

Juliana Barbosa Firmes

ESTUDO DAS RELAÇÕES ENTRE TRABALHO E ENVELHECIMENTO DOS
TRABALHADORES TÉCNICOS EM ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE
ENSINO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA

Belo Horizonte
2010

Juliana Barbosa Firmes

ESTUDO DAS RELAÇÕES ENTRE TRABALHO E ENVELHECIMENTO DOS
TRABALHADORES TÉCNICOS EM ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE
ENSINO

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde Pública da
Universidade Federal de Minas Gerais,
como requisito parcial para a obtenção
do título de Mestre em Saúde Pública
(área de concentração em Saúde do
Trabalhador).

Orientador: Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Belo Horizonte
2010

Firmes, Juliana Barbosa.

F524e Estudo das relações entre trabalho e envelhecimento dos trabalhadores técnicos em enfermagem de um hospital público de ensino [manuscrito]. / Juliana Barbosa Firmes. - - Belo Horizonte: 2010. 133f.

Orientador: Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro.

Área de concentração: Saúde Pública.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Trabalho. 2. Envelhecimento. 3. Saúde do Trabalhador. 4. Enfermagem. 5. Avaliação da Capacidade de Trabalho. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Pinheiro, Tarcísio Márcio Magalhães. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WA 400

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Ronaldo Tadêu Pena

Vice-Reitora

Heloísa Maria Murgel Starling

Pró-Reitora de Pós-Graduação

Elizabeth Ribeiro da Silva

Pró-Reitor de Pesquisa

Carlos Alberto Pereira Tavares

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Francisco José Penna

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Maria da Conceição Juste Werneck Côrtes

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenadora

Mariângela leal Cherchiglia

Sub-Coordenador

Mark Drew Crosland Guimarães

Colegiado

Prof^a. Ada Ávila Assunção

Prof^a. Eli Iola Gurgel Andrade

Prof. Fernando Augusto Proietti

Prof. Francisco de Assis Acurcio

Prof^a. Maria Fernanda Furtado Lima Costa

Prof^a. Soraya Almeida Belisário

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Prof^a. Waleska Teixeira Caiaffa

Adriana Lúcia Meireles

Aline Dayrell Ferreira

Ana Paula Coelho Machado

Graziella Lage Oliveira



**FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640



DECLARAÇÃO

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores: Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro, Andréa Maria Silveira e Leonor Gonçalves, aprovou a defesa da dissertação intitulada **“ESTUDO DAS RELAÇÕES ENTRE TRABALHO E ENVELHECIMENTO DOS TRABALHADORES TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO”** apresentada pela mestrand **JULIANA BARBOSA FIRMES**, para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Saúde e Trabalho, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 19 de março de 2010.

Tarcísio M. Pinheiro

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro
Orientador

Andréa Maria Silveira

Profa. Andréa Maria Silveira

Leonor Gonçalves

Profa. Leonor Gonçalves



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640



UFMG

ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de **JULIANA BARBOSA FIRMES**. Às nove horas do dia **dezenove de março de dois mil e dez**, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG, a Comissão Examinadora de dissertação indicada pelo Colegiado do Programa para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: **"ESTUDO DAS RELAÇÕES ENTRE TRABALHO E ENVELHECIMENTO DOS TRABALHADORES TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO"**, requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública - Área de Concentração em Saúde e Trabalho. Abrindo a sessão, o Presidente da Comissão, Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro, após dar a conhecer aos presentes o teor das normas regulamentares do trabalho final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro/ Orientador	Instit.: UFMG	Indicação: <u>APROVADA</u>
Profa. Andréa Maria Silveira	Instit.: UFMG	Indicação: <u>APROVADA</u>
Profa. Leonor Gonçalves	Instit.: UFMG	Indicação: <u>APROVADA</u>

Pelas indicações a candidata foi considerada APROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 19 de março de 2010.

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro/ Orientador Tarcísio M. Magalhães Pinheiro

Profa. Andréa Maria Silveira Andréa Maria Silveira

Profa. Leonor Gonçalves Leonor Gonçalves

Profa. Mariângela Leal Cherchiglia/ Coordenadora Mariângela Leal Cherchiglia

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.

Profa. Mariângela Leal Cherchiglia
Coord. PG em Saúde Pública
Faculdade de Medicina UFMG

Profa. Mariângela Leal Cherchiglia
Coord. PG em Saúde Pública
Faculdade de Medicina UFMG

Aos meus pais e à minha irmã:
fontes de inspiração e estímulo
para seguir em frente.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por cada momento dessa caminhada.

Ao Professor e Orientador Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro, pela oportunidade, disponibilidade e paciência irrestrita. E pelos ensinamentos que foram essenciais.

Aos meus pais, pelo amor, força e confiança que tornaram tudo possível.

À minha irmã Luciana, por sua amizade e pelos preciosos conselhos ao longo desse período.

Aos técnicos de enfermagem, por permitirem o acesso às suas experiências e ao seu cotidiano.

À diretoria de enfermagem do hospital, pelo apoio prestado.

À Poliana, pelo auxílio prestimoso e suas contribuições.

À Iara, Rui, Carol e Ana Paula, pelo companheirismo e por tornarem esses anos mais divertidos.

À minha querida Tia Penha, pelo estímulo e atenção dedicados desde o começo.

Aos professores e colegas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, pelo aprendizado e experiências divididas.

Aos meus queridos amigos, pelo carinho e companhia insubstituíveis.

À CAPES, pelo apoio financeiro.

***“Envelhecer
ainda é a única maneira que
se descobriu de viver muito tempo.”***

Charles Saint-Beuve

RESUMO

A mudança na estrutura etária da população aumenta o interesse por esclarecer as influências e variações sobre o processo de envelhecimento dos sujeitos. Dentre os aspectos a serem investigados, as relações entre trabalho e envelhecimento se destacam à medida que também se altera a composição etária da população considerada economicamente ativa e aumenta o tempo de permanência dos trabalhadores no mercado de trabalho. Ao mesmo tempo, em função da hegemonia do modo capitalista de produção, o trabalho cresce em importância como determinante de relações sociais e na construção da identidade dos sujeitos.

O objetivo dessa pesquisa foi avaliar as relações entre trabalho e envelhecimento a partir da perspectiva e da percepção de trabalhadores técnicos em enfermagem de um hospital público.

Foi realizado um estudo transversal que associou abordagens quantitativas e qualitativas. Inicialmente, aplicou-se um questionário auto-respondível a 198 trabalhadores com idade igual ou superior a 45 anos. Desse grupo, uma amostra de 28 sujeitos compôs três grupos focais, realizados posteriormente.

Os resultados encontrados mostraram que os técnicos percebem mudanças no cotidiano de trabalho em função do avanço da idade, especialmente no tocante à diminuição de suas capacidades físicas. Também reconhecem influências das condições de trabalho sobre o processo de envelhecimento, sob a forma de desgaste acumulado com o passar dos anos. Diante desse reconhecimento, desenvolvem estratégias para minimizar os efeitos adversos do trabalho e contornar as limitações advindas do envelhecimento. Sobre os planos para o futuro, esses trabalhadores planejam se afastar do trabalho na assistência à saúde assim que for possível se aposentar, mas não desejam parar de trabalhar de maneira geral.

Conclui-se que apesar de haver importantes diferenças nas formas como cada sujeito experimenta o processo de envelhecimento, parece ser imprescindível que haja mudanças no nível da organização do trabalho, com vistas a minimizar as conseqüências danosas ao bem estar do trabalhador.

Palavras-chave: Trabalho, Envelhecimento, Enfermagem, Saúde do trabalhador.

ABSTRACT

The change in the age structure of population increases interest in clarifying the influences and variations on the subjects aging process. Among the topics to be discussed, the relationship between aging and work stands out as also changes the age composition of the population considered economically active and increases the permanence time of the workers in the labor market. At the same time, work becomes more important to define social relations and to build subject's identity.

The purpose of this study was to evaluate the relationship between work and aging from the perspective and the perception of nursing technician employed in a public hospital.

It was conducted a cross-sectional study that linked qualitative and quantitative approaches. Initially, was applied a self-answerable questionnaire to 198 workers aged over 45 years. Of this group, a sample of 28 subjects composed three focus groups, conducted later.

The results showed that the technicians perceive changes in the daily work due to aging, especially regarding the diminution of his physical abilities. They also recognize the influences of working conditions on the aging process in the form of wear accumulated over the years. Given this recognition, develop strategies to minimize the adverse effects of work and bypass the limitations caused by aging. About their ideas for the future, these workers plan to deviate from work in health care as soon as possible to retire but do not want to stop working in general.

Although there are important differences between the ways in which each one experiences the process of aging, there must be changes in the organization of work, in order to minimize the harmful consequences to the welfare of the worker.

Key-words: Work, Aging, Nursing, Occupational Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1:	Interação do estilo de vida, adoecimento, trabalho e envelhecimento biológico real	32
GRÁFICO 1:	Trabalha em outro lugar?	51
GRÁFICO 2:	Desempenho Geral	64
GRÁFICO 3:	Distribuição da percepção de mudanças na exigência física em função do gênero	68
GRÁFICO 4:	Sente-se reconhecido por:	69

LISTA DE TABELAS

TABELA 1:	Distribuição do sexo, faixa etária e escolaridade entre técnicos em enfermagem – Belo Horizonte/MG, 2009	48
TABELA 2:	Distribuição da idade, tempo total de trabalho, número de horas semanais de trabalho no hospital e tempo de trabalho no hospital entre técnicos em enfermagem – Belo Horizonte/MG, 2009	49
TABELA 3:	Distribuição dos técnicos em enfermagem em função da faixa etária e do vínculo empregatício – Belo Horizonte/MG, 2009	50
TABELA 4:	Número de horas semanais trabalhadas em outros locais pelos técnicos em enfermagem – Belo Horizonte/MG, 2009	50
TABELA 5:	Distribuição dos técnicos em enfermagem em função da variável “trabalho em outro lugar” e o vínculo empregatício – Belo Horizonte/MG, 2009	51
TABELA 6:	Tempo médio diário de deslocamento para o trabalho entre os técnicos em enfermagem – Belo Horizonte/MG, 2009	52
TABELA 7:	Avaliação dos técnicos em enfermagem sobre as condições físicas do ambiente de trabalho – Belo Horizonte/MG, 2009	53
TABELA 8:	Avaliação dos técnicos em enfermagem sobre o incômodo advindo do ruído no ambiente de trabalho – Belo Horizonte/MG, 2009	53
TABELA 9:	Avaliação dos técnicos em enfermagem sobre a variação de suas atividades de trabalho – Belo Horizonte/MG, 2009	54
TABELA 10:	Avaliação dos técnicos em enfermagem sobre a utilização de produtos químicos no trabalho – Belo Horizonte/MG, 2009	54
TABELA 11:	Avaliação dos técnicos em enfermagem sobre adequação e manutenção de equipamentos de trabalho – Belo Horizonte/MG, 2009	55
TABELA 12:	Avaliação dos técnicos em enfermagem sobre a relação com os colegas de trabalho – Belo Horizonte/MG, 2009	56
TABELA 13:	Ocorrência de acidentes ou doenças de trabalho entre os técnicos em enfermagem – Belo Horizonte/MG, 2009	57
TABELA 14:	Presença de queixas de saúde associadas ao trabalho entre os técnicos em enfermagem – Belo Horizonte/MG, 2009	58
TABELA 15:	Avaliação dos técnicos em enfermagem sobre a relação entre a lesão/doença e o trabalho atual – Belo Horizonte/MG, 2009	59
TABELA 16:	Avaliação dos técnicos em enfermagem sobre sua capacidade para o trabalho – Belo Horizonte/MG, 2009	60
TABELA 17:	Avaliação dos técnicos em enfermagem sobre as exigências do trabalho – Belo Horizonte/MG, 2009	60
TABELA 18:	Adaptação do trabalho em função da faixa etária entre técnicos em enfermagem – Belo Horizonte/MG, 2009	61
TABELA 19:	Avaliação dos técnicos em enfermagem sobre o trabalho e sua relação com destreza e alterações visuais – Belo Horizonte/MG, 2009	62
TABELA 20:	Avaliação dos técnicos em enfermagem sobre mudanças na força muscular e nas capacidades de memória e raciocínio – Belo Horizonte/MG, 2009	63
TABELA 21:	Relações entre o avanço da idade e ambiente de trabalho entre técnicos em enfermagem – Belo Horizonte/MG, 2009	65
TABELA 22:	Avaliação dos técnicos em enfermagem sobre discriminação por causa da idade distribuída em função da faixa etária – Belo Horizonte/MG,	65

	2009	
TABELA 23:	Avaliação dos técnicos em enfermagem sobre a relação entre avanço na idade e exigências no trabalho – Belo Horizonte/MG, 2009	66
TABELA 24:	Percepção de mudanças nas exigências físicas do trabalho do técnico em enfermagem distribuída em função do gênero – Belo Horizonte/MG, 2009	67
TABELA 25:	Avaliação dos técnicos em enfermagem sobre satisfação no trabalho – Belo Horizonte/MG, 2009	68
TABELA 26:	Avaliação dos técnicos em enfermagem sobre reconhecimento no trabalho – Belo Horizonte/MG, 2009	69
TABELA 27:	Relação entre reconhecimento e satisfação no trabalho entre técnicos em enfermagem – Belo Horizonte/MG, 2009	70
TABELA 28:	Caracterização dos grupos focais	71
TABELA 29:	Categoria de análise: trabalho	72
TABELA 30:	Categoria de análise: trabalho em enfermagem	73
TABELA 31:	Categoria de análise: envelhecimento	73
TABELA 32:	Categoria de análise: trabalho e envelhecimento	74
TABELA 33:	Categoria de análise: aposentadoria	74

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 - JUSTIFICATIVA	17
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	19
2.1 - ENVELHECIMENTO	20
2.2 - ENVELHECIMENTO POPULACIONAL	22
2.3 - TRABALHO	24
2.4 - TRABALHO EM ENFERMAGEM	27
2.5 - ENVELHECIMENTO E TRABALHO	29
3 OBJETIVOS.....	38
4 MÉTODOS.....	40
4.1 - DESENHO DO ESTUDO	41
4.2 - POPULAÇÃO DO ESTUDO	42
4.3 - AMOSTRAGEM	42
4.4 - COLETA DE DADOS	43
4.5 - ANÁLISE DOS DADOS	44
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
5.1 - DADOS QUANTITATIVOS – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO PARCIAL	47
5.1.1 - Perfil epidemiológico	47
5.1.2 - Condições e relações de trabalho	48
5.1.3 - Capacidade para o trabalho	59
5.1.4 - Mudanças relacionadas ao avanço da idade	62
5.1.5 - Satisfação e reconhecimento no trabalho	68
5.2 - DADOS QUALITATIVOS – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO PARCIAL	71
5.2.1 - Percepções acerca do envelhecimento	75
5.2.2 - Significados do trabalho	77
5.2.3 - Condições de trabalho	79
5.2.4 - Peculiaridades do trabalho em enfermagem.....	85
5.2.5 - Efeitos do envelhecimento sobre o trabalho	90
5.2.6 - Efeitos do trabalho sobre o envelhecimento	93
5.2.7 - Estratégias defensivas dos trabalhadores	96
5.2.8 - Aposentadoria	98
5.3 - DISCUSSÃO FINAL	100
6 CONCLUSÃO	105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	108
ANEXOS.....	121
ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA	122
ANEXO B – ROTEIRO DE TEMAS PARA O GRUPO FOCAL	128
ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	129
ANEXO D – COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELO DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL.....	131

ANEXO E – COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMG.....	132
ANEXO F – CERTIFICADO DE QUALIFICAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA	133

O envelhecimento da população tem sido um tema recorrente de pesquisas em todo o mundo. Esse interesse é justificado pelo aumento expressivo da longevidade e pela expansão do segmento da população com mais de 60 anos em relação à totalidade dos indivíduos. Esse fenômeno não é mais privilégio de países desenvolvidos e se repete, com as devidas particularidades, nos países em desenvolvimento – inclusive no Brasil.

Essa mudança na estrutura etária da população impõe demandas a todos os setores sociais, desde o Estado à família. O envelhecimento populacional impetra a necessidade de desenvolver políticas públicas e arranjos sociais que incluam um segmento que até então não era tomado como foco e que hoje se apresenta com necessidades concretas, cujo delineamento se reflete por toda a sociedade. Dessa forma, ocupar-se da questão da velhice não se trata de ações de cunho privado ou assistencial, mas de lidar com aspectos que atingem, cada vez mais, o grupo social como um todo.

Dentre as muitas questões a serem investigadas a fim de esclarecer aspectos ligados ao envelhecimento da população, o tema acerca das inter-relações entre trabalho e envelhecimento se constitui como um campo de estudo vasto e complexo. Não obstante, as pesquisas na área são recentes – se comparadas a temas correlatos – e não abrigam uma grande quantidade de estudos. A maioria desses estudos são oriundos de países desenvolvidos, nos quais o envelhecimento populacional é uma realidade presente há mais tempo, cujos efeitos e demandas são observáveis em escala mais avançada.

A relevância da relação entre envelhecimento e trabalho se depreende da extensão em que os dois objetos estão presentes na vida dos sujeitos – seja como possibilidade, como processo ou como atividade do cotidiano.

O trabalho se apresenta como modulador da organização social e das vivências afetivas dos sujeitos. É atividade cotidiana da maior parte da população adulta e determinante da relação do sujeito com o grupo social. As relações de trabalho – e as relações sociais delas advindas – circunscrevem sobremaneira o comportamento humano. Em certa medida, toda ação humana é permeada pela influência da posição que cada sujeito ocupa nas relações sociais e de produção.

O envelhecimento populacional realça os possíveis efeitos e relações entre o trabalho e o envelhecimento. À medida que a pirâmide etária muda sua conformação, também se altera a composição etária da chamada População Economicamente Ativa. Isso significa dizer que a população que trabalha está envelhecendo se comparada com os índices de períodos anteriores.

Um fator agravante a ser considerado nessa mudança demográfica são os efeitos das políticas neoliberais relacionadas à proteção social e aposentadoria. Ao mesmo tempo em que os governos reduzem em quantidade e qualidade os serviços prestados à população, levando ao aumento dos gastos com os sistemas privados – os serviços de saúde e educação são exemplos emblemáticos dessa situação –, o poder de compra das aposentadorias desvaloriza-se continuamente. Disso resulta a necessidade de muitos sujeitos, já em idade de aposentarem-se, permanecerem no mercado de trabalho a fim de complementar sua renda (D’ALENCAR & CAMPOS, 2006).

Ainda como efeito das políticas de orientação neoliberal, cada vez mais a renda do aposentado serve como sustentáculo da renda familiar, uma vez que os sujeitos mais jovens encontram dificuldades para garantir os recursos necessários à sobrevivência doméstica a partir da venda de sua força de trabalho. Em pesquisa realizada com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, em 1998, verificou-se que os idosos contribuíam de maneira expressiva na renda familiar e que seu rendimento representava quase 53% da renda de suas famílias (CAMARANO, 1999).

Todavia, a velhice não é um período isolado das demais etapas de vida dos sujeitos. O envelhecimento é um processo e, como tal, é construído a partir de mudanças e influências que ocorrem paulatinamente ao longo dos anos. Destarte, é importante se ater ao processo de envelhecimento daqueles que ainda não são considerados velhos e ocupam lugar dentre a população considerada ativa.

Dessa forma, cabe avaliar os efeitos e limitações ocasionados às capacidades laborais à medida que avança a idade dos trabalhadores, bem como a ocorrência de aspectos avaliados como positivos, como a possibilidade de enriquecimento intelectual.

Estudos têm sido conduzidos para avaliar essas alterações. Em relação à capacidade física, são indicadas como mais importantes as mudanças nos sistemas muscular e cardiovascular, na estrutura corporal e em alguns sistemas sensoriais. No tocante às habilidades mentais, as variações mais relevantes se referem ao enfraquecimento da precisão e velocidade da percepção, que, no entanto, são substituídas por motivação e experiência, resultando em poucas alterações quando associadas a outras habilidades que são expandidas com o aumento da idade – como inteligência e habilidade para a compreensão das situações como um todo (ILMARINEN, 2008).

A maior parte das pesquisas realizadas com trabalhadores em processo de envelhecimento se restringe à correlação dos impactos da idade sobre o processo de trabalho. É importante ponderar não apenas acerca das influências do envelhecimento sobre os processos de trabalho, mas é essencial perguntar-se sobre os modos como o trabalho influencia o processo de envelhecimento de cada indivíduo.

Também é necessário analisar as nuances do processo de trabalho no qual os trabalhadores estão inseridos para conhecer o modo como influencia e determina seu processo em direção à velhice. Dessa forma é possível ainda reconhecer as estratégias que os indivíduos utilizam para manter-se em atividade com o avanço da idade e as tentativas de minimizar o desgaste oriundo das condições e exigências do trabalho (LAURELL & NORIEGA, 1989).

1.1 - Justificativa

O estudo das inter-relações entre o envelhecimento do trabalhador e os processos de trabalhos aos quais está submetido amplia o conhecimento acerca da importância do trabalho sobre as experiências individuais e coletivas dos sujeitos. À medida que o toma como atividade cujas influências vão muito além do ambiente laboral, esse tipo de estudo reforça a perspectiva do trabalho como elemento essencial nas análises sobre a organização social e suas implicações sobre os indivíduos nos mais diversos aspectos.

Por partir do ponto de vista dos sujeitos envolvidos, contribui para a construção de políticas e ações mais efetivas em busca de melhores condições de trabalho e saúde, além de endossar a inclusão dos trabalhadores nesse exercício.

Em relação à Saúde Pública, oferece meios de clarificar as vias pelas quais os comportamentos ligados aos processos de saúde e adoecimento são determinados a partir dessas vinculações sociais e de trabalho. Favorece especialmente o entendimento das peculiaridades do envelhecimento de trabalhadores em idade madura, somando artifícios para o enfrentamento desse processo como um todo.

De acordo com Teixeira (2006), o estudo da realidade do trabalho é uma possibilidade de confrontar a cultura privacionista do envelhecimento, que relega ao sujeito a responsabilidade pela manutenção, ou não, do bem estar e da qualidade de vida na velhice, negando o aspecto social desse processo e camuflando os efeitos perversos do modo de produção capitalista.

2.1 - Envelhecimento

O interesse pelo estudo do envelhecimento humano não é recente: desde há muito filósofos e pensadores se debruçam sobre tentativas de explicar e responder sobre o tema. O que é bastante atual é a delimitação de um campo distinto de investigações científicas sobre o assunto, cujos desdobramentos ainda estão sendo construídos.

Não obstante os esforços dos pesquisadores em esclarecer os aspectos e processos ligados ao envelhecimento, não existe um consenso sobre o que seja a sua natureza e quais são os processos que o delimitam.

Segundo Moraes e Silva (2008), o envelhecimento representa a consequência ou os efeitos da passagem do tempo. Essa passagem do tempo é percebida através de efeitos positivos ou negativos observados em diferentes dimensões do indivíduo, no âmbito biológico, psíquico e social. É exatamente esse aspecto pluridimensional do envelhecimento que dificulta uma interpretação unívoca.

Siqueira, Botelho e Coelho (2002) identificou quatro diferentes grupos de perspectivas analíticas sobre o fenômeno, quais sejam: “biológico/comportamentalista”, “economicista”, “socioculturalista” e “transdisciplinar”. Essas abordagens se diferenciam pela maior ou menor importância dada às dimensões envolvidas.

Em uma perspectiva biológica, o envelhecimento é o conjunto de transformações do organismo que ocorrem após a maturação sexual e que resultam na diminuição gradual da probabilidade de sobrevivência (NERI, 2001). Trata-se então de uma involução morfológica e funcional (MORAES e SILVA, 2008), cujo estágio final é a morte do indivíduo.

Do ponto de vista economicista, o processo de envelhecimento é entendido como um fenômeno social, delimitado principalmente pelas relações com a estrutura social produtiva. Ou seja, o que define o envelhecimento é a saída do indivíduo do lugar de sujeito economicamente ativo e, como consequência, as mudanças nos papéis sociais e familiares posteriormente experimentadas.

Por sua vez, vertentes mais alinhadas à Sociologia argumentam que o envelhecimento é uma construção social, uma vez que a sociedade e a cultura estabelecem as funções e atribuições adequadas a cada idade, seja na divisão social do trabalho, seja na composição familiar (SIQUEIRA, BOTELHO e COELHO, 2002). Debert (1999) associa o surgimento do envelhecimento tal como se entende atualmente ao processo de modernização das sociedades ocidentais, que resultou na compreensão do curso de vida como uma instituição social relevante. Até então, a forma de organização familiar e do trabalho não favoreciam a fragmentação da vida em etapas determinadas (HAREVEN, 1995 apud SILVA, 2008). Assim, a velhice – entendida como a última das etapas do ciclo de vida – teria sua origem no período de transição entre os séculos XIX e XX, impulsionada pela ampliação dos conhecimentos médicos acerca da velhice e pela institucionalização das aposentadorias (SILVA, 2008).

As perspectivas apresentadas até então se caracterizam por enfatizarem mais os aspectos biológicos ou sociais e culturais envolvidos no processo de envelhecimento. Uma quarta abordagem difere dessas anteriores por não dar destaque a nenhum desses aspectos em especial. Nesse cenário, o envelhecimento é abordado de modo transdisciplinar,

como fenômeno natural e social que se desenrola sobre o ser humano, único, indivisível, que, na sua totalidade existencial, defronta-se com problemas e limitações de ordem biológica, econômica e sociocultural que singularizam seu processo de envelhecimento (SIQUEIRA, BOTELHO E COELHO, 2002).

Destacam-se dois componentes importantes nessa definição de envelhecimento. O primeiro é a noção de totalidade, ou seja, a impossibilidade de ser analisado unicamente sob um ou outro aspecto. Segundo Beauvoir (1970), não é suficiente a análise dos diversos aspectos do envelhecimento, “cada um deles reage sobre todos os outros e é por eles afetado. É no movimento indefinido dessa circularidade que temos de apreendê-lo”. Um segundo aspecto é o caráter individual da experiência de envelhecer. Embora haja uma orientação geral sobre determinados padrões de envelhecimento, a sua ocorrência contém grande variabilidade intra e interindividual (NERI, 2001).

Como fenômeno, o envelhecimento é um processo que atinge todos os sujeitos desde o nascimento, iniciando-se no útero e terminando no túmulo (BRÊTAS, 2000). Esse processo culmina na velhice, que é marcada por manifestações fenotípicas que indicam que o

envelhecimento encontra-se em sua plenitude (NETTO, 2006). Dessa forma, o envelhecimento comporta a fase da velhice sem, no entanto, esgotar-se nela (NERI, 2001).

É sobre essa última perspectiva que o presente estudo se fundamenta, corroborando a noção de multidimensionalidade do envelhecimento e da velhice. Do ponto de vista da investigação científica,

a velhice encerra uma pluralidade que impossibilita retê-la em um conceito ou noção ao investigá-la, deixando ao alcance do pesquisador somente a possibilidade de confrontar as diferentes experiências de envelhecimento umas com as outras, e a tentativa de identificar as constantes e determinar as razões de suas diferenças (SIQUEIRA, BOTELHO e COELHO, 2002).

2.2 - Envelhecimento Populacional

De acordo com os padrões estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde, considera-se idoso nos países em desenvolvimento o indivíduo que tenha 60 anos ou mais. Nos países desenvolvidos essa idade sobe para 65 anos (PEREIRA, CURIONI e VERAS, 2003).

No Brasil, espera-se que a proporção de pessoas idosas, em relação à população como um todo, se eleve de 8% no ano de 1996, para 15% no ano de 2020 (CAMARANO, 2002). Isso representará um contingente de aproximadamente 30,9 milhões de pessoas com mais de 60 anos. Para se ter uma idéia do crescimento comparado a períodos anteriores, a participação desse segmento da população era de apenas 4% do total de habitantes do país em 1940. Em seis décadas, passou a 8,6% (BELTRÃO, CAMARANO E KANSO, 2004). Em 60 anos, a quantidade de idosos no país cresceu nove vezes e irá dobrar de volume até o final da próxima década. Desde a década de 40, as taxas mais altas de crescimento populacional vêm sendo observadas entre a população idosa, tendo atingido índices superiores a 3% a.a desde os anos 50 (CAMARANO et al, 1999).

As principais razões atribuídas às mudanças na estrutura etária do país se relacionam ao aumento da expectativa de vida e à redução nas taxas de fecundidade no período pós-Segunda Guerra Mundial.

A expectativa de vida atual, para homens e mulheres, situa-se ao redor de 75 anos no país (CAMARANO, 1999). Ainda de acordo com essa autora, é possível que a expectativa cresça

ainda mais, alcançando os 90 anos em um futuro próximo – desde que sejam mantidos os avanços nas áreas relacionadas à saúde. Foi importante o desenvolvimento de tecnologias de tratamento e diagnóstico precoce de uma ampla gama de doenças (CAMARANO, KANSO & MELLO, 1999), reduzindo a mortalidade por causas que, hoje, são consideradas evitáveis. De forma indireta, também as melhorias nos sistemas de saneamento público e a urbanização da população – hoje concentrada predominantemente nas cidades – acarretaram mudanças nas condições e no acesso aos serviços de saúde.

Não obstante os aspectos ligados às condições de saúde, no período entre a década de 50 e o início do século XXI, houve um contínuo declínio do número de filhos por cada família, o que resultou em diminuição no ritmo de crescimento populacional (CAMARANO et al, 1999). Assim, a proporção de adultos mais velhos experimenta um aumento atual que reflete as altas taxas de nascimento que prevaleceram até o pós-guerra e que também repercuta a redução da fecundidade nas gerações mais recentes. Enquanto o número de velhos aumenta, o número de jovens, proporcionalmente, diminui.

Comparado com o declínio experimentado por nações desenvolvidas, esse processo se deu de modo muito acelerado no Brasil. Enquanto países como Suécia e Inglaterra levaram em média 60 anos para reduzir em 50% seus níveis de fecundidade, o Brasil levou apenas 25 anos (WONG e CARVALHO, 2006). De acordo com Félix (2007), enquanto os países desenvolvidos enriqueceram primeiro e só depois envelheceram, o Brasil experimenta o envelhecimento de sua população antes de concluir o seu desenvolvimento, sem ter tempo e recursos econômicos – fenômeno que não é exclusivo, sendo observado também em outros países em desenvolvimento.

