenvolvimento da prática de saúde, em cujo bojo se processa o desenvolvimento das práticas de enfermagem, em três etapas: 1900 a 1930 (Desenvolvimento para Fora), 1930 a 1960 (Desenvolvimento para Dentro) e 1960 aos dias atuais (implantação do Modelo de Acumulação Capitalista).

A primeira etapa (1900-1930) caracterizou-se como "Desenvolvimento para Fora", pois a América Latina tinha sua economia dirigida para os países mais desenvolvidos. Os países do continente eram produtores de matérias primas agrícolas e extrativas para exportação. Daí o grande desenvolvimento dos meios de trans-

porte marítimo e ferroviário e a prática de saúde dominante voltada para o saneamento e vigilância dos portos e das enfermidades que exigiam quarentena.

Tratava-se da criação de mínimas condições sanitárias indispensáveis às relações comerciais com o exterior, assim como para o êxito da política de imigração que objetivava atrair mão-de-obra fundamental para a constituição do mercado de trabalho capitalista. BRAGA e PAULA (1981) 5.

Portanto, as campanhas de saúde pública tiveram como objeto, já naquela época, a preservação da força de trabalho e o controle da população urbana.

A enfermagem desta primeira etapa voltada para o desenvolvimento dos hospitais (medicina curativa) estava desligada de qualquer outra prática do setor saúde. Assim, vemos que nesse período a prática de saúde dominante era a sanitária, exercida por médicos e inspetores sanitários. "A enfermagem nos hospitais encontrava-se nas mãos das congregações religiosas, que cumpriam mais uma função social do que propriamente médica: cuidar dos párias e desamparados, procurando a conversão religiosa, a moralização e a disciplina desses grupos da população. Essa função, exercida fundamentalmente pela enfermagem, estava vinculada à estrutura político-econômica, já que contribuía à redução de tensões sociais e à recuperação, para a indústria manufatureira incipiente, da mão-de-obra excedente da agricultura." VERDERESE (1980) 24.

Já nessa primeira etapa surgem as primeiras escolas para o ensino formal da enfermagem, destacando-se a fundação, em 1916,

da escola da Cruz Vermelha Brasileira e a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1923 12, 21. Embora nascidas para atender às necessidades emergenciais daquele momento histórico causadas pela industrialização e urbanização acelerada e pelas precárias condições de saneamento básico, essas escolas acabaram, por influência das enfermeiras norte-americanas que as implantaram, exercendo uma prática meramente hospitalar. Portanto, as escolas nasceram como projeto para a demanda do setor de saúde pública e suas alunas, uma vez diplomadas, destinaram-se à administração, supervisão e ensino. SILVA (1986) 21.

Com a criação das escolas de enfermagem, começa a transferência da enfermagem das congregações religiosas para as mãos leigas e sob o controle estatal de seus serviços, VERDERESE (1980) 24.

A segunda etapa apontada por VERDERESE (1980) 24, que vai de 1930 a 1960, caracterizou-se "pelo estancamento no comércio de exportação e o surgimento ou fortalecimento do processo de industrialização, dando início ao modelo de crescimento conhecido como desenvolvimento para dentro".

Com o desenvolvimento da indústria e com a agricultura em segundo plano, a fuga do homem do campo, em busca das metrópoles, veio criar os conglomerados humanos que exerciam grande poder de pressão por melhores condições de vida e saúde.

A prática de saúde que respondia às necessidades de uma economia exportadora passou de uma prática sanitária coletiva para uma prática curativa, visando a proteger a mão-de-obra e aumentar sua produtividade. Surgiu aí a divisão entre medicina cu-

rativa e preventiva. Nessa época (40-50) houve um aumento considerável da rede previdenciária e do gasto estatal com a assistência à saúde. SILVA (1986) 21.

O desenvolvimento da indústria hospitalar pública e privada trouxe as especialidades médicas e a prática da medicina preventiva alcançou o seu auge no decênio de 1950, embora sempre ocupando papel secundário na prática de saúde vigente.

Nessa etapa, o setor saúde recebe grande cooperação de organismos internacionais, sendo que em 1942 foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), sob o patrocínio da Fundação ROCKEFELLER. Seu objetivo foi o de prestar assistência sanitária às populações de zonas de atividades extrativas e de mineração, em que os americanos tinham interesses econômicos. Foi nessa época que a enfermagem passou de sua prática eminentemente centrada nos hospitais para a prática da saúde pública, também.

Datam dessa época (1946) as primeiras referências sobre enfermagem do trabalho no Brasil; portanto, no momento em que se expande a intervenção governamental na organização dos serviços de saúde, especialmente na previdência social, num processo de expansão da industrialização no país, ocorre maior concentração da força de trabalho urbana e crescente demanda desta força de trabalho por benefícios sociais.

[DOURADO (1946) 11, apontou a enfermagem do trabalho como ramo da saúde pública e um dos resultados da recente industrialização do país. A autora defendeu a presença do enfermeiro junto ao operariado da época nos seguintes termos: "Logo que os industriais aquilatarem os lucros que poderão auferir com um trabalho

preventivo bem orientado, não faltará demanda de enfermeiras para esses lugares". Embora justificável, nota-se que já nos seus primeiros passos os enfermeiros partiam para sensibilizar o poder dominante, em busca de abertura do mercado de trabalho para sua prática profissional, em função da garantia da produtividade do trabalhador. Essa autora mostrava a existência de um serviço de enfermagem industrial na Companhia Siderúrgica de Volta Redonda, embora não referisse se o profissional enfermeiro fazia parte de sua equipe.

Nessa época, a enfermagem atribuía grande importância ao desenvolvimento da medicina preventiva, à criação dos serviços integrais de saúde e à influência dos serviços cooperativos nas zonas rurais. Entretanto, continuava sob o domínio da prática hospitalar. É dessa fase a oficialização dos cursos de auxiliares de enfermagem e a regulamentação das escolas de nível superior já existentes no país (Lei nº 795, de 6 de agosto de 1949). MELO (1986) 15.

Foi assim iniciada oficialmente a divisão técnica do trabalho na enfermagem brasileira, reproduzindo a origem de classes da sociedade capitalista, através da hierarquização profissional:

- trabalho intelectual para os enfermeiros e trabalho manual para os auxiliares e atendentes. MELO (1986) 15.

A limitação do desenvolvimento da enfermagem como profissão parece ter sido influenciada por fatores tais como a posição da mulher na sociedade, a apropriação dos conhecimentos médicos pela categoria médica dominante, o mercado de trabalho que



nunca chegou a valorizar o trabalho do enfermeiro e a própria organização dos serviços de saúde. Os salários mais baixos levam a profissão a ser constituída essencialmente pelo pessoal auxiliar. Os enfermeiros, em menor número, passam a ocupar postos administrativos, de supervisão e de ensino, VERDERESE (1980) 24.

(Na enfermagem do trabalho, somente em 1960 é que vamos encontrar referências à prática desenvolvida pelo enfermeiro na indústria, quando Cordeiro 8.9 iniciou, juntamente com oito enfermeiras, nove auxiliares de enfermagem e quinze atendentes, um trabalho pioneiro, organizando o serviço de enfermagem em uma empresa rural. Esse trabalho, desenvolvido no interior do Território do Amapá, na Indústria e Comércio de Minérios SA-ICOMI, foi um projeto multidisciplinar contando também com engenheiros, médicos e nutricionistas e abarcando assistência médica ambulatorial, através do Centro de Saúde e Hospitalar e através do hospital local, ambos pertencentes à ICOMI. O trabalho da equipe de enfermagem da ICOMI abrangeu a assistência ao operário em sua casa, muitas vezes no interior da mata, em seu local de trabalho e também, quando necessário, em sua hospitalização.

Foi SPERA (1958) 22, a primeira enfermeira que assinalou a finalidade do Serviço de Saúde industrial nos seguintes termos: "promover a saúde e bem-estar dos operários..." e, como benefícios proporcionados pelo serviço, "maior produção de trabalho, menor risco de acidente, menor número de faltas ao trabalho, menor chance de agravamento de certos distúrbios orgânicos".

A análise de VERDERESE (1980) 24, sobre a terceira etapa da prática de saúde, foi chamada "Implantação de um novo modelo

de acumulação capitalista" e iniciou-se no ano de 1960, prolongando-se até os dias atuais.

No início desse período aconteceu o golpe militar de março de 1964, que reprimiu e desorganizou a mobilização popular crescente no país.

Isso marcou profundamente a política de saúde, que passou cada vez mais a privilegiar o setor empresarial da medicina e da indústria de medicamentos e de equipamentos, com ênfase na medicina curativa de base hospitalar e ambulatorial, voltada para a força de trabalho inserida no processo de produção urbano-industrial. Foi nessa época (60-70) que, além do crescente aumento da população segurada pela previdência social e dos gastos com a assistência médica hospitalar, se ampliaram os primeiros convênios do INPS com a rede privada hospitalar e se iniciou um dos maiores e mais lucrativos mercados farmacêuticos e de instrumentos e equipamentos hospitalares do mundo, causando profundas modificações nas relações de trabalho dos profissionais de saúde e na tecnificação dos atos médicos.

Em maio de 1964, foi relevante para o desenvolvimento da prática de convênios o financiamento concedido pela previdência social à assistência médica das empresas, com o convênio estabelecido entre o então IAPI e a Volkswage, pelo qual o instituto deixaria de ter a responsabilidade de prestar assistência médica aos empregados da organização conveniente, passando essa responsabilidade à própria companhia. Essa prática foi crescendo principalmente nas grandes companhias, e tendo um caráter especial e restrito, já que as empresas só mantinham sob seu controle as

atividades de recuperação rápida para seleção e controle do absenteísmo. Os demais casos de recuperação lenta e custos elevados eram devolvidos para a previdência. OLIVEIRA e TEIXEIRA (1981) 13. É desta época, portanto, com o aparecimento dos convênios da previdência social com as empresas, a mudança ocorrida nos SESMT, de uma prática essencialmente assistencial para uma prática de seleção e recuperação da força de trabalho para o capital. POSSAS (1981) 20; OLIVEIRA e TEIXEIRA (1981) 13.

E foi nessas grandes empresas, como a Volkswagen, que começaram a surgir os primeiros enfermeiros contratados, que já eram incorporados ao serviço em sua nova especificidade de controlador da força de trabalho. Uma das primeiras contratadas foi IVONE BULHÕES (1964) para a Petrobrás do Rio de Janeiro; ela desenvolveu ampla campanha de divulgação da saúde ocupacional e da enfermagem do trabalho.<sup>25</sup>

Data dessa época, quando o Brasil estava em plena fase de implantação do Estado autoritário (1964-1968) e quando a previdência social era alvo de grandes reformas ditas administrativas mas que favoreciam a rede privada dos serviços de saúde, o surgimento do técnico de enfermagem (1966).

Para SILVA (1986) 21, "o advento de uma nova categoria na enfermagem teve pouco a ver com as necessidades dessa área ou da população em seu conjunto, espelhando a tendência tecnicista dominante de fortalecimento do ensino profissionalizante de nível médio".

A situação dos enfermeiros com o advento das categorias dos auxiliares e depois dos técnicos cada vez mais passa para sua

prática de "mando", onde ocupam postos administrativos de supervisão e ensino. Também tem influência nesse aspecto a questão numérica, já que, em levantamento de 1957, havia 3.549 enfermeiros para 32.241 auxiliares de enfermagem nos hospitais. Na saúde pública havia 595 enfermeiros para 5.858 auxiliares.

Enquanto isso, a enfermagem do trabalho continuava sua caminhada com bastante lentidão e pouco divulgada.

Em trabalho publicado, NOGUEIRA (1970) 19 afirma que, estudando os serviços médicos das indústrias existentes no Município de São Paulo, com mais de cem funcionários, encontrou dez enfermeiros (6,4%) e vinte e oito auxiliares de enfermagem (15,6%) atuando em 22% das indústrias estudadas. Nos 78% de indústrias restantes, a prática da enfermagem, quando existente, era exercida por antigos práticos hospitalares ou pessoal treinado pelo próprio médico da indústria.

CORDEIRO (1966) 10, agora trabalhando na Empresa de Mineração Icominas S/A (mesmo grupo da ICDMI?), escreve sobre a prática da enfermagem do trabalho defendendo a sistematização da visita ao operário no local de trabalho-volt, como complementação da visita domiciliária, já então muito usada pela saúde pública.

ALVIM (1966) 1, enfermeira da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública - SESP, em entrevista com enfermeiras "isoladas" nos Serviços de Saúde Ocupacional, constatou que elas exerciam somente atividades assistenciais, sentindo-se "frustradas" por não estar atuando à altura de suas reais possibilidades. Notam-se nesse relato as primeiras menções ao predomínio das atividades assistenciais e ao "isolamento" do enfermeiro do trabalho.

Essas queixas, que vêm caminhando ao longo da história de enfermagem do trabalho, indicam alguns dos conflitos, manifestos ou latentes, dos enfermeiros no desempenho de sua prática.

Para ALMEIDA (1984) 2 e ALMEIDA e ROCHA (1986) 3, entre os conflitos ainda hoje não resolvidos pelo profissional enfermeiro, em sua prática, estão as ações administrativas "versus" ações assistenciais, as relações de poder e a subdivisão pormenorizada das tarefas a serem executadas, o papel do enfermeiro e dos demais membros da equipe de enfermagem, a autonomia desta prática no confronto com outras práticas de saúde, o "status" perante outras profissões da saúde, seu próprio corpo de conhecimento, as relações do ensino "versus" a prática, etc.

Como vimos no capítulo II, a criação do SESMT ocorreu no período do "milagre econômico" através da Portaria 3.237/72. Essa portaria, ao nomear os profissionais que iriam atuar no serviço de Medicina do Trabalho, omitiu o enfermeiro do trabalho da equipe de pessoal especializado, deixando na equipe somente o médico do trabalho e o auxiliar de enfermagem do trabalho. Foi a partir daí que os enfermeiros, sob a liderança da Escola de Enfermagem Ana Neri, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, mobilizaram-se pela inclusão do enfermeiro do trabalho na equipe de composição do serviço. A mobilização não foi em vão, pois, em 23/12/1974, através da Portaria nº 3.442, cujo objetivo maior era adiar o início da vigência da Portaria 3.237/72 para 1º/01/1976, a legislação passa a reconhecer o profissional enfermeiro como integrante da equipe de Saúde Ocupacional, quando, em suas considerações preliminares, recomenda a formação de cursos de especialização para enfermeiros do trabalho.

