

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM
EXPANSÃO POLO III - UFRGS**

CONSULTA-AÇÃO:

educação e reflexão nas intervenções de enfermagem
no processo trabalho-saúde-adoecimento

DENISE TOLFO SILVEIRA

Porto Alegre, agosto de 1997

DENISE TOLFO SILVEIRA

CONSULTA-AÇÃO:

educação e reflexão nas intervenções de enfermagem
no processo trabalho-saúde-adoecimento

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, na Área de Assistência em Enfermagem.

Porto Alegre/RS
Agosto de 1997

Ficha Catalográfica

Silveira, Denise Tolfo

S586c Consulta-ação: educação e reflexão nas intervenções de enfermagem no processo trabalho-saúde-adoecimento / Denise Tolfo Silveira. - Florianópolis: UFSC/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 1997.

137 p.; il.

Dissertação (Mestrado): Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Mestrado Expandido UFSC/UFRGS, 1997.

1. Saúde do trabalhador. - 2. Consulta de enfermagem: metodologia de ação: trabalhador. - 3. Saúde: adoecimento. - 4. Saúde: trabalho. - 5. Educação em saúde. - I. Universidade Federal de Santa Catarina. - II. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. - III. Título.

Bibliotecária Lúcia Vauthier Machado Nunes

CRB - 10/193

CONSULTA-AÇÃO:

educação e reflexão nas intervenções de enfermagem no processo trabalho-saúde-adoecimento.

DENISE TOLFO SILVEIRA
Professora Orientadora:
Dra. MARTA JÚLIA M. LOPES

Essa dissertação foi julgada em __/__/1997, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, na Área de Assistência de Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA:

Dra. Marta Júlia Marques Lopes (Presidente)

Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann (Membro Titular)

Dra. Beatriz Regina Lara dos Santos (Membro Titular)

L.D. Lísia Maria Fensterseifer (Membro Titular)

MSc. Wilson Danilo Lunardi Filho (Doutorando)

Dra. Anna Maria Hecker Luz (Membro Suplente)

“Aventurar-se causa ansiedade, mas deixar de arriscar-se é perder-se em si mesmo... E aventurar-se no sentido mais elevado é precisamente tomar consciência de si próprio”.

Kierkgaard

Agradeço aos meus familiares, amigos, mestres, trabalhadores e a todos aqueles que de alguma forma, ou de todas as formas, colaboraram para minha caminhada.

Em especial à Professora Dra. Marta Júlia que apostou no meu crescimento acadêmico, compartilhando seu conhecimento e sabedoria, somados ao seu exemplo de responsabilidade, perseverança e dedicação.

E ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq - pelo apoio financeiro.

SUMÁRIO

| | |
|-------------------------|----|
| <i>RESUMO</i> ----- | 11 |
| <i>INTRODUÇÃO</i> ----- | 12 |

PARTE I

O PROCESSO TRABALHO-SAÚDE-ADOECIMENTO: CONSTRUINDO UMA PROBLEMÁTICA SIGNIFICATIVA PARA O FAZER DE ENFERMAGEM

| | |
|--|----|
| 1. A CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA ----- | 18 |
| 1.1. Trabalho-Saúde-Adoecimento ----- | 19 |
| 1.2. As Práticas de Saúde Tradicionais e o Processo de Adoecimento Relacionados ao Trabalho ----- | 24 |
| 1.2.1. Percebendo a Amplitude e Complexidade dos Problemas de Saúde ----- | 26 |
| 1.3. A Ação de Enfermagem e a Relação Trabalho-Saúde- Adoecimento ----- | 27 |
| 1.3.1. A Avaliação Periódica de Saúde e a Ação da Enfermeira - | 29 |
| 1.4. A Consolidação da Consulta de Enfermagem como Sistemática de Intervenção na Avaliação Periódica de Saúde: uma Problemática para o Fazer de Enfermagem ----- | 31 |
| 1.4.1. Buscando a Adequação Metodológica para a Ação de Enfermagem na Área do Trabalhador ----- | 33 |

PARTE II

AS BASES TEÓRICO-ANALÍTICAS E PERSPECTIVAS METODOLÓGICAS ADOTADAS FRENTE À PROBLEMÁTICA

| | |
|---|----|
| 2. CONTEXTUALIZANDO A AÇÃO DE ENFERMAGEM NA ÁREA DA SAÚDE DO TRABALHADOR ----- | 37 |
| 2.1. Algumas Concepções Básicas em Enfermagem ----- | 37 |

| | |
|--|-----------|
| 2.2. A Educação para a Saúde, a Enfermagem e os Trabalhadores: Buscando um Referencial Interativo ----- | 40 |
| 2.2.1. Modalidades de Trabalho Educativo em Saúde ----- | 44 |
| 2.3. Do Ponto de Vista da Ergonomia: Algumas Contribuições para as Intervenções de Enfermagem ----- | 47 |
| 2.4. As Contribuições da Epidemiologia nos Campos da Saúde do Trabalhador e nas Intervenções de Enfermagem----- | 50 |
| | |
| 3. A INTERVENÇÃO NO PROCESSO TRABALHO-SAÚDE- ADOECIMENTO BASEADA NO MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN ----- | 53 |
| 3.1. Apresentando o Modelo de Sistemas de Betty Neuman----- | 53 |
| 3.2. Adaptando o Modelo Teórico de Betty Neuman às Intervenções de Enfermagem no Processo Saúde-Adoecimento dos Trabalhadores----- | 59 |
| | |
| 4. A CONSULTA DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DOS TRABALHADORES ----- | 63 |
| | |
| 5. ABORDAGEM EMPÍRICA E ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS PARA A FORMULAÇÃO DA PROPOSTA ----- | 67 |
| 5.1. Caracterização do Campo de Análise ----- | 67 |
| 5.2. A Atividade de Consulta de Enfermagem na Avaliação Periódica de Saúde como Fonte de Reflexão Estratégico- Metodológica ----- | 70 |
| 5.2.1. Descrevendo a Consulta ----- | 71 |
| 5.3. Análise dos Dados através dos Registros e da Situação de Consulta ----- | 75 |
| 5.3.1. Limites e Possibilidades da Abordagem ----- | 76 |

*PARTE III**CONSTRUINDO OS RESULTADOS NA PERSPECTIVA DA ELABORAÇÃO DE UMA PROPOSTA METODOLÓGICA DE AÇÃO EM ENFERMAGEM COMPROMETIDA COM O PROCESSO TRABALHO-SAÚDE-ADOCIMENTO*

| | |
|---|-----|
| 6. VIVENCIANDO A CONSULTA DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO PERIÓDICA DE SAÚDE DE UM GRUPO DE TRABALHADORES - UM ESTUDO DE CASO ----- | 79 |
| 6.1. Contextualizando a Consulta ----- | 79 |
| 6.2. Relacionando Trabalho-Saúde-Adoecimento na Consulta de Enfermagem ----- | 83 |
| 6.2.1. Discutindo Limites e Dificuldades na Realização da Consulta de Enfermagem ----- | 86 |
| 6.3. Relatando um caso em especial: “Senhor X” ----- | 87 |
| 6.3.1. A Trajetória da Consulta: os Registros e Atitudes Invisíveis ----- | 90 |
| 7. ANALISANDO OS RESULTADOS A PARTIR DA SUSTENTAÇÃO TEMÁTICA: DA CRÍTICA À SUSTENTAÇÃO DA PROPOSTA DA CONSULTA-AÇÃO ---- | 92 |
| 7.1. Investigando os Estressores no Trabalho ----- | 93 |
| 7.2. Recursos Disponíveis no Ambiente e mesmo no Indivíduo ----- | 98 |
| 7.3. Metas Estabelecidas na Relação de Interação Enfermeira-Trabalhador ----- | 100 |

*PARTE IV**CONSULTA-AÇÃO: UMA METODOLOGIA DE AÇÃO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DA SAÚDE DO TRABALHADOR*

| | |
|--|-----|
| 8. CONSULTA-AÇÃO: INTERVINDO E EDUCANDO ----- | 104 |
|--|-----|

| | |
|--|-----|
| 9. CONSULTA-AÇÃO: ADAPTANDO OS REGISTROS CLÁSSICOS DA ENFERMAGEM À REALIDADE DO TRABALHADOR | 106 |
| 9.1. Orientação e Prevenção em Saúde do Trabalhador: Intervenção Coletiva ou Individual | 112 |
| | |
| 10. CONSULTA-AÇÃO: REGISTRANDO ADEQUADAMENTE AS INFORMAÇÕES | 114 |
| | |
| <i>CONSIDERAÇÕES FINAIS</i> | 118 |
| <i>ABSTRACT</i> | 121 |
| <i>BIBLIOGRAFIA</i> | 122 |
| <i>ANEXO I</i> | 131 |

RESUMO

Este estudo propõe uma metodologia de ação em enfermagem considerando a relação trabalho-saúde-adoecimento. Pretendemos contribuir com informações, experiências e proposições que favoreçam a reflexão e o debate sobre essa temática, além de contribuir na construção de respostas às necessidades teórico-metodológicas nessa área de ação e nesse campo de intervenção profissional.

Entendemos que a Consulta de Enfermagem é uma forma privilegiada de intervenção em saúde individual, a ser integrada no processo de Avaliação Periódica de Saúde dos trabalhadores. Temos claro que a correlação entre os dados objetivos e subjetivos captados no momento da interação (situação de consulta ou em outro momento planejado), permite a ação conjunta enfermeira-trabalhador na resolução de problemas ou mesmo na manutenção da saúde respeitando valores, crenças e culturas. Essa ação conjunta enfermeira-trabalhador é um espaço educativo, reflexivo e transformador de comportamentos e de práticas sociais.

A partir da participação efetiva na realização da Avaliação Periódica de Saúde dos trabalhadores do Departamento Municipal de Limpeza Urbana (DMLU) de Porto Alegre e dos registros (Histórico Laboral e Plano de Cuidados) adotados pela disciplina de Assistência de Enfermagem ao Adulto I - ENF 111 da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS), captamos subsídios críticos para formular uma proposta de metodologia de ação em enfermagem comprometida com a relação saúde-vida laboral, a qual denominamos **Consulta-ação**. Essa metodologia visa proporcionar bases para uma efetiva intervenção educativa (prevenção e promoção de saúde) em enfermagem na Avaliação Periódica de Saúde dos trabalhadores.

Uma vez que as interrogações apontadas sugerem amplas pistas de leitura e reflexão, a proposta analítico-metodológica baseia-se nas respostas da metodologia assistencial própria da enfermagem, na análise de conteúdo temática sob a perspectiva teórica dos estudos da saúde do trabalhador e do modelo estrutural proposto por Betty Neuman, por nós adaptado. Esses pressupostos são complementados por contribuições da ação pedagógica em educação para saúde, da ergonomia (organização e processo de trabalho) e da epidemiologia, que privilegiam a incidência de danos frente às condições, ao processo de trabalho e à qualidade de vida dos trabalhadores.

Nossa intenção é de materializar, na **Consulta-ação**, a valorização de um campo profissional, de um espaço reflexivo e educativo-assistencial, que tem sua atenção voltada aos trabalhadores na tarefa de contribuir para a melhoria das condições de vida, de trabalho e dos níveis de saúde.

INTRODUÇÃO

Esta dissertação de mestrado é a continuidade de um trabalho que teve início com o projeto de Prática Assistencial em Enfermagem solicitado pelas disciplinas de Educação e Assistência de Enfermagem , Aspectos Éticos na Assistência de Enfermagem e Prática Assistencial de Enfermagem do Mestrado Expandido da Universidade Federal de Santa Catarina - Polo III UFSC/UFRGS. Desenvolvemos o projeto em questão junto a um grupo de trabalhadores do Departamento Municipal de Limpeza Urbana de Porto Alegre/RS (SILVEIRA,1996).

Integradamente às alunas da disciplina de Assistência ao Adulto I - ENF 111, do curso de graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, desenvolvemos atividades de estágio e pesquisa na Capatazia Pereira Franco - Seção Norte do Departamento Municipal de Limpeza Urbana (DMLU) de Porto Alegre/RS. Essa disciplina desenvolve atividades de estágio curricular na assistência ao adulto. Dentro dessa área ampla, aborda conteúdos teóricos e direciona grupos de estágio à saúde do trabalhador, atuando na comunidade acima referida.

As atividades desenvolvidas pelos trabalhadores do Departamento Municipal de Limpeza Urbana são as de varrição das ruas, capina, coleta de resíduos orgânicos e inorgânicos, tratamento e destino final do lixo domiciliar, industrial e hospitalar. O campo de estágio é parte integrante de um convênio de cooperação técnica entre a UFRGS e a Prefeitura Municipal. Dessa forma, a receptividade das chefias e dos trabalhadores à nossa proposta de trabalho foi facilitadora e motivadora à execução das atividades.

A prática assistencial, portanto, embasou o desenvolvimento das proposições que ora se materializam nessa dissertação. O que nos motivou foi a construção de uma metodologia de ação em enfermagem comprometida com a área da Saúde do Trabalhador.

Nossa intenção foi materializar, no que denominamos **Consulta-ação**, a valorização de um campo profissional através de uma metodologia de ação configurada em um espaço reflexivo e educativo-assistencial, centrada no processo trabalho-saúde-adoecimento.

A articulação trabalho-saúde-adoecimento tem sido objeto de nossa observação e reflexão já há algum tempo. A multiplicidade de prismas e visões relatadas na literatura nos conduz a interrogações sobre quais os caminhos que assumiu até o momento a relação da enfermagem com a saúde do trabalhador.

A interdisciplinaridade entre as ciências biológicas e sociais, juntamente com a epidemiologia, contribui para tornar claro que os limites entre o "bem estar" e o "estar doente" têm influências políticas, sociais, culturais e econômicas conforme a experiência de vida de cada indivíduo ou grupo. Dentre essas influências, podemos citar, em especial, o trabalho e a posição que nele ocupam os indivíduos. Essa relação ou associação pode ser estabelecida por inúmeras interações, nas quais participam tanto aspectos organizacionais quanto ambientais, além das próprias condições de vida do trabalhador.

Ao centrarmos nossas discussões na relação trabalho-saúde-doença constatamos, que, em nosso meio, as estatísticas oficiais e as estimativas sobre os números de acidentes de trabalho e doenças profissionais, nos últimos 20 anos, mostram dados preocupantes e alarmantes. Esse grave contexto justifica que amplie nossas preocupações para essa área enquanto profissionais capacitados a interferir nesse processo.

Como área de conhecimento, a Saúde do Trabalhador e, especialmente, a atuação da enfermagem nesse campo, têm uma trajetória relativamente curta em termos de bibliografia específica para atender as crescentes necessidades teóricas e metodológicas dos profissionais e pesquisadores interessados.

A tímida presença dos profissionais da enfermagem e as dificuldades de inserção no campo da saúde do trabalho e do desenvolvimento de atividades que visem conhecer as condições de saúde e os fatores nocivos junto às comunidades de trabalhadores, justificam a escassez de produções técnico-científicas voltadas à demanda prática. Cabe ressaltarmos que, no meio acadêmico, encontramos um número expressivamente maior de produções voltadas à demanda intelectual, o que denota um avanço na área de conhecimento.

Acreditamos que a enfermeira¹ conquista espaço nessa área à medida que seus métodos e técnicas específicas colaboram expressivamente na prevenção ou mesmo na superação de quadros agressivos à saúde do trabalhador. Uma das formas de atuação da Enfermeira do Trabalho é na Avaliação Periódica de Saúde, juntamente com outros profissionais da equipe, tais como médicos, auxiliares de enfermagem e psicólogos, entre outros.

¹ Utilizamos o termo no gênero feminino para caracterizar a categoria profissional composta, na sua maioria, por mulheres. Adotamos com isso o que LOPES (diversos trabalhos, listados na p. 126), chama de “democracia de gênero”.

A Avaliação Periódica de Saúde é caracterizada por um instrumento de medida e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, incluindo a abordagem clínico-epidemiológica da relação saúde-trabalho. O exame periódico é previsto e regulamentado na Norma Regulamentadora NR-7 - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, Portaria número 24 da Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho, de 29 de dezembro de 1994. Essa norma estabelece a obrigatoriedade e implementação dos cuidados com a saúde do trabalhador (BRASIL,1995).

Considerando o fato de que a priori, essas populações são teoricamente sadias, essas avaliações servem para se conhecer a situação de saúde dos trabalhadores, subsidiando a implementação de ações de preservação e promoção dos aspectos positivos e de educação. Além disso, essas avaliações podem subsidiar a intervenção nos aspectos nocivos dentro das atividades de prevenção primária.

É nessa perspectiva que nos propomos a dar seqüência a esse trabalho analisando com maior profundidade as ações de enfermagem e em especial a **Consulta-ação** na Avaliação Periódica de Saúde do trabalhador.

Para tanto, a primeira parte desta dissertação trata o processo trabalho-saúde-adoecimento nas suas inter-relações e condicionantes socioeconômico-culturais, assim como nas suas implicações para a prática da enfermagem. As reflexões situam a tentativa de construção de uma problemática de pesquisa significativa para o fazer de enfermagem.

A segunda parte percorre os caminhos que levam às bases teórico-analíticas e as perspectivas metodológicas adotadas frente à problemática, apresentando alguns conceitos e buscando as contribuições à ação de enfermagem no campo da ação pedagógica, da ergonomia e da epidemiologia.

A terceira parte reflete a busca de inspiração na perspectiva de elaboração de uma proposta, relata um estudo de caso e nossa percepção crítica sobre o mesmo, analisando os dados e as vivências no sentido de captar subsídios para a operacionalização da **Consulta-ação**.

A quarta parte apresenta a denominada **Consulta-ação**, uma metodologia de ação em enfermagem que entendemos comprometida com o processo trabalho-saúde-adoecimento, situando os registros clássicos da enfermagem e adaptando-os à realidade do trabalhador.

Por fim, nossas pretensões são, por um lado, acadêmicas, no sentido de contribuir com informações, experiências e proposições que favoreçam a reflexão e o debate sobre essa temática; por outro lado, são também práticas, no sentido de contribuir para o processo da construção teórico-metodológica nessa área de ação e no campo de intervenção profissional.

PARTE I

***O PROCESSO TRABALHO-SAÚDE-ADOECIMENTO:
CONSTRUINDO UMA PROBLEMÁTICA DE PESQUISA
SIGNIFICATIVA PARA O FAZER DE ENFERMAGEM***

1. A CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

Experenciando a Enfermagem do Trabalho

Nossa experiência nessa área de ação em saúde iniciou-se a partir da atuação como professora-substituta na disciplina de Assistência de Enfermagem ao Adulto I, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS) (mai-ago 1989; set-dez 1994; mar-jun 1995) onde tivemos a oportunidade de desenvolver atividades na área da saúde dos trabalhadores.

Essa experiência constituiu-se de atividades específicas do ensino-aprendizagem - como a identificação dos fatores nocivos por setores e postos de trabalho - e de atividades específicas do processo educativo-assistencial, como a identificação de problemas de saúde visando a ação no plano de intervenção individual (consulta de enfermagem) e de grupo (palestras, ginástica laboral, entre outras). Dessa forma, entramos em contato com a diversidade dessa área e sua importância para a melhoria das condições e atividades de trabalho, essenciais à qualidade de vida do trabalhador.

Essas vivências da prática profissional é que nos conduziram à reflexão e à tentativa de construir proposições a fim de resgatar um objeto de pesquisa significativo para a profissão e, ao mesmo tempo, original enquanto tema de análise.

1.1. Trabalho-Saúde-Adoecimento

As considerações que seguem baseiam-se em estudos que definem o processo saúde-adoecimento² em suas inter-relações com o trabalho e os condicionantes socioculturais, bem como em suas implicações para a prática da enfermagem.

Falar sobre o processo trabalho-saúde-adoecimento é tarefa complexa, pois as facetas que envolvem essas inter-relações são amplamente discutidas sob diferentes perspectivas na extensa bibliografia a esse respeito.

A história da humanidade é permeada pelo trabalho, na incessante necessidade de ultrapassar seus limites com vistas à sua sobrevivência e à realização dos seus projetos. Geralmente, o conteúdo relacionado ao trabalho é marcado pela emoção e refere a tortura, a maldição, a fadiga, e o esforço físico ou mental. Dessa forma, o trabalho *“possui um significado que perpassa a estrutura socioeconômica, a cultura, as necessidades, os valores e a subjetividade daquele que trabalha”* (TITTONI, 1994, p.12).

Além desses significados, percebemos o trabalho enquanto crescimento humano, desenvolvimento da criatividade, da auto-estima e capacitação (ZINN, 1993; ALBORNOZ, 1994).

Segundo JOVCHVELOVICH (*In* LOPES *et al.*, 1995, p.7), esta condição básica de vida - o trabalho - é o elemento central que estrutura o discurso dos sujeitos. O modo como o trabalhador conta o trabalho é singular, pois este se transforma em experiência vivida na sua mais profunda particularidade.

² Adoecimento - termo utilizado por alguns estudiosos e pesquisadores pela capacidade de se referir ao processo de adoecer (FERREIRA, 1986, p.48).

Resgatando a complexidade implicada no trabalho, DEJOURS³ diz que “*a questão do conceito de trabalho é tão complexa e enigmática como o inconsciente*”.

Ao relacionarmos o trabalho com a saúde podemos utilizar a acepção de dois autores:

a saúde enquanto questão humana e existencial é uma problemática compartilhada por todos os segmentos sociais. Porém as condições de vida e trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual as classes e seus segmentos pensam, sentem, agem a respeito dela

(MINAYO, 1993, p. 15).

a valorização do trabalho humano significa um trabalho agradável e livre de agressões à natureza humana (agressões físicas, mentais, morais, sociais e outras), o produzir com alegria, prazer e satisfação. Em termos amplos isto significa a relação da felicidade com o conceito de ‘viver saudável’

(ERDMANN, 1992, p. 117).

A partir dessa perspectiva podemos dizer que a posição que os indivíduos ocupam no processo de trabalho, ou mesmo, o posto de trabalho que ocupam, são fatores condicionantes de sua saúde. Portanto, o trabalho desempenha papel fundamental na vida e na saúde dos indivíduos⁴.

Atualmente, admite-se que as definições de saúde e doença variam entre indivíduos, gêneros, grupos culturais, étnicos e classes sociais. Estudos americanos citados por HELMAN (1994), mostram as variações existentes entre as classes socioeconômicas mais elevadas e as mais baixas em relação, por exemplo, a uma dor nas costas persistente. Enquanto a primeira percebe-a como um "sintoma anormal" que exige atendimento médico, a segunda considera a

³ Ciclo de conferências com Christophe Dejours sobre “gênero e trabalho; organização do trabalho e seus efeitos sobre a saúde; psicossomática: questões atuais”, promovido pelo Centro de Estudos de Psiquiatria Integrada, no Anfiteatro de Educação da PUC/RS, em Porto Alegre/RS, nos dias 5 e 7 de abril de 1997.

⁴ Para o aprofundamento dessa questão, ver os trabalhos de LOPES (indicados na p. 126) e ERDMANN (1992).

mesma dor como *"parte inevitável e inócua da vida e, por isso inadequada para uma consulta médica"* (p. 105). Esta definição funcional da saúde é baseada, provavelmente, na necessidade econômica dessa classe social de trabalhadores em continuar trabalhando e nas poucas expectativas que possuem com relação à assistência à saúde.

Nessa linha MINAYO (1993) diz que, *"em relação à classe trabalhadora, o conceito que está subjacente na definição social de saúde-doença, veiculado pela visão de mundo dominante é a incapacidade para trabalhar"*(p. 185).

