

**Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina**

Luís Carlos de Paula e Silva

**A INTERFERÊNCIA DA JORNADA DE TRABALHO NA
QUALIDADE DO SERVIÇO: CONTRIBUIÇÃO À GESTÃO DE
PESSOAS**

Botucatu

2009

**Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu**

Luís Carlos de Paula e Silva

**A INTERFERÊNCIA DA JORNADA DE TRABALHO NA QUALIDADE
DO SERVIÇO: CONTRIBUIÇÃO À GESTÃO DE PESSOAS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado
Profissional.

Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Maria
Casquel Monti Juliani

**Botucatu
2009**



A Enfermagem é a ciência humana, de pessoas e experiências, com um campo de conhecimentos, fundamentações e práticas que abrangem o estado de saúde e doença; portanto, exige dos profissionais competência técnica, capacidade criativa, de reflexão, de análise crítica e um aprofundamento constante de seus conhecimentos técnico-científicos.

Anna Nery

A minha esposa
Patrícia Regina de Souza Sales

Aos meus pais
Aparecido de Paula e Silva (in memorian)
e
Darci de Souza e Silva

Aos meus AVÔS
Expedito de Paula e Silva (in memorian)
e
Zulmira Paes e Silva

ÀS MINHAS FILHAS

Carolina
Carla
Gabriela

Aos meus IRMÃOS

Roberto

Angela

Jairo

Pelo incentivo e compreensão nos momentos mais difíceis e por existirem em minha vida, pois sem vocês tudo não teria sentido.

Agradecimento Especial

*A Professora Doutora Carmen Maria Casquel Monti
Juliani*

*Pela oportunidade, orientação, paciência, amizade,
competência profissional e incentivo que muito
contribuíram para meu crescimento pessoal, profissional
e científico.*

Agradecimentos

A Professora Doutora Cristina Maria de Lima Parada, Coordenadora do Curso de Pós-Graduação, e a Vice-Coordenadora Professora Doutora Heloisa Wey Berti pela competência na condução deste magnífico trabalho.

Ao Professor Doutor José Eduardo Corrente pelo empenho na análise estatística, meu agradecimento em especial.

As Professoras: Doutora Heloisa Wey Berti e Doutora Raquel Rapone Gaidzinski pela excepcional contribuição no exame de qualificação com sugestões para a finalização deste trabalho.

Aos Professores do Curso de Mestrado em Enfermagem pelo acolhimento, amizade e profundo agradecimento por toda contribuição recebida.

A Aline Parada, secretaria do curso da Pós-Graduação, Mestrado Profissional, pela sua atenção, disponibilidade e presteza para me atender.

Às bibliotecárias da FAMEMA – Marília: Regina Helena Gregório Menita (in memoriam), Helena Maria da Costa e Josefina Barbosa de Faria pela revisão das referências.

Ao meu amigo Dr. Francisco Venditto Soares pela compreensão, estímulo confiança e apoio no desenvolvimento deste trabalho.

Ao meu amigo Pedro Marco Karan Barbosa pelos inúmeros auxílios e apoio nesta trajetória.

As minhas amigas Débora Abdian Muller, Adelaine Caetano Reis e Carina Carmen da Silva pela forma abnegada ao qual se depuseram em me auxiliar.

Ao Professor Dr. Cesar Emile Baaklini Diretor Geral da Faculdade de Medicina de Marília pela confiança e oportunidade.

Agradecimentos

As minhas colegas Ester, Kely, Luciana e Thais pelo companheirismo e apoio durante todo o nosso convívio.

Ao Professor Dr. Paulo Eduardo de Carvalho pela oportunidade e estímulo na minha iniciação científica.

Ao Dr. João Alberto Salvi pela forma segura de orientação nas questões éticas na área da saúde.

Aos Responsáveis pelas áreas de Recursos Humanos, Núcleo Técnico de Informação, Enfermagem e SESMT da FAMEMA pela presteza na emissão dos dados que compuseram a pesquisa.

Aos colaboradores de apoio do Departamento de Enfermagem da UNESP pela forma respeitosa e eficiente no desenvolvimento do seu trabalho.

À Secretaria de Estado da Saúde pelo financiamento do Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da UNESP.

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

Mensagem

“O trabalho é a melhor e a pior das coisas: a melhor se for livre; a pior se for escravo.”

Émile-Auguste Chartier, "Alain"

RESUMO

A INTERFERÊNCIA DA JORNADA DE TRABALHO NA QUALIDADE DO SERVIÇO: CONTRIBUIÇÃO À GESTÃO DE PESSOAS

O trabalho em Instituições de saúde que funcionam vinte e quatro horas envolve jornadas exaustivas, com reflexos na qualidade da assistência. Este estudo objetivou comparar indicadores hospitalares em dois períodos distintos: um com jornada de trabalho da enfermagem de 6 horas e outro com 12 horas. Estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo e comparativo, realizou o levantamento dos indicadores queda do leito, número de acidentes de trabalho da enfermagem, número de óbitos, taxa de infecção hospitalar, taxa de ocupação, média de permanência, número de funcionários da enfermagem e número de leitos em um hospital escola, no período de 01/1999 a 12/2006. Os resultados demonstraram que os indicadores de queda, número de óbitos e média de permanência apresentaram melhores índices no período em que a Instituição adotava a jornada de 6 horas; e quando adotava a jornada de 12 horas houve um crescimento de 126% nas quedas e 27,6% nos óbitos.

Palavras-chave: enfermagem; jornada de trabalho; indicadores de gestão; gestão de recursos humanos em saúde.

ABSTRACT

THE INTERFERENCE OF THE WORKING-DAY ON THE QUALITY OF SERVICE: CONTRIBUTION TO THE PEOPLE MANAGEMENT

Health institutions that work twenty-four hours a day frequently have exhausting working-days, reflected in the quality of the attendance. This study aimed at comparing hospital indicators in two different periods: one for a nursing 6-hour working-day and other for a 12-hour working-day. A quantitative, descriptive, retrospective and comparative study, it has performed the raising of the indicators: fall from the bed, number of nursing occupational accidents, number of deaths, rate of hospital infection, occupation rate, average of stay, number of nursing employees and number of beds in a hospital school, in the period from 01/1999 to 12/2006. The results have shown that the indexes of fall, number of deaths and average of stay were better when the institution had a 6-hour working-day, and the 12-hour working-day was related to an increase of 126% on the falls and to an increase of 27,6% on the deaths.

Keywords: nursing; working-day; management indicators; management of human resources in health.

RESUMEN

LA INTERFERENCIA DE LA JORNADA DE TRABAJO EN LA CALIDAD DEL SERVICIO: CONTRIBUCIÓN A LA GESTIÓN DE PERSONAS

Instituciones de salud que funcionan veinticuatro horas al día, frecuentemente cumplen jornadas agotadoras, reflejadas en la calidad de la asistencia. Este estudio objetivó comparar indicadores hospitalares en dos períodos diferentes: uno con jornada de trabajo de enfermería de 6 horas y otro con jornada de 12 horas. Estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y comparativo, realizó el levantamiento de los indicadores: caída del lecho, número de accidentes de trabajo de enfermería, número de óbitos, tasa de infección hospitalar, tasa de ocupación, promedio de permanencia, número de empleados de enfermería y número de lechos en una hospital escuela, en el período de 01/1999 hasta 12/2006. Los resultados demostraron que los indicadores de caída, número de óbitos y promedio de permanencia presentaran mejores índices en el período en que la Institución adoptaba la jornada de 6 horas, y cuando adoptaba la jornada de 12 horas, hubo un crecimiento de 126% en las caídas y de 27,6% en los óbitos

Palabras-clave: enfermería; jornada de trabajo; indicadores de gestión; gestión de recursos humanos en salud.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1.	Incremento no número de quedas de acordo com a jornada de trabalho.	22
Figura 2.	Aumento no número de óbitos de acordo com a jornada de trabalho.	25

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Número de quedas do leito ocorridas no hospital nos dois períodos.....	21
Tabela 2. Número de acidentes de trabalho ocorridos na instituição e com a enfermagem nos dois períodos.....	23
Tabela 3. Número de óbitos ocorridos no hospital nos dois períodos.....	24
Tabela 4. Taxa de infecção hospitalar nos dois períodos.	26
Tabela 5. Número de funcionários da enfermagem e da instituição/leito nos dois períodos. ..	27
Tabela 6. Taxa de ocupação, média de permanência e número de leitos do hospital nos dois períodos.	28
Tabela 7. Número de acidentes de percurso ocorridos com a enfermagem nos dois períodos	29
Tabela 8. Ajuste do modelo binomial negativo para o número de quedas em relação a dois turnos de trabalho de 1999 a 2006.....	30
Tabela 9. Ajuste do modelo Poisson para o número de acidentes de trabalho ocorridos com a enfermagem durante os dois turnos de trabalho de 1999 a 2006.....	32
Tabela 10. Ajuste do modelo binomial negativo para o número de óbitos ocorridos de 1999 a 2006, considerando os dois turnos de trabalho.....	36
Tabela 11. Comparação pelo teste de Tukey para taxas de infecção, taxa de ocupação, média de permanência e número de funcionários da enfermagem por leito em relação aos dois turnos de trabalho de 1999 a 2006.....	38

LISTA DE SIGLAS

DRH	Diretoria da Divisão de Recursos Humanos
EPI	Equipamento de Proteção Individual
IH	Infecção Hospitalar
NTI	Núcleo Técnico de Informação
SCIH	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SESMT	Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	1
1. INTRODUÇÃO	3
2. JUSTIFICATIVA/RELEVÂNCIA	9
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	10
4. OBJETIVO	14
4.1. Objetivo geral.....	14
4.2. Objetivos específicos.....	14
5. MÉTODO	15
6. CAMPO DE ESTUDO	17
7. ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO	19
8. PROCEDIMENTOS E ETAPAS DA PESQUISA	20
9. RESULTADOS	21
10. DISCUSSÃO	30
11. CONCLUSÕES.....	41
12. REFLEXÕES PARA A GESTÃO EM ENFERMAGEM	44
13. REFERÊNCIAS	46
ANEXOS	51

APRESENTAÇÃO

Este estudo tem sua origem na minha inquietação frente às várias situações que vivenciei ao longo da minha trajetória profissional, que teve início em meados dos anos 80, logo após a graduação. Quando comecei a trabalhar como enfermeiro em uma instituição hospitalar com plantões em jornadas estendidas de 12 x 36, pude verificar o quanto esta condição era desgastante para toda a equipe de enfermagem.

Nas horas iniciais da jornada, a equipe apresentava-se bastante disposta e com um ritmo de trabalho intenso, porém com o passar das horas tanto eu como o restante da equipe começávamos a apresentar sinais visíveis de cansaço, e as respostas às várias exigências da rotina de trabalho já não eram mais as mesmas do início do plantão.

Trabalhei vários anos sendo submetido a esta jornada de trabalho e pude verificar o quanto ela é desgastante e o quanto pode prejudicar a saúde dos trabalhadores, além de influenciar nos resultados do trabalho, com prejuízos na qualidade da assistência prestada ao usuário.

Durante alguns anos atuei como expectador desta situação e pude observar algumas consequências deste longo tempo que os profissionais da enfermagem passavam no trabalho. Fui chefe do serviço de enfermagem de um hospital público de ensino durante vários anos e uma das maiores dificuldades enfrentadas por mim eram exatamente os problemas sociais relatados pelos profissionais da equipe de enfermagem, relacionados, na maioria das vezes, a questões conjugais, problemas com filhos e outros relacionados às questões de socialização. Estes profissionais, com frequência, atribuíam a culpa dos problemas aos longos períodos em que permaneciam ausentes de seus lares, em razão da jornada de trabalho estendida.

Hoje, atuo como diretor de um grande hospital e vejo que existem outros profissionais da saúde submetidos às mesmas condições impostas à enfermagem, ou seja, expostos aos mesmos riscos de agravos à saúde em função da condição laboral e, principalmente, da duração do trabalho. Estas jornadas não oferecem condições de intervalos para se fazer refeições e descansos adequados, impondo aos trabalhadores da saúde uma situação imprópria e estressante.

Há tempos venho observando que esta jornada, além de trazer danos aos trabalhadores da equipe de enfermagem, também reflete negativamente em alguns indicadores

hospitalares. Tal fato me aguçou a vontade de pesquisar e identificar quais são os indicadores mais afetados e se estes apresentam reflexos na qualidade da assistência prestada ao usuário.

Nada obstante os resultados alcançados neste trabalho, faz-se necessário o investimento em novas pesquisas que aprofundem a questão e que possam contribuir para que as futuras gerações de profissionais da saúde não sejam prejudicadas pela inconsequente decisão de submeter estes profissionais a jornadas de trabalho que degradam a dignidade humana e destroem as expectativas das pessoas. Cabe ainda às entidades que dizem representar estas categorias se munirem de critérios adequados para defender os reais interesses e preservar a integridade dos trabalhadores, não focando somente os valores econômicos, mas também as condições que garantam qualidade de vida e preservam o direito do cidadão a uma assistência de qualidade.

1. INTRODUÇÃO

O homem, no passado, trabalhava para produzir o que consumia, ou seja, roupas, alimentos e moradia. Ao se constituírem as sociedades, ou povos, este trabalho passou a ser recompensado por mercadorias que eram chamadas “escambo”, uma espécie de troca dos bens produzidos. Naquele contexto, a aquisição do trabalho fazia-se pela simples conversa, não sendo exigido nenhum tipo de formalidade como documentação e/ou experiências anteriores.

Tempos depois, a sociedade organizou-se de forma a instituir a moeda como meio de remuneração de bens e serviços e, naturalmente, foram sendo firmados contratos de trabalho inicialmente verbais, sem regras pré-definidas.

A sociedade caminhou para a instituição de uma pirâmide social em que os menos favorecidos recebiam alimentação e moradia na medida apenas necessária a sua subsistência, sem qualquer outra forma de remuneração, ficando prevalentes somente os deveres, sem direito algum.

Já nos séculos XVIII e XIX, com o início da industrialização, foi instituída a formalidade no processo de contratação para o trabalho, com prévio estabelecimento das tarefas a serem desempenhadas e da forma de remuneração.

No século XX foi estabelecido o contrato de trabalho, que expressava as normas que regem os direitos e os deveres entre o trabalhador e o empregador. Com isso, deu-se origem às primeiras organizações de categorias dos trabalhadores, com a classificação em cargos, funções, atribuições e também salários.

No Brasil, com a criação da Consolidação das Leis Trabalhistas, em 1943, introduziu-se o registro na carteira de trabalho, formalizando-se todos os direitos advindos do vínculo com o trabalho como: décimo terceiro salário, fundo de garantia por tempo de serviço, aposentadoria, auxílio doença e outros. Com a implantação desta legislação, o trabalhador passou a ter mais garantias para as suas necessidades e as de seus familiares.

Neste processo histórico de evolução do trabalho, o homem tornou-se competitivo, o que levou à escassez de trabalho, à necessidade de superar a baixa qualificação e à recessão no mercado financeiro. Tal situação trouxe de volta ao nosso contexto o trabalho informal, remetendo novamente o trabalhador a não ter os seus direitos assegurados. Apesar de ruim, esta é a única alternativa de sobrevivência para muitos.

Na saúde, o trabalho surgiu como um sacerdócio, ou seja, as pessoas doavam parte de seu tempo livre para prestar cuidados a doentes e com isso praticar boas ações em prol do próximo. Havia também as pessoas que realizavam estes cuidados com o propósito de aliviar culpas ou pecados, sendo vista como uma forma de penitência a execução destes cuidados.

Com a evolução das pesquisas e a descoberta de tratamento e cura de várias doenças, houve a necessidade de profissionalização da atenção à saúde, criando então as várias categorias profissionais e, dentre estas, surgiu a enfermagem, que hoje assume papel de extrema importância na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças.

O trabalho em saúde revela uma relação direta entre recursos humanos e a população. Neste contexto, o profissional da saúde deve desenvolver a capacidade de interpretar as necessidades de saúde. Para tanto, exige-se dele uma adequada preparação e condições de trabalho, tanto no aspecto ambiental quanto físico para desempenhar esta complexa atividade que, se cumprida adequadamente, promoverá resultados satisfatórios. Portanto, o entendimento da política de recursos humanos praticada pela organização de saúde será fundamental para o estabelecimento de medidas, visando à adequada condição de trabalho.

Nem sempre as instituições de saúde e seus gerentes têm demonstrado preocupação com os indicadores de qualidade da assistência, tampouco com o quanto estes indicadores podem fornecer informações importantes para a gestão do cuidado. Ou, em muitas situações, essas preocupações talvez não se traduzam em ações concretas que permitam compreender e intervir nessas questões. Além disso, o foco gerencial na sociedade contemporânea parece ficar centralizado em questões tecnológicas, financeiras e estruturais em maior proporção que aquele dedicado à gestão de pessoas.

O crescimento das necessidades de saúde traduz um contexto no qual observamos o aumento da expectativa de vida da população. Com isso, há sobrecarga na demanda de serviços, bem como maior complexidade dos cuidados e do grau de dependência dos usuários.

Neste contexto, a enfermagem tem aspecto primordial na medida em que se coloca como profissão que atua diretamente no cuidado e, especialmente nas instituições hospitalares, é a equipe que garante a continuidade do cuidado nas vinte e quatro horas do dia.

Na enfermagem, há profissionais que desempenham jornadas de trabalho incompatíveis com as condições biológicas humanas, o que acaba influenciando diretamente na qualidade de vida destes trabalhadores, bem como no seu convívio familiar e social e, evidentemente, na qualidade da assistência prestada.

A jornada de trabalho especial de 12 horas de trabalho para 36 horas de descanso surgiu primeiramente para facilitar as escalas de trabalho no período noturno, sendo posteriormente estendida aos plantões diurnos em alguns serviços.

Esta jornada objetivava, ainda, proporcionar maior tempo livre aos trabalhadores da enfermagem para melhorar o convívio familiar e social. Porém, com os baixos salários praticados e a escassez de mão-de-obra, muitos resolveram utilizar este tempo de descanso para trabalhar em outros locais, podendo ser em outras instituições de saúde ou em outro trabalho qualquer.

Com isso, percebe-se que estes trabalhadores estão permanecendo na atividade laboral durante muito tempo, o que os impede de estabelecer um convívio familiar e social adequado, como se pretendia anteriormente. Em decorrência destas condições inadequadas de trabalho, obtêm-se danos como desagregação familiar, social e pouco espaço para o lazer. Enfim, gera-se um elevado nível de estresse, que impacta na qualidade de vida do trabalhador e se reflete diretamente na assistência de enfermagem prestada aos usuários.

A assistência de enfermagem exige dos profissionais uma disponibilidade que ultrapassa o campo da simples execução de técnicas, remetendo-os a uma participação integral em todo o processo de cuidar, o qual exige equilíbrio emocional, agilidade, disponibilidade e, principalmente, capacidade de raciocínio rápido. Estes fatores devem ser considerados, pois só é possível estar com todas estas condições se as jornadas de trabalho tiverem uma duração menor e permitirem adequado intervalo de descanso, que deve ser respeitado, isto é, que os profissionais não exerçam outros empregos no tempo em que deveriam descansar.

Para isso seria necessário melhorar a qualificação destes profissionais, bem como, oferecer uma remuneração adequada, investir na conscientização com foco na qualidade de vida e exigir dos órgãos fiscalizadores intervenções mais enérgicas para que estes trabalhadores não sejam expostos a esta condição, dada a importância dessas questões na qualidade da assistência.

Embora a qualidade da assistência de enfermagem seja muito discutida, o foco tem sido somente o usuário, e pouco se tem olhado para quem executa as tarefas que proporcionam esta qualidade tão enfatizada e desejada. Por isso, é importante que as instituições de saúde incluam em suas propostas a discussão de projeto de qualidade de vida para os trabalhadores em seus escopos de investimento, elaborando propostas que busquem conhecer e entender um pouco mais sobre as reais necessidades dos trabalhadores da enfermagem que prestam tal assistência em jornadas de trabalho exaustivas.

O excesso de trabalho é uma constante no cotidiano dos profissionais da enfermagem, em razão das deficiências estruturais e de pessoal nas instituições, o que tem levado estes profissionais a realizar atividades que muitas vezes não estão afetas as funções da categoria. Portanto os resultados revelaram uma variedade significativa na forma de locação deste excesso de trabalho. Esta adversidade que envolve o dia-dia do pessoal da enfermagem vem contribuindo de forma incisiva no desgaste físico, e então, passa a ter um significado multifatorial a partir do momento em que os contextos sociais, ideológicos, culturais e econômicos são preponderantes para a determinação das necessidades individuais da pessoa. Isto tem levado estes profissionais a relegarem para o último plano o cuidado de si próprio¹.

O que se observa, é que mesmo com a publicação da Norma Regulamentadora 32, que trata da segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde, as instituições ainda encontram dificuldades na sua implantação, em razão das construções antigas, falta de fiscalização e também falta de capacitação dos profissionais para o cumprimento desta norma².

Tem-se observado que nos últimos anos, nas instituições de saúde, vem crescendo o índice de absenteísmo dos trabalhadores da enfermagem e que este indicador está diretamente relacionado com a sua extensa jornada de trabalho, destacando-se um número significativo de afastamentos por causas psiquiátricas. Isso deve remeter qualquer gestor a uma reflexão emergencial, pois tal índice reflete as condições a que estão submetidas às equipes de enfermagem nas organizações. Para tanto, faz-se necessário implantar medidas que possam neutralizar estes danos antes que sequelas irreparáveis se instalem.

Uma das dificuldades das instituições de saúde no Brasil está no dimensionamento do pessoal da enfermagem, em razão do número inadequado de profissionais. Para se planejar adequadamente o dimensionamento de pessoal, é necessário conhecer algumas premissas básicas da organização, que não podem ser desconsideradas como: a dinâmica de funcionamento das unidades nos diferentes turnos, o modelo gerencial, o modelo assistencial, os métodos de trabalho, a jornada de trabalho, a carga horária semanal, os padrões de desempenho dos profissionais, o índice de segurança técnica, a taxa de absenteísmo, a taxa de ausência de benefícios da unidade assistencial, a proporção de profissionais da enfermagem de nível superior e de nível médio, os indicadores de avaliação da qualidade da assistência, o perfil epidemiológico, a classificação dos usuários e o perfil sócio-cultural e econômico destes usuários³.

Levando-se em consideração que a adequação do quadro de pessoal da enfermagem é fundamental para que não ocorram falhas na assistência e isso venha comprometer

legalmente os profissionais e a instituição, é necessário planejar e suprir as dificuldades de cada unidade para que a assistência seja desenvolvida de forma a contemplar as necessidades dos usuários e não produza sofrimento aos trabalhadores⁴.

Pelo exposto, é fundamental que haja um olhar focado para a qualidade de vida do trabalhador da enfermagem e que, junto com os benefícios já conquistados, não sejam esquecidas as outras dimensões da vida destes profissionais, como a social, que envolve a família e o lazer, uma vez que é reconhecida a repercussão destas na assistência de qualidade.

Percebe-se que, na atualidade, não existem estudos que subsidiem mudanças nesta realidade, mas faz-se necessário analisar essa situação e mostrar aos dirigentes das instituições de saúde os resultados obtidos, pois isso poderá subsidiar os gestores e repercutir na qualidade da assistência aos usuários.

A política de humanização do Sistema Único de Saúde ampliou o discurso sobre formas de humanizar o atendimento aos usuários. Porém, um aspecto fundamental é pouco explorado nos documentos: o que diz respeito às condições estruturais de trabalho dos profissionais de saúde, quase sempre mal remunerados e pouco incentivados, sujeitos a uma carga considerável de trabalho. Para que haja uma assistência humanizada, é fundamental humanizar o processo de execução dessa assistência⁵.

Deve-se considerar, ainda, que a maioria dos trabalhadores de enfermagem é do sexo feminino. Assim, mesmo após uma longa e desgastante jornada de trabalho, ao voltar para casa, elas ainda têm compromisso com os afazeres domésticos, que ficaram acumulados enquanto estavam fora. Dessa forma, o descanso fica comprometido. Outro dado que observamos em nossa realidade e na literatura, é a questão do duplo vínculo empregatício, que também interfere nessa problemática. Em levantamento realizado em algumas instituições, é possível identificar que há um número importante de trabalhadores com outro vínculo trabalhista⁶.

Na enfermagem, a mulher ocupa um local de destaque, pois representa a maioria dos profissionais desta categoria. Com a carga de trabalho exigida pela profissão, aliada às tarefas domésticas, o desgaste é mais evidente e, portanto, os riscos de adoecer são maiores⁷.

É premente a caracterização de uma jornada de trabalho mais adequada à qualidade de vida do trabalhador de enfermagem, para se estabelecer uma relação voltada para a necessidade do paciente. Acredita-se que tal mudança contribuirá para a qualidade do atendimento, diminuição das iatrogenias que acabam levando o paciente a sofrer danos.

Neste contexto, a qualidade de vida definida pela Organização Mundial de Saúde é abordada por duas grandes visões: uma visão geral de qualidade de vida para um indivíduo

observado como um ser integral, e outra definição que inclui a percepção do próprio indivíduo sobre a sua qualidade de vida⁸.

De acordo com alguns estudos, o conceito de qualidade de vida está relacionado a diversos fatores que interferem no dia-dia das pessoas como: autoestima e bem-estar pessoal, abrangendo ainda uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais e éticos, a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive. O conceito de qualidade de vida, portanto, varia de autor para autor e, além disso, é um conceito subjetivo, dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo, dentre outros⁹.