Essa mudança no perfil etário da população tem efeitos sobre a composição da População Economicamente Ativa – PEA (CAMARANO, 2001). O primeiro impacto é observado na idade média da PEA brasileira, que passou de 33,2 anos em 1980 para 34,7 em 2000 (CAMARANO, KANSO e MELLO, 1999). Quando a análise se faz por subgrupos, a PEA pode ser dividida entre um segmento *sênior*, que compreende a população entre 25 e 64 anos, e um segmento *júnior*, que corresponde à população entre 15 e 24 anos. As taxas de crescimento desses segmentos apresentam-se bastante diferentes: enquanto o segmento júnior já apresenta tendências de crescimento negativo, a população sênior permanece aumentando (WONG e CARVALHO, 2006).

Ademais, no Brasil, a exemplo do que acontece em outros países em processo de desenvolvimento, a idade de saída do mercado de trabalho é bastante elevada. A proporção de idosos na força de trabalho, que era de 9% em 1998, deve chegar a 13% no ano de 2020 (PÉREZ, WAJNMAN E OLIVEIRA, 2006).

É de se esperar, portanto, que a força de trabalho no país seja composta por um número cada vez maior de idosos ou adultos em faixas etárias mais avançadas.

2.3 - Trabalho

O trabalho pode ser entendido como a expressão de uma relação entre o homem e a natureza, através da qual objetos naturais são transformados em outros mediante a intenção e a ação humana (ANTUNES, 1999). Embora existam no meio ambiente outros seres vivos capazes de promover alterações nos elementos ao seu redor, o trabalho é considerado uma atividade exclusivamente humana, que difere da atividade animal por ser consciente, proposital e orientado pela inteligência (BRAVERMAN, 1987).

Ainda segundo Antunes (1999), o trabalho é um processo que altera a natureza ao mesmo tempo em que altera o próprio ser que trabalha. Assim, também o homem é modificado como efeito de seu trabalho. Laurell e Noriega (1989) apontam que o aspecto intencional e criativo da atividade de trabalho possibilita não apenas a criação de novos objetos, mas também o surgimento de novas relações entre os indivíduos, já que o “ambiente” dos seres humanos é cada vez mais um ambiente social. Por sua vez, por se tratar de uma estrutura dinâmica que não se apresenta de maneira homogênea para os que o compõem, esse ambiente social pode ser compreendido também sob a ótica de um acúmulo histórico dos diferentes momentos e relações que se sucederam em sua construção.

A centralidade do trabalho advém da possibilidade de constituir-se como “expressão metabólica da relação entre o ser social e a natureza” (ANTUNES, 1999). É um parâmetro consistente da inserção do sujeito no processo de desenvolvimento da sociedade e de sua participação social (D’ALENCAR E CAMPOS, 2006). No modo de produção capitalista vigente, o trabalho credencia à entrada na esfera da produção e do consumo e permite participar em alguma medida da estrutura social do capital.

O trabalho ocupa lugar de destaque na organização da sociedade atual, “(...) É meio de produção da vida de cada um ao prover subsistência, criar sentidos existenciais ou contribuir na estruturação da identidade e da subjetividade”. (TOLFO e PICCININI, 2007). Essa noção de trabalho como a “mais valorizada das atividades humanas” (CARLOS et al, 1999) é, no entanto, muito recente. Por muito tempo foi associado à noção de castigo e muito esforço. É a partir da era Moderna e do surgimento do modo de produção capitalista que o trabalho ascende ao posto de principal valor dos tempos modernos (BAUMAN, 2001). Para Arendt (1981), o trabalho se eleva:

da mais humilde e desprezível posição à mais alta categoria (...) começou quando Locke descobriu que é a fonte de toda a propriedade; prosseguiu quando Adam Smith afirmou que era a fonte de toda a riqueza, e atingiu seu clímax em Marx quando o trabalho passou a ser a origem de toda a produtividade e a expressão da própria humanidade do homem.

Segundo Bauman (2001), ao passo em que passaram a ser atribuídas ao trabalho virtudes e promessas de prosperidade, foi-lhe conferido o caráter de condição natural dos seres humanos e, como consequência, o estar sem trabalho foi reduzido à categoria de anormalidade.

Assim, o tecido social contemporâneo estrutura-se a partir do trabalho e não oferece outros parâmetros de identificação que permitam dar sentido e valor ao cotidiano a não ser através do exercício laboral (CARLOS et al, 1999). Para permanecer como elemento desse processo e não ficar à margem da organização social, os sujeitos se submetem às necessidades e imposições do mercado de trabalho capitalista. Cada vez mais, o trabalho se torna uma atividade que exige muito além do que a força de trabalho: exige todos os esforços do trabalhador, físicos e mentais, para alcançar um alto índice de produção e resultados e manter favorável – passível de lucros ao capital – a balança comercial entre a compra da força de trabalho e a venda de seu produto final.

Essa lógica capitalista de consumo e produção de mercadorias se estende aos aspectos da vida fora do trabalho e impregna toda a existência social (TEIXEIRA, 2006). Os valores capitalistas do que seja utilidade, em termos de vendabilidade e lucratividade redefinem o uso das coisas, das relações e das pessoas. Nas palavras de Antunes (1999), “o tempo fora do trabalho também está bastante poluído pelo fetichismo da mercadoria”.

Considerando que as relações de trabalho e produção se dão em função das características próprias dos aspectos e sujeitos que nelas estão envolvidos e do lugar e momento histórico que ocupam, é muito importante conhecer os processos de trabalho para se ter acesso às peculiaridades da ligação entre sujeito e trabalho e aos modos como um atua sobre o outro.

Por processo de trabalho, entende-se “o processo pelo qual matérias-primas, ou outros insumos, são transformados em produtos com valor de uso” (PALLOIX, 1982). É o processo pelo qual a atividade humana produz os bens que serão consumidos pelo capital. É nesse processo que se dão os acordos, os embates, os acertos e estratégias entre aqueles que vendem seu trabalho e aqueles que o compram. O processo de trabalho é dotado de aspectos técnicos, sociais e econômicos, sendo que os instrumentos de trabalho são o resultado de determinadas relações de classe e do desenvolvimento científico-tecnológico (LAURELL e MÁRQUEZ, 1983).

Em uma perspectiva marxista, o processo de trabalho assume a função de categoria central na análise da produção social do nexos biopsíquico humano, possibilitando o acesso às formas sociais sob as quais se dá a relação entre o homem e a natureza (LAURELL e NORIEGA, 1989). Em última instância, examinar esse processo equivale a analisar os meios através dos quais o sistema capitalista extrai e maximiza seus lucros a partir da compra da força de trabalho dos indivíduos. Para estudá-lo é preciso analisar as características de seus componentes básicos, que são os objetos e instrumentos de trabalho e o próprio trabalho, e a relação entre eles.

O objeto de trabalho é o elemento sobre o qual se trabalha, sobre o qual se efetuam as modificações pela ação do ser humano. Os instrumentos são os artifícios usados para efetuar essas transformações, sendo que nem todo instrumento de trabalho é tangível, podendo conformar conhecimentos, habilidades e atitudes que sejam empregados nesse propósito. A ação do trabalho conforma finalidades e métodos. A finalidade é a razão pela qual ele se realiza e pode ser compartilhada por processos de trabalho diferentes. Finalmente, os métodos são o conjunto organizado e controlado de ações orientadas para a execução da finalidade da atividade de trabalho (SANNA, 2007).

2.4 - Trabalho em Enfermagem

O mundo do trabalho sofreu revoluções e modificações importantes no decorrer do século XX. Essas mudanças, que tiveram lugar inicialmente nos países de capitalismo avançado, impetraram repercussões significativas também nos países em desenvolvimento e de Terceiro Mundo.

Uma dessas transformações foi a heterogeneização e fragmentação das formas de trabalho: aumentaram-se as contratações de trabalho parcial, terceirizado, subcontratado e, de modo especial, multiplicaram-se as atividades de trabalho vinculadas ao setor de serviços (ANTUNES, 1999; SALERNO, 2001). O setor de serviços é um grupo de difícil caracterização por se tratar de uma gama de processos com grande diversidade de características no que diz respeito às formas de trabalho, práticas gerenciais e relações com clientes e o público em geral (SALERNO, 2001). O que existe de comum é o esquema de produção de valores diferente da produção material tradicional, característica dos sistemas fabris (PIRES, 1999). De modo geral e resumido, o setor de serviços se caracteriza pela relação entre a produção de valor associada à interação com o cliente-consumidor e outras transações intangíveis.

O trabalho no setor de saúde é considerado como fazendo parte do setor de serviços por envolver a relação direta entre o paciente e o agente do trabalho, seja ele o médico, o enfermeiro ou outro profissional (PIRES, 1999; SALERNO, 2001). O produto da assistência à saúde não resulta em algo material, mas em mudanças no bem-estar e nas condições de saúde do próprio consumidor-paciente. O indivíduo é o próprio “objeto” a ser transformado pelo ato do cuidado (LEOPARDI, GELBCKE e RAMOS, 2001). Como observa Pires (1998), o produto é indissociável do processo que o produz, sendo que a prestação do serviço conforma, basicamente, uma avaliação clínica seguida da indicação ou realização de algum procedimento terapêutico.

Por muito tempo, a realização dos serviços em saúde se dava nas casas dos pacientes ou em instituições asilares, com caráter filantrópico ou beneficente. Essas atividades eram exercidas por profissionais autônomos, sem vínculo empregatício formal e que controlavam todos os processos envolvidos. No período que compreende o declínio do sistema feudal e o surgimento da Idade Moderna, surgem as primeiras instituições hospitalares tal quais são

conhecidas atualmente, que passam a concentrar as atividades ligadas à assistência à saúde. Os pacientes, que até então eram incumbência de familiares ou empregados domésticos, demandam a atenção de profissionais que se ocupem pelos cuidados e pela administração do espaço assistencial. Esse é o contexto do surgimento da enfermagem como profissão, na Inglaterra do século XIX (PIRES, 1998).

A enfermagem,

organiza-se como profissão sob o modo capitalista de produção, e desenvolve sua prática no espaço institucional, hospitalar e, depois, no espaço ambulatorial, integrando o trabalho coletivo em saúde. Desenvolve-se com relativa autonomia em relação aos demais profissionais de saúde, mas subordina-se ao gerenciamento do ato assistencial em saúde feito pelos médicos (...). Os enfermeiros assumem a gerência do trabalho assistencial de enfermagem, controlando a globalidade do processo de trabalho e delegando tarefas parcelares aos demais trabalhadores de enfermagem. A enfermagem, desde a sua organização como profissão, é predominantemente subordinada e assalariada (PIRES, 1998, p. 85).

A enfermagem é responsável pelo cuidado direto ao paciente e o trabalho é realizado por uma equipe formada por profissionais de diferentes níveis hierárquicos e de formação, quais sejam: os enfermeiros, com formação em nível superior e responsáveis pela gerência dos demais integrantes da equipe; os técnicos em enfermagem, com formação em nível técnico após completar o segundo grau; os auxiliares, cuja formação é específica, exigindo o primeiro grau e os atendentes de enfermagem, que não possuem formação profissional e recebem treinamento geralmente em serviço¹ (LEOPARDI, 1999).

As atividades da enfermagem compreendem três processos de trabalho distintos (LEOPARDI, GELBCKE e RAMOS, 2001):

- O processo de trabalho “cuidar” – tem como finalidade atender a necessidades de saúde concretas ou potenciais;
- O processo de trabalho “gerenciar” – geralmente restrito aos enfermeiros, tem como finalidade a organização e o controle do trabalho da equipe de enfermagem;
- O processo de trabalho “educar” – tem como finalidade a transformação da consciência individual e coletiva acerca da saúde.

¹ Ainda hoje é possível encontrar esses profissionais em atividade em ambulatórios e hospitais, no entanto, a lei 7.498/1986, que dispõe sobre o exercício profissional da Enfermagem restringe a sua atuação somente aos atendentes admitidos antes da vigência da lei, não havendo formação legal posterior a esta data.

A esses, Sanna (2007) acrescenta os processos de trabalho “pesquisar”² e “participar politicamente”, cujas finalidades seriam a produção de novos conhecimentos e a conquista de melhores condições de trabalho, respectivamente.

O objeto de trabalho da enfermagem é o próprio sujeito sobre o qual o cuidado se realiza, sendo o cuidado entendido como o *objeto epistemológico*, ou seja, o objeto sobre o qual se desenvolve o conhecimento dessa atividade (LEOPARDI, GELBCKE e RAMOS, 2001).

Tradicionalmente, os cuidados em saúde se organizam sob a forma de cuidados funcionais, cuja organização do trabalho é marcada pelo parcelamento das atividades. Nessa modalidade, os técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem executam as tarefas sem que tenham conhecimento do trabalho como um todo e com poucos espaços de integração. No entanto, coexiste um tipo de assistência pautada por modelos de cuidado integral. Essa modalidade minimiza os efeitos da divisão manufatureira do trabalho e possibilita a emersão de um trabalho mais criativo e qualificado (PIRES, 1998; LEOPARDI, GELBCKE e RAMOS, 2001).

2.5 - Envelhecimento e Trabalho

A compreensão do envelhecimento como um “processo multidimensional” (TEIXEIRA, 2006) leva à assunção de duas considerações importantes: a primeira é a de que constitui um fenômeno único para cada um dos sujeitos que o experimentam (BEAUVOIR, 1970) e a segunda é a de que está sob determinação de vários fatores, de ordem biológica, psicológica, social e cultural.

Por ser um processo contínuo, o envelhecimento acumula os efeitos das ações ocorridas ao longo da vida dos sujeitos. Nas palavras de Brêtas (2000), “a maneira como cada ser na sua especificidade gasta a vida será o delimitador da qualidade do envelhecimento”. Dessa forma, o processo de envelhecimento reflete as condições de vida experimentadas ao longo dos anos.

² Para essa autora, o processo de trabalho pesquisar seria exclusivo dos enfermeiros por serem eles os únicos da equipe de Enfermagem a receberem formação na área de Metodologia em Pesquisa Científica.

Em se tratando de condições de vida, o trabalho é um elemento importante a ser considerado, por englobar boa parte da vida das pessoas. Mais do que isso, como citado anteriormente, o trabalho tornou-se um referencial indispensável na análise da construção e desenvolvimento da sociabilidade dos sujeitos.

As formas de inserção nas relações de produção e reprodução social determinam e diferenciam as realidades vividas (BRÊTAS, 2001):

porque os homens não vivem e não se reproduzem como iguais, principalmente na sociabilidade fundada pelo capital, nas quais as desigualdades, pobreza e exclusões sociais lhe são imanentes e reproduzidas e ampliadas no envelhecimento do trabalhador (TEIXEIRA, 2006)

O capitalismo se sustenta sobre a esfera da produção e venda de bens de consumo. A inserção dos sujeitos nessa lógica depende de sua situação como trabalhadores, pois abrange a capacidade de vender a própria força de trabalho em troca de uma remuneração que o permitirá tornar-se consumidor.

O capitalismo redefine o sentido de 'utilidade', ao qual tudo deve se conformar, tanto para as coisas, quanto para as relações e as pessoas, definido como o que é vendável, lucrativo; lógica a qual os seres humanos devem se ajustar, provando sua 'viabilidade produtiva', ou perecer, caso não consigam se adaptar (TEIXEIRA, 2006).

Sob esse ângulo, o envelhecimento é desvalorizado em função de ser associado à diminuição das capacidades produtivas e da saída do mercado de trabalho. Não se trata, no entanto, de resumir todo o entendimento sobre o envelhecimento às suas relações com o trabalho. Esse é um recorte assumido dentre outras possibilidades de investigação das condições de vida dos sujeitos.

Tratando-se nomeadamente da velhice dos trabalhadores, é relacionada à invalidez e à incapacidade de produzir (SILVA, 2008). Conforme Beauvoir (1970), se a economia é baseada no lucro e toda a sociedade também está subordinada a ele, ou os indivíduos são produtivos ou são rejeitados.

A proximidade entre os processos de trabalho e envelhecimento vai além dos efeitos de um sobre a valorização do outro. O trabalho produz efeitos sobre o envelhecimento por

determinar os usos das forças físicas e cognitivas dos trabalhadores. Por sua vez, o envelhecimento influencia o desenvolvimento e as capacidades dos indivíduos de realizar as suas atividades de trabalho. A idade afeta o desempenho profissional, mas as condições em que o trabalho se realiza interpõem-se sobre os modos como cada organismo envelhece (ODEBRECHT, 2002).

Para a Organização Mundial da Saúde, são considerados trabalhadores mais velhos, em processo de envelhecimento, aqueles com idade a partir de 45 anos (WHO, 1993). É claro que, sendo o envelhecimento um processo contínuo, está em ação sobre todos os indivíduos, independente da idade. No entanto, considera-se que a partir dos 40 anos as mudanças em níveis fisiológicos podem ser mais bem observadas, tornando-se mais evidentes após os 50 anos (MARÍN e IGUTI, 1997). Os efeitos desse processo são progressivos, com o avanço da idade o que se tem é a diminuição nas margens de adaptabilidade dos organismos.

Odebrecht (2002), citando Roizen (1999), assinala que o “ponto de transição entre o crescimento e o envelhecimento se dá entre os 28 e 36 anos (...) e cada função biológica diminui 3 a 6% por década”.

O uso de marcadores como os anos de vida deve ser feito de forma limitada, Hayflick (1996) alerta para o fato de a idade cronológica não ser uma medida confiável de envelhecimento.

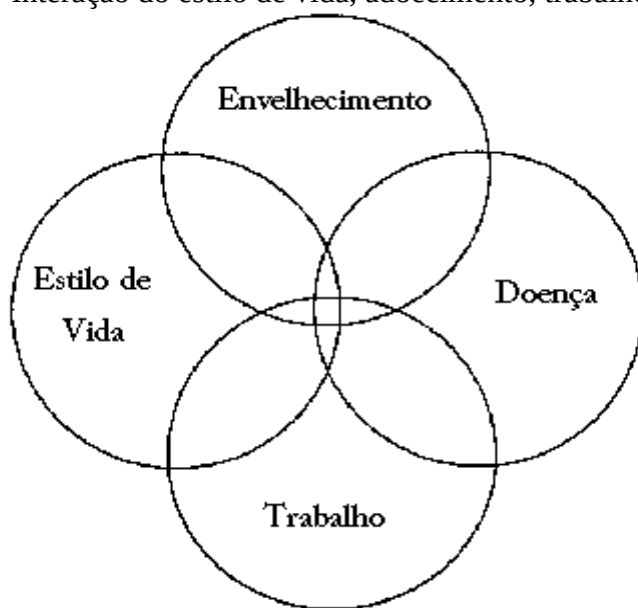
Esses trabalhadores mais velhos estão mais sujeitos a encontrar dificuldades em suas ocupações e trabalho devido ao avanço da idade (OIT, 1980). Como efeito da maior mecanização e automatização dos processos de trabalho, existe um abundante contingente de reserva de pessoas em busca de ocupação no mercado. A ameaça de desemprego e a dificuldade para conseguir uma vaga no mercado formal de trabalho são problemas enfrentados por trabalhadores de todas as idades. Todavia, a situação daqueles considerados mais velhos é agravada pela concorrência com a mão de obra mais jovem, considerada mais barata e, embora inexperiente, mais capaz de se adaptar às novas tecnologias e mudanças no ambiente de trabalho (MARÍN e IGUTI, 1997; ODEBRECHT, 2002).

O panorama que se tem a respeito da situação desses trabalhadores no mercado de trabalho é contraditório. Se por um lado é patente a tendência de envelhecimento da População Economicamente Ativa (KENNY et al, 2008; SILVERSTEIN, 2008; ILMARINEN, 2001;

CAMARANO, KANSO e MELO, 1999), permanecem preconceitos e práticas discriminatórias em relação à idade (MARÍN e IGUTI, 1997). Em países de capitalismo avançado observa-se, inclusive, a diminuição na taxa de participação dos trabalhadores mais velhos dentre a mão de obra empregada, realçando um efeito conhecido como “aposentadoria precoce” (WALKER, 2005).

Para se esclarecer o que há de verdade e o que é mito nas idéias acerca do envelhecimento do trabalhador, é importante começar por deslindar as inconsistências a respeito do envelhecimento como um todo. É preciso discernir envelhecimento e as doenças associadas à velhice. Existem diferenças entre envelhecer e acumular doenças ao longo do tempo. As mudanças que se sucedem com a idade não são doenças, mas sim expressões de uma infinidade de mudanças não aparentes que ocorrem no organismo à medida em que envelhece. O adoecimento não é parte intrínseca desse processo (HAYFLICK, 1996). O avanço dos estudos na área de saúde mostra que a decadência observada em muitas funções em pessoas idosas é fruto de doenças e estilo de vida, ou ainda, de ambos (WHO, 1993). O que acontece no envelhecimento é que as alterações consideradas normais aumentam a vulnerabilidade dos sujeitos. Ou seja, as doenças ocorrem com maior frequência porque diminui a capacidade de combatê-las.

Figura 1 - Interação do estilo de vida, adoecimento, trabalho e envelhecimento biológico real



Adaptado de WHO, 1993 – p. 2

A figura 1 representa um modelo multifatorial para a compreensão do envelhecimento e suas relações com o adoecimento. Além do envelhecimento, o estilo de vida e o trabalho exercem influência sobre o aparecimento e a severidade das doenças. Quando não há doenças, o trabalho e o estilo de vida afetam o ritmo de envelhecimento. Quando há adoecimento, esse interfere no estilo de vida e no trabalho e também pode interferir sobre o processo de envelhecimento. Por sua vez, o estilo de vida é afetado pelo envelhecimento e pelas condições de trabalho (WHO, 1993).

O trabalho é um marcador para o envelhecimento porque exacerba a capacidade – ou a falta dela – dos sujeitos continuarem a desempenhar as mesmas funções com o passar do tempo. É também um consumidor dessa capacidade no decorrer da vida. Para Odebrecht (2002), o envelhecimento funcional geralmente é mais acentuado que o envelhecimento cronológico, o que denotaria a importância dos efeitos da atividade laboral.

Laurell e Noriega (1989) sugerem o uso da noção de desgaste para abordar o uso do corpo – sem restringi-lo aos aspectos fisiológicos – nas atividades de trabalho. Por desgaste, entende-se “a perda da capacidade potencial e/ou efetiva biopsíquica” que pode ou não expressar-se sob a forma de adoecimento. As condições de vida dos trabalhadores não são, dessa forma, entendidas como um processo natural, mas como a expressão direta de um modo particular de desgaste do trabalhador no processo de trabalho que corresponde a formas específicas de reprodução (LAURELL e MÁRQUEZ, 1983).

Processos de trabalho diferentes imprimem padrões de desgaste diferentes com o passar dos anos. E esse desgaste repercute nas potencialidades e dificuldades encontradas por trabalhadores mais velhos. As dificuldades de continuar desempenhando as mesmas funções de trabalho variam de acordo o ramo de atividade. Segundo a OIT (OIT, 1979 apud MARÍN e IGUTI, 1997), o tempo médio de permanência nas indústrias de siderúrgica e automobilística é de 40 a 50 anos, de 30 a 40 anos no setor de construção civil e de 20 a 30 nas indústrias de montagem de componentes eletrônicos. Esse prazo reduz-se para 20 anos no caso de algumas indústrias do ramo da confecção.

No entanto, por estarem ligados a elementos dinâmicos, muitas vezes associados às formas de organização do trabalho, os padrões de desgaste não podem ser tomados como irreversíveis.

Antes, são passíveis de mudança em seu curso e mesmo de recuperação em capacidades já perdidas ou hipotrofiadas.

Outro aspecto a ser considerado é a variabilidade com que esses processos se desenvolvem em cada sujeito (HAMBERG-VAN REENEN et al, 2009; SILVERSTEIN, 2008). À medida que envelhecem, “as pessoas tornam-se menos parecidas umas com as outras” (ODEBRECHT, 2002). Assim, a descrição de padrões quanto ao envelhecimento do trabalhador, mesmo quando baseada no estudo de situações específicas, deve ser entendida como uma orientação geral para a observação de tendência, cujo valor é sempre relativo (NÉRI, 2001).

De um modo geral, as idéias atribuídas ao envelhecimento no trabalho se referem ao declínio na capacidade produtiva, a dificuldades na execução de tarefas com grande exigência física ou cognitiva e a dificuldades para o aprendizado de novos conteúdos. Em uma revisão feita ainda na década de 80, foram apontados os cinco principais mitos em relação às mudanças nas habilidades e saúde desses trabalhadores: (a) o aumento da idade leva à menor capacidade de executar as tarefas de trabalho, menor resistência e taxas elevadas de absenteísmo; (b) trabalhadores mais velhos se acidentam e adoecem mais, representando custos e riscos para o empregador; (c) trabalhadores mais velhos são mais lentos e menos comprometidos com o trabalho, não podendo competir com os mais novos; (d) o aumento da idade leva à rigidez de comportamento e incapacidade de aprender novos conteúdos e, (e) por causa disso, os trabalhadores mais velhos não são lucrativos para as empresas em termos de investimentos em treinamento e reciclagem do conteúdo do trabalho (PETERSON & COBERLY, 1988 apud ROBERTSON & TRACY, 1998).

Muitos estudos têm sido conduzidos para avaliar essas alterações. Hayflick (1996) aponta que as características predominantes do envelhecimento são a redução da capacidade de adaptação e da velocidade de desempenho e o aumento da suscetibilidade à doença. O trabalhador mais velho difere em muitos aspectos do trabalhador mais jovem graças a essas mudanças associadas à idade (HAMBERG-VAN REENEN et al, 2009).

Em um estudo sobre a capacidade funcional de um grupo de trabalhadores da enfermagem, Raffone e Hennington (2005) encontraram uma leve tendência de redução da capacidade para o trabalho entre os sujeitos mais velhos. Skirbekk (2003) afirma que essa redução na

produtividade se relaciona especialmente a tarefas nas quais a resolução de problemas, a aprendizagem e a velocidade são necessárias. Já para atividades onde a experiência e as habilidades verbais são importantes, os níveis de produtividade permanecem altos com o avanço da idade.

Os estudos sobre a capacidade de trabalho enfatizam o equilíbrio entre os recursos humanos e individuais e as características da organização do trabalho (ILMARINEN, 2006; ODEBRECHT, 2002). A capacidade para o trabalho é entendida como um processo dinâmico passível de muitas mudanças, por várias razões, ao longo da vida profissional dos indivíduos (ILMARINEN, 2001). Destarte, os trabalhadores mais velhos podem ser mais produtivos e qualificados em determinadas situações e mais vulneráveis em outras (SILVERSTEIN, 2008).

A importância dos elementos da organização do trabalho é de tal monta que é possível até mesmo aumentar a capacidade de trabalho a despeito do envelhecimento (ILMARINEN, 2001; ODEBRECHT, 2002). Além disso, melhores índices de desempenho no trabalho estão associados a fatores externos, como maiores níveis de escolaridade e a prática de atividades físicas (RAFFONE e HENNINGTON, 2005).

Em relação aos aspectos físicos dos trabalhadores mais velhos, Kenny et al (2008) encontrou, em uma revisão sobre o tema, que há um declínio médio de 20% na capacidade de trabalho físico entre as idades de 40 e 60 anos, devido à diminuição na capacidade aeróbica e musculoesquelética. A composição física do corpo muda com a idade: diminui a proporção de massa magra e muscular e aumenta a proporção de gordura. Como efeito, diminui a força, a resistência e o volume muscular (WHO, 1993). Nesse aspecto, Hamberg-van Reenen et al (2009) apontam diferenças relacionadas à idade no levantamento de força e na resistência muscular dos membros superiores.

Também foram relatadas diminuição nas funções pulmonares e cardíacas, diretamente associadas ao declínio na capacidade aeróbica, e enfraquecimento da estrutura óssea (WHO, 1993; HAYFLICK, 1996; ROBERTSON e TRACY, 1998). Essas mudanças resultam em redução na capacidade dos indivíduos para executar atividade sob alto grau de estresse. Estima-se que o desempenho físico máximo diminui cerca de 1,5% ao ano (WHO, 1993).

As alterações nos órgãos do sentido também possuem efeitos importantes sobre a capacidade de trabalho. A acuidade visual estática e dinâmica diminui; reduzem-se as capacidades de adaptação à mudança intensa de luminosidade e, como efeito da diminuição da acomodação do cristalino, aumentam-se os índices de presbiopia. Existe uma perda progressiva da capacidade de audição em todas as frequências e maior lentidão nos tempos de reação – que se evidenciam à medida que aumenta a complexidade da tarefa (WHO, 1993; HAYFLICK, 1996; MARÍN e IGUTI, 1997; ROBERTSON e TRACY, 1998; ODEBRECHT, 2002).

A idade acarreta ainda mudanças nos ritmos circadianos, implicando em cansaço e distúrbios no ciclo de sono e vigília. O envelhecimento diminui a amplitude desses ritmos e aumenta a tendência à dessincronização interna. Dessa forma, aumentam-se as consequências prejudiciais e a intolerância corporal ao trabalho em turnos (WHO, 1993).

Essas mudanças resultam em pior capacidade para os trabalhadores que estão sujeitos a cargas de trabalho mais intensas (SAVINAINEN, NYGARD e ILMARINEN, 2004). Estudos sugerem ainda que as mulheres sofrem os efeitos danosos do envelhecimento no trabalho em maior extensão que os homens, apresentando maiores chances de um funcionamento limitado com o avanço da idade (AITTOMÄKI et al, 2005; SALINAS e PEEK, 2008).

Quanto às habilidades cognitivas, acredita-se que, com o envelhecimento, ocorra o declínio de algumas capacidades e o aumento de outras (NÈRI, 2001). É certo que há uma maior variabilidade nos resultados quanto maior for a idade das pessoas e que o declínio em testes que envolvem velocidade mental é mais acentuado do que em testes que avaliam a competência mental. Observa-se um declínio consistente da performance cognitiva somente após os 70 anos, de forma geral (ROBERTSON e TRACY, 1998).

A memória de curto prazo diminui com a idade. Existe também um decremento na capacidade de reter a memória visual (HAYFLICK, 1996). Existem mudanças em relação à aquisição, armazenamento e retenção de informações. As pessoas mais velhas tendem a precisar de mais tempo e esforço para apreender a informação, no entanto, uma vez adquirido, a capacidade de recuperação do conhecimento é a mesma encontrada em outros grupos etários (ROBERTSON e TRACY, 1998). Em relação à inteligência, acredita-se que a inteligência fluida - que “envolve capacidades básicas como processamento de informação, percepção de relações, formação e aquisição de conceitos, raciocínio e abstração” (BUAES, 2004) – decline com o

passar do tempo e que a inteligência cristalizada – mais influenciada pelo acúmulo de conhecimento, envolve a solução de problemas e habilidades lingüísticas – mantenha-se estável, podendo inclusive aumentar (SKIRBEKK, 2003).