Complementando, NARDI (1995) nos informa que :

o adoecimento relacionado ao trabalho implica sofrimento não exclusivo dos fatores ligados à própria patologia mas também, e principalmente, devido à conformação das representações sociais que estão impregnadas na identidade do trabalhador e denotam a autoculpabilização pelo fato de ter adoecido e estar impossibilitado de trabalhar. Estas representações estão relacionadas ao discurso médico e institucional que socialmente está carregado do saber a respeito da saúde dos trabalhadores (...). Esse discurso tem por princípio colocar em dúvida o sofrimento do paciente, isto porque o corpo de técnicos (...) tem por função legitimar os aspectos referentes à saúde do trabalhador no contexto das relações de força entre o capital e o trabalho (p. 12).

Essa forma de considerar a relação corpo-trabalho, intrínseca à lógica capitalista, é estruturada em função da utilização diária da força de trabalho, preocupando-se com sua simples manutenção. O adoecimento, portanto, não é correlacionado ao ambiente de trabalho, mas sim aos índices de produtividade.

O adoecimento representa, então, uma dupla ameaça, tanto no sentido de afetar a saúde como a capacidade produtiva dos indivíduos. Para a classe trabalhadora o "estar doente" é visto como sinônimo de vagabundagem e o "ficar doente" como desespero, pela miséria, fome e falta de recursos provocados pelo afastamento do trabalho (SOUZA & VERAS, 1983).

Para STOTZ (*In VALLA & STOTZ, 1996*), no caso dos serviços assistenciais oferecidos aos trabalhadores, mostra que o constante retorno ao serviço médico da empresa e o encaminhamento ao especialista,

além de colocar o problema da resolutividade do serviço de atenção à saúde neste nível, deixa patente que o tratamento de pacientes incapacitados por doenças profissionais⁵ (e igualmente por lesões) somente pode considerar-se concluído quando o paciente é capaz de trabalhar e realizar suas atividades diárias sem sofrimento ou seqüelas, de modo razoavelmente independente (p. 46).

Nos estudos referentes ao tema trabalho e saúde - na sua grande maioria, associados às contribuições da sociologia - identificamos análises que questionam e discutem a influência dominante do sistema capitalista como justificativa relacional da complexidade das condições de trabalho e suas conseqüências nas condições de saúde/qualidade de vida dos trabalhadores.

O tratamento dado à saúde do trabalhador, particularmente, delimita bem os contornos do processo de exploração da força de trabalho, onde a medicina colabora na reprodução da estrutura de classes da sociedade capitalista quando *“percebe o corpo como mero objeto de um ato terapêutico com o objetivo de obter efeitos específicos orientados por uma concepção do que é normal ou patológico”* (DONNANGELO, 1976, p.21).

Assim, o “doente” é submetido ao tratamento medicamentoso ou sintomático para retornar ao trabalho, sem o questionamento da real causa que desencadeou o adoecimento. A questão socioeconômica é percebida então de forma fragmentada, como um dos fatores atuantes no processo saúde-

⁵ As doenças profissionais são listadas na legislação (BRASIL,1991), sendo também possível classificar como relacionadas ao trabalho, toda a doença onde se puder comprovar o nexo causal com o trabalho. A lista é constituída por uma relação de 27 agentes patogênicos ou de risco a que estão expostos os trabalhadores em determinadas atividades. Entre eles, citamos: arsênico e seus compostos, asbesto, benzeno, chumbo, cloro, hidrocarbonetos, mercúrio, sílica, ruído e afecção auditiva, vibrações, radiações e agentes físicos, químicos ou biológicos que afetam a pele. As doenças relacionadas ao trabalho incluem os distúrbios neurovegetativos e psíquicos, a hipertensão arterial (HAS), as neoplasias, as lesões por esforços repetitivos (LER), entre outros (BUSCHINELLI, 1994).

adoecimento, uma vez que interfere na relação empregador (que detém o poder institucional) - trabalhador (que vende sua força de trabalho).

Contudo, a relação causal dos efeitos do capitalismo na relação trabalho-saúde, assim como na relação trabalho-educação, parece desgastada e insolúvel frente a uma prática que apenas varia conforme a ação do seu agressor, sem derrotá-lo ou mesmo controlá-lo. Questiona-se o motivo pelo qual, apesar de toda teorização científica, a prática pouco ou nada se transformou, que continua reproduzindo os valores do sistema capitalista. Talvez a justificativa esteja no fato de que os “agredidos”, ou melhor, “*oprimidos*” - como nos fala FREIRE (1983) - sublimem e se beneficiem dos efeitos dessa relação, tal como ocorre nas explicações das teorias da psicanálise.

Conforme nos diz STOTZ (*In* VALLA & STOTZ, 1994):

a reprodução da força de trabalho é parte do processo imediato de acumulação do capital: durante a jornada de trabalho, o trabalhador ganha os meios necessários à sua sobrevivência (e de sua família), ou seja, o salário e outras formas de remuneração e, simultaneamente, produz valor adicional para o capital - a mais-valia (p. 47).

Outro aspecto a observar é o papel das organizações, que como nos diz ERDMANN (1992):

as organizações, caracterizadas como sistemas sociais, têm sido importantes na influência e modelagem da vida do homem e nos destinos das sociedades, sendo a eficiência e a produtividade as condições para sua existência. O desenvolvimento econômico, político e social acontece por um processo integrado de transformações sociais, que tem nas organizações os seus principais instrumentos, quer pelas organizações empresariais, quer pela organização do Estado. Entende-se que o progresso de uma nação depende de sua capacidade de organizar a atividade humana (p. 115).

Essas reflexões nos levam a concluir que é necessário se estabelecer uma associação entre a vivência e o sofrimento, o processo de adoecimento e o trabalho. Essa relação ou associação pode ser estabelecida por inúmeras

interações, nas quais participam tanto aspectos organizacionais quanto ambientais e as próprias condições de vida do trabalhador.

1.2. As Práticas de Saúde Tradicionais e o Processo de Adoecimento Relacionados ao Trabalho

Em relação à investigação do processo de adoecimento e trabalho, os reflexos apresentados nas alterações físicas se tornam facilmente identificados através do exame físico e exames complementares (laboratoriais, radiológicos e outros). Porém, as manifestações que envolvem a área psíquica dos indivíduos, tornam-se de difícil investigação através de nossas práticas tradicionais em saúde (MERLO, 1989, p. 18).

DEJOURS (1991), ao estudar a ação exercida pela organização do trabalho sobre o indivíduo, revela o impacto dessa ação sobre o aparelho psíquico. O autor, que atua e pesquisa em psicopatologia do trabalho, atualmente psicodinâmica do trabalho, diz que o sofrimento que emerge, em certas condições, na relação homem-trabalho, varia conforme o tipo de organização do trabalho. Contra a angústia do trabalho, assim como a insatisfação, os operários (trabalhadores) elaboram estratégias defensivas, de maneira que o sofrimento não é imediatamente identificável, sendo necessário ler esse sofrimento na palavra dos operários.

Segundo LOPES *et al.* (1995, p.9), a organização do trabalho tende a afastar o trabalhador do resultado final e distanciá-lo da visão do todo, produzindo uma alienação e impondo um “*assujeitamento*”. Impossibilita-se a transcendência, afastando o objeto do desejo cada vez mais do objeto do

trabalho. Nesse sentido, pode-se pensar que a saúde mental no trabalho depende da possibilidade de desejar, da interação entre trabalho e afeto.

Para DEJOURS⁶ com o apoio dos conceitos da psicanálise, “*trabalhar é completar o espaço entre o prescrito e o real; trabalhar é o reconhecimento, pois serve como mediador na questão de completar a identidade*”. Portanto, o não reconhecimento é igual a sofrimento que conduz à psicossomática do trabalho. A saúde mental do trabalhador é então, uma instância que tem várias facetas, que como redes interdependentes, vão produzir o sujeito no trabalho.

Nessa linha, STOTZ (*In* VALA & STOTZ, 1996), acrescenta que o trabalhador

vai conhecendo a dinâmica do ‘serviço’ executado, pelos conflitos vividos no cotidiano dos dias, meses e anos em que ele exercita a sua capacidade profissional. É através dessa vivência que ele adquire e organiza uma percepção sobre os riscos do processo de trabalho para a saúde (p. 51).

⁶ *Idem* nota nº 3.

1.2.1. Percebendo a Amplitude e Complexidade dos Problemas de Saúde

Como profissionais de saúde, cumprimos um papel de interventores no processo trabalho-saúde-adoecimento quando nossa ação consiste em contribuições para a elevação dos níveis de saúde dos indivíduos ou grupos. Acreditando que a saúde tem determinantes sociais, culturais, políticos e econômicos, o profissional participa desse processo de inter-relações visando *"articular ético-politicamente o meio ambiente, as relações sociais e a subjetividade humana"* como diz GUATTARI (In RIGOTTO, 1994, p. 29).

Assim, podemos dizer que existem várias formas de intervir e participar, pois *"(...) mesmo que queiramos nos esconder atrás de uma ação 'puramente técnica', nosso cotidiano é sempre uma prática social, que é incorporada ao processo histórico"* (RIGOTTO, 1994, p. 30).

Tratando-se, nessa dissertação, de trabalhadores de baixa qualificação profissional e dos extratos sociais mais baixos, a percepção da amplitude e complexidade dos problemas de saúde identificados comprovam nossos limites de atuação e de perplexidade frente à essa realidade. Essa perplexidade, geradora de impotência, se evidencia quando, enquanto profissionais da saúde, utilizamos mecanismos de defesa estabelecidos de limites à fala desses trabalhadores, no momento em que estes desnudam à nossa frente um quadro de "miséria humana".

1.3. A Ação de Enfermagem e a Relação Trabalho-Saúde-Adoecimento

A discussão da relação trabalho-saúde-adoecimento e suas implicações para a enfermagem parece ser um assunto desafiante e ao mesmo tempo intrigante quando buscamos suas inter-relações.

Legalmente, a enfermeira foi incluída na equipe dos Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) através da Portaria 3.460 de dezembro de 1975, do Ministério do Trabalho. O dimensionamento dos técnicos dos SESMT vincula-se à gradação de risco da atividade principal e ao número de empregados no estabelecimento. Esta legislação estabelece a contratação de uma enfermeira, em tempo parcial (mínimo de três horas), para empresas com grau de risco⁷ 1 e, tempo integral (seis horas), para empresas com grau de risco 2 a 4 para um número de 3.501 à 5.000 empregados no estabelecimento, com a observação de que nos estabelecimentos de saúde e similares esse índice de contratação é de uma enfermeira para mais de 500 empregados (SOUNIS, 1991, p. 332).

O exercício das atividades profissionais na área da saúde do trabalhador depende do registro no Ministério do Trabalho para as enfermeiras titulares de diploma de graduação, acrescido da comprovação de conclusão de especialização em Enfermagem do Trabalho. Assim, o conhecimento específico e profissionalizante nessa área vai além da realidade clínico-biológica do ser humano, sendo necessariamente legitimado por um curso de pós-graduação.

⁷ Grau de risco - será por nós definido como a possibilidade ou probabilidade de determinadas atividades, em determinados locais, provocarem danos à saúde do trabalhador. A relação das atividades, classificadas pelo menor ou maior grau de risco (grau 1, 2, 3) são listadas conforme estabelecido na NR-4 (Norma Regulamentadora - Serviços Especializados em Engenharia de

Sabendo-se que quanto mais avança o nível de conhecimento, menor é o número de profissionais em exercício na enfermagem, não é difícil deduzir que além de ter um número reduzido de vagas no mercado de trabalho, o número de enfermeiras especialistas é ainda inferior para que esses poucos espaços sejam ocupados.

Essa talvez seja uma justificativa para explicar o ritmo dos avanços da enfermagem do trabalho no Brasil. BULHÕES (1986) relata toda uma trajetória de prática e a criação de uma especialidade que encontra um campo rico de atuação e valorização profissional, pouco explorado em termos científicos e muito explorado em termos de mão-de-obra, o que não fica muito distante nos dias de hoje. É evidente que esta discussão vai além disso; contudo, nosso objetivo, neste momento, restringe-se à tentativa de compreender as limitações técnico-assistenciais encontradas no campo de ação.

Entre as funções da enfermeira do trabalho, encontramos as áreas clássicas: assistencial, administrativa, educativa e de pesquisa. BULHÕES (1986) descreve, além dessas, a função de integração, e diz que a *“prática da Enfermeira do Trabalho comporta todas essas funções, conquanto algumas delas possam preencher com mais freqüência o universo diário desta”*(p. 297).

Muitas vezes, não encontramos a presença do trabalhador no plano de ação ou de intervenção da enfermeira. Sua atuação fica restrita e limitada ao atendimento e prestação de cuidados em casos de intercorrências clínicas e acidentes, ao levantamento de dados epidemiológicos, aos registros e relatórios, e às atividades educativas referentes a palestras e cursos de prevenção e promoção da saúde coletiva de trabalhadores.

Sob essa perspectiva é que afirmamos que entre facilidades, dificuldades, limitações, habilidades e legalidades a ação de enfermagem vem buscando espaço, valorização e afirmação da prática profissional e no campo do trabalho. Do modelo nithingaleano até os nossos dias se vislumbra esse avanço, pois o embasamento teórico-científico desenvolvido ao longo da década de 60 à de 90 serviu para reconhecer a importância das intervenções de enfermagem com base em construtos e/ou teorias que sustentem estruturas dinâmicas, práticas e flexíveis no confronto com a diversidade existente, em especial na área da saúde do trabalhador.

1.3.1. A Avaliação Periódica de Saúde e a Ação da Enfermeira

Especificamente no campo da saúde do trabalhador, uma forma de intervenção multiprofissional é a Avaliação Periódica de Saúde⁸. Sua implementação sistemática é uma exigência estabelecida no texto da NR-7 (Norma Regulamentadora⁹ - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional) da Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho, Portaria nº 24, de 29 de dezembro de 1994. Cabe salientar que essa norma não contempla a equipe multidisciplinar da saúde no trabalho, uma vez que estabelece a competência apenas do profissional médico na realização dos exames previstos no item 7.4 da referida norma. O próprio título evidencia a delimitação desse espaço quando utiliza a terminologia

⁸ Avaliação Periódica de Saúde (A.P.S.) - utilizamos esta terminologia para caracterizar o instrumento de medida e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, incluindo a abordagem clínico-epidemiológica da relação saúde-trabalho. O exame periódico é previsto e regulamentado na NR-7 - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional Portaria número 24 da Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho de 29 de dezembro de 1994. Essa norma estabelece a obrigatoriedade e implementação dos cuidados com a Saúde do Trabalhador.

⁹ As Normas Regulamentadoras - NRs, relativas à segurança e medicina do trabalho, são de observância obrigatória pelas empresas privadas e públicas que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT. As disposições contidas nas NRs, aplicam-se aos trabalhadores, às entidades ou empresas que lhes tomem o serviço. A Secretaria de Segurança e

“Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional”, o que sugere a interpretação de “controle” tanto de parte da equipe quanto dos indivíduos avaliados, no caso, os trabalhadores. Outra idéia vinculada é a de “mensuração” pura e simples por parâmetros preestabelecidos da situação do trabalhador, pontualmente definidos.

Compete, portanto, à enfermeira como integrante da equipe do SESMT, conquistar e assumir, a partir de sua qualificação e competências profissionais, um papel de destaque no processo de avaliação periódica de saúde.

A Avaliação Periódica de Saúde pode se configurar em medida e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho numa abordagem clínico-epidemiológica, se aplicada a partir de um instrumento guia podendo fornecer dados essenciais como características demográficas; história pessoal e laboral do trabalhador; antecedentes mórbidos familiares; alterações psicossociais, como depressão, ansiedade, insônia, irritabilidade, relacionados ao trabalho ou à vida pessoal; alterações nos hábitos alimentares; alterações no consumo de álcool e drogas; exposição a fatores nocivos.

Como atividade normativa, a Avaliação Periódica de Saúde é muito limitada; muitas vezes, intimida o trabalhador, fragilizando-o frente à sua obrigatoriedade. Compete, portanto, aos profissionais atuantes nesse espaço, tornar esse momento importante e relevante enquanto forma privilegiada de observação e acompanhamento das condições de saúde dos trabalhadores.

Quando intervém na área da saúde dos trabalhadores, a enfermeira, assim como os outros profissionais, interfere na relação empregador (que detém o poder institucional) - trabalhador (que vende sua força de trabalho). Então, o modo como a enfermeira pode intervir sem omissão nessa relação, tangencia a

perspectiva ético-profissional adotada na tentativa de articular o meio ambiente, o ser humano e as relações sociais.

Nessa linha de pensamento RIGOTTO (1994) nos auxilia quando diz que frente ao trabalhador:

podemos contribuir com a recuperação da identidade e dignidade humanas - freqüentemente negada nas ruas, nas fábricas, no seu cotidiano - relacionando-nos com eles enquanto sujeitos sociais, seres capazes de pensar, agir, lutar historicamente por seus interesses; estabelecendo com eles uma 'conversa reflexiva' (SCHON, 1983) onde pessoas com experiências e conhecimentos diferentes, porém igualmente relevantes, se ouvem, problematizam as situações concretas da vida e buscam compreendê-las, solucioná-las ou transformá-las (p. 30)

No exercício específico da enfermagem, existem normas e princípios, direitos e deveres que regem a conduta ética dos seus profissionais. Conforme o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem,

o aprimoramento do comportamento ético do profissional passa pelo processo de construção de uma consciência individual e coletiva, pelo compromisso social e profissional, configurado pela responsabilidade do plano das relações de trabalho com reflexos nos campos técnico, científico e político

(COFEN, 1993; COREN-RS, 1996).

1.4. A Consolidação da Consulta de Enfermagem como Sistemática de Intervenção na Avaliação Periódica de Saúde: uma Problemática para o Fazer de Enfermagem

Uma das formas de intervenção da enfermeira que confronta os argumentos e os aspectos apontados até aqui é a Consulta de Enfermagem. Trata-se de uma forma de intervenção própria da enfermeira, regulamentada e legitimada

pelo Decreto nº 94.496, de 08 de junho de 1987, da Lei do Exercício Profissional nº 7.498, de 25 de junho de 1986 (COFEN, 1990).

Utilizando a metodologia proposta por HORTA (1979), a Consulta de Enfermagem apresenta fases ou etapas que incluem a aplicação do Histórico de Enfermagem através de entrevista individual com levantamento de dados de saúde e necessidades básicas; o Diagnóstico de Enfermagem; o Planejamento e a execução do Plano de Cuidados de Enfermagem conforme problemas ou situações identificadas¹⁰.

Especificamente na área do trabalhador, essa sistematização, acreditamos, deve incluir o levantamento de dados laborais (ocupação, posto, setor de trabalho; relações de trabalho, organização, entre outros) e dados implicados na relação diagnóstico de saúde, exame físico e laboratoriais específicos.

Assim sendo, entendemos que a Consulta de Enfermagem é uma forma privilegiada de intervenção na assistência individual, a ser integrada no processo de Avaliação Periódica de Saúde. É, em síntese, uma metodologia própria de ação que potencializa as atividades de educação para a saúde, resgatando elementos fundamentais para o acompanhamento das condições de saúde e de exposição dos trabalhadores a fatores nocivos, subsidiando o planejamento e as intervenções nessa área.

Entendemos que a enfermeira na área da saúde do trabalhador atinge alto grau de abrangência e responsabilidade como educadora, na tarefa de contribuir para a melhoria das condições e atividades de trabalho que são essenciais no que diz respeito à qualidade de vida do trabalhador.

Essa prática profissional qualificada tem, atrás de si, sustentações sociopolíticas e éticas; diferentes pressupostos sobre o papel da instituição, sobre a

¹⁰ Na Parte II, desenvolveremos esses conceitos de base definidos por HORTA (1979).

relação enfermeira-trabalhador; vivências pedagógicas e o embasamento teórico-metodológico que acreditamos necessário às ações de enfermagem.

Com essa compreensão, nesta dissertação, nos propomos a dar algumas respostas à necessidade de sistematização das ações de enfermagem no campo da saúde do trabalhador, na sua mais ampla abrangência e significância.

1.4.1. Buscando a Adequação Metodológica para a Ação de Enfermagem na Área do Trabalhador

Esta proposta de dissertação levanta, inicialmente, as seguintes indagações ou questionamentos:

- a metodologia de ação, Consulta de Enfermagem, pode ser utilizada na realização da Avaliação Periódica de Saúde?

- os registros sistemáticos clássicos (Processo/Histórico) de enfermagem captam os elementos essenciais dos indivíduos e da estrutura, na determinação do processo saúde-adoecimento dos trabalhadores ?

- como essa abordagem metodológica e ao mesmo tempo assistencial pode resgatar para a enfermagem elementos fundamentais à intervenção preventiva na educação e promoção da saúde na área do trabalhador?

- como adequar esse instrumental metodológico-assistencial ao processo educativo em saúde e enfermagem?

Numa primeira tentativa de responder a essa problemática, elaboramos reflexões e proposições que, evidentemente, configuram-se em um caráter especulativo que pretendemos aprofundar em nossas análises.

Temos claro que a correlação entre os dados objetivos e subjetivos captados no momento da interação (situação de consulta ou outro momento planejado), permitem a ação conjunta enfermeira-trabalhador na resolução de problemas, ou mesmo na manutenção da saúde respeitando valores, crenças e culturas.

Acreditamos que a partir da identificação dos problemas ou das condições desencadeantes de desequilíbrios à saúde relacionados ao trabalho, a enfermeira e o trabalhador percebem e encontram juntos a solução de evitamento ou minimização daqueles apresentados. Essa ação conjunta enfermeira-trabalhador possibilitada pela situação de consulta é um espaço educativo e transformador de comportamentos e de práticas sociais.

Portanto, pretendemos responder as indagações acima adotando como caminho estrutural e analítico o Modelo de Betty Neuman¹¹ para sistematizar uma proposta de ação de enfermagem (consulta) comprometida com a relação trabalho-saúde-adoecimento investigando os estressores no trabalho¹², os recursos disponíveis no ambiente e mesmo no indivíduo, e as metas estabelecidas na relação de interação enfermeira-trabalhador. Interação essa de fundamental importância nas proposições de ações educativas e/ou assistenciais no campo da saúde do trabalhador.

¹¹ Teorista de Enfermagem, desenvolveu um modelo conceitual intitulado *The Neuman Systems Model* (NEUMAN, 1989). Seu modelo, abrangente e dinâmico, é uma visão multidimensional na abordagem ao atendimento à saúde, e será apresentado em detalhes mais adiante.

¹² Na Parte II, desenvolveremos esses conceitos de base para a teoria adotada.

Objetivando nossa proposta

A partir da participação efetiva na realização da Avaliação Periódica de Saúde dos trabalhadores do Departamento Municipal de Limpeza Urbana (DMLU) de Porto Alegre e dos registros (Histórico Laboral e Plano de Cuidados) adotados pela disciplina de Assistência de Enfermagem ao Adulto I - ENF 111 da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS), pretendemos captar subsídios críticos para formular uma proposta de metodologia de ação em enfermagem comprometida com a relação saúde-vida laboral, denominada por nós **Consulta-ação**. Essa proposta deverá proporcionar as bases para uma efetiva intervenção educativa (prevenção e promoção de saúde) em enfermagem na Avaliação Periódica de Saúde dos trabalhadores.

PARTE II

***AS BASES TEÓRICO-ANALÍTICAS E PERSPECTIVAS
METODOLÓGICAS ADOTADAS FRENTE À
PROBLEMÁTICA***

2. CONTEXTUALIZANDO A AÇÃO DE ENFERMAGEM NA ÁREA DA SAÚDE DO TRABALHADOR

Iniciamos esta contextualização apresentando alguns conceitos que utilizamos como referência para nossas análises. A seguir, pontuamos as contribuições à ação de enfermagem no campo da ação pedagógica, da ergonomia e da epidemiologia.

2.1. Algumas Concepções Básicas em Enfermagem

A seguir, esboçamos alguns conceitos resultantes de leituras e reflexões para construir e sedimentar as idéias que orientarão o desenvolvimento da proposta que apresentamos. Acreditamos que eles não são definitivos, mas sim dinâmicos e mutáveis, e que outras perspectivas virão se agregar a estas conforme as realidades vivenciadas no decorrer da dissertação.

No campo da **Enfermagem**, adotamos com conceito básico a definição proposta por LIMA (1993):

a enfermagem é uma ciência humana, de pessoas e experiências com um campo de conhecimento, fundamentações práticas que abrangem do estado de saúde ao estado de doença mediada por sensações pessoais, profissionais, científicas, estéticas, éticas e políticas do cuidar dos seres humanos (p. 21).

Portanto, compreendemos a enfermagem como uma ciência por seus aspectos ou características metodológicas e teóricas e como arte, quando na sua singularidade traz o cuidado com o ser humano e seu ambiente. Acreditamos que estas concepções constitutivas servem como reflexão e fonte de embasamento para a atuação nas diversas áreas do exercício profissional de enfermagem.

Consideramos a **Consulta de Enfermagem** como atividade de deliberação racional, baseada em metodologia própria, utilizada pela enfermeira no atendimento ao cliente externo (aquele que não está em regime de internação hospitalar). Constitui-se em uma atividade dispensada diretamente ao cliente, incluindo o estabelecimento de relações de confiança, o exame físico e objetivos complexos, imediatos e mediatos, com ênfase na prevenção (baseado em PEREIRA & GALPERIM [1995, p. 193]).

Segundo essa proposta, a Consulta de Enfermagem consiste em uma metodologia de ação conjunta entre enfermeira e trabalhador, que potencializa as atividades educativas e transformadoras das práticas e dos comportamentos sociais, resgatando os elementos necessários às intervenções profissionais.

Por **Ação de Enfermagem** compreendemos tudo que envolve o amplo espectro do espaço profissional reservado, e não exclusivo, da enfermagem, mas que compõe as atividades técnico-privativas e institucionais que visam ao atendimento do ser humano (LOPES, 1997).

Por **Intervenção de Enfermagem**, entendemos todo o conjunto de atividades operacionais, sistemáticas e planejadas da enfermeira, baseadas no

cuidado enquanto ação técnica e relacional dirigida ao ser humano (SILVEIRA, 1996; LOPES, 1997).

O **Trabalhador**, sujeito-objeto¹³ da nossa prática profissional e deste estudo, é um indivíduo com todos os seus recursos naturais energéticos biopsicofisiológicos e sociais interagindo em seu ambiente de trabalho (SILVEIRA, 1996).

A **Intervenção de Enfermagem na Saúde do Trabalhador** é o espaço em que a enfermeira tem sua atenção voltada a trabalhadores de diferentes setores ou postos de ocupação; suas atividades assistenciais e educacionais possibilitam a observação e o acompanhamento periódico e continuado dos níveis de saúde dos trabalhadores.

A **Avaliação Periódica de Saúde**, como controle periódico das condições de saúde relacionadas à atividade laboral, é uma das formas de intervenção disponíveis para avaliar e monitorar a influência do trabalho ou ocupação no processo saúde-adoecimento, atendendo às medidas de promoção, proteção e reabilitação (SILVEIRA, 1996).

¹³ Sujeito-objeto é o termo que designa a pessoa cuidada (sujeito), que é o foco (objeto) da nossa ação técnico-profissional.

2.2. A Educação para a Saúde, a Enfermagem e os Trabalhadores: Buscando um Referencial Interativo

A educação tem sido usada como instrumento básico por quase todos os profissionais da saúde em suas atividades de trabalho. Encontramos vários trabalhos escritos sobre os aspectos específicos da educação em saúde, mas a preocupação com o desenvolvimento de uma estrutura dirigida nem sempre está presente. Entretanto, embora haja um amplo acordo sobre a importância da educação no atendimento dos problemas de saúde, parece haver pouco entendimento sobre o que é a abordagem educacional e como ela pode ser usada eficazmente.

Na enfermagem, o papel de educador é inerente à profissão, pois suas ações envolvem constantemente situações de ensino-aprendizagem. A enfermeira é a profissional capacitada e habilitada para desempenhar a tarefa de ensinar tanto ao nível individual quanto coletivo.

A educação para a saúde tem sido estudada e propagada por vários autores em diferentes visões como uma prática saudável. Segundo GASTALDO (1997) *“a educação para a saúde é útil no cuidado de saúde porque é provida de informações e sugestões alternativas para indivíduos, famílias ou grupos na prevenção da doença e promoção da saúde”*(p. 113). Fazendo uma reflexão crítica, a autora, através do conceito de bio-power desenvolvido por Michel Foucault, analisa em sua tese de doutoramento até que ponto os programas de saúde utilizados pelos governos contribuem para o controle social e individual dos corpos.

A partir dessa perspectiva, questionamos se quando orientamos nos serviços de saúde, com base nos referenciais institucionais, estamos ou não propagando a mesma política ou mesmo legitimando este poder.

Cabe, portanto, aos profissionais refletirem sobre o sentido que emprestam às suas práticas, contribuindo como multiplicadores autoritários, manipuladores, do cuidado de saúde, no sentido do controle social, ou como estimuladores de práticas críticas e flexíveis, “saudáveis” conforme as características culturais, sociais e orgânicas dos indivíduos ou grupos trabalhados quer seja na prevenção, promoção ou reabilitação da saúde.

No campo da educação, segundo LIBÂNEO (1992):

educar é conduzir de um estado ao outro, é modificar numa certa direção o que é suscetível de educação. O ato pedagógico pode, então, ser definido como uma atividade sistemática de interação entre seres sociais, tanto ao nível do intrapessoal, quanto ao nível da influência do meio, interação essa que se configura numa ação exercida sobre sujeitos, visando provocar neles mudanças tão eficazes que os tornem elementos ativos desta própria ação exercida (p. 97).

Focalizando o papel do educador na prática educativa, WERNECK (1982) nos diz que:

na relação educador X educando, não se pode separar fragmentos, gestos ou atitudes desvinculadas do todo. Jamais se pode esquecer que se está tratando de uma forma de comunicação humana entre dois seres globais que já tinham uma individualidade antes da relação (p. 104).

Este autor considera a ação do educador como prática social, uma vez que sua atuação faz a ponte entre a ação educativa e a ação política. Conclui ainda WERNECK (1982):

embora o educando se auto-eduque, o papel do educador como um dos pólos do diálogo (...) é insubstituível. É ele que vai direcionar o diálogo entre dois seres humanos, fator essencial para o desenvolvimento da consciência crítica (para.105).

Como nos diz GRIFFITHS (1985), “quando a abordagem educacional é usada no trabalho da saúde, a meta é usualmente aquela de mudança - mudança de informação, atitude, ou comportamento”(p. 2) . Para o autor, a mudança de comportamento ocorre quando o indivíduo substitui uma prática de saúde por outra cientificamente mais efetiva, ou quando um indivíduo empreende uma ação a qual leva a uma prática de saúde mais efetiva.

Segundo o mesmo autor, são três os passos freqüentemente necessários para ocasionar essa mudança no comportamento: “criar ou alterar percepções, utilizar forças de motivação e fazer cumprir uma decisão” (ibidem). Assim, o primeiro se dá em função de que nosso comportamento, em qualquer situação, é determinado em grande parte pelas crenças, atitudes e valores que mantemos. Estas últimas, em constante mutação variando de um indivíduo para outro, são resultado da soma total das experiências de vida. A percepção, então será a maneira pela qual vemos as pessoas, situações e objetos em nossa vida. Portanto, se as experiências são diferentes, as percepções das coisas ao nosso redor também o são. Um exemplo disso são as percepções das pessoas sobre o cuidado médico, que diferem amplamente.

O segundo passo é buscado nos conceitos da psicologia e diz que o comportamento humano é influenciado não somente pelas necessidades biológicas do sexo, sede e fome, mas também pelas necessidades que são o resultado da socialização e aculturação. Então, a menos que a informação e as experiências tenham um significado verdadeiro com relação às necessidades básicas, o aprendizado não será tão duradouro quanto poderia ser.

A abordagem educacional deve vincular-se ao próprio desejo do indivíduo de mudar ou de agir. A pesquisa no campo da dinâmica de grupo enfatiza a influência dos efeitos das relações interpessoais, tanto na formulação como na alteração de atitudes e comportamento. Esses estudos mostram que o

indivíduo está atrelado aos valores de grupo como família, amigos, colegas de trabalho, a ponto que geralmente não muda de atitudes e comportamentos se a mudança entra em choque com esses grupos.

No trabalho no campo da saúde, o fator das influências do grupo deve ter alta prioridade quando trata com problemas que envolvem a motivação, devendo sempre pensar nos indivíduos em seu contexto social, com a família, amigos e outros grupos influentes que são os guias de suas ações.

Por fim, no terceiro passo, GRIFFITHS (1985) ressalta a importância de que os trabalhadores da saúde saibam ser necessário uma ponte entre as intenções e as ações: *“a ponte é um processo de tomada de decisão da parte de um indivíduo ou grupo indicando que a ação seguir-se-á. Este ato de tomada de decisão é um importante passo no processo da alteração do comportamento”* (p. 5).

Portanto, na medida que usamos a abordagem educacional no trabalho em saúde objetivando a mudança comportamental, estamos tratando essencialmente de um processo de aprendizado: dinâmico, reflexivo, crítico e multidirecional. Esse processo se instaura na medida em que o profissional, o indivíduo, o grupo e a comunidade aceitam ou rejeitam novas informações, novos comportamentos frente a um problema de saúde.

Para DILLY & JESUS (1995):

educar para a saúde é, acima de tudo, adotar a postura de sábio educador que, junto com o povo, procura ajudá-lo a descobrir a melhor forma de proteger-se contra as doenças. É tornar este povo capaz de, por si mesmo, alcançar um nível satisfatório de saúde através da participação ativa nos problemas de sua comunidade e de sua libertação que conduz a uma práxis reflexiva e crítica da realidade, tornando-o capaz de assumir seu compromisso de criação e recriação dessa mesma realidade (p. 122).

2.2.1. Modalidades de Trabalho Educativo em Saúde

Conforme DILLY & JESUS (1995) podemos identificar “*três modalidades de trabalho educativo em saúde: o trabalho individual, o trabalho com grupos específicos e o trabalho com a comunidade*” (p. 111). O primeiro advém da comunicação interpessoal por interação direta pessoa a pessoa, levando em consideração fatores intervenientes como nível socioeconômico-cultural, crenças, valores, experiência de vida, motivação, estado de saúde. O segundo requer um levantamento das percepções e das motivações dos participantes, trabalha com características de grupo tais como a identificação entre as pessoas, a percepção coletiva de unidade, objetivos comuns, ajuda mútua, comunicabilidade e consistência interna. Finalmente, o terceiro visa a implementação de ações de assistência primária e capacitação dos elementos da comunidade frente aos problemas de saúde, permitindo o desenvolvimento de uma consciência crítica e ação participativa na busca de resoluções.

A enfermagem, portanto, como elemento capacitado da equipe de saúde, pode exercitar seu papel educativo de forma a contribuir junto a uma população, de trabalhadores por exemplo, nos diversos momentos do processo saúde-adoecimento, identificando as modalidades a serem utilizadas na assistência e orientação nas mudanças de atitudes ou comportamentos necessários àquela comunidade ou grupo, conforme suas realidades.

Nesta perspectiva, é imprescindível destacar os estudos do educador Paulo Freire, muito utilizados na compreensão e identificação dos fatores que orientam as diversas formas de intervenção no setor da saúde comunitária, através da prática e educação popular para a liberdade e igualdade.

Segundo FREIRE (1983), é necessário alguns princípios para quem “*trabalha com o povo*”:

“Ninguém está só no mundo” - essa constatação implica, sobretudo no campo da educação, que seres humanos estão com o mundo e com outros seres. Para FREIRE (*op.cit.*, p. 4) *“estar com os outros significa necessariamente respeitar nos outros o direito de dizer a palavra”*. Isso significa saber ouvir na tarefa de educar e, conseqüentemente, aceitar a falar *com* e não a falar *a*: *“eu só escuto na medida em que eu respeito, inclusive o que fala me contradizendo”* (p. 6).

“Ninguém sabe tudo, ninguém ignora tudo” - indica o princípio segundo o qual é importante não desconhecer o nível de conhecimento da comunidade. Enquanto educadores, não podemos desprezar o que Freire chama de saber relativo e nem a atividade criadora que existe em cada um: *“não há, em termos humanos, sabedoria absoluta nem ignorância absoluta”*(p. 12).

“Assumir a ingenuidade do educando” - é uma capacidade fundamental ao educador, pois *“você assume a posição com ele, e não sobre ele”*(p. 15), assim como é indispensável assumir a criticidade do educando diante da nossa ingenuidade de educador.

Para FREIRE (*ibidem*), *“educação é tanto um ato político quanto um ato político é educativo”* (p.16), portanto temos que ter clareza e coerência da nossa opção política para que a prática valide ou não nosso discurso.

“Viver pacientemente impaciente - a impaciência significaria a ruptura com a paciência. Então, quando você rompe com um desses dois pólos você rompe em favor de um deles” (p. 21).

No que diz respeito ao trabalho educativo em saúde, individual ou coletivo, outro aspecto fundamental e importante na teoria de FREIRE citado por DILLY & JESUS (1995, p. 119) é que *“para a verdadeira educação temos que reaprender de novo”*. Ou seja, para adoção de uma práxis modificadora, não

podemos estar presos à herança autoritária, mas é importante nos despirmos, nos despojarmos dos tradicionalismos, reiniciando com a comunidade a nossa aprendizagem.

Se considerarmos essas reflexões, do ponto de vista da enfermagem, podemos dizer que a mesma necessita trabalhar com um conceito amplo de educação, essencial para o ensino e formação de um profissional como um ser político, crítico, autêntico e participativo, capaz de buscar e compartilhar conhecimentos e situações conforme a realidade social e política de saúde atuantes (SILVEIRA & KORNDÖRFER, 1995). Para isso, precisamos estar atentos quanto ao preparo da enfermeira em exercer funções educativas em diferentes situações.

A partir do confronto dessas reflexões com a prática de enfermagem e das enfermeiras, podemos dizer que essa é uma prática profissional que na área da saúde do trabalhador encontra um “povo” que não apresenta total desconhecimento das noções de higiene, hábitos alimentares saudáveis ou mesmo prevenção de danos à saúde, mas que é capaz de, junto com a educadora, procurar descobrir a melhor forma de alcançar um nível de saúde satisfatório às suas necessidades e realidades, de modo crítico e reflexivo.

2.3. Do Ponto de Vista da Ergonomia: algumas Contribuições para as Intervenções de Enfermagem

“Le travail est fait pour l’homme et non l’homme pour le travail”¹⁴.

A ergonomia tem oferecido subsídios para que possamos visualizar de forma abrangente dada situação ou objeto de estudo. Suas contribuições na investigação da relação saúde e trabalho auxiliam pesquisadores e profissionais, na abordagem dos problemas e nas proposições de intervenção junto aos trabalhadores.

Entre as definições de ergonomia, podemos citar a de Wisner (*In SANTOS & FIALHO, 1995, p. 9*): *“o conjunto dos conhecimentos científicos relativos ao homem e necessários para a concepção de ferramentas, máquinas e dispositivos que possam ser utilizados com o máximo de conforto, de segurança e de eficácia”.*

Segundo FERREIRA *et al.* (1995) uma definição operacional da ergonomia pode ser assim proposta:

o conjunto de conhecimentos que visa a melhor adaptação das situações de trabalho aos trabalhadores. Entendemos aqui como situação de trabalho as características do ambiente de trabalho (com suas qualidades físicas, químicas e biológicas), dos instrumentos de trabalho (máquinas, ferramentas, fontes de informações), do espaço de trabalho (localização, arranjo e dimensionamento dos postos de trabalho) e da organização do trabalho (divisão de tarefas, determinado conteúdo das mesmas e divisões dos trabalhadores, para garantir a execução das tarefas) (p. 216).

Portanto, sinteticamente, as conclusões de uma análise ergonômica conduzem e orientam medidas de intervenção para melhorar as condições de

¹⁴ P.G. Defois, *In SANTOS & FIALHO (1995, p. 7).*

trabalho sobre os pontos críticos evidenciados, propondo modificações na situação de trabalho (FERREIRA *et al.*, 1995; SANTOS & FIALHO, 1995).

Na literatura, encontramos metodologias de análise e intervenção ergonômicas que contribuem, no que se refere ao estudo da situação de trabalho, com a interdisciplinaridade, pois, enquanto prática social, confronta múltiplas questões referentes aos diferentes especialistas envolvidos: médicos, enfermeiras, assistentes sociais, psicólogos, engenheiros, representantes da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), entre outros.

Conforme nos diz FERREIRA *et al.* (1995):

existem várias técnicas para se estudar a atividade dos trabalhadores em situação real de trabalho e avaliar sua carga de trabalho. Por mais diferentes que sejam, porém, há alguma coisa comum entre todas elas: a necessidade de observar o trabalho realizado e de completar as informações recolhidas com o que os trabalhadores têm a dizer sobre o seu trabalho (p. 220).

Quanto ao levantamento de dados, os autores enfatizam a objetividade e a sistematização da coleta de informações e recomendam para a construção desse referencial as seguintes bases:

a) o discurso/versão dos trabalhadores sobre seu próprio trabalho, condições de execução, dificuldades, queixas, problemas em geral;

b) a observação do desenrolar da atividade em situação real de trabalho e as medidas/observações dos fatores mais importantes naquela situação, definidos na análise da demanda/solicitação, entendendo-se esta como a definição do problema a ser analisado a partir de uma negociação com diversos atores sociais envolvidos;

c) a confrontação e análise destes dados entre si e com as próprias questões levantadas pelo ergonomista, e com os dados existentes na literatura.

A partir disso, utilizando SANTOS & FIALHO (1995, p. 33), o analista faz recomendações ergonômicas e propõe soluções, sendo que as decisões finais não são exclusivamente de sua competência, mas dependentes da equipe envolvida e dos fatores técnicos, sociais, econômicos e organizacionais, que determinam a situação de trabalho.

Podemos transportar essas bases como fonte de subsídios para as ações de enfermagem na área da saúde do trabalhador, e essas ações, por sua vez, podem contribuir para a análise ergonômica, na forma de aplicar suas proposições na intervenção junto aos trabalhadores.

Nas atividades de Consulta de Enfermagem, a enfermeira dispõe de metodologia própria, sistematizada, para o entendimento e o atendimento ao trabalhador; essa forma de abordagem pode ser efetiva em fazer emergir os elementos essenciais para a avaliação de saúde dos indivíduos e a captação dos processos implicados na relação saúde-trabalho. Essa captação de informações levanta aspectos fundamentais para os estudos ergonômicos, como no caso das alterações ou agressões da coluna vertebral, por exemplo. E, a partir das recomendações ergonômicas, a enfermeira pode intervir de forma individual ou em grupo com ginástica laboral, entre outras ações, implementando as modificações pertinentes e as soluções adequadas através de suas ações e orientações ao(s) trabalhador(es).

2.4. As Contribuições da Epidemiologia nos Campos da Saúde do Trabalhador e nas Intervenções de Enfermagem

Entre as várias definições de epidemiologia, optamos por considerá-la como o estudo da distribuição e dos determinantes do processo saúde-doença e das várias formas de adoecimento nas populações humanas.

Entendemos que o foco da epidemiologia procura esclarecer os fatores determinantes e os mecanismos desencadeantes do processo saúde-adoecimento nas diversas comunidades e/ou grupos humanos, tanto ao nível individual quanto ao nível coletivo (baseado em HELMAN [1994, p. 263], e complementado por nós).

Os estudos da epidemiologia objetivam descobrir a relação causal entre os fatores e/ou mecanismos e o aparecimento do processo de adoecimento. Assim, seus modelos causais foram influenciados pelo contexto filosófico, científico, econômico e social ao longo dos tempos desde sua remota origem.

Com maior ênfase, o modelo biologista, que surge com as descobertas de Pasteur, postula a relação unicausal na determinação da doença, ou seja, um determinado microorganismo ou fator específico como desencadeante do desenvolvimento de determinada doença. Posteriormente, com o avanço das ciências sociais e da psicologia, surge o modelo da multicausalidade para explicar a relação causa/efeito no processo de determinação da doença (OPAS, 1989; BREILH, 1991; BUSCHINELLI, 1994; POSSAS, 1989; ROUQUAYROL, 1988).

Mais recentemente, diz HELMAN (1994), a abordagem da antropologia vem contribuir no preenchimento das lacunas existentes entre a saúde e o aparecimento das doenças, quando identifica fatores culturais influentes neste processo apesar de difícil quantificação quando identificados, mas *“particularmente relevantes para a atenção primária à saúde dirigida à comunidade”*(p.265).

Para essa autora, os fatores culturais podem atuar como causa, contribuição ou proteção no que se refere aos problemas de saúde, citando entre eles: situação econômica, estrutura familiar, papéis de gênero, padrões matrimoniais, comportamento sexual, padrões contraceptivos, política demográfica, práticas relacionadas à gravidez e ao nascimento, alterações na imagem do corpo, profissões, uso de confortos químicos como cigarro, álcool, chá, drogas, café, entre outros.

Conforme FACCINI (*In* BUSCHINELLI, 1994) podemos complementar essas idéias:

na definição de epidemiologia evidenciam-se os aspectos basilares tanto do objeto de estudo como do método epidemiológico (...). Em relação ao objeto de estudo sobressai o aspecto coletivo da abordagem dos problemas de saúde: o que interessa não é como determinada doença ou conjunto de doenças se manifestam no indivíduo, mas sim na população, no grupo. Quanto à questão metodológica, distingue-se, por um lado, a preocupação da disciplina em descrever a distribuição da doença, ou seja, sua frequência, nos diferentes grupos populacionais, levando em consideração o local e o momento em que isto é observado. Por outro lado, distingue-se o seu propósito de explicar os determinantes, isto é, as causas desta variabilidade da doença na população (p.178).

Quanto à análise epidemiológica, POSSAS (1989) propõe desenvolvê-la a partir de um referencial que toma o processo saúde-doença como fenômeno coletivo e social. Segundo este referencial o indivíduo deixa de ser objeto isolado de risco de doenças, passando à sujeição ao risco explicada pelas formas concretas de sua inserção na sociedade: condições de vida e de trabalho; distribuição dos graus de risco das patologias; distribuição da incidência e prevalência das doenças na população total para cada condição de risco; distribuição da população por níveis/classe de cada condição de risco; e distribuição das incidências de todas as doenças na população para níveis/classe de condições de risco.

A contribuição do referencial epidemiológico no estudo das diversas áreas da saúde, entre elas a do trabalhador, é necessária para um melhor entendimento dos problemas apresentados e das possibilidades de enfrentá-los com êxito.

Nesta perspectiva, FACCINI (*In* BUSCHINELLI, 1994) nos diz que:

entre os próximos desafios da área, destaca-se um esforço conjunto - trabalhadores, técnicos, investigadores e instituições - no estabelecimento de registros sistemáticos e confiáveis, que sejam capazes de captar os elementos essenciais da estrutura de determinação da saúde-doença coletiva e as características dos grupos sociais em que ocorre, permitindo, então, a construção de indicadores e categorias analíticas mais sensíveis e, em decorrência, a sua verificação empírica (p. 52).

Operacionalmente, na aplicação do Processo de Enfermagem, durante a consulta, a enfermeira pode obter alguns dados clínico-epidemiológicos: de morbimortalidade, da situação de trabalho, das relações de trabalho, do ambiente de trabalho, das condições socioeconômicas e de habitação, entre outros. Esses dados são importantes para subsidiar uma análise epidemiológica voltada à complexidade da relação saúde-trabalho-adoecimento.

Sistematicamente, na intervenção de enfermagem, a enfermeira pode utilizar as proposições ou medidas específicas de prevenção, de controle e promoção da saúde a partir das bases epidemiológicas.

Assim, é possível partir dos dados epidemiológicos para compor o quadro das condições de vida e trabalho e, portanto, contribuir na definição dos problemas de saúde do(s) trabalhador(es) e, conseqüentemente, na implementação da intervenção nesse campo.

3. A INTERVENÇÃO NO PROCESSO TRABALHO-SAÚDE-ADOECIMENTO BASEADA NO MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

3.1. Apresentando o Modelo de Sistemas de Betty Neuman

O Modelo de Sistemas de Cuidado de Saúde (NEUMAN, 1989, p.119) é multidimensional e dirige-se à unidade total, a qual pode ser usada para descrever um indivíduo, um grupo ou uma comunidade inteira.

A estrutura de Betty Neuman é, basicamente um modelo de sistemas abertos, representada por um diagrama que compreende os estressores, a reação aos estressores e a reação à unidade total, interagindo com o ambiente.

A enfermagem é percebida como uma profissão que se preocupa com todas as variáveis que afetam as reações dos indivíduos aos estressores. Trata-se de um modelo com uma visão multidimensional de indivíduos, grupos e comunidades que se acham em constante interação com estressores ambientais (FAWCETT, 1984; GEORGE, 1993).

Conforme CROSS (*In* GEORGE,1993), os estressores contêm os fatores intra, inter e extrapessoais. Cada um destes fatores incluem variáveis psicológicas, fisiológicas, socioculturais e de desenvolvimento.

Os fatores extrapessoais compõe-se de forças que ocorrem fora do sistema, como desemprego (força externa) influenciado pela aceitabilidade dos colegas (força sociocultural), sentimentos pessoais sobre o desemprego atual e anterior (psicológica), capacidade para executar o trabalho (biológica - de desenvolvimento - psicológica).

Os fatores interpessoais, por sua vez, são forças que ocorrem em um ou mais indivíduos, como expectativas do papel pais-filhos, forças entre os

indivíduos influenciados por práticas locais de educação de filhos (sociocultural), idade e desenvolvimento dos filhos e dos pais (biológica e de desenvolvimento) e sentimentos acerca do papel (psicológico).

Os fatores intrapessoais constituem forças que ocorrem dentro do indivíduo como raiva: uma força interior no indivíduo, cuja expressão é influenciada pela idade (de desenvolvimento), aceitabilidade do grupo de colegas (sociocultural), capacidades físicas (biológica) e experiências passadas de enfrentamento da raiva (psicológicas).

Outros fatores também influenciarão a reação do sistema a um estressor. É importante que se leve em conta a quantidade e o poder dos estressores, a duração do encontro com eles e seu significado específico para este sistema. Conseqüentemente, uma avaliação cuidadosa do impacto e significado dos estressores no sistema, bem como o conhecimento das habilidades passadas de enfrentamento são importantes para uma intervenção de enfermagem adequada.

Entendemos que essa estrutura organizadora de Betty Neuman possibilita à enfermeira intervir adequadamente nos seguintes níveis:

- prevenção primária (promoção de saúde): educação e dessensibilização do cliente aos estressores;
- prevenção secundária (ações corretivas de enfermagem): em relação à sintomatologia/tratamento para reduzir os efeitos nocivos;
- prevenção terciária (ações reabilitadoras): educação e reeducação para manter ou reestruturar o equilíbrio do sistema.

Os conceitos de Neuman são baseados no Modelo da História Natural da Doença e Níveis de Prevenção (LEAVELL & CLARK, 1976). Convém

salientar que particularmente não adotamos esses conceitos na sua forma original; fazemos referência no sentido de tornarmos compreensível uma das origens das reflexões de Neuman.

Para LEAVELL & CLARK (1976) a saúde é

o resultado de forças em constante reação, e a ocorrência de doenças em indivíduos ou sua distribuição por grupos humanos pode ser melhor compreendida se consideram as múltiplas causas que influenciam as relações agente - hospedeiro no meio ambiente, antes e durante o processo da doença (p. 12)

A combinação dos processos dos períodos de pré-patogênese (processo de interação agente - hospedeiro no meio ambiente) e patogênese (processo de curso da doença no homem) foi denominada História Natural da Doença, a qual compreende:

todas as inter-relações do agente, do hospedeiro e do meio ambiente que afetam o processo global e seu desenvolvimento, desde as primeiras forças que criam o estímulo patológico no meio ambiente ou qualquer outro lugar, passando pela resposta do homem ao estímulo, até as alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte (*op.cit.*, p.15).

Para os autores, sejam quais forem os níveis de aplicação da história natural progressiva de qualquer distúrbio, a prevenção depende do conhecimento das múltiplas causas relacionadas a características do agente, do hospedeiro e do meio ambiente.

Ainda conforme LEAVELL & CLARK (1976), a prevenção pode ser feita no período de pré-patogênese, através de medidas de promoção da saúde e proteção específica do homem contra agentes patológicos, chamada de prevenção primária. Tão logo o processo da doença seja detectável, no início do período de patogênese, deve-se por meio de diagnóstico precoce e tratamento imediato e adequado, limitando a invalidez, fazer a chamada prevenção secundária. Mais tarde, quando o defeito e a invalidez se instalaram, pode-se

obter a chamada prevenção terciária, através de medidas de reabilitação (*op.cit.*, p.17).

Voltando aos conceitos de NEUMAN (1989, p.124) no que diz respeito à reação aos estressores no seu modelo, temos que a intervenção em prevenção primária inicia em qualquer ponto em que o estressor seja suspeitado ou identificado; a meta é evitar que o estressor penetre na linha normal de defesa, ou diminuir o grau de reação através do reforçamento da linha de defesa ou redução da possibilidade de encontro.

A intervenção em prevenção secundária se faz necessária quando a primária não for possível e ocorrer reação; trata das descobertas iniciais sobre o caso, do tratamento inicial de sintomas e das tentativas de fortalecer as linhas internas de resistência para diminuir a reação.

Já a intervenção em prevenção terciária segue o plano do tratamento ativo, quando ocorreu a reconstituição ou algum grau razoável de estabilização; a meta é a manutenção dessa adaptação através do fortalecimento das linhas de resistência.

Na Figura 1 (p. 58), encontramos anéis concêntricos que cercam a estrutura central da unidade total e que representam as linhas de resistência, linha normal de defesa e linha flexível de defesa, as quais são denominadas de recursos energéticos da estrutura básica. As linhas de resistência são fatores internos de defesa contra os estressores que tentam restabelecer a linha normal de defesa. A linha normal da defesa é o estado normal de bem-estar ou estado estável, e é composta por habilidades fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais, utilizadas pelo sistema para lidar com os estressores. A linha flexível de defesa é como um amortecedor para a linha normal de defesa, quando o ambiente é ativamente estressante, e funciona como um filtro quando o ambiente oferece apoio, servindo como uma força positiva

para facilitar o crescimento e o desenvolvimento; sua eficácia pode ser reduzida por mudanças como no sono, na alimentação ou quaisquer alterações nas atividades diárias.

Segundo CROSS (*In* GEORGE, 1993), a abordagem conceitual de Neuman é o resultado da síntese de conhecimentos de várias fontes teóricas, incluindo Chardin, Marx, Gestalt, Selye, Von Bertalanffy e Caplan.

A interação nesse modelo pode ser resumida da seguinte forma:

A Gestalt e as teorias de campo enfatizam o campo perceptivo da pessoa com um estado de equilíbrio dinâmico. A tensão no campo é criada por um problema que, depois, resulta em um distúrbio do equilíbrio. O desequilíbrio é encarado por funcionar como fonte de motivação para a interação com o ambiente. As teorias de campo e de sistemas descrevem o inter-relacionamento e a interdependência das partes que compõem o indivíduo ou a sociedade (...) são os estressores no ambiente que produzem os estímulos (tensão) que levam o indivíduo (total) a interagir com seu ambiente (*op.cit.*, p. 228).

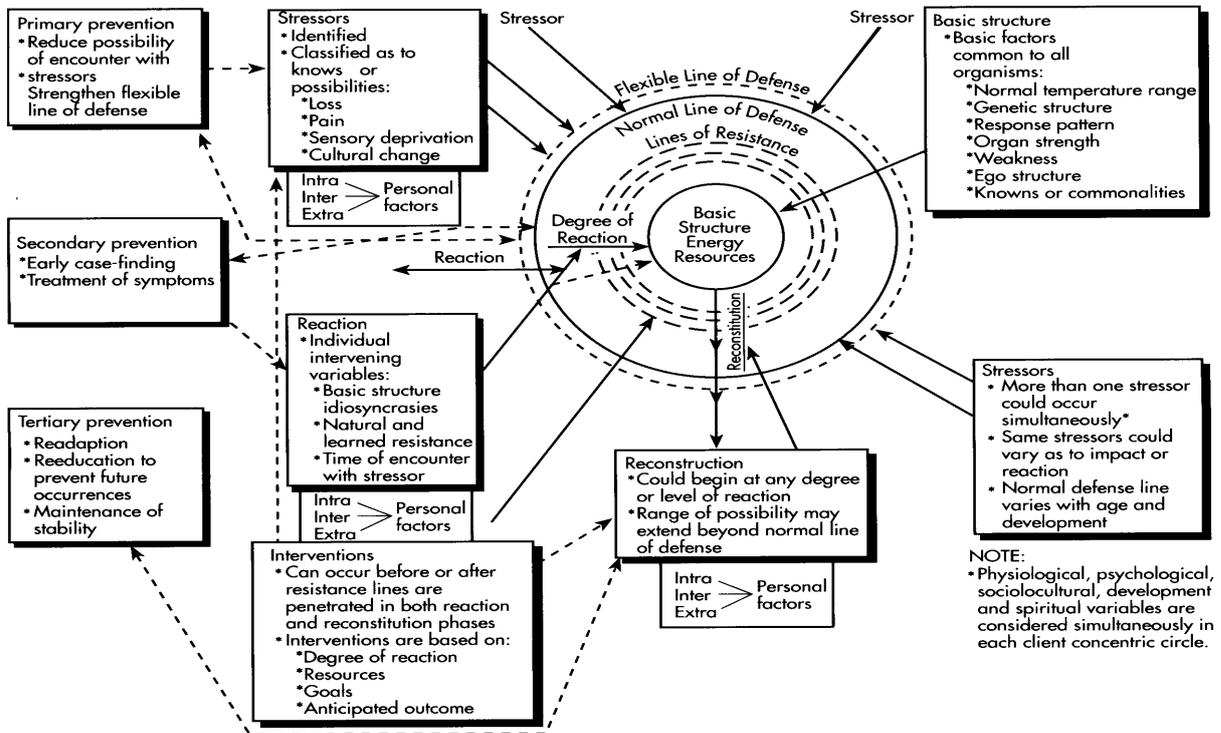


Figura 1. Modelo de Sistemas de Betty Neuman (Extraído de: NEUMAN, B. The Betty Neuman health-care systems model: a total person approach to patient problems. In: RIEHL; ROY. *Conceptual model for nursing practice*. Norwalk: Appleton & Lange, 1989.p.120)

3.2. Adaptando o Modelo Teórico de Betty Neuman às Intervenções de Enfermagem no Processo Saúde-Adoecimento dos Trabalhadores

Baseado na representação do modelo de sistemas de Betty Neuman, a Figura 2 (p. 62) propõe como estrutura básica o trabalhador, com todos os seus recursos naturais energéticos (biopsicofisiológicos) interagindo em seu ambiente de trabalho com os estressores, os quais estarão presentes ou não, variando conforme o tipo, intensidade, número, entre outros.

Os **estressores** se constituem em problemas ou condições capazes de causar instabilidade, ou mesmo desequilíbrio da interação trabalhador-ambiente de trabalho influenciados pela etnia, pelo gênero, pela classe social. Esses estressores contêm tanto variações socioculturais (condições de vida, desemprego), orgânicas e espirituais como capacidades físicas e psicológicas. Cada um destes fatores incluem variáveis psicológicas, fisiológicas, socioculturais e de desenvolvimento. Também poderão influenciar a reação do sistema a um estressor os fatores nocivos: químicos, biológicos, mecânicos, ergonômicos, entre outros.

De acordo com as variações orgânicas, sociais, culturais e espirituais, as **linhas de resistência** que circundam o trabalhador reagirão ao impacto do estressor. As linhas mais externas, chamadas de **linhas de defesa**, agem como primeira barreira protetora antes de atingir o trabalhador propriamente dito.

A intervenção de enfermagem se dá em todos os níveis de prevenção, ou seja, **prevenção primária, secundária e terciária**. Na **prevenção primária**, esta intervenção se desenvolve de forma mais eficaz e evidente, com a identificação e classificação dos estressores e na proposição de medidas de educação, evitamento dos fatores, como por exemplo, impedindo ou

minimizando a penetração destes até a linha de resistência fortalecendo a linha de defesa do trabalhador. Na **prevenção secundária**, a intervenção enfoca as ações corretivas de enfermagem em relação à sintomatologia/tratamento, no sentido de reduzir os efeitos nocivos identificados. Na **prevenção terciária**, a intervenção acontece com a readaptação das capacidades funcionais do trabalhador propondo medidas de reintegração ao trabalho, desvio de função, entre outros, utilizando recursos do sistema e do ambiente e fortalecendo a linha de resistência. A **reação** do trabalhador se dará de acordo com as variações individuais orgânicas, sociais, culturais e espirituais.

Consideramos importante a intervenção ao nível da prevenção secundária, proposta pelo modelo, sem descartarmos sua viabilidade. Contudo, nossa proposta é enfatizar os níveis primário e terciário como níveis de intervenção importantes para a enfermagem de forma a promover e/ou reabilitar, respectivamente, a saúde dos trabalhadores expostos a fatores predisponentes de desequilíbrios no próprio ambiente de trabalho.

A partir disso, e com base no modelo de sistemas de Betty Neuman, adaptado para atuação na área da saúde do trabalhador, a sistematização da ação de enfermagem baseia-se:

- a) na identificação, compreensão e classificação dos estressores enquanto problemas ou fatores que desequilibram o sistema;
- b) nos recursos disponíveis no ambiente de trabalho ou mesmo no indivíduo, utilizados na intervenção de forma a facilitar nos casos de mudanças de atitudes ou comportamentos;
- c) na(s) meta(s) traçadas pela enfermeira e pelos trabalhadores, no sentido de obter ou restabelecer a estabilidade na relação trabalhador-ambiente de trabalho.

Na situação de Consulta, a relação enfermeira-trabalhador deve proporcionar a ação - reflexão. Os aspectos centrais nessa inter-relação devem considerar os pontos a seguir indicados.

a) **Em relação aos estressores:**

- identificar na história pessoal e laboral os fatores nocivos físicos, químicos, biológicos, mecânicos, ergonômicos, entre outros; classificar aqueles reconhecidos ou identificar possibilidades de nocividade em conjunto com o trabalhador.

b) **Em relação aos recursos:**

- identificar e modificar os recursos disponíveis no ambiente de trabalho, através da ação conjunta com o auxílio de uma equipe multidisciplinar (serviços de saúde dos trabalhadores) e outros que apresentam interfaces.

c) **Em relação às metas da enfermagem:**

- visar e fortalecer as defesas do cliente, a educação e dessensibilização do trabalhador aos estressores, o evitamento dos estressores, e fortalecer os fatores individuais de resistência.

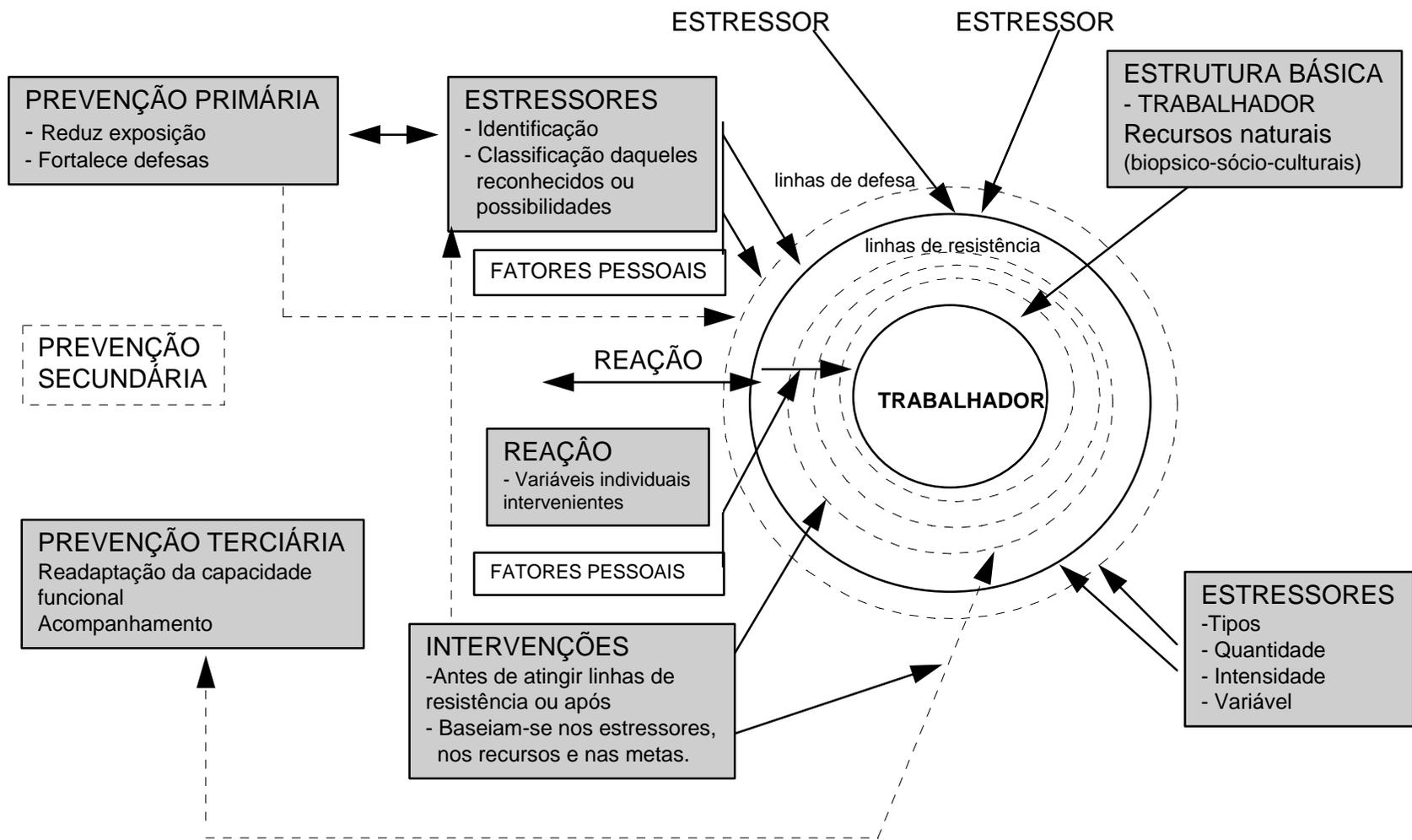


Figura 2: Adaptando o Modelo Teórico de Betty Neuman às intervenções de enfermagem no processo saúde-adoecimento dos trabalhadores (Extraído de SILVEIRA [1996, 27]).

4. A CONSULTA DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DOS TRABALHADORES

Como metodologia utilizada pela enfermeira na atividade realizada a nível ambulatorial no atendimento ao cliente, a Consulta de Enfermagem foi regulamentada e legitimada pelo Decreto nº 94.496, de 08 de junho de 1987, da Lei do Exercício Profissional nº 7.498, de 25 de junho de 1986 (COFEN,1990).

Nos estudos de HORTA (*In VANZIN et al.*, 1988), a consulta de enfermagem foi considerada como “*atenção dada à pessoas por profissional enfermeiro, em relação especificamente com a supervisão de saúde, de forma sistemática e completa*”(p. 14).

Já na definição de ANDRADE (*In BULHÕES*, 1986) a consulta é definida como:

o conjunto de ações combinadas qualitativa e quantitativamente, realizadas pelo enfermeiro de modo sistemático. Inclui técnicas, normas e procedimentos, que orientam e controlam a realização das ações destinadas à obtenção, análise e interpretação de informações sobre as condições de saúde da clientela e as decisões quanto à orientação e outras medidas que possam influir na adoção de práticas favoráveis à saúde (p. 296).

Para VANZIN *et al.* (1988), as atividades a nível ambulatorial desenvolvidas pela enfermeira caracterizam-se como independentes e legais dentro da profissão, e como planejadas e integradas com ações de saúde dos demais profissionais da equipe.

Classicamente, a consulta de enfermagem operacionaliza a aplicação do processo de enfermagem. Segundo HORTA (1979), o processo de enfermagem “*é a dinâmica de ações sistematizadas e inter-relacionadas,*

visando assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos” (p. 35).

A sistematização definida por HORTA (*ibidem*), compreende histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados (prescrição de enfermagem), evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem.

O histórico de enfermagem trata do roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano (significativos para a enfermeira), que tornam possível a identificação dos seus problemas.

O diagnóstico de enfermagem é a identificação das necessidades do ser humano que precisa de atendimento e a determinação pela enfermeira do grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão.

O plano assistencial trata da determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido.

O plano de cuidados é a implementação do plano assistencial que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano.

A evolução de enfermagem é o relato diário (ou aprazado) das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano, enquanto estiver sob assistência profissional. Pela evolução, é possível avaliar a resposta do ser humano à assistência de enfermagem implementada.

O prognóstico de enfermagem, por fim, é a estimativa da capacidade do ser humano em atender suas necessidades básicas alteradas após a implementação do plano assistencial e à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem.

No campo da saúde do trabalhador, a utilização do processo de enfermagem e da consulta, segundo HAAG *et al.* (1997, p. 28), deve se adequar à relação trabalho-saúde-adoecimento para que contribua efetivamente com a qualidade de vida do trabalhador. Para as autoras, a consulta de enfermagem,

é uma atividade realizada exclusivamente por enfermeira, interagindo com o trabalhador, de forma global e individualizada, identificando problemas, planejando, prescrevendo, executando e avaliando cuidados que contribuam para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo.

Conforme HAAG *et al.* (*ibidem*), a partir do exame admissional, a enfermeira faz, através da entrevista, do exame físico e da observação, o histórico de saúde do candidato ao posto de trabalho e a coleta de informações do trabalhador, da família e da comunidade. Na fase de diagnóstico de enfermagem, analisa e interpreta os dados colhidos, os problemas de saúde reais ou potenciais e as preocupações que serão a base das intervenções de enfermagem. As fases de planejamento, implementação e avaliação do processo de enfermagem e as agendas de consultas no campo da saúde do trabalhador no âmbito da empresa serão desenvolvidas em etapas distintas. As autoras consideram que as ações serão encaminhadas individualmente ou em grupo, conforme a necessidade; consideram também que a Avaliação Periódica de Saúde é um foco importante para as atividades de consulta e para o registro sistemático da situação de saúde dos trabalhadores.

A partir dessas bases, adotamos a perspectiva da Consulta de Enfermagem como atividade de deliberação racional, baseada em metodologia própria, utilizada pela enfermeira no atendimento ao cliente externo. Constitui-se em uma atividade dispensada diretamente ao cliente, incluindo o estabelecimento de relações de confiança, o exame físico e objetivos complexos, imediatos e mediatos, com ênfase na prevenção (baseado em PEREIRA & GALPERIM [1995, p. 193]).

Esta perspectiva vai ao encontro de uma metodologia de ação conjunta entre enfermeira e trabalhador, que potencializa as atividades educativas e transformadoras das práticas e dos comportamentos sociais, resgatando elementos necessários às intervenções profissionais.

Como integrar todos esses pressupostos que adotamos?

A seguir, com referencial nas bases teórico-analíticas, abordaremos o campo empírico, base crítica para a sustentação da proposta e a perspectiva metodológica adotada frente à problemática. Também avançaremos no sentido de apresentar o desafio de formular as bases de uma proposta para a sistematização da assistência de enfermagem na saúde do trabalhador.

5. ABORDAGEM EMPÍRICA E ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS PARA A FORMULAÇÃO DA PROPOSTA

5.1. Caracterização do Campo de Análise

A Escola de Enfermagem/UFRGS tem convênio firmado com o Departamento Municipal de Limpeza Urbana (DMLU) para atividades de estágio na disciplina de graduação do 5^o semestre - Assistência de Enfermagem na Saúde do Adulto - ENF 111. Uma das áreas na qual se desenvolve o processo de ensino-aprendizagem é a da Saúde do Trabalhador. Esse fato, aliado às nossas vivências, levou-nos a fazer a proposta de Prática Assistencial em Enfermagem¹⁵ realizada no segundo semestre de 1996 e, neste momento, embasar essa dissertação de mestrado integrada nessa temática e nesse campo de atuação.

Desenvolvemos a proposta em questão junto a um grupo de trabalhadores do Departamento Municipal de Limpeza Urbana de Porto Alegre/RS. A base da prática foi as atividades de Consulta de Enfermagem, na realização da Avaliação Periódica de Saúde, onde utilizamos a metodologia assistencial proposta pela disciplina de Assistência de Enfermagem ao Adulto I do curso graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS). Nossa intenção foi de "testar" o instrumental para elaborar a crítica e introduzir a discussão sobre as abordagens aos trabalhadores no que diz

¹⁵ Projeto operacionalizado e descrito no Relatório de Prática Assistencial em Enfermagem solicitado pelas disciplinas de Educação e Assistência de Enfermagem, de Aspectos Éticos na Assistência de

respeito à educação para a saúde, adaptando o referencial conceitual do Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

Assim, pretendemos também contribuir para divulgação dessa experiência inédita que se desenvolve no Departamento Municipal de Limpeza Urbana de Porto Alegre, onde é a enfermeira que realiza a Avaliação Periódica de Saúde com a retaguarda de outros profissionais.

A Avaliação Periódica de Saúde se dá através da Consulta de Enfermagem a partir de um instrumento de registro-guia (Anexo I) com protocolo de solicitação de exames, autonomia de interpretação e encaminhamentos a médicos e outros profissionais, quando necessário.

Essa atuação, ao nosso ver, caracteriza o espaço funcional e profissional da Enfermeira do Trabalho, resgatando para a enfermagem elementos fundamentais à intervenção preventiva, educação e promoção da saúde.

O Departamento Municipal de Limpeza Urbana de Porto Alegre é uma autarquia municipal com autonomia jurídica, financeira (parcial) e contábil. Conta com aproximadamente 3000 funcionários dispostos conforme seu cargo, sendo em torno de 800 funcionários administrativos, técnicos, operadores de máquina, motorista, entre outros, e 2500 garis. Gari é o trabalhador da limpeza urbana atuando nas atividades de varrição, capina e coleta de resíduos.

Além desses trabalhadores, há os contratados em prestação de serviços advindos de empreiteiras de prestação de mão-de-obra, como a Cooperativa dos Trabalhadores de Vilas de Porto Alegre (COOTRAVIPA) (FARINA, 1992; SIMPÓSIO LATINO-AMERICANO, 1993).

Para desenvolver as atividades de limpeza da cidade de Porto Alegre através dos serviços de varrição e capina, coleta de resíduos orgânicos e inorgânicos, o Departamento Municipal de Limpeza Urbana (DMLU), instalou o zoneamento da cidade com seções-sede: Seção Norte, Seção Centro, Seção Sul, Seção Extremo Sul, Seção Cruzeiro, Seção Nordeste, Seção Sudeste e Seção de Coleta Especial. Cada Seção possui um número de capatazias delimitado conforme a área geográfica (ZINN,1993; FARINA,1992).

As Capatazias são sedes das seções, núcleos de apoio administrativo, que se constituem em local de encontro dos funcionários lotados na área. Possuem garagens para equipamentos e as ferramentas necessárias à execução das atividades de trabalho. Possuem também refeitórios e vestiários com local sanitário e instalações para banho.

A Seção Norte, nosso campo de ação, compreende as Capatazias Câncio Gomes, Pereira Franco, IAPI, Humaitá, Silva Só e Salvador França, com um total de 232 funcionários lotados.

A população atingida pelo projeto foi de um grupo de trabalhadores (80% homens), funcionários do Departamento Municipal de Limpeza Urbana de Porto Alegre/RS, lotados na Seção Norte e clientes das consultas e reconsultas de enfermagem realizadas para Avaliação Periódica de Saúde, no período de julho a novembro de 1996. Os dados, base para a análise, foram coletados e trabalhados no desenvolvimento da disciplina de Prática Assistencial em Enfermagem (SILVEIRA,1996), e nesta dissertação tratados em maior profundidade e complexidade.

Caracterizando esses trabalhadores, especialmente os garis, podemos dizer que, em sua grande maioria, “lutam” desde cedo para sobreviver, são advindos do trabalho de biscate e operários da construção civil, entre outros empregos, todos de baixa qualificação formal. Na sua grande maioria, moram nas

vilas periféricas de Porto Alegre e arredores, com falta de infra-estrutura familiar, de habitação e de saneamento e convivem com o problema das drogas e da marginalização.

Esses trabalhadores inserem-se no trabalho público com o objetivo de melhorar as condições de vida e de ascensão social, de participar de uma instituição com infra-estrutura que lhes proporcione segurança e credibilidade. O retrato desse trabalhador é o da maioria dessa classe social no Brasil.

5.2. A Atividade de Consulta de Enfermagem na Avaliação Periódica de Saúde como Fonte de Reflexão Estratégico-Metodológica

As atividades de consulta transcorreram duas vezes por semana, com duração média de 30 a 40 minutos cada, conforme a demanda e as necessidades individuais. Foram efetuadas um total de 179 consultas e 95 reconsultas com os trabalhadores. Pessoalmente, realizamos um total de 24 consultas e um total de 45 reconsultas, sendo 14 dessas reconsultas com os mesmos trabalhadores com os quais realizamos as primeiras consultas.

Quadro 1

Atividades Desenvolvidas na Capatazia Pereira Franco - Jun. : Nov. / 1996.

| Atividades | Total | Parcial* |
|---|--------------|-----------------|
| Consultas de Enfermagem para Avaliação Periódica de Saúde | 179 | 24 |
| Reconsultas | 95 | 45 |
| Outras: Imunização antitetânica | 308 | - |

Dados de pesquisa direta SILVEIRA (1996).

5.2.1 Descrevendo a Consulta

A consulta de enfermagem é a metodologia assistencial própria da enfermeira e privilegiada por nós na abordagem da clientela, sendo nossa principal fonte de dados e campo analítico. É desenvolvida individualmente (enfermeira-trabalhador) com a utilização de um instrumento proposto pela disciplina de Assistência de Enfermagem ao Adulto I do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS), configurando-se, assim, como estratégia de entrevista estruturada.

Não podemos chamar esse instrumento utilizado na disciplina de Processo de Enfermagem, já que a proposta de utilização dessa forma de registro vai além das informações próprias da enfermagem e visa a integração multidisciplinar no âmbito da saúde do trabalhador. No entanto, convém salientarmos que o que interessa às nossas análises é a ação da enfermeira nessa

equipe e a efetividade das suas interações e intervenções, e não somente as formas de registro dessa abordagem metodológico-assistencial.

Conforme MINAYO (1993, p. 120), a entrevista estruturada através de questionários (no caso, história laboral e de saúde) aplicados diretamente pelo pesquisador (no caso, enfermeira-assistente) ou indiretamente através de roteiros fechados, pode ser feita verbalmente ou por escrito, mas tradicionalmente inclui a presença ou interação direta entre pesquisador (enfermeira-assistente) e os atores sociais (trabalhadores).

Por extrapolarmos os limites da entrevista estruturada e dos dados coletados pelo histórico laboral e de saúde, adotamos a posição de pesquisador-ator profissional e, para tal, nos respaldamos no que diz THIOLENT (1988), quando se refere à pesquisa-ação. Essa idéia nos fornece as bases para pensarmos a

Consulta-ação.

Para o autor,

a pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (p. 14).

O mesmo autor nos diz que *“a pesquisa pode ser qualificada de pesquisa-ação quando houver realmente uma ação por parte das pessoas ou grupos implicados no problema sob observação”* (op.cit., p. 15), pois considera que os pesquisadores desempenham um papel ativo no equacionamento dos problemas encontrados, no acompanhamento e na avaliação das ações desencadeadas em função dos problemas.

* esses números indicam as atividades realizadas exclusivamente pela pesquisadora. No caso das reconsultas, entre as 45 indicadas, 14 delas foram realizadas com os mesmos trabalhadores da primeira consulta

Adequando as idéias de THIOLENT (1988, p. 16) ao nosso estudo, admitimos que a pesquisa-ação é uma estratégia metodológica da pesquisa social na qual:

a) há uma ampla e explícita interação entre pesquisadores e pessoas implicadas na situação investigada;

b) desta interação resulta a ordem de prioridade dos problemas a serem pesquisados e das soluções a serem encaminhadas sob forma de ação concreta;

c) o objeto de investigação não é constituído pelas pessoas, mas sim, pela situação social e pelos problemas de diferentes naturezas encontradas nesta situação;

d) o objetivo da pesquisa-ação consiste em resolver ou, pelo menos, esclarecer os problemas da situação observada;

e) há, durante o processo, um acompanhamento das decisões, das ações e de toda a atividade intencional dos atores da situação;

f) a pesquisa não se limita a uma forma de ação (risco de ativismo): pretende-se aumentar o conhecimento dos pesquisadores e o conhecimento ou “nível de consciência” das pessoas e dos grupos considerados.

Quanto às exigências científicas, THIOLENT (1988) nos diz que:

na pesquisa-ação se deve manter algumas condições de pesquisa e algumas exigências de conhecimento associadas ao ideal científico que, contrariamente a uma certa opinião corrente, não se confunde com o positivismo ou qualquer outra circunstancial ideologia da ciência (p. 20).

A partir dessa compreensão, adotamos a terminologia **Consulta-ação** para definir a sistemática de intervenção de enfermagem na Avaliação Periódica de Saúde, uma vez que essa “ação” é um espaço educativo e transformador de

comportamentos individuais, de grupos e de práticas sociais, e não apenas a mera aplicação de um instrumento de registro.

A partir dessas concepções, a utilização de um instrumento da história laboral e de saúde, como roteiro de entrevista na consulta, registrando as informações, nos auxilia a sistematizá-las, embora, o potencial da Consulta-ação não se esgote nessa sistematização. Acreditamos, e nossa prática assistencial já consolidou em parte nossas idéias, que durante a consulta, as orientações de cunho assistencial e/ou educacional se desenrolam à medida que surgem, facilitando a intervenção de enfermagem ao nível de promoção da saúde e prevenção da doença ou na identificação de fatores nocivos relacionados à atividade laboral.

Segundo LEITE (1989, p. 179), *"a educação é o instrumento para viabilizar, e a saúde é a meta em uma direção; na outra direção, a saúde é o instrumento de viabilização e a educação é a meta"*.

Salientamos que o instrumento que utilizamos para posterior análise e fornecimento das bases críticas para a nossa **Consulta-ação** foi apenas facilitador da interação enfermeira-trabalhador e do levantamento das condições de saúde e dos fatores nocivos dessa atividade laboral. Essa intermediação permitiu a inter-relação ou associação dos elementos que compõem o processo trabalho-saúde-doença, levando em consideração tanto os aspectos organizacionais, quanto ambientais e as próprias condições de vida do trabalhador.

5.3. A Análise dos Dados através dos Registros e da Situação de Consulta

Uma vez que as interrogações apontadas sugerem amplas pistas de leitura e reflexão, a proposta analítico-metodológica baseia-se na análise de conteúdo temática sob a perspectiva teórica dos estudos da saúde do trabalhador e do modelo estrutural proposto por Betty Neuman adaptado por nós, completadas por contribuições da ação pedagógica em educação para saúde, da ergonomia (organização e processo de trabalho) e da epidemiologia (incidência de danos frente às condições, processo de trabalho e qualidade de vida dos trabalhadores).

Adotando o que diz MINAYO (1993), a Análise de Conteúdo Temática

consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado (...), qualitativamente a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso (p. 209).

Assim, selecionamos blocos temáticos explorados a partir das informações contidas nos registros da entrevista da Consulta de Enfermagem, de forma a transformar os dados brutos em núcleos de compreensão do instrumento e da sua capacidade em responder a complexidade do sujeito-objeto da enfermagem, da ação profissional e da efetiva sistematização dessas informações, as quais devem servir de sustentação para a ação de enfermagem.

Apesar do instrumento não ter sido elaborado para esse fim e não ter sido organizado e estruturado por nós, seus dados forneceram subsídios para implementarmos uma sistemática de intervenção nas orientações e na prevenção em saúde do trabalho.

5.2.1 Limites e possibilidades da abordagem

Nossa participação (ação/pesquisa) atuando como enfermeira e pesquisadora tornou acessível e facilitou a análise tanto da estrutura do instrumento na captação dos processos implicados na relação saúde-doença, como na maneira mais efetiva de utilizar o instrumento como guia e sua efetividade em fazer emergir os elementos essenciais para a avaliação de saúde dos indivíduos.

Conforme nossa avaliação, que é corroborada pelo grupo em estágio (sete alunas do 5º semestre da graduação, matriculadas na disciplina ENF 111 - EEUFRGS, no semestre de 1996), o instrumento trouxe, inicialmente, algumas dificuldades em relação à objetividade das questões, tais como enquadrar os relatos inespecíficos ou algumas expressões do tipo "às vezes", "não sei", "mais ou menos", dúvidas no preenchimento e interpretação de alguns itens pela entrevistadora (enfermeira), limitações da consulta provocadas pela seqüência dos assuntos abordados nas questões provocando um vai-e-vem constante no instrumento.

Algumas destas dificuldades ou limitações foram sendo trabalhadas e discutidas em conjunto no final das primeiras consultas a fim de encontrarmos a maneira mais adequada e didática de registrar todos os aspectos relevantes para a Avaliação Periódica de Saúde dos trabalhadores.

Assim, nos momentos em que encontramos conjuntamente soluções úteis e de fácil acesso para os trabalhadores, sentíamos a valorização e a conquista desse espaço como enfermeiras, colaborando na prevenção ou superação dos agravos à saúde, articulando ético-politicamente o meio ambiente, o ser humano e as relações sociais.

Por fim, analisamos os itens do instrumento de registro que utilizamos e procedemos algumas quantificações pertinentes à sustentação da temática. Os resultados são tratados de modo a permitir interpretações e inferências sustentadas pelas bases teórico-analíticas adotadas.

PARTE III

***CONSTRUINDO OS RESULTADOS NA PERSPECTIVA DA
ELABORAÇÃO DE UMA PROPOSTA METODOLÓGICA DE
AÇÃO EM ENFERMAGEM COMPROMETIDA COM O
PROCESSO TRABALHO-SAÚDE-ADOECIMENTO***

6. VIVENCIANDO A CONSULTA DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO PERIÓDICA DE SAÚDE DE UM GRUPO DE TRABALHADORES - UM ESTUDO DE CASO

6.1. Contextualizando a Consulta

As atividades de Consulta de Enfermagem na Avaliação Periódica de Saúde dos trabalhadores foram desenvolvidas no local destinado para o refeitório da Capatazia Pereira Franco/Seção Norte do Departamento Municipal de Limpeza Urbana (DMLU) de Porto Alegre. Trata-se de um prédio de construção recente, construído em mutirão pelos próprios trabalhadores da Capatazia.

A área física do refeitório é composta por dez bancos de madeira e cinco mesas revestidas com fórmica e com capacidade para atender aproximadamente 30 pessoas sentadas. O piso é de lajota revestida, as paredes de tijolo à vista, a iluminação conta com seis jogos de luminárias fluorescentes e as janelas laterais e de frente são basculantes. O local possui ventiladores de teto, churrasqueira e cozinha equipada com fogão, geladeira e aquecedor de marmitas. A limpeza do ambiente e a organização são mantidas por uma funcionária, antes da chegada do grupo de estagiárias da EEUFRGS.

Como suporte material para a consulta, utilizamos o esfigmomanômetro, o estetoscópio, uma balança de banheiro e uma fita métrica, materiais esses necessários para a verificação das medidas vitais e antropométricas.

A Consulta de Enfermagem para Avaliação Periódica de Saúde inicia-se com a apresentação da enfermeira e o esclarecimento sobre os motivos da sua realização. Os trabalhadores são esclarecidos de que o exame periódico é uma exigência legal que serve para avaliar suas condições de saúde atuais. Esse esclarecimento contribui para que os trabalhadores se sintam valorizados e descontraídos durante a consulta. O ambiente informal facilita a interação com o trabalhador, exceto quando este se sente observado pelos chefes imediatos, ou quando revela intimidades.

As etapas da consulta compreendem: a aplicação do instrumental metodológico adotado pela disciplina de Assistência de Enfermagem ao Adulto I - ENF 111 (Anexo I); o exame físico; orientações a nível do cuidado ou educacionais a partir dos problemas ou situações levantadas durante a consulta; a solicitação de um protocolo de exames laboratoriais; e o retorno dos resultados de exames com a posterior reconsulta.

O exame físico consta da avaliação do aspecto geral do trabalhador, com a averiguação, se pertinente, de algum sinal/sintoma relatado; da verificação de Tensão Arterial (T.A.) e pulso arterial; e da verificação das medidas antropométricas como peso e altura.

A solicitação de exames complementares¹⁶ foi efetivada mediante preenchimento pela enfermeira ou estagiária, em formulário próprio, de um protocolo de exames preestabelecidos com o Serviço Médico do Departamento. Durante o preenchimento do formulário de exames, os itens solicitados eram devidamente explicados e orientada a coleta do material de acordo com o tipo de exame, laboratório conveniado e com as condições de compreensão e capacidade de discernimento do trabalhador(a).

¹⁶ Os exames complementares são usados para avaliar o funcionamento de órgãos e sistemas orgânicos, conforme critérios estabelecidos pelo Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional,

A fim de garantir o retorno dos trabalhadores, foi estabelecido com o chefe da seção que os resultados dos exames laboratoriais seriam recolhidos em bloco e encaminhados à Capatazia para organização e preparação técnica da reconsulta através de agendamento. Contudo, alguns trabalhadores de algumas das Capatazias, buscavam seus próprios resultados e traziam em mãos para a avaliação e reconsulta. Estes eram incluídos na agenda diária das enfermeiras ou estagiárias, sem interferência no atendimento individualizado para que não houvesse transtorno ao trabalhador e dificuldades com relação à jornada de trabalho ou que acarretasse gasto adicional em transporte.

Os encaminhamentos são, então, feitos a partir de avaliação conforme as necessidades individuais e a detecção de sinais/sintomas corroborados pela alteração nos exames laboratoriais. Assim, casos suspeitos de afecções cardiovasculares, renais, hepáticas, dermatológicas e de doenças sexualmente transmissíveis, por exemplo, foram encaminhados para o Posto de Saúde mais próximo, ou para atendimento conveniado da Associação dos Funcionários Municipários, para a Dermatologia Sanitária do Estado, para Grupos de Auto-ajuda (AA, ALANON, GAPA) e para o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), entre outros, de acordo com a especificidade. O agendamento ambulatorial do Setor de Medicina do Trabalho do DMLU foi dificultado pela demanda de toda a instituição, por isso fomos orientadas a encaminhar diretamente para a rede pública ou serviços privados de fácil acesso aos trabalhadores.

Na reconsulta, momento de interpretação dos exames e devolução dos resultados para o trabalhador, avalia-se objetivamente os aspectos positivos ou efeitos nocivos a que o trabalhador está exposto na sua vida laboral. A partir dos resultados laboratoriais e da confrontação com a história laboral, as orientações de

medidas preventivas ou de promoção da saúde são dirigidas de acordo com as alterações apresentadas, e os encaminhamentos conforme as especialidades.

Nossa preocupação de implementar as reconsultas com maior grau de resolatividade possível foi constante. Em função disso, estudamos cuidadosamente a abordagem ao trabalhador, atuamos em educação sanitária e estabelecemos protocolos de distribuição, por exemplo, de vermífugos e antiparasitários em estreita associação com o serviço médico.

No momento da reconsulta, procede-se a reavaliação das condutas anteriores, ou melhor, das orientações referentes à alimentação do trabalhador com sinais de diabetes, hipertensão ou obesidade, ou mesmo em relação ao uso abusivo de drogas e álcool, detectados na primeira consulta.

Tanto a consulta como a reconsulta transcorrem em clima de muita expectativa e ansiedade por parte de alguns trabalhadores, principalmente após os comentários dos primeiros atendidos em relação aos exames solicitados e aos motivos da realização da Avaliação Periódica de Saúde. Assim, comentários sobre detecção de "aidéticos" e "alcoolistas", e em decorrência, o risco de desemprego, por exemplo, têm de ser desmistificados e esclarecidos para que se mantenha a boa interação enfermeira-trabalhador e a relação de confiança.

6.2. Relacionando Trabalho-Saúde-Adoecimento na Consulta de Enfermagem

A seguir, apresentamos algumas quantificações que consideramos relevantes para enriquecer as análises pertinentes à sustentação da temática. Alguns itens são tratados de modo a permitir interpretações e inferências previstas nas bases teórico-analíticas. Esses itens advindos da utilização do instrumento de registro (guia) utilizado pela disciplina de Assistência de Enfermagem ao Adulto I da EEUFRGS, são apresentados por considerarmos importantes como subsídio para a elaboração da nossa proposta.

Entre as ocupações/atividades dos trabalhadores do total de 179 consultas de enfermagem realizadas para Avaliação Periódica de Saúde encontramos: Chefe de capatazia, Capataz, Chefe de grupo, Gari, Guarda, Ferramenteiro, Operador de máquina, Motorista, Auxiliar de escritório, Auxiliar de limpeza e Zeladora de banheiro. Esse grupo apresenta um percentual maior de homens em algumas ocupações, como no caso dos garis, capatazes, guardas e motoristas. Em outros, a inversão desse quadro se dá principalmente em ocupações como auxiliar de limpeza e zeladora de banheiro, configurando nitidamente os espaços de trabalho culturalmente considerados como femininos e legitimados pelo que chamamos divisão sexual do trabalho¹⁷.

Um aspecto que chama atenção nos registros é o dos dados dos antecedentes ocupacionais que mostram, na sua grande maioria, que esses trabalhadores advêm de atividades no meio rural e na construção civil, identificando o predomínio de mão-de-obra pouco qualificada nas ocupações de garis, capatazes, chefes de grupo, guarda, entre outros.

¹⁷ Para aprofundamentos dessa questão, ver os trabalhos de LOPES, M.J. (indicados na p. 126).

Observa-se também a disparidade da faixa etária entre 20 e 65 anos, com um número elevado de indivíduos na faixa dos 20-35 anos. A presença de trabalhadores mais novos se deve basicamente à pouca qualificação profissional dos extratos sociais mais baixos.

Os principais problemas e situações-problema identificados no total das consultas de enfermagem nos forneceram um quadro clínico-epidemiológico da população do estudo. As situações-problema foram definidas quando os trabalhadores referiam correlação entre as queixas, as condições e vivências no trabalho.

Podemos observar que expressivamente o número elevado de alcoolismo, tabagismo, problemas osteomusculares e articulares são resultado do quadro multifatorial dos determinantes, reflexo do contexto socioeconômico-cultural e do processo de trabalho que tem na sua base a força física.

Destacamos a gravidade do quadro de alcoolismo como fator de risco nos casos de acidentes de trânsito, tanto na ocupação de gari, que nas atividades de varreção e capina circulam no fluxo e contrafluxo dos veículos, quanto na ocupação de motorista, responsáveis pelo transporte dos trabalhadores e do material coletado. Encontramos também um percentual elevado do consumo de bebidas alcoólicas entre os trabalhadores em ocupações de chefia. Tal fato traz a reflexão sobre os fatores de risco para o alcoolismo como os conflitos relacionados com a auto-estima condicionada pelo tipo e valor social da atividade, pelos conflitos gerados nas relações de trabalho, entre outros.

A elevada necessidade calórica, o trabalho penoso com a exposição ao frio e à chuva, aliado à crença popular que o álcool “aquece o corpo” é de certa forma um fator de compensação e/ou sublimação na convivência com a situação agressiva.

Quanto à prevalência de sinais/sintomas de hipertensão arterial é compatível com a faixa etária mais elevada e os hábitos alimentares irregulares e inadequados, e com a casuística encontrada nas estatísticas oficiais. Porém, nossa preocupação incide no fato desses sinais estarem associados a fatores como excesso de peso, cardiopatias e tabagismo.

Encontramos ainda um número elevado de exposição a ruídos. Sinais de alterações psicossociais como depressão, ansiedade e irritabilidade demonstram a presença de fatores ou situações-problema potenciais ou nocivos aos trabalhadores. Contudo, essa casuística tem relação específica com o ambiente, com a situação e a organização do trabalho, na qual o trabalhador está inserido.

Entre as principais alterações apresentadas nos resultados dos exames laboratoriais complementares para Avaliação Periódica de Saúde do total de reconsultas de enfermagem realizadas, encontramos: hipercolesterolemia (Colesterol acima de 200 mg/dl), hipertrigliceridemia (Triglicérides acima de 200 mg/dl), Glicemia acima de 110 mg/dl, Gama GT oscilando entre 50 e 200 UI/L, alterações hematológicas (↓hemoglobina; ↓hematócrito; ↑leucócitos), alterações urinárias (Trichomoníase, e outros), presença de formas parasitárias nas fezes (Ascaris l; Taênia s.; Entamoeba h.; e outros). Esses resultados praticamente confirmaram os aspectos clínico-epidemiológicos que evidenciam hábitos alimentares irregulares, más condições de higiene, precariedade socioeconômica e situacional e sua correlação com a atividade laboral anterior e atual.

6.2.1. Discutindo Limites e Dificuldades na Realização da Consulta de Enfermagem

Salientamos que, como se trata de uma exigência estabelecida no item 7.4.1 da NR-7 (Norma Regulamentadora - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional) da Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho, Portaria nº 24, de 29 de dezembro de 1994, nos relatos aparecem expressões que remetem ao fato de o trabalhador sentir-se, muitas vezes, intimidado, fragilizado frente à obrigatoriedade da realização da Avaliação Periódica de Saúde. Cabe, portanto, à enfermeira o esclarecimento da importância e relevância da Consulta de Enfermagem no que se refere ao sigilo das informações fornecidas, dos reais motivos desse procedimento na observação e acompanhamento das condições de saúde dos trabalhadores, e mesmo sobre a obrigatoriedade da Avaliação Periódica no Trabalho.

Nossas limitações e incapacidades foram potencializadas na tentativa de solucionar, junto com os trabalhadores, algumas situações associadas a condições socioeconômicas na qual estão inseridos e que, conseqüentemente, interferem na sua qualidade de vida. As más condições de higiene, habitação e saneamento e o desnível entre o salário e o custo de vida, corroboram para um quadro de miséria que inviabiliza a implementação de mudanças comportamentais mais amplas.

Constatamos a necessidade de um profissional qualificado para a realização da consulta de forma sistematizada, estruturada e contínua adaptada à Avaliação Periódica de Saúde. Outrossim, que esse profissional, no caso a enfermeira, tenha como base da sua ação a relação saúde-adoecimento no trabalho.

Esse inter-relacionamento, somado à interdisciplinaridade com outras áreas de conhecimento, parece pouco utilizado nas práticas profissionais impregnadas por uma tradição em relacionar apenas os aspectos clínico-

epidemiológicos ao planejar os modos de intervenção. Essa limitação é justificada por uma prática profissional puramente assistencialista e conivente com uma abordagem “naturalmente” neutra dos problemas de saúde, não distinguindo a especificidade do biológico, do social, do econômico, do cultural, dos aspectos organizacionais, ambientais e das próprias condições de vida do mundo do trabalho.

Com isso, queremos justificar a importância da sistematização das ações de enfermagem dirigidas a campos específicos como a Avaliação Periódica de Saúde. Acreditamos que a proposta denominada por nós de **Consulta-ação**, pelo seu potencial assistencial e educacional na avaliação da influência do trabalho ou ocupação no processo saúde-adoecimento, é capaz de responder com medidas de promoção, proteção e reabilitação, considerando a complexidade do sujeito assistido.

6.3. Relatando um caso em especial: “Senhor X”¹⁸

Com intuito de enriquecermos nosso trabalho, descrevemos a seguir os registros de uma primeira consulta e a respectiva reconsulta, que mostram a dimensão das ações e intervenções na relação enfermeira-trabalhador (Quadro 1, p.59).

Escolhemos um, em particular, entre os 14 trabalhadores das primeiras consultas e sua reconsulta subsequente, por tratar-se de um caso em que a

¹⁸ O nome do trabalhador foi omitido com o intuito de manter o anonimato do mesmo.

enfermeira-pesquisadora atuou nos três momentos de intervenção necessários até a resolução do problema identificado conjuntamente com o trabalhador.

O “Senhor X” está lotado na Seção Norte/DMLU na Capatazia IAPI. Trata-se de um trabalhador de 48 anos, sexo masculino, ocupação atual de guarda noturno há três anos, ocupação anterior de gari por nove anos. Cabe a observação de que não foi investigado pela enfermeira ou relatado pelo trabalhador o real motivo na mudança de função.

Na enquete clínico-epidemiológica e laboral com o instrumento (guia) utilizado, encontramos alguns dados como presença de dor articular no antebraço direito, dificuldade visual, irritabilidade atribuída à vida pessoal [“às vezes”], antecedentes familiares de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabete Mellitus (DM); alimentação e hidratação variada e regular; abstinência de bebidas alcoólicas; ritmo de trabalho lento, postura mais freqüente sentado, e exposição a ruído, entre outros. O trabalhador considera o manuseio do lixo prejudicial à sua saúde no trabalho.

No espaço reservado ao exame físico, temos os seguintes registros: Pressão Arterial (P.A.)= 130 x 80 mmHg Freqüência Cardíaca (FC)= 82 b.p.m. Altura (A)= 1.72 m Peso (P)= 82 Kg; não apresenta alterações nas áreas do tórax, abdômen, membros superiores e inferiores; apresenta falhas na arcada dentária, acuidade visual diminuída (usa óculos para leitura) e contratura muscular (torcicolo) à esquerda.

A seguir, transcrevemos os registros “abertos” da enfermeira-pesquisadora de acordo com os espaços próprios para esse fim no referido instrumento.

11/07/96

OBSERVAÇÕES:

“Refere que há um ano fez cirurgia de hérnia inguinal esquerda. Há duas semanas parou de beber por conta própria (segundo informação),

quando fazia uso de bebida alcoólica do tipo destilada (Vodka) em quantidade diária de um cálice. Apresenta lesões de pele pruriginosas. Contratura muscular do pescoço à esquerda”.

INTERPRETAÇÃO:

Escabiose?

Reação alérgica?

Etilista em período de abstinência.

CONDUTA:

Solicito exames laboratoriais para avaliação de saúde. Reforço conduta positiva de parar de beber em relação aos familiares e amigos, e relacionamento social.

ASS.

15/08/96

NOTA¹⁹

O. Recebo exames periódicos: Hemograma sem alterações, Colesterol Total = 244 mg/dl, Triglicerídeos = 145 mg/dl, Glicemia = 85 mg/dl, Gama GT = 12 UI/l, EPF e EQU se alterações, VDRL não reagente.

C. Entregue exames. Oriento dieta hipolipoproteica e utilização de chá de alcachofra após as refeições (almoço e janta). Demais conforme conduta anterior. Retorno em 30 dias, repetir Colesterol.

ASS.

14/01/97

S. Sente-se bem. Ansioso com resultado do exame. Acrescentou uso de chá de beringela (infusão) para reduzir Colesterol.

O. # Etilista em abstinência # Hipercolesterolemia

P.A.= 100 x 65 mmHg. Recebo exame realizado em 27/12/96: Colesterol = 197 mg/dl. Desaparecimento das lesões de pele. Demais sem alterações.

I. Responde ao tratamento. Resultados nos limites de normalidade.

C. Reforço dieta hipolipoproteica e utilização dos chás. Oriento dieta balanceada. Demais orientado.

ASS.

¹⁹ Aqui utilizamos o sistema de registro Weed proposto para registro nos prontuários na nossa instituição de ensino. Constituído por dados SUBJETIVOS (S.), aqueles referentes às queixas do cliente; dados OBJETIVOS (O.) aqueles referentes ao exame físico e clínico; INTERPRETAÇÃO (I.) referente à impressão do enfermeiro sobre o cliente, sobre o diagnóstico e o tratamento; CONDUTA (C.) referente à ação e intervenção de enfermagem na resolução dos problemas apresentados.

Como é possível observamos, os registros de forma objetiva mostram apenas à efetividade na resolução dos problemas, no que diz respeito a utilização dos recursos disponíveis do trabalhador.

Contudo, essa objetivação não retrata toda a realidade vivenciada por nós nas subjetividades expressas nos diálogos do momento. Assim, quando evidenciamos os problemas reais ou potenciais a que o trabalhador está exposto - por exemplo, em relação aos estressores como álcool - aspectos psicossociais, irritabilidade, antecedentes mórbidos familiares, trabalho noturno, entre outros, não ficam claramente registrados. O mesmo ocorre com a identificação e resolução conjunta enfermeira-trabalhador dos problemas apresentados.

Esta constatação é um alerta para o condicionamento de nossas atitudes investigativas no campo das questões biológicas e a forma fragmentada como abordamos os nossos clientes.

6.3.1. A trajetória da Consulta: os registros e atitudes invisíveis

Mesmo com essa constatação, pensamos que a situação de consulta é mais rica do que deixam transparecer nossos registros. Dessa forma, ressaltamos que iniciamos a consulta esclarecendo os motivos de sua realização e o sigilo de suas informações. Em cada questão certificávamo-nos junto ao trabalhador sobre o seu real entendimento para melhor validação das respostas às orientações concomitantes sobre reeducação alimentar, atividade física adequada ou mesmo atividades de lazer.

Quanto ao diagnóstico laboratorial de hipercolesterolemia, investigamos junto ao trabalhador a causa mais provável e descobrimos que: *“moro nos arredores de Porto Alegre, onde planto algumas ervas, verduras e legumes pra família. Gosto de fazer uma ‘carninha’ gorda no final de semana.*

Não sou de comer muito comida, ando até sem fome". Assim, conversando, chegamos a um acordo de que se retirasse a gordura animal de sua alimentação e comesse o churrasco gordo uma vez ao mês, em pouca quantidade, o suficiente para "saborear"; acrescido ao uso de chá caseiro que certamente tinha facilidade de adquirir ou plantar, conseguiríamos um bom resultado na diminuição da taxa de Colesterol que se apresentava elevada.

Quanto ao uso de chás caseiros, era conhecedor de alguns, e inclusive trouxe na última reconsulta a novidade do uso da infusão de beringela, a qual tinha sido utilizada como chá com bom resultado. Disse ele: "*costumamos usar chá em casa para estômago, pressão alta, diabete e outros males, esse de beringela foi um vizinho que me deu*".

Evidente que a resolutividade se deu por um conjunto de fatores e entre eles o chá de beringela. Entretanto, o gratificante foi a participação assídua e efetiva do trabalhador no acompanhamento das suas condições de saúde.

Apenas a limitação de tempo para desenvolver as atividades justificou a falta de oportunidade em operacionalizar toda uma sistematização de ação no processo implicado na relação saúde-adoecimento no trabalho, no que diz respeito à avaliação e acompanhamento desse trabalhador quanto ao aspecto alcoolismo, trabalho noturno e mesmo relacionamento no trabalho.

Contudo, a maior riqueza está na experiência vivenciada em termos críticos, reflexivos, educacionais e assistenciais, entrelaçados no momento único e individualizado da consulta. Essa ação compreende necessariamente um espaço multidimensional em termos de registros que ainda são pouco explorados. Não conseguimos efetivamente estabelecer relações complexas que privilegiem o todo e em especial o contexto do trabalho no processo saúde-adoecimento. Em termos de valorização e participação efetiva do trabalhador e enfermeira de forma ativa e conjunta, e não passiva, na avaliação das condições

de saúde e na resolução dos problemas reais ou potenciais apresentados, esse é um espaço a ser conquistado.

7. ANALISANDO OS RESULTADOS A PARTIR DA SUSTENTAÇÃO TEMÁTICA: DA CRÍTICA À SUSTENTAÇÃO DA PROPOSTA DA CONSULTA-AÇÃO

A prática assistencial, como vimos no decorrer desse trabalho, foi a base para desenvolvermos as proposições que ora se materializam, bem como nos forneceu o campo empírico como base crítica para as proposições da Consulta-ação. O instrumental utilizado na prática assistencial pode ser visto em anexo a este trabalho (Anexo I).

Optamos por analisar as 24 Consultas de Enfermagem para Avaliação Periódica de Saúde realizadas por nós, sendo que dentre essas, 14 também foram decididos por nós na reconsulta. O total de consultas e reconsultas analisadas foi de 38. Ressaltamos que não incluímos as demais consultas e reconsultas porque a sistematização, objeto da nossa proposta, não foi adotada pelas alunas em estágio da graduação de enfermagem, uma vez que esse objetivo era específico de nosso projeto de prática assistencial e necessitava embasamento prévio do referencial teórico.

Através da proposta analítico-metodológica e das bases teórico-analíticas adotadas, apresentaremos a seguir blocos temáticos selecionados e explorados a partir das informações contidas nos registros das consultas e reconsultas de enfermagem analisadas.

Para tanto, consideramos as seguintes subdivisões temáticas:

- Investigando os estressores no trabalho em relação aos aspectos clínico-epidemiológicos; aos aspectos psicossociais; às relações de trabalho; às condições de trabalho; e aos aspectos ergonômicos;
- Recursos disponíveis no ambiente e mesmo no indivíduo;
- Metas estabelecidas na relação enfermeira-trabalhador.

7.1. Investigando os Estressores no Trabalho

A utilização da metodologia da Consulta de Enfermagem, partindo da entrevista (história laboral e de saúde) e dos dados objetivos (exame físico e laboratoriais) para identificação de problemas de saúde reais ou potenciais, base das ações e intervenções de enfermagem, torna sistemática a avaliação das condições de saúde do grupo de trabalhadores. Portanto, consideraremos fundamental a adoção de registros próprios da enfermagem embasados em aspectos investigativos, mas também interpretativos da situação de saúde.

a. Aspectos clínico-epidemiológicos

Como já mencionamos, o instrumento (guia) que utilizamos para posterior análise e para fornecer as bases críticas para a nossa Consulta-ação foi apenas facilitador da interação enfermeira-trabalhador e deu suporte ao levantamento das condições de saúde e dos fatores nocivos dessa atividade laboral,

permitindo a relação ou associação dos elementos que compõem o processo trabalho-saúde-doença, considerando tanto os aspectos organizacionais, quanto ambientais e as próprias condições de vida do trabalhador.

Contudo, sua estrutura está centrada na abordagem clínico-epidemiológica numa visão essencialmente médica. Nos referimos ao número elevado de questões que abordam sinais e sintomas das alterações nas condições de saúde em relação ao número e qualidade de questões específicas à condição ou situação de trabalho.

As questões relacionadas às condições socioeconômicas e relações ou mesmo condições de trabalho por exemplo, não estão claras, dificultando a captação de elementos para análise.

Entre os dados implicados na relação saúde-adoecimento, encontramos um elevado número de trabalhadores com hábitos alimentares inadequados à atividade física e uso abusivo de álcool, comprovados posteriormente nos resultados laboratoriais pelos índices elevados de Colesterol, Triglicerídeos e Gama GT, respectivamente. Esses dados implicam espaço para registros interpretativos e na necessária competência das enfermeiras para correlacioná-los.

A contribuição da epidemiologia fica evidenciada nos registros de enfermagem e nas orientações de medidas preventivas e promoção da saúde dos trabalhadores. A relação entre os dados clínico-laboratoriais encontrados, por exemplo, e as condições de saneamento, habitação, hábitos de higiene e alimentação fornecem subsídios importantes para a abordagem conjunta enfermeira-trabalhador na busca de soluções adequadas à realidade.

b. Aspectos psicossociais

Nos registros do instrumento utilizado observa-se, claramente, em que momentos a interação enfermeira-trabalhador se concretizava ou não, em que momentos o trabalhador faz uma “triagem” do tipo de informação a ser relatada ou não, pois as respostas negativas ou inespecíficas aparecem em maior número.

Esse fato ocorre, principalmente, nas questões que abordam aspectos gerais sobre dores ou alterações incapacitantes, alterações psicossociais (irritabilidade, depressão, ansiedade), bem como sobre consumo (frequência e tipo) de bebidas alcoólicas e drogas, ou tabagismo (quantidade de cigarros/dia).

Esses dados são de associação possível com a situação ou posto de trabalho, portanto, induzem a crenças de punição, perda de emprego, e outros. Nos momentos em que a enfermeira percebe esse temor por parte do trabalhador, faz-se necessário o imediato esclarecimento dos reais motivos do consulta, evitando ambigüidades sobre questões de saúde. Questões como a posição e a responsabilidade do empregador, sobre a insalubridade, ou mesmo questões gerais relativas a aspectos legais da relação trabalhador-“patrão”, como referem os trabalhadores, precisam ser abordadas com clareza, considerando a saúde e as informações relativas como um direito de cada cidadão e um dever técnico da enfermeira.

c. Relações de trabalho

Abordando as questões relativas à situação psicossocial (irritabilidade, depressão, ansiedade) nos relatos dos trabalhadores que ocupam a posição de chefias, percebe-se o medo de perder essa posição, queixas de “pressão” e de dificuldades e sobrecarga psicológica no trabalho de supervisão dos garis: “*a gente*

ensina e não sabe se aquele cara vai nos aprontar e pegar o lugar...” (um chefe de seção). Esses aspectos configuram um estado de sofrimento no trabalho no sentido que lhe empresta DEJOURS (1994) e que estão relacionados à organização do trabalho.

A conversa descontraída e informal e a confiança estabelecida na relação enfermeira-trabalhador facilita o aparecimento desse tipo de sofrimento. Os registros mostram expressões como: *“dificuldades no trabalho de supervisionar os garis”*; *“é preciso produzir para não receber reclamações da chefia”*; *“existe tensão no trabalho e medo de perder a posição”*; *“existe ‘pressão’ das chefias imediatas”*.

Outro aspecto a observar é a influência do grupo nas relações interpessoais. O aspecto organizacional marca as relações de trabalho e abre um espaço para o diálogo interdisciplinar na busca de soluções.

O alcoolismo, ou mesmo o tabagismo pesado, estão freqüentemente associados a situações como presença de conflitos nas relações de trabalho, sinais de depressão e irritabilidade relacionada ao trabalho ou à vida pessoal.

d. Condições de trabalho

As questões relativas às condições de trabalho avaliam objetivamente o ritmo de trabalho; a posição mais freqüente; carga física; o uso de equipamento de proteção; o contato com produtos químicos; a exposição a ruídos (inclusive avaliando aspectos específicos como hipoacusia, vertigem, cefaléia, entre outros); vibrações, intempéries e exposição à poeira, entre outros.

Nas entrelinhas das entrevistas apareceram relatos e apelos tais como: *“vocês podiam falar com eles pra que os trabalhadores não saiam no caminhão*

recolhendo lixo dia de chuva, é uma maldade, tinha que ter uma solução pra isso” (um chefe de grupo). As condições de trabalho associam-se ao tipo de atividade desenvolvida. No caso da coleta do lixo, associam-se ainda ao próprio objeto da coleta configurando “uma maldade”, conforme relatam os trabalhadores.

Alguns grupos já conseguiram reduzir os aspectos de exposição mais agressivos. Observamos que os garis que atuam na varreção das ruas nos dias de chuva recolhem-se na capatazia ou no abrigo mais próximo, interrompendo suas atividades. Esse fato é confirmado nas falas relativas à exposição a intempéries, especificamente a chuva.

Aparece na maioria dos registros a preocupação com a exposição ao lixo como fator prejudicial à saúde no trabalho. Comentários como: “*acho que por trabalhar com o lixo a gente tá sujeito a pegar várias doenças*”. Esse tipo de referência qualitativa, digamos assim, é muito importante na consideração da relação saúde-adoecimento no trabalho.

Observa-se, nitidamente, que os registros na forma de questões objetivas perdem toda a contextualização, ou melhor, perdem a riqueza das entrelinhas das falas dos trabalhadores e do sofrimento no que diz respeito às condições ou situações de trabalho, prejudicando com isso a exploração dos reais fatores de risco na relação trabalho-saúde-adoecimento.

e. Aspectos ergonômicos

Objetivamente as questões que utilizamos investigam a presença de dor, parestesia ou edema nos membros superiores e inferiores e na coluna. Junto às questões relativas às condições de trabalho, podemos acrescentar a posição

mais freqüente no trabalho (de pé, sentado, correndo, caminhando) e as cargas físicas (leves, moderadas, intensas).

Nos registros da enfermeira, identificamos aspectos ergonômicos relatados pelos trabalhadores como, por exemplo: “*dor na coluna relacionada ao instrumento de trabalho (operador de máquina empilhadeira)*”.

Entretanto, apesar de na casuística aparecer um grande número de queixas de dores articulares ou de coluna que evidentemente estão relacionados com o tipo de atividades executadas no trabalho, os registros são pobres e não contemplam a amplitude dessas correlações.

7.2. Recursos Disponíveis no Ambiente e mesmo no Indivíduo

A partir do confronto das reflexões teóricas com a prática das enfermeiras, podemos dizer que os(as) trabalhadores(as) não apresentam total desconhecimento das noções de higiene, hábitos alimentares saudáveis ou mesmo prevenção de doenças, sendo capazes de, junto à educadora (enfermeira), descobrir as melhores formas de alcançar satisfação de suas necessidades.

Utilizando GRIFFITHS (1967), admitimos que para que o indivíduo substitua uma prática de saúde mais efetiva, temos que atuar na facilitação de uma mudança no comportamento. Portanto, a fim de garantir a aplicação e efetividade do plano de ação, as “conversas reflexivas” com os trabalhadores auxiliam na seleção conjunta, por exemplo, do tipo e quantidade de alimentos disponíveis para adequar a dieta.

A importância dessa prática tem relação com a tarefa educativa da enfermeira, pois como nos diz FREIRE (1983, p. 12) “*Ninguém sabe tudo, ninguém ignora tudo*”, ou seja não podemos desprezar a sabedoria popular. Esse fato foi evidenciado principalmente no grau de resolutividade das reconsultas em que os trabalhadores apresentaram melhora nos resultados laboratoriais como diminuição nos níveis de Colesterol, de Triglicérides, entre outros.

O processo educativo se dá através da troca de informações entre a profissional e o trabalhador e também através da valorização e do respeito aos conhecimentos desse trabalhador expresso na conduta de enfermagem ao referir termos como: “*manter atitudes de cuidados de saúde*”; “*reforço e estímulo hábitos alimentares e higiênicos*”, entre outros.

Nos registros das condutas de enfermagem, podemos observar os encaminhamentos a outros profissionais da equipe multidisciplinar ou serviços como grupos de auto-ajuda, hospitais e centros especializados, atestando a necessidade de atenção à complexidade do sujeito atendido. A resolutividade dos casos é gratificante e aparece nos registros de retorno dos trabalhadores, freqüentemente traduzindo uma espécie de agradecimento e sentimento de valorização mútua, tanto da enfermeira como de parte do trabalhador.

Foi possível concluirmos que o aspecto de acesso aos recursos é vital como preocupação, no sentido de considerar além da especificidade, as condições de acesso e mesmo de recursos do trabalhador em termos de atendimento dos serviços conveniado ou público.

7.3. Metas Estabelecidas na Relação Enfermeira-Trabalhador

Nos registros de enfermagem, é possível observarmos os limites e a necessidade de um embasamento prévio e a adoção de um referencial teórico específico que contemple essa realidade, bem como um grau de habilidade profissionalizante num campo que vai além do estado clínico-biológico do ser humano. Grande parte dos registros mostra a relação trabalho-saúde-adoecimento muito pouco ou nada explorado, visto que nem sempre estão operacionalizados ou mesmo considerados nos cuidados de enfermagem prescritos.

As consultas de enfermagem que analisamos neste estudo mostram poucos registros nos aspectos observáveis e de interpretação, e na conduta de muitas delas apenas se identifica a frase: “*aguardo resultados de exames laboratoriais*”, enquanto que, objetivamente, se constatava problemas evidentemente relacionados a processos e condições de trabalho. Entre esses problemas, estão a manipulação de produtos tóxicos ou nocivos sem uso de equipamento de proteção ou uso inadequado, ou mesmo a identificação de problemas ergonômicos.

Salientamos que não se trata aqui de avaliarmos a competência ou habilidade da enfermeira, mas tentamos retratar a importância de, na formação profissional, integrarmos conhecimentos específicos e situações que envolvem a relação trabalho-saúde para subsidiar as ações de enfermagem, especialmente no campo do trabalhador e mesmo nos diversos espaços de atuação como trabalhadoras(es).

Portanto, acreditamos que as proposições das ações educativas e assistenciais no campo da saúde do trabalhador tornam-se efetivas e apropriadas

quando a enfermeira estabelece a interação efetiva com o trabalhador. Essa interação deve estar comprometida com a relação trabalho-saúde-adoecimento, permitindo a ação conjunta enfermeira-trabalhador na investigação, reconhecimento e resolução de problemas identificados, ou mesmo na manutenção de práticas de saúde respeitando valores, crenças e culturas.

O estabelecimento de um bom vínculo com os trabalhadores é percebido pela relação de confiança nas reconsultas, transparente na escolha da profissional: *“eu quero falar com aquela moça ali”* (apontando para as estagiárias ou para a enfermeira-pesquisadora) ou *“a Dr^a. que me atendeu é fulana”* ou, ainda, *“minha amiga, vê como é que eu tô, se vou bater as botas ou não”*.

Frente a essas considerações relativas às experiências que vivenciamos uma questão permanece viva: é a de como adequar o instrumental metodológico ao processo assistencial e educativo em enfermagem de maneira a considerar a complexa relação trabalho-saúde-adoecimento proporcionando subsídios para a ação de enfermagem no campo da saúde do trabalhador. Cremos que, ao detectarmos limites, vislumbramos também possibilidades e princípios que podem nortear caminhos.

Esse é o desafio da trilha de aventuras e descobertas no desenvolvimento da nossa dissertação e que pretendemos responder com a proposta de uma metodologia de ação em enfermagem intitulada **Consulta-ação**. Essa proposta, pensamos, deve proporcionar bases para a intervenção educativa e assistencial na área da saúde do trabalhador.

Salientamos que não se trata de elaborarmos uma receita básica, mas é apenas uma tentativa de contribuir com subsídios que possam servir de ferramentas para as discussões e os questionamentos no exercício profissional em um campo diversificado e complexo como o da saúde no trabalho.

PARTE IV

***CONSULTA-AÇÃO: UMA METODOLOGIA DE AÇÃO EM
ENFERMAGEM NA ÁREA DA SAÚDE DO TRABALHADOR***

8. CONSULTA-AÇÃO: INTERVINDO E EDUCANDO

Como já dissemos, entendemos que a enfermeira na área da saúde do trabalhador atinge alto grau de abrangência e responsabilidade como educadora, na tarefa de contribuir para a melhoria das condições e atividades de trabalho, essenciais no que diz respeito à qualidade de vida do trabalhador.

Uma das formas de intervenção que reúne esses aspectos é a Consulta de Enfermagem. Trata-se de uma metodologia que potencializa as atividades de educação para a saúde, resgatando elementos fundamentais para o acompanhamento periódico das condições de saúde e exposição a fatores nocivos dos trabalhadores, subsidiando possíveis intervenções nessa área de atuação.

Nessa linha, as idéias de THIOLENT (1988), no que se refere à pesquisa-ação, nos fornecem as bases para pensarmos a **Consulta-ação**. O autor nos diz que a pesquisa-ação tem base empírica e é concebida e realizada em estreita associação a ação ou à resolução de um problema coletivo, no qual os participantes representativos da situação ou problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

Uma vez que a intervenção de enfermagem é um espaço educativo e transformador de comportamentos individuais, de grupos e em consequência de práticas sociais, adotamos a terminologia **Consulta-ação** para definir essa “ação”.

Assim, a correlação entre os dados objetivos e subjetivos na Avaliação Periódica de Saúde durante a **Consulta-ação** de enfermagem permite a ação conjunta (enfermeira-trabalhador) para a resolução de problemas, ou mesmo manutenção da saúde conforme valores, crenças e culturas.

Nas palavras de SCHON (*In RIGOTTO, 1994*) fortalecemos a idéia de pensarmos **Consulta-ação** como um espaço reflexivo:

(...) estabelecendo com eles uma "conversa reflexiva" (SCHON, 1983) onde pessoas com experiências e conhecimentos diferentes, porém igualmente relevantes, se ouvem, problematizam as situações concretas da vida e buscam compreendê-las, solucioná-las ou transformá-las (p. 30)

Portanto, a Consulta de Enfermagem na Avaliação Periódica de Saúde encontra um meio de compartilhar igualmente conhecimentos, experiências e vivências diferentes, podendo contribuir para a melhoria das condições de vida e trabalho do trabalhador.

Avançando ainda, podemos afirmar que essa ação educativa fornece subsídios para o ensino de enfermagem como prática-assistencial e teórico-cognitiva, a partir de uma consciência crítica que associa sensibilidade à reflexão nas ações de prevenção, promoção e recuperação na área da saúde do trabalhador.

9. CONSULTA-AÇÃO: ADAPTANDO OS REGISTROS CLÁSSICOS DA ENFERMAGEM À REALIDADE DO TRABALHADOR

A prática da enfermeira no campo da saúde e trabalho comporta todas as funções clássicas da enfermagem no compromisso de contribuir com sua ação na complexa e dinâmica interação das relações entre trabalho-saúde-adoecimento.

Sua sistematização inclui todas as etapas do processo de enfermagem (HORTA, 1979): histórico, diagnóstico, planejamento, intervenção e avaliação, e específicas da área da saúde do trabalhador no que se relaciona à atividade laboral e sua influência no processo saúde-adoecimento, no atendimento às medidas de promoção, proteção e reabilitação. O cuidado nesse campo tem que sedimentar sua capacidade heurística.

Conforme PEREIRA & GALPERIN (1995):

o processo do cuidado inserido na consulta de enfermagem deve permitir a intervenção do profissional na manutenção e restauração da saúde, visando potencializar as possibilidades de saúde física e/ou emocional do cliente e o entendimento do significado da experiência saúde-doença no cotidiano do mesmo (p. 194) [do trabalho, no caso].

A aplicação do processo de enfermagem proporciona à enfermeira a utilização de um recurso sistematizado e científico, que relaciona a investigação das reais ou potenciais necessidades de saúde dos trabalhadores a uma prática efetiva em termos de assistência.

Assim, com o estabelecimento de registros sistemáticos, podemos captar elementos essenciais da estrutura de determinação do processo trabalho-saúde-

adoecimento individual ou coletivo e as características dos grupos sociais em que ocorre, permitindo uma melhor composição do quadro das condições reais ou potenciais de vida e trabalho.

Operacionalmente, com a aplicação do processo de enfermagem, no roteiro de entrevista podemos incluir questões referentes à história de saúde (dados subjetivos: queixas/sintomas, entre outros; dados objetivos: exame físico, exames laboratoriais específicos) e à história laboral (situação de trabalho, relações de trabalho, ambiente de trabalho, entre outros).

Essas informações detalhadas subsidiam o trabalho da enfermeira nas proposições ou medidas específicas de prevenção, de controle e de promoção da saúde.

Nas contribuições da epidemiologia, temos o levantamento de danos crônico-degenerativos como hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), cardiopatias, obesidade, entre outros; de danos ocupacionais como lesões por esforços repetitivos (LER), dermatoses, doenças do aparelho auditivo, respiratório, visual, entre outros.

Nas contribuições da ergonomia, temos o levantamento de dados objetivos e subjetivos (queixas) como presença de dor, edema, parestesia e paralisia nas regiões articulares, musculares e de coluna vertebral; indagações corpo-máquina (ferramentas), entre outros.

Vejamos, então como a enfermeira pode, nas suas proposições de ação junto aos trabalhadores, aplicar as contribuições da epidemiologia e da ergonomia no sentido de implementar suas intervenções individuais ou de grupo de modo pertinente e com soluções adequadas à realidade e necessidades implicadas na relação saúde-trabalho.

Com as informações devidamente captadas e identificadas, a enfermeira implementa suas intervenções individual ou coletivamente.

Ao nível individual, implementa intervenções referentes à reeducação alimentar; uso adequado de equipamento de proteção ou afastamento, nos casos de exposição à fatores nocivos; orientação para o respeito às regras de segurança física - ou seja, respeitar o eixo vertebral, manter o equilíbrio, utilizar a força das pernas, aproximar-se da carga a levantar, entre outros; prevenção e o controle dos danos produzidos pelas cargas mental e psíquica do trabalho são itens que não devem ser negligenciados na intervenção.

Privilegiando aspectos não só individuais como organizacionais e os grupos de trabalho, tais como a promoção e a readaptação das capacidades funcionais para trabalhadores que sofreram perdas ou diminuições das mesmas, podendo ser alvo de medidas de reeducação, de trocas de função, ou novas atividades além de programas internos de efetivo amparo a esses trabalhadores utilizando recursos do ambiente.

Ao nível coletivo e grupos, quando implementa as suas intervenções palestras educativas sobre temas como imunização, doenças infecto-contagiosas, sexualmente transmissíveis, danos crônico-degenerativos, entre outros; ginástica laboral; melhoria das condições e situação de trabalho (características do ambiente de trabalho, instrumentos de trabalho, espaço de trabalho e organização do trabalho).

Essas reflexões adaptadas para atuação na área do trabalhador, do Modelo de Sistemas de Betty Neuman (Figura 2, p. 62), podem ser assim sintetizadas: como estrutura básica, mostra o trabalhador interagindo em seu ambiente de trabalho com os estressores (algum problema ou fator que desequilibra o sistema), a intervenção de enfermagem se dá especialmente ao nível de prevenção primária e terciária, de forma a promover, preservar e/ou reabilitar a

saúde dos trabalhadores expostos a fatores predisponentes de desequilíbrios no ambiente de trabalho.

Dessa forma, adotamos como caminho o Modelo de Betty Neuman, complementado por contribuições da ação pedagógica em educação para a saúde, da ergonomia e da epidemiologia, na sistematização da ação de enfermagem, **Consulta-ação**, tentando comprometê-la com a relação trabalho-saúde-adoecimento (Figura 3, p. 111).

A base dessa sistematização está na investigação dos estressores no trabalho, no grau de reação dos indivíduos trabalhadores, nos recursos disponíveis no ambiente de trabalho e mesmo no indivíduo, e na(s) meta(s) estabelecida(s) na relação de interação enfermeira-trabalhador(es), no sentido de obter ou restabelecer a estabilidade do sistema.

Nossa proposta envolve todas as modalidades de trabalho educativo em saúde apontadas por DILLY & JESUS (1995, p. 111), assimiladas num momento contextualizado, diferenciado, sistematizado e individualizado que é a Consulta de Enfermagem na Avaliação Periódica de Saúde dos trabalhadores. Isso porque o momento ou situação de consulta permite percepção e detecção daqueles elementos que devem ser trabalhado no plano individual (comunicação interpessoal) como distúrbios orgânicos e fisiológicos, problemas posturais, entre outros; e no plano de grupo, como condições de trabalho específicas de setores, fatores nocivos, alcoolismo, drogas, entre outros; ou mesmo no plano coletivo (comunidade), como condições e organização do trabalho.

Quanto à abordagem educacional no trabalho em saúde, deve ser um processo dinâmico e multidirecional na medida que, tanto a enfermeira como o trabalhador, ou mesmo a equipe multidisciplinar, são passíveis de assimilar, transformar, rejeitar ou alterar seus comportamentos, seus conhecimentos frente aos problemas / situações de saúde.

Contudo, examinando os princípios de FREIRE (1983) e os passos de GRIFFTHS (1985), podemos dizer que essa prática educativa na **Consulta-ação** tem sua base pautada no respeito e valorização dos indivíduos trabalhadores, oportunizando a interação enfermeira-trabalhador, de forma a criar ou alterar percepções, utilizar forças de motivação, proporcionar a tomada de decisão no processo de mudança de comportamento, quando esse se faz necessário.

Trata-se, portanto, de um processo de aprendizado entre o profissional e a clientela no momento da práxis. É um processo educativo, político, crítico e reflexivo que encontra espaço no campo da saúde do trabalhador, na dimensão em que é capaz de proporcionar a descoberta conjunta, enfermeira e trabalhador, das maneiras mais efetivas de abordar as situações problema.

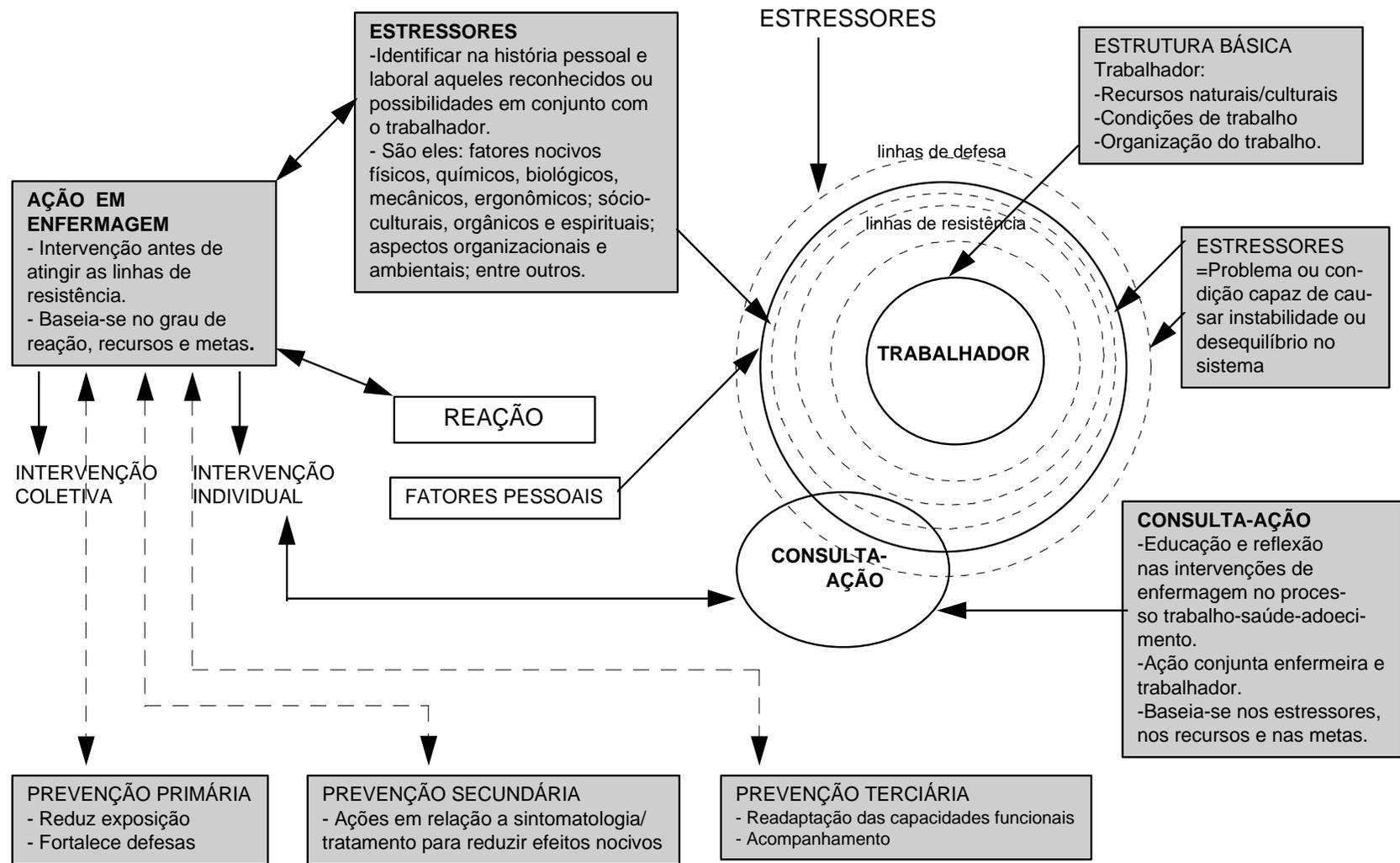


Figura3: **Consulta-ação** - uma metodologia de ação em enfermagem na área da saúde do trabalhador.

9.1. Orientação e Prevenção em Saúde do Trabalhador: Intervenção Coletiva ou Individual?

Com base em BULHÕES (1994, p. 116), discutimos a seguir alguns tópicos de orientação e prevenção em saúde do trabalhador que consideramos importantes nas ações da enfermeira nos programas assistenciais, e que, pensamos, integram-se aos métodos de abordagem à clientela, notadamente, na **Consulta-ação**.

Os momentos coletivos ou individuais são definidos pelas situações problema e como elas se apresentam, sendo portanto, a complexidade dos fatos que determinará o tipo de intervenção a ser implementada.

Assim, a intervenção poderá ser coletiva quando se dirige a estabelecer limites à carga de trabalho e seus efeitos sobre a saúde dos trabalhadores através de medidas preventivas relativas ao ambiente, melhoria das condições e da organização do trabalho, adequação do ambiente físico às atividades, dotação de pessoal e material suficiente. A intervenção individual ocupar-se-á, nos exames periódicos, especialmente, em implementar programas para reforçar as capacidades físicas, na formação para o respeito às regras de segurança física, enfim, a reforçar ou modificar condutas dos indivíduos.

A priorização, a prevenção e o controle dos danos produzidos pelas cargas mental e psíquica do trabalho são itens que não devem ser negligenciados nas intervenções. A prevenção e o controle de riscos biológicos a partir do conhecimento de higiene e biossegurança do trabalho e de normas regulamentares, a prevenção e o controle de riscos físicos requerem, além do conhecimento técnico, a capacidade da enfermeira em mobilizar e motivar

indivíduos e grupos a se responsabilizarem pela persistência ou transformação das situações agressivas.

Outros aspectos, tais como a promoção e a readaptação das capacidades funcionais para trabalhadores que sofreram perdas ou diminuições das mesmas, podem ser alvo de medidas de reeducação, de trocas de função ou novas atividades, além de programas internos de efetivo amparo a esses trabalhadores utilizando recursos do ambiente.

Dessa forma, se solidifica a idéia do trabalho interdisciplinar e de colaboração entre as diversas áreas que compõem as instituições, no sentido de garantir não o abandono e o desamparo, mas ao contrário, a (re)descoberta de novas motivações e situações onde os trabalhadores possam realizar suas capacidades plenamente.

10. CONSULTA-AÇÃO: REGISTRANDO ADEQUADAMENTE AS INFORMAÇÕES

Considerando os aspectos formais e o alcance dos registros acreditamos que:

- a) os registros devem ser efetuados de acordo com a ordem cronológica das informações fornecidas pelos trabalhadores, e a enfermeira é quem faz a adaptação sequencial, evitando assim a interferência na interação enfermeira-trabalhador;
- b) a adequação da terminologia utilizada (termos técnico-científicos) deve facilitar as respostas, evitando o simples “sim” ou “não”, facilitando a compreensão para a efetiva mudança;
- c) e a formulação objetiva das questões deve esclarecer seu conteúdo de forma acessível e pertinente, facilitando a participação efetiva do trabalhador.

Observamos e constatamos a importância de um instrumento como roteiro facilitador do desenvolvimento da **Consulta-ação**. O instrumento deve ser um eficiente apoio metodológico no processo educativo em enfermagem, facilitando e/ou propiciando a interação educativa enfermeira-trabalhador. É no momento da abordagem das questões que se processam orientações e são formuladas medidas preventivas e/ou assistenciais, junto com esclarecimentos ao trabalhador dos assuntos emergentes conforme suas necessidades e sentimentos.

Um instrumental metodológico adequado proporciona não só o levantamento das condições de saúde e fatores nocivos junto ao grupo de

trabalhadores, mas permite a relação ou associação dos elementos que compõem o processo trabalho-saúde-adoecimento, levando-se em consideração tanto os aspectos organizacionais quanto ambientais, e as próprias condições de vida do trabalhador.

A partir das informações reunidas pelo histórico laboral e de saúde e da análise clínico-epidemiológica junto com os trabalhadores, identificamos precocemente alguns dos fatores agressivos à saúde relacionados ao trabalho no momento da Avaliação Periódica de Saúde.

A Consulta-ação tem, portanto, sua aplicabilidade justificada quando, a partir da identificação dos estressores ou das condições desencadeantes dos mesmos, a enfermeira e o trabalhador percebem e encontram juntos a solução de evitamento ou minimização dos problemas apresentados.

Acreditamos que esse espaço de atuação é conquistado na medida que o potencial educativo e assistencial, inerente à profissão de enfermeira, busca o embasamento metodológico sistemático adaptando-o à realidade do trabalhador, visando proporcionar efetividade e qualidade nas suas intervenções. Dessa forma, responde com maior grau de resolutividade às expectativas dos trabalhadores e às da equipe multidisciplinar.

A Consulta-ação significa, então, solidificar um espaço educativo e transformador de comportamentos individuais, de grupos e de práticas sociais, a partir de intervenções planejadas de enfermagem. Representa ainda um espaço reflexivo que socializa e compartilha conhecimentos, experiências e vivências diferentes, no intuito de contribuir para melhoria da qualidade das condições de vida e trabalho.

Nessa perspectiva, (re)formulamos a seguinte questão:

- E se as enfermeiras considerassem a relação saúde-trabalho-adoecimento, como representariamos o caso do “Senhor X” a partir da **Consultação?**

Para buscar a resposta a essa questão, elaboramos um esquema na tentativa de adequar o modelo que propomos e que pode ser visto na Figura 4, a seguir.

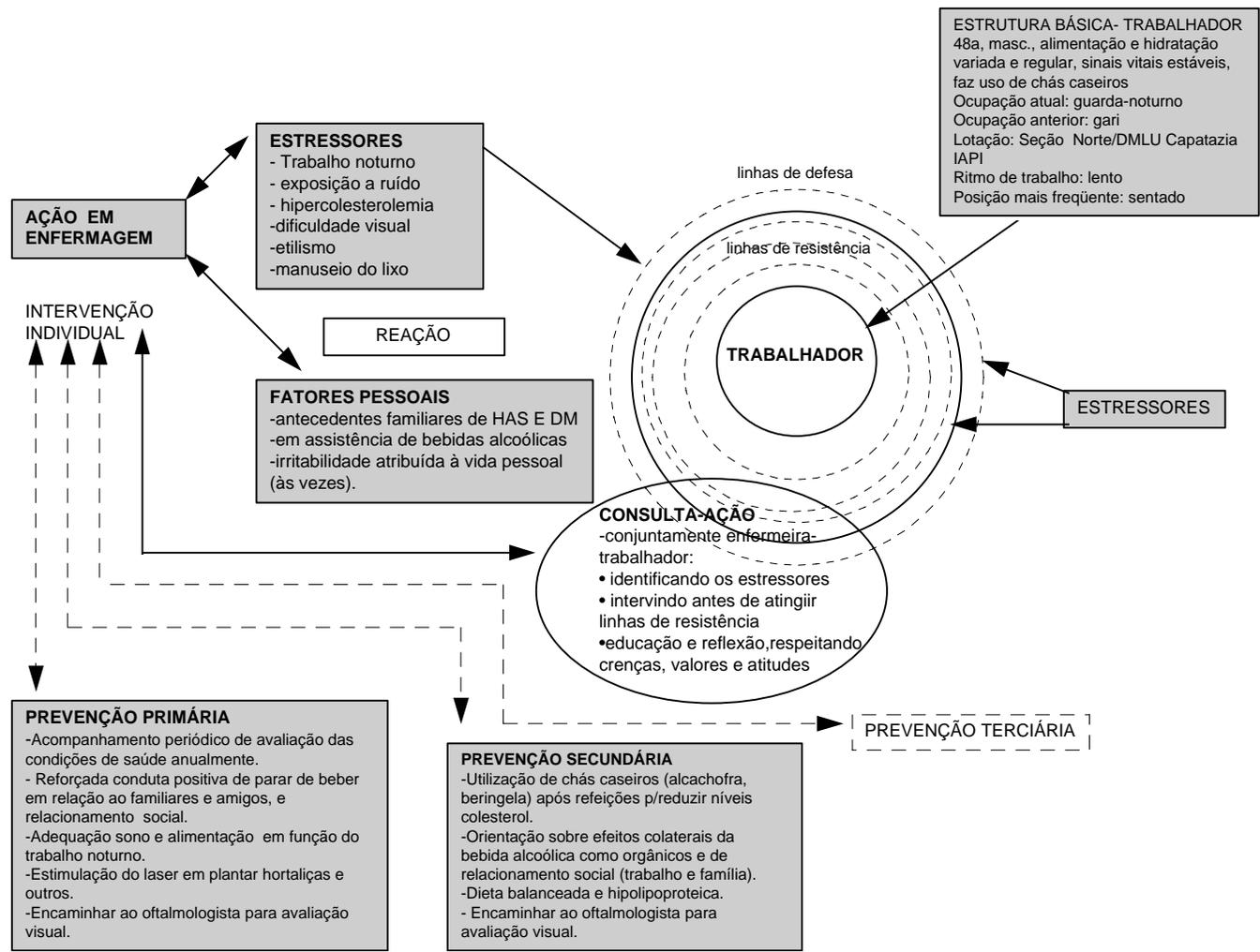


Figura 4: **Consulta-ação** e o caso do “Senhor X”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tratando-se de uma proposta, a elaboração desse trabalho reflete nossa tentativa de procurar demarcar o conhecimento como apoio para as ações e intervenções de enfermagem na área da saúde do trabalhador.

Acreditamos que, no que diz respeito à melhoria da qualidade assistencial e educativa da prática de enfermagem, é importante basearmos nossas ações e intervenções em construtos que sirvam como estruturas dinâmicas, práticas e flexíveis.

Constatamos que, como profissionais de saúde envolvidos na equipe multidisciplinar no campo da saúde do trabalhador, necessitamos nos despir de toda uma concepção histórico-filosófica-cultural que nos remete à posição de detentores de um saber único e definitivo sobre o processo saúde-adoecimento. A riqueza e a diversidade sociocultural e dos saberes profissionais evidenciam a complexidade dessa questão tratada aqui e nos diversos trabalhos a esse respeito.

Temos claro que a enfermagem como saber estruturado e campo de ação é uma ciência pelo seu contexto metodológico e teórico, e uma arte pela sua ação singular no cuidado com o ser humano, também singular e com seu ambiente. Nessa compreensão, com subsídios e ferramentas próprias, a enfermagem pode agir e intervir nos diversos campos na área da saúde, embora se tenha clareza que alguns desses campos ainda não foram conquistados ou explorados na sua plenitude.

Podemos dizer que, entre as ferramentas dessa ação, consideramos a Consulta de Enfermagem e a nossa proposta aqui desenvolvida e denominada **Consulta-ação**, como uma metodologia que reúne qualidades, pois utilizando o que dizem PEREIRA & GALPERIN (1995), “*potencializa as possibilidades de saúde física e/ou emocional do cliente e o entendimento do significado da experiência saúde-doença no cotidiano do mesmo*” (p. 194).

No campo da saúde do trabalhador e através da metodologia de ação conjunta, a **Consulta-ação**, na realização da Avaliação Periódica de Saúde, resgata para a enfermagem elementos fundamentais à intervenção preventiva e à promoção da saúde.

Assim, a correlação entre as informações objetivas e subjetivas captadas no momento da interação (situação de consulta), permite que enfermeira e o trabalhador percebam e encontrem juntos a resolução de problemas apresentados, ou mesmo a manutenção da saúde respeitando valores, crenças e culturas.

Contudo, isso só é possível se adotarmos um sistema de registros sistemáticos das ações de enfermagem, com uma estrutura capaz de captar informações e os elementos essenciais dos indivíduos e das organizações, na determinação do processo trabalho-saúde-adoecimento. E mais, é necessário que haja um amplo acordo sobre a importância da educação no atendimento dos problemas de saúde com a equipe multidisciplinar.

O entendimento sobre o que é a abordagem educativa e como ela pode ser usada eficazmente também representa um aspecto importante a considerar. Quando concluímos (enfermeira e trabalhador) que podemos substituir uma prática de saúde cientificamente mais efetiva por outra, ou quando um indivíduo empreende uma ação a qual leva a uma prática de saúde mais efetiva, então estamos realmente sendo competentes nessa tarefa. Trata-se de um processo

dinâmico, reflexivo e crítico na medida em que o profissional e o indivíduo assistido aceitam ou reformulam as informações e seus comportamentos frente a(os) problema(s) de saúde.

Entendemos que a intervenção de enfermagem na área do trabalhador compreende um espaço em que a enfermeira tem todo um conjunto de atividades assistenciais e educacionais a planejar, voltadas ao(s) trabalhador(es) de diferentes setores ou postos de ocupação. Dessa forma, acreditamos que a principal contribuição deste trabalho é de tentar adaptar uma visão da ação de enfermagem que contemple o atendimento à saúde do trabalhador, entendida como prática assistencial e educacional.

Avançando para além disso, podemos afirmar que nossa proposta de intervenção na forma de **Consulta-ação** pretende fornecer subsídios para o ensino e a prática de enfermagem no processo de construção de uma metodologia de ação comprometida com a área da saúde do trabalhador, a partir de métodos de abordagem críticos que associem sensibilidade e reflexão nas ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde.

A adoção desta proposta pode ser o elemento desencadeador de uma atenção à saúde do trabalhador, na sua mais ampla abrangência, e da atuação da profissional da enfermagem voltada a uma concepção integral do ser humano.

Por fim, discutindo até onde chegamos entre limitações, facilidades e dificuldades, cremos ter iniciado um caminho que não termina nesta dissertação, mas que tem sua trilha de aventuras e mais descobertas no horizonte que desponta.

ABSTRACT

This study proposes a methodology of action in nursing that looks upon the relationship between work, health and disease. We plan to contribute with information, experiences and assumptions that can be useful to reflexion and to discussion about the topic. We also intend to contribute to satisfy the theoretical and methodological requirements we have in this area of action and in this field of work.

In addition, we believe that nursing consultancy is a honoured way for intervention in individual health and that should be integrated into the process of regularly evaluation of workers' health. We are prepared to accept that the correlation between the subjective and the objective data picked up at the moment of interaction (at the moment of the consult or other arranged appointment), allows nurse and worker to act together not only in order to solve the problems they share but also in order to promote the maintenance of health by respecting values, beliefs and different cultures. Then, this way of working, based on cooperation, produces an educative environment that can influence people and lead them to reflexion and that can provide a way for transform behaviour and social practice.

From the effective involvement in a programme fostered by the urban cleaning department from the city of Porto Alegre (DMLU), a programme for Periodical Evaluation of workers health, we took sources that were useful to formulate a proposal of a methodology of action in nursing concerned with the relation between health and life of workers, that we called 'Consulta-Ação'. This methodology intends to support an educative intervention (prevention and promotion of health) in nursing at Periodical Evaluation of workers health. Nevertheless, the proposal of a methodology of action would not be possible without the framework that was set up for this discussion by the recordings ('Histórico Laboral e Plano de Cuidados') adopted by the subject of nursing assistance to adults (ENF - 111) from the nursing school at Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS).

Since the questions that were raised suggest a broad range of clues of reading and for reflexion, the analytical and pedagogical proposal is supported by nursing assistance own methodology, by the analysis of the issues under the theory from the studies of workers' health and by following the framework pattern proposed by Betty Neuman and adapted here. These assumptions are completed with contributions from pedagogical action in education for health, from ergonomics (organization and process of work) and from epidemiology. Then, as a whole, they privilege the occurrence of damage considering workers' living conditions, process and quality of work.

Our aim is to increase, at 'Consulta-Ação', the value of an area of professional interest, of a space for reflexion and educative assistance that has to do with workers and the task of providing better conditions of life, work and health for them.

BIBLIOGRAFIA

ALBORNOZ, S. *O que é trabalho*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BERGAMO, M. A. *A transação enfermeira(o) - cliente na consulta e/ou atendimento de enfermagem: percebendo uma relação criativo-terapêutica compartilhada*. Florianópolis: UFSC, 1994. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

BRASIL. Lei nº 8213 de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os planos de benefícios da previdência social e dá outras providências. Brasília: Publicada no D.O.U. de 27 de julho de 1991.

____. Leis, decretos, portarias, etc. Nova NR-7: programa de controle médico é a grande novidade da norma. *Proteção*, p. 44-47, Mar. 1995.

BREILH, J. A 'abertura social' dos modelos multicausais e a crise do imperialismo. In: *EPIDEMIOLOGIA: economia, política e saúde*. São Paulo: UNESP/HUCITEC, 1991. P.102-105.

BULHÕES, I. *Avaliação de saúde em enfermagem do trabalho: principais técnicas utilizadas nos exames pré-admissionais e periódicos*. Rio de Janeiro: IDEAS, 1980.

____. *Enfermagem do trabalho*. Rio de Janeiro: IDEAS, 1986. v. 2.

____. *Riscos do trabalho de enfermagem*. Rio de Janeiro: Júlio Reis, 1994.

BUSCHINELLI, J.T.P.; ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R.M. *Isto é trabalho de gente? vida, doença e trabalho no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1994.

COFEN. Código de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro, 1993.

COREN-RS. Código de ética dos profissionais de enfermagem. Porto Alegre/RS, 1996.

COUTO, H. A. Ergonomia do trabalho pesado. In: LAPIERRE, A. *A reeducação física: sinesiologia, reeducação postural, reeducação psicomotora*. São Paulo: Manole, 1982.p.442-449.

DALL'AGNOL, C. M. *O agir-refletir-agir nos movimentos de integração e diferenciação de uma equipe de enfermagem em relações de trabalho*. Florianópolis: UFSC, 1994. Dissertação (Mestrado) - Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

DANIEL, L. F. *A enfermagem planejada*. São Paulo: EPU, 1981.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 14, n. 54, p.7-11, abr./ jun., 1986.

_____. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez-Oboré, 1991.

_____. *Psicodinâmica do trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994.

DIAS, L.P.M.; TRENTINI, M. *Meu primeiro projeto*. Florianópolis: Departamento de Enfermagem, UFSC [s.d.].

DILLY, C.M.L.; JESUS, M.C.P. *Processo educativo em enfermagem: das concepções pedagógicas à prática profissional*. São Paulo: Robe, 1995.

DONNANGELO, M. C. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

ENGUITA, M. F. *A face oculta da escola - educação, trabalho e capitalismo*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. p. 3-31: O trabalho atual como forma histórica.

ERDMANN, A. L. *Diagnóstico de problemas num sistema de enfermagem de hospital de ensino: proposta de um modelo*. Rio de Janeiro: UERJ, 1987. Tese (Livre Docência).

_____. A organização e o ser saudável. *Texto & Contexto Enferm.*, Florianópolis, v.1, n. 2, p. 114-119, jul./dez. 1992.

FACCINI, L. A. Por que a doença? A influência causal e os marcos teóricos de análise. In: BUSCHINELLI, J.T.P.; ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R.M. *Isto é trabalho de gente? vida, doença e trabalho no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1994.p.33-55.

_____. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado à saúde do trabalhador. In: BUSCHINELLI, J.T.P.; ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R.M. *Isto é trabalho de gente? vida, doença e trabalho no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1994.p.178-186.

FARINA, C.L.M. *Recursos humanos na limpeza urbana: uma prática de serviço social*. São Leopoldo: UNISINOS, 1992. Trabalho de conclusão apresentado ao Departamento de Sociologia, Centro de Ciências Humanas, UNISINOS.

FAWCETT, J. *Analysis and evolution of conceptual models of nursing*. Philadelphia: F. A. Davis, 1984. p. 145-174.

FERREIRA, A. H. B. *Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FERREIRA, L. L.; MACIEL, R. H.; PARAGUAY, A. I. A contribuição da ergonomia. In: BUSCHINELLI, J.T.P.; ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R.M. *Isto é trabalho de gente? vida, doença e trabalho no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1994.p.215-231.

FILHO, W. D. L. *Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem*. Porto Alegre: UFRGS, 1995. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Administração, Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

_____. *Como trabalhar com o povo?* São Paulo, 1983. (Associação Paulista de Saúde Pública, 3.)

_____. *Educação e mudança*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

GASTALDO, D. Is health education good for you? Re-thinking health education through the concept of bio-power. In: BURTON; ROBIN; PETERSEN (Eds). *Foucault, health & medicine*. London: Routledge, 1997.p.113-133.

GELAIN, I. *Deontologia e enfermagem*. São Paulo: EDEPU, 1987.

GEORGE, J. B. *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GRIFFITHS, W. *A abordagem educacional para o trabalho de saúde*. Universidade da Califórnia, [1967?]. Tradução para fins didáticos para disciplina de Saúde Pública da Escola de Enfermagem da UFRGS, Porto Alegre/RS, 1985. Mimeo.

GOMEZ, C. M.; FRIGOTTO, G.; ARRUDA, M.; ARROYO, M.; NOSELLA, P. *Trabalho e conhecimento: dilemas na educação do trabalhador*. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1987.

HAAG, G. S.; SCHUCK, J. S.; LOPES, M. J. M. *A enfermagem e a saúde dos trabalhadores*. Goiânia: AB, 1997.

HELMAN, C.G. *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994, p. 100-136: Relação médico-paciente.

HORTA, W. A. *Processo de enfermagem*. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.

IBASE. *Saúde e trabalho no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1983.

ILÁRIO, E. Estudo de morbidade em coletores de lixo de um grande centro urbano. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 17, n. 66, p. 7-13, abr./jun., 1989.

KANT, I. *Textos seletos - prefácio à segunda edição da crítica da razão pura*. Petrópolis: Vozes, 1985. p. 28-70.

LEAVELL, H.R.; CLARK, E.G. *Medicina preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1976.

LEITE, D.B.C. Didática em questão ou didática-ação? Um relato de experiência. *Educação em Debate*, Fortaleza, n. 17/18, jan./dez., 1989. p. 173-182.

- LEOPARDI, M. T. *Entre a moral e a técnica: ambigüidades dos cuidados de enfermagem*. Florianópolis: Ed. UFSC, 1994.
- LIBÂNEO, J C. *Democratização da escola pública: a pedagogia crítico-social dos conteúdos*. São Paulo: Loyola, 1992.
- LIMA, M. J. *O que é enfermagem*. São Paulo: Brasiliense, 1993.
- LOPES, M. J. *O trabalho da enfermeira: nem público, nem privado - feminino, doméstico e desvalorizado*. Porto Alegre: PUCRS, 1987. Dissertação (Mestrado) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- _____. Pensando mulher, saúde e trabalho no hospital. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v.13, n.1, p.34-36, jan. 1992.
- _____. *Les soins: images et réalités*. Le quotidien soignant au Brésil. Paris: Université de Paris VII, 1993. Tese (Doutorado) - Université de Paris VII Denis Diderot.
- _____. Quando a voz e a palavra são atos terapêuticos: a interação individual e coletiva nas palavras quotidianas do trabalho de enfermagem. In: WALDOW, V.R.; LOPES, M.J. MEYER, D.E. *Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995. p. 153-188.
- LOPES, M. J.; SILVEIRA, D.T.; HOEFEL, M. G.; RAMOS, M. *Relação saúde e trabalho em uma unidade hospitalar especializada*. Porto Alegre: UFRGS, 1995. Projeto de Pesquisa.
- LOPES, M. J.; MEYER, D.E; WALDOW, V.R. *Gênero e Saúde*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1996. p. 55-62: Divisão do trabalho e relações sociais de sexo: pensando a realidade das trabalhadoras do cuidado de saúde.
- LUNARDI, V. L. A sanção normalizadora e o exame: fios visíveis/invisíveis na docilização dos corpos das enfermeiras. In: WALDOW, V.R.; LOPES, M. J.; MEYER, D.E. *Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995, p. 79-108.
- MARRINER-TOMEY, A. *Nursing theorists and their work*. St. Louis, Missouri: Mosby, 1989.

- MARTINI, R.M.F.; MARQUES, J.C. A educação e o delineamento do seu estatuto epistemológico: esboço de um projeto hermenêutico. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM EDUCAÇÃO, Curitiba, 1985. Anais... Curitiba, 1985.p.135-160.
- MERLO, A. R. C. *O taylorismo e a saúde: estudo introdutório sobre saúde dos metalúrgicos da região metropolitana de Porto Alegre*. Porto Alegre: PPGS/UFRGS, 1989. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Programa de Pós-graduação em Sociologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- MEYER, D. E. A formação da enfermeira na perspectiva do gênero: uma abordagem sócio-histórica. In: WALDOW, V.R.; LOPES, M. J.; MEYER, D.E. *Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995. p. 63-78.
- MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993.
- NARDI, H.C. *Medicina do trabalho e saúde do trabalhador: o conflito capital/trabalho e a relação médico-paciente*. Porto Alegre: PPGS/UFRGS, 1995. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Programa de Pós-graduação em Sociologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- NEUMAN, B. The Betty Neuman health-care systems model: a total person approach to patient problems. In: RIEHL; ROY. *Conceptual model for nursing practice*. Norwalk: Appleton & Lange, 1989. p. 119-131.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). *El desafío de la epidemiología: problemas y lecturas seleccionadas*. Washington, 1989. p.3-17. (Publicación científica, 505.)
- PEREIRA, R.C.J. Refletindo e escrevendo sobre as experiências vivenciadas no contexto da escola e do cuidado. In: WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.; MEYER, D.E. *Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, p. 135-149.
- PEREIRA, R.C.J.; GALPERIM, M.R. de O. Cuidando-ensinando-pesquisando. In: WALDOW, V.R.; LOPES, M.J. MEYER, D.E. *Maneiras de cuidar,*

- maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 189-203.
- POSSAS, C. *Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil.* São Paulo: HUCITEC, 1989.
- RIEHL; ROY. *Conceptual model for nursing practice.* Norwalk: Appleton & Lange, 1989.
- RIGOTTO, R.M. O homem e o trabalho. In: BUSCHINELLI, J.T.P.; ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M. *Isto é trabalho de gente? vida, doença e trabalho no Brasil.* Petrópolis: Vozes, 1994. p. 25-31.
- ROUQUAYROL, M. Z. et al. *Epidemiologia e saúde.* Rio de Janeiro: MEDSI, 1988.
- SAVIANI, D. *Escola e democracia: teorias da educação, curvatura da vara, onze teses sobre educação e política.* São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1988. (Coleção Polêmicas do Nosso Tempo, 5.)
- SANTIN, S. Ética e Sensibilidade. In: CAPONI, G.A.; LEOPARDI, M.T.; CAPONI, S.N.C. *A Saúde como desafio ético.* In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE FILOSOFIA E SAÚDE (SIFESI), Florianópolis, 1995. *Anais...* Florianópolis, Sociedade de Estudos em Filosofia e Saúde, 1995. p. 87-105.
- SANTOS, A. L. W. dos. *Educação em saúde: possibilidades de uma proposta.* Florianópolis: UFSC, 1992. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- SANTOS, N.; FIALHO, F. A. P. *Manual de análise ergonômica no trabalho.* Curitiba: Genesis, 1995.
- SCHMITT, M. *Buscando a percepção do trabalho de um grupo de trabalhadores numa empresa frigorífica - uma proposta de prática assistencial, baseada no referencial de Paulo Freire.* Itajaí: UNIVALI/UFSC, Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Mestrado Expandido, 1995. Projeto de Prática Assistencial.
- SILVEIRA, D.T. *Marco referencial para a atuação na saúde do trabalhador, baseado no modelo de sistemas de Betty Neuman.* Porto Alegre:

UFRGS/UFSC, Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Mestrado Expandido, 1995.

SILVEIRA, D.T.; KORNDÖRFER, E. M. *Pensando sobre a abordagem do processo saúde-doença na formação dos enfermeiros*. Porto Alegre: UFRGS/UFSC, Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Mestrado Expandido, 1995.

SILVEIRA, D.T. *Consulta-ação: enfermagem assistindo e educando na realização da Avaliação Periódica de Saúde de um grupo de trabalhadores do Departamento Municipal de Limpeza Urbana*. Uma contribuição ao processo de construção de uma metodologia assistencial na área da enfermagem na saúde do trabalhador, baseada no modelo de sistemas de Betty Neuman. Porto Alegre: UFSC/UFRGS, Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Mestrado Expandido, 1996. Projeto de Prática Assistencial.

_____. *Consulta-ação: a enfermagem cuidando e educando na realização da avaliação periódica de saúde de um grupo de trabalhadores do Departamento Municipal de Limpeza Urbana de Porto Alegre/RS*. Porto Alegre: UFSC/UFRGS, Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Mestrado Expandido, 1996. Relatório de Prática Assistencial.

SIMPÓSIO LATINO-AMERICANO DE RESÍDUOS SÓLIDOS, 1., São Paulo, 1993. *Os caminhos do lixo da origem ao destino final: experiência popular de gerenciamento integrado em Porto Alegre/RS*. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 1993.

SOUNIS, E. *Manual de higiene e medicina do trabalho*. São Paulo: Ícone, 1991.

SOUZA, L.R.; VERAS, R. Ideologia e saúde. In: IBASE. *Saúde e trabalho no Brasil*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1983. p. 11-14.

THIOLLENT, M. *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez & Autores Associados, 1988.

TITTONI, J. *Subjetividade e trabalho: a experiência no trabalho e sua expressão na vida do trabalhador fora da fábrica*. Porto Alegre: Ortiz, 1994.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (Org.). *Educação, saúde e cidadania*. Petrópolis/RJ: Vozes, 1994.

VANZIN, A. S. et al. *Assistência de enfermagem na saúde do adulto à nível ambulatorial*. Porto Alegre: DC LUZZATTO, 1988.

WERNECK, V.R. *Ideologia na educação: um estudo sobre a interferência da ideologia no processo educativo*. Petrópolis: Vozes, 1982.

ZINN, K.G.S. *A prática do serviço social nas relações de trabalho e o processo participativo dos garis na capatazia Cândia Gomes*. São Leopoldo: UNISINOS, 1993. Trabalho de conclusão apresentado ao Departamento de Sociologia do Centro de Ciências Humanas, UNISINOS.

ANEXO I