Portanto, qualidade de vida no trabalho define-se como sendo o processo ativo e eventual de condições físicas, tecnológicas e sociopsicológicas que influenciam a cultura e modificam o clima do ambiente de trabalho, impactando no bem-estar do trabalhador e no resultado da organização¹⁰.

Assim, o problema que identificamos foi que tínhamos a percepção, a partir da experiência, de que a jornada de trabalho da enfermagem de 12 x 36 no diurno, comparada à jornada de seis horas, estava interferindo na qualidade da assistência prestada, uma vez que, após um determinado número de horas, o cansaço e o desgaste do trabalhador influenciavam no desenvolvimento do trabalho.

Além disso, existia um conflito de interesses nas propostas acerca da jornada de trabalho da equipe de enfermagem, uma vez que a administração entendia ser a melhor a jornada de seis horas e o trabalhador, por intermédio do Sindicato, reivindicava a jornada de 12 horas.

A hipótese formulada foi a de que a jornada de trabalho estendida (12 x 36), implantada para a enfermagem, sem critérios e sem estudos prévios, tinha influência direta na assistência, repercutindo desfavoravelmente em sua qualidade e, consequentemente, nos indicadores hospitalares. Acreditamos que jornadas mais curtas permitem um trabalho de melhor qualidade, visto que o desgaste e o cansaço são cumulativos no decorrer das horas de trabalho.

2. JUSTIFICATIVA/RELEVÂNCIA

A partir da comparação dos indicadores nos dois tipos de jornada, poderão ser identificadas variáveis que, futuramente, contribuirão para a melhoria da qualidade de vida do trabalhador de enfermagem, repercutindo na redução dos índices de absenteísmo e na melhoria dos demais indicadores. Os resultados poderão ainda subsidiar entidades de classe, gestores e esferas do poder público como parâmetro para o cumprimento das legislações de trabalho vigentes no país. Será possível estimular as instituições de saúde, públicas ou privadas, para que façam revisão de suas jornadas de trabalho estendida, em prol da melhoria do processo de cuidar.

De modo geral, a pesquisa pretende contribuir para subsidiar os processos decisórios em relação à jornada de trabalho e que estas sejam mais dignas e humanas, acreditando que isso contribuirá diretamente para a qualidade do cuidado de enfermagem, evitando que os usuários fiquem suscetíveis a danos que possam ser evitados em função de um processo de trabalho mais adequado.

Os resultados dessa pesquisa poderão favorecer o desenvolvimento de instrumentos auxiliares à elaboração de diretrizes para a adequação de uma jornada de trabalho que responda às necessidades dos trabalhadores de enfermagem. Neste ponto situa-se a relevância do estudo, além da contribuição à gestão, pela própria compreensão dessa realidade.

Uma melhor adequação da jornada de trabalho e condições dignas de execução das atividades afetas à assistência de enfermagem poderá contribuir para a melhoria da qualidade.

É importante ressaltar que a equipe de enfermagem não é a única responsável pela qualidade da assistência refletida nos indicadores, mas participa efetivamente do cuidado. Além da questão de recursos humanos, outros fatores de estrutura e processo de trabalho de outros profissionais também interferem nesses indicadores, porém não foram objetos deste estudo, pela impossibilidade operacional dessa abrangência.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O processo de definição da legislação trabalhista no Brasil sofreu forte influência de países europeus que tinham a preocupação de definir políticas voltadas à proteção da integridade física e dos direitos dos trabalhadores. Estas políticas foram inicialmente definidas e validadas em 1943, através de Decreto-Lei que consolidava as leis do trabalho. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a legislação trabalhista passou a ser mais incisiva com relação à preservação dos direitos dos trabalhadores¹¹.

A legislação do trabalho no Brasil define jornada de trabalho como aquela realizada em oito horas diárias, com intervalo para refeição e descanso, sendo permitido o acréscimo de duas horas como horas extraordinárias para a execução de atividades inadiáveis¹¹.

Há vários anos, a jornada de trabalho de 12 x 36, ou seja, 12 horas de trabalho por 36 horas de descanso, vem sendo utilizada pela área de saúde e mais especificamente pelos profissionais de enfermagem. Como parte dos trabalhadores e das instituições se interessa por este tipo de jornada, ela vem sendo incorporada nas convenções de trabalho no país, com a anuência das instâncias oficiais do trabalho. Porém, em nenhum momento houve preocupação em explorar, com mais propriedade, as repercussões que uma jornada tão longa de trabalho pode produzir na saúde do trabalhador e na assistência prestada.

Mesmo com a evolução nas legislações do trabalho no Brasil, não foi possível equacionar as injustiças e os danos sofridos pelos trabalhadores que se submetem a tal jornada de trabalho e, principalmente, pelas pessoas que são cuidadas por eles, visto que, ao longo da jornada, tais profissionais acabam sendo tomados pelo cansaço, o qual, por gerar a desatenção, inevitavelmente irá influenciar no desempenho das atividades que irão realizar¹².

As jornadas longas de trabalho, que não oferecem intervalos adequados para as refeições e descanso, acabam por produzir sobrecarga física, levando ao cansaço, desmotivação e improdutividade no trabalho. É neste cenário que hoje se encontra a maior parte dos trabalhadores da enfermagem, pois estão submetidos a jornadas superiores a oito horas diárias.

Com isso, é importante discutir a condição humana para suportar uma jornada de trabalho que exceda a condição biológica do homem, levando-se em consideração, ainda, que esta jornada não finaliza ao término do plantão. Conforme já comentado, sabemos que muitos ainda enfrentam a jornada doméstica ou outros empregos para a complementação da renda.

As concepções de qualidade da assistência devem, antes de tudo, garantir ao profissional da enfermagem condições mínimas de trabalho, para que o cuidado seja desenvolvido de forma adequada. Este assunto ganha proporções cada vez maiores na sociedade, em função do desafio da redução de mortalidade e do aumento da expectativa de vida das pessoas, conforme demonstram pesquisas realizadas por sociólogos, filósofos e políticos¹³.

Ao longo da jornada de trabalho da enfermagem, é inevitável o desgaste, pois são várias as atividades que exigem força física, o que acaba expondo estes trabalhadores a doenças ocupacionais. Devemos considerar, ainda, os riscos de contaminação por doenças infectocontagiosas¹⁴.

As políticas de recursos humanos nas instituições de saúde não buscam criar ambientes adequados para que a equipe de enfermagem possa desenvolver suas tarefas da melhor forma possível. Os locais de trabalho, em sua maioria, não são climatizados; existe ainda uma deficiência de recursos materiais e também logísticas de trabalho que dificultam a prestação do cuidado¹⁵.

Os afastamentos dos trabalhadores da enfermagem quando analisados no contexto geral dos trabalhadores da saúde demonstram que estes índices estão dentro dos parâmetros e dos índices técnicos aceitáveis. Estes afastamentos produzem impacto nas instituições em razão da enfermagem representar em média 44% do quadro de pessoal de um hospital¹⁶.

Uma das análises que obteve outros resultados concluiu que o afastamento por licença saúde do pessoal de enfermagem não é dos maiores e existe, mormente, em função da prevalência do sexo feminino no quadro de pessoal desta categoria, das condições de trabalho, do aumento na média da faixa etária dessas funcionárias e do desgaste físico e emocional que são cumulativos em função da sobrecarga de trabalho¹⁷.

Quando se analisam as dimensões de vida do trabalhador, o papel da remuneração adquire grande importância, pelas consequências dela advindas. Os baixos salários pagos à categoria levam à incorporação de outros empregos nos horários de descanso, com a intenção de aumentar a renda e oferecer um padrão de vida mais digno aos seus familiares. Isso tem contribuído para o aumento do desgaste físico e, como consequência, ampliado o número de afastamentos por problemas de saúde.

A enfermagem vem, ao longo de sua existência, buscando evoluir na qualidade da assistência prestada. Para isso, tem se atualizado principalmente no campo tecnológico e científico. Porém, as condições de trabalho e os desgastes físicos e emocionais produzidos pela extensa jornada de trabalho são visíveis e pouco se tem feito na tentativa de amenizar

esta situação. Como forma de superação, os profissionais buscam estímulo com o aumento do ganho financeiro, submetendo-se à dupla jornada de trabalho, sem medir as consequências resultantes deste processo¹⁸.

Existe uma relação entre a jornada de trabalho e o estresse. A jornada estendida, ou uma exposição mais duradoura a fontes de estresse como o ambiente de trabalho, pode desencadear reações com efeitos cumulativos, que geram problemas físicos e mentais, influenciando diretamente na saúde do trabalhador e os profissionais de saúde, em sua maioria, têm dupla jornada de trabalho⁶.

É fundamental que os enfermeiros que gerenciam as ações de enfermagem nas instituições de saúde tenham conhecimento e apliquem as legislações do trabalho que vigoram no país, pois em muitas situações os trabalhadores acabam sendo expostos a jornadas desumanas em razão do desconhecimento ou da não aplicação dos direitos previstos em lei¹⁹.

Por sua própria condição, o trabalho na enfermagem já predispõe os trabalhadores à exposição a várias doenças e, quando esta jornada é aumentada, os riscos também aumentam. Portanto, estes profissionais precisam de períodos maiores de descanso ou estarão sujeitos a doenças ocupacionais²⁰.

A dupla jornada de trabalho produz impactos desfavoráveis ao processo de cuidar em saúde, pois a disponibilidade, a agilidade e a capacidade de raciocínio rápido e coerente são fundamentais para o desenvolvimento de uma assistência centrada nas necessidades do usuário.

As várias dimensões da vida do trabalhador de enfermagem estão sendo suprimidas devido à forma como o trabalho desta categoria está organizado. Esse sistema, que resulta em sobrecarga, tem apresentado reflexos na vida cotidiana com repercussão negativa na vida familiar e nas relações sociais, pela indisponibilidade de tempo livre para lazer²¹.

Os recursos humanos na equipe de enfermagem têm se mostrado inadequados, em razão, dentre outras causas, do absenteísmo. Com certa frequência, tem-se utilizado a hora extra para suprir tal deficiência. Entretanto, apesar desse mecanismo ser positivo, na medida em que aumenta os ganhos desta classe profissional, cujos salários são insuficientes para a manutenção familiar, a hora extra tem uma repercussão negativa, porque aumenta, ainda mais, a carga horária desta categoria, com todos os malefícios decorrentes²².

Os problemas relacionados à saúde do trabalhador de enfermagem não devem ser analisados de forma isolada. Devem, sim, estar contextualizados de forma a compreender as variáveis que interferem nestes problemas, tais como: as condições biológicas, as condições

de vida no trabalho, os fatores determinantes para riscos de acidentes, doenças profissionais produzidas pela inadequação do processo de trabalho, dentre outras²³.

O conflito entre a organização do trabalho e o funcionamento psíquico, não vai além do modelo de causa e efeito. Ao contrário de se dar ao trabalho uma conotação fundamentalmente destruidora, os trabalhadores não se mostram passivos frente às exigências e pressões organizacionais, e, sim, prontos para se proteger dos efeitos nocivos à saúde mental. Eles sofrem, mas sua liberdade é exercida, mesmo que de forma limitada, com isso buscam a construção de sistemas defensivos, fundamentalmente socioeconômico²⁴.

4. OBJETIVO

4.1. Objetivo geral

Comparar a relação entre indicadores hospitalares em dois períodos distintos: um, em que a jornada diurna de trabalho da enfermagem no hospital estudado era de seis horas, entre os anos de 1999 e 2002 e outro, em que a jornada passou a 12 horas, entre os anos de 2003 a 2006.

4.2. Objetivos específicos

1. Comparar o número de quedas de pacientes nos dois períodos;
2. Comparar o número de acidentes de trabalho, incluindo acidentes de percurso, dos profissionais da enfermagem nos dois períodos;
3. Comparar o número de óbitos ocorridos no hospital nos dois períodos;
4. Comparar os indicadores hospitalares de controle: taxa de infecção hospitalar, taxa de ocupação, média de permanência, número de leitos e número de funcionários da enfermagem por leito nos dois períodos.

5. MÉTODO

Como vertente metodológica, foi utilizado o estudo descritivo, retrospectivo e comparativo, de abordagem quantitativa, tendo como objetivo delinear os dados estatísticos e avaliá-los nos dois períodos: o que envolvia a jornada de seis horas e o de 12 horas diurnas. Isso porque em ambos os períodos as jornadas noturnas permaneceram inalteradas, ou seja, com 12 horas.

As variáveis utilizadas relacionadas ao trabalho da enfermagem foram: acidentes ocupacionais da enfermagem, incluindo acidentes de percurso, índice de quedas dos usuários e número de óbitos.

Como variáveis de controle, também foram utilizados os seguintes indicadores para complementar a análise: taxa de ocupação, média de permanência, número de leitos do hospital, taxa de infecção hospitalar (IH) e número de funcionários da enfermagem por leito.

Para obtenção dos dados foram utilizados relatórios: da Divisão de Recursos Humanos (DRH), para definição dos dois períodos relativos às jornadas de trabalho e número de funcionários da enfermagem, e do Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), para análise dos acidentes de trabalho e acidentes de percurso. Para análise de quedas de usuários, foram utilizados os relatórios do Serviço de Enfermagem. Junto ao Serviço de Controle de Infecção (SCIH), foram obtidas as taxas de Infecção Hospitalar (IH). Do Núcleo Técnico de Informação (NTI) do hospital foram obtidos os dados de taxa de ocupação, média de permanência, número de leitos e número de óbitos.

Utilizou-se um instrumento de coleta de dados elaborado para esta pesquisa (Anexo I)

Após a coleta dos dados, as informações foram lançadas em planilha Excel® (Anexo II) para tratamento estatístico.

Os dados foram submetidos a métodos estatísticos com capacidade de fazer a comparação de variáveis distintas. Os testes utilizados foram o modelo Binomial Negativo, Poisson e o teste de Tukey.

Os resultados serão apresentados conforme a caracterização das variáveis pesquisadas e os períodos em que ocorreram as alterações de turno para a enfermagem. Estas variáveis são: número de quedas dos pacientes internados, número de acidentes de trabalho ocorridos com a enfermagem e o número de óbitos ocorridos nos períodos.

Método

A jornada de trabalho de seis horas diárias chamamos de turno (1) que compreendeu o período de 1999 a 2002, e a jornada de 12/36, chamamos de turno (2), correspondente ao período de 2003 a 2006.

6. CAMPO DE ESTUDO

O contexto do Hospital onde a pesquisa foi desenvolvida envolve assistência, ensino, pesquisa e extensão, pois é também um cenário de aprendizagem para a formação de profissionais de uma Faculdade da área da saúde com dois cursos: medicina e enfermagem. Na estrutura organizacional do hospital estudado, existem duas unidades hospitalares que estão caracterizadas como clínico-cirúrgica e materno-infantil, ficando distantes uma da outra aproximadamente dois mil metros. São hospitais de ensino que oferecem campo de estágio em graduação, pós-graduação e nível técnico para várias profissões da saúde. A instituição é referência para uma área populacional de aproximadamente um milhão e duzentos mil habitantes, tendo a responsabilidade de atenção à saúde no nível terciário. Em razão dessa demanda, torna-se premente o aperfeiçoamento da sua capacidade de gestão de pessoas. O Hospital é geral, possui 222 leitos e atende principalmente média e alta complexidade.

A Faculdade que atua no referido Hospital desenvolve um currículo voltado para a formação de profissionais nas dimensões técnica, política e social para atuarem na comunidade, em função da saúde da população e de justiça social, visando à promoção e prevenção de agravos à saúde. Em tal contexto, a equipe de enfermagem do hospital desenvolve um importante papel, pois os estudantes partilham das experiências da mesma, passando a entender o processo de trabalho desenvolvido. Entendendo que a habilidade prática é fundamental no processo de aprendizagem, configura-se premente a necessidade de que os profissionais da enfermagem sejam inseridos em um processo de trabalho que harmonize o ambiente com os recursos disponíveis, além de uma favorável convivência, de modo a se constituir um modelo positivo para o ensino.

No início de 1999, o Hospital alteou a jornada de trabalho da enfermagem para seis horas diárias com seis folgas mensais nos meses de trinta e um dias e cinco folgas mensais nos meses de trinta dias, permanecendo assim até o final do ano de 2002, e, em 2003, por reivindicação do próprio sindicato da categoria, houve a retomada da jornada de doze horas diárias com três folgas mensais nos meses de trinta e um dias e duas folgas mensais nos meses de trinta dias. Nessas folgas, considera-se o correspondente ao descanso semanal remunerado e feriados, conforme estabelecido em acordo coletivo.

A alegação para a mudança da jornada deu-se em razão da indisponibilidade dos trabalhadores para a complementação de sua renda com outros empregos, principalmente, no deslocamento de um hospital para outro.

Observou-se empiricamente que, enquanto a jornada era de seis horas, houve redução dos índices de mortalidade e de taxa de infecção, bem como de média de permanência no hospital. A experiência prática mostrou, ainda, que tais indicadores voltaram aos patamares anteriores quando retornou a jornada de 12 x 36, em função da grande mobilização do sindicato e insistente solicitação dos funcionários. Estas percepções, entretanto, não foram comprovadas por pesquisa científica.

Atualmente o hospital possui 1.496 trabalhadores. No quadro de pessoal de enfermagem, 592 trabalhadores, dos quais 89 enfermeiros, 2 técnicos de enfermagem e 501 auxiliares de enfermagem. Portanto o percentual da enfermagem com relação ao total de trabalhadores do hospital é de 39,57%.

O serviço de enfermagem do ponto de vista administrativo está organizado da seguinte forma: em chefias, que respondem por unidades técnicas que são: Hospital das Clínicas Unidade I e Hospital das Clínicas Unidade II; os enfermeiros gerentes (responsáveis técnicos) das unidades de internação e ambulatorios, que trabalham em jornada de 8 horas diárias e também com os enfermeiros assistenciais, que realizam jornadas de seis horas diárias com plantões de 12 horas nos finais de semana e feriados. A carga horária semanal é de 40 horas para os enfermeiros que possuem cargo de chefia e de 36 horas para os demais.

Os auxiliares de enfermagem atualmente trabalham em turnos de 12/36, com duas folgas mensais nos meses de trinta dias e três folgas mensais nos meses de trinta e um dias.

7. ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

O estudo foi encaminhado e recebeu aprovação (Anexo III) do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, sendo dispensada a aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido e aprovado em 29/09/08 com o número 499/08 de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde²⁵.

8. PROCEDIMENTOS E ETAPAS DA PESQUISA

1. Foram definidos os períodos para comparação (anos de início e término conforme o tipo de jornada). Segundo os dados da Divisão de Recursos Humanos, o período para a jornada de seis horas, que foi estudado, teve início no mês 01/1999 com término no mês 12/2002, e o período da jornada de 12/36 foi de 01/2003 a 12/2006, totalizando assim quatro anos para cada jornada.
2. Foram realizados os seguintes levantamentos:
 - 2.1 Número de funcionários da enfermagem em atividade nos períodos definidos;
 - 2.2 Número de funcionários da enfermagem/leito;
 - 2.3 Número de acidentes ocupacionais nos períodos estudados da enfermagem;
 - 2.4 Número de quedas dos usuários no hospital nos períodos do estudo;
 - 2.5 Taxas de infecção hospitalar nos períodos do estudo;
 - 2.6 Taxa de ocupação do hospital nos períodos estudados;
 - 2.7 Média de permanência hospitalar nos períodos estudados;
 - 2.8 Número de leitos no período do estudo;
 - 2.9 Número de óbitos de pacientes internados nos períodos estudados;
 - 2.10 Lançamento dos dados em planilha Excel
 - 2.11 Análise estatística realizada por um profissional da área.

9. RESULTADOS

Os dados serão apresentados utilizando recursos como tabelas, com a evolução dos registros ano a ano e ainda apresentando figuras que nos ajudam a visualizar a variação nos dois períodos escolhidos para a comparação, ou seja, com utilização de turnos de seis horas e de 12 horas. Quanto aos testes estatísticos optamos por apresentá-los na discussão.

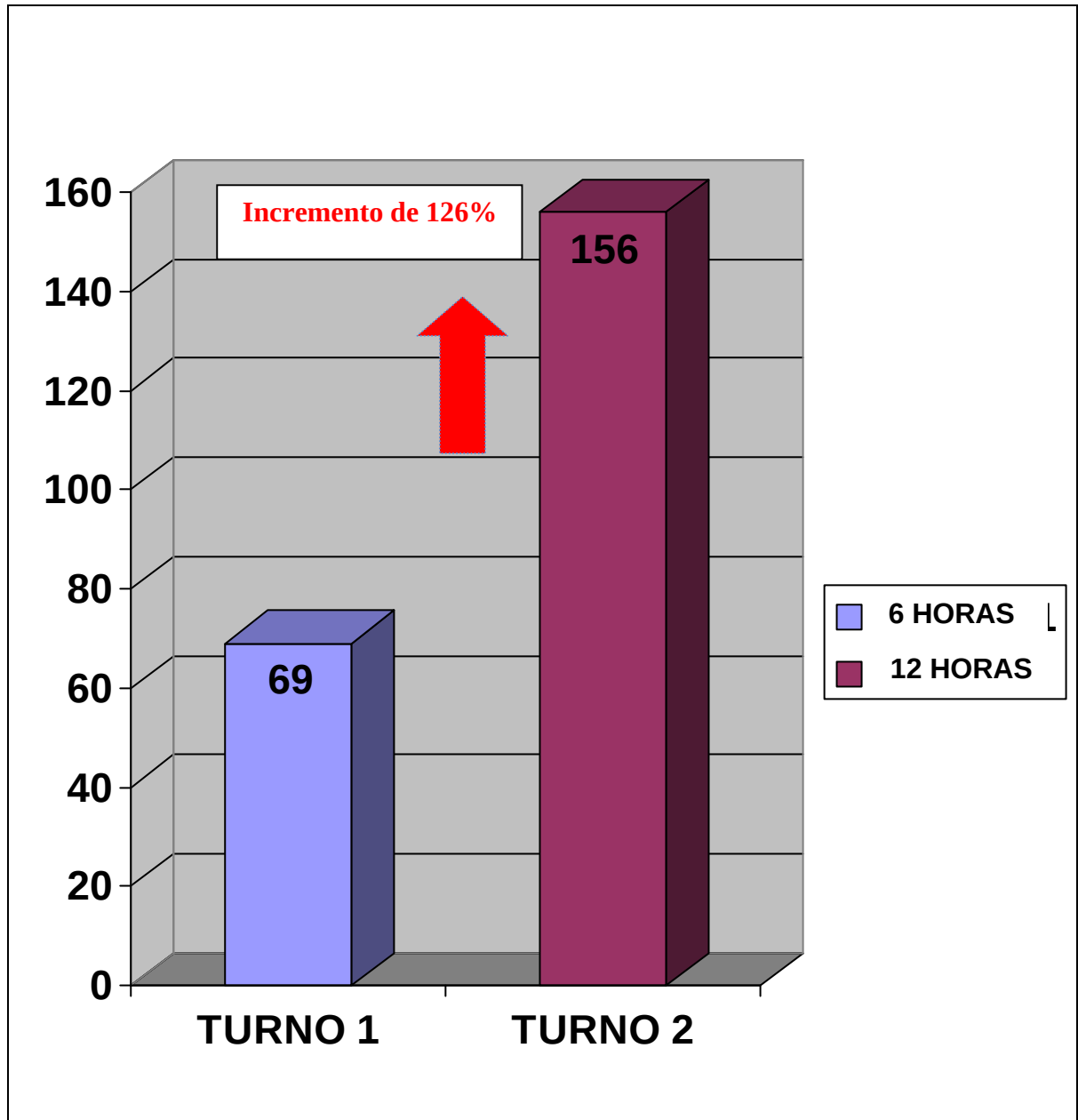
Tabela 1. Número de quedas do leito ocorridas no hospital nos dois períodos.

Período	Número de Quedas
Jornada de 6 horas	
01/1999 a 12/1999	09
01/2000 a 12/2000	27
01/2001 a 12/2001	07
01/2002 a 12/2002	26
Jornada de 12 x 36	
01/2003 a 12/2003	36
01/2004 a 12/2004	53
01/2005 a 12/2005	28
01/2006 a 12/2006	38

Fonte: Serviço de enfermagem

Para melhor visualização no gráfico a seguir apresentamos o total de quedas, comparando os dois períodos com um incremento de 126% no número de quedas para o turno (2).

Figura 1. Incremento no número de quedas de acordo com a jornada de trabalho.



Fonte: Serviço de Enfermagem

Tabela 2. Número de acidentes de trabalho ocorridos na instituição e com a enfermagem nos dois períodos.

Período	Número Total de Acidentes de Trabalho	Número de Acidentes de Trabalho da Enfermagem
Jornada de 6 horas		
01/1999 a 12/1999	24	20
01/2000 a 12/2000	45	23
01/2001 a 12/2001	34	25
01/2002 a 12/2002	22	13
Jornada de 12 x 36		
01/2003 a 12/2003	19	13
01/2004 a 12/2004	16	11
01/2005 a 12/2005	14	11
01/2006 a 12/2006	29	15

Fonte:SESMT

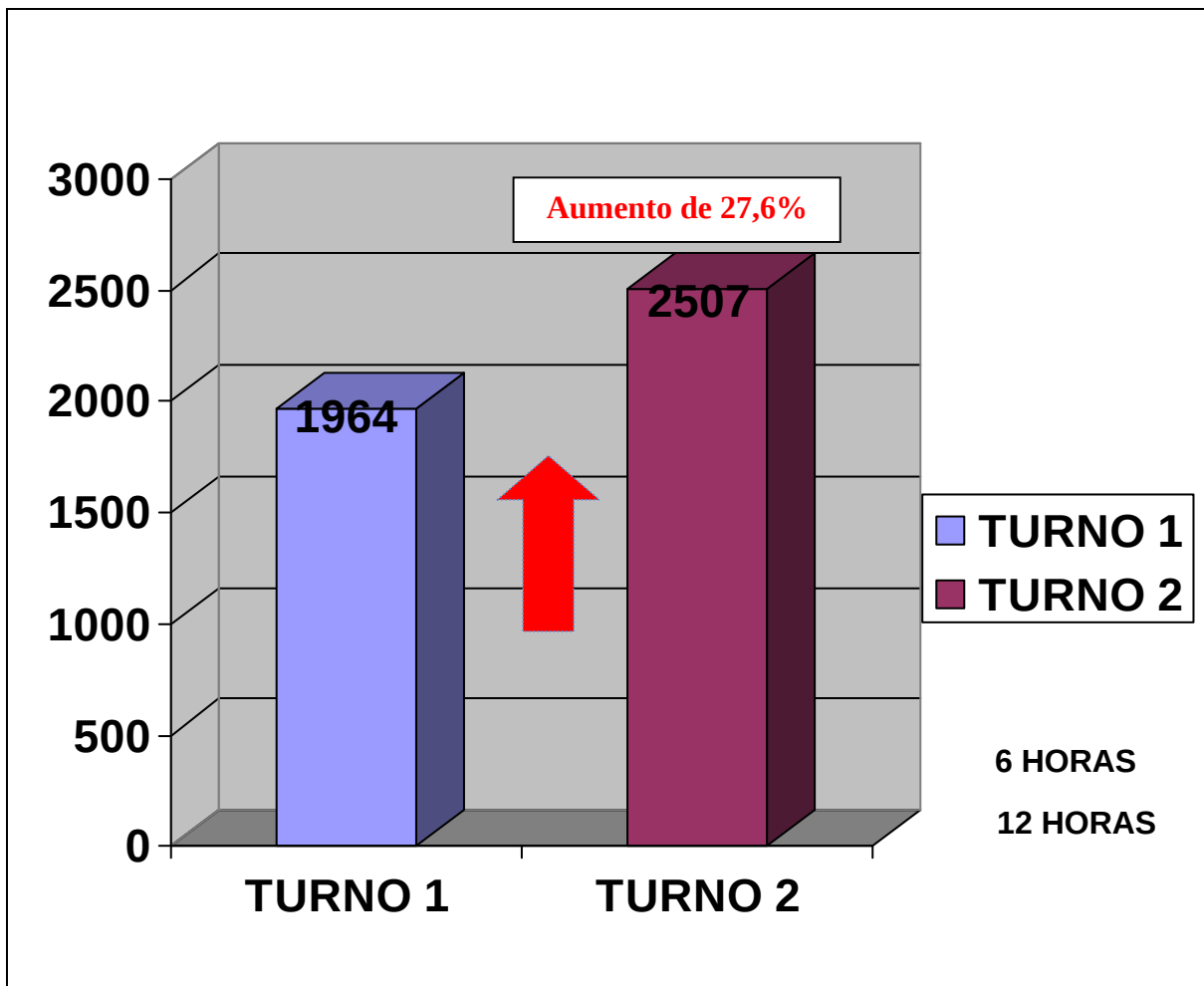
Tabela 3. Número de óbitos ocorridos no hospital nos dois períodos.

Período	Número de Óbitos
Jornada de 6 horas	
01/1999 a 12/1999	481
01/2000 a 12/2000	473
01/2001 a 12/2001	535
01/2002 a 12/2002	475
Jornada de 12 x 36	
01/2003 a 12/2003	622
01/2004 a 12/2004	581
01/2005 a 12/2005	681
01/2006 a 12/2006	623

Fonte: N.T.I.

Para melhor visualização no gráfico a seguir apresentamos o total de óbitos ocorridos no hospital, comparando os dois períodos com o aumento de 27,6% no número de óbitos para o turno (2).

Figura 2. Aumento no número de óbitos de acordo com a jornada de trabalho.



Fonte: Núcleo Técnico de Informação da Famema

Tabela 4. Taxa de infecção hospitalar nos dois períodos.

Período	Taxa de Infecção (%)
Jornada de 6 horas	
01/1999 a 12/1999	35,8
01/2000 a 12/2000	24,3
01/2001 a 12/2001	32,6
01/2002 a 12/2002	48,7
Jornada de 12 x 36	
01/2003 a 12/2003	39,4
01/2004 a 12/2004	27,5
01/2005 a 12/2005	30,4
01/2006 a 12/2006	32,1

Fonte: S.C.I.H.

Tabela 5. Número de funcionários da enfermagem e da instituição/leito nos dois períodos.

Período	Número de Funcionários da Enfermagem/leito	Número Total de Funcionários da Instituição
Jornada de 6 horas		
01/1999 a 12/1999	2,0	6,4
01/2000 a 12/2000	2,2	7,2
01/2001 a 12/2001	2,3	7,5
01/2002 a 12/2002	2,3	7,7
Jornada de 12 x 36		
01/2003 a 12/2003	2,3	7,5
01/2004 a 12/2004	2,3	7,3
01/2005 a 12/2005	2,2	6,9
01/2006 a 12/2006	2,7	9,1

Fonte: D.R.H.

Tabela 6. Taxa de ocupação, média de permanência e número de leitos do hospital nos dois períodos.

Período	Taxa de Ocupação	Média de Permanência	Número de Leitos
Jornada de 6 horas			
01/1999 a 12/1999	62,3	4,5	248
01/2000 a 12/2000	73,3	4,7	220
01/2001 a 12/2001	76,2	4,5	204
01/2002 a 12/2002	77,4	4,5	197
Jornada de 12 x 36			
01/2003 a 12/2003	79,5	4,5	197
01/2004 a 12/2004	77,1	5,0	210
01/2005 a 12/2005	79,4	5,1	241
01/2006 a 12/2006	80,1	5,1	216

Fonte: N.T.I.

Tabela 7. Número de acidentes de percurso ocorridos com a enfermagem nos dois períodos

Período	Número de Acidentes de Percurso
Jornada de 6 horas	
01/1999 a 12/1999	11
01/2000 a 12/2000	24
01/2001 a 12/2001	22
01/2002 a 12/2002	13
Jornada de 12 x 36	
01/2003 a 12/2003	16
01/2004 a 12/2004	17
01/2005 a 12/2005	15
01/2006 a 12/2006	13

Fonte:SESMT

10. DISCUSSÃO

Os dados constantes das tabelas anteriores mostram os resultados coletados na pesquisa. Sobre eles, foram aplicados métodos estatísticos, conforme descrito no Método, com o objetivo de interpretar as informações coletadas. Os resultados dessas análises serão mostrados nas tabelas seguintes e fomentarão a presente discussão.

Com relação à queda, esta pode ser definida como mudança súbita e inesperada na posição em que o equilíbrio do corpo falha e não há uma ação reflexa para corrigir a tempo este desequilíbrio²⁶.

Sobre os dados de queda do leito hospitalar, constantes da tabela 1 (página 26), foi aplicado o método estatístico Poisson para análise, mas o resultado não foi adequado, pois não foi possível produzir uma qualidade de ajuste com valor muito distante de 1 (extra-variação). Concluiu-se então que, com a aplicação deste método, não se pôde definir se houve diferença estatística para o indicador de quedas do leito.

Já o método de estatística Binomial Negativo mostrou-se adequado para a análise, com o seu valor próximo de 1, conforme se verifica na tabela 8. Foi possível concluir, portanto, que na jornada de trabalho de 12 x 36 ocorreu maior número de quedas dos pacientes internados.

Tabela 8. Ajuste do modelo binomial negativo para o número de quedas em relação a dois turnos de trabalho de 1999 a 2006.

Variável	Estimativa	Erro Padrão	p-valor	OR (IC)
Turno 1 (6 horas)	-0,8073	0,2848	0,00045	0,4452 (0,2547 – 0,7780)
Turno 2 (12 x 36)	0	-	-	1

Considerando os dados da tabela 8, referente ao número de quedas, observou-se que no turno (1) existiu um número menor de queda dos pacientes internados, pois se

compararmos com o turno (2), este risco aumenta consideravelmente, sofrendo um incremento de 126% conforme apontado no gráfico 1.

A queda, como ocorrência iatrogênica nas instituições que prestam atendimento de saúde, não tem recebido a atenção que merece, pois são poucas as ações desenvolvidas no sentido de monitorar, identificar e prevenir os aspectos que contribuem para a ocorrência deste evento adverso nestas instituições.

A correta monitorização e identificação dos possíveis pontos vulneráveis no processo de cuidar podem garantir a segurança e evitar quedas que possam acarretar danos a estes usuários que se encontram fragilizados pela condição de estarem hospitalizados. Além disso, estas quedas podem gerar custos ao sistema de saúde, com o aumento no tempo de internação, bem como o uso de outros recursos para tentar reparar as lesões ou complicações em consequência da queda.

Dentre os acontecimentos que ocorrem nos hospitais e que coloca em risco a integridade das pessoas internadas estão os erros com medicação, lesões da pele, cateteres e quedas. Estes eventos ocorrem com mais frequência em adultos do sexo masculino com patologias do aparelho circulatório, doenças oncológicas e afecções de causas externas e estes usuários estão mais susceptíveis nos primeiros cinco dias de internação²⁷.

As consequências geradas por quedas estão diretamente relacionadas às injúrias mais imediatas que são os traumas teciduais de diferentes intensidades, contusões com hematomas, fraturas, lesões tissulares com ou sem necessidade de sutura, edema e sangramentos. Há também o risco de desconexão de sistemas que auxiliam no tratamento como circuitos de ventiladores e sistema de infusão como cateteres venosos e ou arteriais²⁸.

Ao discutir quedas, devemos considerar que algumas faixas etárias estão mais susceptíveis a este evento em razão das dificuldades reflexas apresentadas principalmente por idosos. Nos Estados Unidos, 75% das mortes decorrentes de quedas atingem 14% da população acima de 65 anos de idade²⁹.

Os fatores de risco de quedas no ambiente hospitalar mais frequentes são: alterações no estado mental, em especial as confusões e desorientações, o uso de sedativos e tranquilizantes, as limitações de mobilização como distúrbios de marcha, equilíbrio e fraqueza muscular, história de queda, idade avançada, as fraquezas em geral, tonturas, depressão e longa permanência no hospital³⁰.

Devemos considerar ainda que o estado cognitivo alterado do usuário também figura como fator de risco para quedas no ambiente hospitalar³¹.

As situações de queda nos hospitais, além de produzirem complicações aos usuários também acarretam à equipe de enfermagem um descontrole emocional, levando ao sentimento de culpa.

A constante vigilância da equipe de enfermagem ao usuário hospitalizado — como fator limitador da possibilidade de queda — é fundamental para que esta iatrogenia não ocorra. Portanto, a condição física e emocional desta equipe também deve ser considerada como um dos fatores que podem influenciar negativamente neste desfecho.

A longa jornada de trabalho contribui para aumentar o cansaço e o desgaste físico destes profissionais e, como consequência, sua condição de alerta fica prejudicada, sendo mais visível nas horas finais a esta jornada, nas quais o trabalhador não consegue estabelecer uma visão holística e contextualizada do usuário, principalmente com o foco nas necessidades e vulnerabilidades das pessoas hospitalizadas.

Outro indicador que preocupa e vem sendo estudado é o acidente de trabalho em razão dos danos provocados na saúde do trabalhador da enfermagem no exercício de sua atividade.

O acidente de trabalho esta entre as causas que contribuem para o aumento do absenteísmo dos profissionais da enfermagem e por isso é necessário conhecer os fatores que podem contribuir para a exposição destes profissionais a estes acidentes. A tabela 2 (página 26) mostra o número de acidentes de trabalho ocorridos na instituição e com a enfermagem nos dois períodos. Tais dados foram submetidos à análise estatística e os resultados são os apresentados na tabela a seguir:

Tabela 9. Ajuste do modelo Poisson para o número de acidentes de trabalho ocorridos com a enfermagem durante os dois turnos de trabalho de 1999 a 2006.

Variável	Estimativa	Erro Padrão	p-valor	OR (IC)
Turno 1 (6 horas)	-0,3871	0,1774	0,0267	1,4727 (1,0457 – 2,0742)
Turno 2 (12 x 36)	0	-	-	1

* acidentes de trabalho, foram excluídos os acidentes de percurso.