No entanto, as mudanças na aprendizagem e a na capacidade mnemônica tendem a ser pequenas em trabalhadores mais velhos. Elas são

provavelmente mais relacionadas ao nível de motivação, atenção, percepção, estado de saúde e ao contexto de aprendizagem em si do que a algumas incapacidades de aprender novas habilidades relacionadas com a idade (ROBERTSON e TRACY, 1998).

Além disso, mesmo quando essas dificuldades são experimentadas pelos trabalhadores elas podem ser compensadas pela maior experiência e pelo alto grau de conhecimento acerca do trabalho realizado (SKIRBEKK, 2003).

Um indicador dos efeitos dessas mudanças físicas e mentais sobre os trabalhadores mais velhos é o desempenho nas atividades de trabalho. Apesar da crença de que quanto mais velho o trabalhador, menor é a sua capacidade produtiva, estudos apontam que a idade cronológica não é um bom preditor da performance no trabalho. A produtividade dos sujeitos está mais associada à experiência no ofício e à organização do trabalho (ROBERTSON e TRACY, 1998). O declínio no desempenho com o avanço da idade é observado em situações de trabalho que exigem muito do funcionamento mental, envolvendo o processamento imediato de informações e o uso da memória de trabalho. De outra maneira, os trabalhadores mais velhos apresentam os mesmos índices de produtividade que os mais jovens em tarefas que demandam manutenção da atenção e nas quais são muito experientes (SKIRBEKK, 2003).

Finalmente, o trabalhador mais velho apresenta menores índices de acidentes de trabalho que outro trabalhador mais jovem na mesma função (WHO, 1993; SILVERSTEIN, 2008). Além dos efeitos da maior experiência e habilidade, uma das explicações para essa tendência é a diferença nos níveis de exposição ao risco para os diferentes grupos etários (RIX, 2001). O trabalhador maduro e idoso não se acidenta mais do que o jovem, no entanto, quando ocorrem acidentes, eles tendem a ser mais graves entre os trabalhadores de maior idade (WHO, 1993; MARÍN e IGUTI, 1997; SILVERSTEIN, 2008). Essa maior vulnerabilidade seria explicada pela tendência de apresentar lesões mais severas e maior dificuldade para recuperação.

OBJETIVO GERAL

Analisar as relações entre trabalho e envelhecimento a partir da perspectiva e da percepção dos trabalhadores técnicos de enfermagem de um hospital público.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1 – Descrever o perfil epidemiológico dos trabalhadores técnicos de enfermagem em processo de envelhecimento em um hospital público de ensino;
- 2 – Analisar a percepção desses trabalhadores acerca das relações entre o trabalho que realizam e o próprio envelhecimento;
- 3 – Identificar as estratégias defensivas desenvolvidas por esses trabalhadores para preservar a saúde e contornar as limitações e o desgaste advindos do processo de trabalho à medida que envelhecem.

4.1 - Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal, de abordagens quanti-qualitativas com técnicos de enfermagem de um hospital público de ensino.

Melo (2006) relata que o desenho de métodos para pesquisas que busquem esclarecer as relações entre trabalho e saúde é um desafio dada a complexidade destes temas, “(...) por se tratar, ambos os pólos da relação, de fenômenos multifacetados em interação e que compreendem mais de um nível de análise”. O estudo das relações de trabalho e envelhecimento apresenta a mesma natureza. No caso deste estudo, pode se dizer que estão reunidas em medidas diferentes as especificidades dos dois campos. Essa afluência exige consideração cuidadosa do objeto de estudo, sem perder de vista os vários ângulos sob os quais pode ser analisado.

A metodologia quantitativa se ocupa essencialmente da busca pela expansão dos dados, da informação, através do uso de medidas numéricas e da análise estatística para estabelecer padrões de comportamento (MARCONI & LAKATOS, 2007). Nesta pesquisa, o uso de técnicas quantitativas de coleta de dados serviu à caracterização do universo amostral e à possibilidade de empreender uma análise descritiva de um grupo de trabalhadores de forma mais ampla do que seria possível com o uso exclusivo de técnicas de caráter qualitativo.

Por sua vez, a natureza subjetiva do objetivo proposto, qual seja a percepção dos trabalhadores sobre as relações entre trabalho e envelhecimento, determina que as análises feitas não se detenham em um plano superficial, mas sim avancem em direção às significações e determinações peculiares que os sujeitos imprimem aos processos nos quais estão inseridos. “Esse objeto que é sujeito se recusa peremptoriamente a se revelar apenas nos números ou a se igualar com sua própria aparência” (MINAYO, 2004). Isso significa dizer que é importante considerar os participantes da pesquisa como sujeitos de fato e, por isso, buscar meios de apreender de maneira mais próxima – próxima, porque o esgotamento da questão seria impossível – o que lhe é característico. Essa aproximação é facilitada através do uso de métodos qualitativos.

Essas diferentes abordagens foram organizadas em duas etapas de coleta de dados. A primeira delas constituiu-se na aplicação de um questionário e a segunda na realização de grupos focais.

4.2 - População do estudo

A população estudada foi formada por técnicos em enfermagem de um hospital público de ensino com idade igual ou superior a 45 anos. O critério para o estabelecimento da idade mínima dos participantes baseou-se na definição da Organização Mundial de Saúde (1993), que considera trabalhadores em processo de envelhecimento aqueles com 45 anos ou mais. De acordo com os dados fornecidos pelo setor de Recursos Humanos do hospital, em abril de 2008 havia 776 trabalhadores lotados como técnicos em enfermagem, dentre os quais 238 se enquadravam nos limites de idade estabelecidos. Desses, descobriu-se que 6 não dispunham de condições de serem incluídos no grupo estudado por não estarem mais ligados à instituição ou por terem a sua data de nascimento registrada de modo incorreto. Assim, a população alvo do estudo totalizou 232 trabalhadores.

O referido hospital é uma instituição universitária, pública e geral, em funcionamento há 81 anos. Atende principalmente ao Sistema Único de Saúde (95% dos atendimentos) e uma minoria de pacientes particulares ou provenientes de convênios. É referência no tratamento de patologias de média e alta complexidade, atendendo a pacientes de todo o estado.

De acordo com dados de 2008, o hospital possui 501 leitos e 2.811 funcionários, além de 1.234 trabalhadores com outros vínculos, dentre docentes, autônomos e bolsistas, realizando em média 150.000 procedimentos por mês.

4.3 - Amostragem

Os critérios para a composição da amostra foram a idade – o trabalhador deveria ter 45 anos ou mais, tendo como base o mês de início dos procedimentos de coleta de dados – e a atividade no trabalho durante a ocasião da coleta, ou seja, não foram incluídos trabalhadores que estavam de férias, de licença ou afastados por algum motivo durante todo esse período.

Todos os trabalhadores incluídos na população alvo foram abordados pela pesquisadora durante o horário de trabalho e convidados a participar voluntariamente da primeira etapa da pesquisa, ou seja, o preenchimento de um questionário. Uma amostra desse grupo de trabalhadores compôs os sujeitos dos grupos focais, realizados posteriormente.

No ato da devolução dos questionários, os sujeitos eram convidados a participar da segunda etapa de coleta de dados. Dentre os que aceitaram o convite, compôs-se uma amostra intencional de 28 sujeitos divididos em três grupos. A formação desses grupos observou a disponibilidade dos trabalhadores e as suas respectivas escalas e turnos de trabalho.

4.4 - Coleta de dados

A primeira etapa de coleta constituiu-se da aplicação de um questionário (Anexo A) composto por 68 questões de múltipla escolha, adaptado de Odebrecht (2002). O conteúdo das perguntas do questionário buscou descrever o perfil dos trabalhadores técnicos em enfermagem do hospital estudado em termos de suas condições de trabalho e saúde, e também levantar dados sobre o processo de envelhecimento dessa população.

Aos que respondiam afirmativamente ao convite para participar da pesquisa era entregue uma cópia do questionário, que é individual e auto-aplicável. O momento do preenchimento ficou a cargo dos sujeitos, que poderiam responder tanto durante a permanência no trabalho como nos períodos de folga. O instrumento preenchido era recolhido pela própria pesquisadora no local de trabalho em datas e horários combinados com cada trabalhador.

Os questionários que não foram entregues após cinco tentativas de buscas, foram computados como recusas à participação no estudo.

Na segunda etapa, foram compostos três grupos dentre os 28 sujeitos da amostra, organizados de acordo ao turno de trabalho. Assim, realizou-se um grupo focal com trabalhadores do turno da manhã, outro com trabalhadores do turno da tarde e um terceiro com trabalhadores do turno da noite.

Os grupos aconteceram nas dependências do hospital, em sessão única e em local reservado, durante as duas primeiras horas do turno de trabalho. Na tentativa de ampliar a representatividade dessa estratégia de coleta e também de minimizar possíveis constrangimentos à participação dos trabalhadores, o arranjo de cada grupo contou com apenas um trabalhador técnico de cada setor do hospital, de tal forma que em cada grupo não havia sujeitos que trabalhavam diretamente juntos. Ainda assim, cabe ressaltar que restaram setores que não foram representados em nenhum dos grupos. Outro aspecto observado durante a organização dos grupos foi a distribuição dos trabalhadores em relação ao gênero. Sendo a maioria dos trabalhadores estudados do sexo feminino, procurou-se garantir o convite à participação de pelo menos um técnico de enfermagem do sexo masculino em cada um dos grupos.

A realização dos grupos contou com a anuência da diretoria do Hospital e a liberação dos trabalhadores foi feita mediante autorização de suas chefias.

As sessões foram gravadas em áudio e conduzidas pela pesquisadora, acompanhada de um observador. O roteiro de temas utilizados para a discussão encontra-se em anexo (Anexo B).

Os dois procedimentos de coleta anteriormente citados totalizaram 4 meses de duração, iniciando-se em maio de 2009 e se estendendo até o mês de agosto do mesmo ano. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG (Parecer nº. ETIC 016/09). Todos os trabalhadores envolvidos concordaram em participar voluntariamente do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C).

4.5 - Análise dos dados

Foram realizadas análises descritivas univariadas de todas as variáveis presentes no questionário. A análise bivariada foi realizada apenas para algumas dessas variáveis. Na comparação de proporções foi utilizado o Qui-Quadrado e o Teste Exato de Fisher, no caso de células com frequência esperada menor que 5. As razões de chance (OR) foram calculadas para quantificar as diferenças detectadas. Na verificação de normalidade foi utilizado o teste

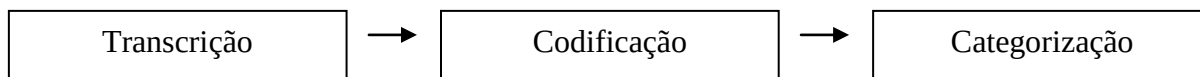
de Kolmogorov-Smirnov e na comparação de medianas o teste não-paramétrico de Mann-Whitney.

Para as análises, foi utilizado o programa estatístico SPSS, versão 12.0 para Windows.

A transcrição do material gravado durante os grupos focais ficou a cargo da própria pesquisadora e foi realizada com o auxílio do software Audacity versão 1.3 Beta.

O tratamento dos dados resultantes foi feito com base nos pressupostos da Análise de Conteúdo, na perspectiva cunhada por Laurence Bardin (2004). A eleição dessa estratégia de análise permitiu o aprofundamento no conteúdo das entrevistas ao mesmo tempo em que identificou a variedade temática presente. Assim, foi possível constituir agrupamentos de elementos de significados mais próximos e sistematizar os tópicos e temas mais relevantes na situação estudada (ANDRÉ, 1983; NASCIMENTO & MENANDRO, 2006).

De acordo com os procedimentos metodológicos sugeridos por Bardin (2004), as etapas de análise foram as seguintes:



A codificação dos dados transcritos baseou-se em unidades de registros do tipo temática e a categorização foi realizada com a utilização do software NVivo 7. Nessa última etapa utilizou-se o procedimento conhecido como “milha”, no qual o sistema de categorias é formado a partir da classificação analógica e progressiva dos elementos (BARDIN, 2004).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados está organizada em função dos instrumentos de coleta utilizados. O item 5.1 contém os resultados obtidos através dos questionários aplicados aos trabalhadores. Esses resultados são acompanhados da discussão parcial dos dados. Da mesma forma, o item 5.2 apresenta os resultados dos grupos focais realizados e sua discussão. Por fim, o item 5.3 reúne as duas fontes de dados em uma discussão final sobre a pesquisa realizada.

5.1 - Dados quantitativos – apresentação dos resultados e discussão parcial

Dentre os 232 técnicos em enfermagem que compunham a população alvo do estudo, 198 (85,3%) responderam ao questionário (anexo A), 14 (6%) recusaram-se a participar ou não devolveram o questionário e 20 (8,6%) não foram encontrados devido a férias, licença saúde e outros motivos.

5.1.1 - Perfil epidemiológico

Dos 198 trabalhadores que participaram do estudo, 89,9% (178) eram do sexo feminino e 9,6% (19) do sexo masculino. O sexo não foi informado para um trabalhador (0,5%). As faixas etárias predominantes são de 45 a 50 anos, representando 47,0% (93) do total, e de 50 a 55 anos, com 30,8% (61) do total. A idade também pode ser interpretada em termos da média, que foi de 51,0 anos (DP=4,6), mínimo de 45,2 e máximo de 69 anos.

Quanto ao grau de escolaridade, 55,6% dos trabalhadores possuem formação em nível técnico de 2º grau, 34,4% têm formação em níveis superiores e 9,6% possuem formação em graus inferiores aos níveis mínimos exigidos atualmente – possuem o 1º ou o 2º graus completos ou ainda curso técnico em nível de 1º grau. Esse aparente desacordo com a legislação é possivelmente explicado pelo fato de, tratando-se de trabalhadores mais velhos, o tempo médio de trabalho na instituição é alto (conforme observado na tabela 2), tendo sido admitidos provavelmente em período anterior ao da vigência da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, que data do ano de 1986.

Tabela 1 – Distribuição do sexo, faixa etária e escolaridade entre técnicos em enfermagem – Belo Horizonte/MG, 2009.

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	178	89,9%
Masculino	19	9,6%
Não informado	1	0,5%
Total	198	100,0%
Faixa etária		
45 a 49 anos	93	47,0%
50 a 54 anos	61	30,8%
55 a 59 anos	26	13,1%
60 a 64 anos	9	4,5%
65 a 70 anos	1	0,5%
Não informado	8	4,0%
Total	198	100,0%
Escolaridade		
Ginásio completo (terminou a 8ª série)	3	1,5%
Curso técnico de primeiro grau	2	1,0%
Colegial completo (terminou o 3º colegial)	14	7,1%
Curso técnico de segundo grau completo	110	55,6%
Faculdade incompleta	20	10,1%
Faculdade completa	24	12,1%
Pós-graduação incompleta	12	6,1%
Pós-graduação completa	12	6,1%
Não informado	1	0,5%
Total	198	100,0%

5.1.2 - Condições e relações de trabalho

A idade média da população estudada, 51 anos de idade, reproduz a maior concentração de trabalhadores nas faixas etárias de 45 a 50 anos e 50 a 55 anos. O tempo total de trabalho e o tempo de trabalho na instituição também podem ser entendidos como reflexos da idade média da população, que explicaria as altas médias encontradas nessas variáveis (tabela 2).

O hospital estudado possui dois modos de contratação. O primeiro é através de concurso público, no qual os trabalhadores aprovados são regidos em caráter estatutário, sendo considerados funcionários públicos federais da universidade e gozando de estabilidade no cargo – após um período de três anos de trabalho. A segunda forma é a contratação através da

fundação de apoio da universidade à qual o hospital está vinculado. Essa fundação contrata em regime celetista, no qual os trabalhadores seguem a legislação presente na Consolidação das Leis do Trabalho e não possuem a garantia de estabilidade no cargo. Além da estabilidade no emprego, os trabalhadores concursados possuem mais vantagens em relação às condições de trabalho, como por exemplo o direito a um plano de carreira, com efeitos diretos sobre a remuneração, e a possibilidade de obter licenças com e sem vencimentos.

Tabela 2 – Distribuição da idade, tempo total de trabalho, número de horas semanais de trabalho no hospital e tempo de trabalho no hospital entre técnicos em enfermagem – Belo Horizonte/MG, 2009.

Variável	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Mediana
Idade (em anos)	190,0	51,0	4,6	45,2	69,0	50,0
Tempo de trabalho total (em anos)	190	28,4	7,2	9,0	52,0	29,0
Nº de horas semanais de trabalho neste Hospital	180	33,7	8,6	18,0	72,0	30,0
Tempo de trabalho (em anos) neste Hospital	192	17,8	8,1	1,0	40,0	18,0

A tabela 3 apresenta a distribuição dos trabalhadores nos dois regimes de contratação, segundo a idade. Quase 90% dos trabalhadores mais velhos são contratados pela Universidade e essa proporção é observada em todas as faixas etárias. Para efeitos de comparação, de acordo com dados fornecidos pelo setor de Recursos Humanos, no conjunto dos técnicos de enfermagem empregados no hospital – incluindo todos os funcionários lotados como técnicos, independente da idade – a distribuição entre Universidade e Fundação é a seguinte: 67,4% dos trabalhadores empregados pela Universidade e 32,6% empregados pela Fundação.

Essa diminuição da proporção de contratados pela Fundação entre os trabalhadores mais velhos pode ser explicada pelo avanço da idade e reproduz a menor empregabilidade desse grupo etário (MARÍN e IGUTI, 1997; ODEBRECHT, 2002). Não havendo as regulamentações comuns aos processos seletivos para concursos públicos, a contratação em regime celetista é mais provável de discriminar os candidatos à vaga de emprego em função de sua idade e suposta capacidade para o trabalho.

Tabela 3 – Distribuição dos técnicos em enfermagem em função da faixa etária e do vínculo empregatício – Belo Horizonte/MG, 2009.

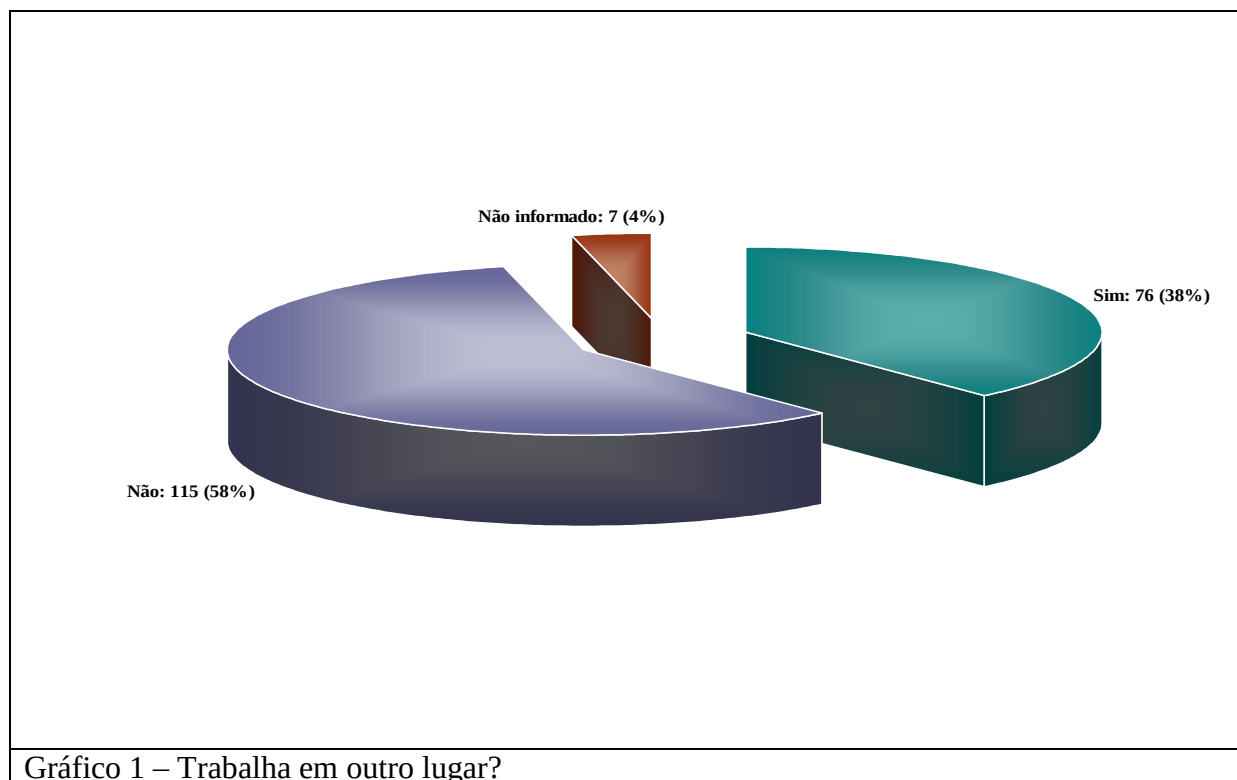
Variável	Vínculo				Total		Estatística de Fisher	Valor p
	Fundação		Universidade					
	N	%	N	%	N	%		
Faixa etária								
45 a 49 anos	13	54,2%	80	48,2%	93	48,9%	2,324	0,690
50 a 54 anos	6	25,0%	55	33,1%	61	32,1%		
55 a 59 anos	3	12,5%	23	13,9%	26	13,7%		
60 a 64 anos	2	8,3%	7	4,2%	9	4,7%		
65 a 70 anos	0	0,0%	1	0,6%	1	0,5%		
Total	24	100,0%	166	100,0%	190	100,0%		

*Estatisticamente significativo

Entre os trabalhadores estudados, foi alto o número daqueles que informaram trabalhar em outro local além do hospital universitário, cerca de 38% dos técnicos (gráfico 1). Esses sujeitos trabalham em média 28 horas por semana (tabela 4) nos outros empregos. Esse número, somado à média de trabalho no próprio hospital, resultaria em mais de 60 horas de trabalho semanais para quase 40% dos trabalhadores técnicos de enfermagem com mais de 45 anos. Essa média, muito superior às 44 horas preconizadas pela CLT, parece ser comum a outras realidades de trabalho na área da saúde, assim como a manutenção de dois ou mais empregos. Como discutido por Elias e Navarro (2006), as características do trabalho hospitalar, que funciona diuturnamente e em regime de plantões, favorecem a manutenção de mais de um vínculo de emprego e a ocorrência de longas jornadas de trabalho. No caso da instituição estudada, por encontrar-se em uma grande região metropolitana, existem muitas opções de emprego que podem ser associadas ao trabalho hospitalar.

Tabela 4 – Número de horas semanais trabalhadas em outros locais pelos técnicos em enfermagem – Belo Horizonte/MG, 2009.

Variável	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Nº de horas semanais de trabalho em outros locais	65	28,1	9,8	2,0	48,0



Quando a análise da porcentagem de sujeitos que possuem mais de um emprego é feita de acordo com o vínculo de contratação no hospital, observa-se que entre os trabalhadores da Fundação a proporção dos que trabalham em mais de um local é quase o dobro do que entre aqueles que são funcionários da Universidade (tabela 5). Um dos motivos que explicariam essa disparidade é a grande diferença entre o salário base dos técnicos contratados pelo hospital e pela Fundação. Os trabalhadores vinculados ao hospital universitário recebem em média o dobro dos colegas vinculados à Fundação, o que aumenta as chances desses últimos recorrerem a outros empregos para complementar o salário recebido na instituição estudada.

Tabela 5 – Distribuição dos técnicos em enfermagem em função da variável “trabalho em outro lugar” e o vínculo empregatício – Belo Horizonte/MG, 2009.

Variável	Vínculo				Total		qui-quadrado	Valor p	OR
	Fundação		Universidade						
	N	%	N	%	N	%			
Trabalha em outro lugar?									
Sim	15	62,5%	61	36,5%	76	39,8%	5,909	0,015*	2,896
Não	9	37,5%	106	63,5%	115	60,2%			
Total	24	100,0%	167	100,0%	191	100,0%			

*Estatisticamente significativo

De acordo com a CLT, o tempo despendido pelo trabalhador para o deslocamento até o local de trabalho não é computado como parte da jornada de trabalho. No entanto, é importante ser considerado quando se trata de conhecer melhor as condições de trabalho de determinado grupo. No caso de uma realidade que envolve mais de um vínculo empregatício para quase 40% da população, essa importância é ainda mais evidenciada. O tempo médio de deslocamento para o trabalho foi de 2,2 horas, variando de 0,2 até 9 horas diárias (tabela 6).

Tabela 6 – Tempo médio diário de deslocamento para o trabalho entre os técnicos em enfermagem – Belo Horizonte/MG, 2009.

Variável	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Tempo médio diário de deslocamento para o trabalho (em horas)	179	2,2	1,4	0,2	9,0

Quando perguntados sobre as condições físicas de seu ambiente de trabalho (tabela 7), os trabalhadores tenderam a expressar, de modo geral, avaliações positivas. Sobre a iluminação no ambiente de trabalho, 70,2% a consideraram ótima ou boa, 24,7% consideraram regular e apenas 4,5% consideraram ruim ou péssima. A qualidade do ar foi avaliada de forma um pouco mais negativa: 62,1% a consideraram ótima ou boa, 25,3% consideraram regular e 11,1% a avaliaram como ruim ou péssima.

O item referente a ruídos no ambiente de trabalho indicou que esse pode ser um incômodo mais evidente para os trabalhadores. 39,3% dos respondentes informaram trabalhar na presença de ruído intenso ou alto e 50% na presença de ruído moderado. Apenas 8,1% dos sujeitos informaram haver um ruído baixo ou que ele não existia.

Quando questionados sobre o grau de perturbação causado pelo ruído, quase 80% relataram se incomodar intensa ou parcialmente com o barulho no local de trabalho (tabela 8).

Tabela 7 – Avaliação dos técnicos em enfermagem sobre as condições físicas do ambiente de trabalho – Belo Horizonte/MG, 2009.

Variável	N	%
Iluminação do ambiente de trabalho		
Ótima	37	18,7%
Boa	102	51,5%
Regular	49	24,7%
Ruim	7	3,5%
Péssima	2	1,0%
Não informado	1	0,5%
Total	198	100,0%
Qualidade do ar do ambiente de trabalho		
Ótima	19	9,6%
Boa	104	52,5%
Regular	50	25,3%
Ruim	17	8,6%
Péssima	5	2,5%
Não informado	3	1,5%
Total	198	100,0%
Existe ruído no seu ambiente de trabalho?		
Existe ruído intenso	29	14,6%
Existe ruído alto	49	24,7%
Existe ruído moderado	99	50,0%
Existe ruído baixo	12	6,1%
Não existe ruído	4	2,0%
Não informado	5	2,5%
Total	198	100,0%

Tabela 8 – Avaliação dos técnicos em enfermagem sobre o incômodo advindo do ruído no ambiente de trabalho – Belo Horizonte/MG, 2009.

Variável	N	%
O ruído no ambiente de trabalho		
Incomoda você intensamente	21	10,6%
Incomoda você parcialmente	132	66,7%
Não incomoda	39	19,7%
Não informado	6	3,0%
Total	198	100,0%

Os sujeitos manifestaram avaliações positivas também em relação à variação do trabalho. Quando perguntados se consideravam as suas atividades monótonas ou variadas, a maioria

respondeu que o trabalho era variado (58,15%) e apenas 3,5% julgaram-no monótono (tabela 9).

Tabela 9 – Avaliação dos técnicos em enfermagem sobre a variação de suas atividades de trabalho – Belo Horizonte/MG, 2009.

Variável	N	%
Quanto à variação das suas atividades de trabalho		
Monótono	7	3,5%
Nem monótono, nem variado	73	36,9%
Variado	115	58,1%
Não informado	3	1,5%
Total	198	100,0%

O uso de produtos químicos no cotidiano de trabalho foi relatado por 64,6% dos trabalhadores (tabela 10), no entanto, esse resultado pode estar comprometido pela avaliação de cada respondente do que sejam produtos químicos. Como a intenção do estudo era avaliar a percepção dos próprios trabalhadores sobre a sua realidade de trabalho, optou-se por não utilizar no questionário uma definição prévia de quais produtos seriam ou não considerados químicos. Assim, enquanto alguns trabalhadores relataram como sendo químicos produtos comuns a praticamente todo o ambiente hospitalar, como álcool e desinfetantes, outros parecem ter restringido essa denominação a elementos mais específicos como medicamentos antibióticos ou quimioterápicos.

Tabela 10 – Avaliação dos técnicos em enfermagem sobre a utilização de produtos químicos no trabalho – Belo Horizonte/MG, 2009.

Variável	N	%
Utilização contínua de produtos químicos		
Sim	128	64,6%
Não	59	29,8%
Não informado	11	5,6%
Total	198	100,0%

Os equipamentos utilizados no exercício do trabalho foram considerados adequados ou parcialmente adequados por 86,8% dos trabalhadores (tabela 11). Mais uma vez, cabe ressaltar a importância do julgamento de cada respondente sobre os dados apresentados. No questionário utilizado, eram citados como equipamentos: máquinas, ferramentas,

computadores e instrumentos empregados no exercício laboral. No entanto, a avaliação final do que seria considerado ou não um equipamento de trabalho cabia ao trabalhador.

Outro fato a se considerar é que mais de 70% dos trabalhadores relataram que a manutenção desses equipamentos acontece somente quando quebram. Esse dado denuncia uma fragilidade que pode estar diretamente associada a maiores exigências ao trabalhador durante o processo de trabalho, diante da indisponibilidade de instrumentos de trabalho.

Tabela 11 – Avaliação dos técnicos em enfermagem sobre adequação e manutenção de equipamentos de trabalho – Belo Horizonte/MG, 2009.

Variável	N	%
Os equipamentos que você utiliza no trabalho são		
Totalmente adequados ao seu trabalho	44	22,2%
Parcialmente adequados ao seu trabalho	128	64,6%
Não estão adequados ao seu trabalho	8	4,0%
Não utilizo equipamentos	11	5,6%
Não informado	7	3,5%
Total	198	100,0%
A manutenção dos equipamentos utilizados é feita de forma		
Preventiva	32	16,2%
Quando quebra	144	72,7%
Não utilizo equipamentos	9	4,5%
Não informado	13	6,6%
Total	198	100,0%

As relações dos técnicos de enfermagem com os seus pares e colegas de trabalho foi investigada em questões que inquiriam separadamente sobre a relação com os demais técnicos, com os outros profissionais de saúde e com a chefia (tabela 12).

O relacionamento com os outros técnicos de enfermagem foi avaliado como ótimo ou bom pela quase totalidade dos respondentes (94,9%). O mesmo foi observado em relação aos outros membros da equipe de saúde, considerado ótimo ou bom por 96, 5% dos trabalhadores.

No hospital, a chefia direta dos técnicos fica a cargo de enfermeiros (as), com grau de formação em nível superior. Geralmente, há um ou dois enfermeiros responsáveis por um setor a cada turno. Acima deles, existe outra chefia, responsável por todo o setor ou andar –

englobando todas as equipes e escalas. São os chefes diretos quem define e supervisiona a distribuição das tarefas no setor e a organização do trabalho e a escala de folgas. Os graus de flexibilidade e participação dos técnicos nesse processo variam de setor para setor, de acordo com a relação entre enfermeiros e técnicos. 44,9% dos técnicos informaram que apenas raramente há problemas com a chefia, sendo que 21,7% alegaram que nunca há problemas. Não é possível estabelecer sobre qual nível de chefia cada sujeito se referiu no momento de preenchimento do questionário, uma vez que a pergunta era feita de modo geral, sem especificações. No entanto, pode-se esperar que essas respostas estejam mais relacionadas aos chefes diretos de cada equipe ou turno em função da proximidade desses com os técnicos no dia-a-dia do trabalho.

Tabela 12 – Avaliação dos técnicos em enfermagem sobre a relação com os colegas de trabalho – Belo Horizonte/MG, 2009.

Variável	N	%
Relação entre você e os demais técnicos de enfermagem		
Ótima	68	34,3%
Boa	120	60,6%
Regular	7	3,5%
Péssima	1	0,5%
Não informado	2	1,0%
Total	198	100,0%
Relação entre você e os demais profissionais de saúde		
Ótima	55	27,8%
Boa	136	68,7%
Regular	6	3,0%
Não informado	1	0,5%
Total	198	100,0%
Na sua opinião, existem problemas na relação com a chefia?		
Sempre	4	2,0%
Quase sempre	8	4,0%
Às vezes	49	24,7%
Raramente	89	44,9%
Nunca	43	21,7%
Não informado	5	2,5%
Total	198	100,0%

Tabela 13 – Ocorrência de acidentes ou doenças de trabalho entre os técnicos em enfermagem – Belo Horizonte/MG, 2009.

Variável	N	%
Acidentes ou doenças de trabalho no último ano?		
Sim	51	25,8%
Não	145	73,2%
Não informado	2	1,0%
Total	198	100,0%

Quando perguntados sobre a ocorrência de acidentes ou doenças de trabalho no último ano (tabela 13), 25, 8% dos sujeitos responderam afirmativamente. A maioria dos acidentes relatados envolvia instrumentos de trabalho perfurocortantes. Essa frequência ratifica os resultados de outros estudos (SÊCCO et al, 2008; PINHO, RODRIGUES e GOMES, 2007; SARQUIS e FELLI, 2002; SHIMIZU e RIBEIRO, 2002) que apontam esse tipo de acidente como o mais freqüente entre os trabalhadores de enfermagem. Shimizu e Ribeiro (2002) afirmam que os trabalhadores de enfermagem estão mais sujeitos a esse tipo de acidente de trabalho por atuarem na assistência direta ao paciente, que envolve equipamentos e procedimentos de trabalho que os expõem a riscos, e por ser comum o trabalho com um contingente de pessoas menor que o necessário, que leva à necessidade de realizar as tarefas com maior rapidez.

Já entre as doenças especificadas, as mais freqüentes foram as relacionadas a problemas de coluna. O perfil de adoecimento relatado é característico do trabalho de enfermagem e é relatado em outras pesquisas (ALEXANDRE e BENATTI, 1998; PARADA, ALEXANDRE e BENATTI, 2002; MAGNAGO et al, 2007). O resultado também está de acordo com o que fora encontrado por Rocha e Oliveira (1998), em estudo feito com técnicos e auxiliares do mesmo hospital pesquisado, no qual 89% dos trabalhadores do setor de Clínica Médica relataram queixas nas costas.

As respostas foram bastante diferentes quando se perguntou sobre queixas de saúde que os trabalhadores acreditavam estarem relacionadas ao trabalho – considerando saúde no sentido físico, mental e social. Mais de 50% dos sujeitos afirmaram possuir alguma queixa de saúde que relacionam com trabalho (tabela 14). Nessa etapa, prevaleceram respostas que continham queixas relacionadas ao desgaste físico e a alterações do humor, como depressão e ansiedade.

Uma das possíveis explicações para as diferenças nos resultados das duas questões é o fato de o relato de queixas de saúde não requerer o reconhecimento de um quadro patológico estabelecido. Quer dizer, a presença dessas queixas pode estar referida a incômodos de ordem geral, de natureza subjetiva, ou ainda a estágios incipientes do adoecimento, quando já é percebido como um sofrimento para o trabalhador, antes mesmo de seu reconhecimento como doença do trabalho.

Tabela 14 – Presença de queixas de saúde associadas ao trabalho entre os técnicos em enfermagem – Belo Horizonte/MG, 2009.

Variável	N	%
Apresenta alguma queixa de saúde que você relaciona com o seu trabalho?		
Sim	105	53,0%
Não	83	41,9%
Não informado	10	5,1%
Total	198	100,0%

Quanto à extensão desses acidentes e doenças, a média de dias afastados por motivos de saúde no último ano de trabalho foi de 13,6 dias. No entanto, como o desvio padrão desse cálculo foi alto, 29,7 dias, fica difícil tomar esse valor como representativo da totalidade dos trabalhadores. Uma outra medida a ser considerada é o grau de relação entre a lesão ou doença apresentada e a capacidade para realizar as atividades de trabalho. Quase 50% dos respondentes afirmaram serem capazes de realizar o próprio trabalho, apesar de haver alguns sintomas. Outros 34,3% relataram que o impacto sobre o trabalho é maior, exigindo algumas vezes a diminuição no ritmo de trabalho (tabela 15). A avaliação da extensão desses impactos sobre a capacidade de trabalho é baseada em aspectos subjetivos, não havendo no instrumento utilizado outra forma de avaliá-los senão pela percepção do trabalhador.

Tabela 15 – Avaliação dos técnicos em enfermagem sobre a relação entre a lesão/doença e o trabalho atual – Belo Horizonte/MG, 2009.

Variável	N	%
Relação entre a sua lesão ou doença e o trabalho atual		
Não há impedimento	9	8,6%
Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas	48	45,7%
Algumas vezes eu preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho	36	34,3%
Frequentemente eu preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho	8	7,6%
Não informado	4	3,8%
Total	105	100,0%

5.1.3 - Capacidade para o trabalho

O questionário buscou também investigar como os trabalhadores avaliam a própria capacidade para realizar as suas atividades de trabalho. De modo geral, a maioria considerou a capacidade para o trabalho como ótima ou boa (95,4%), as diferenças mais consistentes apareceram quando a pergunta foi feita separando-se os aspectos físicos dos aspectos cognitivos envolvidos nessa capacidade. Houve uma percepção mais negativa da capacidade para lidar com as exigências físicas do que com as exigências mentais – 28,3% dos sujeitos consideram regular a capacidade de atender às demandas físicas de sua atividade de trabalho (tabela 16).

No entanto, para a maior parte dos trabalhadores, o trabalho que executam exige a associação de esforço físico e mental (tabela 17). Analisados em conjunto, esses resultados podem indicar que as dificuldades encontradas por esse grupo de trabalhadores, quando existentes, não atingem o processo de trabalho de forma coincidente e que, para além das diferenças interindividuais, persistem também diferenças associadas à atividade de trabalho.

Tabela 16 – Avaliação dos técnicos em enfermagem sobre sua capacidade para o trabalho – Belo Horizonte/MG, 2009.

Variável	N	%
Capacidade geral para o trabalho		
Ótima	66	33,3%
Boa	123	62,1%
Regular	7	3,5%
Ruim	1	0,5%
Não informado	1	0,5%
Total	198	100,0%
Capacidade atual para o trabalho - exigências físicas		
Ótima	37	18,7%
Boa	94	47,5%
Regular	56	28,3%
Ruim	6	3,0%
Péssima	3	1,5%
Não informado	2	1,0%
Total	198	100,0%
Capacidade atual para o trabalho - exigências mentais		
Ótima	70	35,4%
Boa	114	57,6%
Regular	12	6,1%
Não informado	2	1,0%
Total	198	100,0%

Tabela 17– Avaliação dos técnicos em enfermagem sobre as exigências do trabalho – Belo Horizonte/MG, 2009.

Variável	N	%
O seu trabalho exige mais		
Esforço físico (força física, muscular)	5	2,5%
Esforço mental (raciocínio, memória)	20	10,1%
Esforço físico e mental	169	85,4%
Não informado	4	2,0%
Total	198	100,0%

A análise bivariada encontrou associação estatisticamente significativa entre a faixa etária e a percepção sobre a adequação do trabalho ao ritmo e capacidade pessoal (tabela 18). Embora os resultados se apresentem de forma irregular em relação ao avanço da idade, é possível observar que quanto mais velhos os trabalhadores, maiores as porcentagens dos que

consideram que o trabalho não está adaptado às suas competências. Odebrecht (2002), ao discutir sobre a adaptação das condições de trabalho ao trabalhador que envelhece, lembra que esses indivíduos acumulam um desgaste em suas capacidades em função do acúmulo de anos trabalhando em condições inadequadas de trabalho. Ou seja, parece que os efeitos das más condições de trabalho se fazem observar com mais intensidade com o passar dos anos.

Tabela 18 – Adaptação do trabalho em função da faixa etária entre técnicos em enfermagem – Belo Horizonte/MG, 2009.

Variável	Você considera que seu trabalho						Total	Valor p
	Está totalmente adaptado ao seu ritmo e à sua capacidade		Está parcialmente adaptado ao seu ritmo e à sua capacidade		Não está adaptado ao seu ritmo e à sua capacidade			
	N	%	N	%	N	%		
Faixa etária								
45 a 49 anos	33	36,7%	55	61,1%	2	2,2%	90	100,0%
50 a 54 anos	30	49,2%	30	49,2%	1	1,6%	61	100,0%
55 a 59 anos	15	60,0%	8	32,0%	2	8,0%	25	100,0%
60 a 64 anos	2	22,2%	5	55,6%	2	22,2%	9	100,0%
65 a 70 anos	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%
Total	81	43,5%	98	52,7%	7	3,8%	186	100,0%

*Estatisticamente significativo

Outra forma de avaliar a capacidade para o trabalho, foi a inclusão de perguntas que investigavam sobre a destreza nas atividades e os efeitos de possíveis alteração visuais (tabela 19). Essas questões foram utilizadas por envolver dificuldades que comumente são relacionadas como efeitos da idade sobre o trabalho.

Cerca de 20% dos técnicos avaliaram a própria capacidade para realizar movimentos com precisão como regular e outros 8,6% a consideraram ruim. O que pode aparentar uma proporção pequena diante da totalidade dos sujeitos estudados esconde um risco ao cumprimento do trabalho, que envolve atividades que exigem destreza em sua execução e nas quais o erro incide diretamente sobre o bem estar do paciente e suas condições de saúde – além de representar um risco para a saúde do próprio trabalhador.

Tabela 19 – Avaliação dos técnicos em enfermagem sobre o trabalho e sua relação com destreza e alterações visuais – Belo Horizonte/MG, 2009.

Variável	N	%
Capacidade para realizar movimentos com precisão		
Ótima	33	16,7%
Boa	101	51,0%
Regular	40	20,2%
Ruim	17	8,6%
Péssima	3	1,5%
Não informado	4	2,0%
Total	198	100,0%
Alteração visual que dificulta trabalho		
Não possuo nenhuma alteração visual	10	5,1%
Possuo alguma alteração visual, mas ela não dificulta as minhas atividades de trabalho	127	64,1%
Possuo alguma alteração visual e ela dificulta parcialmente as minhas atividades de trabalho	57	28,8%
Possuo alguma alteração visual e ela dificulta totalmente as minhas atividades de trabalho	1	0,5%
Não informado	3	1,5%
Total	198	100,0%

A maioria dos trabalhadores afirmou possuir algum tipo de alteração visual, embora não haja reflexos sobre sua capacidade de trabalhar. Para 28,8%, a alteração visual representa uma dificuldade parcial. As mudanças na capacidade visual são comuns entre a maioria das pessoas à medida que envelhecem (HAYFLICK, 1996; WHO, 1993). Hayflick (1996) sugere que a presbiopia – resultante da diminuição da acomodação do cristalino – é a mudança mais característica do envelhecimento normal dos seres humanos e que, no entanto, pode ser comumente contornada com o uso de lentes de contato e óculos. Isso explicaria o fato de, embora muitos técnicos refiram a presença de alterações visuais, apenas uma parte deles relate sentir dificuldades em sua capacidade de executar o trabalho.

5.1.4 - Mudanças relacionadas ao avanço da idade

Para esclarecer possíveis mudanças associadas ao avanço da idade, perguntou-se aos trabalhadores como eles avaliavam a evolução de aspectos como a força muscular, a memória

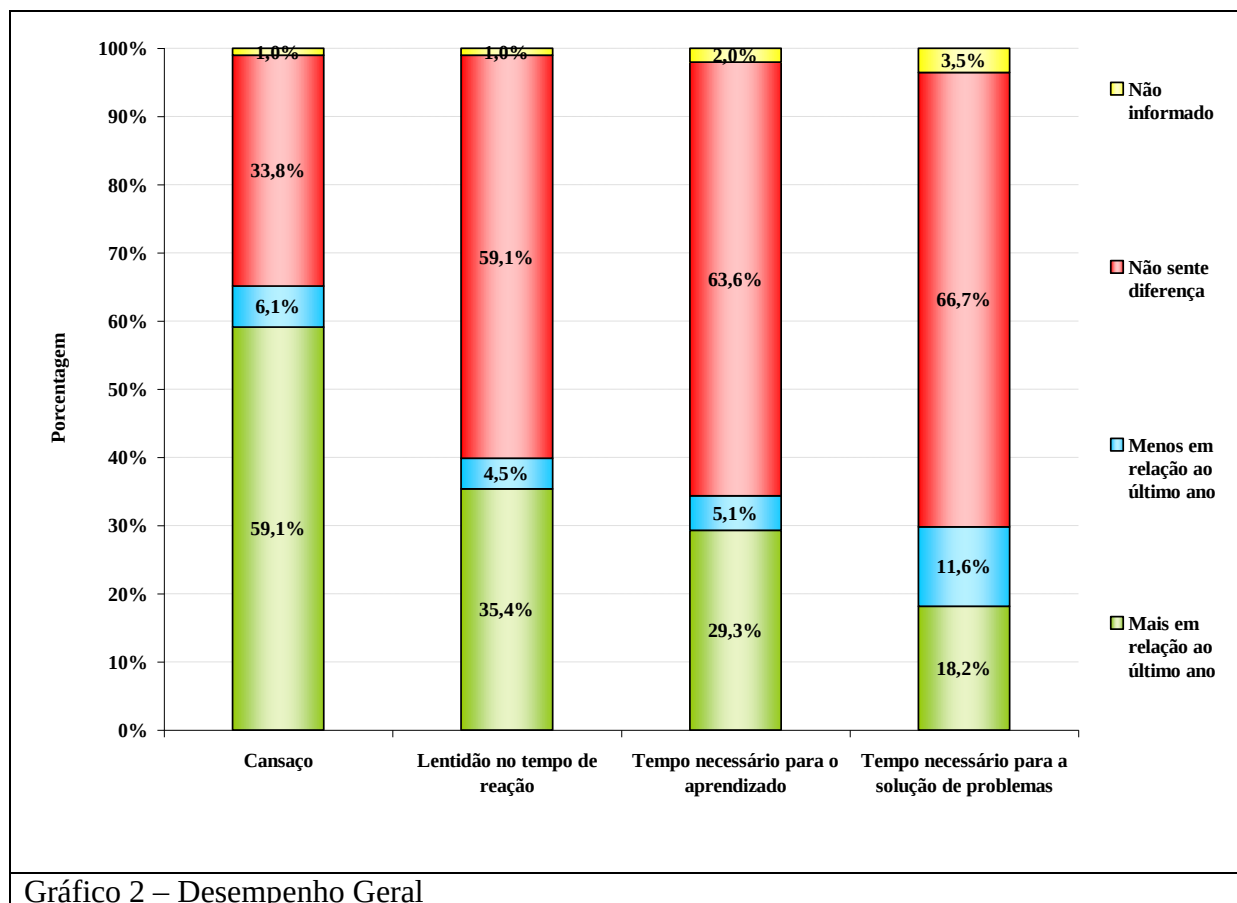
e o raciocínio e o desempenho geral, tendo como período de referência o último ano. Além disso, indagou-se acerca de possíveis mudanças no ambiente de trabalho.

Em relação à força muscular e à memória e raciocínio (tabela 20), as proporções de sujeitos que não haviam percebido mudanças foram similares às daqueles que acreditavam que essas capacidades haviam diminuído parcialmente. Uma parcela muito pequena dos trabalhadores observou aumento nessas habilidades.

Tabela 20 – Avaliação dos técnicos em enfermagem sobre mudanças na força muscular e nas capacidades de memória e raciocínio – Belo Horizonte/MG, 2009.

Variável	N	%
No último ano sente que sua força muscular tem		
Aumentado muito	1	0,5%
Aumentado parcialmente	6	3,0%
Não percebe diferenças	94	47,5%
Diminuído parcialmente	95	48,0%
Diminuído muito	1	0,5%
Não informado	1	0,5%
Total	198	100,0%
No último ano sente que as suas capacidades de memória e raciocínio tem		
Aumentado muito	2	1,0%
Aumentado parcialmente	8	4,0%
Não percebe diferenças	89	44,9%
Diminuído parcialmente	89	44,9%
Diminuído muito	8	4,0%
Não informado	2	1,0%
Total	198	100,0%

No tocante ao desempenho geral (gráfico 2), a maioria relatou não observar diferenças em suas atividades, seguida por uma parcela considerável que considerou haver diminuição no próprio desempenho. A exceção se deu em relação ao item que investigava acerca do cansaço: quase 60% dos trabalhadores consideram-se mais cansados do que no último ano. Esse resultado corrobora as queixas de saúde já apresentadas, nas quais o cansaço era um dos mais freqüentes elementos relacionados ao desgaste físico.



A tabela 21 apresenta dados que relacionam o avanço da idade ao relacionamento no ambiente de trabalho. A maioria dos sujeitos relata não ter experimentado conflito ou discriminação no ambiente de trabalho em função da idade. O mesmo acontece em relação a transferências de setor ou função no hospital em que trabalham.

Todavia, quando a análise sobre discriminação por causa da idade é feita em função de faixas etárias diferenciadas (tabela 22), observa-se que cerca de $\frac{1}{4}$ dos trabalhadores com idade entre 55 e 64 anos já passaram por esse tipo de experiência. Esse resultado sugere que o tratamento dispensado aos trabalhadores mais velhos não é o mesmo e que existe a tendência de as diferenças serem agravadas à medida que a idade avança.

Tabela 21– Relações entre o avanço da idade e ambiente de trabalho entre técnicos em enfermagem – Belo Horizonte/MG, 2009.

Variável	N	%
Já teve conflito por diferença de idade?		
Sim	11	5,6%
Não	185	93,4%
Não informado	2	1,0%
Total	198	100,0%
Já sentiu discriminação por causa da idade?		
Sim	21	10,6%
Não	175	88,4%
Não informado	2	1,0%
Total	198	100,0%
Já foi transferido de função ou setor neste hospital devido a problemas relacionados ao avanço da idade?		
Sim	11	5,6%
Não	184	92,9%
Não informado	3	1,5%
Total	198	100,0%

Tabela 22 – Avaliação dos técnicos em enfermagem sobre discriminação por causa da idade distribuída em função da faixa etária – Belo Horizonte/MG, 2009.

Variável	Já se sentiu discriminação por causa da idade?				Total		Estatística de Fisher	Valor p
	Sim		Não					
	N	%	N	%	N	%		
Faixa etária								
45 a 49 anos	5	5,4%	87	94,6%	92	100,0%	11,475	0,014*
50 a 54 anos	6	9,8%	55	90,2%	61	100,0%		
55 a 59 anos	7	26,9%	19	73,1%	26	100,0%		
60 a 64 anos	2	25,0%	6	75,0%	8	100,0%		
65 a 70 anos	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%		
Total	20	10,6%	168	89,4%	188	100,0%		

*Estatisticamente significativo.

As mudanças em relação às exigências do trabalho apresentaram orientações diferentes, de acordo com sua a qualidade (tabela 23). Quanto às exigências físicas, quase 50% dos trabalhadores percebem mudanças negativas com o passar do tempo e 38,9% consideram não

ter havido mudanças. O panorama é diferente quando se trata das exigências de ordem mental e social. Enquanto 35,9% dos sujeitos relatam mudanças positivas à medida que ficam mais velhos em relação às exigências mentais de seu trabalho, mais da metade percebem a mesma tendência quanto às exigências sociais. Nesses dois aspectos, também é grande a proporção de indivíduos que não percebem mudanças em relação à idade, 50,5% e 39,4%, respectivamente.

Tabela 23 – Avaliação dos técnicos em enfermagem sobre a relação entre avanço na idade e exigências no trabalho – Belo Horizonte/MG, 2009.

Variável	Sim		Não		Não informado		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Exigências Físicas								
Percebe mudanças positivas?	20	10,1%	177	89,4%	1	0,5%	198	100,0%
Percebe mudanças negativas?	94	47,5%	103	52,0%	1	0,5%	198	100,0%
Não percebe mudanças?	77	38,9%	120	60,6%	1	0,5%	198	100,0%
Exigências Mentais								
Percebe mudanças positivas?	71	35,9%	124	62,6%	3	1,5%	198	100,0%
Percebe mudanças negativas?	26	13,1%	170	85,9%	2	1,0%	198	100,0%
Não percebe mudanças?	100	50,5%	95	48,0%	3	1,5%	198	100,0%
Exigências Sociais								
Percebe mudanças positivas?	104	52,5%	93	47,0%	1	0,5%	198	100,0%
Percebe mudanças negativas?	17	8,6%	180	90,9%	1	0,5%	198	100,0%
Não percebe mudanças?	78	39,4%	119	60,1%	1	0,5%	198	100,0%

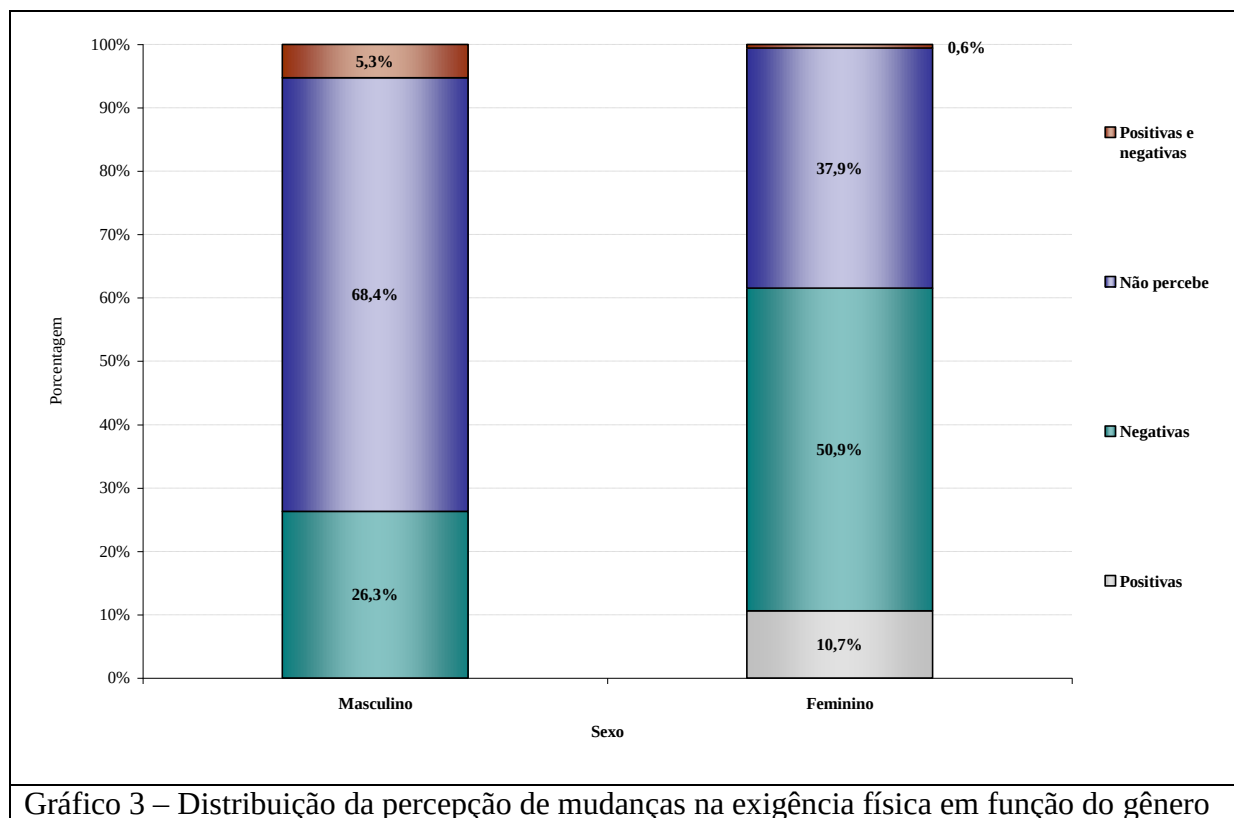
As exigências físicas parecem ser as demandas que mais pesam sobre os trabalhadores mais velhos. Kenny et al (2008) e Hamberg-van Reenen et al (2009) confirmam que as capacidades relacionadas ao esforço físico apresentam declínio à medida que a idade avança. Em análise feita em função do gênero, esse tipo de exigência mostrou apresentar-se de forma diferente para homens e mulheres. As mulheres com idade acima de 45 anos perceberam mais frequentemente mudanças negativas e apresentaram 3,8 mais chances de perceber diferenças em relação ao avanço da idade (tabela 24). Essa diferença entre gênero já havia sido relatada em outros estudos que tratavam da maior probabilidade de mulheres mais velhas sofrerem os

efeitos das exigências físicas do trabalho (AITTOMÄKI et al, 2005; SALINAS e PEEK, 2008). O gráfico 3 apresenta as diferenças entre os sexos nas percepções de mudanças nas exigências físicas do trabalho.

Tabela 24 – Percepção de mudanças nas exigências físicas do trabalho do técnico em enfermagem distribuída em função do gênero – Belo Horizonte/MG, 2009.

Variável	Sexo				Total		Valor p	OR
	Masculino		Feminino					
	N	%	N	%	N	%		
Exigências Físicas – Percebe mudanças positivas?								
Sim	1	5,3%	19	10,7%	20	10,2%	0,699	0,462
Não	18	94,7%	158	89,3%	176	89,8%		
Total	19	100,0%	177	100,0%	196	100,0%		
Exigências Físicas – Percebe mudanças negativas?								
Sim	6	31,6%	87	49,2%	93	47,4%	0,157	0,477
Não	13	68,4%	90	50,8%	103	52,6%		
Total	19	100,0%	177	100,0%	196	100,0%		
Exigências Físicas - Não percebe mudanças?								
Sim	13	68,4%	64	36,2%	77	39,3%	0,012*	3,826
Não	6	31,6%	113	63,8%	119	60,7%		
Total	19	100,0%	177	100,0%	196	100,0%		

*Estatisticamente significativo.



5.1.5 - Satisfação e reconhecimento no trabalho

Mais de 60% dos técnicos de enfermagem participantes responderam sentir-se satisfeitos em relação às suas atividades de trabalho (tabela 25). Outros 15,2% consideraram-se muito satisfeitos e apenas 3% relataram insatisfação.

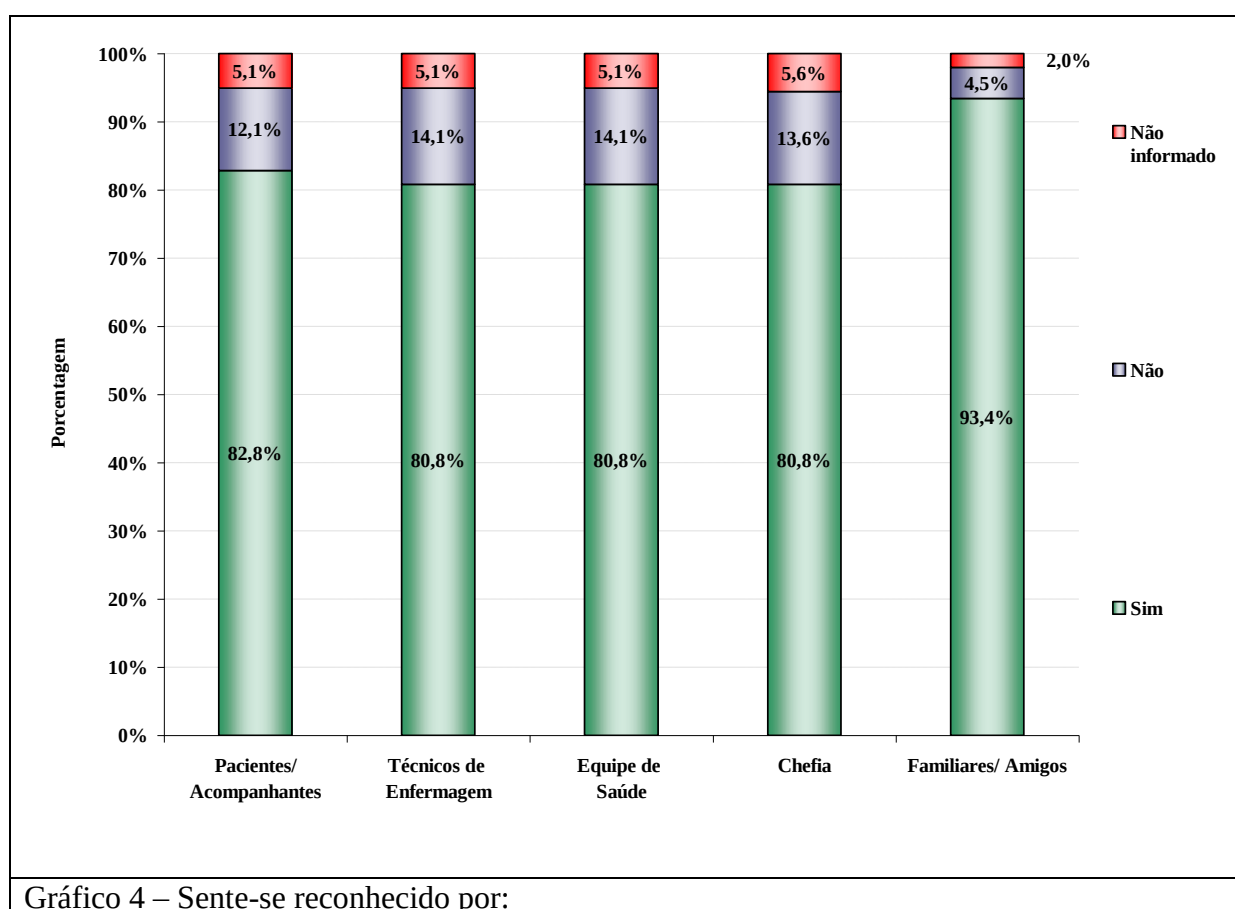
Tabela 25 – Avaliação dos técnicos em enfermagem sobre satisfação no trabalho – Belo Horizonte/MG, 2009.

Variável	N	%
Com relação às atividades que realiza no trabalho, você se sente:		
Muito satisfeito	30	15,2%
Satisfeito	127	64,1%
Nem satisfeito/Nem insatisfeito	33	16,7%
Insatisfeito	6	3,0%
Não informado	2	1,0%
Total	198	100,0%

De modo geral, 81, 8% dos trabalhadores afirmaram sentir-se total ou parcialmente reconhecidos por seu trabalho (tabela 26). Esse índice manteve alto mesmo quando a pergunta foi feita em relação a agentes específicos, como os colegas de trabalho, a chefia ou os pacientes. O mais alto grau de reconhecimento relatado foi o reconhecimento por parte de familiares e amigos, presente em 93, 4% das respostas (gráfico 4).

Tabela 26 – Avaliação dos técnicos em enfermagem sobre reconhecimento no trabalho – Belo Horizonte/MG, 2009.

Variável	N	%
Se sente reconhecido pela atividade de trabalho que realiza?		
Sinto-me muito reconhecido	57	28,8%
Sinto-me parcialmente reconhecido	105	53,0%
Não me sinto reconhecido	31	15,7%
Não informado	5	2,5%



O grau de satisfação experimentado apresentou-se bastante relacionado ao nível de reconhecimento percebido pelos profissionais (tabela 27). Dentre os trabalhadores que relatam sentir-se muito satisfeitos no trabalho, mais de 70% consideram-se muito reconhecidos. Por sua vez, a maior proporção daqueles que se sentem insatisfeitos não se acham reconhecidos (66,7% do total). Esses resultados confirmam outros estudos que apontam o reconhecimento do trabalho como um elemento importante para a satisfação no trabalho entre trabalhadores de enfermagem (DEL CURA e RODRIGUES, 1999; MACHADO e MERLO, 2008). O reconhecimento do trabalho possibilita a esses trabalhadores um sentimento de pertencimento devido à valorização e à aprovação de suas atividades por parte da sociedade (BECK, 2001 apud MACHADO e MERLO, 2008).

Essa relação foi especialmente significativa para o caso do reconhecimento por parte da chefia, dos demais membros da equipe de saúde e dos pacientes e seus acompanhantes – nesse último caso, a proporção de trabalhadores que se sentem satisfeitos ou muito satisfeitos é quase duas vezes maior entre aqueles que se sentem reconhecidos.

Tabela 27 – Relação entre reconhecimento e satisfação no trabalho entre técnicos em enfermagem – Belo Horizonte/MG, 2009.

Variável	Se sente reconhecido pelo trabalho que realiza?						Total		Valor p
	Muito reconhecido		Parcialmente reconhecido		Não reconhecido				
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Satisfação no trabalho									
Muito satisfeito	22	73,3%	7	23,3%	1	3,3%	30	100,0%	0,000*
Satisfeito	32	25,6%	78	62,4%	15	12,0%	125	100,0%	
Nem satisfeito/Nem insatisfeito	3	9,4%	18	56,3%	11	34,4%	32	100,0%	
Insatisfeito	0	0,0%	2	33,3%	4	66,7%	6	100,0%	
Total	57	29,5%	105	54,4%	31	16,1%	193	100,0%	

*Estatisticamente significativo

5.2 - Dados qualitativos – apresentação dos resultados e discussão parcial

Dentre os técnicos de enfermagem estudados, 80 trabalhadores demonstraram interesse em participar da segunda etapa de coleta de dados. Cada um desses trabalhadores foi contatado posteriormente por telefone, a fim de se averiguar a disponibilidade e os dias em que estariam na instituição durante a semana de realização dos grupos focais.

Uma amostra de 28 trabalhadores foi selecionada para participar dos três grupos que se realizaram, observando-se para tanto o turno e o setor de trabalho de cada técnico. A data em que aconteceu cada grupo foi determinada em função da presença no hospital da maior parte dos trabalhadores de cada turno.

Inicialmente, cada um dos grupos contava com a presença de pelo menos um técnico do sexo masculino. Todavia, embora tenha havido vários contatos confirmando a hora, o local e a presença dos participantes, 9 trabalhadores faltaram no dia dos encontros, ficando a composição final de cada grupo focal da seguinte maneira:

Tabela 28 – Caracterização dos grupos focais

Turno	Número de participantes	Presença de participante do sexo masculino?	Tempo de duração
Manhã	6	Não	1 hora e 50 minutos
Tarde	7	Não	1 hora e 44 minutos
Noite	6	Sim	1 hora e 51 minutos

O roteiro utilizado foi o mesmo em todos os três grupos (anexo B). De modo geral, todos os temas foram discutidos em cada encontro, no entanto, dada a composição diferente de cada grupo, houve diferenças em relação aos assuntos considerados mais importantes e em relação àqueles que geraram maior grau de dissenso entre os participantes.

As tabelas a seguir (tabela 29 a 33) apresentam as categorias e subcategorias que emergiram no processo de análise dos dados, de acordo com as etapas apresentadas no item 4.5.

Tabela 29 – Categoria de análise: trabalho

Categoria	Subcategorias Nível I	Subcategorias Nível II	Subcategorias Nível III
Trabalho	Significados do trabalho		
		Importância do trabalho	
		Trabalho = Satisfação	
	Condições de trabalho	Carga de trabalho	
		Trabalho e cansaço	
		Desgaste	
		Trabalho que adocece	
		Mudanças com o passar do tempo	Perda da qualidade do hospital
			Sensação de que os pacientes pioraram
	Reconhecimento no trabalho		
	Relação com os pares		
	Chefia/hierarquia		
		Relação com a chefia	
		Descaso da chefia	
	Trabalho e sofrimento		
		Sensação de incompletude	
	Trabalho feminino		
	Trabalho noturno		

Tabela 30 – Categoria de análise: trabalho em enfermagem

Categoria	Subcategorias Nível I
Trabalho em enfermagem	Objeto de trabalho: cuidado/vida
	Contínua relação com a morte e o sofrimento
	Trabalho em equipe/cumplicidade entre os colegas
	Trabalho como um dom
	Trabalho que ensina (<i>para a vida*</i>)
	Teoria # prática
	Condições insalubres
	Relação enfermagem-paciente

Tabela 31 – Categoria de análise: envelhecimento

Categoria	Subcategorias Nível I	Subcategorias Nível II
Envelhecimento	Processo	
		Processo natural
	Decadência	
		Igual à doença
	Realização	Minimização dos problemas
		Prêmio
		Revisão de vida
	Envelhecimento # Plenitude	
	Preparar-se para o envelhecimento	
		Envelhecimento como opção

Tabela 32 – Categoria de análise: trabalho e envelhecimento

Trabalho e Envelhecimento	Efeitos do trabalho sobre o envelhecimento		
		Rejuvenescimento	
		Desgaste ao longo do tempo	
	Efeitos do envelhecimento sobre o trabalho	Capacidade física	
		Capacidade mental	Impactos na aprendizagem
		Mais conhecimento/ experiência	
		Estratégias	
	Diferenças entre gerações		

Tabela 33 – Categoria de análise: aposentadoria

Categoria	Subcategorias Nível I	Subcategorias Nível II
Aposentadoria	Aposentadoria x Capacidade de trabalho	
	Aposentadoria x Parar de trabalhar	
		Trabalho fora da enfermagem
	Aposentar para aproveitar a vida	

Os resultados aqui apresentados foram divididos em função dessas categorias e também de sua relevância dentro das discussões dos trabalhadores.

5.2.1 - Percepções acerca do envelhecimento

Os trabalhadores foram unânimes em expressar um entendimento do envelhecimento como um processo. As referências mais comuns foram aquelas ligadas à noção de continuidade, como sendo uma etapa do desenvolvimento de todos os indivíduos, marcada por mudanças que acontecem no decorrer da vida de cada um.

“Porque você nasce e a partir do momento que você nasce, você já vai modificando e vai envelhecendo”. (TE.6)

“É uma etapa da vida da gente, né? É uma continuidade.” (TE.11)

As diferenças mais significativas se deram em relação aos aspectos considerados como característicos desse processo. Nesse ponto, as opiniões apresentadas podem ser divididas entre duas diferentes tendências.

Uma delas está mais voltada à associação da velhice à decadência e maior vulnerabilidade ao adoecimento. Para esses trabalhadores, o envelhecer distingue-se de outros estágios da vida pelo aparecimento de mais problemas de saúde e limitações nas capacidades, especialmente físicas.

“Eu vejo envelhecimento como já um começo, a decadência mesmo. É uma fase onde a gente já entra e onde já começa a se defrontar com as dificuldades.” (TE.2)

“Por exemplo, eu tô vendo essa gripe, essa virose, sei lá o quê que eu tô com ela, eu tô com isso desde sábado passado. Eu acho que se eu fosse mais nova eu já teria me recuperado mais rápido. Eu não me lembro assim de eu com meus 25, 27 anos ficar tanto tempo e tão ruim como eu fiquei. Tão debilitada, entendeu?” (TE.12)

Silva e Günther (2000) encontraram resultados semelhantes em pesquisa feita com sujeitos com mais de 50 anos, que investigava os papéis sociais desempenhados por adultos. Da mesma forma que entre os técnicos de enfermagem, naquela ocasião prevaleceu a idéia de envelhecimento marcada por seus aspectos negativos, especialmente por sua maior associação ao adoecimento.

Dentre os sujeitos que caracterizaram o envelhecimento como processo que leva à decadência, foi recorrente a associação entre velhice e improdutividade, ou seja, a idéia de que um

indivíduo se torna velho a partir do momento em que não é mais capaz de produzir. A condição de ser produtivo foi colocada em oposição à condição de ser velho, a despeito da idade cronológica. Esse contraste entre velhice e produção, diretamente associada a algum vínculo de trabalho, é discutida por outros autores (SILVA, 2009; SILVA, 2008; BEAUVOIR, 1970). Veloz, Nascimento-Schulze e Camargo (1999) afirmam que o trabalho é o substrato mais relevante na construção das representações sociais da velhice, especialmente quando se trata de uma população que esteja fortemente associada a uma vida no trabalho, como é o caso dos técnicos estudados. Haddad (1986, apud TEIXEIRA, 2006) explica essa relação em função do “prestígio” conferido ao trabalho na sociedade atual: no modo de produção capitalista, ele se tornou o meio exclusivo de “autoconsciência e auto-afirmação perante a sociedade”. Ao longo dos anos envolvidos na esfera produtiva, os trabalhadores internalizam essa importância e a reproduzem em suas representações.

“Eu acho que é você já não conseguir render o que você rendia antes.” (TE.12)

“Eu acho que envelhecer é quando você não produz mais nada. Há novos bem velhos e há velhos novos.” (TE.18)

Para Odebrecht (2002), considerar-se produtivo é fundamental para o equilíbrio físico e psíquico dos indivíduos e ocasiona, através do trabalho, a sensação de estar integrado e pertencer a um grupo ou sociedade. A produtividade é comumente associada à utilidade dos sujeitos (BEAUVOIR, 1970) e os resultados ora encontrados confirmam essa percepção entre os trabalhadores.

Por outro lado, para alguns trabalhadores o envelhecimento é entendido como processo de realização, prevalecendo a noção de velhice como evolução e acúmulo de experiências e conhecimentos. Esses atributos são comumente associados aos sujeitos mais velhos e parecem ser alguns dos poucos que associam o envelhecimento a conquistas positivas e socialmente valorizadas (BALTES e SMITH, 1995).

“Eu não vejo como decadência, eu vejo como um triunfo: eu cheguei no lugar que eu queria.” (TE.4)

“Eu acho uma graça. Eu sempre falo com os meus filhos, é... Eu me sinto como uma águia no topo do morro porque de cima você pode ver tudo o que você viveu até agora, da gente, dos filhos, da família, do trabalho. Você tem uma visão melhor porque você conseguiu chegar, lá em cima.” (TE.5)

Em muitos casos, as diferentes visões do processo de envelhecimento coexistiram, tendo sido comum a separação entre os aspectos físicos e mentais do processo de envelhecimento.

Outro ponto que se destacou foi a compreensão de alguns sujeitos sobre o envelhecimento como um processo para o qual é possível se preparar e que pode, em certa medida, ser até mesmo evitado.

“Cada ser humano, ele vai moldando o seu futuro, né, que é o seu envelhecimento.” (TE.6)

“Então ir tentando preparar e se cuidar, evitando a questão dos problemas, proteger com relação à osteoporose, e a outros problemas que nós sabemos que pode acontecer.” (TE.1)

“Você envelhece se você quiser.” (TE.4)

“Eu não quero envelhecer muito por dentro, pode até envelhecer. Você tem que ficar jovem por dentro, porque fora, puxa vida, eu tô com implante, o cabelo fica branco, a pele fica enrugada também, mas você tem que tá novo por dentro.” (TE.9)

Embora pareça haver uma contradição entre essa possibilidade de evitar a velhice e a idéia, já apresentada, de envelhecimento como processo natural e comum a todas as pessoas, é possível perceber no discurso desses técnicos que se trata de evitar o envelhecimento em termos dos aspectos considerados por eles como negativos, geralmente associados à dependência e à decrepitude.

5.2.2 - Significados do trabalho

Para todos os participantes, o trabalho assumiu uma conotação bastante positiva. Esse foi o maior consenso dentre as discussões que se sucederam nos grupos. Para a maioria dos técnicos o trabalho foi tido como essencial ao ser humano, como elemento indispensável para dotar de sentido a existência das pessoas, independente do ramo em que se atua.

“Acho que o trabalho ele tá vinculado ao ser humano mesmo como uma necessidade primeira. Como uma atividade primeira na vida.” (TE.17)

“Eu acho que a vida não faz sentido sem o trabalho.” (TE.2)

“O trabalho é a alma e o espírito, é impossível viver sem o trabalho. Você fica desnortado. É nele que você apóia seja financeiramente, seja por um ideal, né?” (TE.17)

“O trabalho é sinônimo de que você é útil e produtivo.” (TE.18)

Os resultados confirmam a centralidade do trabalho para os trabalhadores (ANTUNES, 1999; MACHADO e MERLO, 2008). Embora apontem dificuldades nas condições em que o trabalho se realiza, os técnicos enfatizaram essa importância em suas vidas e sua relevância sobre os planos pessoais para o futuro – especialmente em relação ao momento de aposentar-se do hospital.

Essa importância advém de causas variadas. Por vezes, o trabalho é relacionado como meio de subsistência, através do qual é possível obter renda para satisfazer as necessidades do cotidiano. Em outros momentos, ressalta-se a sua importância como expediente para o reconhecimento social, seja por conferir um senso de utilidade ao trabalhador, seja por permitir que ele seja respeitado por seus pares em função do produto de seu trabalho.

“O meu trabalho é que me faz sair de casa, que me faz realizar, que me faz ter o dinheiro no fim do mês. Pra eu comprar minhas coisas sem pedir pra ninguém.” (TE.8)

“O trabalho, ele... Sei lá, faz a gente ficar mais adulta, crescer, ter interesse em ser útil mesmo. E isso vai também o que ela colocou, o prazer de você chegar na loja, comprar, pagar, tudo com o trabalho.” (TE.9)

“Porque a partir do momento que você trabalha, você é respeitado perante a sociedade. E aquela liberdade de ter o seu dinheiro pra você fazer o que você quer. E a ter o respeito. Eu acho que quando você tem um trabalho, na sua relação, no meio que você vive, você é bem mais respeitado.” (TE.11)

O trabalho também é motivo de satisfação. A maior parte dos trabalhadores se sentem satisfeitos em relação às suas atividades e a satisfação é tanto maior quanto mais se percebem reconhecidos pelo trabalho – seja por colegas de trabalho, por pacientes ou por seus próprios familiares e amigos.

De modo geral, a satisfação foi mencionada sob duas diferentes perspectivas. Por um lado, a atividade de trabalho foi considerada como uma fonte de satisfação para o trabalhador. De outra forma, a satisfação foi referida não como resultante, mas como elemento necessário à realização do trabalho, ou seja, para alguns dos participantes é preciso antes sentir-se satisfeito para ser capaz de realizar o próprio trabalho. No entanto, pode-se pensar que outra

possível fonte de satisfação é o entendimento que os técnicos tem do próprio trabalho como atividade de valor diferenciado na sociedade – por se relacionar ao cuidado e à recuperação de pacientes – e que, por isso mesmo, é associada à generosidade e à qualidade de caráter (ELIAS e NAVARRO, 2006).

“Então pra mim o trabalho é realmente uma coisa gratificante. Eu tenho prazer de sair pra vim trabalhar. Sair de casa pra vir trabalhar...” (TE.10)

“Trabalho pra mim é o gostar. Você tem que gostar e não é pouco não. Você tem que gostar é muito. É isso, tem que gostar, porque senão...” (TE.3)

“É uma satisfação pessoal, né.” (TE.19)

5.2.3 - Condições de trabalho

Em contraste com o alto grau de satisfação em relação ao próprio trabalho, os técnicos de enfermagem evidenciaram os aspectos negativos das condições em que esse trabalho se realiza.

O maior destaque foi dado à sobrecarga de trabalho no hospital, apontada pela maioria dos participantes como a principal fonte de tribulações, especialmente nos setores de internação e pronto atendimento. O cenário descrito envolve uma grande quantidade de trabalho associada ao número insuficiente de profissionais para executá-lo.

“Não tinha funcionário, que é uma das coisas que funcionam muito, né? Então você ficava sobrecarregado. Eu vinha, então, na minha escala ia ser cinco, tinha um período que era sete, passado uns anos e passou a ser cinco. Então você pegava quinze pacientes e aquilo mais um de CTI, que era o paciente entubado.” (TE.6)

“Na Pediatria, você tem 5 pacientes, mais um entubado e mais um que vai chegar. E aí você tem o paciente mais os acompanhantes, você tem de dar um apoio.” (TE.4)

“Todos os setores do hospital nós estamos trabalhando com uma sobrecarga intensa. (...) Porque tem pessoas que eu já escutei falando, não é esse meu pensamento, mas que fala assim que às vezes tem setores que é mais tranquilo. Pra mim não existe isso.” (TE.11)

Os trabalhadores percebem um descompasso nas formas de gestão do trabalho na instituição: o alto grau de cobranças e exigências coexiste com a falta de ações que visem melhorar os

meios e condições de trabalho. Em algumas das situações relatadas, a precariedade da infraestrutura da instituição é apontada como empecilho para a realização adequada do trabalho.

“Uma dificuldade muito grande que nós temos – e eu acredito que é em todo setor – que não te dá infra-estrutura, mas te cobra muito.” (TE.6)

“E assim, aí passamos a fase de faltar medicamento, não é? De faltar roupa de cama. E aí nós correndo atrás. De faltar seringa. Faltar luva, esparadrapo.” (TE.6)

“Às vezes o paciente tá numa cama, aquela cama que tem grade dos dois lados, aí a gente vai correr com o paciente e aí chega na porta a cama não passa.” (TE.2)

Vários estudos com profissionais de enfermagem apontaram que a sobrecarga de trabalho e as contradições entre o que é exigido do trabalho e as condições oferecidas para a sua realização são a principal fonte de insatisfação dos trabalhadores (OSÓRIO, 2006; ELIAS e NAVARRO, 2006; BATISTA et al, 2005).

O grupo estudado parece estar ainda mais vulnerável por estar vinculado a uma instituição pública. No Brasil, as últimas décadas testemunharam uma grande crise no sistema de financiamento público hospitalar, levando os hospitais a graves constrangimentos em sua capacidade de funcionamento (MATOS e PIRES, 2002; SPINDOLA e SANTOS, 2005).

A carga de trabalho aparece claramente associada a sentimentos de mal-estar e grande estresse. Ela constitui uma fonte de intenso sofrimento para os técnicos de enfermagem em função da pressão constantemente experimentada no cotidiano do trabalho. Os trabalhadores se sentem pressionados a dar conta de um grande volume de atividades, ao mesmo tempo em que percebem que a qualidade da assistência que prestam ao paciente está aquém de suas próprias expectativas.

“Porque aí estão querendo exatamente isso. É muita quantidade e a qualidade não interessa.” (TE.10)

“É um estresse muito grande. E assim, eu sempre trabalhei em setor que a gente tinha que dar conta muito mais, muito além do limite. Muito além do que é o cuidado de enfermagem.” (TE.10)

“E nem sempre você consegue fazer com aquela qualidade que você conhece.” (TE.7)

“É o desencanto é que acaba com a gente.” (TE.17)

Uma das facetas desse sofrimento do trabalhador se revela sob a forma de frustração – sentimento que o acompanha para além do período em que está no hospital. A insatisfação é efeito da sensação de não ter sido capaz de fazer tudo o que era necessário ser feito durante a jornada de trabalho - e, como consequência, não ter correspondido às próprias exigências de rendimento no trabalho.

“A única coisa que me deixa muito triste é porque às vezes a gente vai pra casa com a sensação de que não conseguiu cumprir as coisas que precisava.” (TE.2)

“Então tinha dia que eu saía chorando, com a sensação de que eu não conseguia ter feito o que eu tinha que fazer. Que eu não consegui dar a assistência que eu tinha que dar. Que eu não consegui parar pra conversar com o paciente.” (TE.10)

O sofrimento do trabalhador é amplamente ignorado pela gestão do trabalho. Sua manifestação no ambiente de trabalho é geralmente associada à fraqueza do indivíduo – a responsabilidade recai sobre o sujeito, a quem se atribui a incapacidade de lidar com as questões do cotidiano do trabalho. Os seus sintomas são tratados como doenças e é exatamente essa ausência de reconhecimento que gera danos à saúde do trabalhador (BRANT e MINAYO GOMES, 2004).

A permanência em um ambiente de trabalho insalubre também foi amplamente discutida pelos sujeitos. Eles estabeleceram relações claras entre o trabalho no hospital e o maior risco de adoecimento a que estão submetidos. Alguns apontaram as condições ergonômicas em que o trabalho acontece, geralmente desfavoráveis e com grande potencial de produzir lesões em função do esforço físico. Outros ressaltaram o risco do contato direto com medicamentos e o trabalho desprotegido junto a pacientes portadores de doenças contagiosas.

“O problema também de ergonomicamente não se pensar na enfermagem. Todo lugar que você vai dentro do hospital, ou é tudo muito alto, ou é baixo, ou então tá totalmente distante da sua área de movimentação no trabalho. Nunca tá tudo próximo que você pode manusear com menos desgaste de estar indo e vindo.” (TE.7)

“Eu acho que a medicação constante que você mexe com ela. Se eu precisar de um antibiótico semana que vem não sei se ele vai dar efeito pra mim mais. Entendeu? Porque quando você adoece a doença te pega mesmo.” (TE.8)

“É o contato com muitos pacientes infectados, né? Até tuberculose, às vezes chega aqui sem tratamento ainda e a gente fica perto do paciente.” (TE.12)

As condições ruins do ambiente de trabalho não se relacionam unicamente ao adoecimento, mas também a maiores riscos de acidentes. Guimarães et al (2005), estudando a organização do processo de trabalho da Enfermagem, encontrou que a alta concentração de atividades, a divisão de tarefas insatisfatória e a ocupação total da carga horária durante a jornada de trabalho são fatores de risco para a maior incidência de acidentes de trabalho.

Diante de tantos aspectos negativos, a relação dos trabalhadores com a chefia parece ter um papel fundamental. Segundo os técnicos, as posições tomadas pelos seus chefes tem o poder de amenizar os problemas ou torná-los ainda mais incômodos.

Quando os chefes se mostram atentos às limitações, seja dos meios de trabalho, seja dos próprios trabalhadores, e se colocam junto a eles na tentativa de minimizá-las, os sujeitos relatam sentir-se mais reconhecidos e estimulados no trabalho. Por outro lado, quando a chefia desconsidera os problemas existentes e mantém uma postura pouco flexível, sem abertura para a discussão, torna-se um transtorno a mais, aumentando o nível de pressão no ambiente de trabalho.

“Eu acho que a gente tem um contato muito direto com a chefia. Tem uma parada, tem o enfermeiro e tem sempre uma, mas tem sempre duas, tem sempre três. Então assim, eles delegam, não têm essa rigidez.” (TE.3)

“Porque a sobrecarga é muito grande, a cobrança é muito grande. E as chefias não vêem isso. Elas só cobram, cobram, cobram, cobram.” (TE.10)

Essa influência é ainda mais importante quando se trata da relação entre os técnicos e os enfermeiros. No hospital, são eles quem assume os postos de chefia direta dos técnicos e auxiliares de enfermagem. Segundo os trabalhadores, as mudanças ocorridas nas formas de gestão da instituição distanciaram os enfermeiros das atividades de assistência direta à saúde dos pacientes, concentrando o seu trabalho em funções mais burocráticas e na supervisão das rotinas. Como efeito, apesar de estarem nos postos de comando, não são todos os enfermeiros que estão preparados para orientá-los e auxiliá-los na resolução dos problemas – essa incongruência se torna uma fonte constante de atritos e insatisfação.

“Pra mim enfermeira não é enfermeira, é inferneira.” (TE.6)

“A gente é mal comandado. Porque tem que ter um superior, né? A hierarquia pede. Então a gente fica sempre em atrito com o enfermeiro. A enfermagem é o tempo todo, o técnico e o auxiliar é o tempo todo em atrito com a enfermeira.” (TE.17)

“Elas não tem prática. Então eu acho que é o que mais matou a enfermagem de uns anos pra cá.” (TE.17)

Os técnicos se dizem desamparados na execução do próprio trabalho: assumem sozinhos a responsabilidade de suas atividades, sem poder contar com a ajuda da chefia.

“Dizem que não pode, mas o técnico consegue trabalhar sem enfermeiro. E quantos trabalhamos um monte. E o enfermeiro trabalha sem técnico? Ele dá conta de assumir qualquer um setor sozinho? Não dá. Na ausência de um enfermeiro, um técnico consegue.” (TE.6)

“Porque nosso comandante dificilmente ele sabe mais do que você na prática.” (TE.18)

“Eu sinto isso todo dia. Se eu tiver que puncionar uma veia e eu não conseguir, eu tenho de conseguir. Ou eu consigo... Ou consigo. Não tem ninguém que chega aqui e fala assim... A minha superior ela não chega lá e fala: pode deixar que isso aí eu resolvo. Ela vai fazer o mesmo que eu tô fazendo e não vai conseguir.” (TE.14)

O fato de o hospital estudado ser uma instituição pública engendra determinadas particularidades às relações de trabalho. A rigidez da estrutura hierárquica e a burocracia em excesso por vezes engessam o andamento e a efetividade do trabalho. Outro diferencial é o fato de parte dos trabalhadores serem concursados e, por isso, possuírem estabilidade nos cargos que ocupam. Para alguns técnicos, essa estabilidade favorece a permanência de profissionais a despeito da baixa qualidade de seu serviço e aumenta os riscos de uma convivência forçada em caso de brigas e discussões.

“Isso realmente, infelizmente, eu acho que um órgão público peca por isso. Porque você tem muitos chefes... Muito chefe e pouca iniciativa.” (TE.1)

“Pouco índio, pra muito cacique.” (TE.3)

“Às vezes você vê coisa assim que você pode agilizar e o paciente às vezes fica lá esperando, né, e a Fulana tem de pedir roupa, tem de ser a chefe que tem de pedir roupa na roupa. E a gente tem de ficar esperando.” (TE.5)

“Porque se você tem um problema com um coordenador hoje, ah, por causa de escala, por causa de coisa, briga, xinga, às vezes fica de mal, que que acontece? Aí passa, ele roda, roda e quando você assusta... ele de novo!” (TE.6)

Com o passar do tempo, outras mudanças foram percebidas nas condições de trabalho no hospital. Os técnicos de enfermagem pesquisados, com tempo médio de trabalho na instituição superior a 15 anos, atribuem à falta de investimentos na gestão e infra-estrutura do hospital a perda progressiva da qualidade do atendimento prestado à população. Se antes tomavam o hospital universitário como referência para um alto padrão de assistência, hoje se queixam do sucateamento. Para eles, o aumento da demanda de pacientes não foi acompanhado por melhorias físicas e no preparo dos profissionais.

“Quando eu trabalhava num Santa Rita da vida, aquele pequenininho, eu alimentava a esperança que quando chegasse aqui fosse diferente, mas eu não vi nada. Não vi não. Nada diferente, pelo contrário.” (TE.17)

“O hospital universitário perdeu a qualidade. Eu quando eu comecei aqui em 85, nossa gente, isso aqui era vip! Por quê? É escola, então o que que eu entendia? Aqui é que saem os profissionais, então aqui tem que ser o modelo. O hospital era modelo pra tudo.” (TE.14)

“A qualidade até de preparo de funcionário aqui do hospital caiu muito. Porque quando eu entrei, pelo menos, fazia um treinamento antes da gente ir pra assistência. Você ficava um mês. Cada enfermeira falava sobre uma especialidade, doença, de atendimento. Muitas coisas que nos hospitais não tinham, né? Que aqui como hospital escola tem, nós fomos conhecer aqui. (...) Agora não tem mais.” (TE.13)

Alguns trabalhadores percebem que houve mudanças no perfil dos pacientes atendidos. Consideram que a gravidade das doenças aumentou, exigindo mais cuidados na assistência. Por outro lado, a maioria dos técnicos reconhece que as mudanças tecnológicas atuaram em favor do trabalho em saúde e trouxeram mais conforto e facilidade para os procedimentos que executam no cotidiano.

“Dos anos que nós entramos aqui pra agora. Nossos pacientes não tem nenhum perfil do que era quando nós entramos aqui. Os pacientes pioraram.” (TE.15)

“Os pacientes de antigamente não era igual aos de hoje. Parece... Parece não! Acho que teve uma piora muito grande nas doenças, nas necessidades deles, nas carências, nos medos e eu sinto que as doenças, as patologias ficaram piores. Há anos atrás, eu costumo falar com os outros, há anos atrás existia o quê? Câncer de mama, útero e próstata. Hoje tem câncer de tudo. Câncer de cabelo, de dente, de unha, de boca, de tudo!” (TE.18)

“Hoje não, existe a tecnologia... Muito bom, facilitou muito a vida, mesmo no berçário, né? Hoje em dia nós temos incubadoras climatizadas, que o bebê pode nascer com quatro meses que ele fica lá como se estivesse no útero materno. Antes a incubadora não esquentava, e gente estressava, era um desgaste, era um estresse, assim, tremendo.” (TE.7)

“Por exemplo, nutrição parenteral tinha demais da conta mas era tudo no dedo. Não existia uma bomba. Né?” (TE.16)

5.2.4 - Peculiaridades do trabalho em enfermagem

À medida que discutiam sobre as suas condições de trabalho, os trabalhadores trouxeram à tona aspectos que são particulares ao trabalho em enfermagem e que determinam em grande parte as formas em que o trabalho se realiza.

Para os sujeitos que participaram dos grupos, o que caracteriza o trabalho do técnico de enfermagem é a assistência à saúde em contato direto com o paciente. Essa proximidade exige mais do que o conhecimento de técnicas e procedimentos de rotinas, ela mobiliza também aspectos subjetivos do trabalhador, que muitas vezes se vê dividido entre a realização do trabalho e o envolvimento emocional com o paciente. A singularidade do objeto de trabalho foi destacada. Segundo os técnicos, o trabalho com vidas não admite erros e eles sentem o peso dessa responsabilidade.

“A gente sempre tá trabalhando com as emoções. Porque trabalha com a vida, né?” (TE.17)

“O material de trabalho da gente é vida, o ser humano. E a gente é condicionado a não poder errar.” (TE.18)

“O paciente é muito dependente de nós. Então, ele é uma carga mesmo. Pesada, pra você trabalhar. Porque você é responsável, você é responsável pela vida dele no hospital tudo.” (TE.17)

Esse alto nível de exigências subjetivas se soma às condições desfavoráveis de trabalho e representa riscos à saúde dos trabalhadores. Avellar, Iglesias e Valverde (2007) acreditam que este é o cenário propício para o surgimento de afecções psicológicas como a síndrome de burn-out – situação em que o trabalhador perde o sentido de sua relação com o trabalho e que afeta principalmente os profissionais da área de serviços, devido ao contato direto com os usuários.

Por outro lado, Machado e Merlo (2008) defendem que exatamente por demandar um grande investimento afetivo, o trabalho em enfermagem cria espaços para o profissional colocar-se de modo particular e ir além das demandas prescritas. Por “sentir-se construtor de seu próprio trabalho”, os sujeitos teriam mais chances de se sentirem realizados com as tarefas que executam.

A relação entre profissional e paciente parece ser um ponto fundamental do cotidiano de trabalho. Por um lado, reconhecem que o propósito de sua dedicação é o bem-estar do paciente. Mas existe a preocupação constante de não se deixar envolver demais pela situação e história de cada paciente. No dia a dia, os técnicos precisam se equilibrar entre os pólos desse paradoxo aparente.

“Eu procuro fazer pro paciente as coisas assim com muito carinho, com muito amor mesmo.” (TE.2)

“Eu disse pra uma colega há pouco tempo que eu não trabalhava num açougue, onde eu tava lidando com um pedaço de carne! Nem numa fábrica que eu tinha que... Tinha, como fala? De produzir! Eu tava mexendo com o ser humano que muitas vezes eu preciso parar pra ouvi-lo, muitas vezes ele quer é ouvir, às vezes nem é o remédio pra dor que ele quer.” (TE.15)

“Uma coisa que a gente aprende, o que nos é passado, é você não se deixar envolver pelo problema do outro.” (TE.18)

“Porque às vezes você não envolve não é só o paciente em si, você tá com o paciente ali, que às vezes tá até pedindo pra descansar, mas é por causa da família. Às vezes se envolve é com a família.” (TE.13)

A proximidade com a morte e o sofrimento do outro é um dos aspectos mais marcantes dessa relação. As experiências no trabalho impregnam os trabalhadores, que se percebem influenciados por elas em todas as esferas de suas vidas. Shimizu (2007) afirma que, ao contrário do que se possa imaginar, os trabalhadores não se acostumam com as ocorrências de morte e sofrem intensamente ao acompanharem as experiências dos pacientes. Esse sofrimento é tanto maior quanto maior o vínculo estabelecido entre o profissional e o paciente.

Existe o impacto negativo de levar consigo para fora do trabalho os “lutos” dos pacientes e seus familiares, mas os técnicos também se consideram privilegiados, por acreditar que a vivência dessa realidade os torna mais equilibrados e capazes de valorizar mais a própria vida. De acordo com Shimizu, essa valorização positiva das experiências vividas no trabalho pode ser entendida como mecanismos de defesa, que buscam minimizar o sofrimento diante dessas situações.

“Eu acho que lidar com morte, né? Com doenças, com morte, isso aí afeta mais a parte emocional, psicológica. Porque muita gente fica em depressão é de tanto ver sofrimento, ver muita morte, ver muita perda, e ver muito crônico também, né?” (TE.13)

“Enfim, mas nós dependemos da doença do outro pra ganhar o nosso pão, infelizmente. E não dá pra você se envolver... muito. Porque senão você vai pra casa e você não levanta mais. Você entra em depressão e não levanta mais.” (TE.12)

“Com o passar dos anos você vai vendo tanta coisa e vai passando aquilo a fazer parte da sua vida... Você vai pegando aquelas coisas como exemplo. Você vai adequando aquilo à sua vida. Você vai mudando a forma de pensar, porque muda muito a forma de pensar.” (TE.16)

“Uma vez que eu conheci tanto sofrimento, fui testemunha de tantas histórias inacabadas com final feliz e outros quase feliz. Pra minha vida particular lá fora, eu saio bem amadurecida, eu sou mais positiva lá fora, entre aspas.” (TE.9)

Um estudo com enfermeiros em processo de envelhecimento na Finlândia demonstrou que o elemento mais importante para a sensação de bem-estar entre os profissionais era a reciprocidade na relação com os colegas e com os pacientes (UTRIAINEN, KYNGÄS e NIKKILÄ, 2009). Ou seja, a qualidade do relacionamento desenvolvido no ambiente de trabalho é ainda mais relevante do que as condições em que esse trabalho se realiza.

Na presente pesquisa, se a relação com os pacientes tende à proximidade, a relação com os colegas de trabalho nem sempre é entendida como favorável. Para alguns dos técnicos, o relacionamento com os colegas de trabalho é mais distante do que o desejado e, da mesma forma que acontece com os enfermeiros, eles sentem que não podem contar com esse apoio em caso de alguma dificuldade no trabalho. Ou seja, novamente o que está em questão é a sensação de que o trabalho é feito de forma solitária, individual. Dejours (2006) reconhece essa tendência à solidão no ambiente profissional em todo o mundo do trabalho e associa esse “cada um por si” aos novos modelos de gestão e organização do trabalho.

“Eu venho trabalhar, eu vou trabalhar, eu vou fazer o que gosto, mas a equipe, a equipe não é aquela coisa assim sabe que dá prazer de tá ali. Eu já trabalhei em equipe que você dava prazer, de chegar, de contar e isso, né? Então era uma coisa, assim, prazerosa, se o bicho pegar todo mundo entra, se tem um problema com o colega todo mundo abre a boca pra defender. Agora não, você fica ali assim todo mundo muito isolado, eu acho que isso cansa. Cansa bastante.” (TE.15)

Mas essa não é uma opinião homogênea. Outros sujeitos descreveram a relação com os outros técnicos do setor como positiva, afirmando haver cumplicidade entre a equipe. O que foi comum foi a percepção de que o trabalho na enfermagem é – ou, ao menos, deveria ser – necessariamente um trabalho realizado em equipe. O trabalho na assistência à saúde não termina junto com o fim de cada turno. Como os turnos se sucedem nas 24 horas do dia, o trabalho de uma equipe influencia no trabalho daquela que a substituirá no próximo plantão.

“Eu acho que a profissão é continuidade. Ninguém dá conta, assim, começa e termina. É continuidade. Então, é de 24 em 24, vai saindo um entrando outro, só troca o turno. Mas o serviço continua, não tem final não.” (TE.13)

Entre os técnicos que compunham o grupo focal do turno da noite destacaram-se as observações sobre o trabalho noturno e as dificuldades que lhe são próprias. Os trabalhadores reclamam do descaso e da falta de estrutura para o trabalho, que multiplica as limitações já encontradas durante o dia.

“Porque o hospital é gerido como empresa, então fala assim à noite o serviço é morto. Mas não no hospital. Pelo contrário, morre mais e nasce mais é de noite. Nas empresas de administração, de noite se puxa gaveta e guarda papel, mas no hospital não! A depressão é de noite, as tristezas são de noite, tudo. A noite é longa.” (TE.17)

“Tudo à noite é mais difícil. A farmácia é mais difícil, o material... O material nem existe de noite.” (TE.16)

“Só tem uma coisa que é fartura no trabalho à noite. Pepino!” (TE.18)

O trabalho noturno modifica o cotidiano desses sujeitos, inclusive nos dias de folga. Segundo eles, as alterações no ciclo de sono-vigília são difíceis de contornar, mesmo em períodos em que se ausentam mais tempo do trabalho, como durante as férias.

“Ah, se eu ficar em casa e tô de folga, no dia da folga eu não durmo direito.” (TE.19)

“Às vezes a gente não consegue dormir de dia, pra poder compensar a noite. A gente vem cansado...” (TE.14)

Apesar disso, todos referiram motivos que os levaram a escolher o turno da noite como turno de trabalho. Entre as mulheres, a razão principal foi a possibilidade de cuidar da casa e dos filhos durante o dia. Outra vantagem apontada é o acesso mais fácil ao local de trabalho, o intervalo de folgas entre um plantão e outro e o número reduzido de estudantes e profissionais em atividade durante o período de trabalho.

Essas vantagens coincidem com as apontadas por Campos e De Martino (2004) em pesquisa que avaliou enfermeiros de diferentes turnos de trabalho. Todavia, esses autores sugerem a possibilidade de haver uma seleção natural dos indivíduos para os turnos aos quais estejam mais adaptados, uma vez que encontraram correspondência entre os tipos cronobiológicos dos trabalhadores e seus horários de trabalho. Os resultados aqui apresentados não permitem

confirmar ou refutar essa hipótese para o grupo de técnicos estudados, mas o fato de todos estarem trabalhando há muitos anos nos turnos em que se encontram pode ser um indício de sua aplicabilidade.

“Quando eu escolhi trabalhar de noite, é porque eu casei muito cedo, eu tive filhos rapidinho. Então, não tinha condições de pagar empregada pra deixar filho e trabalhar de dia. Então, a solução era trabalhar de noite. De dia eu ficava em casa e cuidava da casa e cuidava de criança. E à noite o meu marido chegava e eu saía pra trabalhar. Então, essa era a solução.” (TE.16)

“Agora também eu acho que por trabalhar à noite, eu saio menos de casa, pego o trânsito ao contrário, tá todo mundo vindo pro bairro e eu tô indo pro centro. O trânsito livre.” (TE.19)

“[de dia] É assim muita gente, muito aluno. Às vezes você não consegue nem pra você ver o paciente direito. De tanto que tem aluno examinando. É papeleta que some. É muita gente. É muito complicado. À noite não! Tem muito serviço e pouca gente.” (TE.19)

Um outro tema recorrente entre as discussões nos grupos – que esteve, na maioria das vezes, implícito no meio de conversas sobre outros assuntos – foi o entendimento quase geral de que o trabalho em enfermagem seja um trabalho vocacional, que exige que o trabalhador tenha um dom para que seja corretamente executado. De acordo com os técnicos, as exigências do trabalho são muitas e o retorno é relativamente pequeno, a menos que o trabalhador se sinta compensado por benefícios de ordem subjetiva, como o fato de sentir-se bem por cuidar do outro e a gratidão dos pacientes.

“‘Gente, é sacerdócio! Você não vai ficar rica...’ Você não vai enriquecer na enfermagem, isso aí é amar ao próximo.” (TE.14)

“A gente faz mais, acho que, sei lá gente, a gente faz mais por caridade. Porque compensar não compensa não! Será que alguém aqui gostaria de ter filho enfermeiro? Que fosse da enfermagem? Se uma filha minha falar isso pra mim, eu tiro ela de cabeça.” (TE.17)

“E eu acho que tem que ter, por exemplo, nós da enfermagem, tem que ter um dom também, porque se não tiver não dá conta não.” (TE.3)

Esse entendimento da assistência à saúde perpassada pela noção de caridade parece comum à ideologia presente na enfermagem como um todo. A explicação para tanto vem da origem doméstica do cuidado aos enfermos e do surgimento da enfermagem como profissão, que a vinculava a valores militares e religiosos (RODRIGUES, 2001). Segundo essa autora, essa concepção não apenas contradiz a árdua realidade dos profissionais como dificulta o enfrentamento e a luta por mudanças nas condições de trabalho.

5.2.5 - Efeitos do envelhecimento sobre o trabalho

Quando perguntados sobre os impactos do próprio envelhecimento sobre o cotidiano de trabalho, os técnicos relatam mudanças percebidas ao longo do tempo. O primeiro elemento a ser lembrado tem a ver com a diminuição no rendimento físico no trabalho. As capacidades físicas não acompanham a disposição para o trabalho e as limitações são sentidas diante de situações que requerem grandes esforços físicos e agilidade. Mesmo quando são capazes de realizar esforços sem restrições, os trabalhadores percebem consequências a posteriori, como dores no corpo e a necessidade de mais tempo para a recuperação.

“Do lado físico, pra gente que tá com uma vida no trabalho, a gente vê que a força já não é a mesma. Se eu vou por uma bomba lá em cima, ou um monitor lá em cima, meu braço já não leva com a mesma força que levava.” (TE.5)

“E a gente sente o cansaço também. É claro que antigamente eu fazia as coisas e eu não cansava tanto.” (TE.2)

“Então assim, a mente vai, o corpo não vai. Então, eu acho que esse envelhecer existe.” (TE.4)

“Isso quer dizer, eu preciso de mais alguém pra fazer uma coisa que eu faria sozinha. Eu posso fazer, mas eu vou pra casa com dor.” (TE.4)

Essas mudanças não acontecem de maneira uniforme entre os trabalhadores. Embora essa seja a realidade descrita pela maioria, alguns relatam não haver sentido nenhum tipo de alteração com o passar dos anos – ainda que presenciem as dificuldades dos colegas de setor que também estão em processo de envelhecimento.

“Eu vou fazer 50 anos e eu não senti isso ainda. Se tiver uma parada eu corro do mesmo jeito, eu não sinto dor no braço, dor de perna... Eu não tenho nada. Eu não tenho. Então eu acho que isso é de pessoa pra pessoa, de físico pra físico.” (TE.16)

As capacidades relacionadas ao maior esforço mental também sofrem variações com a idade. Alguns experimentam maior dificuldade nos processos de aprendizagem e memorização. Todavia, de forma ainda mais acentuada do que em relação às capacidades físicas, a extensão em que essas limitações são sentidas varia enormemente. Se existe aqueles que as consideram muito significativas, também há os que não percebem diferença alguma.

“Não é mais aquela rapidez de raciocínio que a gente tinha. Isso aí eu sinto bem aflorado. Eu não acho que eu tô esquecida, entendeu? Nem tô burra também não, mas, assim, as coisas que você pegava no ar, a gente já não pega mais. Eu acho que o mental é muito maior. Eu digo assim, o meu eu tô sentindo esse desgaste, igual às vezes eu tô, você vai gravar alguma coisa, tem que ler mais de uma vez, não era desse jeito.” (TE.16)

“Então todo mundo fez o curso. A ala mais velha custa muito mais a aprender do que a turma mais jovem.” (TE.8)

“O mental pra mim também é 100 %.” (TE.4)

Em relação às consequências do envelhecimento sobre as capacidades de trabalho, o resultado mais contundente dessa etapa de pesquisa é a grande heterogeneidade entre as percepções de cada trabalhador. Uma parte deles considera que as mudanças mais importantes são mesmo as que envolvem as habilidades físicas, enquanto outros julgam que as limitações intelectuais são as de maior impacto. O que foi unanimidade entre os participantes foi o reconhecimento de que o avanço da idade trouxe algum tipo de transformação para a sua capacidade de trabalho.

A variabilidade nos processos de envelhecimento é reportada por outros autores (HAYFLICK, 1996; NÉRI, 2001; ODEBRECHT, 2002). E as limitações relacionadas pelos trabalhadores coincidem com as mudanças geralmente associadas ao envelhecimento no trabalho (WHO, 1993; ROBERTSON e TRACY, 1998; ODEBRECHT, 2002; SAVINAINEN, NYGARD e ILMARINEN, 2004; HAMBERG-VAN REENEN et al, 2009).

Mas nem todos os impactos percebidos são negativos. Os trabalhadores apontam os efeitos positivos do acúmulo de conhecimento e experiência no trabalho com o passar dos anos. Para eles, o processo de envelhecimento veio acompanhado do maior domínio dos processos de trabalho, de mais qualidade em sua execução e, como consequência, de mais segurança nos momentos de decisão. Esse conhecimento não é de ordem teórica e não se adquire com a formação profissional. Ele é tido como exclusivo dos muitos anos de prática, sendo, por isso, dotado de valor diferenciado.

“Eu não preciso me desgastar tanto. O conhecimento foi dando mais segurança.” (TE.17)

“Eu acho que quando a gente é mais nova, você é mais afoito, você tem mais volume de trabalho. Eu hoje, eu acho que eu tenho mais qualidade de trabalho, eu tenho mais tempo pro meu paciente. Eu consigo ver ele no todo.” (TE.15)

“Por exemplo, se chegar uma urgência, você não tem nada de dor no joelho, dor no braço, não tem nada não. Você atua e você tem segurança. Nem que depois você tem que tomar um remedinho pra dor, mas você tem segurança pra agir, tem conhecimento, maturidade naquilo ali.” (TE.13)

A despeito do declínio das capacidades cognitivas relacionadas à memória e ao tempo de reação dos sujeitos que envelhecem, as pesquisas indicam que existe uma estabilização em alguns aspectos da inteligência (COLONIA-WILLNER, 1998; ILMARINEN, 2001). Em relação ao trabalho, as funções relacionadas à experiência e ao conhecimento adquirido parecem ser as mais resistentes, podendo resultar inclusive no aumento do desempenho individual (MARÍN e IGUTI, 1997; SILVERSTEIN, 2008).

Outro efeito desse acúmulo de experiência no trabalho é o reconhecimento de outros profissionais do setor e mesmo dos pacientes e seus acompanhantes. À medida que se tornam mais experientes, os técnicos percebem-se reconhecidos como referência de conhecimento em sua área de trabalho. Por parte dos pacientes, multiplicam-se as manifestações de aprovação e gratidão, que são experimentadas pelos técnicos como fonte de grande satisfação.

“Eu encontro com médicos até hoje que só faltam me carregar no colo! Eles começam a te respeitar.” (TE.12)

“‘Ah, não, pergunta pra Fulana que a Fulana sabe, ela tem 300 anos de berçário’”. (TE.12)

“E vai também lá fora quando você tá passando, assim, com a sua turma, com o seu esposo, a sua família, e alguém fala: ‘nó, eu conheço aquela ali’. E aí lembra que ‘você cuidou da minha mãe, em tal época’. E você, às vezes a gente acha que não é assim tão importante...” (TE.9)

Destacaram-se ainda as diferenças no relacionamento entre os colegas em função da idade. Apesar do notado reconhecimento pela maior experiência, os trabalhadores sentem-se discriminados em relação aos trabalhadores mais jovens, que são considerados mais aptos para o trabalho por apresentarem maior vigor físico. As diferenças de ritmo e posicionamento em relação ao trabalho produzem desentendimentos e atritos. Os técnicos mais jovens entendem o ritmo mais calmo dos mais velhos como falta de capacidade e agilidade. Por sua vez, os técnicos com mais idade acham os mais novos despreparados e descomprometidos com a assistência.

“A gente percebe dentro do setor, da enfermagem, o pessoal com mais idade ele perde espaço.” (TE.15)

“Mas o seu lugar não é lá mais. Porque o outro chegou, tá jovem. Ele consegue mais do que você. Entendeu?” (TE.16)

“Eles falam mesmo. Que a pessoa tá muito velha. Que tem outros jovens no setor. A gente tudo tem que se adaptar àquilo que é do momento.” (TE.17)

“Fica esse conflito entre o jovem que chega querendo levar o mundo na mão e aquele que já está mais comedido.” (TE.17)

A percepção de que a formação é diferente entre as gerações foi referida por vários participantes. Eles consideram que os trabalhadores mais novos pecam por não estarem tão preocupados com a qualidade do próprio trabalho e com o bem-estar dos pacientes.

“Então, ele só trabalha mesmo rápido, todo mundo muito ágil, todo mundo muito novo, recém saído da faculdade... Mas e a qualidade disso?” (TE.12)

“Quem tá chegando, tá mais jovem, com maior pique, mas eles tem muito mais a tecnologia do que a teoria e a prática ao lado dele.” (TE.7)

“Tá aqui só pra ganhar dinheiro, a maioria que é técnico, entra como técnico tá visando aquele salário para poder pagar uma faculdade, então já não importa tanto com a sua evolução enquanto técnico de enfermagem, entendeu? Tipo assim, “ah, tô aqui só passando a chuva”, né? (...)Quer dizer, não tem aquele compromisso em construir aquela carreira. Porque eu acho... Eu tenho orgulho de falar que eu sou técnico de enfermagem.” (TE.12)

5.2.6 - Efeitos do trabalho sobre o envelhecimento

A percepção dos trabalhadores sobre como o trabalho pode influenciar o processo de envelhecimento é um pouco mais diluída do que as suas impressões acerca dos impactos do envelhecimento sobre as capacidades de trabalho.

Os técnicos de enfermagem relatam distinguir e reconhecer essas influências, mas nem sempre parece haver clareza em relação à extensão das mesmas. Por vezes, o trabalho é tido como um determinante das formas como se dá o envelhecimento, em outros momentos ele é visto apenas como um precipitador de etapas consideradas naturais.

Mesmo que nem sempre estejam evidentes, essas interações são admitidas como verdadeiras entre os trabalhadores. Nesse cenário, existem elementos que são listados como influxos inequívocos do processo de envelhecimento do técnico de enfermagem. É no acúmulo de anos sob condições desfavoráveis de trabalho que os sujeitos reconhecem a origem das influências sobre o processo de envelhecimento.

Todos os pontos listados em relação às condições de trabalho parecem suceder-se em efeitos sobre o trabalhador com o passar dos anos. A sobrecarga de trabalho, a pressão experimentada e os esforços físicos excessivos se manifestam sob a forma de desgaste do indivíduo como um todo. No entanto, esse desgaste não é percebido em suas etapas iniciais. Ele se faz sentir exatamente na idade madura, quando suas consequências se revelam consistentes e ocupam espaços que vão além do ambiente de trabalho. O cansaço não aparece mais sozinho, por vezes ele é acompanhado da maior suscetibilidade a doenças. As queixas físicas se tornam crônicas e dão origem a limitações de esforços e movimentos.

“Na hora a gente não sente nada, mas agora que a idade vai chegando. É igual àqueles filmes de fantasia, que você é super-herói, né? Aí, todas as lesões que você tem, vai sumindo no seu corpo. Aí, a magia passa. Fica cheio de cicatriz de rosto, aquelas marcas no seu pescoço.” (TE.4)

“Faz uma comparação do ser humano com a máquina, por exemplo, um carro 2009 com um carro 89. O funcionamento não é o mesmo. Um carro que você já vem usando, desgastando, há 20 anos, com certeza ele não funciona do mesmo jeito de um novo. Ele precisa de mais conserto do que o novo, ele precisa de mais cuidado, de mais manutenção. A mesma coisa é a gente, o corpo todo. O que você era há 20 anos, você não é hoje. E tem outra, o que eu sou hoje com certeza eu não vou ser daqui a 20 anos.” (TE.18)

“Eu trabalhei em clínica médica, peguei muito peso, muito paciente acamado mesmo, você tinha que trocar, tinha que dar banho, às vezes a fisio tirava do leito, na hora de pôr no leito a fisio não estava lá. Tinha que, sabe, no muque, por o paciente na cama. Então, quer dizer, durante muito tempo, eu trabalhei cinco anos na clínica médica. Eu vou falar que isso não repercute hoje? Na minha idade? Claro que repercute sim.” (TE.12)

Para os trabalhadores, os modos como consumiram as forças do decorrer de anos de trabalho repercutem em seu estado atual. E não se trata unicamente dos esforços físicos empenhados. O estresse no ambiente de trabalho, as rotinas tumultuadas e o excesso de horas trabalhadas seguidamente – às vezes, em função da necessidade de ter mais de um emprego – também comprometem a qualidade do envelhecimento.

Os sujeitos revelam assim uma consciência clara acerca dos impactos do uso de suas forças no trabalho, ao que Laurell e Márquez (1983) se referem como “a manifestação cotidiana e corporal da exploração do trabalhador”. Mais do que perceber o desgaste advindo das condições de trabalho, eles o relacionam aos modos como experimentam o processo de envelhecimento.

“Porque se você tem uma qualidade de trabalho ao longo da sua vida, daqui a 20 anos isso é uma coisa, se você tem essa qualidade de trabalho prejudicada, daqui 20 anos você é outro, não é o mesmo, com certeza.” (TE.18)

“E você trabalhar, fazer extensão, o trabalho que sai daqui e sai correndo pro outro. É, a gente envelhece mais.” (TE.5)

“Daí 20 anos, eu acho que essa pressão contribui pra te envelhecer um pouco mais, até precocemente.” (TE.18)

Mas nem todos os elementos do trabalho atuam de modo negativo sobre o processo de envelhecimento. Ao passo que envelhecem, o trabalho em si passa a assumir importância diferenciada mediante o esvaziamento de outros papéis sociais.

“Porque o meu lado pessoal, por exemplo, a tendência seria filho casar, ir embora, sair de casa, eu vou acabar ficando sozinha na minha casa. Então a empresa vai passar a ser a minha segunda casa, apesar da idade mais avançada, é o lugar que eu vou ter pra ir. Pra continuar trabalhando, continuar na ativa, continuar produzindo alguma coisa.” (TE.8)

“Então eu acho que envelhecer dentro do serviço a vantagem é essa: ter um ponto de apoio na sua vida.” (TE.8)

Os trabalhadores lembram que o fato de estarem em uma instituição como o hospital, que os coloca em contato direto com um número variado de pessoas e realidades e exige um ritmo acelerado de trabalho, pode ser entendido como benéfico por imprimir um compasso diferenciado, que lhes confere disposição em outras atividades de sua vida.

“O trabalho rejuvenesce a gente. Por incrível que pareça.” (TE.17)

“Porque criança é criança, e não tá nem aí se você tá velha ou se você tá nova. Ele quer brincar, quer dançar, pular em cima de você. E com isso, eu acho que a gente envelhece menos.” (TE.4)

“E eu tenho maior ritmo, o maior pique igual as minhas colegas de 22, 23 anos estão. Mas isso tudo foi ao longo do trabalho aqui dentro do hospital, trabalhando 24 horas, eu fui

adquirindo maturidade pra hoje em dia eu tá nessa condição, de estar com essa idade – eu tenho as limitações – mas ainda dar conta de fazer várias coisas.” (TE.7)

5.2.7 - Estratégias defensivas dos trabalhadores

Ao passo que observam as influências do trabalho sobre o seu bem-estar, os trabalhadores desenvolvem estratégias a fim de minimizar as limitações e o desgaste no processo de trabalho. Esses artifícios não são suficientes para encerrar os problemas encontrados no cotidiano de trabalho. Mas parecem ser indispensáveis para que o trabalho seja desempenhado de modo eficaz. Na presença de condições de trabalho como as descritas anteriormente, os mecanismos de defesa são tentativas de impedir a evolução da tensão e do sofrimento (DAL PAI e LAUTERT, 2009).

Os trabalhadores desenvolvem estratégias não apenas em relação às condições de trabalho, mas também em resposta aos efeitos percebidos do trabalho sobre o processo de envelhecimento. Os mecanismos de defesa evidenciam essa consciência dos sujeitos sobre como a vida no trabalho causa impactos que vão além do período que estão em serviço e que se acumulam ao passar do tempo. As próprias estratégias podem ser entendidas como resultado da relação do trabalho com a passagem do tempo: elas são fruto do acúmulo de conhecimentos tácitos e experiências vividas pelos trabalhadores.

Para a maioria, o conhecimento acumulado ao longo dos anos permite discernir com mais clareza entre o que é próprio da função de técnico de enfermagem e o que é considerado desnecessário. Segundo eles, no começo de carreira, ficavam muito ansiosos em resolver todos os problemas dos pacientes e, por isso, se dedicavam a muitas outras atividades além da assistência. Diante da sobrecarga de trabalho e da diminuição de algumas capacidades, uma das soluções encontradas é estar atento aos próprios limites, evitando os excessos que sejam dispensáveis.

“Quando eu entrei na enfermagem, eu tinha uma ansiedade pra resolver os problemas dos pacientes todos! Então eu chegava antes da hora, entrava no plantão da colega, saía depois do meu horário de trabalho, ficava aí trabalhando.” (TE.17)

“A gente abusou em função dos pacientes, né?” (TE.4)

“Então eu tenho que respeitar os meus limites. Eu tenho muita vontade de fazer muitas coisas mas não vou fazer porque eu faria uns tempos atrás.” (TE.5)

Em relação às limitações já estabelecidas, os trabalhadores procuram meios de contorná-las para continuar a exercer o trabalho de forma adequada. Ante a percepção de menor vigor físico, eles se preocupam em evitar os movimentos mais incômodos e substituí-los por alternativas menos agressivas. Também passam a contar com a ajuda dos colegas para carregar peso ou fazer grandes esforços. Para resguardar-se das dificuldades de memorização, eles se valem de pequenas anotações que servem de indicadores sobre os procedimentos a serem realizados.

“Como, assim, a idade vai chegando, e pra continuar agilizando o cérebro, o que que eu faço? Uma coisa que eu anotaria só o número, a medicação eu sei o que que é. Agora não, agora é o número, a medicação, boto o número na seringa e põe na bandeja. Eu tô mudando, Porque você vai se adequando.” (TE.4)

“Eu que pego a minha cadernetinha, que anoto tudo. Não tem jeito. Eu esqueci, não tô dando conta, eu vou lá, cato a minha cadernetinha, anoto tudo.” (TE.16)

Algumas estratégias para preservar-se da pressão no ambiente de trabalho parecem independender da questão da idade. A valorização do trabalho em enfermagem como exercício de “ajuda ao próximo” pode ser entendida como idealização da profissão e serve à criação de mecanismos de proteção contra o sofrimento e a sensação de impotência no cotidiano de trabalho (ELIAS e NAVARRO, 2006).

Os trabalhadores relatam ainda tentativas de organizarem-se entre eles em busca de alternativas. Essas alternativas envolvem a luta junto às chefias e direção do hospital por melhores condições de trabalho e auxílio aos colegas em situações mais delicadas.

“Aí quantas vezes a gente descia pro PA porque a gente ficava com dó. Mesmo na confusão da pediatria, tinha eu e um amigo meu que tá lá agora no CTI, a gente corria lá no PA pra poder uns acessos venosos difíceis. A gente já avisava lá, se tiver alguém com dificuldade, liga pra nós que a gente dá um jeito e aí fazia rodízio. E ainda tentava ajudar os outros nesse sentido.” (TE.6)

A maior parte dos trabalhadores apontou a necessidade de compensar o desgaste no trabalho com momentos de descanso e lazer durante as folgas. Segundo eles, esses momentos devem ser priorizados porque são uma possibilidade de “recarregar as energias” e servem para amenizar, em partes, os efeitos danosos do cotidiano de trabalho.

“Eu acho legal é isso, é você trabalhar e saber que o seu corpo precisa de uma atividade física, precisa de um lazer pra poder envelhecer com qualidade de vida.” (TE.11)

“Quem trabalha na área de saúde já é desgastante. Então a gente tem de ter um lazer, se a gente não tiver um lazer, a gente não segura.” (TE.5)

“E a gente falta lazer, né? Falta o lazer, né? Porque às vezes o lazer ajuda a gente. Ir numa academia, dançar. A gente fica muito preso ao serviço. Você chega em casa e “ah, não, não vou sair não, vou ficar aqui.” E às vezes se a gente sair, se fosse numa academia, você relaxava um pouco.” (TE.14)

Mais do que promover a recuperação das forças do trabalhador, o lazer é entendido como momento de oposição ao trabalho e serve de marcador para a cisão com a vida dedicada unicamente ao serviço (CAMARGO e BUENO, 2003). Esses são momentos nos quais o trabalhador experimenta ter domínio completo sobre o próprio tempo, podendo exercer de forma autônoma as suas escolhas.

5.2.8 - Aposentadoria

Uma vez que o objetivo do estudo era investigar as relações entre trabalho e envelhecimento, os trabalhadores foram convidados a falar de suas expectativas sobre o momento em que se aposentassem e dos possíveis planos em relação a isso. Ficou clara a importância que esses sujeitos dão à vida no trabalho. E a grande maioria se disse disposta a continuar trabalhando, mesmo depois da aposentadoria formal. Nem por isso, essa passagem do trabalho para a aposentadoria é encarada como um processo simples, ou que dependa apenas da contagem dos anos de trabalho.

“Eu pretendo me aposentar no fim do ano, mas parar não.” (TE. 4)

“Porque deve ser muito difícil você que trabalhou a vida inteira depois chegar e aposentar e vou fazer em casa. O que que eu vou fazer em casa tirando ginástica? É muito difícil você conseguir imaginar. Você faz ginástica e tudo, mas você não vai fazer ginástica 24 horas por dia, nem oito horas por dia. Você faz uma, duas horas por dia, né? Então, eu pretendo continuar trabalhando...” (TE.1)

“Tô perto de aposentar já, mas eu não quero abrir mão do meu trabalho. Nem que eu aposente, mas alguma outra coisa eu tenho de fazer. Ficar dentro de casa, só dando uma de dona de casa – que eu também sou – eu não consigo não.” (TE. 10)

Nas sociedades urbanas, a aposentadoria está associada à perda da condição de cidadão, em função da saída do mercado de trabalho (SILVA, 1999; ODEBRECHT, 2002). Para o sujeito que envelhece, a aposentadoria é muitas vezes entendida como o abandono de um espaço conquistado e a diminuição das possibilidades de reconhecimento social (PREHN e MATOS, 2002). As dificuldades em ressignificar o próprio senso de utilidade social e preencher o tempo livre que antes era dedicado ao trabalho são encontradas nas falas de muitos dos trabalhadores e podem estar na origem de suas decisões sobre continuar a trabalhar após a aposentadoria.

Os trabalhadores falaram da contradição entre a capacidade de que dispõem para o trabalho na enfermagem e a necessidade de cumprir os anos necessários de trabalho até a aposentadoria. Para muitos, embora se sintam dispostos a realizar outras atividades, o tempo de dedicação à assistência à saúde já chegou ao limite.

“Esse sistema de aposentadoria, né, do governo, ninguém consegue aposentar. E quando aposenta tá sempre precisando de arranjar um outro serviço pra completar a renda, então, todo mundo, tá assim, todos estão muito cansados, e não vê perspectiva de nada.” (TE.13)

“Se você já tá com certa idade, já não tá agüentando fisicamente ao trabalho ou mentalmente, aí tem que parar, né? Mas aí vem a questão: parar como? Se ainda não der para aposentar? Como é que faz?” (TE.3)

Entre todos os que revelaram a intenção de continuar a trabalhar quando aposentados, apenas um concebe que essa continuação se dê na área de enfermagem. Para todos os outros, essa é uma possibilidade fora de questão.

“Eu acho assim, pelo menos eu, penso que o que eu tinha que render, o que eu tinha que dar, eu cheguei no meu limite aqui, na área de saúde. Até pra preservar a minha saúde, porque se eu continuar no desgaste, no ritmo, de carregar peso, dessa rotina toda pesada que é trabalhar dentro do hospital, daqui a cinco, dez anos eu não vou ter qualidade de vida mais.” (TE.7)

“O meu limite aqui, na área, eu tenho 25 anos trabalhados dentro do Hospital das Clínicas. E tô com 50 anos agora e quero fazer outras coisas lá fora. Até porque é um outro ritmo de vida diferente, é uma outra realidade fora da área de saúde.” (TE.7)

“Eu acho que é isso mesmo, mas na área de saúde eu não quero trabalhar não. Nem fazer extensão, nem nada!” (TE.5)

Os trabalhadores consideram penoso o trabalho em enfermagem. À medida que envelhecem, percebem mudanças no equilíbrio entre perdas e ganhos advindos do trabalho e se percebem no limite de suas possibilidades quando essa distribuição pende para o predomínio de prejuízos à saúde e ao próprio bem-estar.

Alguns técnicos não só desejam sair do trabalho em saúde, como associam esse distanciamento ao desejo de usufruir com mais qualidade o tempo livre durante a aposentadoria, revelando a crença de que essa possibilidade é incompatível à vida no trabalho.

“Pra aproveitar o restinho de vida da gente enquanto a gente tem alguma coisa pra aproveitar. Porque, eu não sei, o mundo tá muito corrido, tá uma correria, e cheio de imprevistos. A gente tá em pé hoje, não sabe como tá amanhã. E acho que a gente tem que aproveitar enquanto a gente tá conseguindo e tá podendo. Eu não tenho planos de trabalhar por muito tempo mais.” (TE.18)

“Mas eu quero, aposentei eu quero fazer outra coisa da minha vida, na hora que eu quiser. Ir viajar, ir passear e aproveitar a minha vida.” (TE.16)

5.3 - Discussão final

A escolha de técnicas quanti-qualitativas para a coleta dos dados de pesquisa serviu à maior aproximação ao objeto estudado. Essa dupla abordagem confirmou a importância de determinados aspectos do trabalho e do envelhecimento e esclareceu aparentes contradições nas percepções dos trabalhadores.

Tanto nas respostas às perguntas do questionário como nas discussões dos grupos focais, os trabalhadores demonstraram perceber evidências claras de que o envelhecimento acarreta mudanças no seu cotidiano de trabalho. Nos dois momentos, ressaltaram-se os impactos nas capacidades de trabalho e a heterogeneidade desse processo entre os técnicos de enfermagem.

Não é possível apontar modelos uniformes de envelhecimento entre esses sujeitos e as alterações percebidas por cada um variam amplamente. O que os resultados mostram é que os trabalhadores reconhecem mais frequentemente os efeitos do avanço da idade sobre as capacidades de lidar com as exigências físicas do trabalho e o esforço excessivo advindo da

sobrecarga de trabalho, confirmando o que já fora descrito por outros autores sobre o envelhecimento no trabalho (ILMARINEN, 2001; HAMBERG-VAN REENEN et al, 2009).

Todavia, a extensão dessas mudanças foi apontada de maneira diferente entre os dois instrumentos. Nos dados quantitativos a proporção dos trabalhadores que percebiam mudanças e impactos no trabalho não foi muito diferente à daqueles que não haviam distinguido variações. Nas discussões entre grupos esse equilíbrio apresentou-se bastante diferenciado, tendo predominado as impressões que confirmavam as alterações e evidenciavam a extensão em que essas limitações comprometem as atividades de trabalho.

As maiores diferenças se deram no tocante às opiniões sobre as condições e relações de trabalho. Nas respostas ao questionário, elas foram avaliadas de modo notadamente positivo pela maioria dos trabalhadores, ao passo que nos grupos focais foram apontadas como as maiores fontes de insatisfação no ambiente de trabalho, coincidindo com o descrito na literatura por outros autores que estudam as condições de trabalho na enfermagem (GONZALEZ e BECK, 2002; SPINDOLA e SANTOS, 2005; BATISTA et al, 2005).

Os dois procedimentos de coleta apresentam diferenças no tamanho e na composição da amostra e uma das hipóteses levantadas para explicar essas discrepâncias reside nas características de cada instrumento utilizado.

O questionário, composto por perguntas em sua maioria objetivas e com opções de respostas pré-determinadas, favorece a ocorrência de respostas mais mecanizadas e, talvez por isso, mais influenciadas pelo senso comum. Além disso, essa etapa da pesquisa teve um custo menor para os participantes, exigindo apenas alguns minutos para ser preenchido. Por sua vez, a participação nos grupos focais demandou que os sujeitos se ausentassem de seu posto de trabalho por duas horas e se encontrassem em outro local da instituição. O maior grau de solicitação pode ter criado um efeito de seleção sobre a amostra: os trabalhadores que concordaram em participar podem ser aqueles que conferiam maior importância às relações entre envelhecimento e trabalho ou que se percebiam mais influenciados pelos seus efeitos. Do mesmo modo, pelo fato de ser uma reunião que visava discutir um assunto entre pares, o grupo focal estimulou a elaboração e o amadurecimento das opiniões sobre os temas discutidos.

Sob outro ângulo, as divergências entre os resultados apresentados, ao invés de indicar incongruências relativas às percepções dos sujeitos, são indicadores da complexidade do objeto estudado, qual seja a relação entre envelhecimento e trabalho. Os instrumentos utilizados se sucederam na tarefa de esclarecer a compreensão dos trabalhadores sobre essas relações e por isso permitiram o aprofundamento desse entendimento em níveis diferenciados.

Os resultados revelaram que os trabalhadores percebem as influências do desgaste e dos anos dedicados à assistência à saúde sobre a sua condição atual e seu processo envelhecimento. Além disso, eles demonstram compreender com clareza que os efeitos do trabalho são cumulativos e que, por vezes, manifestam-se tardiamente.

Em relação ao desgaste percebido, cabe destacar a importância das ações relacionadas à gestão do trabalho. Para os técnicos de enfermagem, esse desgaste está relacionado às condições de trabalho degradantes, tanto em termos físicos como psicossociais. Embora existam aspectos dessa realidade que parecem ser característicos do trabalho em enfermagem, a maior parte dos problemas relatados está sob influência direta da organização do trabalho. Esse resultado sugere que existem possibilidades de contornar os efeitos negativos do trabalho sobre o envelhecimento dos trabalhadores e que elas envolvem, necessariamente, mudanças na forma como esse trabalho está organizado.

Não obstante o reconhecimento das influências do trabalho, para uma parte desses trabalhadores a qualidade do processo de envelhecimento é fundada exclusivamente sobre cada indivíduo, como se dependesse de cada um permitir-se ou não acrescentar ao envelhecimento aspectos negativos em função das más condições de trabalho. Essa tendência à individualização das experiências e à subestimação de seus aspectos socialmente construídos não é exclusiva do processo de envelhecimento – e se estende até as discussões sobre o trabalho.

No caso do envelhecimento, essa individualização é explicada pelas mudanças no entendimento coletivo do que seja a velhice e as possibilidades que ela encerra. No século XX, as mudanças implicam no surgimento de imagens positivas do envelhecimento – que passam a coexistir com as atribuições negativas, que relacionam o processo à decadência – que incorporam as características da cultura capitalista do consumo e remetem para o domínio

privado a necessidade de garantir o bem-estar e a saúde na velhice (SILVA, 2008; TEIXEIRA, 2006).

Os resultados aqui apresentados, embora tenham se estendido sobre uma grande variedade de aspectos relacionados ao cotidiano de trabalho dos técnicos e às suas percepções sobre o envelhecimento, são frutos de um estudo transversal sobre uma população específica. Isso implica em limitações quanto à sua extrapolação para outros trabalhadores em processo de envelhecimento.

Sua reprodutibilidade é limitada mesmo dentro do hospital pesquisado, já que não foram coletados dados junto aos trabalhadores em idades inferiores a 45 anos. Assim, fica difícil discernir entre o que é próprio da instituição e o que se refere à composição etária da amostra de sujeitos.

Outra dificuldade encontrada é que não foram levantadas informações que distinguíssem o setor de trabalho de cada sujeito pesquisado. Essa decisão foi tomada na tentativa de oferecer aos trabalhadores maior segurança em relação à sua preocupação de serem identificados e, dessa forma, conceder maior veracidade às respostas fornecidas. Contudo, sem diferenciar os setores envolvidos, os resultados precisam ser considerados em relação ao hospital como um todo, sem permitir que se esclareçam diferenças intra-institucionais.

Apesar disso, os dados encontrados foram concordantes aos relatos descritos na literatura, indicando sua utilidade na ampliação da compreensão acerca das relações entre trabalho e envelhecimento. Dessa forma, a pesquisa se soma às outras que se ocupam do envelhecimento do trabalhador, notadamente dos trabalhadores de enfermagem, e contribui na formação de um arcabouço de conhecimentos a esse respeito – ainda incipiente no país.

Outro ponto a ser ressaltado é a influência do efeito do trabalhador sadio sobre a composição da amostra (WEN, TSAI e GIBSON, 1983). Por incluir somente os trabalhadores que estão em atividade no hospital, pode ser que a avaliação tenha sido enviesada por compreender apenas os sujeitos que, por algum motivo, foram mais resistentes aos efeitos do trabalho sobre as suas condições de bem-estar e saúde – e isso claramente pressupõe mudanças nas formas de perceber as influências do trabalho. Além disso, não foi possível contatar os trabalhadores

que, embora permaneçam lotados na instituição, encontravam-se licenciados de suas funções. Portanto, não dá para avaliar a relação de seu afastamento e os aspectos ora pesquisados.

Em vista de tais limitações, é necessário esclarecer os possíveis vieses desses resultados e aprofundar o entendimento sobre as condições de trabalho e envelhecimento desses trabalhadores.

A escolha de métodos de investigação que privilegiam a percepção dos sujeitos estudados confirmou-se como uma opção eficiente na tentativa de esclarecer as relações entre trabalho e envelhecimento.

Os trabalhadores estudados foram predominantemente do sexo feminino e concentraram-se nas faixas etárias entre 45 e 55 anos. Quando perguntados sobre as condições físicas de seu ambiente de trabalho, tenderam a avaliá-las de forma positiva. Também se mostraram bastante satisfeitos com o trabalho que realizam e esse nível de satisfação esteve intimamente ligado ao fato de se sentirem reconhecidos por sua atividade profissional.

Em relação à própria capacidade para o trabalho, a maioria dos sujeitos a considerou como boa ou ótima, no entanto, a percepção de que o trabalho não está adequado às próprias competências foi mais frequente tanto mais avançada era a idade dos trabalhadores.

Os técnicos de enfermagem distinguem de forma clara as influências do próprio envelhecimento sobre o trabalho, especialmente em relação às suas capacidades físicas. Também são capazes de perceber, ainda que de maneiras menos evidentes, os efeitos do trabalho sobre o seu processo de envelhecimento e como esses efeitos se acumulam com o passar dos anos. Para os trabalhadores, a relação do trabalho com o envelhecimento é consequência de um desgaste ao longo do tempo, tanto físico como emocional.

Embora apontem as características próprias da assistência em enfermagem como elementos importantes na definição das condições de trabalho, os sujeitos enfatizaram as formas de gestão do trabalho e os seus impactos sobre a atividade desenvolvida como a principal causa dos danos e insatisfações experimentados.

Todavia, os trabalhadores não se mantêm passivos diante das influências advindas das condições de trabalho. Eles desenvolvem estratégias individuais e coletivas para lidar com as limitações associadas ao avanço da idade e para minimizar os efeitos adversos do trabalho sobre o envelhecimento.

Sobre o momento de parar de trabalhar, alguns apontaram como problema maior o fato de que nem sempre a hora de aposentar coincide com o momento em que o trabalhador percebe não ter mais capacidade para executar as suas atividades da maneira que considera a mais

adequada. De modo geral, parece haver uma relação ambígua com a questão da aposentadoria: ao mesmo tempo em que desejam encerrar as atividades no hospital assim que possível, a maioria dos trabalhadores pretende continuar a trabalhar em outros ramos de ocupação.

Conclui-se que existem muitas diferenças individuais no processo de envelhecimento dos trabalhadores técnicos de enfermagem e que há também divergências sobre a extensão da influência percebida do trabalho sobre o próprio envelhecimento. No entanto, a qualidade do envelhecimento desses sujeitos parece estar fortemente impregnada por suas condições de trabalho. É necessário atentar para os aspectos da estrutura e da organização do trabalho para que se possa implantar mudanças que busquem minimizar os seus efeitos danosos.

Os resultados aqui apresentados são a parte inicial de uma proposta mais ampla de investigação sobre as relações entre trabalho e envelhecimento. O entendimento dos trabalhadores de enfermagem acerca de seu processo de envelhecimento corrobora as proposições que defendem que o trabalho influencia amplamente a vida dos sujeitos. No entanto, é preciso avançar nas análises sobre o tema a fim de esclarecer e aprofundar os matizes dessa relação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AITTOMÄKI, A. et al. Gender differences in the association of age with physical workload and functioning. *Occupational and Environmental Medicine*. Inglaterra, v.62, n. 2, p. 95-100, fev., 2005.

ALEXANDRE, N.M.C.; BENATTI, M.C.C. Acidentes de trabalho afetando a coluna vertebral: um estudo realizado com trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto/SP, v.6, n.2, p.65-72, abr. 1998.

ANDRADE, C. B. E MONTEIRO, M.I. Envelhecimento e capacidade para o trabalho dos trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, n. 2, jun. 2007.

ANDRÉ, M. E. D. A. Texto, contexto e significados: algumas questões na análise de dados qualitativos. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, v. 45, p. 66-71, mai./1983.

ANTUNES, R. *Os sentidos do trabalho*. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 1ª ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 1999.

ARENDT, H. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1981.

AVELLAR, L.Z.; IGLESIAS, A.; VALVERDE, P.F. Sofrimento psíquico em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de oncologia. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 12, n. 3, p. 475-481, set./dez. 2007.

AVERY, D.R.; MCKAY, P.F.; WILSON, D.C. Engaging the aging workforce: the relationship between perceived age similarity, satisfaction with coworkers and employee engagement. *Journal of Applied Psychology*, Estados Unidos, v. 92, n.6, p. 1542-1556, 2007.

BALTES, P.B.; SMITH, J. Psicologia da sabedoria: origem e desenvolvimento. In: NERI, A.L. (org.). *Psicologia do Envelhecimento*. Campinas, SP: Papirus, 1995, p. 41-72.

BAMBRICK, P.; BONDER, B. Older adult's perceptions of work. *Work*, v.24, p.77-84, 2005.

BATISTA, A.A.V.; VIEIRA, M.J.; SANTOS, N.C.; CARVALHO, G.R.P. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 39, n.1, p. 85-91, 2005.

BAUMAN, Z. Trabalho. In: _____ *Modernidade Líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001, p. 150-192.

BEAUVOIR, S. *A velhice*. A realidade incômoda. v. 1. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1970.

BELTRÃO, K.I.; CAMARANO, A.A.; KANSO, S. *Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX*. Rio de Janeiro: IPEA, 2004 (Texto para discussão, 1034).

BRANT, L.C.; MINAYO-GOMEZ, C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p. 213-223, 2004.

BRASIL. *Decreto-Lei 5.452*, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452.htm

BRASIL. *Lei 7.498*, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/legislacao-pfdc/docs_saude/lei_7498_86.pdf. Acessado em 22/01/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatuto do Idoso*. Brasília, DF: 2008.

BRAVERMAN, H. *Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1987.

BRÊTAS, A.C.P. O significado do processo de envelhecimento no mercado de trabalho e suas implicações na saúde dos (as) trabalhadores (as). *Texto e Contexto em Enfermagem*, Florianópolis, v. 10, n. 2, p.34-51. mai/ago. 2001.

BRÊTAS, A.C.P.; OLIVEIRA, E.M. Envelhecimento, saúde e trabalho: um estudo com aposentados e aposentadas. *Acta Paulista de Enfermagem*. São Paulo, v.13, n. 1, p. 66-79, jan./abr., 2000.

BRÊTAS, A.C.P.; OLIVEIRA, E.M. Interseções entre as áreas de conhecimento da gerontologia, da saúde e do trabalho: questões para reflexão. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 8, n.2, p.59-82, 1999.

BUAES, C. S. Envelhecimento e educação: em foco a aprendizagem de trabalhadores mais velhos. *Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento*. Porto Alegre, v. 6, p. 7-20, 2004.

CAMARANO A.A. et al. *Como vai o idoso brasileiro?* Rio de Janeiro: IPEA, 1999 (texto para discussão, n. 681).

CAMARANO, A..A. *O idoso brasileiro no mercado de trabalho*. Rio de Janeiro: IPEA, 2001 (texto para discussão, n. 830).

CAMARANO, A.A. *Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica*. Rio de Janeiro: IPEA, 2002 (Texto para discussão, 858).

CAMARANO, A.A.; KANSO, S.; MELLO, J.L. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A.A. (org). *Muito Além dos 60: os novos idosos brasileiros*. 1ª ed. Rio de Janeiro: IPEA, 1999. Cap. 1, p. 25-73.

CAMARGO, R.A.A.; BUENO, S.M.V. Lazer, a vida além do trabalho para uma equipe de futebol entre trabalhadores de hospital. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto/SP, v. 11, n.4, p. 490-498, jul./ago. 2003.

CAMPOS, M.L.P.; DE MARTINO, M.M.F. Aspectos cronobiológicos do ciclo vigília-sono e níveis de ansiedade dos enfermeiros nos diferentes turnos de trabalho. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.38, n.4, p.415-421, 2004.

CANINI, S.R.M.S; MORAES, S.A.; GIR, E.; FREITAS, I.C.M. Fatores associados a acidentes percutâneos na equipe de enfermagem de um hospital universitário de nível terciário. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto/SP, v.16, n.5, set./out. 2008.

CARLOS, S.A. et al. Identidade, aposentadoria e terceira idade. *Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento*. Porto Alegre, v. 1, p. 77-89, 1999.

COSTA, F.M.; VIEIRA, M.A.; SENA, R.R. Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.62, n.1, p. 38-44, jan./fev. 2009.

COSTA, G.; SARTORI, S. Ageing, working hours and work ability. *Ergonomics*, Reino Unido, v. 50, n.11, p.1914-1930, nov. 2007.

D'ALENCAR, R.S.; CAMPOS, J.B. Velhice e trabalho: a informalidade como (re) aproveitamento do descartado. *Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento*. Porto Alegre, v. 10, p. 29-43, 2006.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L. Estratégias de enfrentamento do adoecimento : um estudo sobre o trabalho da enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v.22, n.1, p. 60-65, 2009.

DEBERT, G.G. *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: EDUSP, 1999.

DEJOURS, C. O medo e a precarização do trabalho. Entrevista concedida à Revista IHU Online. São Leopoldo, 22 de maio de 2006. Disponível em: <http://www.ihuonline.unisinos.br/>. Acessado em 05/02/2010.

DEL CURA, M.L.A.; RODRIGUES, A.R.F. Satisfação profissional do enfermeiro. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto/SP, v.7, n.4, p.21-28, out. 1999.

ELIAS, M.A.; NAVARRO, V.L. A relação entre trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto/SP, v.14, n.4, p. 517-525, 2006.

FARA, T.M.A.; SILVA, R.D.M.; PATRÍCIO, Z.M. Homem-bagaço: a qualidade de vida dos trabalhadores aposentados de enfermagem numa abordagem ecosófica. *Texto e Contexto em Enfermagem*, Florianópolis, v.8, n.3, p. 200-212, set./dez. 1999.

FELDT, T; HYVÖNEN, K.; MÄKIKANGAS, A.; KINNUNEN, U.; KOKKO, K. Development trajectories of Finnish managers' work ability over a 10-year follow-up period. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. Helsinki, v.35, n.1, p.37-47, 2009.

FÉLIX, J.S. Economia da longevidade: uma revisão da bibliografia brasileira sobre o envelhecimento populacional. Trabalho apresentado no VII Encontro da Associação Brasileira de Economia da Saúde, em 2007, realizado na PUC/SP. Disponível em <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca>. Acessado em 22/01/2010.

FERREIRA, B. W. Análise de Conteúdo. *Aletheia*, Canoas/RS, n. 11, p. 13-20, jan./jun. 2000.
GATTI, B. A. *Grupo Focal na Pesquisa em Ciências Sociais e Humanas*. Série Pesquisa em Educação, v. 10. Brasília: Líber Livro, 2005.

GONÇALVES, L. *Processo de trabalho da enfermagem: bases qualitativas para o dimensionamento da força de trabalho em unidades de internação*. 298 p. (Tese de Doutorado) – Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2007.

GONZALES, R.M.B.; BECK, C.L.C. O sofrimento e o prazer no cotidiano dos trabalhadores da enfermagem. *Texto e Contexto em Enfermagem*, Florianópolis, v.11, n.1, p. 169-186, jan./abr. 2002.

GUIMARÃES, R.M.et al. Fatores ergonômicos de risco e de proteção contra acidentes de trabalho: um estudo caso-controle. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v.8, n.3, p.282-294, 2005.

GÜNTHER, H. Pesquisa qualitativa Versus Pesquisa quantitativa: esta é a questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v.22, n.2, p. 201-210, mai./ago. 2006.

HAMBERG-VAN REENEN, H.H.; BEEK, A.J; BLATTER, B.M.; MECHELEN, W.; BONGERS, P.M. Age-related differences in muscular capacity among workers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. Alemanha, v.82, n.9, p.1115-1121, out., 2009.

HAREVEN, T. Changing images of aging and the social construction of life course. In: Featherstone, M.; Wernick, A. (Org.). *Images of aging: cultural representations of later life*. Londres: Routledge, 1995, p.119-135 apud SILVA, L.R.F. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*. Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.155-168, jan.mar, 2008.

HAYFLICK, L. *Como e por que envelhecemos*. Campus: Rio de Janeiro, 1996.

ILMARINEN, J. Aging Workers. *Occupational and Environmental Medicine*. Inglaterra, v.58, n.8, p. 546-552, ago., 2001.

ILMARINEN, J. The ageing workforce – challenges for occupational health. *Occupational Medicine*. Londres, v. 56, n.6, set., 2006.

KENNY, G.P.; YARDLEY, J.E.; MARTINEAU, L.; JAY, O. Physical work capacity in older adults implications for the aging workers. *American Journal of Industrial Medicine*. EUA, v.51, p.610-625, 2008.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, jun. 2004.

LAURELL, A.C.; MÁRQUEZ, M. *El desgaste obrero em México*. Proceso de producción y salud. 1ª ed. México: Ediciones Era, 1983.

LAURELL, A.C.; NORIEGA, M. *Processo de produção e saúde*. Trabalho e desgaste operário. 1ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1989.

LEOPARDI et al. *O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis: Papa-Livros, 1999, p. 25-48.

LEOPARDI, M.T.; GELBCKE, F.L.; RAMOS, F.R.S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem. *Texto e Contexto em Enfermagem*. Florianópolis, v.10, n.1, p. 32-49, jan-abr., 2001.

LETVAK, S. Health and safety of older nurses. *Nursing Outlook*, v.53, n.2, p.66-72, 2005.

LEVINE, J.; HEET, J.; BURLINGAME, B. Aging on the job. *Science of aging knowledge environment: SAGE KE*. EUA, v. 2006, p. pe16, jun., 2006.

MACHADO, A.G.; MERLO, A.R.C. Cuidadores: seus amores e suas dores. *Psicologia & Sociedade*, Florianópolis, v.20, n.3, p. 444-452, 2008.

MAGNAGO, T.S.B.S.; LISBOA, M.T.L. Distúrbios músculo-esqueléticos em trabalhadores de enfermagem: associação com condições de trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.60, n.6, p. 701-706, nov./dez. 2007.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. *Metodologia Científica*. 5ª ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2007.

MARIN, L; IGUTI, A.M. Aposentadoria, envelhecimento, condições de trabalho e desemprego. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. São Paulo, v.24, n. 89/90, p. 37-60, dez., 1997.

MARZIALE, M.H.P.; NISHIMURA, K.Y.N.; FERREIRA, M.M. Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material perfuro-cortante entre trabalhadores de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto/SP, v.12, n. 1, p.36-42, jan./fev. 2004.

MARZIALE, M.H.P.; RODRIGUES, C.M. A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto/SP, v.10, n.4, p.571-577, jul./ago. 2002.

MATOS, E.; PIRES, D. A organização do trabalho da enfermagem na perspectiva dos trabalhadores de um hospital escola. *Texto e Contexto em Enfermagem*, Florianópolis, v.11, n.1, p. 187-205, jan./abr. 2002.

MELO, E.M.C. O Trabalho do pediatra: um estudo das tarefas e das dificuldades vivenciadas em um serviço público de urgência. 167 p. (Tese de Doutorado) – Faculdade de Medicina – Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2006.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento*. Pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M.C.S; ASSIS, S.G.; SOUZA, E,R. *Avaliação por triangulação de métodos*. Abordagem de Programas Sociais. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MONTEIRO, M.S.; ILMARINEN, J.; GOMES, J.R. Capacidade para o trabalho, saúde e ausência por doença de trabalhadoras de um centro de pesquisa por grupos. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v.30, n.112, p. 81-90, 2005.

MORAES, E.N.; SILVA, A.L. Bases do envelhecimento do organismo e do psiquismo. In: MORAES, E.N. *Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia*. Belo Horizonte, MG: Coopmed, 2008. Cap. 2, p. 21-36.

MOREIRA, M.M.S. *Trabalho, qualidade de vida e envelhecimento*. 92 p. (Dissertação de Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2000.

NAUMANEM, P. Opinions of ageing workers on relative importance of health promotion. *International Journal of Nursing Practice*, v. 12, p.352-358, 2006.

NERI, A.L. O fruto dá sementes: processos de amadurecimento e envelhecimento. In: NERI, A.L. (org). *Maturidade e Velhice: trajetórias individuais e socioculturais*. Campinas, SP: Papirus, 2001.

NETTO, M.P. O estudo da velhice: história, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E.V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2006.

ODEBRECHT, C. *Adequação do trabalho ao trabalhador que envelhece: recursos auxiliares*. 217 p. (Tese de Doutorado) – Centro Tecnológico – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.

OIT – ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Olders Workers Recommendation. Genebra, 1980. Disponível em <http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?R162>. Acessado em 22/01/10.

OIT – ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Conferência Internacional do Trabalho: trabajadores de edad madura, trabajo e jubilación. Genebra, OIT, 1979 (informe VI) apud MARIN, L; IGUTI, A.M. Aposentadoria, envelhecimento, condições de trabalho e desemprego. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. São Paulo, v.24, n. 89/90, p. 37-60, dez., 1997.

OSÓRIO, C. Trabalho no hospital: ritmos frenéticos, rotinas entediantes. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, São Paulo, v.9, n.1, p. 15-32, 2006.

PALLOIX, C. O processo de trabalho: do fordismo ao neofordismo. In: TRONTI, M et al (orgs.). *Processo de trabalho e estratégias de classe*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1982, p. 69-97.

PARADA, E.O.; ALEXANDRE, N.M.C.; BENATTI, M.C.C. Lesões ocupacionais afetando a coluna vertebral em trabalhadores de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto/SP, v.10, n.1, p.64-69, jan./fev. 2002.

PEREIRA, R.S.; CURIONI, C.C.; VERAS, R. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. *Textos sobre Envelhecimento*. Rio de Janeiro, v.6, n.1, 2003.

PÉREZ, E.R.; WAJNMAN, S.; OLIVEIRA, A.M.H.C. Análise dos determinantes da participação no mercado de trabalho dos idosos em São Paulo. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*. São Paulo, v. 23, n. 2, p. 269-286, jul./dez., 2006.

PETERSON, D.A.; COBERLY, S. The older worker: myths and realities. In: MORRIS, R.; BASS, S.A. editors. *Retirement reconsidered: economic and social roles for older people*. New York (NY): Springer Publishing Company. 1988: 116-128 apud ROBERTSON, A.; TRACY, C.S. Health and Productivity of older workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. Helsinki, v. 24, n. 2, p. 85-97, 1998.

PINHO, D.L.M.; RODRIGUES, C.M.; GOMES, G.P. Perfil dos acidentes de trabalho no Hospital Universitário de Brasília. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v.60, n.3. p. 291-291, mai./jun. 2007.

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI et al. *O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis: Papa-Livros, 1999, p. 25-48.

PIRES, D. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo: Annablume, 1998.

PREHN, D.; MATTOS, F.B. O que eu fui, o que eu sou... Trabalho e remuneração na vida atual da mulher idosa. *Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento*, Porto Alegre, v.4, p. 43-59, 2002.

RAFFONE, A.M.; HENNINGTON, E.A. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v.39, n.4, p.669-676, 2005.

RIX, S.E. *Health and safety issues in an aging workforce*. AARP Public Policy Institute, mai., 2001. Disponível em: http://www.caregiverslibrary.org/Portals/0/AARP-health%20and%20safety%20issues%20in%20aging%20workforce%20ib49_health.pdf. Acessado em 14/11/2008.

ROBERTSON, A.; TRACY, C.S. Health and Productivity of older workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. Helsinki, v. 24, n. 2, p. 85-97, 1998.

ROCHA, A.M.; OLIVEIRA, A.G.C. Estudo da dor nas costas em trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte/MG, v.2, n.2, p.79-84, jul./dez. 1998.

RODRIGUES, R.M. Enfermagem compreendida como vocação e sua relação com as atitudes dos enfermeiros frente às condições de trabalho. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto/SP, v.9, n.6, p. 76-82, nov./dez. 2001.

ROIZEN, M. F. Idade verdadeira: viva mais, pareça menos. Rio de Janeiro: Campus, 1999 apud ODEBRECHT, C. *Adequação do trabalho ao trabalhador que envelhece: recursos auxiliares*. 217 p. (Tese de Doutorado) – Centro Tecnológico – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.

SALERNO, M.S. A seu serviço: interrogações sobre o conceito, os modelos de produção e o trabalho em atividades de serviços. In: _____. *Relação de serviço: produção e avaliação*. São Paulo: Editora Senac, 2001, p. 11-22.

SALINAS, J.J.; PEEK, M.K. Work experience and gender differences in chronic disease risk in older mexicans. *Annals of Epidemiology*. EUA, v. 18, n.8, p. 628-630, ago., 2008.

SANNA, M.C. Os processos de trabalho em Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 60, n.2, p. 221-224, mar-abr, 2007.

SARQUIS L.M.M.; FELLI, V.E.A. Acidentes de trabalho com instrumentos perfurocortantes entre os trabalhadores de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.36, n.3, p. 222-230, 2002.

SAVINAINEN, M.; NYGARD, C.; ILMARINEN, J. Workload and physical capacity among ageing municipal employees – a 16-year follow-up study. *International Journal of Industrial Ergonomics*. Amsterdã, v.24, p. 519-533, 2004.

SÊCCO, I.A.O.; ROBAZZI, M.L.C.C.; SHIMIZU, D.S.; RÚBIO, M.M.S. Acidentes de trabalho típicos envolvendo trabalhadores de hospital universitário da região sul do Brasil: epidemiologia e prevenção. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto/SP, v.16, n.5, set./out. 2008.

SEITSAMO, J.; KLOCKARS, M. Aging and changes in health. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. Helsinki, v. 23, suppl. 1, p. 27-35, 1997.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para integração. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 5, n.1, p.187-192, 2000.

SHIMIZU, H.E. Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.60, n.3, p.257-262, mai./jun. 2007.

SHIMIZU, H.E.; RIBEIRO, E.J.G. Ocorrência de acidente de trabalho por materiais perfurocortantes e fluidos biológicos em estudantes e trabalhadores da saúde de um hospital escola de Brasília. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.36, n.4, p. 367-375, 2002.

SILVA, I.R.; GÜNTHER, I.A. Papéis sociais e envelhecimento em uma perspectiva e curso de vida. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v.16, n.1, p.31-40, jun./abr. 2000.

SILVA, J.P. Tensão entre tempo social e tempo individual. *Tempo Social, revista de sociologia da USP*, São Paulo, v.21, n.1, p. 35-50, jun.2009.

SILVA, L.R.F. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*. Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.155-168, jan.mar, 2008.

SILVA, M.G.S. Idosos aposentados: representações do cotidiano. *Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento*, Porto Alegre, v.1, p. 91-104, 1999.

SILVERSTEIN, M. Meeting the challenges of an aging workforce. *American Journal of Industrial Medicine*. EUA, v. 51, p. 269-280, 2008.

SIQUEIRA, R. L.; BOTELHO, M. I. V. e COELHO, F. M. G. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. *Ciência e Saúde Coletiva*, v, 7, n. 4, p. 899-906, 2002.

SKIRBEKK, V. *Age and individual productivity: a literature survey*. Alemanha: Max Planck Institute for Demographic Research, 2003 (working paper, n. 28).

SNASHALL, D. Aging healthcare professionals. *Occupational and Environmental Medicine*. Inglaterra, v.54, p. 770-771, 1997.

SPINDOLA, T.; SANTOS, R.S. O trabalho na enfermagem e seu significado para as profissionais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.58, n.2, p. 156-160, mar./abr. 2005.

STRECK, C. F.; FRISON, T. B. Lembrança de velhos: o mundo do trabalho na infância. *Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento*, Porto Alegre, v. 1, p. 105-121, 1999.

TEIXEIRA, S.M. *Envelhecimento do trabalhador no tempo do capital: problemática social e as tendências das formas de proteção social na sociedade brasileira contemporânea*. 266 p. (Tese de Doutorado) – Centro de Ciências Sociais – Universidade Federal do Maranhão. São Luís, 2006.

TOLFO, S.R.; PICCININI, V. Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. *Psicologia e Sociedade*, v.19, edição especial 1, p. 38-46, 2007.

TURATO, E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. 3ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.39, n.3, p. 507-514, 2005.

UTRIAINEN, K.; KYNGÄS, H.; NIKKILÄ, J. Well-being at work among ageing hospital nurses in Northern Finland: a grounded theory study. *International Journal of Circumpolar Health*, Finlândia, v.68, n.2, 2009.

VELOZ, M.C.T.; NASCIMENTO-SCHULZE, C.M.; CAMARGO, B.V. Representações sociais do envelhecimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v.12, n.2, p.479-501, 1999.

WALKER, A. Trabalhadores mais velhos e envelhecimento ativo na Europa. *Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento*. Porto Alegre, v.8, p. 7-33, 2005.

WEN, C.P; TSAI, S.P; GIBSON, R.L. Anatomy of the health worker effect: a critical review. *Journal of Occupational Medicine*, Estados Unidos, v.25, n.4, abr. 1983.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Aging and working capacity*. Genebra: WHO, 1993 (WHO technical report series).

WONG, L. L.R.; CARVALHO, J.A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, São Paulo, v. 23, n.1, p. 5-26, jan./jun. 2006.

ANEXO A – Questionário de pesquisa (adaptado de ODEBRECHT, 2002)

Questionário nº.: _____
 Data de digitação: ____/____/____

Questionário Geral

1. Data de preenchimento do questionário: ____/____/____

2. Vínculo Atual

A. ☐ Fundep B. ☐ UFMG

3. Sexo

A. ☐ Feminino B. ☐ Masculino

4. Qual a sua data de nascimento? ____/____/____

5. Escolaridade – Assinalar o nível mais elevado

- A. ☐ ginásio completo (terminou a 8ª série)
 B. ☐ curso técnico de primeiro grau
☐ colegial completo (terminou o 3º colegial)
 E. ☐ curso técnico de segundo grau completo
 F. ☐ faculdade incompleta
 G. ☐ faculdade completa
 H. ☐ pós-graduação incompleta
 I. ☐ pós-graduação completa

6. Há quantos anos no total você já trabalha? (contar desde o primeiro emprego, mesmo que seja em outra área) _____ anos

7. Quais profissões (ocupações, trabalhos) diferentes já teve ao longo da sua vida?

8. Qual a sua profissão (ocupação, trabalho) NESTE HOSPITAL?

9. Número de horas por SEMANA que passa trabalhando NESTE HOSPITAL?

_____horas

10. Há quanto tempo você trabalha NESTE HOSPITAL (mesmo que seja em outros vínculos) ?

_____anos

11. Atualmente, exerce cargo de chefia/ coordenação?

A. ☐ Sim B. ☐ Não

12. Qual o seu turno de trabalho?

- A. ☐ Diurno – 8 h por dia
 B. ☐ Manhã (6 h – de 7 às 13)
 C. ☐ Tarde (6 h – de 13 às 19)
 D. ☐ 3º Turno (6h – de 16 às 22)
 E. ☐ Plantão – noite
 F. ☐ Diurno - 12 horas por dia
 G. ☐ Outro turno. Qual? _____

13. Você passa a maior parte do tempo trabalhando

- A. ☐ Em pé
 B. ☐ Sentado
 C. ☐ Caminhando
 D. ☐ Alterna a posição

14. Gosta mais de trabalhar onde

- A. ☐ Possa se mexer com frequência
 B. ☐ Possa ficar mais parado
 C. ☐ Tanto faz

15. Além do seu trabalho neste hospital, você trabalha em outro lugar?

A. ☐ Sim B. ☐ Não

Se você respondeu SIM na questão anterior,

16. Qual a sua profissão neste(s) outro(s) lugar (es)?

17. Quantas horas por semana?
_____ horas

18. A outra atividade profissional que desenvolve é

- A. ☐ Remunerado
B. ☐ Voluntário

19. Você realiza tarefas domésticas?

- A. ☐ Sim B. ☐ Não

Se sim, quantas horas em média por dia? _____ horas

20. Em média, quanto tempo você gasta POR DIA para ir e voltar do trabalho? Calcule o tempo total, incluindo os deslocamentos no horário de almoço (tempo gasto para ir e voltar do local de almoço).

21. Qual o principal meio de transporte que você usa para ir ao trabalho?

- A. ☐ A pé
B. ☐ Bicicleta
C. ☐ Ônibus
D. ☐ Carro
E. ☐ Moto
F. ☐ Metrô
F. ☐ Outro meio, Qual? _____

22. O seu trabalho exige mais

- A. ☐ Esforço físico (força física, muscular)
B. ☐ Esforço mental (raciocínio, memória)
C. ☐ Esforço físico e mental

23. Como você classifica a sua capacidade geral para o trabalho?

- A. ☐ Ótima
B. ☐ Boa
C. ☐ Regular
D. ☐ Ruim
E. ☐ Péssima

24. Como você classifica sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências FÍSICAS do seu trabalho? (Por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo, carregar, puxar ou levantar peso)

- A. ☐ Ótima
B. ☐ Boa
C. ☐ Regular
D. ☐ Ruim
E. ☐ Péssima

25. Como você classifica sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências MENTAIS do seu trabalho? (Por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, tomar decisões)

- A. ☐ Ótima
B. ☐ Boa
C. ☐ Regular
D. ☐ Ruim
E. ☐ Péssima

26. Você considera que seu trabalho:

- A. ☐ Está totalmente adaptado ao seu ritmo e à sua capacidade
B. ☐ Está parcialmente adaptado ao seu ritmo e à sua capacidade
C. ☐ Não está adaptado ao seu ritmo e capacidade

27. Quando há mudanças no seu ambiente de trabalho (por exemplo: novas máquinas, novos equipamentos, novos métodos) você:

- A. ☐ Gosta das mudanças
B. ☐ Tanto faz
C. ☐ Não gosta das mudanças

28. Quanto à iluminação no seu ambiente de trabalho, você a considera:

- A. ☐ Ótima
B. ☐ Boa

- C. ☐ Regular
 D. ☐ Ruim
 E. ☐ Péssima

29. Quanto ao ambiente geral em que você trabalha, você considera a qualidade do ar:

- A. ☐ Ótima
 B. ☐ Boa
 C. ☐ Regular
 D. ☐ Ruim
 E. ☐ Péssima

30. Você usa produtos químicos continuamente no trabalho?

- A. ☐ Sim B. ☐ Não
 Se _____ sim,
 quais? _____

31. Quanto à variação de suas atividades de trabalho, você considera o seu trabalho:

- A. ☐ Monótono
 B. ☐ Nem monótono, nem variado
 C. ☐ Variado

32. Existe ruído (barulho) no seu ambiente de trabalho?

- A. ☐ Existe ruído intenso
 B. ☐ Existe ruído alto
 C. ☐ Existe ruído moderado
 D. ☐ Existe ruído baixo
 E. ☐ Não existe ruído

Se você respondeu SIM na questão anterior,

33. O ruído (barulho) no ambiente de trabalho:

- A. ☐ Incomoda você intensamente
 B. ☐ Incomoda você parcialmente
 C. ☐ Não incomoda

34. Os equipamentos que você utiliza no trabalho (máquinas, ferramentas, instrumentos ou computadores) são:

- A. ☐ Totalmente adequados ao seu trabalho
 B. ☐ Parcialmente adequados ao seu trabalho

- C. ☐ Não estão adequados ao seu trabalho
 D. ☐ Não utilizo equipamentos

35. A manutenção dos equipamentos utilizados é feita de forma:

- A. ☐ Preventiva
 B. ☐ Quando quebra
 C. ☐ Não utilizo equipamentos

36. Na sua opinião, existem problemas na relação com a sua chefia e/ou superiores?

- A. ☐ Sempre
 B. ☐ Quase sempre
 C. ☐ Às vezes
 D. ☐ Raramente
 E. ☐ Nunca

37. Como você avalia a relação entre você e os demais técnicos de enfermagem de seu trabalho?

- A. ☐ Ótima
 B. ☐ Boa
 C. ☐ Regular
 D. ☐ Ruim
 E. ☐ Péssima

38. Como você avalia a relação entre você e os demais profissionais de saúde de seu trabalho?

- A. ☐ Ótima
 B. ☐ Boa
 C. ☐ Regular
 D. ☐ Ruim
 E. ☐ Péssima

39. Você teve acidentes de trabalho ou doenças do trabalho no último ano?

- A. ☐ Sim B. ☐ Não

Se você respondeu SIM na questão anterior,

40. Qual tipo de acidente de trabalho ou doença do trabalho? Em qual parte do corpo?

41. Na sua opinião, você apresenta alguma queixa de saúde que você relaciona com o seu trabalho? (Considere saúde nos sentidos físico, mental e social)

- A. ☐ Sim B. ☐ Não
Se _____ sim,
qual? _____

Se você respondeu SIM em alguma das duas questões anteriores (questão 39 ou 41),

42. Marque a opção que mais caracteriza a relação entre a sua lesão ou doença e o seu trabalho atual:

- A. ☐ Não há impedimento.
B. ☐ Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas.
C. ☐ Algumas vezes eu preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho.
D. ☐ Frequentemente eu preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho.
E. ☐ Em minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar.

43. Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho devido a problemas de saúde, consultas médicas ou para fazer exames durante os últimos 12 meses?

_____ dias

44. Em relação às atividades que executa em seu trabalho, como você avalia a sua capacidade para realizar movimentos com precisão? (Por exemplo: colocar a linha em uma agulha com as mãos)

- A. ☐ Ótima
B. ☐ Boa
C. ☐ Regular
D. ☐ Ruim
E. ☐ Péssima

45. Você está com alguma alteração visual que está dificultando as suas atividades de trabalho? (marque a opção mais adequada)

- A. ☐ Não possuo nenhuma alteração visual.
B. ☐ Possuo alguma alteração visual, mas ela não dificulta as minhas atividades de trabalho.
C. ☐ Possuo alguma alteração visual e ela dificulta parcialmente as minhas atividades de trabalho.
D. ☐ Possuo alguma alteração visual e ela dificulta totalmente as minhas atividades de trabalho.

46. Quanto à sua saúde:

- A. ☐ Sinto-me pior do que no ano passado
B. ☐ Sinto-me o mesmo
C. ☐ Sinto-me melhor do que no ano passado

47. Considerando sua saúde, EM SUA OPINIÃO você será capaz de DAQUI A 2 ANOS fazer seu trabalho atual?

- A. ☐ Provavelmente não.
B. ☐ Não estou muito certo
C. ☐ Provavelmente sim.

48. De modo geral, você sente dificuldade para se concentrar nas suas atividades de trabalho?

- A. ☐ Sempre
B. ☐ Quase sempre
C. ☐ Às vezes
D. ☐ Raramente
E. ☐ Nunca

49. Como você avalia a sua qualidade de vida relacionada ao trabalho?

- A. ☐ Ótima
B. ☐ Boa
C. ☐ Regular
D. ☐ Ruim
E. ☐ Péssima

50. Quantas horas em média você dorme por dia/noite?

_____ horas

51. No último ano sente que a sua força muscular tem:

- A. ☐ Aumentado muito
- B. ☐ Aumentado parcialmente
- C. ☐ Não percebe diferenças
- D. ☐ Diminuído parcialmente
- E. ☐ Diminuído muito

52. No último ano, sente que as suas capacidades de memória e raciocínio tem:

- A. ☐ Aumentado muito
- B. ☐ Aumentado parcialmente
- C. ☐ Não percebe diferenças
- D. ☐ Diminuído parcialmente
- E. ☐ Diminuído muito

53. No último ano, como você avalia o seu desempenho geral?
(Você deve marcar uma opção por cada retângulo)

- A. ☐ Sinto-me mais cansado
- B. ☐ Sinto-me menos cansado
- C. ☐ Não sinto diferença em relação a cansaço

- A. ☐ Sinto que minhas reações são mais lentas
- B. ☐ Sinto que minhas reações são mais rápidas
- C. ☐ Não sinto diferença em relação à velocidade de minhas reações

- A. ☐ Demoro mais para aprender coisas novas
- B. ☐ Demoro menos para aprender coisas novas
- C. ☐ Não sinto diferença em relação à velocidade com que aprendo coisas novas

- A. ☐ Demoro mais para achar a solução de problemas
- B. ☐ Demoro menos para achar a solução de problemas
- C. ☐ Não sinto diferença em relação à velocidade com que acho a solução de problemas

54. Com relação às atividades que realiza no trabalho, você se sente:

- A. ☐ Muito satisfeito
- B. ☐ Satisfeito
- C. ☐ Nem satisfeito/Nem insatisfeito
- D. ☐ Insatisfeito
- E. ☐ Muito insatisfeito

55. De modo geral, você se sente reconhecido pela atividade de trabalho que realiza?

- A. ☐ Me sinto muito reconhecido
- B. ☐ Me sinto parcialmente reconhecido.
- C. ☐ Não me sinto reconhecido

56. Em sua opinião, o seu trabalho é reconhecido pelos pacientes e pelos acompanhantes e familiares dos pacientes?

- A. ☐ Sim
- B. ☐ Não

57. Em sua opinião, o seu trabalho é reconhecido pelos demais técnicos de enfermagem de seu trabalho?

- A. ☐ Sim
- B. ☐ Não

58. Em sua opinião, o seu trabalho é reconhecido pelos outros membros da equipe de saúde de seu trabalho?

- A. ☐ Sim
- B. ☐ Não

59. Em sua opinião, o seu trabalho é reconhecido pela sua chefia?

- A. ☐ Sim
- B. ☐ Não

60. Em sua opinião, o seu trabalho é reconhecido pelos seus próprios familiares e amigos?

- A. ☐ Sim
- B. ☐ Não

61. Você já precisou ser transferido de setor ou função neste hospital devido a problemas que você possa relacionar ao avanço da idade?

A. ☐ Sim B. ☐ Não

62. Já teve algum conflito, por causa da diferença de idade, com os trabalhadores mais novos ou mais velhos do que você no trabalho?

A. ☐ Sim B. ☐ Não

63. Já se sentiu discriminado no trabalho por causa da sua idade?

A. ☐ Sim B. ☐ Não

64. Comparando-se com pessoas da sua idade, você se sente:

A. ☐ Mais velho do que elas
B. ☐ Mais novo do que elas
C. ☐ Igual a elas

65. As pessoas acham que você aparenta ser:

A. ☐ Mais velho
B. ☐ Mais novo
C. ☐ Nunca falaram

66. Considerando as exigências FÍSICAS do seu cotidiano de trabalho (por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo, carregar, puxar ou levantar peso), à medida que você fica mais velho: (Você pode marcar mais de uma opção)

A. ☐ Você percebe mudanças positivas na sua capacidade de executá-las.

Quais? _____

B. ☐ Você percebe mudanças negativas na sua capacidade de executá-las.

Quais? _____

C. ☐ Você não percebe mudanças

67. Considerando as exigências MENTAIS do seu cotidiano de trabalho (por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, tomar decisões), à medida que você fica mais velho: (Você pode marcar mais de uma opção)

A. ☐ Você percebe mudanças positivas na sua capacidade de executá-las. Quais? _____

B. ☐ Você percebe mudanças negativas na sua capacidade de executá-las. Quais? _____

C. ☐ Você não percebe mudanças

68. Considerando as exigências SOCIAIS do seu cotidiano de trabalho (por exemplo, relacionar-se com os colegas de trabalho, atender aos pacientes e seus acompanhantes, lidar com a chefia), à medida que você fica mais velho: (Você pode marcar mais de uma opção)

A. ☐ Você percebe mudanças positivas na sua capacidade de executá-las. Quais? _____

B. ☐ Você percebe mudanças negativas na sua capacidade de executá-las. Quais? _____

C. ☐ Você não percebe mudanças

ANEXO B – Roteiro de temas para o grupo focal

- 1) Qual a concepção de envelhecimento dos participantes;
- 2) Consideram-se envelhecendo?
- 3) Como percebem o trabalho em suas vidas? (qual o valor, significado, importância)
- 4) Perceberam mudanças no trabalho ao longo dos anos? E na capacidade de executar as tarefas de trabalho?
- 5) Percebem relações entre o próprio processo de envelhecimento e aspectos presentes no trabalho (influência de um sobre o outro)?
- 6) Se percebem relações, quais aspectos consideram positivos? E quais aspectos consideram negativos?
- 7) Percebem relações entre as próprias condições de saúde e aspectos presentes no trabalho?
- 8) Quais as expectativas para o futuro em relação a aposentar-se (ou não) e/ou a parar de trabalhar (ou não)?

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (adaptado de TURATO, 2008)



Convite para participação em Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

Caro (a) trabalhador (a), você está sendo convidado (a) para participar dessa pesquisa:

Estudo das relações entre trabalho e envelhecimento dos trabalhadores técnicos de enfermagem de um hospital público de ensino

Convidamos o (a) senhor (a) a participar dessa pesquisa que busca compreender como as pessoas vivenciam (vivem e sentem em profundidade) algumas questões relacionadas ao seu trabalho e seu processo de envelhecimento e quais são os sentidos e significações pessoais que dão para estes problemas.

Para isso serão realizados dois procedimentos de coleta, realizados em momentos diferentes: o primeiro se trata de um questionário que será respondido por todos os participantes da pesquisa e o segundo trata de entrevistas em pequenos grupos, feitas com alguns desses participantes. Tanto no questionário como durante as entrevistas serão feitas perguntas para se alcançar os objetivos da pesquisa, sem que os respondentes sejam identificados no final.

As respostas dos questionários e os registros feitos durante as entrevistas não serão divulgados aos outros profissionais que trabalham nesta Instituição, mas o relatório final estará disponível para todos quando estiver concluído o estudo, respeitando o anonimato de todos os participantes.

Poderá não haver benefícios diretos ou imediatos para você caso aceite este convite, além da oportunidade de poder falar de suas experiências sobre o tema, mas poderá haver mudanças nos cuidados com a organização do trabalho e saúde dos funcionários após os profissionais em geral tomarem conhecimento das conclusões.

Não haverá nenhum prejuízo em decorrência de sua colaboração e você é livre para escolher participar ou não da pesquisa. Além disso, se desejar, poderá deixar de responder às perguntas, como julgar conveniente. A qualquer momento lhe é dado o direito de desistir da participação no estudo.

Em caso de dúvidas, poderá a qualquer momento entrar em contato conosco no telefone (31) 3409-9112 ou no endereço eletrônico julianafirmes@bol.com.br.

Desde já agradecemos a sua colaboração,

Juliana Barbosa Firmes

Psicóloga – Mestranda em Saúde Pública/UFMG

Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Departamento de Medicina Preventiva e Social

Faculdade de Medicina/UFMG

Se julgar necessário, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (COEP):

Avenida Antônio Carlos, 6627.

Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005.

Campus Pampulha – UFMG

Belo Horizonte, MG – Brasil.

Cep: 31270-901

Endereço eletrônico: coep@prpq.ufmg.br

Telefax: (31) 3409-4592

Eu, _____, abaixo assinado, declaro ter sido informado sobre os procedimentos e propostas do estudo intitulado “*Estudo das relações entre trabalho e envelhecimento dos trabalhadores técnicos de enfermagem de um hospital público de ensino*” e concordo em participar voluntariamente do mesmo.

Assinatura

Belo Horizonte, ____ de _____ de 2009.

ANEXO D – Comprovante de aprovação do projeto de pesquisa pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social



DMPs
1960-1000

Departamento de Medicina Preventiva
Faculdade de Medicina

Universidade Federal de Minas Gerais

DMPs/FM/MEMO 164/08

Belo Horizonte, 16 de dezembro de 2008

Senhor Professor

Informo que a Câmara Departamental reunida em 15 de dezembro de 2008, aprovou o Projeto Estudos das relações entre trabalho e envelhecimento dos trabalhadores técnicos de enfermagem de um hospital de ensino, da mestranda Juliana Barbosa Firmes, coordenado por V. Sa.

Atenciosamente

M^{te} Conceição J. Werneck Côrtes
Chefe do
Depto de Medicina Preventiva e Social

Profª Maria da Conceição Juste Werneck Côrtes

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social/FM/UFMG

Exmo. Sr.

Professor Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

ANEXO E – Comprovante de aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

Parecer nº. ETIC 016/09

**Interessado(a): Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina - UFMG**

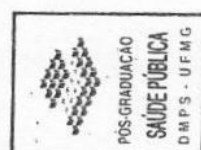
DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 27 de março de 2009, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **"Estudo das relações entre trabalho e envelhecimentos dos trabalhadores técnicos de enfermagem de um hospital de ensino"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

**Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**

ANEXO F – Certificado de Qualificação do Projeto de Pesquisa



Universidade Federal de Minas Gerais
 Faculdade de Medicina
 Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Seminários em Saúde Coletiva



Certificado

Certifico que **Juliana Barbosa Firmes** participou do *Seminários em Saúde Coletiva* promovido pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, apresentando o projeto de dissertação, **Estudos das Relações entre Trabalho e Envelhecimento em Trabalhadores do Setor de Enfermagem de um Hospital Público**, perante banca examinadora.

Belo Horizonte, 05 de dezembro de 2008.

A handwritten signature in dark ink, appearing to read "Sandhi".

Profª Sandhi Maria Barreto
 Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública