

## La situación de trabajo en enfermería y los riesgos ocupacionales desde la perspectiva de la ergología<sup>1</sup>

Rosane Teresinha Fontana<sup>2</sup>  
Liana Lautert<sup>3</sup>

**Objetivo:** comprender la situación de trabajo a partir de los conceptos, saberes y valores manifiestos y aplicados por profesionales de enfermería referentes a la gestión del riesgo ocupacional. **Método:** estudio participativo basado en la ergología. Los datos fueron recolectados mediante entrevistas con informante clave y 25 trabajadores; la observación y medición en una Unidad Básica de Salud localizada en el interior de Rio Grande do Sul. El análisis de datos está pautado en el Dispositivo Dinámico de Tres Polos. **Resultados:** las condiciones de trabajo son precarias; los trabajadores están expuestos a violencia verbal y otros riesgos psicosociales, ergonómicos y biológicos. Descuidan los riesgos químicos y físicos y reajustan las normas de su actividad a favor de la eficacia del servicio. **Conclusión:** los trabajadores estudiados efectúan su trabajo cotidiano bajo condiciones de riesgo, tal como se pudo observar mediante el diálogo sinérgico y la observación participante. Con base en el protagonismo de los sujetos es posible fundir los conocimientos derivados de las situaciones de trabajo con la ciencia y así encuadrar este desafío.

**Descriptor:** Salud Laboral; Condiciones de Trabajo; Riesgos Laborales.

<sup>1</sup> Artículo parte de la tesis de doctorado "La situación de trabajo de la enfermería en una institución de atención primaria a la salud: conocimientos y prácticas", presentada a la Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

<sup>2</sup> PhD, Profesor, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Santo Ângelo, RS, Brasil.

<sup>3</sup> PhD, Profesor Asociado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

---

Correspondencia:

Rosane Teresinha Fontana  
Rua Sete de Setembro, 1126  
Bairro: Centro  
CEP: 98801-726, Santo Ângelo, RS, Brasil  
E-mail: rfontana@urisan.tche.br

**Copyright © 2013 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

## Introducción

Los cambios y nuevas demandas de la sociedad modificaron el mundo social del trabajo y la economía, haciendo surgir cuestionamientos sobre competencias, culturas, obsolescencia y la enfermedad. En este sentido, algunos trabajadores transforman el trabajo prescrito, o sea, aquél que fija reglas y normas para articular la productividad con la economía corporal.

En este contexto tiene lugar la ergología, que propone una relectura del trabajo y los conceptos de acción y actividad. Como método, aborda el trabajo a partir de la vivencia del que trabaja, además de analizar la relación entre el individuo y su ambiente, entre otras<sup>(1)</sup>. Según los presupuestos de la ergología, trabajar es una actividad de seres humanos situados en un determinado tiempo y espacio y se desarrolla en el "acontecer" de la vida<sup>(2)</sup>. La ergología enfoca el trabajo como el *uso de uno mismo* por otros y el *uso de uno mismo* por uno mismo. De ese modo, la actividad pasa a ser una "dramática" del *uso de uno mismo*, porque las situaciones varían en función de las capacidades, recursos y elecciones realizadas<sup>(1)</sup> y frente a los *vacíos/deficiencias en las normas antecedentes* o prescripciones, el sujeto necesita *volver a normativizar*, o sea, debatir, adaptarse o cambiar la norma.

Empíricamente, puede observarse que en muchos escenarios de la red básica de atención a la salud, los trabajadores del equipo de enfermería trabajan bajo condiciones de riesgo, incluyendo factores tales como el descuido e imprudencia de los propios trabajadores, el *mal uso de uno mismo*, las condiciones precarias para la realización del trabajo, el *vacío de normas*, así como el desinterés de los gestores por la atención de la salud del trabajador.

Siendo así, una discusión de las condiciones de trabajo en enfermería con foco en la exposición a riesgos ocupacionales a partir de los saberes manifiestos por los sujetos que realizan la actividad puede ser relevante. El motivo es que tal discusión permite realizar un diagnóstico legítimo del proceso salud-enfermedad-trabajo puesto que su punto de partida es un diálogo sinérgico con los protagonistas, y al mismo tiempo, permite obtener elementos para intervenciones destinadas a mejorar la calidad de vida de los trabajadores.

En cuanto respecta la ergología, la racionalidad técnica no es suficiente, sino que también es necesario tomar en cuenta las racionalidades de la actividad real del trabajador<sup>(1)</sup>. Se piensa que cuando el análisis técnico de los riesgos ocupacionales es restringido, dejando de lado algunas de las dimensiones implicadas, no es posible

aprehender completamente el proceso de trabajo y es esta premisa lo que justifica los estudios realizados con esta perspectiva.

Según la Organización Panamericana de la Salud<sup>(3)</sup>, los factores de riesgo para la salud del trabajador relacionados con el trabajo están divididos en cinco grandes grupos, a saber: físicos, biológicos, químicos, mecánicos y accidentes, ergonómicos y psicosociales.

El objetivo de este estudio fue comprender la situación de trabajo en enfermería partiendo de los conceptos, saberes y valores manifiestos y aplicados por profesionales de enfermería en la gestión de los riesgos ocupacionales desde la perspectiva de la ergología.

## Método

Se trata de un estudio de base participativa utilizando el marco teórico-metodológico de la ergología. El método de base participativa permitió aplicar el Dispositivo Dinámico de Tres Polos (DDTP) recomendado por Schwartz<sup>(1)</sup> con el fin de articular los saberes científicos/disciplinarios necesarios para la producción de salud y la protección de la salud del trabajador y del usuario con los saberes de la experiencia, derivados de la actividad, para finalmente "fecundizarlos" en la concepción de un nuevo saber.

Veinticinco profesionales participaron en el estudio, 24 de ellos técnicos/auxiliares de enfermería y un enfermero, los cuales cumplieron los siguientes criterios: ser integrante del equipo de enfermería y estar en servicio activo. Del total de la muestra, un 72% se desempeña en el servicio hace 6-10 años y un 52% cumple doble jornada laboral distribuida en dos instituciones de salud y/o enseñanza. Los participantes del estudio tienen una antigüedad en el servicio de 5 a 25 años.

El campo del estudio fue representado por un servicio de atención primaria de salud en un municipio del interior del estado de Rio Grande do Sul, considerado el mayor centro de atención primaria local. De acuerdo con la Resolución de la Dirección Colegiada (RDC) nº 50<sup>(4)</sup>, ese centro puede ser clasificado como un servicio de atención electiva de promoción y asistencia de la salud bajo régimen ambulatorio y de hospital de día, así como un servicio de atención inmediata de la salud.

Los datos fueron recolectados entre junio y diciembre de 2010 mediante entrevistas con un informante clave y los trabajadores, observación participante y sistemática y medición de la sobrecarga y confort térmico, ruido e iluminación del espacio físico, que fue realizada por un ingeniero laboral. La observación participante fue realizada a lo largo de seis días, seleccionados por sorteo y con una duración promedio de una hora y 30 minutos,

por la mañana y a la tarde. Para realizar la observación sistemática fueron adaptados los criterios de la NR nº 32<sup>(5)</sup>, enfocando los riesgos biológicos, químicos, físicos, ergonómicos, relacionados con la manipulación de residuos y con las condiciones sanitarias. Algunos ítems fueron añadidos al guión con el fin de abordar los riesgos psicosociales según la clasificación propuesta por la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Salud. Las informaciones fueron registradas utilizando un grabador y un diario de campo.

Las informaciones recogidas en las observaciones, entrevistas y el informe pericial fueron sujetas a Análisis de Contenido en su modalidad temática. El análisis fue realizado usando como base el Dispositivo Dinámico de Tres Polos (DDTP)<sup>(1)</sup>. Este método de análisis laboral permite fusionar los conocimientos derivados de la experiencia y la ciencia. Debe observarse que los polos no son mutuamente excluyentes, sino que son complementarios y circulan en un movimiento de convocatorias recíprocas y de eventual reelaboración en la disciplina de origen.

De esta forma, el modelo propuesto por Schwartz<sup>(1)</sup> fue adaptado de modo que el Polo I estuvo constituido por los saberes disciplinarios de las ciencias de la salud, educación, jurídicas, sociales, de la comunicación, de la ergonomía y la ergología, siendo esta última el hilo conductor del estudio. El Polo II estuvo integrado por los conocimientos imbricados en la actividad, la experiencia, historia y valores de los sujetos que vivencian el trabajo del equipo de enfermería. Se considera que "el saber que se esconde en la actividad es un tipo de saber que debe ser elaborado para que podamos evaluar su grado de generalidad[...]". Por consiguiente, éste no debe ser confundido con 'subsaberes' sino que es fundamental que se conozcan y reconozcan los saberes disciplinarios que circulan y pueden ser recreados en el curso de la actividad<sup>(1)</sup>.

En el Polo III fueron fundidos los conocimientos derivados de las situaciones laborales y los de la ciencia para producir propuestas de ambientes saludables para los trabajadores, estos conocimientos circunscritos por aprendizajes y *desaprendizajes* – una forma de humildad frente a la actividad laboral que implica desnudar la racionalidad intelectual, un *desconfort intelectual*, para constituir el polo del mundo común a ser construido a partir de lo ético y lo epistémico<sup>(1)</sup>. De este modo, el DDTP es un lugar de encuentro, de la superación de divisiones.

Con esa base, el análisis preliminar de los datos (entrevistas, observaciones e informe pericial) fue presentado para discusión y validación. Con ese propósito, todos los participantes del estudio fueron invitados a un encuentro grupal, del que participaron quince sujetos. El objetivo del grupo era, mediante discusión colectiva,

validar los datos y construir un nuevo saber representado por las propuestas de adecuación de la coyuntura/situación laboral.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética da la Universidad Regional del Alto Uruguay y las Misiones (Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões – URI/BR), campus Santo Ângelo, protocolo nº 0033-4/PPH/10, así como por el gestor de la institución. A aquellos que aceptaron participar se les solicitó que firmaran el formulario de consentimiento informado.

## Resultados

### Condiciones y riesgos ocupacionales de la situación de trabajo

El Polo I correspondió al conocimiento disciplinario detectado mediante observación sistemática y participante de la investigadora. La medición de los agentes físicos (ruido, humedad y temperatura/confort térmico) y ergonómicos (iluminación), realizada por un ingeniero laboral acompañado por la investigadora. Esta etapa exigió competencias disciplinarias que abarcasen la complejidad del escenario estudiado.

El Polo II correspondió a los saberes imbricados en la experiencia de los trabajadores sin, no obstante, dejar de tener en cuenta los saberes disciplinarios implicados en el contexto histórico-político-social. El Polo III, a su vez, correspondió a los nuevos conocimientos sobre prevención de dolencias y promoción de la salud del trabajador elaborados en la etapa de socialización de los datos y discusión con los participantes del estudio.

La observación permitió comprender que en virtud del vacío o *déficit de normas*, los trabajadores están cotidianamente expuestos a riesgos ocupacionales. Para compensar dichas lagunas, utilizan algunos mecanismos que sirven a la productividad y economía corporal, es decir, *renormalizan*, es decir, vuelven a normativizar su actividad. Entre otras observaciones, un ejemplo es el espacio físico, cuyas características son muy inferiores a las legisladas para garantizar la seguridad del usuario y del trabajador. El equipo de enfermería debe cruzar cinco puertas para llegar a la sala de emergencias, el personal es cuantitativamente insuficiente en los períodos de mayor demanda y entre los diversos riesgos, se destaca la iluminación inadecuada, lo que da lugar a la exposición al riesgo *ergonómico*.

[...] *El equipo es pequeño, [...] y a veces hay menos gente todavía, uno está ocupado en otro lugar, cuando tenemos que ayudar a un paciente y así nos exponemos, subirlo a la cama, bajarlo de la cama, ponerlo en la silla de ruedas. Poner un paciente en una camilla es un sacrificio, lo que más se siente es dolor de*

*espalda. Tengo dolor de espalda hace cuatro o cinco años, por el esfuerzo de darlo vuelta al paciente, levantarlo al paciente (Trabajador 11).*

Una rutina del servicio exige que los técnicos de enfermería confeccionen paquetes con los elementos necesarios para el cuidado domiciliar de heridas de todos los usuarios del municipio. Los participantes del estudio declararon que esa actividad los cansa mucho y les causa dolor en los brazos y la espalda.

*Me duele la espalda de doblar las gasas, esto [muestra la región cervical] nadie lo puede aguantar. Los días que preparamos mucho material salimos duros por el dolor de cuello (Trabajador 6).*

La sala de espera para los pacientes con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial sistémica es la misma que da acceso a los usuarios con VIH/SIDA, lo que implica un riesgo de infección oportunista para esos pacientes, que ya se encuentran en estado de vulnerabilidad. Lo mismo sucede con el pasillo que lleva al sector de inmunización pediátrica, que es compartido con la sala de espera para consultas médicas, utilizada por pacientes con sintomatología variada, incluyendo tos productiva. Niños sanos se exponen de esta manera a riesgos. De este modo, tanto usuarios como trabajadores son expuestos a agentes *biológicos*.

*Hay muy poco espacio físico, está mal ventilado, y estás en contacto directo con un paciente con tuberculosis; no hay una sala de espera separada, se entra en contacto con la secreción de los pacientes (Trabajador 20).*

La limpieza, efectuada por una empresa tercerizada, también es deficiente, facilitando la dispersión del polvo y microorganismos, mientras que la higienización de las manos es precaria, porque no hay dispositivos adecuados en todos los ambientes.

*Es precario, el personal no tiene la cualificación necesaria, [...] no son personas con interés en trabajar, no se ven como haciendo un trabajo importante [...] y nosotros dependemos de ellas para que limpien las paredes, el piso, el instrumental/ equipos. Hacen lo básico, sacan la basura, pasan un trapo en el piso, es muy estresante, estamos conscientes que éste es un servicio que necesita limpieza (Trabajador 2).*

La técnica en enfermería que toma las muestras de sangre en el sector de recepción y tratamiento de SIDA también está expuesta a riesgos, porque trabaja en un espacio precario sin equipos de seguridad adecuados para la atención de pacientes con tuberculosis, que es frecuente en esta población de usuarios, confirmando de ese modo la vulnerabilidad ocupacional del profesional de enfermería a dicha enfermedad<sup>(6)</sup>. Faltan equipos de protección individual en cantidad, calidad y especificidad en todos los sectores, exponiendo al trabajador a riesgos *biológicos, mecánicos y de accidentes*.

*Sólo porque luchamos, hasta que conseguimos convencerlos de que manden EPI adecuado, que hayan guantes disponibles [...]. Ahora hay barbijos comunes. No hay N 95, sólo los comunes, los normales (Trabajador 2).*

El lugar destinado para el procesamiento químico de artículos y materiales es utilizado concomitantemente para la administración de medicamentos, entre otros procedimientos de enfermería. Se manipulan productos químicos en condiciones insalubres, porque la sala no tiene ventilación ni equipos de protección adecuados, exponiendo a los trabajadores al riesgo *químico*, aunque muchos no lo reconozcan o consideren.

*Químico, no creo, sólo hay glutaraldehído que sólo puede ser preparado usando guantes; no hay barbijos. Se lo prepara ahí [en la sala de procedimientos de enfermería] y sólo es usado en el nebulizador y en pequeña cantidad (Trabajador 11).*

Fue constatada la presteza del equipo para atender las necesidades de salud de los usuarios. No fue observada ninguna situación en que el personal de enfermería fuera negligente o poco cortés con los usuarios. Al contrario, en muchas ocasiones estos trabajadores se vieron envueltos en situaciones embarazosas o sufrieron agresiones verbales, lo que configura violencia psicológica. Ésta fue la queja más frecuentemente relatada por los sujetos y representa riesgo *psicosocial*, porque puede ser causa de estrés y otros trastornos mentales. Debe ser observado que la mayoría no notificó las agresiones.

*[...] Violencia verbal de la gente, por ignorancia, esa clase de gente que a veces ya viene estresada [...] te llaman vaca, te dicen "voy a llamar a fulano para que te enseñe". Tengo cansancio mental. Tengo ganas de quedarme quieta, sin hablar (Trabajador 1).*

Los sujetos vivencian sentimientos de inseguridad y miedo delante de las agresiones, especialmente de parte de usuarios en sufrimiento psíquico y presidiarios. También la falta de un vigilante en el servicio fue indicada como causa de inseguridad.

*[...] Querían poner a tres presos en la sala y yo dije: "no, de a uno por vez", están esposados, pero son muy ágiles y si tienes una jeringa, te tienes que cuidar (Trabajador 4).*

Ni el ruido, la humedad o la temperatura ambiental fueron señalados como riesgo físico, aunque muchos los calificasen como incómodos. Debe ser observado que el espacio físico destinado a la alimentación de los trabajadores también es precario. Es un ambiente húmedo, con olor típico a mofo y ventilación insuficiente. En el momento de la medición, la humedad era mayor que el 40% y en algunos lugares llegó a un 72%, lo que indica elevada humedad ambiental. En muchos lugares el ruido y la temperatura no correspondían a los estándares indicados en la legislación, como constatado por el ingeniero laboral (perito). El ruido varió entre 56,1

y 75,4 dB(A). La temperatura varió entre 15 y 17 °C, lo que está por debajo de los parámetros definidos como confortables<sup>(4)</sup> y por ende representa un riesgo físico.

El servicio investigado carece de conductas destinadas a la prevención de riesgos ocupacionales, así como de un Programa de Prevención de Riesgos Ocupacionales. Por problemas con los recursos humanos, no cumple las exigencias del Programa de Salud del Trabajador. Aunque hay una técnica en seguridad en la secretaría de obras, interviene muy poco en la secretaría de salud; no se realizan reuniones, programas de educación permanente en salud ni cualquier otra actividad destinada a la prevención y control de los riesgos ocupacionales y mucho menos cogestión con los trabajadores.

*Hay un servicio de salud y del trabajador, pero no sé para qué. No tenemos nada, ni charlas ni nada. [...] nada de gimnasia laboral preventiva, masajes preventivos. Nada de oír o ver videos, nada de educación (Trabajador 2).*

Otra dificultad identificada en la organización del trabajo en el servicio fue la 'falta de supervisor/coordinador/gestor local', que fue reportada en más de una ocasión por los trabajadores que participan en las inmunizaciones.

*[...] No hay un jefe que nos pueda aclarar las dudas, estamos mal asesorados, tenemos que resolver todo y cargar solos con toda la responsabilidad (Trabajador 4).*

Esos datos permiten inferir que en la situación de trabajo del servicio de enfermería coexisten buenos y malos usos de uno mismo, los malos, en general, se deben a dificultades para enfrentar las lagunas en el sistema de salud, al vacío/deficiencia de normas.

En la reunión convocada para discutir y validar los datos de este estudio, los trabajadores propusieron algunas alternativas para crear un ambiente saludable. Dichas alternativas resultan de la fusión de los saberes imbricados en la actividad y conceptos disciplinarios, lo que constituye aprendizajes y desaprendizajes<sup>(1)</sup>.

Los trabajadores sugieren programas de gimnasia laboral, servicio de psicología y actividades de educación en salud, que podrían ser optimizados mediante la participación conjunta de la Universidad Regional, la cual también podría auxiliar en el desarrollo de proyectos de mejorías en la unidad.

Educación Permanente en Salud y la realización de talleres de actualización técnica fueron mencionadas por los trabajadores como actividades necesarias. La construcción de indicadores epidemiológicos y el control de accidentes y dolencias mediante la capacitación de un grupo de profesionales de cada sector podrían agregar valor a la salud de los empleados públicos. Igualmente, también la provisión de uniformes, barbijos N 95 y

anteojos, entre otros EPI, y la presencia de un vestuario protegerían a los trabajadores contra dolencias. Algunos trabajadores manifestaron su preocupación con el hecho de que la N32 no está siendo acatada<sup>(5)</sup>.

Recomendaciones para la mejora de los muebles, espacio físico y logística fueron hechas como recurso para asegurar un buen desempeño de la actividad, al igual que los cambios en la logística de producción de materiales para la población. Los participantes también mencionaron la necesidad de un telefonista e internos en todos los sectores de la unidad. La conservación, adecuación y ampliación del espacio físico aparecen como urgentes para los trabajadores. Según estos, varias veces los enfermeros solicitaron, sin éxito, la pintura y conservación del edificio que funciona como central de esterilización para todos los centros de salud y así como otros edificios. Debido a la oscilación entre altas y bajas temperaturas, también sugirieron que todos los sectores sean climatizados. Igualmente, fue solicitada capacitación del personal del Servicio de Higienización, así como inclusión de un servicio de vigilancia.

La instalación de un sistema informatizado en la red municipal de atención de la salud fue mencionado como estrategia para mejorar la organización y su flujo, reducir trabajo y costos y agilizar el proceso de asistencia.

Los trabajadores piensan que 90% de los colegas muestran compromiso, no obstante, consideran que es necesario un gestor/gerente que organice el servicio. Comentaron que la falta de gestión causa todo tipo de problemas. Pidieron que se nombre un jefe responsable del servicio, un coordinador general de la unidad y propusieron un Plan de Cargos y Salarios. Todos estos elementos podrían facilitar la organización y normativización de las relaciones de trabajo.

## Discusión

En toda actividad hay una dinámica caracterizada por rupturas y discontinuidades, que exige del trabajador la creación constante de nuevas normas, con el fin de poder realizar su tarea<sup>(7)</sup>. De ese modo y cotidianamente, el trabajador va tejiendo su actividad mediante el cruce de la 'trama', esto es, los saberes técnicos y organizacionales, instrumentos y usuarios, con la 'urdimbre' representada por la historia de los sujetos, con sus cuerpos que aprenden y envejecen, sus valores, saberes y deseos<sup>(1)</sup>. Instituir competencias para el trabajo en salud puede ser algo complicado, porque el objeto es complejo, las situaciones de trabajo son difíciles de estandarizar y el proceso de cuidar implica en un encuentro siempre singular entre personas<sup>(8)</sup>.

Las *normas antecedentes*, que el sujeto puede *volver a normativizar*, casi siempre preexisten a la actividad y son frecuentemente elaboradas por técnicos, cuyas características son diferentes de la singularidad propia de las personas destinadas a utilizarlas. Es sabido que para trabajar, el sujeto necesita *normas antecedentes*, que en este estudio estuvieron representadas por manuales, notas técnicas, prescripciones y procedimientos estandarizados. Por otro lado, también es posible recrear dichas normas, reinterpretarlas, desarrollarlas como una actividad singular *volviendo a normativizar* de forma sucesiva para así configurar el espacio como propio<sup>(9)</sup>. Esto permite que el trabajador se apropie de la actividad, así como de su economía corporal.

La opción por la *transgresión* de la norma puede resultar problemático para el trabajador debido a los riesgos que las micro-decisiones puedan introducir en el proceso de trabajo. El 'secreto' de los *usos de uno mismo* puede aislar trabajador. Por ese motivo, es necesario publicitar el acto técnico del *uso de uno mismo*, porque esta actitud asegura el reconocimiento de la habilidad del sujeto y su creatividad<sup>(10)</sup>. No obstante, también es necesario prestar atención a la contravención de una norma que conlleve un mal *uso de uno mismo*, porque cuando una modificación individual del modo de trabajar es significativa también a nivel colectivo, dicha contravención puede influir a los colegas y así transformarse en catastrófica.

Así, el trabajo se configura como *actividad industrial*, en el sentido de maestría, habilidad<sup>(9)</sup> en la gestión del propio hacer. De acuerdo con la ergología, esto implica un constante conflicto de normas que "supera el ambiente de trabajo, pero está situado dentro del ambiente de trabajo"<sup>(11)</sup>.

La *norma antecedente*, en este caso la Disposición 500<sup>(12)</sup> del Estado de Rio Grande do Sul, determina que las áreas para procesamiento de artículos deben poseer equipos de limpieza, desinfección o esterilización de materiales. La Resolución nº 42<sup>(13)</sup> establece el uso obligatorio de alcohol para antisepsia de las manos en los servicios de salud.

Según la RDC 50<sup>(5)</sup>, el espacio físico para atención ambulatoria de individuos con SIDA debe incluir una sala individual para inhalaciones y las normas que la regulan<sup>(4)</sup> establecen que el empleador debe obligatoriamente proveer EPI, elementos no disponibles en el campo de estudio.

La falta de compromiso y respeto de los servicios por la protección del trabajador en el ambiente de trabajo es un factor de desmotivación e inseguridad que conlleva una mayor probabilidad de errores y accidentes. De esto se desprende que las prácticas gerenciales y organizacionales

representan una contribución significativa a la salubridad ambiental del ambiente de trabajo<sup>(14)</sup>.

Frente al *vacío/deficiencia* de normas se debe enfatizar que al tiempo que se valoran las normas antecedentes, "se peca por la falta de otros elementos importantes para la viabilidad de un trabajo que permita conquistar salud – los modos de hacer y las condiciones para ello"<sup>(15)</sup>. De ese modo, la posibilidad de (re)crear el ambiente configurado por la organización del trabajo y las condiciones ofrecidas puede manifestar una especie de fragilidad.

Las normas no acatadas integralmente en el locus investigado debido a dificultades en la microgestión – gestión de uno mismo y del ambiente por los trabajadores –son el resultado de dificultades de adherencia de la macrogestión. Vale la pena destacar que todo trabajo incluye la microgestión, porque allí, "en el espacio entre lo prescrito y lo efectivamente realizado, hay necesidad de microgestiones de la situación y de intercambios colectivos en un constante vaivén"<sup>(7)</sup>.

Por consiguiente, el trabajador es llamado a *volver a normativizar* a su manera y en ese proceso realiza algunos malos *usos de uno mismo* para que el trabajo sea posible. "En el trabajo, cada uno busca un equilibrio entre el *uso de uno mismo* solicitado y el consentido. El fracaso es sufrimiento [...], la dramática puede volverse trágica, provocando un gran sufrimiento [...]"<sup>(1)</sup> como, por ejemplo, el fenómeno de la violencia psicológica. El trabajador es constantemente solicitado a manejar situaciones de agresión psicológica. La presión sufrida por los trabajadores y la consecuente exposición a la violencia de los usuarios también los sitúan en una *dramática del uso de uno mismo*, tanto por sí mismos como por los otros, porque exigen la movilización del *cuerpo mismo* para enfrentar situaciones inusitadas.

Lo mismo sucede debido a la falta de enfermeros para supervisar todas las unidades. La Resolución nº 302 del Consejo Federal de Enfermería<sup>(16)</sup> determina que todo establecimiento donde se efectúen actividades de enfermería debe poseer un Certificado de Responsabilidad Técnica en Enfermería, ejercida por un enfermero. Este caso presenta un *vacío de normas* difícil de *volver a normativizar*. Aunque la ergología defiende la *Gestión con Personas* plural y colectiva, el equipo solicita supervisión para compartir las responsabilidades y construir un canal de comunicación entre las varias esferas del servicio público, así como para ayudar en la solicitud de medidas que aseguren la salud y disminuyan los riesgos.

El *cuerpo mismo* siempre está involucrado en el trabajo y por eso, es inaceptable correr cualquier riesgo. En ese caso, la responsabilidad no cabe exclusivamente

a los protagonistas de la actividad, ya que en una situación de trabajo, existe una relación entre autonomía y heteronomía, así como una relación de subordinación de los trabajadores a los empleadores<sup>(17)</sup>.

Mencionadas por los participantes de este estudio, las lesiones por esfuerzos repetitivos (LER) y los trastornos musculoesqueléticos (TME) de origen laboral tienen causas múltiples<sup>(18)</sup>. Estas condiciones transforman el trabajo en sufrimiento, extendiéndose a los períodos de descanso, pues como los síntomas aparecen durante el pico de producción y al final de la jornada de trabajo, el trabajador debe hacer reposo del segmento afectado en su casa, de noche.

Un estudio analizó la correlación entre la intensidad del dolor músculo-esquelético y la capacidad laboral en profesionales de enfermería, constatando que las categorías dolor fuerte y dolor insoportable presentaron correlación positiva con disminución de la capacidad para trabajar<sup>(19)</sup>. Ese resultado ratifica la influencia de este tipo de afección no sólo en el estado de salud del trabajador, sino también en la calidad del proceso de trabajo<sup>(19)</sup>.

Otro problema discutido por los participantes de este estudio corresponde a los riesgos físicos. La *norma antecedente*, en este caso, la NR 17<sup>(4)</sup> establece un rango de temperatura entre 20 y 23 °C para producir confort térmico y un rango de ruido entre 30 y 55 dB(A) para asegurar confort acústico<sup>(20)</sup>, sin embargo, ninguno de esos parámetros fue observado en el servicio investigado.

Es posible reflexionar junto al trabajador que hace *uso de sí mismo*, que *vuelve a normativizar* y hace posible su actividad mediante microgestiones, acerca de la adherencia efectiva de la 'macro y mesogestión' y la cogestión de todos con el fin de contribuir a que este locus particular se vuelva saludable.

Las estrategias colectivas de prevención de dolencias e 'insalubridades' deben estar dirigidas a mejorar la organización del trabajo incluyendo la oferta de ambientes y materiales seguros para la ejecución de las actividades, implantación de programas educativos y sensibilización de tanto trabajadores como gestores para cambios en su conducta<sup>(21)</sup>. Este último aspecto es esencial para que el ambiente se transforme de un modo tal que agregue valor y atención a prestadores de cuidados así como usuarios del servicio.

## Conclusión

Los trabajadores del equipo de enfermería del servicio estudiado están cotidianamente expuestos a riesgos laborales, tal como se pudo observar mediante el diálogo

sinérgico y en la observación participante. Los riesgos ocupacionales que más exponen los sujetos a sufrimiento y padecimiento físico y mental fueron los psicosociales, caracterizados por agresión verbal y falta de seguridad. También manifestaron sufrimiento relacionado a la precariedad del servicio relativa a la falta de materiales e instalaciones adecuadas. Esa contingencia presenta un constreñimiento para el trabajador, porque se ve forzado a efectuar un trabajo de mala calidad.

Urgimos que todos los gestores del sistema, en el micro- y macro-espacio reflexionen profundamente acerca de las condiciones de trabajo y la exposición a riesgos, incluyendo investigaciones en los centros de atención primaria, con el fin de proponer alternativas para minimizar el sufrimiento en el trabajo.

La eficacia y eficiencia asociadas al acceso y resolutivez del sistema de salud, así como *trans-saberes*, son fundamentales para encuadrar este nudo crítico en la prestación de servicios de salud en el ámbito público. En cuanto a la población en general, es imperativa la realización de campañas educativas sobre el sistema de salud con el fin de que conozca la dinámica de esta red y valore sus funcionarios.

## Referencias

1. Schwartz Y, Durrive L. Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói: Ed UFF; 2007.
2. Borges MES. Trabalho e gestão de si: para além dos "recursos humanos". Cad Psicol Soc Trab. [Internet]. 2004 [acceso 27 mar 2010]; 7:41-9. Disponible em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo>.
3. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Ministério da Saúde do Brasil (BR). Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde do Brasil; 2001.
4. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n.º 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimento assistenciais de saúde [Internet]. Brasília (DF); 2002 [acceso 23 abr 2011]. Disponible em: [http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50\\_02rdc.pdf](http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf).
5. Ministério do Trabalho e Emprego (BR). Normas Regulamentadoras. [Internet]. Brasília (DF): 1978 [acceso 15 ago 2009]. Disponible em: <http://portal.mte.gov.br/legislacao/normas-regulamentadoras-1.htm>.
6. Souza JN, Bertolozzi MR. The vulnerability of nursing workers to tuberculosis in a teaching hospital. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2007;15(2):259-66.

7. Silva NM, Muniz HP. Vivências de trabalhadores em contexto de precarização: um estudo de caso em serviço de emergência de hospital universitário. *Estud Pesqui Psicol.* 2011;11(3):821-40.
8. Scherer MDA, Pires D, Schwartz Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(4):721-25.
9. Schwartz Y, Durrive L. Glossário da ergologia. *Laboreal* [Internet]. 2008 [acesso 20 jan 2009];4(1):23-8. Disponível em: <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php>.
10. Fonseca TMG, Barros ME. Entre prescrições e singularizações: o trabalho em vias da criação. *Fractal Rev Psicol.* 2010; 22(1):101-14.
11. Schwartz Y. Entrevista com Yves Schwartz. *Trab Educ Saúde* 2006;4(2):457-66.
12. Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (BR). Portaria 500 de 31 de agosto de 2010. Regulamento técnico para Processamento de artigos por método físico em estabelecimentos sujeitos à Vigilância Sanitária no RS [Internet]. Porto Alegre (RS); 2010 [acesso 16 mai 2011]. Disponível em: [http://www.osap.org/resource/resmgr/Docs/PORTARIA\\_500\\_31\\_AGOSTO\\_\\_2010.pdf](http://www.osap.org/resource/resmgr/Docs/PORTARIA_500_31_AGOSTO__2010.pdf)
13. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada n. 42, de 25 de outubro de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do País [Internet]. Brasília; 2010 [acesso 24 nov 2010]. Disponível em: [ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssesp/bibliote/informe\\_eletronico/2010/iels.out.10/Iels203/URS-MS-ANVISA-RDC-42\\_251010.pdf](ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssesp/bibliote/informe_eletronico/2010/iels.out.10/Iels203/URS-MS-ANVISA-RDC-42_251010.pdf)
14. Neves HCC, Souza ACS, Medeiros Marcelo, Munari DB, Ribeiro LCM, Tipple AFV. Safety of Nursing Staff and Determinants of Adherence to Personal Protective Equipment. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2011;19(2):354-61.
15. Masson LP, Brito JC, Sousa RNP. O trabalho e a saúde de cuidadores de adolescentes com deficiência: uma aproximação a partir do ponto de vista da atividade. *Saúde Soc* 2008;17(4):68-80.
16. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução Nº 302 de 16 de março de 2005. Aborda a responsabilidade técnica do enfermeiro. Rio de Janeiro; 2005.
17. Nouroudine A. Risco e atividades humanas acerca da possível positividade aí presente. In: Athayde M, Brito J, Alvarez D, Organizadores. *Labirintos do Trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo.* Rio de Janeiro: DP&A; 2004. p. 37-62.
18. Ministério da Saúde (BR). Instrução normativa INSS/DC nº 98, de 05 de dezembro de 2003. Aprova Norma Técnica sobre Lesões por Esforços Repetitivos - LER ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho-DORT. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.
19. MagnagoTSBS, Lima ACS, Prochnow A, Ceron MDS, Tavares JP, Urbanetto JS. Intensity of musculoskeletal pain and (in) ability to work in nursing. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2012;20(6):1125-33.
20. Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 10152. Níveis de ruído para conforto acústico. Rio de Janeiro: ABNT; 1987.
21. Vieira M, Padilha MI, Pinheiro RDC. Analysis of Accidents with Organic Material in Health Workers. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2011;19(2):332-9.

Recibido: 18.1.2013

Aceptado: 31.7.2013