Foi em 1975, através da Portaria nº 3.460, de 31/12/75, que a legislação novamente alterou a portaria de 1972, acrescentando, entre outras modificações, no artigo oitavo, o enfermeiro do trabalho como integrante do SESMT. Para o enfermeiro campo de trabalho estava aberto. Mas, para surpresa da categoria, no quadro de dimensionamento do SESMT a legislação fixou a obrigatoriedade de contrato, para o enfermeiro, somente em indústrias com mais de 3.501 funcionários, situação que permanece inalterada até os dias atuais.

Na análise da Portaria 3.460, de 31/12/75, nota-se que foram fixadas as funções que seriam de competência dos SESMT (artigo 18), mas não foram definidas as funções e papéis que cada categoria profissional iria exercer nos serviços. Como consequência dessa indefinição de papéis por parte da legislação, cada serviço procurou determinar as funções de sua equipe de trabalho de acordo com suas peculiaridades ou conveniências.

Ao analisarmos o que de real aconteceu, quando a legislação não incluiu o enfermeiro na equipe de Saúde Ocupacional em 1972 ou quando incluiu em 1975, mas com grandes limitações, temos os seguintes pontos a considerar:

- O mercado de trabalho em sua política salarial - Para os empresários, seria menos oneroso contratar auxiliares de enfermagem ao invés de pessoal de nível universitário como os enfermeiros. Certamente houve pressão nessa indicação.

- A divisão social e técnica do trabalho de enfermagem - a divisão e estabelecimento de distintas categorias; no caso, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, em que o auxiliar executa o serviço "manual" enquanto o enfermeiro executa os trabalhos ditos "mais intelectuais". 3, 4, 6, 15, 21.

A legislação de 1975, que entrou em vigor em 01/01/76, vai encontrar a situação do país no período pós "milagre" quando a crise econômica iniciada em 1973 foi se agravando paulatinamente com o endividamento externo e o aumento da exploração da força de trabalho e do desemprego e a retração dos setores produtivos, SILVA (1986) 21, TRAGTENBERG (1979) 23.

Cada vez mais, a assistência médica era marcada pela massificação do atendimento através da Previdência Social e frequentemente era precário esse atendimento. Com a repressão da demanda, cada vez mais a privatização da saúde acontecia. As enfermidades de massa e as elevadas taxas de mortalidade infantil indicavam a perda do poder aquisitivo da população.

Em decorrência da mudança na política de saúde, houve repercussões no trabalho dos profissionais envolvidos. Para a enfermagem, no que se refere ao tipo de inserção dos enfermeiros no sistema produtivo, não houve mudança substancial, persistindo o assalariamento como regra quase sem exceções, SILVA (1986) 21. Também o processo de contratação dos enfermeiros em instituições hospitalares, iniciado nos anos 20-30, intensificou-se, sendo que, hoje, mais de 80% dos enfermeiros encontram-se nos hospitais, MÉDICE e PAIM (1987) 14.

A enfermagem brasileira, implantada na década dos anos 20-30 e consolidada nos anos 40-50, finalmente inicia sua grande fase de expansão nos anos 70, SILVA (1986) 21. De 4.144 enfermeiros em 1957, elevou-se gradativamente para 25.889 em 1983 (seis vezes mais) 7. Na enfermagem do trabalho, até o momento, ao que se sabe, não foi realizado um levantamento para saber quantos enfermeiros existem atuando na área, mas pode-se inferir que seu número é pequeno em relação ao de indústrias e ao número dos concluintes do curso de especialização em Enfermagem do Trabalho (2.447 em 1985), VIGNALI (1986) 25.

E é nesse período final da década dos anos 70 em que alguns serviços de Enfermagem do Trabalho das empresas governamentais começavam a se projetar, citando-se os serviços da Telecomunicações de São Paulo S/A - Telesp, da Companhia do Metropolitano de São Paulo - Metro e da Companhia Energética de São Paulo - CESP, que surge no Catálogo Brasileiro de Ocupações - CBO, publicado em 1977 pelo Ministério do Trabalho, 17, a categoria enfermeiro do trabalho.

No anteprojeto datado de 1975, 16, o CBO já havia incluído o enfermeiro de higiene do trabalho, cuja função era "dispensar cuidados de enfermagem aos trabalhadores no local de trabalho e informá-los em matéria de saúde". Na primeira edição (1977), 17, o Catálogo já o coloca como enfermeiro do trabalho e o define como aquele que "executa atividades relacionadas com o serviço de Higiene, Medicina e Segurança do Trabalho, integrando equipes de estudos, para propiciar a preservação da saúde e valorização do trabalhador". A seguir, o Catálogo especifica as fun-



ções do enfermeiro do trabalho, notando-se aí também a grande preocupação com a continuidade operacional e o aumento da produtividade dos trabalhadores. Segundo informes obtidos por entrevistas junto a enfermeiras, a descrição do CBO sobre o enfermeiro do trabalho foi fornecida por uma enfermeira industrial baseada em sua experiência pessoal e sem maiores consultas às escolas ou entidades de classe. Note-se que o CBO não definiu o auxiliar de enfermagem do trabalho nem definiu suas funções.

A partir daí, os enfermeiros do trabalho passaram a basear-se na classificação do CBO (1982) 18 para determinar suas funções, situação que até hoje persiste, segundo observações.


Hoje, a Enfermagem do Trabalho vem caminhando lentamente, como uma nova especialidade, que iniciou timidamente sua expansão na década dos anos 70 para atuar junto à força de trabalho produtiva nas indústrias.

Sua atuação ainda é restrita às grandes empresas (no sentido de importância ou tamanho) e é atrelada ao controle da força de trabalho com vistas à produtividade, sem maiores questionamentos quanto aos objetivos que lhe são impostos pela política de saúde dirigida ao trabalhador na empresa, cujos conteúdos foram já analisados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALVIM, E.F. A Enfermeira num Serviço de Saúde Ocupacional. Rev. Serv. Esp. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1966, 12 (2), pgs. 267-276.
2. ALMEIDA, M.C.P. Estudo do Saber de Enfermagem e sua Dimensão Prática. Rio de Janeiro, 1984 (Tese de Doutorado - Esc. Nac. de S. Pública), 179 pgs.
3. ALMEIDA, M.C.P. & ROCHA, J.S.Y. O Saber de Enfermagem e sua Dimensão Prática. São Paulo, Cortez Ed., 1986, 128 pgs.
4. BARROS, S.M.P.F. Enfermagem Social - Seu Objeto de Trabalho. In: Assoc. Bras. de Enfermagem, Anais do XXXIII Congresso Brasileiro de Enfermagem. Manaus, 1981, p.153-159.
5. BRAGA, J.C.S. & PAULA, S.G. Saúde e Previdência - Estudos de Política Social. São Paulo, CEBES - Hucitec, 1981, 226 pgs.
6. CARVALHO, V. & CASTRO, I.B. Reflexões sobre a Prática da Enfermagem. In: Assoc. Bras. de Enfermagem, Anais do XXXI Congresso Brasileiro de Enfermagem. Fortaleza, 1979, p. 51-59.

7. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM & ASSOCIAÇÃO BRAS: DE ENFERMAGEM. Força de Trabalho em Enfermagem. Vol. 1, Rio de Janeiro, Autor, 1985, 236 pgs.
8. CORDEIRO, D. et alii. O Serviço da Enfermagem da Divisão de Saúde da Indústria e Comércio de Minérios S/A - ICOMI. Rev. Bras. Enf., 1960 13 (3), 362.
9. CORDEIRO, D. & FERREIRA, M.L.S. A Enfermagem de Saúde Pública em Comunidade Industrial Rural. Rev. Bras. Enf., 1961, 14 (4), p.368-373.
10. CORDEIRO, D.S. Visita ao Operário no Local de Trabalho (Vlt). Rev. Bras. Enf., 1966, 19 (2-3), p.114-123.
11. DOURADO, H. Enfermagem Industrial, Anais de Enfermagem, 1946, Dez. p.16-19.
12. GERMANO, R.M. Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil. São Paulo, Cortez Ed., 1984, 118 pgs.
13. GUIMARÃES, R. (org.) Saúde e Medicina no Brasil, 3a. ed., Rio de Janeiro, Graal, 1981, p.181-205.
14. MEDICI, A.C. & PAIM, E.R. Estrutura e Dinâmica da Força de Trabalho em Enfermagem. In: Esc. Nac. Saúde Pública e

- Abrasco, Recursos Humanos em Saúde, Rio de Janeiro, 1987, p.124-140.
15. MELO, C. Divisão Social do Trabalho e Enfermagem. São Paulo, Cortez Ed., 1986, 94 pgs.
16. Ministério do Trabalho - Catálogo Brasileiro de Ocupações - C.B.O. Anteprojeto. Brasília, Autor, 1975.
17. Ministério do Trabalho. Catálogo Brasileiro de Ocupações - C.B.O., Brasília, Autor, 1977, p.119-120. 
18. Ministério do Trabalho Classificação Brasileira de Ocupações - C.B.O. 2a. ed., Brasília, Fundacentro, 1982.
19. NOGUEIRA, D.P. Education and training of occupational health nurses in Brazil. In: International Labour Office, The occupational Health Nurse. Geneva, 1970, v.23, p.23-26.
20. POSSAS, C.A. Saúde e Trabalho: A crise da Previdência Social. Rio de Janeiro Graal, 1981, 324 pgs.
21. SILVA, G.B. Enfermagem Profissional - Análise Crítica. São Paulo, Cortez Ed., 1986, 143 pgs.
22. Spera, F.C. Enfermagem Industrial, Rev. Bras. Enf., 1958, 11 (1), p. 52-59.

23. TRAGTENBERG, M. Violência e trabalho através da Imprensa Sindical. In: Educação e Sociedade. São Paulo, Cortez e Moraes, 1979, p.87-119.
24. VERDERESE, O. Análisis de La Enfermería en la América Latina. In: Organización Panamericana de la Salud. Antología de experiencias en servicio y docencias en enfermería en América Latina. Washington-EUA, 1980, v.393, p.1-24.
25. VIGNALI, E.M. Enfermagem do Trabalho: Reflexão sobre aspectos filosóficos, históricos e de saúde mental. Ribeirão Preto, 1986 (Tese de Mestrado - Esc. de Enf. de Rib. Preto), 117 pgs.

CAPÍTULO V

OS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS EMPRESAS DE CAMPINAS

## OS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS EMPRESAS DE CAMPINAS

### 1. Características das empresas pesquisadas e dos serviços de saúde.

Com a finalidade de analisar a prática do enfermeiro nas empresas pesquisadas passamos primeiramente a caracterizar as empresas e os serviços de saúde onde estão inseridos os enfermeiros.

Tem sido dinâmica a expansão industrial e urbana em Campinas, consistindo essa região numa extensão do pólo industrial da Grande São Paulo. Evidentemente, dado o conteúdo da legislação que criou os serviços de saúde nas empresas, esses serviços não são extensivos à totalidade das empresas existentes em Campinas, como veremos a seguir.

O universo das empresas pesquisadas (Tabela 5) é dividido em partes iguais por empresas nacionais e multinacionais que dispõem de serviços de saúde organizados e com enfermeiro em sua equipe de trabalho. Ainda que a maior observância da legislação protetora à saúde do trabalhador se dê pelas empresas multinacionais, exercendo uma prática já desenvolvida em seus países de origem, os dados indicados não podem levar à inferência de que são estas as que incorporam os serviços.

Isto porque os serviços são criados em função do tamanho das empresas, ou seja, acima de 100 trabalhadores, quando a empresa já terá que contar com um médico do trabalho pelo período





20/12/83) 15 sofreu críticas dos especialistas pelo critério usado ao ser alterada 11.

Pela Tabela 6 foram classificadas as empresas pesquisadas pelo grau de risco. Encontram-se 16 empresas com risco 3, uma com risco 1 e uma com risco 2. Note-se que a gradação de risco para estabelecer o dimensionamento do SESMT também está condicionada pelo total de empregados da empresa (Anexo 3).

Sendo assim, podemos verificar que, pela legislação, somente uma empresa estaria obrigada a possuir enfermeiro do trabalho, já que o enfermeiro pela legislação (Anexo 3) será admitido quando a empresa tiver número de empregados superior a 3.501 em qualquer grau de risco (1, 2, 3 ou 4).

TABELA 6 - EMPRESAS PESQUISADAS, SEGUNDO RISCO, NÚMERO DE EMPREGADOS E PROPRIEDADE.

GRAU DE RISCO	234-1.000		1.001-2.000		2.001-3.500		3.501-4.300		TOTAL
	ESTR	INACESTR	ESTR	INACESTR	ESTR	INACESTR	ESTR	INACESTR	
1	1*	-	-	-	-	-	-	-	1
2	-	-	1*	-	-	-	-	-	1
3	1	1	5	4*	1	1	2*	2	16
4	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	1	2	5	5	1	1	2	2	18

\* Empresas estatais (1)

Portanto, já que as empresas não estão admitindo o enfermeiro só quando são obrigadas, qual o critério que está sendo utilizado para essa incorporação do profissional?

Em primeiro lugar, os cursos de especialização formando pessoal e a conseqüente oferta do profissional no mercado de trabalho.

Em segundo lugar, a valorização do enfermeiro enquanto profissional sendo que a categoria médica inclusive já exerce pressão para a sua contratação.

Em terceiro lugar, nas multinacionais existe influência das matrizes, pois no país de origem da empresa o enfermeiro já faz parte de seu quadro de pessoal.

Também foi relevante para a pesquisa levantar os ramos de produção das empresas estudadas (Tabela 7).

TABELA 7 - RAMOS DE PRODUÇÃO DAS EMPRESAS DA REGIÃO DE CAMPINAS PARTICIPANTES DA PESQUISA.

Ramos de produção	Nº	%
1. Mecânica e metalurgia	05	27,78
2. Comunicação	03	16,67
3. Outros ramos	10	55,55
TOTAL	18	100,00

Na região de Campinas o ramo da mecânica e o da metalurgia aparecem em primeiro lugar em número de empresas industriais, com um total de 309 indústrias somente em seu município, 16. Também na pesquisa esses dois ramos aparecem em primeiro lugar em número de empresas estudadas (27,78%).

Sabe-se que o ramo da mecânica e o da metalurgia são os responsáveis por grande parte dos casos de surdez profissional de que é vítima o trabalhador brasileiro. "Estima-se em 8.771 o número de metalúrgicos vitimados irreversivelmente pela surdez profissional em São Paulo." RIBEIRO e LACAZ (1984) 14.

Além da exposição ao ruído, o metalúrgico é exposto ao calor, vibrações, radiações, poeiras, acidentes e outras doenças.

É muito importante também a relação entre turnos de trabalho, o seu revezamento e a fadiga crônica do trabalhador.

Na pesquisa constatamos que 77,77% das empresas estudadas trabalham com tres turnos (quatro turmas) de produção (rodízio contínuo, a cada oito horas de trabalho).

E que significado tem esse dado encontrado?

O trabalho em revezamento de turnos representa a compra de maior volume de trabalho a preços mais baixos. Também retira a oportunidade de emprego de um razoável número de trabalhadores no momento de agudização da crise econômica e do desemprego. Mas os prejuízos para os trabalhadores não se limitam à redução da massa de salários: estendem-se também à sua saúde e à convivência social.

O trabalho em turnos é movido pelo poder econômico, pois os custos da produção são sensivelmente reduzidos com a utiliza-

ção de vários turnos de trabalho. Para o trabalhador, produz o desgaste que hoje é chamado de fadiga crônica ou fadiga industrial, RIBEIRO e LACAZ (1984) 14.

A fadiga caracteriza-se por desânimo para o trabalho ou para o lazer, falta de apetite, frigidez sexual, insônia e sensação de permanente cansaço. O aumento do absenteísmo é uma de suas consequências. As neuroses, o alcoolismo e os acidentes de trabalho também são seus subprodutos. RIBEIRO e LACAZ (1984) 14.

É sabido que o serviço de saúde da empresa poderia exercer papel importante no diagnóstico e tratamento dos sinais de fadiga. Os trabalhadores vítimas dos sintomas da fadiga crônica procuram o serviço de saúde frequentemente. Cabe ao(s) médico(s) e ao(s) enfermeiro(s) diagnosticar precocemente os sinais apresentados e tentar solucioná-los. Se esses profissionais estão somente a serviço dos empresários, invariavelmente obrigam os trabalhadores a se manterem na linha de produção. Nesse caso, a conduta geralmente empregada é a de administrar remédios paliativos tipo analgésicos ou tranquilizantes e devolver o indivíduo à produção. Vem daí a famosa frase atribuída a Henry Ford: "O corpo médico é a seção de minha fábrica que me dá mais lucro". OLIVEIRA e TEIXEIRA (1981) 8.

## 2. O papel dos serviços de saúde junto aos trabalhadores

Historicamente, na região de Campinas, constatamos a presença do Serviço de Saúde nas empresas desde 1948, embora sai-

banos que deve haver outros serviços mais antigos, já que em São Paulo, conforme investigação do Departamento Estadual do Trabalho entre 1911 a 1919, em trinta fábricas pesquisadas, quinze já forneciam serviços de saúde aos trabalhadores, POSSAS (1981) 13.

Ainda na região de Campinas, cidade de mais de 1 milhão de habitantes (estimativa-1985), identificamos, em 2.480 estabelecimentos industriais, 50 serviços de saúde em funcionamento (levantamento realizado pela autora em 1985).

Para objeto deste trabalho, selecionamos, dos 50 serviços encontrados, 18 empresas que possuíam enfermeiros sob contrato em seu quadro de pessoal. Nessas 18 empresas pesquisamos 21 serviços de saúde e entrevistamos 25 enfermeiros. As características desses serviços estão reunidas nas tabelas 8 e 9.

TABELA 8 - EMPRESAS PESQUISADAS, SEGUNDO PROPRIEDADE E ANO DE FUNDAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE (SESMT).

PROPRIEDADE	FUNDACÃO 1948-1960		1961-1970		1971-1980		1981-1986		TOTAL
Nacional	1	-	1	2	1	5	1	2	1 9
Estrangeira	1	4	1	-	1	4	1	1	1 9
TOTAL	1	4	1	2	1	9	1	3	1 18

TABELA 9 - EMPRESAS PESQUISADAS, SEGUNDO PROPRIEDADE E ANO DE INCORPORAÇÃO DO ENFERMEIRO DO TRABALHO.

PROPRIEDADE	1º ENFERM. 1948-1960	1961-1970	1971-1980	1981-1987	TOTAL
Nacional	1	-	1	3	6
Estrangeira	2	1	-	3	4
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>10</b>

Observando-se a Tabela 8, encontramos a maior inserção do serviço de saúde, nas empresas, nos anos 70, com o advento da legislação de 1972 que tornou obrigatório o serviço de saúde nas empresas (Portaria 3.237/72 - Ministério do Trabalho) 3. Já na Tabela 9 nota-se que a incorporação do enfermeiro do trabalho embora tenha se iniciado nos anos 70, só nos anos 80 atingiu seu maior incremento.

Com o objetivo de verificar a chegada dos usuários ao serviço de saúde para serem atendidos, levantamos junto aos enfermeiros como se realiza isso. (Tabela 10).

TABELA 10 - FORMAS DE PROCURA PELO TRABALHADOR DOS 21 SERVIÇOS DE SAÚDE DAS 18 EMPRESAS PESQUISADAS NA REGIÃO DE CAMPINAS.

FORMAS DE PROCURA	SIM		NÃO		TOTAL	
	№	%	№	%	№	%
1. Iniciativa própria	119	90,47	12	9,53	121	100
2. Agendamento do SESMT	118	85,71	13	14,29	121	100
3. Encaminhamento das chefias	113	61,90	18	38,10	121	100
4. Encaminhamento do setor de pessoal	105	23,80	16	76,20	121	100
5. Recomendação de colegas e familiares	102	9,52	19	90,48	121	100

A Tabela 10 mostra a presença das chefias e do setor de pessoal no agendamento dos SESMT. Que significado pode haver nesses dados?

Poderá haver má distribuição de clientes e sobrecarga de atendimento em determinados horários, dependendo das pausas da produção. Mas o problema maior e mais sério é a possibilidade de algumas empresas estarem novamente obtendo um mais rápido retorno da força de trabalho à produção com a ampla anuência dos SESMT. E como estaria ocorrendo esse fato? É comum, nas entrevistas realizadas, os enfermeiros queixarem-se de que os chefes enviam seus funcionários ao serviço de saúde e logo a seguir pedem sua devolução à produção. Quanto ao setor de pessoal, sabe-se do controle exercido sobre as ausências dos empregados. É o SESMT que, em

muitas empresas, em trabalho conjunto com o setor de pessoal, controla o absenteísmo, revalidando inclusive os atestados médicos apresentados pelos trabalhadores. O médico e o restante do pessoal do SESMT passam assim a fazer parte do trabalhador coletivo que move a produção da companhia. OLIVEIRA e TEIXEIRA (1981) 8.

Ao receber o cliente, os enfermeiros afirmam que procuram dar solução aos seus problemas de saúde. Segundo eles, 17 serviços (80,95%) afirmam dar atendimento e resolução aos problemas apresentados pelos usuários. Na Tabela 11, constatamos que o grau de resolutividade alegado pelos serviços não atinge tal amplitude, já que os serviços de saúde fora da empresa são amplamente utilizados para obtenção de assistência médica ao trabalhador.

Mais uma vez constata-se que esses serviços não são criados para proporcionar assistência médica integral à Saúde do trabalhador, a não ser em função de amenizar distúrbios de saúde do trabalhador no processo produtivo.



TABELA 11 - TIPOS DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS PARA OS QUAIS SÃO ENCAMINHADOS OS CLIENTES ATENDIDOS NOS 21 SERVIÇOS DE SAÚDE PESQUISADOS NA REGIÃO DE CAMPINAS.

SERVIÇOS AMBULATORIAIS	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Convênios - grupos médicos	20	95,23	01	4,77	21	100
2. Postos estad., municipais	09	42,85	12	57,15	21	100
3. Consultórios particulares	08	38,09	13	61,91	21	100
4. Ambulatórios INAMPS	01	4,76	20	95,24	21	100

Essa distorção da assistência médica também foi constatada no encaminhamento dos clientes para a rede hospitalar, conforme demonstra a Tabela 12.

TABELA 12 - TIPOS DE SERVIÇOS HOSPITALARES PARA OS QUAIS SÃO ENCAMINHADOS OS CLIENTES ATENDIDOS NOS 21 SERVIÇOS DE SAÚDE PESQUISADOS.

SERVIÇOS HOSPITALARES	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Convênios - grupos médicos	119	90,47	102	9,53	121	100
2. Convênios INAMPS	108	38,09	113	61,91	121	100
3. Hospitais particulares	107	33,33	114	66,67	121	100

Note-se que tanto nas consultas como nas internações utilizando-se dos convênios empresa-grupos médicos os recursos para pagamento saem do próprio usuário mediante desconto em seu salário. Também é gerado recurso pelo sistema de pré-pagamento da Previdência para a empresa quando existe convênio homologado INAMPS-empregador.

Os consultórios e hospitais particulares são menos utilizados para atendimento; entretanto, algumas empresas reembolsam os funcionários pelo uso das clínicas ou dos hospitais privados, em porcentagens que variam de empresa para empresa, algumas vezes classificando esse reembolso conforme a categoria do funcionário na empresa.

Quanto ao atendimento efetuado aos usuários, todos os serviços pesquisados possuem atendimento médico e de enfermagem.

Também todos os serviços estão equipados para atendimentos de primeiros socorros (vide Tabela 13), embora alguns não estejam equipados para casos de maior gravidade. As provas e testes funcionais parecem ser grandemente oferecidas aos usuários do SESMT, já que 11 estabelecimentos (52,38%) têm salas e aparelhos destinados aos testes e provas (vide Tabela 13). As outras empresas utilizam-se de seus convênios com a "medicina de grupo" para a realização desses exames.

Aqui cabem algumas reflexões sobre o porquê de tão sofisticados e onerosos aparelhos utilizados em tão grande escala pelos SESMT por grupos médicos. Na rotina ambulatorial dos SESMT, praticamente todos os casos agendados são para realizar testes em aparelhos, tais como o audiômetro para medir a função auditiva, o ortho-rater para medir a visão ocupacional, o dinamômetro para medir a força muscular, o espirômetro para medir a função respiratória e outros.

Estariam os serviços preocupados com a saúde dos trabalhadores realizando tantas provas e testes funcionais? É a prevenção a sua grande preocupação ou estariam os empresários apenas tentando cumprir a legislação (Portaria nº12/83 - NR 7)15 que obriga os SESMT aos exames médicos admissionais, periódicos e demissionais?

Estabelecendo-se uma comparação com os exames clínicos realizados em ambulatórios de hospitais universitários, nota-se que a seleção da força de trabalho é a grande meta ou objetivo das provas e testes realizados pelos SESMT. Para OLIVEIRA e TEIXEIRA (1981) 8, a seleção de pessoal em sua admissão possibilita

para as empresas a escolha de uma mão-de-obra provavelmente geradora de menos problemas futuros com o absenteísmo, interrupção da produção e gastos com obrigações sociais. Também RIBEIRO e LACAZ (1984) 14, quando descrevem os SESMT afirmam que "os médicos são instrumentos eficazes de controle das ausências dos trabalhadores e da seleção rigorosa dos mais aptos ao emprego". Sabe-se até de empresas em que a prática do teste de gravidez, via SESMT, para as operárias é obrigatória em sua admissão, assim como a dispensa por ocasião de casamento.

BULHÕES (1980) 4, uma das pioneiras em enfermagem do trabalho no Brasil, ao descrever a prova de dinamometria que mede a força muscular, indica assim a sua importância: "é uma das provas utilizadas para testar a função motora no que respeita à força muscular, de grande importância no trabalho". Ao falar da medida do perímetro abdominal para medir adiposidade, afirma ainda a autora ser "de significativa relevância para o desempenho do trabalho, donde sua utilização nos exames de saúde pré-admissionais e periódica".

Na pesquisa constatamos inclusive três serviços de saúde que possuem, além das salas para provas e testes funcionais, salas destinadas à reabilitação funcional (Tabela 13).

TABELA 13 - TIPOS DE ATENDIMENTO PROPICIADO AOS USUÁRIOS DOS 21 SERVIÇOS DE SAÚDE DAS 18 EMPRESAS PESQUISADAS.

TIPOS DE ATENDIMENTO	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1.Consultas e primeiros socorros	121	100,00	0	0,00	121	100
2.Programas educativos	111	52,38	10	47,62	121	100
3.Provas e testes funcionais	111	52,38	10	47,62	121	100
4.Reabilitação funcional	103	85,21	18	14,79	121	100

Quanto ao encaminhamento do acidentado para a rede de saúde fora da empresa, em caso de acidente, confirma a literatura estudada 6, 11, 13, quando encontramos 100% de encaminhamento nos casos graves para apenas 9,52% nos acidentes leves, (Tabela 14).

Qual é o significado desse dado encontrado? É o de que os casos leves estão sendo resolvidos pelo serviço de saúde da empresa com vistas ao rápido retorno da força de trabalho à produção e com controle sobre o absenteísmo e concessão de licenças para tratamento.

Esse procedimento que passou a ser adotado pelas empresas a partir de 1975 com as alterações da Previdência Social e a intensificação dos convênios com empresas é um dos fatores, já apontado por POSSAS(1981) 13 e outros autores 2, 8, 11, 14, que levam à alteração das estatísticas de acidentes de trabalho. Isso se dá porque as empresas começaram a classificar "os acidentes

registrados na categoria "sem perda de tempo", justamente a partir do momento em que passaram a assumir a responsabilidade de realizar perícias, licenças de saúde, atestados e atendimento médico a acidentados do trabalho", POSSAS (1981) 13.

As razões para assim procederem seriam várias entre elas os procedimentos burocráticos e de custos para a empresa advindos da notificação, o interesse de restringir o atendimento ao acidentado, caracterizando-o "sem perda de tempo" e devolvendo-o ao trabalho, a não perda de dias de trabalho para atendimento fora da empresa e, finalmente, que a notificação de um número excessivo de acidentes expõe a empresa à possibilidade de fiscalização pelo Ministério do Trabalho, ficando sujeita a ser considerada empresa de "alto risco" (POSSAS (1981) 13).

A falta de notificação ao INAMPS nos acidentes leves pode ser constatada na pesquisa, pois somente 10 (47,61%) das empresas notificam esses casos, para 21 (100%) nos acidentes graves (Tabela 14).

TABELA 14 - PROCEDIMENTOS ADOTADOS COM OS ACIDENTADOS DE TRABALHO  
PELOS 21 SERVIÇOS DE SAÚDE DAS 18 EMPRESAS PESQUISA-  
DAS DA REGIÃO DE CAMPINAS

PROCEDIMENTO (S)	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ACIDENTE LEVE						
1.Consulta de enfermagem	21	100	00	00,00	21	100
2.Consulta médica	14	66,66	07	33,34	21	100
3.Encam. a outros serviços	02	9,52	19	90,48	21	100
4.Notificação segurança-CIPA	06	28,57	15	71,43	21	100
5.Notificação ao INAMPS	10	47,61	11	52,39	21	100
6.Acompanhamento caso	02	9,52	19	90,48	21	100
ACIDENTE GRAVE						
1.Consulta de enfermagem	21	100	00	00,00	21	100
2.Consulta médica	16	76,19	05	23,81	21	100
3.Encam. a outros serviços	21	100	00	00,00	21	100
4.Notificação segurança-CIPA	02	9,52	19	90,48	21	100
5.Notificação ao INAMPS	21	100	00	00,00	21	100
6.Acompanhamento caso	04	19,04	17	80,96	21	100

Chama também a atenção na Tabela 14 o acompanhamento do caso, que demonstra uma assistência emergencial apenas e sem preocupação com a saúde e segurança dos trabalhadores. Isso também está demonstrado quando vemos que os órgãos de segurança e a CIPA pouco são notificados, inclusive nos casos graves.

### 3. A equipe de trabalho dos serviços de saúde

Os serviços de saúde das empresas pesquisadas da região de Campinas estão diretamente subordinados no organograma da empresa aos seguintes órgãos:- em primeiro lugar, ao serviço de pessoal (66,66%), a seguir, à diretoria (22,22%); e, finalizando, aparece a administração, com 11,11%.

E quais seriam as consequências dessa subordinação do SESMT ao setor de pessoal adotada por 66% dos serviços?

Segundo OLIVEIRA e TEIXEIRA (1981) 8, "existe um papel importante, do ponto de vista dos empresários, a ser desenvolvido por uma seção médica no interior das empresas". Os autores exemplificam as funções de seleção de pessoal, o controle do absentismo e o rápido retorno da força de trabalho à produção como de interesse para a empresa. Vem daí o grande interesse da empresa em subordinar o serviço de saúde ao serviço de pessoal. Daí encontramos alguns SESMT policiando os empregados em suas faltas e vangloriando-se da queda do absentismo conseguido.

Quanto à equipe de atendimento do SESMT, os dados encontrados revelam que 83,31% do pessoal pertencente aos serviços



pesquisados são médicos (33,33%) e pessoal de enfermagem (49,98%). O restante do pessoal (16,69%) é bastante variável em suas categorias profissionais, predominando o pessoal administrativo com 10% desse total, (vide Tabela 15).

TABELA 15 - CATEGORIAS OCUPACIONAIS PERTENCENTES AOS 21 SERVIÇOS DE SAUDE DAS 18 EMPRESAS PESQUISADAS DA REGIÃO DE CAMPINAS.

CATEGORIAS OCUPACIONAIS	Nº	%
1. Médico	50	33,33
2. Auxiliar de enfermagem	34	22,66
3. Enfermeiro	25	16,66
4. Pessoal administrativo	15	10,00
5. Atendente	12	8,00
6. Técnico de enfermagem	04	2,66
7. Supervisor de segurança	03	2,00
8. Dentista	02	1,34
9. Engenheiro	02	1,34
10. Assistente social	01	0,67
11. Biólogo	01	0,67
12. Farmacêutico	01	0,67
TOTAL	150	100,00

Estabelecendo-se uma comparação entre médicos e enfermeiros, encontramos 2,38 médicos para 1,19 enfermeiros por serviço. Sendo o número de médicos exatamente o dobro do número de enfermeiros por serviço.

Para MÉDICI (1987) 9, com a "desvalorização do trabalho médico", a categoria médica aumentou o número de seus empregos como forma de suplementação salarial ou reposição da renda perdida. Um dos recursos utilizados foi cursar a especialização em Medicina do Trabalho e arrumar "um bico" nas fábricas. Esse emprego fabril, que pela legislação 15 seria de no máximo seis horas por dia (tempo integral) e no mínimo três horas por dia (tempo parcial), permitiu ao médico conciliar vários empregos no mesmo dia.

Para os enfermeiros, o mesmo não ocorreu. Constatou-se na pesquisa que 100% da categoria tem no SESMT o seu único emprego.

E que consequências teriam para o serviço de saúde das empresas essas diferenças de carga semanal de trabalho que foram constatadas (Tabela 16) ?

TABELA 16 - HORAS SEMANAIS DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS E CHEFIAS MÉDICAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DAS EMPRESAS DA REGIÃO DE CAMPINAS.

HORAS SEMANAIS	ENFERMEIROS			MÉDICOS-CHEFES	
	Nº	%	I	Nº	%
Menos de 20 horas	01	04	1	05	31,25
20 - 30 horas	02	08	1	08	50,00
31 - 40 horas	12	48	1	03	18,75
41 - 50 horas	10	40	1	0	0
TOTAL	25	100	1	16	100

Como primeira consequência teríamos, com raras e meritórias exceções, o médico praticamente ausente da firma. É a prática condenável da comunicação via telefone, já institucionalizada há vários anos nos hospitais privados, sendo levada para os serviços médicos das empresas.

Como segunda consequência, a qualidade do serviço prestado deixando muito a desejar. A prevenção que é esquecida, as doenças profissionais que não são detectadas e a assistência médica que não é praticada, a não ser nas situações de acidentes e nas emergenciais em função do processo imediato de trabalho.

Segundo MENDES (1986) 11, é a própria credibilidade dos SESMT que está em jogo, "por práticas que se afastam da ética que deve nortear os profissionais que dirigem e/ou trabalham nesses

serviços". Também MENDES e FERREIRA JUNIOR (1984) 12 afirmam que a "corrida" pela medicina do trabalho reflete o panorama do mercado de trabalho para o médico. Antevia-se "um mercado abundante de bons empregos, a maioria por poucas horas diárias, permitindo conciliar vários empregos e várias especialidades ao mesmo tempo".

Nos 21 serviços pesquisados encontraram-se dois enfermeiros e dois engenheiros na chefia dos SESMT. Nos outros 17 serviços, a chefia é médica. Portanto, 80,95% das chefias pertencem aos médicos.

Como terceira consequência teríamos a chefia nem sempre presente em horários nobres para a vida fabril. E quais foram os fatores de influência que geraram essa escolha do profissional de medicina para a chefia dos SESMT ?

Em primeiro lugar, no passado histórico, como todos sabemos, tal como aconteceu nos hospitais, os médicos "chegaram primeiro". Era o médico da fábrica e o seu auxiliar "prático".

Em segundo lugar, a legislação existente, que coloca o médico na empresa a partir de 101 empregados admitidos. Os enfermeiros são admitidos, pela legislação, somente após 3.501 empregados (Portaria nº 34/83) 15.

Entraria em terceiro lugar o "status diferenciado" da carreira médica na sociedade em que o médico detém a hegemonia do controle técnico e muitas vezes administrativo do processo de trabalho.5

Importante também nesta análise é o papel desempenhado pelo enfermeiro, de "gerente intermediário".7 Hierarquicamente, o

enfermeiro tem no médico o seu superior e nos técnicos, auxiliares e atendentes os seus subordinados. Essa divisão do trabalho de enfermagem, que consiste na distribuição de tarefas, procedimentos e responsabilidades do cuidado ao cliente, por diferentes agentes da enfermagem e de acordo com o grau de sua qualificação, surgiu no processo de divisão do trabalho fortalecido com o advento do capitalismo. ALMEIDA e ROCHA (1986) 1.

Hoje, a enfermagem, disciplinada pela Lei nº 7.498/86, que regula seu exercício no Brasil, confirmou essa divisão técnica e social do trabalho, MELO (1986) 10.

O enfermeiro, com formação superior, desempenha funções técnicas bem distintas das realizadas pelas outras categorias de enfermagem, ligando-se mais à administração, supervisão e controle de qualidade dos serviços de saúde. Para os técnicos e os auxiliares, cuja formação curricular é em nível de profissionalização de segundo grau, sendo os técnicos com carga horária superior aos auxiliares, ficaram as atividades ditas "mais simples" ou "manuais", ligadas diretamente ao cuidado com o paciente. Para os atendentes, sem formação específica e que pela Lei 7.498/86 deverão ser extintos em 10 anos, restaram atividades elementares do trabalho na enfermagem.

Na pesquisa constatamos 13 (52%) enfermeiros atuando sozinhos na enfermagem do SESMT (em seu horário de trabalho). Este é um dado raramente encontrado na enfermagem hospitalar, em que o enfermeiro pode até ser o único de sua categoria mas atua conjuntamente com as outras categorias da enfermagem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, M.C.P. & ROCHA, J.S.Y. O\_Saber\_de\_Enfermagem\_e\_sua  
dimensão\_prática. São Paulo, Cortez, 1986, 128 pgs.
2. BRAGA, S.C.S. & PAULA, S.G.P. Saúde\_e\_Previdência\_-\_Estudos  
de\_Política\_Social. São Paulo, CEBES-Hucitec, 1981, 226  
pgs.
3. BULHÕES, I. Enfermagem do Trabalho. Rio de Janeiro, 1976, 262  
pgs.
4. BULHÕES, I. Avaliação\_de\_Saúde\_em\_Enfermagem\_do\_Trabalho. Rio  
de Janeiro, Ed. Folha Carioca, 1980, 153 pgs.
5. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM & ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EN-  
FERMAGEM. Força\_de\_Trabalho\_em\_Enfermagem. Rio de Janeiro,  
Vol.1, Autor, 1985, 236 pgs.
6. COSTA, M.R. As\_Vítimas\_do\_Capital:\_os\_acidentados\_do\_traba-  
lho. Rio de Janeiro, Achiamé, 1981, 117 pgs.
7. GERMANO, R.M. Educação\_e\_Ideologia\_da\_Enfermagem\_no\_Brasil.  
São Paulo, Cortez, 1984, 118 pgs.
8. GUIMARÃES, R. (org.) Saúde\_e\_Medicina\_no\_Brasil. Rio de Ja-  
neiro, Graal, 3a.edição, 1981, 296 pgs.

9. MEDICI, A.C. (org.) Recursos Humanos em Saúde. Rio de Janeiro, Esc. Nac. de Saúde Pública, 1987, 159 pgs.
10. MELO, C. Divisão Social do Trabalho e Enfermagem. São Paulo, Cortez, 1986, 94 pgs.
11. MENDES, R. Doutrina e Prática da Integração da Saúde Ocupacional no Setor Saúde: contribuição para a definição de uma política São Paulo, 1986. Tese Livre Docência - F.S. Pública USP, 384 pgs.
12. MENDES, R. & FERREIRA Jr. Y.M. Medicina do Trabalho no Brasil: Análise da situação atual e tendências. Temas IMESC Soc. Dir. Saúde. São Paulo, 1(2), 1984, p. 83-92.
13. POSSAS, C.A. Saúde e Trabalho: a crise da Previdência Social. Rio de Janeiro, Graal, 1981, 324 pgs.
14. RIBEIRO, H.P. & LACAZ, F.A.C. (org.) De que adoecem e morrem os trabalhadores. São Paulo, DIESAT, 1984, 236 pgs.
15. SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO. São Paulo, Atlas, 9a. edição, 1985 (Manuais de Legislação Atlas, 16), 310 pgs.
16. UNICAMP-CTAE. Caderno Industrial do Município de Campinas. Campinas, Autor, 1982/83, 265 pgs.

C A P Í T U L O VI

A ENFERMAGEM DO TRABALHO NA EMPRESA



## A ENFERMAGEM DO TRABALHO NA EMPRESA

### 1. A enfermagem e as condições de trabalho do enfermeiro

Os enfermeiros dos serviços de saúde das empresas da região de Campinas, no que se refere aos aspectos sociodemográficos, apresentam características quanto ao sexo e faixa etária que seguem o encontrado na literatura estudada 3. Nas empresas pesquisadas encontramos apenas um enfermeiro do sexo masculino (4%) para 24 enfermeiras do sexo feminino (96%) (Tabela 17).

Sendo a força de trabalho em enfermagem hegemonicamente feminina em todos os países onde existe a profissão, e isto tanto nas categorias com formação superior como nas de nível médio e elementar, o encontrado era o esperado. O que difere das expectativas é o não aumento do contingente masculino na região, já que no Brasil esse contingente aumentou de 4,0% para 6,0%. MÉDICI e PAIM (1987) 7.

Em relação à faixa etária (Tabela 17) foi constatado o esperado, ou seja, predominância de profissionais jovens (88% até 35 anos). Isto se deve ao alto incremento relativo na década de setenta, quando os enfermeiros aumentaram de cerca de duas vezes e meia em 10 anos. 7

Esse rápido desenvolvimento aconteceu devido ao aumento das matrículas na graduação em enfermagem em decorrência da reforma universitária, das pressões por mais vagas nas universidades e da reforma do aparelho de saúde, com a instituição da medi-

cina previdenciária conveniada com o setor privado e que respondeu pela absorção de um grande contingente de profissionais de saúde, ao longo da década de setenta. 7

Uma particularidade da especialização em enfermagem do trabalho e que certamente também contribuiu para a predominância de profissionais jovens (Tabela 17) é a de que o enfermeiro do trabalho foi oficialmente incorporado ao mercado de trabalho há 14 anos. (Portaria nº 3460/75 - Ministério do Trabalho) 2. Considerando-se que a maioria das empresas brasileiras somente após o advento da legislação que criou o serviço (Portaria nº 3.237/72 - Ministério do Trabalho)2 é que iniciaram a contratação de profissionais para atuarem no SESMT e que os enfermeiros formados há mais tempo já estavam incorporados ao mercado de trabalho, a faixa etária encontrada era a esperada.

TABELA 17 - FAIXA ETÁRIA E SEXO DOS ENFERMEIROS PERTENCENTES AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DAS EMPRESAS DA REGIÃO DE CAMPINAS.

FAIXA ETÁRIA	SEXO		SEXO		TOTAL	
	MASCULINO		FEMININO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
menos 25 anos	00	00	04	16	04	16
25 a 30 anos	01	04	14	56	15	60
31 a 35 anos	00	00	03	12	03	12
36 a 40 anos	00	00	01	04	01	04
mais 40 anos	00	00	02	08	02	08
TOTAL	01	04	24	96	25	100

Confirmando-se a afirmativa anterior, constatamos que somente dois (8%) dos enfermeiros atuantes nas indústrias da região eram formados e contratados havia mais de 15 anos (tabelas 18 e 19) e portanto atuavam em enfermagem do trabalho antes do advento da legislação que deu início à carreira. (Portaria 3.460/75 - Ministério do Trabalho) 2.

TABELA 18 - TEMPO DE FORMADO NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DOS ENFERMEIROS PERTENCENTES AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DAS EMPRESAS DA REGIÃO DE CAMPINAS.

ANOS DE FORMADO	Nº	%
Até 10 anos	22	88
11 a 15 anos	01	04
16 a 20 anos	00	00
mais de 20 anos	02	08
TOTAL	25	100

TABELA 19 - TEMPO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS JUNTO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DAS EMPRESAS DA REGIÃO DE CAMPINAS.

TEMPO DE TRABALHO	Nº	%
menos de 5 anos	15	60
5 a 10 anos	08	32
11 a 15 anos	00	00
mais de 15 anos	02	08
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Foi constatado que 17 enfermeiros (68%) fizeram curso e são enfermeiros do trabalho. Os restantes 32% foram admitidos e trabalham sem registro no Ministério do Trabalho, o que contraria a legislação existente. (NR 27, artigo 1 - Ministério do Trabalho) 10.

Os motivos alegados para a não formação como enfermeiro do trabalho são variáveis, desses, a não existência de cursos na região o (último curso oferecido foi em 1985) e os problemas familiares foram os mais lembrados. Aparecem também motivos que envolvem problemas de incompreensão e falta de incentivo do grupo empresarial, tais como não autorizar o enfermeiro a cursar especialização, não compatibilizar os horários do trabalho com o curso e dificuldade de locomoção da firma até o local do curso.

A problemática da mulher frente ao mercado de trabalho foi mencionada por 25% das envolvidas, quando alegaram que os fi-

lhos pequenos impediam sua especialização como enfermeira do trabalho. Já em pesquisa anterior do COFEN-ABEn (1985) 3 havia sido apurado que 18,8% das enfermeiras brasileiras alegavam como razão para passar períodos sem trabalhar "o cuidar de filhos pequenos". Quanto a outros cursos realizados pelos enfermeiros, constatou-se que nenhum enfermeiro cursou ou cursa pós-graduação "stricto sensu" (mestrado e doutorado). Foram encontrados seis enfermeiros com especialização em Administração Hospitalar, seis enfermeiros com Licenciatura Plena em Enfermagem, três enfermeiros com especialização em Saúde Pública e um enfermeiro com especialização em Clínica Médica e Cirúrgica.

Com o objetivo de estudar a razão da opção dos enfermeiros pela saúde ocupacional, já que muitos inclusive tinham outras especializações em seu currículo, levantaram-se os motivos alegados para essa opção. Os dois maiores resultados ficaram para os itens "trabalho satisfatório" (84%) e "salário compensador" (64%). Teriam essas respostas relação com a empresa em que trabalham já que são empresas de projeção no setor empresarial brasileiro ?

Em pesquisa anterior, COFEN-ABEn (1985) 3 nos hospitais, o grau de satisfação do enfermeiro está condicionado por fatores tais como pessoal suficiente em serviço, material de trabalho em quantidade e qualidade adequadas e sistemas de incentivo salarial por mérito.

A razão do "trabalho satisfatório" na empresa parece estar mais relacionada com fatores chamados "salários indiretos", tais como transporte, convênios (médico, odontológico, creches,

supermercados), restaurantes, uniformes e outros, do que com o tipo de atividade ocupacional realizada.

E o que é considerado "salário compensador" para 64% do grupo pesquisado ? (Vide Tabela 20.)

TABELA 20 - REMUNERAÇÃO MENSAL DOS ENFERMEIROS DAS EMPRESAS DA REGIÃO DE CAMPINAS.

SALÁRIO MÍNIMO	Nº	%
Menos de 5 salários	02	08
5 a 10 salários	10	40
11 a 15 salários	08	32
16 a 20 salários	00	00
mais de 20 salários	05	20
TOTAL	25	100

Pela tabela 20 observa-se que o grau de satisfação com o salário recebido não deveria atingir 64% dos entrevistados. Percebe-se que a categoria profissional dos enfermeiros, quando estabelece comparação sobre salários, restringe-se a sua própria profissão e não compara seus salários com os dos demais profissionais universitários existentes no mercado de trabalho.

Alguns fatores levam os enfermeiros a essa análise tão restrita. Em primeiro lugar, a categoria está condicionada através de sua própria história a ser mal remunerada. O passado reli-

gioso da profissão e suas conotações humanitárias têm grande influência nesse pensamento, além de se tratar de ocupação feminina. Em segundo lugar, a análise de salário é estabelecida pelos enfermeiros das empresas mediante comparação de seus ganhos e os salários mal pagos dos enfermeiros hospitalares.

Finalizando, não estariam os enfermeiros, tal como fizeram no item "Trabalho satisfatório", computando como "salário compensador" as refeições, assistência médico-odontológica, creche etc., sem analisar que o assim chamado "salário indireto", além de ser um direito e uma conquista dos trabalhadores, é também uma arma poderosa usada como domínio pelo dono do capital ?

Também foi objeto da pesquisa observar se está havendo sobrecarga de trabalho na enfermagem dos SESMT. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT) 3, em quase todos os países do mundo as condições de trabalho do pessoal de enfermagem não são completamente satisfatórias devido, entre outros fatores, aos horários longos sem período de descanso e aos plantões (turnos).

Os resultados encontrados confirmam essa afirmação quando indicam que 40% trabalham mais de 40 horas semanais (Tabela 16 - capítulo V). Quanto a fazerem ou não horas extras, 13 enfermeiros (52%) as fazem só quando necessário e dois enfermeiros (8%) as fazem rotineiramente. Os motivos alegados para fazerem horas extras vão desde assistir e ministrar palestras e cursos até cobrir férias e plantões dos auxiliares. Também foram lembrados os casos urgentes e as viagens a serviço da empresa.

Um fato comum na enfermagem hospitalar é o revezamento por turnos. Na enfermagem ocupacional, 16% esporadicamente fazem revezamento e como motivo novamente aparece a substituição dos auxiliares de enfermagem em férias ou plantões extras durante greves.

Podemos comparar os excessos de carga horária com os encontrados no setor hospitalar, onde 46,6% fazem mais de 40 horas semanais de trabalho. 3

Ainda quanto à carga horária, constatou-se nas entrevistas realizadas uma revolta velada dos enfermeiros quanto ao cumprimento de mais de seis horas de trabalho por dia, já que a NR4 em vigor 10 estabelece em seu artigo 4.9 que a carga horária do enfermeiro do trabalho é de seis horas diárias. O motivo alegado pelo empregador para burlar essa legislação está baseado na brecha, deixada pelo legislador quando, ao final do artigo 4.9, declara "respeitada a legislação pertinente em vigor" (no caso, a CLT, que estabelece oito horas diárias de jornada de trabalho para os trabalhadores brasileiros).

## 2. Objeto do trabalho do enfermeiro e sua visão da saúde do trabalhador.

O que pensam os enfermeiros sobre a saúde do trabalhador? Este aspecto remete à análise das representações desta parcela de profissionais de saúde sobre o objeto de seu trabalho.



Ao enfermeiro foi perguntado quais os motivos que, em sua opinião, levavam os trabalhadores a procurar o serviço de saúde da empresa (Tabela 21).

TABELA 21 - MOTIVOS ALEGADOS, PELOS 25 ENFERMEIROS ENTREVISTADOS, DA PROCURA PELOS TRABALHADORES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DAS EMPRESAS DA REGIÃO DE CAMPINAS.

MOTIVOS DA PROCURA	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Condições inadequadas de trabalho	10	40	15	60	25	100
2. Insatisfação c/ emprego ou salário	04	16	21	84	25	100
3. Necessidade de expor problemas	04	16	21	84	25	100
4. Necessidade de orientação à saúde	03	12	22	88	25	100
5. Acidentes de trabalho	02	08	23	92	25	100
6. Costume e confiança no serviço	02	08	23	92	25	100
7. Pessoas + suscetíveis às doenças	02	08	23	92	25	100
8. Obtenção de atestados médicos	01	04	24	96	25	100

Pelos resultados obtidos na Tabela 21 vimos que as condições inadequadas de trabalho foram lembradas por 40% dos enfermeiros entrevistados, sendo que os setores de produção, com as operações de fundição, montagem e esmaltação, são os que mais procuram o serviço de saúde segundo 56% dos enfermeiros. Outros setores também foram lembrados, tais como os de limpeza e trans-

porte. Os acidentes de trabalho foram lembrados por 8% dos entrevistados.

Essas respostas nos levam a acreditar que uma parcela considerável dos enfermeiros tem consciência das condições adversas de trabalho a que são expostos os trabalhadores, julgando que os mesmos procuram o serviço de saúde pelas condições inadequadas de seu trabalho.

Também o enfermeiro tem pleno conhecimento de que está sendo usado pelo empregador como "aparador de arestas", ouvindo, orientando e procurando acalmar os trabalhadores antes de devolvê-los à produção. Contudo, não deixam de julgar positivo o grau de humanitarismo contido no seu trabalho, pois, dos 25 enfermeiros entrevistados, 92% lembraram que as orientações e conselhos consomem grande parte de seu tempo disponível.

A ideologia da enfermagem desde a sua origem, para os brasileiros, significa: abnegação, obediência, dedicação. Isto marcou profundamente o enfermeiro como um profissional que não exerce a crítica social, porém consola e socorre as vítimas da sociedade. GERMAND (1984) 5.

A mesma autora 5, referindo-se à enfermagem do trabalho, afirma "Trata-se de uma área que em essência procura relacionar enfermagem e capital, ou seja, como a enfermagem deve cooperar com o capital dispensando atenção à força de trabalho para que ela produza melhor", e que, em "certas situações, o enfermeiro exerce um papel de intermediação entre a direção da empresa e os empregados".

Essa intermediação dos profissionais do SESMT também foi citada por MENDES (1986) 8, ao comentar a qualidade dos SESMTs existentes. Comenta o autor a sua vinculação patronal, as suas práticas que se afastam da ética e a sua possibilidade de obter um retorno mais rápido da força de trabalho à produção.

Para os enfermeiros entrevistados foi relativamente fácil, ao julgar pelo número de respostas obtidas, identificar os principais problemas de saúde dos trabalhadores que procuram o serviço de saúde, (Tabela 22).

TABELA 22 - PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE DOS USUÁRIOS DOS 21 SERVIÇOS DE SAÚDE DAS EMPRESAS DA REGIÃO DE CAMPINAS IDENTIFICADOS PELOS ENFERMEIROS ENTREVISTADOS.

PROBLEMAS DE SAÚDE	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Distúrbio gastrointestinal	118	72	07	28	125	100
2. Doença das vias aéreas superiores	117	68	08	32	125	100
3. Hipertensão	114	56	11	44	125	100
4. Lombalgia, Tendinite	114	56	11	44	125	100
5. Cefaléia	109	36	16	64	125	100
6. Acidente trabalho, esportivo	108	32	17	68	125	100
7. Problema de saúde mental	106	24	19	76	125	100
8. Conjuntivite, corpo estranho	104	16	21	84	125	100
9. Diabetes	104	16	21	84	125	100
10. Alcoolismo	103	12	22	88	125	100
11. Dermatite	103	12	22	88	125	100
12. Dismenorréia	102	08	23	92	125	100
13. Epilepsia	102	08	23	92	125	100
14. Obesidade	102	08	22	92	125	100

Observando-se a Tabela 22 pode-se constatar como o processo de produção "suga" a força de trabalho para a extração da "mais-valia", provocando desgaste do operário. Além das agressões sofridas pelo operário em seu local de trabalho, não podemos es-

quecer que os níveis gerais de saúde e bem-estar da classe operária como um todo são extremamente precários. Malnutrido, com baixos salários e transporte ineficaz, é um operário que já começa a trabalhar sem ter condições físicas e psicológicas para tal. COSTA (1981) 4 e RIBEIRO e LACAZ (1984) 9 indicam como problemas de saúde do trabalhador a fadiga crônica com seus subprodutos - as neuroses e o alcoolismo. Também indicam os distúrbios do sono, nervosos e digestivos nos trabalhos em turnos.

Existem fatores de insalubridade como o calor, umidade, ruído, as vibrações, poeiras, substâncias tóxicas, que também estão presentes no dia-a-dia do trabalhador e que estão subentendidas nos problemas de saúde identificados na Tabela 22.

Aos enfermeiros, bem como aos outros profissionais da saúde, a preocupação com o social e uma análise mesmo que superficial da realidade têm sido enfatizadas ao longo dos últimos 25 anos.<sup>5</sup>

Na Tabela 23, as causas dos problemas de saúde do trabalhador foram identificadas pelos enfermeiros entrevistados.

TABELA 23 - CAUSAS DOS PROBLEMAS DE SAÚDE DO TRABALHADOR ALEGADAS PELOS ENFERMEIROS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DAS EMPRESAS DA REGIÃO DE CAMPINAS.

CAUSAS DOS PROBLEMAS DE SAÚDE	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Más condições econômicas e sociais	18	72	07	28	125	100
2. Condições inadequadas de trabalho	13	52	12	48	125	100
3. Deficiência do próprio trabalhador	06	24	19	76	125	100
4. Não uso de material de segurança	05	20	20	80	125	100
5. Descontent. e conflitos no trabalho	03	12	22	88	125	100
6. Desgaste e fadiga	03	12	22	88	125	100
7. Prática de esportes sem preparo	02	08	23	92	125	100

Analisando a Tabela 23 verificamos que a instabilidade econômico-social do país foi lembrada por 72% dos entrevistados. Nas condições inadequadas de trabalho foram mencionados fatores como posturas inadequadas, carregamento excessivo de peso, poeiras, trabalhos em condições de risco e calor. Nas deficiências do próprio trabalhador foram lembradas a sua baixa escolaridade, sua faixa etária alta ou menores em linha de montagem e a problemática da mulher já mencionada em outros itens.

Pelas alegações dos enfermeiros (Tabela 23) percebe-se que grande parte dos entrevistados reconhece as causas reais dos problemas de saúde dos trabalhadores mas muitos culpam o indivi-

duo por essa situação. Nessa visão do enfermeiro parece haver influência da sua formação escolar e dos discursos oficiais ouvidos e assimilados extra e intraempresas.

Também seu vínculo trabalhista com o empregador exerce grande influência nesse modo de pensar. ALMEIDA e ROCHA (1986) 1, sobre o vínculo empresa-enfermeiro, faz o seguinte comentário que se encaixa nesta análise: "As enfermeiras que desempenham essa função de supervisoras, gerentes, são as "funcionárias" da ideologia dominante, mas são trabalhadoras assalariadas e seu trabalho é um trabalho não-produtivo; portanto, não fazem parte da classe operária e não pertencem também à burguesia, pois seu trabalho assalariado é explorado, dominado e subordinado no aparelho econômico. Fazem parte, portanto, da nova pequena burguesia".

### 3. O trabalho do enfermeiro nos serviços de saúde das empresas.

Para levantamento do trabalho executado pelo enfermeiro nos serviços de saúde das empresas, inicialmente fomos verificar quais as principais funções administrativas que executa. (Tabela 24).

TABELA 24 - FUNÇÕES ADMINISTRATIVAS REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS PERTENCENTES AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DAS EMPRESAS DA REGIÃO DE CAMPINAS.

FUNÇÕES ADMINISTRATIVAS	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Previsão e controle de estoques	24	96	01	04	25	100
2. Controles estatísticos	20	80	05	20	25	100
3. Organização operacional do serviço	18	72	07	28	25	100
4. Chefia/supervisão de equipe	12	48	13	52	25	100
5. Chefia total do serviço	02	08	23	92	25	100
6. Assessoria p/compras de equipamen.	01	04	24	96	25	100
7. Chamada de empregados e controle de exames	01	04	24	96	25	100
8. Planejamento operacional de custos	01	04	24	96	25	100

Pela Tabela 24, o enfermeiro é quem chefia a equipe de enfermagem em 100% dos serviços, já que treze enfermeiros atuam sozinhos, portanto não chefiam pessoal de enfermagem. Também demonstra a Tabela 24 que a maioria dos enfermeiros faz previsão e controle de estoques, estatísticas e organização operacional do serviço. Esses dados nos trazem as seguintes indagações:

- Quem está chefiando o SESMT? - Que tipo de administração está sendo exercido pelo enfermeiro?



Oficialmente, só dois enfermeiros exercem a chefia. Provavelmente, os demais enfermeiros estão exercendo chefias delegadas e não oficiais e portanto não reconhecidas. Sua administração vai de aspectos meramente burocráticos à assistência ao médico e ao trabalho por tarefas junto à clientela que procura o SESMT. Essa rotina é quebrada pelas funções educativas e visitas realizadas.

Chamam a atenção na Tabela 24 os 80% de enfermeiros trabalhando com dados estatísticos. Esses dados, alvo de queixas dos enfermeiros, são exigência do empregador para controle do SESMT em seu dia-a-dia e o seu custo operacional. Não foi constatada nenhuma relação entre os dados estatísticos coletados e os trabalhos de pesquisa realizados pelos enfermeiros.

Quanto às funções assistenciais executadas pelos enfermeiros, fomos encontrar os seguintes resultados (Tabela 25).

TABELA 25 - FUNÇÕES ASSISTENCIAIS EXECUTADAS PELOS ENFERMEIROS PERTENCENTES AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DAS EMPRESAS DA REGIÃO DE CAMPINAS.

FUNÇÕES ASSISTENCIAIS	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Curativos e terapêutica	23	92	02	08	25	100
2. Atendimento de acidentados	22	88	03	12	25	100
3. Participação exames admissionais e periódicos	22	88	03	12	25	100
4. Coleta de exames e vacinas	17	68	08	32	25	100
5. Provas e testes funcionais	13	52	12	48	25	100
6. Suturas e drenagens de abscessos	08	32	17	68	25	100
7. Consulta de enfermagem	04	16	21	84	25	100
8. Pré-natal e puericultura	03	12	22	88	25	100
9. Talas gessadas e reabilitação	03	12	22	88	25	100

A nossa atenção na Tabela 25 volta-se para a pequena parcela dos enfermeiros que estão praticando a consulta de enfermagem (16%).

Faltou maior comprovação, que poderá ser objeto de outro trabalho, e uma avaliação de como é gasto o tempo do enfermeiro nas suas diversas funções.

Por observações realizadas, o modelo utilizado nos serviços de enfermagem do trabalho é em grande maioria executado por tarefas ou procedimentos. (Modalidade funcional?) Este dado também poderá ser objeto de estudos futuros.

Por observações realizadas e também pelo resultado da Tabela 25, constatou-se que o tipo de atendimento que está sendo oferecido pelo SESMT se identifica com a assistência secundária dos ambulatórios da Previdência Social ou rede hospitalar que dá grande ênfase à medicina curativa.

Quanto à saúde ocupacional, limita-se ao cumprimento da legislação, às funções de recuperação rápida da força de trabalho para a produção e ao atendimento do acidentado. O controle do absenteísmo também é realizado em alguns serviços.

Tendo em vista que a lei do exercício profissional 7.498 de 25/6/86, em seu artigo 11, reserva ao enfermeiro o direito de exercer algumas atividades privativamente, procurou-se investigar a execução pelos enfermeiros de funções não delegadas.

TABELA 26 - FUNÇÕES ASSISTENCIAIS NÃO DELEGADAS REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS PERTENCENTES AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DAS EMPRESAS DA REGIÃO DE CAMPINAS.

FUNÇÕES NÃO DELEGADAS	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Consulta de enfermagem	04	16	21	84	25	100
2. Entrev., orient., encaminham.	03	12	22	88	25	100
3. Atendimento dos acidentados	02	08	23	92	25	100
4. Provas e testes funcionais	02	08	23	92	25	100
5. Controles dermatológicos e de hipertensos	01	04	24	96	25	100
6. Exames laboratoriais	01	04	24	96	25	100
7. Suturas drenagens de abscessos	01	04	24	96	25	100

As funções não delegadas apontadas pelos enfermeiros na Tabela 26 indicam que eles usam o critério da escolha de casos mais graves (acidentes), ou casos que requeiram maior preparo técnico ou científico, para exercerem privativamente suas atividades. Segue portanto o que é estabelecido pela legislação (Lei 7.498, de 25/06/86).

Além das funções administrativas e assistenciais, o enfermeiro do serviço de saúde da empresa desempenha funções educativas (Tabela 27).

TABELA 27 - FUNÇÕES EDUCATIVAS REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DAS EMPRESAS DA REGIÃO DE CAMPINAS.

FUNÇÕES EDUCATIVAS	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Para sua Equipe						
1. Treinamento	17	68	8	32	25	100
2. Cursos	11	44	14	56	25	100
3. Palestras	10	40	15	60	25	100
4. Estágios	01	04	24	96	25	100
Para sua Clientela						
1. Cursos	21	84	04	16	25	100
2. Palestras	17	68	08	32	25	100
3. Programas	14	56	11	44	25	100
4. Visitas domiciliares	11	44	14	56	25	100

Levantando os cursos e palestras oferecidos para a clientela do SESMT, encontramos em maior porcentagem os cursos de primeiros socorros, prevenção de acidentes, educação à saúde e pré-natal e puericultura (para grupos de mulheres). Todos, cursos que visam o indivíduo ou grupos de indivíduos no processo de trabalho, mas que pouco questionam as condições em que o trabalho se realiza ou em que os infortúnios acontecem.

Quanto aos programas mencionados na Tabela 27 por 14 enfermeiros (56%), trata-se de grupos de empregados que são acompa-

nhados pelo serviço por apresentarem determinados sintomas ou doenças, como hipertensão, diabetes e alcoolismo.

O programa que está sendo mais realizado pelos serviços de saúde é o de funcionários hipertensos, já que 11 enfermeiros (44%) dele participam. Não podemos esquecer o significado desse dado, já que a hipertensão e o processo de trabalho estão relacionados. Observe-se que, na Tabela 22, 56% dos enfermeiros admitiram ser a hipertensão um dos principais problemas de saúde dos usuários dos serviços.

Também como função do enfermeiro do SESMT - constatamos sua participação em comissões formadas pela empresa, tais como a comissão interna de prevenção de acidentes - CIPA - obrigatória pela Portaria nº 3.214, de 8/6/1978 (NR5) 10 - com 18 (72%) enfermeiros participantes. A brigada de incêndios também conta com a participação de sete (28%) enfermeiros.

Finalizando este item sobre as funções do enfermeiro nas empresas da região de Campinas, levantamos que 76% dos enfermeiros entrevistados realizam visitas aos locais de trabalho de sua clientela. Procuramos então levantar os objetivos dessas visitas realizadas (Tabela 28).

TABELA 28 - OBJETIVOS DAS VISITAS REALIZADAS AOS DIFERENTES SETORES DA EMPRESA PELOS ENFERMEIROS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DAS EMPRESAS DA REGIÃO DE CAMPINAS.

OBJETIVOS DAS VISITAS	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Conhecer e melhorar cond. trabalho	09	36	16	64	25	100
2. Detectar áreas de risco	08	32	17	68	25	100
3. Assegurar higiene ambiental	07	28	18	72	25	100
4. Orientar segurança no trabalho	06	24	19	76	25	100
5. Analisar casos inadequação trab.	04	16	21	84	25	100
6. Conhecer empregados e seu trab.	04	16	21	84	25	100
7. Analisar local acidentes trab.	03	12	22	88	25	100
8. Relacionar local c/ doenças adquiridas	02	08	23	92	25	100
9. Verificar ruído ou poluição ar	01	04	24	96	25	100

Perguntando aos enfermeiros quais os setores que mais visitam, obtivemos os seguintes resultados: primeiramente, visitas à produção; em seguida, ao restaurante e aos sanitários. Muito importante foi saber quais as medidas adotadas como resultado das visitas realizadas. As conversas informais com a chefia do SESMT sobre os problemas detectados atingiram 68% dos 76% de enfermeiros que realizam visitas.

Esse resultado reflete mais uma vez o "papel intermediário" exercido pelo enfermeiro, pois a chefia, em geral médica, baseada nas informações colhidas pelo enfermeiro, monta um relatório que envia à direção da empresa, geralmente como trabalho seu e não como trabalho em equipe.

SILVA (1979) 11, comentando o papel do enfermeiro, afirma não ser possível ignorar que a própria filosofia das instituições tem contribuído para que o enfermeiro se mantenha numa posição subsidiária, pela limitação ao seu desenvolvimento e a ênfase dada às atividades médicas, e sem que se ofereça nenhum estímulo ao desenvolvimento do enfermeiro.

Como resultado, afirma a autora, existe uma acomodação do enfermeiro, a fim de adaptar-se às proposições das instituições resguardando a manutenção de seu emprego.

#### 4. Enfermeiro do trabalho, sua avaliação do trabalho que executa e suas expectativas profissionais.

É fato comum os enfermeiros criticarem sua própria escolha profissional. Alguns estão insatisfeitos com a profissão, outros com a especialização escolhida e outros ainda com a instituição ou área a que estão vinculados.

Visando a avaliar opiniões positivas e problemas profissionais sobre o trabalho executado, verificamos o seguinte, exposto nas tabelas 29 e 30.



TABELA 29 - OPINIÕES POSITIVAS SOBRE O TRABALHO EXECUTADO PELOS ENFERMEIROS ENTREVISTADOS.

OPINIÕES POSITIVAS	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1.Oportunidade realização profis.	16	64	9	36	25	100
2.Condição favorável de atendimento à clientela	12	48	13	52	25	100
3.Autonomia e liberdade de ação profissional	07	28	18	72	25	100
4.Condições favoráveis de trabalho e salário	03	12	22	88	25	100

TABELA 30 - TIPOS DE PROBLEMAS PROFISSIONAIS MENCIONADOS PELOS ENFERMEIROS ENTREVISTADOS.

PROBLEMAS PROFISSIONAIS	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1.Isolamento profissional	06	24	19	76	25	100
2.Falta de autonomia no trabalho	05	20	20	80	25	100
3.Problemas administrativos	04	16	21	84	25	100
4.Grande carga assistencial	03	12	22	88	25	100
5.Profissão pouco valorizada	03	12	22	88	25	100
6.Desatualização científica	02	08	23	92	25	100

Os resultados da Tabela 29, onde 64% dos enfermeiros julgam existir oportunidade de realização profissional e quase metade deles julga deter condições favoráveis de relacionamento com a clientela no tipo de atendimento prestado, permitem concluir que uma parcela dos enfermeiros, valoriza o tipo de atendimento que presta à clientela, com isso reafirmando a modalidade assistencial voltada para o trabalhador na empresa, pouco questionando-a.

Ainda que na Tabela 29 seja reduzida a proporção dos enfermeiros que julgam deter condições favoráveis de trabalho e salário na empresa (12%), conforme respostas oferecidas na avaliação das vantagens que o tipo de vínculo empregatício na empresa oferece em relação a outros campos de trabalho (Tabela 32), verifica-se que melhores condições de trabalho (76%) estão entre os aspectos positivos oferecidos pela empresa aos enfermeiros. Da mesma forma anteriormente (item 1 deste capítulo) verificamos que o trabalho satisfatório (84%) e o salário compensador (64%) são avaliações positivas das condições de trabalho do enfermeiro. Portanto, a avaliação dos enfermeiros da realização profissional está incluindo elementos ligados às condições de trabalho em termos salariais e não apenas se refere à modalidade de assistência que prestam ao cliente.

Quanto à autonomia e liberdade de ação profissional que 28% dos enfermeiros referem como aspecto positivo de seu trabalho (Tabela 29) e que 20% consideram faltar-lhes, sendo esse um aspecto negativo de seu trabalho (Tabela 30), cumpre analisar o que significa.

A autonomia a que os enfermeiros se referiram não é aquela da prática liberal, no sentido de produção e venda direta de serviços entre produtor e consumidor (no caso, enfermeiro-cliente), que possibilita uma prestação autônoma de serviços.

A autonomia referida pelos enfermeiros significa a de um profissional inserido em relações capitalistas de produção como assalariado na empresa. Os profissionais do SESMT (desde a sua chefia) são apêndices do processo de extração da mais-valia no trabalho, participando da recuperação imediata da força de trabalho no processo de produção. Assim, as ações de saúde praticadas pelos SESMT detêm o significado imediato de recuperação da força de trabalho em função da garantia da produtividade. No sistema capitalista, a manutenção da saúde adquire o sentido de recuperação da força de trabalho, mas é nos serviços de saúde das empresas que essa recuperação fica mais direta e imediata.

A falta de autonomia profissional percebida pelos enfermeiros pode relacionar-se com a negação de subordinar-se à hierarquia de poder instalada na empresa em relação aos serviços de saúde, que ultrapassa os próprios profissionais de saúde neles envolvidos.

Assim, o desejo de autonomia ultrapassa a insubordinação ao poder médico tão presente entre enfermeiros ou o desejo do exercício autônomo da profissão, nos moldes liberais.

A Tabela 30 apresentou o isolamento profissional como problema para 24% dos entrevistados. Esse isolamento pode ser comparado ao que enfrenta o enfermeiro, assalariado contratado pelos hospitais da rede privada, para chefiar o serviço de enfer-

magem e que lá não encontra outro profissional enfermeiro, uma vez que os hospitais incorporam outros elementos da equipe de enfermagem (atendentes) além de enfermeiros. Existe o agravante da atuação sem equipe, já que 52% dos enfermeiros entrevistados atuam sozinhos. Portanto, nota-se que nos serviços estudados é limitada a absorção da equipe de enfermagem.

E quais são os obstáculos encontrados pelos entrevistados para a não realização enquanto profissionais de enfermagem ? (Tabela 31).

TABELA 31 - TIPOS DE OBSTÁCULOS À NÃO REALIZAÇÃO PROFISSIONAL MENCIONADOS PELOS ENTREVISTADOS.

NÃO REALIZAÇÃO PROFISSIONAL	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1.Desvalorização profissional	09	36	16	64	25	100
2.Falta de união da categoria	06	24	19	76	25	100
3.Falta de autonomia profis.	01	04	24	96	25	100
4.Más condições de trabalho	01	04	24	96	25	100

Comparando-se a Tabela 31 com os resultados da Tabela 30 verificamos que os problemas que afetam o profissional enfermeiro na empresa (Tabela 30) praticamente são os mesmos referidos pelos entrevistados como obstáculos para a não realização enquanto profissionais de enfermagem (Tabela 31).

Para Klegon (1982) 3, "a influência social de uma profissão apresenta dinâmicas internas e externas. A interna consiste no trabalho desenvolvido pelos profissionais e a externa nas condições prevalentes na estrutura social, que podem realçar ou obstruir o significado social da profissão".

Portanto, os problemas que afetam o profissional enfermeiro devem ser procurados em sua própria competência, mas também na estrutura sociopolítica e econômica do país e em seu sistema de saúde, na maneira como este último é organizado e oferece chances de incorporação e uso do profissional de enfermagem.

Para ANGERAMI e ALMEIDA (1985) 3, "o discurso sobre a enfermagem e sobre o enfermeiro tem lançado sobre a profissão muitas das culpas de seus sucessos e insucessos. A análise do espaço do enfermeiro na sua totalidade mostra que a enfermagem e o enfermeiro, como fenômenos históricos, estão socialmente situados e estão sujeitos a transformações em sua "práxis", estando estas transformações ligadas a mudanças que ocorrem na estrutura social".

Quanto à falta de união da categoria, queixa constante entre os profissionais de enfermagem, justifica-se ao lembrar-se que o enfermeiro do trabalho é uma especialidade recentemente incorporada ao mercado de trabalho (praticamente, na década dos anos 80, como vimos) e também ao já referido isolamento do profissional.

Comparando-se o campo profissional do enfermeiro do trabalho com os outros campos de atuação dos demais profissionais enfermeiros, colhemos os seguintes resultados (Tabela 32).

TABELA 32 - ASPECTOS POSITIVOS E NEGATIVOS DO TRABALHO REALIZADO EM RELAÇÃO A OUTROS CAMPOS OCUPACIONAIS DA ENFERMAGEM MENCIONADOS PELOS ENTREVISTADOS

ASPECTOS	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
POSITIVOS						
1. Melhores condições de trabalho	19	76	6	24	125	100
2. Melhores cond. sociais e de saúde da clientela	10	40	15	60	125	100
3. Trabalho preventivo e educativo	08	32	17	68	125	100
4. Maior autonomia do profissional	07	28	18	72	125	100
5. Menor discriminação de outros profissionais	02	8	23	92	125	100
NEGATIVOS						
1. Perda de habilidades técnicas assistenciais	08	32	17	68	125	100
2. Excesso de rotina e de carga administrativa	05	20	20	80	125	100
3. Isolamento profissional	04	10	21	84	125	100
4. Escassa oportunidade atualização profissional	02	8	23	92	125	100
5. Formação profissional inadequada	01	4	24	96	125	100

A Tabela 32 indica que, dentre os aspectos positivos relacionados com o trabalho, grande proporção dos enfermeiros enfatiza na sua avaliação as melhores condições de trabalho oferecidas pela empresa. Essa referência ao próprio trabalho assalariado do enfermeiro na empresa significa também melhores condições de trabalho em relação a outros campos de trabalho do enfermeiro, especialmente o hospitalar.

A mesma tabela indica a valorização pelo enfermeiro do trabalho das funções de tipo preventivo-educativo que executa em relação a possíveis danos à saúde do trabalhador. Contudo, pelas observações realizadas, trata-se de um trabalho de tipo preventivo-educativo com relação a processos mórbidos já instalados (por exemplo: trabalho educativo com hipertensos) e não de um trabalho preventivo-educativo que questione as condições insalubres existentes na empresa e geradas pelo próprio processo de produção. Os serviços de saúde nas empresas não incorporam esse tipo de intervenção nem foram criados com a finalidade de intervir nas causas relacionadas com os processos de trabalho que geram más condições de saúde dos trabalhadores.

Dentre os aspectos negativos, nota-se na Tabela 32 a menção à perda de habilidades técnicas assistenciais referida por menos da metade dos enfermeiros. Entretanto, é significativo esse dado do ponto de vista qualitativo, indicando que o tipo de modalidade assistencial do serviço de saúde da empresa desqualifica tecnicamente o enfermeiro. Podemos questionar se, devido às próprias finalidades dos SESMT em relação ao atendimento do traba-

lhador no processo produtivo, não estaria contribuindo para desqualificar o enfermeiro, uma vez que é baixa a qualidade e o grau de resolutividade desses serviços em relação a um atendimento médico integral ao trabalhador.

Confrontando o número de respostas positivas e negativas verificamos ainda a maior frequência dos primeiros do que dos segundos, o que leva a concluir que, numa avaliação geral e genérica, os enfermeiros do trabalho qualificam o trabalho realizado mais positivamente do que negativamente.

Procurando identificar as expectativas profissionais dos enfermeiros das empresas da região de Campinas manifestadas através da pesquisa, encontramos:

- O enfermeiro aspira a mudanças e definições de suas funções. Dentro dessa aspiração, deseja liberação de tarefas administrativas rotineiras, deseja voltar sua prática para as medidas preventivas, para o ensino e para a pesquisa.

- O enfermeiro almeja maior incentivo e reconhecimento para o seu serviço e para o serviço de saúde de sua empresa.



- O enfermeiro quer melhor relacionamento com a equipe médica e uma co-participação na tomada de decisões, e portanto não subordinação ao médico.

- O enfermeiro pretende atuar na assistência à família do trabalhador, reforçando sua visão assistencialista e humanitária, não abarcando apenas a saúde do trabalhador individual na fábrica.

- O enfermeiro deseja ter maior autonomia profissional, significando isso para alguns, independência em relação aos seus superiores hierárquicos apenas; para outros, essa autonomia seria para o próprio serviço de saúde, com sua desvinculação do processo coercitivo em um regime capitalista de produção.

- O enfermeiro pretende melhor remuneração, menor carga horária e instituição de plano de carreira para a categoria.

- O enfermeiro pretende atuar em equipe, queixando-se do seu isolamento profissional.

Por observações realizadas pela pesquisadora no desenrolar da pesquisa, notou-se que há descrença de parcela dos enfermeiros quanto à real possibilidade de implantação da maioria das mudanças descritas. Essa descrença pode ser explicitada pela convicção dos enfermeiros de que, sendo o serviço de saúde da empresa subordinado ao capital, poucas mudanças poderão ser implan-

tadas. Esse serviço impõe uma camisa de força ao profissional, uma vez que não se preocupa em atender à saúde do trabalhador, mas em controlar a força de trabalho no processo produtivo, amenizando tensões e problemas oriundos daquele processo.

Uma questão que gera indagações é se o enfermeiro realmente percebe-se realizado profissionalmente, conforme apontou a Tabela 29 (64% dos pesquisados).

Estaria a sua realização ligada à finalidade de sua atividade frente ao trabalhador ou à avaliação das melhores condições oferecidas pelo tipo de trabalho executado? (76% na Tabela 32.)

Ao que parece, esse último aspecto é o preponderante, já que os aspectos negativos refletem mais preocupação com o exercício da profissão de enfermeiro do que com as condições referidas ao tipo de intervenção que realizam diante da saúde do trabalhador.

Nesse sentido, as avaliações dos enfermeiros tendem a reforçar o seu papel assistencial junto ao indivíduo, querendo inclusive estendê-lo à família do trabalhador. São poucos aqueles insatisfeitos com a modalidade assistencial executada.

O que se conclui é que o papel assistencial é valorizado pelo enfermeiro como modelo de prestação de serviço de saúde adequado ao trabalhador no processo de produção, sendo isso pouco questionado pela categoria.

Essa visão "ingênua" do enfermeiro diante da finalidade de seu trabalho reflete a ideologia desde a origem histórica da enfermagem que marca profundamente a profissão de enfermeiro.

Como já foi dito, ele tem de ser alguém que não exerça a crítica social, porém console e socorra as vítimas da sociedade. GERMANO. (1984) 5.

Acrescente-se aí a influência marcante das escolas de enfermagem e especialmente dos próprios cursos de especialização em enfermagem do trabalho, que têm contribuído para a reprodução desse tipo de ideologia assistencial.

Fica, porém, para outro estudo a análise dos conteúdos da formação do enfermeiro do trabalho com a finalidade de verificar como é treinado para prestar assistência a saúde do trabalhador na empresa.

Finalizando, cabem aqui algumas observações sobre as expectativas dos enfermeiros quanto ao seu futuro papel profissional.

Não se notou, nas diversas fases da pesquisa, expectativa quanto ao futuro da profissão. Para ALMEIDA e ROCHA (1986) 1, a enfermagem como um todo, seu significado no conjunto das políticas de saúde e na estrutura das sociedades capitalistas, e, mais ainda, a constituição, estrutura, limites, mudanças e contradições do seu saber, não têm sido objeto de indagação ou questionamentos por parte dos seus agentes". Os enfermeiros, em sua maioria, estão restritos aos aspectos internos da prática profissional, como mudanças em suas funções, relacionamentos com a equipe multiprofissional e outros. Ainda para ALMEIDA e ROCHA (1986) 1, isso é compreensível, "pois mostra a preocupação dos agentes com os meios de trabalho para aproximação e apreensão do seu objeto". Continuando, dizem os autores, "a preocupação é com

a internalidade desses serviços e com as relações interpessoais dos agentes, sem referência à totalidade de que fazem parte, mas sim visando à racionalidade dos serviços e à eficiência dos agentes". Foi dessa mesma forma que identificamos a maneira com que os enfermeiros avaliam o seu trabalho nesta pesquisa. Pouco falam das condições externas que interferem na sua prática, bem como das condições aliadas ao processo de trabalho que interferem negativamente na saúde do trabalhador.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, M.C.P & ROCHA, J.S.Y. O Saber de Enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo, Cortez, 1986, 128 pgs.
2. BULHÕES, I. Enfermagem do Trabalho. Rio de Janeiro, 1976, 262 pgs.
3. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM & ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Força de trabalho em Enfermagem. Rio de Janeiro, vol.1, Autor, 1985, 236 pgs.
4. COSTA, M.R. As Vítimas do Capital: os acidentados do trabalho. Rio de Janeiro, Achiamé, 1981, 117 pgs.
5. GERMANO, R.M. Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil. São Paulo, Cortez, 1984, 118 pgs.
6. GUIMARÃES, R. (org.) Saúde e Medicina no Brasil. Rio de Janeiro, Graal, 3a. edição, 1981, 296 pgs.
7. MEDICI, A.C. (org.) Recursos Humanos em Saúde. Rio de Janeiro Esc. Nac. de Saúde Pública, 1987, 159 pgs.
8. MENDES, R. Doutrina e Prática da Integração de Saúde Ocupacional no Setor Saúde: contribuição para a definição de uma

política. São Paulo, 1986 (Tese Livre Docência - F.S. Pública - USP), 384 pgs.

9. RIBEIRO, H.P. & LACAZ, F.A.C. (org.) *De que adoecem e morrem os trabalhadores*. São Paulo, DIESAT, 1984, 236 pgs.

10. SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO. São Paulo, Atlas, 9a.edição, 1985 (Manuais de Legislação Atlas, 16), 310 pgs.

11. SILVA, G.B. *Desenvolvimento da Enfermagem: Correlação dos Problemas da Profissão e da Mulher na Sociedade*. In: Congresso Bras. de Enf., 31, Fortaleza, 5-11 Ago, 1979. ANAIS.

## C O N C L U S Õ E S

Uma sensação que deve ser comum a todos os que se lançam na pesquisa de um tema pouco investigado é a de que chegam ao fim de seu trabalho deixando ainda muito por dizer. A autora deste "Estudo da prática do enfermeiro do trabalho" também experimentou essa sensação e conclui sua tese convicta de que o tema escolhido comporta e, mais do que isso, exige complementação que dê continuidade à exploração de certas vertentes aqui indicadas. No entanto, apesar da consciência de que restou algo para ser dito, ela tem a certeza de haver alcançado seu objetivo. E mais tranquilizadora ainda é a certeza de ter contribuído positivamente para delinear o perfil de um profissional, o enfermeiro do trabalho, que jamais se afirmou em traços diferenciados e se vê por isso com frequência sob a ameaça de uma certa inautenticidade profissional.

Sem querer repetir todas as conclusões parciais contidas em cada capítulo, destaco aqui algumas questões relevantes.

Devido às suas origens histórico-sociais o enfermeiro pareceu por muito tempo votado a um destino de amadorismo. A enfermagem começou sendo praticada em âmbito doméstico ou numa extensão dessa domesticidade (em templos, hospitais de campanha e hospitais medievais), com inevitável apoio no precário e no improvisado. Mesmo quando se viu guindada ao "status" de incipiente profissionalismo, teve de resignar-se a uma função de pouco apre-

co no universo pré-capitalista. Entretanto, o capitalismo altera a função do enfermeiro, pois o mesmo passa a participar de um processo complexo de trabalho e a própria função assistencial que presta volta-se à recuperação da força de trabalho, participando da valorização desta para o capital.

O enfermeiro do trabalho, por sua vez, não "produz" diretamente, enquadra-se nos padrões de um sistema que valoriza a força de trabalho na medida em que esta gera mais-valia. Ele permanece mais proximamente ligado a este processo de produção de mais-valia e sua condição de coadjuvante de um processo, coloca o enfermeiro do trabalho sob o signo da intermediação. Ou seja, faz dele um intermediário situado entre o trabalhador com problemas de saúde e a empresa que só tem interesse no trabalhador desde que goze de saúde.

Nessa condição, o enfermeiro do trabalho é pressionado para priorizar os interesses da empresa e, sendo um intermediário, tem um "parti pris" - em favor do mais forte, evidentemente e até nisso é um coadjuvante cuja atuação se pauta no elo que lhe impõe outro profissional, o médico.

No entanto, apesar das muitas restrições estabelecidas por um trabalho assalariado e sem autonomia, viu-se nesta pesquisa que o enfermeiro do trabalho tem como uma de suas aspirações exatamente a maior autonomia profissional.

Comentou-se aqui que os enfermeiros do trabalho estão descrentes de mudanças substanciais em sua profissão. De algum modo dão-se conta de que, sendo o serviço de saúde da empresa subordinado ao capital, as mudanças só virão como concessões deste.



Entretanto, esta visão é contraditória e ambígua para os enfermeiros, uma vez que reafirmam o sentido assistencial e humanitarista de sua prática, prestando assistência à saúde do trabalhador, aspirando também estendê-la a sua família.

Mas progressos vêm sendo feitos e aproxima-se a ocasião em que o próprio processo de trabalho contará obrigatoriamente com a voz do enfermeiro na discussão de todos os temas que digam respeito à saúde do trabalhador.

Quando isso acontecer, assinalando a cristalização da escalada que valorize uma categoria profissional, o enfermeiro terá deixado de ser coadjuvante e assumirá o papel que lhe cabe na organização social do trabalho.

**ANEXOS**

ANEXO I - NUMERO MINIMO DE PESSOAL ESPECIALIZADO, SESMT, 1972

Risco	Numero de Empregados			
	101 a 500	501 a 1000	1001 a 2000	2001 e Mais
Pequeno			1 Aux.Enf.Trab. 1 aux.Enf.Trab.	1 Med. Trab. (*)
Medio		1 Aux.Enf.Trab. 1 Aux.Enf.Trab. 1 Aux.Enf.Trab.	1 Med. Trab. (*) 1 Med. Trab.	
Grande	1 Medico do Trabalho (*)	1 Aux.Enf.Trab. 1 Aux.Enf.Trab. 2 Aux.Enf.Trab.	1 Med. Trab. 1 Med. Trab.	2 Med. Trab.

(\*) Regime parcial de 4 (quatro) horas diarias

FONTE: Portaria 3.237/72 - Ministerio do Trabalho

ANEXO 2 - NUMERO MINIMO DE PESSOAL ESPECIALIZADO, SESMT, 1975

Grau de Risco	Numero de Empregados					Para cada grupo de 3500 acima de 5000
	101 a 500	501 a 1.000	1.001 a 2.000	2.001 a 3.500	3.501 a 5.000	
1			1 Med. Trab. (*)	1 Aux. Enf. Trab.	1 Aux. Enf. Trab.	1 Aux. Enf. Trab.
				1 Med. Trab. (*)	1 Enf. Trab. (*)	1 Med. Trab. (*)
-----						
2				1 Aux. Enf. Trab.	1 Aux. Enf. Trab.	1 Aux. Enf. Trab.
			1 Med. Trab. (*)	1 Med. Trab.	1 Enf. Trab.	1 Med. Trab. (*)
-----						
3		1 Med. Trab. (*)	1 Aux. Enf. Trab.	2 Aux. Enf. Trab.	1 Aux. Enf. Trab.	1 Aux. Enf. Trab.
			1 Med. Trab.	1 Med. Trab.	1 Enf. Trab.	1 Med. Trab.
-----						
4	1 Med. Trab. (*)	1 Aux. Enf. Trab.	1 Aux. Enf. Trab.	2 Aux. Enf. Trab.	1 Aux. Enf. Trab.	1 Aux. Enf. Trab.
		1 Med. Trab.	1 Med. Trab.	2 Med. Trab.	1 Enf. Trab.	1 Med. Trab.
-----						
(*) Regime parcial de 3 (tres) horas diarias.						

FONTE: Portaria 3.468/75 - Ministerio do Trabalho

ANEXO 3 - DIMENSIONAMENTO DO SESMT, 1983

Grau de Risco	N. Empregados	50 a 100	101 a 250	251 a 500	501 a 1000	1001 a 2000	2001 a 3500	3501 a 5000	acima de 5000 p/ cada grupo de 4000 ou fracao acima de 2000
1									
Aux. Enf. Trab.									
1	Enf. Trab.						1	1	1
	Med. Trab.			1*			1*	1	1*
-----									
2									
Aux. Enf. Trab.									
1	Enf. Trab.					1	1	1	1
	Med. Trab.			1*			1	1	1
-----									
3									
Aux. Enf. Trab.									
1	Enf. Trab.						2	1	1
	Med. Trab.				1*		1	2	1
-----									
4									
Aux. Enf. Trab.									
1	Enf. Trab.						2	1	1
	Med. Trab.			1*			2	3	1

(\*) Regime parcial de 3 (tres) horas diarias.

FONTE: Portaria n. 34/83 - Ministerio do Trabalho

FORMULÁRIO PARA ENFERMEIRO DO TRABALHO

- I -

1. Estas questões iniciais referem-se à sua identificação como profissional.

1.1. Assinale sua faixa etária.

Menos de 25 anos

De 25 a 30 anos

De 31 a 35 anos

De 36 a 40 anos

Mais de 40 anos

1.2. Assinale seu sexo.

Feminino

Masculino

1.3. Assinale seu tempo de formado na graduação em enfermagem.

Menos de 5 anos

De 5 a 10 anos

De 11 a 15 anos

De 16 a 20 anos

Mais de 20 anos

1.4. Você é formado em enfermagem do trabalho?

Sim

Não

1.5. Se sim, assinale o tempo de formado.

Menos de 2 anos

De 2 a 5 anos

De 11 a 15 anos

Mais de 15 anos

1.6. Se não, qual(is) o(s) motivo(s) da não formação?

Problemas pessoais

Não existência de cursos na região

Falta de autorização para cursar

Outro. Especificar.

---

1.7. Assinale outro(s) curso(s) de graduação (além da enfermagem) e de pós-graduação concluído(s).

Graduação em \_\_\_\_\_

Especialização em \_\_\_\_\_

Especialização em \_\_\_\_\_

Mestrado em \_\_\_\_\_

Doutorado em \_\_\_\_\_

Obs.: São considerados especialização os cursos realizados após a graduação, reconhecidos pelos órgãos competentes e que disponham de carga horária igual ou superior a 360 horas.

1.8. Qual(is) as entidades em que você é inscrito ou a que é filiado?

COFEN-COREN

Ministério do Trabalho

Sindicato. Qual(is)?

---



---

ABEN

- ( ) GET Campinas e Região  
 ( ) Outra(s). Especifique.

---



---

1.9. Assinale qual(is) o(s) motivo(s) de sua opção pela enfermagem do trabalho.

- ( ) Trabalho satisfatório  
 ( ) Mercado de trabalho favorável  
 ( ) Salário compensador  
 ( ) Não me realizei em hospital  
 ( ) Não gosto de outra área  
 ( ) Outro(s). Especifique.

---



---

1.10. Já exerceu anteriormente enfermagem do trabalho?

- ( ) Sim  
 ( ) Não

1.11. Se sim, reponda a seguir:

Nome da Empresa	Cidade	Ano de Ingresso	Ano de Saída

1.12. Possui outro vínculo empregatício?

- ( ) Sim  
 ( ) Não



manais de trabalho.

Ramo de Atividade: \_\_\_\_\_

Número de horas semanais ( )

2. Nas questões seguintes, você irá responder sobre suas condições de trabalho na empresa.

2.1. Tempo de trabalho na empresa:

( ) Menos de 2 anos

( ) De 2 a 5 anos

( ) De 6 a 10 anos

( ) De 11 a 15 anos

( ) Mais de 15 anos

2.2. Número de horas semanais de trabalho na empresa:

( ) Menos de 20 horas

( ) 20 a 30 horas

( ) 31 a 40 horas

( ) 41 a 50 horas

( ) Mais de 50 horas

2.3. Faz horas extras na empresa?

( ) Sim. Número de horas semanais ( )

( ) Não

( ) Só quando necessário. Explique.

---

---

2.4. Faz revezamento de horários (Turnos) na empresa?

( ) Sim

( ) Não

( ) Só quando necessário. Explique.

---

---

4. Seguem aqui algumas perguntas sobre o trabalho desenvolvido pela enfermagem (você e sua equipe).

4.1. Existem normas escritas para o funcionamento do serviço de enfermagem (tipo manual de funções e procedimentos)?

- Sim
- Não
- Em elaboração

4.2. Caso sim, ou em elaboração, quem participa ou participou de sua elaboração?

- Enfermeiro(s) anterior(es)
  - Enfermeiro(s) atual(is)
  - Médico(s) anterior(es) e atual(is)
  - Toda a equipe de saúde
  - Só a equipe de enfermagem
  - Outro(s). Especifique.
- 
- 

4.3. Quem determinou ou determina suas funções em serviço?

- Você mesmo
  - O chefe do serviço de saúde
  - Outro. Especifique.
- 
- 

4.4. Quem determinou ou determina as funções da equipe de enfermagem em serviço?

- Você mesmo
- O chefe do serviço de saúde

( ) Outro. Especifique.

---

---

4.5. Circule as suas principais funções por ordem de importância.

(1-2-3-4-5) Administrativa

(1-2-3-4-5) Assistencial

(1-2-3-4-5) Educativa

(1-2-3-4-5) Assessoria

(1-2-3-4-5) Pesquisa

4.6. Quais são as principais funções administrativas que você executa?

( ) Chefia do serviço de saúde

( ) Chefia da equipe de enfermagem

( ) Previsão e distribuição do pessoal

( ) Supervisão e controle do pessoal

( ) Previsão e controle de estoque

( ) Previsão e manutenção de equipamentos

( ) Organização operacional do serviço

( ) Controle de prontuários

( ) Estatísticas

( ) Outras funções. Especifique.

---

---

4.7. Quais são as principais funções assistenciais que você executa?

( ) Terapêutica (oral e parenteral)

( ) Curativos

- ( ) Drenagem de abcessos
  - ( ) Inalações
  - ( ) Colocação de talas de gesso
  - ( ) Coleta de exames e vacinas
  - ( ) Provas e testes funcionais
  - ( ) Tratamentos de reabilitação
  - ( ) Atendimentos de primeiros socorros
  - ( ) Participação em exames admissionais
  - ( ) Participação em exames periódicos
  - ( ) Participação em exames demissionais
  - ( ) Outras funções. Especificar.
- 
- 

4.8. Que funções assistenciais você executa privativamente (não delega à sua equipe)?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

4.9. Quais são as principais atividades educativas de que voce participa ou que executa?

Para a sua equipe

- ( ) Treinamento em serviço
  - ( ) Cursos
  - ( ) Palestras
  - ( ) Outras. Especifique.
-

Para os clientes (funcionários)

- Cursos
  - Palestras
  - Visitas domiciliares
  - Aconselhamento ou orientação
  - Programas especiais
  - Outras. Especifique.
- 
- 

4.10. Se realizado, assinale os principais programas especiais de que você participa.

- Alcoólatras
  - Cardíacos
  - Diabéticos
  - Hipertensos
  - Outros. Especifique.
- 
- 

4.11. Quais são as principais comissões assessoras de que você participa em sua empresa?

- Cipa
  - Brigada de incêndio
  - Outras. Citar.
- 
- 

4.12. Você realiza visitas de orientação e inspeção assessorando sua empresa?

- Sim

4.13. Se sim, com que objetivos?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

4.14. Se sim, quais os setores sujeitos à sua inspeção?

- Setores de produção
- Sanitários
- Restaurante(s)
- Creche
- Outros. Especifique.

---

---

4.15. Se você visita os setores de produção, com que regularidade o faz?

- Diariamente
- Semanalmente
- Mensalmente
- Só quando convocada
- Outro. Citar.

---

4.16. Quais as medidas adotadas por você como resultado dessas visitas?

- Relatórios para chefias
- Conversas informais com chefias
- Outras medidas. Especificar.

---

---



5.3. Avalie a sua realização enquanto profissional de enfermagem.

Aspectos Positivos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Aspectos Negativos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.4. Faça a comparação de seu trabalho com outros campos de trabalho na enfermagem.

Aspectos Positivos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Aspectos Negativos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.5. Avalie suas relações com outros membros da equipe de saúde de sua empresa.

Aspectos Positivos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Aspectos Negativos: \_\_\_\_\_



---

---

5.6. Avalie suas relações com os demais setores da empresa.

Aspectos Positivos: \_\_\_\_\_

---

---

---

Aspectos Negativos: \_\_\_\_\_

---

---

---

5.7. Avalie as funções que executa no seu trabalho.

Aspectos Positivos: \_\_\_\_\_

---

---

---

Aspectos Negativos: \_\_\_\_\_

---

---

---

5.8. Avalie a assistência que presta ao trabalhador e à sua família.

Aspectos Positivos: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Aspectos Negativos: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

- 5.9. Apresente outros aspectos que você julga importantes quanto ao seu trabalho e que não foram abordados por este questionário.

---

---

---

---

---

---

Questionário Respondido Dia \_\_/\_\_/\_\_

Questionário Elaborado por **Maria Cecília Cardoso Benatti**

FORMULÁRIO PARA ENFERMEIRO DO TRABALHO

- II -

1. Perguntas Gerais sobre a Empresa.

- 1.1. Qual o ramo de atividade principal da Empresa?
- 1.2. Qual a classificação da Empresa segundo normas do Ministério do Trabalho quanto ao grau de risco?
- 1.3. Qual o número atual de funcionários da Empresa?
- 1.4. Caso seja filial, onde está localizada a matriz da Empresa?
- 1.5. Quais os turnos de trabalho existentes nos setores de produção da Empresa?
- 1.6. Há convênios extra Empresa para prestação de serviços de saúde aos funcionários?
- 1.7. Se sim, cite convênios realizados com o INAMPS.
- 1.8. Se sim, cite outros convênios com entidades ou firmas prestadoras destes serviços.
- 1.9. Quais outros serviços assistenciais que a empresa oferece para seus funcionários?

2. Perguntas sobre o Serviço de Saúde da Empresa.

- 2.1. Quando teve início o funcionamento do serviço de saúde?
- 2.2. Quais os motivos que levaram a empresa a criar o serviço de saúde?
- 2.3. Desde quando esta empresa incorporou o enfermeiro no seu serviço de saúde?