Na Tabela 9, com a utilização do método estatístico Poisson, verificou-se significância estatística para a jornada de trabalho de 12 x 36 horas. Diferentemente do que imaginávamos, neste caso, na jornada de seis horas diárias verificamos maior número de acidente de trabalho. Acreditamos que este fato se justifique pela implementação, que houve no segundo período estudado, de normas de segurança, bem como de atividades educativas e investimentos em relação ao uso de equipamentos de proteção individual (EPI).

O acidente de trabalho é definido como o evento súbito ocorrido no exercício de atividade laboral, independente da situação empregatícia e previdenciária do trabalhador acidentado, e que acarreta dano à saúde, potencial ou imediato, provocando lesão corporal ou perturbação funcional, perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho e até a morte. É de se ressaltar, ainda nesta definição, o entendimento de que os acidentes ocorridos no trajeto para o trabalho também são considerados acidentes de trabalho³².

O acidente de trabalho pode estar relacionado às condições de trabalho, principalmente se o ambiente oferece riscos, tais como: disposição inadequada de mobiliário, divisão insatisfatória de tarefas, indisponibilidade de equipamentos de proteção individual, concentração excessiva de atividades, ocupação total da carga horária durante a jornada de trabalho. Tais fatores, entre outros, expõem os trabalhadores à maior vulnerabilidade e incidência de acidentes.

A susceptibilidade do pessoal de enfermagem a acidentes pode estar diretamente ligada ao processo de trabalho, levando-se em consideração que não há risco somente na manipulação do usuário, mas também nos processos industrializados que são utilizados pela enfermagem para o completo atendimento das necessidades de saúde da população, como os processos de descontaminação e esterilização de materiais e equipamentos, manipulação de produtos químicos e manipulação de equipamentos eletrônicos³³.

Da forma como estão organizadas as instituições hospitalares, os trabalhadores de enfermagem estão expostos a cargas excessivas de trabalho, o que tem levado a um desgaste físico e mental muito intenso. Este desgaste mental tem levado estes profissionais para próximo do sofrimento psíquico, em razão da carga psicológica e não somente pelo objeto de trabalho. Isso tem contribuído sobremaneira para aumentar o potencial de adoecimento e afastamento do trabalho³⁴.

Nas atividades normais, o pessoal de enfermagem utiliza principalmente as mãos. Por isso, além de processos alérgicos dermatológicos, pela exposição a vários agentes

químicos, os acidentes envolvendo os membros superiores são mais comuns de acontecerem³⁵.

Os acidentes de trabalho podem interferir ainda no absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem, levando a redução do quadro de pessoal e com isso aumentando a sobrecarga de trabalho para aqueles que em razão desta redução tenham que dar continuidade na assistência.

Os índices de absenteísmo da enfermagem vêm aumentando nos últimos anos. Entre as principais causas de afastamento, destacam-se os decorrentes de doenças laborais, os acidentes de trabalho e os motivos pessoais. Assim, é necessária uma revisão sistemática do processo de trabalho de enfermagem, em razão da predisposição desse pessoal a doenças decorrentes do trabalho. Ou, em outras palavras, falta uma política de gestão de pessoas voltada para a proteção do trabalhador³⁶.

Se considerarmos este contexto, pode-se observar que o tempo de exposição aos fatores determinantes de acidentes de trabalho na jornada de seis horas diárias tende a ser menor, além de que, jornadas mais curtas contribuem para que o trabalhador possa, após o trabalho, recuperar sua condição física e emocional, considerando que ela respeita as condições orgânicas e fisiológicas do indivíduo, proporcionando condição de recuperação do desgaste provocado pela intensa atividade estressante do dia-dia da enfermagem.

Longas jornadas, ao contrário, impulsionam o trabalhador para o desgaste e o cansaço, reduzindo assim a sua capacidade de elaborar defesas e criar mecanismos de proteção contra os riscos existentes e inerentes a sua atividade. A concentração e o estado de alerta estão prejudicados após um longo período de trabalho, o que expõe os profissionais a riscos de acidentes, podendo levar a afastamentos do trabalho, com consequente redução do efetivo de pessoas para dar assistência aos usuários.

Considerando que a maioria das instituições de saúde, públicas ou privadas, trabalham com um quadro de enfermagem já bastante limitado, os acidentes de trabalho, com os consequentes afastamentos, implicam na qualidade do cuidado e nos custos institucionais.

Em relação à jornada de trabalho, existem estudos que mostram que, em países onde a jornada de trabalho é superior a oito horas diárias, o índice de morte súbita, parada cardíaca e acidentes vasculares cerebrais dos trabalhadores é maior que em países onde as jornadas de trabalho respeitam as condições físicas do indivíduo, ou seja, não ultrapassam oito horas diárias. No Japão, a jornada de trabalho oficial é de oito horas diárias. Porém, com as horas extraordinárias, estas muitas vezes ultrapassam doze horas. Em razão disso, o Ministério do Trabalho daquele país já criou uma regulamentação para a indenização de familiares de trabalhadores que foram a óbito em função do “KAROSHI”, que significa morte por excesso

de trabalho, seja com repercussão imediata ou tardia. Morrem, por “Karoshi”, mais de 10.000 trabalhadores/ano³⁷.

Os acidentes mais comuns no ambiente hospitalar com a equipe de enfermagem estão relacionados ao momento do descarte de pérfuro-cortantes, principalmente ao tentar reencapar a agulha após o uso. Outra causa que aparece entre as mais frequentes no acidente de trabalho para a enfermagem é a punção venosa³⁸.

Com a implantação de medidas educativas e a adoção de mecanismos de proteção implementados nos últimos anos (com a intenção de evitar a exposição excessiva do trabalhador da enfermagem), acreditamos que os profissionais estejam mais protegidos, daí o número de acidentes ter diminuído.

Com relação aos acidentes de percurso, que optamos por analisar separadamente dos acidentes de trabalho totais, não houve diferença significativa nos dois períodos.

Acidente de percurso é o acidente que ocorre no deslocamento do trabalhador de sua residência para o trabalho e do trabalho para sua residência, respeitando o trajeto que deverá ser percorrido para este fim.

O acidente de percurso, segundo a legislação trabalhista, também é considerado acidente de trabalho. Deve-se considerar que, na jornada de 12x36, a exposição seria teoricamente menor, visto que o deslocamento para o trabalho ocorre em dias alternados; já na jornada de seis horas, o deslocamento é diário e o risco pode ser maior. Por outro lado, ao sair de uma longa jornada, o trabalhador poderá estar menos atento e até com reflexos diminuídos. O que temos verificado também é que muitos destes profissionais acabam dobrando a jornada com horas extraordinárias, resultando em vindas diárias ao hospital.

Um estudo realizado com dados obtidos do Instituto Nacional de Previdência Social no ano de 1999 mostrou que, do total de acidentes de trabalho ocorridos, 48,5% estavam relacionados a acidentes de percurso, o que reforça a necessidade de um olhar mais criterioso com relação à exposição dos trabalhadores no trajeto ao trabalho³⁹.

Outro fator que têm preocupado é a forma de organização do trabalho nas instituições hospitalares, onde este processo em razão da complexidade e da dinâmica impõe um elevado nível de cargas psíquicas aos trabalhadores levando a desgastes e consequentemente a riscos de acidentes⁴⁰.

A dicotomia existente na vida dos profissionais da enfermagem no exercício de suas atividades, dadas pela característica do trabalho, emerge de uma situação onde existe uma percepção de saúde que aponta para qualidade de vida como também uma situação destrutiva,

sendo este processo destrutivo o principal responsável por potencializar o surgimento de doenças e a piora na qualidade de vida destes profissionais⁴¹.

Com o aumento da expectativa de vida das pessoas, a evolução tecnológica e a ampliação da capacidade de tratamento e cura de algumas doenças, os hospitais passaram a desempenhar papel importante na complementação do cuidado. Entretanto, por serem locais que abrigam pessoas doentes, os óbitos, nos hospitais, são uma realidade cotidiana.

Hoje no Brasil, cerca de 70% dos óbitos ocorridos se dão nas instituições de saúde. O restante acontece no domicílio da pessoa ou em outras situações, como acidentes de trânsito em que não há tempo hábil para assistência hospitalar. É de se ressaltar que há, ainda no país, cerca de 13,7% de óbitos não notificados. Como a maioria se dá em hospitais, este fato nos leva a refletir sobre a importância de se entender com clareza as condições em que estes óbitos ocorrem⁴².

A tabela 3, (página 28), mostra a quantidade de óbitos no hospital estudado nos dois períodos. O método estatístico Poisson para a análise não foi adequado para esses dados, pois não foi possível produzir uma qualidade de ajuste: o valor apresentou-se muito distante de 1, o que caracterizou uma extra-variação. Conclui-se então que, com a aplicação deste método, não foi possível definir se a jornada de trabalho interfere no número de óbitos.

Entretanto, conforme demonstra a tabela 10 abaixo, a utilização do método estatístico Binomial Negativo mostrou-se adequado para a análise, pois, com o seu valor próximo de 1, foi possível verificar que com a jornada de trabalho de 12 x 36 o número de óbitos de pacientes internados foi maior em relação ao período em que se adotava a jornada de seis horas, com um aumento de 27,6%, conforme indicado no gráfico 2 (página 25).

Tabela 10. Ajuste do modelo binomial negativo para o número de óbitos ocorridos de 1999 a 2006, considerando os dois turnos de trabalho.

Variável	Estimativa	Erro Padrão	p-valor	OR (IC)
Turno 1 (6 horas)	-0, 2441	0, 0388	<0, 0001	0, 7834 (0, 7260 – 0, 8454)
Turno 2 (12 x 36)	0	-	-	1

Portanto, na tabela 10 é demonstrado como uma jornada de trabalho que ultrapasse oito horas diárias pode influenciar aumentando a ocorrência de óbitos.

A morte no período medieval era encarada como um processo natural e fazia parte da rotina das pessoas, ou seja, a maioria dos óbitos ocorria no próprio domicílio com o apoio e atenção da família. Com a evolução no tratamento das doenças houve a necessidade de institucionalizar as pessoas doentes e a morte passou a acontecer com mais frequência no ambiente hospitalar. Os óbitos nestes locais passou a fazer parte do dia-dia dos profissionais da saúde. Esta rotina da convivência com a morte levou a equipe de saúde, com o passar do tempo, criar mecanismos de proteção que auxiliam na convivência e dão suporte as frustrações emocionais deste cotidiano onde a morte tem repercussões individuais e coletivas⁴³.

A ocorrência de óbitos no ambiente hospitalar aparece com maior frequência no período compreendido entre 12 e 18 horas, o que confirma a vulnerabilidade imposta aos usuários, a qual pode ser resultante da condição de trabalho da equipe de enfermagem, ou seja, neste período na jornada de 12/36, o trabalhador já atingiu o seu limite de produção e o cansaço já está instalado, contribuindo para a redução de sua capacidade de intervenção e vigilância no trabalho⁴⁴.

As iatrogenias experienciadas pela enfermagem aparecem com significado relevante à medida que a jornada de trabalho vai se estendendo. Isto fica mais evidente quando um estudo mostra que o erro com medicação tem como um dos fatores desencadeantes, com 48,9%, o cansaço e o estresse. Pode-se verificar que o erro com a administração de fármacos, que pode variar de medicamentos errados como também subdosagens ou superdosagens, expõe a riscos iminentes de complicações clínicas ou morte do indivíduo que está sob cuidado da enfermagem⁴⁵.

Outros indicadores vêm sendo utilizados para monitorar e avaliar a qualidade dos serviços prestados pelas instituições de saúde. Estes indicadores fazem referência, principalmente, aos resultados decorrentes dos processos de trabalho destas organizações e são fundamentais para subsidiar intervenções que modifiquem e aperfeiçoem as ações dos profissionais de saúde.

Dentre eles, podemos citar os que foram objetos deste estudo: taxa de infecção hospitalar, taxa de ocupação, média de permanência e número de funcionários da enfermagem por leito. Tais indicadores foram utilizados como variáveis de controle e submetidos ao teste

de comparação de Tukey, que tem como objetivo testar a diferença entre duas médias de tratamento.

Este teste é utilizado para comparar todo e qualquer contraste entre duas médias de tratamento. Ele é exato quando o número de repetições é o mesmo para todos os tratamentos⁴⁶.

Tabela 11. Comparação pelo teste de Tukey para taxas de infecção, taxa de ocupação, média de permanência e número de funcionários da enfermagem por leito em relação aos dois turnos de trabalho de 1999 a 2006.

Variável	Turno	Média	Desvio Padrão
Tx de Infecção	T1	35,35 ^A	10,13
	T2	32,35 ^A	5,07
Tx de Ocupação	T1	72,31 ^A	6,87
	T2	79,03 ^A	1,36
Média de Permanência *	T1	4,52 ^A	0,13
	T2	4,93^B	0,29
Nº de Funcionários/leito	T1	2,19 ^A	0,16
	T2	2,38 ^A	0,22

*Médias iguais seguidas de mesma letra não diferem significativamente pelo teste de Tukey ao nível de 5%.

Na tabela 11, verificou-se que a jornada de trabalho de 12 x 36 pode ter influenciado somente na média de permanência, já que os demais indicadores não sofreram alteração decorrente do turno.

Ressalte-se que, embora não tenha sido possível controlar todas as variáveis envolvidas no processo de trabalho, estas escolhidas apresentaram padrões semelhantes em ambos os períodos estudados, o que reforça a hipótese de que a variação dos indicadores estudados oscilou de acordo com a jornada de trabalho praticada.

Variáveis como taxa de infecção hospitalar, taxa de ocupação de leitos, média de permanência do usuário internado e número de funcionários da enfermagem por leito,

constituem importantes ferramentas para avaliação dos processos de trabalho dos hospitais e, também, da qualidade da assistência prestada a estes usuários.

A taxa de infecção hospitalar é um indicador de qualidade que serve para monitorar o número de infecções ocorridas em um determinado período em usuários hospitalizados e também avaliar os riscos de infecção que determinados procedimentos ou comportamentos da equipe ou do próprio usuário podem produzir infecção.

É importante esclarecer que a taxa de infecção não depende somente de ações da enfermagem, pois são vários os atores envolvidos no processo e, portanto, seria incoerente imputar responsabilidade somente para este segmento. Há que considerar, ainda, a existência de outros fatores associados que pode levar à ocorrência de infecção hospitalar como condição nutricional do usuário, estrutura física da instituição, condições de equipamentos e materiais, a adesão dos outros profissionais envolvidos com cuidado e as políticas de prevenção de infecção no ambiente hospitalar.

A taxa de ocupação é considerada, hoje, um dos indicadores mais críticos do ponto de vista da gestão dos hospitais. Uma taxa de ocupação inferior a 80% mostra o quanto esta gestão é eficiente, por praticar taxas compatíveis com os custos advindos. No entanto, taxa superior a 90% pode interferir na qualidade da assistência, em razão da sobrecarga de trabalho para a equipe de enfermagem.

A média de permanência também figura como um dos indicadores de relevância para o monitoramento da assistência, em razão de que as longas permanências hospitalares proporcionam maiores riscos aos usuários e reduzem o acesso. Este indicador mede a eficiência, eficácia e a efetividade da gestão da instituição hospitalar como um todo. É uma variável que sofre os reflexos de qualquer anormalidade que ocorre dentro ou fora do hospital. Por isso, hoje os serviços de internação domiciliar têm aumentado, na tentativa de dar vazão aos hospitais e proporcionar maior rotatividade.

Este indicador é medido tomando-se como parâmetro o tempo que o usuário ficou internado, em dias, e levando-se em consideração o fator motivador da internação, ou seja, as doenças que teve ou o procedimento ao qual foi submetido.

A média de permanência alta nos hospitais é um dos pontos críticos para qualquer hospital e as situações que colaboram para esta longa permanência são as mais variadas, e entre estas está o número reduzido de profissionais que prestam assistência ao usuário. Um fator que define o tempo de permanência é a necessidade de saúde do usuário e este período para os hospitais públicos de ensino é em média de cinco dias, portanto acima disso é considerada longa permanência⁴⁷.

A gestão de processos que aumentem a resolubilidade e eficácia dos serviços prestados aos usuários fará com que as instituições se viabilizem do ponto de vista econômico e, com isso, possam aumentar a sua capacidade de investimento na gestão de pessoas e tecnologia para uma assistência adequada.

Um aspecto que serve para dimensionar a capacidade que a instituição tem para dar respostas às necessidades de saúde que os usuários apresentam é o número de funcionários da enfermagem por leito. Este indicador tem sido explorado nos últimos anos pelos órgãos fomentadores da qualidade na atenção à saúde, pois, com um quadro de enfermagem adequado e treinado, é possível garantir uma boa assistência de enfermagem e, como resultado, viabilizar o processo de recuperação e reabilitação do usuário e a retomada de sua vida social.

O quadro de pessoal de enfermagem de uma instituição deve ser pensado e planejado de acordo com a missão; porte; estrutura organizacional e física; tipos de serviços e/ou programas; tecnologia e complexidade dos serviços e/ou programas; política de pessoal, de recursos materiais e financeiros; atribuições e competências dos integrantes dos diferentes serviços e/ou programas e indicadores hospitalares do Ministério da Saúde⁴⁵.

Sabe-se o quanto é necessária a adequação do quadro de pessoal dos hospitais e o quanto isso ainda está longe de acontecer. A equipe de enfermagem precisa contar com um efetivo capaz de atender as necessidades integrais dos usuários e ainda poder desfrutar de uma vida saudável com tempo para o convívio social e lazer. As extensas jornadas e o déficit de pessoal nestas instituições têm acarretado desgaste físico e emocional a estes profissionais, levando a doenças ocupacionais e transtornos psicológicos.

Estas variáveis foram levantadas com o objetivo de identificar possíveis alterações em sua constituição, levando-se em consideração os dois turnos de trabalho da enfermagem e foi possível evidenciar que a média de permanência sofre influência da jornada de trabalho, ou seja, no período em que vigorou a jornada de trabalho de 12 x 36, a média de permanência dos pacientes internados foi maior.

Para o número de funcionários/leito para o modelo estatístico proposto, também não houve diferença significativa nos períodos estudados para os dois turnos, ou seja, de seis e de 12 horas.

11. CONCLUSÕES

Ao analisar os dados levantados referentes ao número de acidentes de trabalho nas duas jornadas, não houve diferença significativa que apontasse uma jornada com maior potencial de exposição dos trabalhadores da enfermagem a riscos de acidentes.

Acreditamos que isto se deve ao fato de que a instituição, nos últimos anos, vem investindo na capacitação dos trabalhadores da enfermagem e, também, na aquisição de equipamentos de proteção individual.

Entretanto, foi observado, a partir da revisão da literatura, que os acidentes ocorrem, predominantemente, nas horas finais da jornada de trabalho. Assim, consequentemente, quanto maior a jornada, maior a exposição aos riscos de acidente de trabalho.

A taxa de infecção hospitalar também não sofreu alteração significativa quando analisados os dados obtidos. Podemos atribuir a não alteração desta variável ao fato desta não depender somente da ação da enfermagem, ou seja, ela está condicionada a outras variantes relacionadas à manipulação dos usuários e dos artigos que entram em contato com o mesmo.

A queda de usuários internados aparece com bastante destaque na jornada de 12 x 36, mostrando o quanto este dado é significativo para a gestão do processo de cuidar em enfermagem. Na jornada de trabalho da enfermagem de 12 horas o número de quedas foi significativamente maior, com um aumento de 126% e este dado precisa ser avaliado pelos gestores das instituições de saúde e, em especial os gerentes de enfermagem, visto ser este um indicador diretamente relacionado aos cuidados de enfermagem.

Este dado ganha proporção ainda maior quando analisamos as consequências das quedas que trazem danos irreparáveis às pessoas e sempre provocam sensação de impotência na equipe de enfermagem, afetando a condição emocional destes profissionais.

A jornada de 12 x 36 dificulta a concentração da equipe de enfermagem e atrapalha a vigilância, principalmente dos usuários acamados que ficam expostos a riscos de queda quando tentam levantar-se.

O acidente de percurso também não sofreu variação significativa, mas cabe discutir que em jornadas de trabalho mais longas os reflexos ficam diminuídos em razão do cansaço o que pode contribuir para a ocorrência de acidentes.

Os óbitos institucionalizados vêm sendo motivo de preocupação para estudiosos, pois, com a evolução tecnológica e a possibilidade de cura, as pessoas têm procurado mais os

hospitais e isso tem provocado um aumento significativo de mortes nestes locais. Este estudo demonstrou que na jornada de 12 x 36 o número de óbitos foi maior, com um aumento de 27,6% em relação ao período em que a jornada era de seis horas.

A literatura, já apontada na discussão, mostra que os óbitos nos hospitais ocorrem com maior frequência no período da tarde, o que novamente coincide com as horas finais da jornada estendida de 12 x 36 diurna, devido ao cansaço da equipe e à dificuldade de observação.

A média de permanência levantada no estudo apresentou uma variação significativa, sendo maior na jornada de 12 x 36, levando a entender que a assistência comprometida na sua qualidade (pelo cansaço da equipe de enfermagem) pode ocasionar maior permanência do usuário no serviço, podendo ainda desencadear outras condições de risco como: aumento da taxa de infecção, aumento do número de quedas e do número de óbitos nos hospitais.

Sabemos também que outras questões devem ser estudadas e aprofundadas, pois não podemos atribuir responsabilidades somente à equipe de enfermagem pelos desfechos negativos com a assistência, mas é fundamental que haja um olhar mais crítico e que, com base neste estudo e em outros já existentes ou que poderão ser produzidos, seja considerada a necessidade de se avaliar a sobrecarga de trabalho imposta à enfermagem. Deve-se, ainda, levar em conta as condições de trabalho, as condições salariais e os riscos constantes aos quais estes profissionais estão submetidos, para que a sociedade não sofra os danos de uma assistência de enfermagem de baixa qualidade.

Muitas vezes, sob falsos preceitos econômicos, essas condições, acabam por elevar consideravelmente os próprios custos da assistência à saúde. Podemos nos perguntar: quanto custa a mais para o sistema de saúde um paciente com infecção hospitalar, ou que tenha sofrido uma queda e precisa, por conta dessas iatrogenias, submeter-se a procedimentos ou cirurgias que não estavam previstos? Assim, é necessário que os gestores em saúde reflitam que uma equipe adequadamente dimensionada e com jornadas de trabalho coerentes podem representar economia e qualidade na prestação da assistência à saúde.

Portanto, acredita-se que a jornada de trabalho da enfermagem, na forma como vem sendo praticada nas instituições de saúde, influencia diretamente na qualidade da assistência aos usuários.

Para que haja uma consonância entre as necessidades dos usuários e dos trabalhadores da enfermagem, é necessário que a legislação trabalhista seja respeitada e que as jornadas de trabalho respeitem a condição física do trabalhador, dando-lhe o direito de descanso, de lazer e de convívio social e familiar.

Só assim, com pessoas mais valorizadas e respeitadas em suas necessidades, é que poderá se pensar em uma assistência de enfermagem mais digna e com mais qualidade, refletindo-se na humanização do processo de cuidar.

Faz-se necessário, também, construir indicadores que contribuam para a investigação do impacto da jornada de trabalho estendida na saúde dos trabalhadores da enfermagem, levando-se em conta sua história de trabalho e as condições em que estes trabalhos são realizados. Não se pode deixar de incorporar, também, a noção de desgaste, permitindo-se, assim, tornar relevante outras atividades da vida, fora da instituição, desenvolvidas por estes profissionais.

O trabalho não deve ser sinônimo de desgaste, doença, exploração e dominação, mas sim exercício de criatividade, auto-realização e bem-estar, como elemento que contribui para a saúde. Por outro lado, o modelo de assistência à saúde dos trabalhadores não deve submeter-se à lógica do capital, nem às condições de exposição a riscos, tanto no aspecto profissional como social.

A precarização do trabalho reflete-se na desumanização do homem, da sua capacidade de criar, de imaginar e de humanizar o mundo. Portanto, valorizar o trabalho, os trabalhadores e o mundo do trabalho deve ser os grandes ideais humanistas do nosso século.

12. REFLEXÕES PARA A GESTÃO EM ENFERMAGEM

1. A exposição excessiva dos trabalhadores da enfermagem com o acúmulo de atividades geradoras de cansaço físico e mental e também o estresse, levam estes profissionais a riscos iminentes de adoecerem e, além disso, provocar desajustes sociais e familiares.
2. A permissividade em relação a jornadas de 12 horas pode funcionar como um estímulo a manutenção de duplos vínculos de trabalho, mascarando uma situação de “falsa” melhoria de remuneração, que esconde a desvalorização profissional e as baixas remunerações a que a equipe de enfermagem está submetida.
3. Considerando ainda o que revela o estudo, a situação torna-se mais crítica e comprometedora para os usuários quando observamos que os riscos de queda e de óbitos aumentam quando os profissionais que deveriam protegê-los se encontram cansados e com sua capacidade de vigília prejudicada em razão das longas e exaustivas jornadas de trabalho.
4. Observa-se também o aumento na média de permanência, com a jornada estendida superior a oito horas diárias, contribui para o aumento das atividades da enfermagem e ainda restringe o acesso dos usuários, considerando a escassez de leitos nos hospitais públicos e o aumento frequente da necessidade de internações.
5. Os aspectos discutidos acima, como o risco de adoecimento do profissional da enfermagem, aumento no risco de queda e de óbito e o aumento na média de permanência dos usuários, revelam uma situação ainda mais preocupante, que são os custos com os quais o sistema público de saúde precisa arcar anualmente, para tentar reparar estes danos.
6. Outra condição resultante da jornada de trabalho é o potencial de afastamento dos trabalhadores, devido aos acidentes de trabalho, que além de prejudicar o bom andamento da rotina de trabalho, também geram custos à seguridade social.

7. A limitação de recursos destinados ao setor deve estimular os gestores de enfermagem a identificar os pontos críticos no processo de trabalho, a fim de melhorar e aprimorar, procurando, deste modo, incrementar a eficiência e a produtividade na assistência sem arriscar ou comprometer a qualidade de vida do trabalhador, dos serviços prestados e também reduzir custos.

13 REFERÊNCIAS

1. Elias MA, Navarro VL. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Rev Latinoam Enferm*. 2006;14(4):517-25.
2. Ministério do Trabalho e Emprego (BR). Portaria nº 485 de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2005 nov 11 [citado 28 mar 2009]. Disponível em: <http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php>
3. Conselho Federal de Enfermagem-COFEN. Resolução COFEN nº 293/2004. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): Conselho Federal de Enfermagem-COFEN; 2004 [citado 28 mar 2009]. Disponível em: <http://www.hc.ufu.br/extranet/files/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20COFEN%20N%C2%BA%20293%20DE%202004.pdf>
4. Gaidzinski RR. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1998.
5. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciênc Saúde coletiva*. 2004;9(1):7-14.
6. Pafaro RC, De Martino MMF. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. *Rev Esc Enferm USP*. 2004;38(2):152-60.
7. Spindola T, Santos RS. Mulher e trabalho: a história de vida de mães trabalhadoras de enfermagem. *Rev Latinoam Enferm*. 2003;11(5):593-600.
8. The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. *Quality*

- of life assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p. 41-60.
9. Velarde-Jurado E, Avila-Figueiroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública Méx.* 2002;44(4):349-61.
 10. Fernandes EC. Qualidade de vida no trabalho: como medir para melhorar. Salvador: Casa da Qualidade; 1996.
 11. Presidência da República (BR). Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 1943. Seção II, art.58, Da jornada de trabalho; [citado 28 mar 2009]. Disponível em: <http://www.trt2.gov.br/>
 12. Siqueira MM, Watanabe FS, Ventola A. Desgaste físico e mental de auxiliares de enfermagem: uma análise sob o enfoque gerencial. *Rev Latinoam Enferm.* 1995;3(1):45-57.
 13. Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. *Rev Saúde Pública.* 1987;21(3):225-33.
 14. Safiano CM, Sarquis LMM, Felli VEA, Giacomozzi LM. O processo saúde-doença vivenciado pelos trabalhadores de enfermagem em uma instituição hospitalar. *Cogitare Enferm.* 2003;8(2):87-91.
 15. Costenaro OMV, Ribeiro AM, Tognini DL, Campoleoni ST. Rotatividade de pessoal: causas, conseqüências e propostas. *Rev Paul Enferm.* 1987;7(1):40-3.
 16. Robazzi MLCC, Paracchini SA, Gir E, Santos WDF, Moriya TM. Serviço de enfermagem: um estudo sobre os absenteísmos. *Rev Bras Saúde Ocup.* 1990; 18(69):65-70.
 17. Batista JM. Afastamento por licença-saúde, readaptação funcional e suas implicações no gerenciamento de enfermagem [dissertação]. Botucatu (SP): Universidade Estadual Paulista; 2008.

18. Silva BM, Lima FRF, Farias FSAB, Campos ACS. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. *Texto & Contexto Enferm*. 2006;15(3):442-8.
19. Freitas GF, Fugulin FMT, Fernandes MFP. A regulação das relações de trabalho e o gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(3):434-8.
20. Marofuse NT. O adoecimento dos trabalhadores de enfermagem da fundação hospitalar do estado de Minas Gerais: reflexo das mudanças no mundo do trabalho [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2004.
21. Medeiros SM, Ribeiro LM, Fernandes SMBA, Veras VSD. Condições de trabalho e enfermagem: a transversalidade do sofrimento no cotidiano. *Rev Eletrônica Enferm* [Internet]. 2006 [citado 28 mar 2009]; 8(2):233-40. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a08.htm.
22. Veras VSD. Aumento da jornada de trabalho: qual a repercussão na vida dos trabalhadores da enfermagem? [dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2003 [citado 28 mar 2009]. Disponível em: http://bdtd.bczm.ufrn.br/tesesimplificado//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=104
23. Sarquis LMM, Cruz EBS, Hausmann M, Felli VEA, Peduzzi M. Uma reflexão sobre a saúde do trabalhador de enfermagem e os avanços da legislação trabalhista. *Cogitare Enferm*. 2004;9(1):15-24.
24. Dejours C. A loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho. 5a ed. São Paulo: Cortez; 2003.
25. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF); 1996 out 16 [citado 28 mar 2009]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html

26. Sehested P, Severin-Nielsen T. Falls by hospitalized elderly patients: causes, prevention. *Geriatrics*. 1997;32(4):101-8.
27. Paiva MCMS. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem [dissertação]. Botucatu (SP): Universidade Estadual Paulista; 2008.
28. Decesaro MN, Padilha KG. Iatrogenia na assistência de enfermagem durante internação em UTI: queda de pacientes. *Cienc Cuid Saúde*. 2002;1(1):166-70.
29. Rubeinstein LZ, Josephson KR. The epidemiology of falls and syncope. *Clin Geriatr Med*. 2002;18(2):141-58.
30. Evans D, Hodgkinson B, Lambert L, Wood J. Fall risk factors in the hospital setting: a systematic review. *Int J Nurs Pract*. 2001;7(1):38-45.
31. Marin HF, Bourie P, Safran C. Desenvolvimento de um sistema de alerta para prevenção de quedas em pacientes hospitalizados. *Rev Latinoam Enferm*. 2000;8(3):27-32.
32. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Notificações de acidentes do trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
33. Oliveira MG, Makaron PE, Morrone LC. Aspectos epidemiológicos dos acidentes de trabalho num hospital geral. *Rev Bras Saúde Ocup*. 1982;10(40): 26-30.
34. Silva VEF, Kurcgant P, Queiroz VM. O desgaste do trabalhador de enfermagem: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. *Rev Bras Enferm*. 1998;51(4):603-14.
35. Guimarães RM, Mauro MYC, Mendes R, Melo AO, Costa TF. Fatores ergonômicos de risco e de proteção contra acidentes de trabalho: um estudo caso-controle. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(3):282-94.

36. Silva DMPP, Marziale MHP. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. *Rev Latinoam Enferm.* 2000;8(5):44-51.
37. Carreiro LM. Morte por excesso de trabalho (Karoshi). *Rev Trib Reg Trab 3ª Reg.* 2007;46(76):131-41.
38. Braga D. Acidente de trabalho com material biológico em trabalhadores da equipe de enfermagem do Centro de Pesquisas Hospital Evandro Chagas. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública; 2000.
39. Waldvogel BC. A população trabalhadora paulista e os acidentes do trabalho fatais. *São Paulo Perspect.* 2003;17(2):42-53.
40. Soboll LAP, Bernardino E, Silva SM, Felli VEA. Evidências de desgaste do trabalhador de enfermagem relacionadas à organização do trabalho. *Mundo Saúde.* 2004;28(2):181-7.
41. Silva VEF, Massarollo MCKB. A qualidade de vida e a saúde do trabalhador de enfermagem. *Mundo Saúde.* 1998;22(5):283-6.
42. Laurenti R, Silveira MH. Causas múltiplas de morte. *Rev Saúde Pública.* 1972;6(1):97-102.
43. Rodrigues CE, Lazo J, Lima MA. Variações circadianas diárias nos óbitos de um hospital geral. *Rev Bras Enferm.* 1997;50(3):339-44.
44. Bohomol E, Ramos LH. Erros de medicação: causas e fatores desencadeantes sob a ótica da equipe de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2003;16(2):41-8.
45. Gomes FP. Curso de estatística experimental. 14a ed. Piracicaba (SP): ESALQ; 2000.
46. Vilar Esteves M J. Fatores do processo de assistência médico-hospitalar que causam o incremento da permanência do paciente no hospital [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1999.

14 ANEXOS

ANEXO – I INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

SEGUNDO VARIÁVEIS

1 Número de quedas do leito

Ano	Nº. de quedas
01/1999 a 12/1999 (6 horas)	
01/2000 a 12/2000 (6 horas)	
01/2001 a 12/2001 (6 horas)	
01/2002 a 12/2002 (6 horas)	
01/2003 a 12/2003 (12 horas)	
01/2004 a 12/2004 (12 horas)	
01/2005 a 12/2005 (12 horas)	
01/2006 a 12/2006 (12 horas)	

2 Taxa de infecção hospitalar nos respectivos períodos

Ano	Taxa de infecção hospitalar (%)
01/1999 a 12/1999 (6 horas)	
01/2000 a 12/2000 (6 horas)	
01/2001 a 12/2001 (6 horas)	
01/2002 a 12/2002 (12 horas)	
01/2003 a 12/2003 (12 horas)	
01/2004 a 12/2004 (12 horas)	
01/2005 a 12/2005 (12 horas)	
01/2006 a 12/2006 (12 horas)	

3 Número de funcionários da enfermagem e da instituição/leito nos respectivos períodos

Ano	Enfermagem (enfermeiro, auxiliar de enfermagem e técnico de enfermagem)	Instituição (Todos)
01/1999 a 12/1999 (6 horas)		
01/2000 a 12/2000 (6 horas)		
01/2001 a 12/2001 (6 horas)		
01/2002 a 12/2002 (6 horas)		
01/2003 a 12/2003 (12 horas)		
01/2004 a 12/2004 (12 horas)		
01/2005 a 12/2005 (12 horas)		
01/2006 a 12/2006 (12 horas)		

4 Indicadores hospitalares (Taxa de ocupação, Média de Permanência e Número de Leitos)

Ano	Taxa de Ocupação (%)	Média de permanência	Nº de leitos
01/1999 a 12/1999 (6 horas)			
01/2000 a 12/2000 (6 horas)			
01/2001 a 12/2001 (6 horas)			
01/2002 a 12/2002 (6 horas)			
01/2003 a 12/2003 (12 horas)			
01/2004 a 12/2004 (12 horas)			
01/2005 a 12/2005 (12 horas)			
01/2006 a 12/2006 (12 horas)			

5 Acidentes de trabalho total da instituição x acidentes de trabalho da enfermagem

Ano	Nº. acidentes de trabalho total	Nº. de acidentes de trabalho da enfermagem
01/1999 a 12/1999 (6 horas)		
01/2000 a 12/2000 (6 horas)		
01/2001 a 12/2001 (6 horas)		
01/2002 a 12/2002 (6 horas)		
01/2003 a 12/2003 (12 horas)		
01/2004 a 12/2004 (12 horas)		
01/2005 a 12/2005 (12 horas)		
01/2006 a 12/2006 (12 horas)		

6 Acidentes de Percurso da enfermagem

Ano	Nº. de Acidentes de percurso
01/1999 a 12/1999 (6 horas)	
01/2000 a 12/2000 (6 horas)	
01/2001 a 12/2001 (6 horas)	
01/2002 a 12/2002 (6 horas)	
01/2003 a 12/2003 (12 horas)	
01/2004 a 12/2004 (12 horas)	
01/2005 a 12/2005 (12 horas)	
01/2006 a 12/2006 (12 horas)	

7 – Número de Óbitos no hospital

Ano	Nº. de Óbitos
01/1999 a 12/1999 (6 horas)	
01/2000 a 12/2000 (6 horas)	
01/2001 a 12/2001 (6 horas)	
01/2002 a 12/2002 (6 horas)	
01/2003 a 12/2003 (12 horas)	
01/2004 a 12/2004 (12 horas)	
01/2005 a 12/2005 (12 horas)	
01/2006 a 12/2006 (12 horas)	

ANEXO – II PLANILHA EXCEL COM OS DADOS COLETADOS

ano	n leitos	tx ocup	media perm	n quedas	n afast tot	n acid perc	n ac trab	n obitos
1999								
2000								
2001								
2002								
2003								
2004								
2005								
2006								

ano	taxa Inf	n ac trab enf	n func/leito enf	n func/leito total	n func hos	n func enf
1999						
2000						
2001						
2002						
2003						
2004						
2005						
2006						

ANEXO III AUTORIZAÇÃO DO CEP



FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo
Seres Humanos – CEP/FAMEMA

Marília, 30 de Setembro de 2008

Ilmo(ª) Sr.(ª)
Luis Carlos de Paula e Silva
Marília/SP

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, recebeu o protocolo de estudo nº 499/08, intitulado: "A Interferência da Jornada de Trabalho na Qualidade do Serviço: Contribuição à Gestão de Pessoas", foi considerado **APROVADO** em Reunião Ordinária – 29/09/2008, aceito de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, pode ser iniciado.

Sendo só para o momento, reiteramos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Valdeir Fagundes de Queiroz", is written over a horizontal line.

Prof. Dr. Valdeir Fagundes de Queiroz
Vice - Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos