

FACULDADE NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ - FACENE/RN

MAYLLA MAYARA RODRIGUES DE SOUZA MENDONÇA

RISCOS OCUPACIONAIS NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

MOSSORÓ/RN

2018

MAYLLA MAYARA RODRIGUES DE SOUZA MENDONÇA

RISCOS OCUPACIONAIS NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Esp. Carlos Augusto da Silva Almeida

MOSSORÓ/RN

2018

M539r

Mendonça, Maylla Mayara Rodrigues de Souza.

Riscos ocupacionais no atendimento pré-hospitalar/ Maylla Mayara Rodrigues de Souza Mendonça. – Mossoró, 2018.
68f.:il.

Orientador: Prof. Esp. Carlos Augusto da Silva Almeida

Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró.

1. Atendimento pré-hospitalar. 2.Riscos ocupacionais. 3.Saúde do trabalhador. I. Título. II. Almeida, Carlos Augusto da Silva.

CDU 614

MAYLLA MAYARA RODRIGUES DE SOUZA MENDONÇA

RISCOS OCUPACIONAIS NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Monografia apresentada pela aluna Maylla Mayara Rodrigues De Souza, do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN), tendo obtido conceito de aprovado, conforme apreciação da banca examinadora.

Aprovado em: ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Profº. Esp. Carlos Augusto da Silva Almeida (FACENE/RN)

ORIENTADOR

Profº. Dr. Wesley Adson Costa Coelho (FACENE/RN)

MEMBRO

Profª. Esp. Ítala Emanuely de Oliveira Cordeiro (FACENE/RN)

MEMBRO

*“Levantarei os meus olhos para os montes, de onde vem o meu socorro.
O meu socorro vem do Senhor que fez o céu e a terra”.*

Salmos 121:1,2

DEDICATÓRIA

“Todo sonho almejado passa por adversidade e lutas, mas quando realizados nos remetem a verdadeira felicidade.”

Dedico essa vitória a eles:

Deus, autor da minha vida, aquEle que me segurou no colo nos momentos difíceis em que eu não conseguia me expressar, Ele entendeu meu silêncio e me deu forças para continuar, a Ele toda honra, glória e minha mais pura gratidão, sem Deus não seria possível.

*Meus pais, **Marcio e Ivanir**, os verdadeiros responsáveis pela realização dessa conquista, pois depositaram em mim toda confiança, coragem, apoio e amor incondicional a cada passo desse caminho árduo, sempre me incentivando, me dando apoio emocional e base familiar para que eu tivesse estrutura para me tornar uma verdadeira profissional.*

*Ao meu esposo **Wanderson**, por presenciar, compartilhar cada sentimento vivido por mim e apoiar cada passo dessa trajetória, muito obrigado.*

*Aos meus irmãos **Samuel e Asaff** pelo amor compartilhado ao longo de nossas vidas.*

AGRADECIMENTOS

“O agradecimento é a memória do coração” (Lao-Tse).

*Agradeço imensamente ao **Prof. Esp. Carlos Augusto da Silva Almeida**, meu orientador, pela confiança ao aceitar me orientar, pelo conhecimento compartilhado, que contribuiu de forma significativa para meu crescimento científico e profissional, pela sua paciência e dedicação e por ter acreditado no meu trabalho, a você todo meu respeito e gratidão.*

*A minha querida banca composta pelos professores **Prof. Dr. Wesley Adson Costa Coelho** e **Prof. Esp. Ítala Emanuely de Oliveira Cordeiro** pela excepcional contribuição em forma de sugestões para melhora e finalização dessa pesquisa.*

*Agradeço em especial ao **Prof. Dr. Thiago Engle de Araújo Alves**, pela força e apoio no início da pesquisa, pela paciência em esclarecer minhas dúvidas em todo e qualquer momento, pela bagagem de conhecimento que você deixou em meu caminho, a você toda minha gratidão e respeito, obrigado!*

A todo corpo docente da FACENE Mossoró por todo empenho e dedicação para uma formação qualificada.

*A todos os amigos que fiz durante a formação, pela amizade, carinho, afeto e respeito, em especial minha amiga **Paloma Almeida**, que esteve ao meu lado compartilhando momentos bons e ruins, torcendo e vibrando comigo a cada conquista, agradeço pela sua amizade que foi e é de extrema importância em minha caminhada.*

*Minhas queridas, **Lara Beatriz, Sheyla Kataryny, Francisca Moura e Geovana Pereira**, pela amizade, pelo carinho, afeto, respeito e pelos momentos que levarei para toda uma vida.*

Á todas as pessoas intimamente ligadas a mim, direta ou indiretamente, o meu muito OBRIGADO!!!

RESUMO

A palavra risco é originada do latim RISICUS, do verbo *RESICARE-CORTAR*; que significa probabilidade de perigo, dano ou fatalidade eventual. Para a saúde do trabalhador, configura-se a viabilidade de intercorrências de um dano ao seu bem estar, ou de sua comunidade, podendo ser caracterizado por: inaptidão, lesões, doenças ou até morte. Com base nas características do Atendimento Pré-Hospitalar (APH), é de suma importância que as normas de biossegurança sejam estabelecidas, com o intuito de minimizar, prevenir ou até mesmo eliminar os riscos pertinentes às atividades desenvolvidas pelos profissionais da saúde, que possam de alguma forma comprometer a desenvoltura de suas habilidades ou a saúde do trabalhador. Esta pesquisa tem como objetivo geral: Analisar os principais riscos ocupacionais que os profissionais atuantes nos serviços de atendimento móvel as urgências estão expostos no ambiente pré-hospitalar, caracterizar o perfil sócio demográfico dos profissionais que atuam no serviço de atendimento móvel de urgência, descrever os principais riscos ocupacionais que os profissionais estão expostos no ambiente pré-hospitalar. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo e exploratório, com modelo de pesquisa qualitativa. O local de escolha para a realização do estudo foi na base descentralizada do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências – SAMU METROPOLITANO 192, no Município de Areia Branca-RN. Os componentes da pesquisa foram todos os profissionais que compõem a equipe do SAMU Areia Branca-RN: Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros e Condutores. A pesquisa foi direcionada à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança- FACENE/FAMENE. No decorrer da pesquisa serão respeitadas todas as ordens científicas e éticas que são baseadas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde- CNS. Com os resultados dessa pesquisa torna-se indispensável que o tema seja discutido e faz-se indispensável em qualquer serviço de saúde.

DESCRITORES: Saúde do Trabalhador, Riscos Ocupacionais, Atendimento Pré-hospitalar;

ABSTRACT

The word risk comes from the Latin RISICUS, from the verb RESICARE-CORTAR; which means probability of danger, damage or eventual fatality. For the health of the worker, the viability of interurrences of a damage to his well-being, or his community, can be characterized by: unfitness, injuries, illnesses or even death. Based on the characteristics of the Prehospital Care (APH), it is of paramount importance that biosafety norms be established, with the purpose of minimizing, preventing or even eliminating the risks related to the activities carried out by health professionals, who can somehow jeopardize the resourcefulness of their skills or the health of the worker. This research has as general objective: To analyze the main occupational hazards that professionals working in the emergency services are exposed in the prehospital environment, to characterize the socio-demographic profile of the professionals who work in the emergency mobile service, to describe the occupational risks that professionals are exposed in the prehospital environment. Methodology: This is a descriptive and exploratory research, with a qualitative research model. The place of choice for the study was the decentralized basis of the Mobile Emergency Care Service - SAMU METROPOLITANO 192, in the city of Areia Branca-RN. The components of the research were all the professionals who make up the team of SAMU Areia Branca-RN: Nursing Technicians, Nurses and Drivers. The research was directed to the approval of the Committee of Ethics in Research of the Faculties of Nursing and Medicine New Hope - FACENE / FAMENE. In the course of the research, all the scientific and ethical orders that are based on Resolution 466/12 of the National Health Council - CNS will be respected. With the results of this research it is indispensable that the topic be discussed and it becomes indispensable in any health service.

DESCRIPTORS: Occupational Health, Occupational Risks, Pre-hospital Care;

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - CLASSIFICAÇÃO DOS RISCOS OCUPACIONAIS SEGUNDO AS CORES DE IDENTIFICAÇÃO.....	30
Tabela 2 - VALORES DE FREQUÊNCIA SIMPLES E PORCENTAGEM DO PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.	37

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	12
1.2 PROBLEMÁTICA	15
1.3 HIPÓTESE.....	15
1.4 JUSTIFICATIVA.....	15
2. OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
3.1 ASPECTOS HISTORICOS DO ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR.....	17
3.2 O SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVÉL DE URGÊNCIA NO BRASIL	18
3.3 POLÍTICAS NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS: HISTORICIDADE E EVOLUÇÃO.....	20
3.4 MEDICINA DO TRABALHO E A SAUDE DO TRABALHADOR	22
3.5 O CAMPO DA SAUDE DO TRABALHADOR, AS INSTITUIÇÕES GOVERNAMENTAIS E O SERVIÇO DAS EMPRESAS EM NOSSO PAÍS.....	24
3.6 RISCOS Á SAÚDE DO TRABALHADOR	26
3.6.1 RISCOS FÍSICOS	27
3.6.2 RISCOS QUÍMICOS	27
3.6.3 RISCOS BIOLÓGICOS	27
3.6.4 RISCOS ERGONÔMICOS	29
3.6.5 RISCOS PSICOSSOCIAIS	29
3.6.6 RISCOS MECÂNICOS OU DE ACIDENTES.....	29
3.7 NORMAS REGULAMENTADORAS.....	31
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	33
4.1 TIPO DE ESTUDO	33

4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	33
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	34
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	34
4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS	35
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	35
4.9 ASPECTOS ÉTICOS	36
4.10 ASPECTOS FINANCEIROS	36
5. RESULTADOS E DISCURSSÕES	37
5.1 DADOS RELATIVOS AO CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ATUANTES NO APH FRENTE AOS RISCOS OCUPACIONAIS.	37
5.1 .1 OS RISCOS OCUPACIONAIS NO AMBIENTE DE TRABALHO DOS ENTREVISTADOS.	39
5.2 CLASSIFICAÇÃO DOS RISCOS OCUPACIONAIS E ANÁLISE DE SUA FREQUÊNCIA NO AMBIENTE PRÉ-HOSPITALAR: FATORES DE PROTETORES E POTENCIALIZADORES DE RISCOS	43
5.3 PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS, POTENCIAIS RISCOS E MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE.	46
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
REFERÊNCIAS	52
APÊNDECES.....	60
ANEXOS	66

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

No Brasil com a implantação da Lei 6.299 em 1975, o Rio de Janeiro tornou-se o pioneiro responsável pelo atendimento às urgências/emergências. Cerca de 15 anos depois o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), foi criado no estado de São Paulo, baseado no modelo de atendimento francês sendo adaptado a realidade brasileira (SILVA, 2010).

Segundo PEREIRA (2009), o Atendimento Pré-hospitalar (APH) faz parte do sistema de assistência às urgências, fornecendo um atendimento precoce e adequado para pacientes em situações de agravos urgentes, ressaltando que, a assistência realizada pode ser de forma direta ou indiretamente, mas, fora do âmbito hospitalar.

Os trabalhadores que atuam no APH requerem uma maior atenção, em comparação aos demais trabalhadores da área da saúde, visando à exposição aos vários fatores de risco que se fazem presentes no APH, riscos estes encontrados no ambiente externo da comunidade em que atuam incluindo agressão física, acidentes automobilísticos, entre outros (SOERENSENI et al., 2009).

Do ponto de vista histórico, os trabalhadores da área da saúde não eram considerados como categoria de alto risco para os acidentes de trabalho (SILVA; ZEITOUNE, 2009). Entretanto, a partir da década de 40 foi que o Brasil começou a se preocupar com o exercício profissional, levando em consideração a existência de acidentes de trabalho as pessoas que atuavam no campo da saúde e que estavam propícios a altos riscos (GUGLIELMI, 2010).

Nesse contexto, por volta da década de 80, foi descoberta a SIDA (*Síndrome da Imunodeficiência Adquirida*) e HIV (*Humam Immunodeficienc Vírus*), assim, ocorreu uma preocupação em relações aos profissionais que atuavam na área da saúde, buscando estabelecer normas que assegurassem a proteção dos trabalhadores, pois, sabe-se que a aquisição da SIDA deriva da contaminação do HIV por meios de contatos, relações sexuais, materiais perfuro cortantes e outros (LOPES et al., 2014).

Nesse sentido, outras doenças além da AIDS fazem-se presente no APH, como o vírus das hepatites B e C. Sendo que, um terço da população mundial – aproximadamente dois bilhões de pessoas - já foi exposta à hepatite B. No Brasil, estima-se que cerca de 14 milhões de pessoas (aproximadamente 7,4% da população) podem ter sido expostos à doença.

Trata-se de uma doença de poucos sintomas, e que pode passar despercebida. A Hepatite B apresenta cerca de 17 mil casos confirmados a cada ano no Brasil, é uma doença transmitida pelo contato com sangue contaminado, podendo também ser adquirida em relações sexuais sem proteção, de maior transmissibilidade que o HIV, nos casos mais graves, podendo levar à cirrose hepática e câncer de fígado (BRASIL, 2015).

No Brasil, são registrados cerca de três mil mortes por ano associadas à hepatite C. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o Brasil registra 8.040 novos casos de câncer de fígado ao ano. Sem diagnóstico até 1993, a hepatite C, assim como a hepatite B, também é uma doença de poucos sintomas. Outras formas de transmissão são o compartilhamento de objetos de uso pessoal e para uso de drogas, relação sexual e por contato direto com sangue ou fluidos contaminados com o vírus (BRASIL, 2015).

Há também riscos de transmissão de agentes vinculados às vias aéreas, contato com a conjuntiva, com mucosa do nariz e da boca, podendo levar a doenças do trato respiratório como tuberculose pulmonar (TB) meningites, vírus H1N1, entre outras (ALMEIDA, 2013).

Dessa maneira, a palavra risco é originada do latim *RISICUS*, do verbo *RESICARE-CORTAR*; onde significa probabilidade de perigo, dano ou fatalidade eventual. Para a saúde do trabalhador, configura-se a viabilidade de intercorrências de um dano ao seu bem estar, ou de sua comunidade, podendo ser, inaptidão, lesões, doenças ou até morte (BRASIL, 2011).

De fato, a legislação anexada pela Coordenação de Estudos Legislativos (CEDI) por meio do Ministério do Trabalho (MT) e emprego secretaria de inspeção do trabalho, através da portaria de n.º 3.214, 08 de junho de 1978, Aprova as Normas Regulamentadoras (NR) do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, inerentes a Segurança e Medicina do Trabalho. Onde variam desde NR-1 à NR-32. Neste sentido, referente à NR5 da Comissão Interna De Prevenção De Acidentes (CIPA), possui como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador (SILVA, 2009).

Diante do exposto, a NR5 da CIPA e a portaria 3.214/1978 do MT e Emprego classificam-se os riscos em: risco físico como ruídos, vibrações, radiações ionizantes, temperaturas extremas e umidade; os riscos químicos: poeira, fumo, neblina, gases, vapores, névoa, substâncias compostas ou produtos químicos em geral; os riscos biológicos: vírus, fungos, bactérias, protozoários, bacilos, parasitas; os riscos ergonômicos (biomecânica): esforço físico intenso, levantamento e transporte manual de peso, exigência de postura inadequada, longas jornadas de trabalho, repetitividade, trabalho em turno e retorno, controle

rígido de produtividade, outras situações de estresse físico e/ou psíquico; riscos acidentais ferramentas inadequadas ou defeituosas, arranjo físico inadequado, máquinas e equipamentos sem proteção, probabilidade de incêndio ou explosão, animais peçonhentos e outras situações de risco que podem de certa forma contribuir para a ocorrência de acidentes (BRASIL, 2011).

Com base nas características do APH, é de suma importância que as normas de biossegurança sejam estabelecidas, com o intuito de minimizar, prevenir ou até mesmo eliminar os riscos pertinentes às atividades desenvolvidas pelos profissionais da saúde, que possam de alguma forma comprometer a desenvoltura de suas habilidades ou a saúde do trabalhador (PENNA et al., 2010).

Com a finalidade de estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral, o Ministério do Trabalho e Emprego através da NR32 de 11/11/2005, divulga requisitos técnicos e legais para a saúde ocupacional. Em janeiro de 2007 ocorreu a implantação do SINAN NET no município de São Paulo, dando início à padronização nacional. NR 32 (NR-32) de 2005 trata da saúde do trabalhador dos serviços de saúde quanto aos riscos biológicos nos serviços de saúde (Portaria TEM nº 485, de 11/11/2005). E em 2010 o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) estabelece o programa para prevenção de acidentes com materiais biológicos.

1.2 PROBLEMÁTICA

Diante do exposto, será que os profissionais da área da saúde, atuantes no APH estão cientes dos riscos ocupacionais ao qual são expostos diariamente?

1.3 HIPÓTESE

H0 (Hipótese nula): Os profissionais atuantes no Atendimento Pré-hospitalar não estão cientes dos riscos ocupacionais.

H1(Hipótese de pesquisa): Os profissionais atuantes no Atendimento Pré-hospitalar estão cientes dos riscos ocupacionais.

1.4 JUSTIFICATIVA

Torna-se claro que todas as atividades executadas no APH podem apresentar algum grau de risco para os profissionais da saúde, são estes classificados como acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, tais fatores geram agravos significativos á saúde dos trabalhadores (BRASIL, 2011).

A temática surgiu pelo fato de estar atuando no APH, podendo acompanhar a realidade e atuação dos profissionais no campo, observando dessa forma a necessidade em realizar uma pesquisa voltada a este tema.

Dessa maneira, busca-se aprimorar cada vez o conhecimento através de pesquisas científicas para que se desenvolvam intervenções pertinentes com o intuito de minimizar as exposições dos profissionais aos riscos ocupacionais em ambiente de APH, visando à educação em saúde.

Sendo assim, a temática se torna pertinente para o campo da saúde e principalmente para os profissionais que atuam no APH, pois servirá de estudo e dados para compreensão dos riscos ocupacionais existentes nos locais de trabalho, de forma a disseminar conhecimento para que se possa garantir uma atuação mais segura para esses profissionais.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar na opinião dos profissionais atuantes no atendimento pré-hospitalar os riscos ocupacionais.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a situação profissional dos entrevistados;
- Identificar na opinião dos profissionais os principais riscos ocupacionais expostos no ambiente pré-hospitalar;
- Analisar na opinião dos entrevistados as principais ações preventivas dos riscos ocupacionais no ambiente pré-hospitalar.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DO ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR

O atendimento às urgências/emergências no local da ocorrência percorre-se desde o período napoleônico, das grandes guerras, mas precisamente no século XVIII. Nesse período, os soldados que se feriam nos campos de batalha eram transportados em carroças com tração animal, para serem atendidos por médicos, fora da zona de combate (RAMOS, 2004).

Em 1972 o cirurgião e chefe militar Dominique Larrey deu início aos “primeiros socorros” aos soldados feridos em guerra, com o objetivo de prevenir maiores complicações (SILVA, 2010).

O atendimento aos soldados no campo de batalha continuou no século XIX e levou a formação da Cruz Vermelha Internacional, em 1863, demonstrando-se ao longo do tempo, a necessidade da organização, que oferecia atendimento rápido aos feridos, destacando sua atuação nas Guerras Mundiais do século XX (FRANÇA E MARTINO, 2013).

Tempos depois, ainda no mesmo século, com o intuito de prestar atendimento aos seus companheiros, os combatentes receberam treinamento de primeiros socorros e atuavam após a ocorrência de uma lesão. Durante o transporte até o hospital de guerra, os feridos também recebiam cuidados (AZEVEDO, 2002).

A enfermagem teve sua presença registrada, ainda no século XX, participando ativamente no atendimento aos feridos na I e II Guerras Mundiais e nas Guerras do Vietnã e Coréia (GENTIL, RAMOS & WHITAKER, 2008).

No Brasil, atender as vítimas no local da emergência era uma ideia tão antiga quanto em outros países. Em 1893 a aprovação de lei pelo Senado da República, pretendia estabelecer o socorro médico de urgência na via pública, no Rio de Janeiro, já que era a capital do país. Consta ainda que, em 1899, o Corpo de Bombeiros da mesma localidade colocava em ação a primeira ambulância (de tração animal) para realizar o referido atendimento, fato que caracterizava sua tradição histórica na prestação desse serviço (MARTINS, 2004).

No Estado de São Paulo, com a promulgação do Decreto Nº 395 de 07 de outubro de 1893, ficou sob a responsabilidade dos médicos do Serviço Legal da Polícia Civil do Estado o atendimento às emergências médicas. Em 1910, o Decreto Nº 1392, tornou obrigatória a presença de médicos no local de incêndios ou outros acidentes (AZEVEDO, 2002).

O Estado de São Paulo contava com um serviço destinado ao atendimento as urgências/emergências, desde a década de 80 do século XX; o número pelo qual se chamava o serviço era “192”, da Secretaria Municipal de São Paulo. Este por sua vez foi considerado ineficaz, por não possuir equipes específicas e por sua frota de ambulâncias serem insuficientes. Por este motivo, o serviço teve mais evidenciado um caráter de remoção inter-hospitalar e domiciliar que propriamente de atendimento às vítimas (FERREIRA, 1999).

Na tentativa de resgatar este sistema de APH (192), no ano de 1979 foi assinado um “protocolo de intenções” entre a Prefeitura de São Paulo e o Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo, constituindo um serviço de ambulâncias da prefeitura, para o quê alguns funcionários da Secretaria Municipal de Saúde fossem treinados para atuar, junto com os bombeiros, no resgate aos acidentados. Com efeito, se de um lado era conhecida a brandura do sistema municipal, por outro havia ainda grande resistência de parte do comando do Corpo de Bombeiros em assumir estas atividades, consideradas essencialmente médicas (FERREIRA, 1999).

Outro marco importante se deu em 1981, quando se constituiu informalmente um grupo de médicos, representantes do Pronto Socorro do Hospital das Clínicas, da Secretaria de Higiene e Saúde do Município de São Paulo, do Hospital Heliópolis e da Santa Casa da Misericórdia de São Paulo, com a finalidade de debater a assistência às urgências no município que, além do atendimento na via pública, propôs um sistema de referência para encaminhamento dos acidentados aos locais próximos das ocorrências, estabelecendo, pela primeira vez, uma proposta de territorialização e integração dos serviços de atendimento imediato internação, com a elaboração de normas e ficha padrão para o encaminhamento de vítimas (RAMOS E SANNA, 2005).

No início dos anos 90, foi implantado, em São Paulo, o Sistema de APH na Corporação dos Bombeiros do Estado de São Paulo, com pessoal treinado em suporte básico e suporte avançado à vida. Deve-se ressaltar que, no suporte avançado a equipe era composta por um médico e uma enfermeira (AZEVEDO, 1999).

3.2 O SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVÉL DE URGÊNCIA NO BRASIL

Um acordo assinado entre o Brasil e a França, através de uma solicitação do Ministério da Saúde (MS), deu origem ao Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU), e aproxima-se mais do modelo francês, pois o modelo americano conta com

paramédicos, profissão não regulamentada no Brasil (SILVA, 2010). Sua instituição deu-se pela Portaria nº1864/GM, de 29 de Setembro de 2003.

Os cursos de especialização em APH no Brasil ainda são recentes e os profissionais brasileiros se qualificam na área específica por meio de especialização (lato sensu) em emergência ou, mais raramente, APH. Essa qualificação atende às diretrizes do Ministério da Educação e do Conselho Federal de cada profissão (GENTIL, RAMOS & WHITAKER, 2008; SILVA et al., 2010).

De acordo com a Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012, que “Redefine as diretrizes para a implantação do SAMU e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências”, o SAMU 192 é componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências e tem por objetivo chegar o mais rápido possível à pessoa que sofre um agravo à saúde, mediante o envio de ambulâncias tripuladas por equipes capacitadas (BRASIL, 2012).

O SAMU 192 e suas Centrais de Regulação Médica de Urgências devem, segundo a Portaria nº 1.600 de 07 de julho de 2011, estar em articulação com todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, assegurando a chegada prévia e garantindo o transporte e atendimento adequado para serviços de saúde devidamente hierarquizados e integrados ao sistema (BRASIL, 2003).

A Central de Regulação classifica e prioriza as necessidades de cada urgência, por meio de profissionais capacitados em regular os chamados telefônicos, analisando se necessitam de fato do atendimento ou apenas de uma orientação (BRASIL, 2012).

No âmbito do SAMU 192, o atendimento às vítimas com agravo à saúde pode ser classificado em primário e secundário, sendo o atendimento primário referente a pedido de socorro de qualquer cidadão e o atendimento secundário quando partir a solicitação de um serviço de saúde no qual o primeiro atendimento já tenha sido realizado, com estabilização do quadro de urgência apresentado, mas que necessita ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento (BRASIL, 2003).

Para o acionamento do SAMU, o número gratuito de emergência 192 deve ser usado, e após o contato inicial com um telefonista auxiliar de regulação médica (TARM) a pessoa solicitante fala diretamente com o médico regulador (MR), profissional que avalia a real situação da emergência por meio de perguntas específicas e disponibiliza a ambulância ou o meio mais adequado, de acordo com o agravo, para o atendimento (MINAYO, 2008).

Conforme o Art. 6º da Portaria Nº 1.010 / 2012 as unidades móveis para atendimento de urgência são classificadas em:

I - Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre (USB): tripulada por no mínimo dois profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem; II - Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre (USA): tripulada por no mínimo três profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico; III - Equipe Aeromédica: composta por no mínimo um médico e um enfermeiro; IV - Equipe de Embarcação: composta por no mínimo dois ou três profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/ técnico de enfermagem, em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida; V - Motolância: conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem, com treinamento para condução deste veículo; VI - Veículo de Intervenção Rápida (VIR): tripulado por no mínimo um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro (BRASIL, 2012, p. 03)

A prestação do atendimento primário às emergências/urgências é realizado por equipes que recebem capacitação e treinamento específicos. As viaturas são tripuladas por profissionais da área da saúde devidamente treinados para o APH, são eles: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores de veículo de emergência, estando de acordo com a Portaria nº 2048/GM, de 5 de novembro de 2002 (BRASIL, 2002).

3.3 POLÍTICAS NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS: HISTORICIDADE E EVOLUÇÃO

Diante do cenário da saúde no país, no qual, o número de doentes crônicos, pessoas vítimas de violência, de acidentes de trânsito e condições infectocontagiosas aumenta consideravelmente, o Sistema Único de Saúde (SUS), se depara com o desafio de organizar o sistema de saúde de maneira interligada, para que seja possível atender as diferentes complexidades e necessidades de saúde (GRANJA, 2013).

Tornou-se necessário, mais do que nunca, que diante de tal cenário, houvesse o planejamento de um sistema coordenado, contínuo e baseado na cooperação entre gestores, prestadores e usuários (MENDES, 2011).

Para atender a esse desafio, o MS, propôs para o SUS o ordenamento dos serviços por meio do modelo das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Segundo a portaria GM/MS 4279/2010, que fundamenta e normatiza essa estratégia, as redes são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de

sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Portaria GM/MS nº 4279/2010).

Tendo-se em vista a carga de doenças que afetam a sociedade de modo geral (causas externas, doenças crônicas não transmissíveis, com destaque para as doenças cardiovasculares e ainda, uma carga de doenças infecciosas) a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) tem extrema importância de forma a articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna, em todo território nacional (BRASIL, 2013).

O *Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (PAR)* da RUE é o documento formal representativo dos pactos assistenciais e dos gestores elaborado pelo *Grupo Estadual da RUE*, que abordam as definições físico-financeiras, logísticas e operacionais necessárias à implementação dessa rede temática. O PAR deve apresentar um diagnóstico do conjunto de serviços de saúde que atuam na atenção às urgências e emergências em uma determinada região da saúde, bem como as lacunas e necessidades, além das estratégias necessárias para superar problemas detectados (BRASIL, 2006).

A atual Política Nacional de Atenção às Urgências – PNAU passou por várias fases de aprimoramento. E torna-se importante retomar esse percurso, no desenvolvimento da política, para se compreender que suas diretrizes foram construídas progressiva e coletivamente. Essa política vem se desenvolvendo desde o fim da década de 1990 em face aos complexos cenários assistenciais que têm caracterizado as portas de pronto atendimento e prontos-socorros pelo Brasil afora (BRASIL, 2015).

A partir de 2002, quando foi aprovado o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgências e Emergências, visava-se estruturar toda a rede assistencial, desde os componentes pré-hospitalares (unidades básicas, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, unidades não hospitalares) e serviços de atendimento pré-hospitalar móvel(Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU, resgate e ambulâncias), até a rede hospitalar de alta complexidade, atribuindo a cada nível de assistência as responsabilidades por determinada parcela da demanda de urgência, conforme os limites de sua complexidade e capacidade de resolução (BRASIL, 2015).

No ano de 2009, foi aprovada a Portaria nº 1.020, que criou os mecanismos para implantação do componente pré-hospitalar fixo (Unidades de pronta Atendimento -UPA e salas de estabilização) da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a PNAU.

Essa portaria foi revogada em 2011 pela portaria nº 1.601, que, por sua vez, estabelece diretrizes para a implantação do componente UPA 24 horas e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da RAU, em conformidade com a PNAU (BRASIL, 2011).

Ainda no ano de 2011, no mês de julho, o MS anunciou a Portaria nº 1.600, que reformula a PNAU, de 2003, e instituiu a RUE no SUS. A execução da RUE necessita ser realizadas de maneira unificada entre as três esferas de Gestão (Municipal, Estadual e Federal), para que se possa ter a organização da assistência, associando vários pontos de atenção e determinando os fluxos e as referências adequadas, procurando modificar o atual Modelo de Atenção que predomina ao qual se apresenta fragmentado e desarticulado (BRASIL, 2013).

3.4 MEDICINA DO TRABALHO E A SAUDE DO TRABALHADOR

Apesar de o trabalho ter surgido juntamente com a humanidade, a relação trabalho-saúde foi pouco explorada por muitos anos. Em 1700 na Itália, foi publicado o livro, *De morbis artificum triabata*, intitulado: “As doenças dos trabalhadores”, de Bernardino Ramazzini, considerado o pai da medicina do trabalho. Sua obra teve repercussão mundial e é objeto de estudo até os dias atuais (CARVALHO, 2014).

Antes da Revolução Industrial toda construção e/ou produção era manual, dessa forma, no momento do processo o artesão dominava meios para que pudesse realizar seu trabalho, sem que houvesse divisão de trabalho ou especialização. Após a Revolução Industrial houve aumento na produtividade do trabalho, divisão social da produção, em que cada trabalhador realizava uma etapa na confecção de um produto. Instala-se dessa forma, a interferência do capitalismo no processo produtivo, passando a comprar a matéria-prima e estabelecer o ritmo de produção. Tais condições constituíram uma mudança econômica e social, consolidando o modo de produção capitalista, que, dentre outros fenômenos, se caracteriza pela perda do domínio dos meios de produção pelos trabalhadores, a substituição das ferramentas manuais pelas máquinas e da energia humana pela mecânica (TEIXEIRA, 2012).

Nessa época a teoria miasmática havia a concepção de que as doenças eram procedentes do acúmulo de dejetos, dominava o estudo das doenças e as causas das doenças transmissíveis ainda não eram conhecidas (UJVARI, 2003).

No final do século XIX com a descoberta do micróbio e a definição de que agentes etiológicos específicos eram a causa de doenças também específicas, consolida-se outro

conceito, o da unicausalidade, segundo a qual para cada doença existe um agente, uma única causa, assim as explicações relacionadas com o ambiente sofreram um grande retrocesso (PIGNATTI, 2004).

Como resultado do enriquecimento da produção, e conseqüentemente maior exploração da classe trabalhadora, surgiu então a necessidade da criação de serviços médicos que assistissem aos trabalhadores, pois a espoliação da vida operária colocava em perigo a reprodução da força de trabalho (LAURELL; NORIEGA, 1989). Com esses serviços surge a Medicina do Trabalho cuja preocupação com a saúde e doença dos trabalhadores era limitada ao interior das fábricas (PARMEGGIANI 1988).

Após a Segunda Guerra Mundial, ocorrem transformações sociais, econômicas e políticas nos países industrializados, surgiu principalmente o desenvolvimento de uma nova tecnologia industrial, de novos equipamentos, de novos processos industriais e a síntese de novos produtos químicos (MENDES; DIAS, 1991).

O modelo unicausal começa a mostrar-se insuficiente no início da década de 60, por não conseguir explicar as questões que surgem com os novos conhecimentos científicos. A teoria ecológica de doenças infecciosas foi desenvolvida, a qual a interação do agente com o hospedeiro ocorre em um ambiente composto de elementos físicos, biológicos e sociais. Dessa forma passam a ser explicados pelas redes multicausais, os fenômenos saúde-doença. (PIGNATTI, 2004; BARRETO, 1990).

A teoria multicausal da doença sobrepõe que a causa da doença não é única, mas resultante de várias causas, sugere ainda que, através de simples medidas de controle, os elementos causais podem ser controlados em sua grande maioria (CASTELLANOS, 1990).

Os serviços médicos que auxiliavam os trabalhadores eram influenciados por essas transformações e passou a se preocupar com a prevenção de riscos à saúde do trabalhador em geral, inclusive aquele decorrente da atividade profissional, como também do transporte, uso, venda e destino de produtos perigosos surgindo assim a Saúde Ocupacional (SO) que como enfatiza (COLACIOPPO, 1989), é "uma ciência voltada à prevenção dos riscos à saúde do trabalhador oriundos do ambiente geral e principalmente do ambiente ou atividade profissional" e, portanto "necessita para atingir seu objetivo da participação de várias outras ciências".

Como uma parte da concepção de SO desenvolve-se a Higiene e Segurança do Trabalho (HST), que segundo a American Conference of Governmental Industrial Hygienists (ACGIH), pode ser definida como "A ciência e arte devotada ao reconhecimento, avaliação e

controle dos riscos ambientais e estresse originados do ou no local de trabalho, que podem causar doença, comprometimento da saúde e bem-estar ou significativo desconforto e ineficiência entre os trabalhadores, ou membros de uma comunidade” (ROSA; COLACIOPPO, 1994).

Quando desmembrada a HST é composta pela Higiene do Trabalho (H.T.), conjunto de medidas aplicadas em um ambiente de trabalho para prevenir doenças profissionais, e Segurança do Trabalho (S.T.) conjunto de verificações e medidas práticas que visam prevenir ou atenuar acidentes do trabalho (QUINTAS, 2014; CARVALHO; SEGRE, 1977).

Apesar da importância da abordagem da HST, essa visão não conseguiu responder aos questionamentos pertinentes a saúde dos trabalhadores uma vez que “o sofrimento isolado ou coletivo dos trabalhadores não pode ser encarado, apenas, como fruto da exposição a agentes físicos, químicos e biológicos do ambiente de trabalho. As máquinas e os donos das máquinas, os produtos manipulados, as relações, ritmo e organização do trabalho, os salários e a expansão social disso tudo é que articula a saúde do trabalhador, sequestra-a e abrevia sua vida” (REBOUÇAS, 1989).

No final da década de 60 e início dos anos 70, ocorre um aprimoramento na saúde pública com o movimento da Medicina Social, ou Saúde Coletiva em meio a uma crise social, econômica e política, e com a diminuição do gasto social do Estado Capitalista com os altos custos e baixa eficácia da medicina curativista e hospitalar e com o refreamento na explicação dos diferenciais de saúde-doença entre os grupos sociais pelos modelos dominantes buscando a superação do empirismo e da medicalização (FACCHINI, 1994).

3.5 O CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR, AS INSTITUIÇÕES GOVERNAMENTAIS E O SERVIÇO DAS EMPRESAS EM NOSSO PAÍS.

A Saúde do Trabalhador é uma área da saúde pública que tem como objetivo ordenar as relações entre o trabalho e saúde, promovendo e protegendo a saúde dos trabalhadores, por meio das ações de vigilância dos riscos existentes nos ambientes, das condições de trabalho, dos agravos à saúde e da organização e prestação da assistência aos trabalhadores, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada no Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2011; BRASIL, 2001).

O Brasil tem contado com diferentes espaços institucionais que possuem objetivos e práticas assistenciais diferenciadas visando à atenção a saúde do trabalhador, dos quais podemos citar as Empresas através dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança

e Medicina do Trabalho (SESMT); As organizações de trabalhadores, sindicatos e outros; O Estado, através das políticas sociais públicas; Os planos de saúde, seguros suplementares e outras formas de prestação de serviços, custeados pelos próprios trabalhadores; Os serviços especializados organizados nos hospitais universitários (BRASIL, 2001).

Além disso, as instituições governamentais que possuem uma atuação em relação à saúde do trabalhador em nosso país são: Ministério do Trabalho e do Emprego – TEM – realiza a inspeção e a fiscalização das condições e dos ambientes de trabalho em todo o território nacional; Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS – responde pela perícia médica, reabilitação profissional e pagamento de benefícios; Ministério da Saúde/Sistema Único de Saúde – MS/SUS – atende aos trabalhadores considerando os impactos do trabalho sobre o processo saúde-doença; Ministério do Meio Ambiente – MMA – atua em situações em que os riscos ambientais originam-se dos processos de trabalho, articula e integra a prática de saúde do trabalhador à questão ambiental.

Em relação aos órgãos de Segurança e Medicina do Trabalho nas Empresas, tanto as empresas públicas (incluindo os hospitais) como as privadas, que possuem empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), são obrigadas a manter o SESMT e as Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPA), com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho, devendo ser dimensionados em função da graduação do risco da atividade principal do estabelecimento e do número total de empregados do mesmo de acordo com as normas regulamentadoras NR4 – que trata da criação do SESMT e NR5 – que trata da criação das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes do Trabalho, do Ministério do Trabalho (MT) (BRASIL, 2014; BRASIL, 2014).

A CIPA e o SESMT têm como responsabilidades, de modo geral:

zelar pela saúde e integridade física do trabalhador; Revisar todos os acidentes envolvendo visitantes, pacientes e funcionários, bem como manter relatórios e estatísticas de todos os danos; Investigar e analisar acidentes, recomendando medidas preventivas e corretivas para evitá-los; Apoiar a área gerencial como consultor na área de segurança do trabalho e atividades afins; Coordenar e treinar a equipe de Brigada Contra Incêndio, bem como a população envolvida em situações de incêndio (BRASIL, 2014, p. 6).

Além disso, através da Portaria N°5 de 17 de agosto de 1992, do MT, a CIPA com o auxílio do SESMT, tem a obrigatoriedade de confeccionar o denominado “Mapa de Riscos”, com a finalidade de fazer uma representação gráfica dos riscos existentes nos locais de

trabalho, e promover a conscientização e informação dos trabalhadores sobre esses riscos (BRASIL, 1995).

3.6 RISCOS À SAÚDE DO TRABALHADOR

Todos os trabalhadores, ao longo do exercício de suas funções, estão expostos a inúmeros Riscos Ocupacionais (RO), e no setor da saúde não é diferente. Os riscos são classificados em cinco grupos: os riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e de acidentes (BRASIL, 2013).

Os riscos ocupacionais não dizem respeito somente às situações que podem gerar acidentes ou enfermidades, mas também abrangem aquelas situações que promovem o rompimento do equilíbrio físico e, principalmente, mental e social dos indivíduos intitulado de riscos psicossociais (FARIAS; OLIVEIRA, 2012).

Convém mencionar que a prevenção desses riscos ocupacionais no ambiente de trabalho é relevante por duas razões: primeiro, permite diminuir as incidências de doenças, acidentes e de absenteísmo; e segundo, garante às empresas, o aumento da competitividade de mercado, em razão da qualidade de vida do trabalhador, motivando-os a realizarem serviços de qualidade (TAVARES & NUNES, 2007; OLIVEIRA & ANDRÉ, 2010).

Nesse sentido, dentro da classificação dos riscos ocupacionais, os profissionais de enfermagem, desenvolvem riscos específicos das áreas, por exemplo, o risco biológico, correspondente ao contato com diversos agentes biológicos; os físicos, como as radiações oriundas de exames radiológicos; químicos, pela manipulação de medicamentos; psicossociais, devido à assistência contínua aos pacientes e ergonômicos, provenientes das condições inadequadas do trabalho como, por exemplo, a posição postural inadequada quando essencial realizar algum procedimento (ZAPPAROLLI E MARZIALE, 2006).

Para a ocorrência de riscos ocupacionais, há dois fatores dominantes e que estão relacionados com a prática dos trabalhadores e com as condições ambientais dos locais em que os mesmos efetuam suas atividades: os atos inseguros, que são destacados por ações voluntárias e até mesmo involuntárias por parte dos trabalhadores e não dependem das condições que o ambiente ofereça; e as condições inseguras, diretamente ligadas a fatores ambientais e irregularidades técnicas, que acabam desenvolvendo riscos em detrimento da saúde do trabalhador (ARAÚJO, 2010).

3.6.1 RISCOS FÍSICOS

Os riscos físicos englobam a exposição dos trabalhadores aos ruídos, vibrações mecânicas, a temperaturas extremas como o frio e o calor, a iluminação inadequada para a realização das atividades, a umidade (ARAÚJO, 2010).

O ruído é o agente físico mais frequente, principalmente no meio industrial. Vale ressaltar que o grande problema é que a exposição excessiva e contínua a ruídos intensos podem lesionar os órgãos sensoriais presentes no ouvido interno, podendo levar o trabalhador à surdez, uma vez que, para que o som seja percebido pelo homem, é necessário que o ruído esteja numa frequência entre 16 e 20.000 Hertz (Hz) (CARVALHO, 2001).

Consequente, pode também, alterar o sono e o descanso, além de causar episódios de insônia, e a exposição do trabalho a níveis elevados e com tempos prolongados podem levar a perda auditiva (SANTINI et al., 2005; LEITÃO; FERNANDES; RAMOS, 2008).

3.6.2 RISCOS QUÍMICOS

Os riscos químicos englobam a exposição a agentes como a poeira mineral e vegetal, a gases, aos produtos químicos de maneira geral (ARAÚJO, 2010).

São substâncias que podem se apresentar de diversas formas no meio ambiente, tais como partículas, aerossóis, vapores, névoas, gases, voláteis e neblinas (CAMARGO, 2001).

Estes elementos ou a associação de substâncias químicas, em contato direto e contínuo com o hospedeiro, produzem intoxicações, alterações e reações morfofisiológicas, podendo causar doenças ou até mesmo levar à incapacidade do indivíduo (NHAMBA, 2004).

Os principais riscos químicos para os profissionais de enfermagem consistem nas substâncias tóxicas, entre elas o cloro, acrítil, renalin, vircone e a exposição a substâncias químicas como tolueno, manganês, mercúrio e outros solventes orgânicos que podem levar ao surgimento de doenças, entre elas dermatoses ou ainda a fadiga (CORREA E SOUZA, 2012).

3.6.3 RISCOS BIOLÓGICOS

Os riscos biológicos incluem os vírus, bactérias, parasitas e fungos (ARAÚJO, 2010). São materiais biológicos, o sangue, fluidos orgânicos infectantes como: sêmen, secreção vaginal, liquor, líquido sinovial, líquido pleural, peritoneal, pericárdico e amniótico, fluidos orgânicos não infectantes como: suor, lágrima, fezes, urina e saliva, exceto se contaminados com sangue (BRASIL, 2009).

O risco de exposição a patógenos por meio de fluidos orgânicos é mais frequente no ambiente hospitalar evidenciando-se mais nos serviços onde á primordialidade de agilidade na realização do trabalho (SIMÃO et.al., 2010; OLIVEIRA et.al.,2008).

Essa exposição dos profissionais de enfermagem aos agentes biológicos também esta ligada à própria organização do trabalho como, por exemplo, a sobrecarga de trabalho com plantões em turnos alternados. Com isso, há grande permanência em contato com os riscos biológicos, aumentando a possibilidade dos riscos de adoecimento (MAGAGNINI E AYRES, 2009).

A contaminação por material biológico representa um dos maiores riscos ocupacionais entre os profissionais, em razão da exposição contínua a secreções durante o desempenho de suas atividades de trabalho e, essas formas de exposição englobam a inoculação percutânea, por intermédio de acidentes com agulhas ou objetos cortantes e o contato direto com pele e/ou mucosas, que expõe os profissionais a microrganismos patogênicos (NEVES, 2011).

É notório que procedimentos invasivos e atividades que exigem o contato direto com o paciente, fazem parte da rotina, porém a exposição excessiva faz com que possibilite mais os riscos de contaminação com sangue e outras secreções contaminadas por microrganismos (SOARES et al., 2011).

A grande preocupação da exposição dos profissionais de enfermagem aos agentes biológicos é que eles têm sido apontados como os maiores causadores de acidentes de trabalho, aumentando o risco de infecção (BALSAMO; FELLI, 2006).

O risco de exposição ao material biológico contaminado, principalmente através do acidente percutâneo, é constante para trabalhadores de saúde que tratam de pacientes portadores de infecções originadas de microrganismos ainda não diagnosticados ou mal definidos no ambiente hospitalar, especialmente quando associa-se o risco aos problemas estruturais diversos, como é o caso das unidades de urgência e emergência (SIMÃO, 2010)

Doenças como a SIDA, HIV, Tuberculose e o vírus das Hepatites B e C, fazem-se presentes no ambiente pré-hospitalar (BRASIL, 2015).

A SIDA e o HIV foram descobertos por volta da década de 80, ocorreu uma preocupação em relações aos profissionais que atuavam na área da saúde, buscando estabelecer normas que assegurassem a proteção dos trabalhadores; a aquisição da SIDA deriva da contaminação do HIV por meios de contatos, relações sexuais, materiais perfuro cortantes e outros (LOPES et al., 2014).

3.6.4 RISCOS ERGONÔMICOS

Os riscos ergonômicos estão intrinsecamente vinculados ao modo como o trabalho é realizado, ao ritmo imposto ao trabalho e a mecânica postural do trabalhador ao realizar a atividade, tendo relação íntima com os fatores psicossociais. Vale mencionar que os profissionais de enfermagem estão sujeitos e expostos aos riscos de ordem ergonômica no desenvolvimento das atividades diárias de assistência, o que pode levar ao comprometimento das capacidades vitais (SANTOS, 2010).

A NR n.º 17 destaca que o risco ergonômico refere-se às condições de trabalho no que tange ao levantamento, transporte e descarregamento de materiais, além dos mobiliários e equipamentos e visa também estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar o máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente. (BRASIL, 2011).

3.6.5 RISCOS PSICOSSOCIAIS

Os profissionais de saúde, principalmente os da enfermagem, sofrem além do desgaste físico, o desgaste mental, pois lidam constantemente com situações de dor, sofrimento e morte do paciente, gerando uma sobrecarga psíquica muito grande, quando estão expostos a essas situações por muito tempo (ELIAS; NAVARRO, 2006; SANTOS, 2010).

Convém mencionar que existem inúmeras tensões às quais os indivíduos estão expostos diariamente no seu ambiente de trabalho e que são consideradas como geradoras de estresse, e que põem em risco a integridade social e psicológica do homem. Uma delas é o risco psicossocial, que se manifesta de forma silenciosa, afetando a saúde e o bem estar do indivíduo como: estresse, desgaste mental, transtornos; distúrbios, como insônia e depressão; patologias psicossomáticas, como hipertensão arterial, entre outros (DIAS, 2013).

Os riscos psicossociais, conforme a OIT, são definidos pelas interações existentes entre a organização do trabalho, a gestão, as atividades que são desempenhadas e as condições do ambiente de trabalho. Vale ressaltar que, geralmente, os riscos psicossociais estão ligados ao estresse ao trabalho e, por isso, têm sido um grande desafio para a saúde e a segurança ocupacional nos dias atuais (LEKAS; JAIN, 2010).

3.6.6 RISCOS MECÂNICOS OU DE ACIDENTES

Nos riscos ditos de acidentes ou mecânicos se enquadram as ferramentas inadequadas, as máquinas sem proteções, os choques elétricos e as explosões (ARAÚJO, 2010).

Acidente do trabalho também pode ser definido como decorrente do desempenho das atividades dentro ou fora da empresa, que ocasionam lesões corporal, permanentes ou temporárias, ou até mesmo a morte ou perda da capacidade de trabalho, podendo ser dividido em três categorias: típicos, quando é proveniente das atividades realizadas pelo próprio trabalhador; de trajeto, quando ocorre no percurso entre o local de trabalho e a residência do trabalhador; e por fim, as doenças de trabalho, que podem ser ocasionadas em qualquer tipo de atividade (BAKKE, 2010).

Os acidentes entre profissionais da saúde são sempre maiores nos hospitais, quando comparados com outras localidades; isso porque ele é considerado um ambiente insalubre; além disso, esses profissionais prestam assistência contínua a pacientes com diversas enfermidades, sendo muitas delas contagiosas; e pelos procedimentos invasivos que realizam, tendo contato com secreções e fluídos corporais (NISHIDE E BENATTI, 2004).

Com base nos conhecimentos desses riscos, a NR nº9 estabelece a obrigatoriedade de identificar os riscos à saúde humana no ambiente de trabalho e atribui à Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) em fazer conhecer ao trabalhador e aos demais, os locais a serem identificados com os riscos ocupacionais presentes naquela área, através da simbologia das cores, que indicam os grupos de riscos, segundo sua natureza como marrom – biológico; vermelho – químico; verde – físico; amarelo – ergonômico; e azul – mecânico ou de acidente conforme demonstra a tabela a baixo.

Tabela 1 - CLASSIFICAÇÃO DOS RISCOS OCUPACIONAIS SEGUNDO AS CORES DE IDENTIFICAÇÃO

Grupo	Riscos	Cor de Identificação	Descrição
1	Físicos	Verde	Ruído, calor, frio, pressões, umidade, radiações ionizantes e não ionizantes, vibrações, etc.
2	Químicos	Vermelho	Poeiras, fumos, gases, vapores, névoas, neblinas, etc.
3	Biológicos	Marron	Fungos, vírus, parasitas, bactérias, protozoários, insetos, etc.
4	Ergonômicos	Amarela	Levantamento e transporte manual de peso, monotonia, repetitividade, responsabilidade, ritmo excessivo, posturas inadequadas de trabalho, trabalho em turnos, etc.
5	Acidentais	Azul	Arranjo físico inadequado, iluminação inadequada, incêndio e explosão, eletricidade, máquinas e equipamentos sem proteção, quedas e animais peçonhentos.

Fonte: HOKEBERG, *et al.*, 2006

3.7 NORMAS REGULAMENTADORAS

As conquistas relacionadas ao Direito Trabalhista, um marco a ser destacado, é a criação da Consolidação das Leis trabalhistas (CLT) em 1943, em que a segurança e Medicina do trabalho nas empresas, bem como artigos sobre direitos e deveres da relação empregador-empregado (contratante-contratado) passam a ter legitimidade e obrigatoriedade. Surgem então, em 1978, as Normas Regulamentadoras (NRs), cujo papel é contribuir especificamente para normatizar a segurança e saúde do trabalhador na atividade econômica e outras provisões, constituídas de 36 NRs, conforme a Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977, aprovada pela Portaria nº 3.214, de junho de 1978 (ROSA, 2012).

As NRs de Segurança e Medicina do Trabalho estabelecem os requisitos mínimos de segurança a serem adotados por todas as empresas que admitam trabalhadores como empregados, sejam elas privadas ou públicas (SILVA, 2015, pg.330).

Atualmente, existem 36 normas, cada uma delas destinada a alguma área de trabalho, inclusive à instalação de Serviços Especializados em Engenharia e em Medicina do Trabalho (SESMT) (NR-4); da Comissão Interna de Prevenção de acidentes (CIPA) nas instituições (NR-5), Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) (NR-7) e o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) (NR-9) (OLIVEIRA, 2014).

A Portaria do Ministério do Trabalho n.º 485/2005, editada em 11 de novembro e publicada no Diário Oficial da União (DOU) no dia 16 do mesmo mês, aprovou a NORMA REGULAMENTADORA n.º 32, a NR 32, que trata da Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde.

Tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.

Para fins de aplicação desta NR entende-se por serviços de saúde qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade.

A NR-32 dispõe que a responsabilidade é solidária (ou seja, compartilhada) entre contratantes e contratados quanto ao cumprimento desta NR, o que significa que ela deve ser observada também para os trabalhadores das empresas contratadas inclusive cooperados. Importante para a sua efetiva aplicação é a consciência e participação dos trabalhadores, através das Comissões Institucionais de caráter legal e técnico, entre as quais, a CIPA (instituições privadas); COMSAT'S (instituições públicas), SESMT (Serviço Especializado

em Engenharia e Segurança do Trabalho) e a CCIH (Comissão de Controle e Infecção Hospitalar), além dos eventos específicos, como as Semanas Internas de Prevenção de Acidentes de Trabalho – SIPAT's.

A NR-32 abrange as situações de exposição à riscos para a saúde do profissional, à saber: dos riscos biológicos; dos riscos químicos; da radiação ionizante; abrange a questão da obrigatoriedade da vacinação do profissional de enfermagem tétano, hepatite e o que mais estiver contido no PCMSO, com reforços pertinentes, conforme recomendação do Ministério da Saúde, devidamente registrada em prontuário funcional com comprovante ao trabalhador.

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa de caráter descritivo tem como finalidade principal, descrever características de determinada população ou fenômeno, além de ser utilizado nas técnicas padronizadas para a coleta de dados como: observações e aplicação de formulários (GIL, 2010).

A pesquisa de caráter exploratório tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. A grande maioria dessas pesquisas envolve: levantamento bibliográfico; entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão. Esse tipo de pesquisa nos proporciona uma visão diferenciada do problema, pois nos possibilita descobrir com maior previsão qual frequência um determinado fenômeno acontece, e sua conexão com outros (GIL, 2009).

O método de abordagem qualitativa não detém-se aos números, preocupando-se em entender o contexto de um determinado grupo social e sua organização. Esse estudo busca, de maneira aprofundada, explicar o por quê das situações, além de identificar o que deve ser feito. As principais características de uma pesquisa qualitativa, são: Compreender, descrever e explicar os objetivos de um fenômeno e suas diferenças de um modo social e de um modo natural, visando obter resultados fidedignos (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O local de escolha para a realização do estudo foi na base descentralizada do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências – 192, que esta em funcionamento desde o dia 04 Junho de 2011, tendo por localização geográfica a Rua Dr. Luiz Carlos, Nº 164, Centro, no Município de Areia Branca-RN.

O SAMU Areia Branca-RN oferece um serviço de assistência pré-hospitalar, com atendimento imediato á população que apresente agravo a saúde. Para o acionamento do serviço, o numero 192 pode ser usado gratuitamente.

O SAMU Areia Branca-RN é integrado por 01 Unidade de Suporte Básico (USB) e composto por profissionais, como: Técnicos em Enfermagem, Enfermeiros e Condutores Socorristas.

Garantimos total privacidade no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, como declara no Termo de Anuência e de Corresponsabilidade, permitindo assim a realização da pesquisa (AnexoA)".

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Os componentes da pesquisa foram 13 profissionais que compõem a equipe do SAMU Metropolitano-RN: Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros e Condutores Socorristas. Serão considerados alguns critérios de inclusão como: Os profissionais que tenham no mínimo dois anos consecutivos de experiência no referido setor, e obrigatoriamente os profissionais que participarão estarem em exercício no setor. Porém não participarão do estudo aqueles que: Estarão de licença e/ou de férias do serviço e os profissionais que não concordarem em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Contabilizando, portanto, um total de um enfermeiro, seis técnicos e seis condutores; Os profissionais médicos não participarão da pesquisa, pois na cidade de Areia Branca-RN a equipe é composta apenas por enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores socorristas, formando assim, a unidade de suporte básico (USB).

Como a pesquisa com os profissionais os sujeita a princípios hierárquicos para a realização do estudo, é considerado um grupo vulnerável, dado que, a condição desses profissionais poderá minimizar a autonomia destes (Res.196/96 II15,16 relata sobre a vulnerabilidade e incapacidade; IV.3a,b esclarece sobre a restrição à liberdade ou ao esclarecimento adequado para o consentimento). Para que não haja vítimas de constrangimentos, todo o decorrer da pesquisa será desenvolvido após a autorização da direção/coordenação do SAMU Areia Branca – RN , através da Carta de Anuência, o que garante a permissão da pesquisa e a liberdade dos profissionais se expressarem.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados utilizamos como instrumento o formulário. O formulário pode ser definido como a técnica de investigação composta por questões apresentadas por escrito às pessoas, considerando-se por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas e situações vivenciadas (GIL, 2010).

A coleta de dados através do formulário revela suas vantagens e desvantagens, podemos informar como vantagens: a probabilidade de atingir um grande número de

entrevistados, os gastos são menores em relação a outros métodos de coleta, devido a não necessitar de treinamento para os pesquisadores, garante o anonimato das respostas, permitindo ser respondido no momento conveniente e requer menos tempo para as respostas. Como desvantagens podem citar a eliminação de pessoas que não sabem ler ocasionando com isso um resultado menos verídico, impede o auxílio de informante para não influenciar na resposta, impõem resultados críticos em relação à subjetividade, pois cada item pode representar uma interpretação diferente para cada pessoa (GIL, 2007).

A coleta de dados estará relacionada com todo o trabalho diante do problema proposto a solucionar, da hipótese e dos objetivos proposto.

4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

Para que a coleta de dados seja iniciada, o projeto de pesquisa foi direcionado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança – FACENE/FAMENE, para submeter-se a correção e posteriormente ser aprovado, e regularmente ser aplicado.

Com relação ao procedimento a ser realizado, queremos destacar que será esclarecido aos participantes da pesquisa sobre a forma da aplicação do formulário, bem como o objetivo desta pesquisa, que serão explicados antes da realização da mesma e os acadêmicos foram avisados sobre o direito de desistência da pesquisa, sem adquirir nenhum dano, onde o pesquisador associado será o único responsável pela coleta dos dados, utilizando o instrumento de coleta de dados.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletado foram analisados e organizados de acordo com as modalidades de análise temática de conteúdo apresentadas pela teoria de Bardin. Segundo Marconi e Lakatos (2010), análise de conteúdo trabalha palavra, consideram as significações do conteúdo, forma como está distribuída, trabalha as expressões e a manipulação do conteúdo.

Análise de conteúdo se trata de um conjunto de técnicas de pesquisa que utiliza um processo sistemático e objetivo com o intuito de esclarecer dúvidas e progredir com a leitura de dados que se organiza em três etapas. A primeira etapa é a pré-análise que se caracteriza pela organização do material, o tornando operacional para análise. Para a exploração do material, é constituída a segunda fase, onde é necessário definir categorias e identificar

unidades de registro e contexto nos documentos, dessa forma haverá ou não a interpretação ou interferência do material. A terceira etapa é o tratamento dos resultados, interferência e interpretação, neste momento ocorre à concentração dos dados exigindo suspeita, análise reflexiva e crítica do pesquisador (BARDIN, 2009)

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi direcionada à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança – FACENE/FAMENE. No decorrer do desenvolvimento da pesquisa, foram respeitadas todas as ordens científicas e éticas que são baseadas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS.

Para que a aplicação da Resolução 466/12 na pesquisa fosse efetiva, cada participante teve sua identidade preservada, garantindo-lhes privacidade, proteção da imagem e nome por meio de denominações fictícias e o não uso das informações para causar-lhes malefícios. Com relação aos riscos e benefícios da pesquisa, os riscos foram mínimos, apenas relacionados a possibilidade do profissional não se sentir a vontade com a pesquisa; Benefícios: Ampliação dos conhecimentos quanto os tipos de riscos relacionados à insalubridade do ambiente pré-hospitalar. A pesquisa ainda atendeu aos critérios da Resolução 311/07, que revoga a resolução 240/2000 aprovando a reformulação do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem.

Ainda assim, foram garantidos aos participantes do estudo: 1) O respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos. 2) Garantia de ressarcimento, quando a participação implicar em gastos próprios. 3) Garantia de indenização, quando houver danos relacionados à pesquisa. O projeto respeita o código de ética em enfermagem segundo a lei 311/2007- COFEN.

4.10 ASPECTOS FINANCEIROS

O financiamento para os gastos da pesquisa foi de inteira responsabilidade da pesquisadora associada. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, disponibilizou o orientador e a banca examinadora do projeto, além do acervo bibliográfico Sant'Ana, presente na instituição.

5. RESULTADOS E DISCURSÕES

5.1 DADOS RELATIVOS AO CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ATUANTES NO APH FRENTE AOS RISCOS OCUPACIONAIS.

A pesquisa se efetivou através da aplicação de formulários compostos por 17 perguntas abertas e fechadas (APÊNDECE A), tendo como ponto de referência o alcance das respostas para a problemática aqui levantada.

Os dados foram colhidos de 09 profissionais que trabalham no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. A amostra estava prevista para 13 profissionais, destes, 02 recusaram-se a responder e 02 estavam em período de férias.

A tabela apresenta dados dos perfis dos profissionais que participaram da pesquisa relacionada ao sexo, idade, função, e tempo de serviço.

Tabela 2 - VALORES DE FREQUÊNCIA SIMPLES E PORCENTAGEM DO PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.

Variáveis	Freq.	%
Sexo		
Masculino	05	56%
Feminino	04	44%
Idade		
P1 ao P5	29 – 46	56%
P6 ao P9	34 – 47	44%
Tempo de serviço		
P1 ao P9	1 a 6 anos	100%
Função		
Téc. de Enfermagem/Socorrista	05	56%
Enfermeira	01	11%
Condutor/Socorrista	03	33%

Fonte: Pesquisa de campo (2018)

A partir dos dados obtidos e expostos na Tabela 1 pode-se identificar que, o numero de homens e mulheres que participaram é aproximado, sendo 05 homens e 04 mulheres, o que

nos mostra um ambiente de equilíbrio entre os gêneros. Embora haja uma afinidade histórica das mulheres com o processo do cuidar, preconceitos de gênero restringiram a participação dos homens na profissão. Ainda que a enfermagem seja construída culturalmente como prática sexuada, feminina, os homens no exercício da profissão torna-se uma realidade cada vez mais presente, representando uma descontinuação importante com estereótipos de gênero relacionados a prática do cuidado. Além da divisão sexual do trabalho na enfermagem, foi instituída sua divisão social representada pela hierarquização da profissão em categorias diversificadas enfermeiras, auxiliares e técnicas de enfermagem estabelecendo-se também uma relação de desigualdade. (COELHO, 2001).

Na década de 1990, os estudos de gênero extrapolaram as ciências humanas e sociais e chegaram às ciências da saúde. A enfermagem saiu à frente, motivada pelos conflitos de sua prática, gerados pelas relações hierárquicas e desiguais com a medicina, campo de domínio masculino (FONSECA, 1998). Hoje, a enfermagem contabiliza o acúmulo de conhecimento na área, pela utilização da abordagem de gênero em variadas modalidades de investigação científica.

Além disso, os profissionais entrevistados se distribuem em três funções distintas: Técnicos de enfermagem, um total de 05 entrevistados; Enfermeira, somente 01; e Condutor Socorrista, um total de 03 entrevistados.

Na base descentralizada onde se realizou a coleta, não foi possível entrevistar o médico, pois o município de Areia Branca dispõe unicamente de uma USB, a enfermeira entrevistada é a responsável técnica pela equipe, e é cedida ao município vizinho onde dispõe de uma USA, exercendo a função de enfermeira socorrista. As unidades móveis para atendimento de urgência são classificados em Unidade de Suporte Básico (USB); tripulada por no mínimo dois profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem; Unidade de Suporte Avançado (USA); tripulada por no mínimo três profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico. (BRASIL, 2012).

O tempo de serviço dos entrevistados variaram entre 1 ano até 6 anos, sendo 04 com tempo de serviço até 1 ano e 11 meses, 03 com tempo de serviço de 5 anos e 02 com tempo de serviço de 6 anos.

No que se refere a idade dos entrevistados, percebe-se que variaram entre 29 anos de idade do(a) entrevistado(a) mais jovem e 47 anos a mais avançada.

Dessa forma, para a análise dos dados, foram agrupados os entrevistados em quatro subgrupos, sendo o primeiro com idades entre 29 anos até 35 anos, composto por: 02 entrevistados que possuem as idades de 29 anos e 34 anos; o segundo grupo são os entrevistados que possuem idades entre 36 anos e 40 anos, composto por 04 entrevistados, sendo um com idade de 37 anos, 02 com a idade de 38 anos e 01 com idade de 39 anos; o terceiro grupo composto por 01 entrevistado com idade de 41 anos e, por fim, um grupo que compreende os entrevistados com idades entre 46 a 50 anos, composto por 02 entrevistados com idades de 46 anos e 47 anos.

Com relação ao fator idade, mostra-se algo importante para o desempenho das funções do profissional, pois de certa forma, lhe requer bastante vigor. A vivência acumulada ao longo dos anos contribui para o desenvolvimento de suas atribuições com maior habilidade e conhecimento. Considera-se que enfermeiros mais velhos, por exemplo, ao desenvolverem as suas atividades nos hospitais, estão mais propensos a realizá-las com maior facilidade devido à experiência que adquiriram com o passar dos anos (CARNEIRO, 2013).

5.1.1 OS RISCOS OCUPACIONAIS NO AMBIENTE DE TRABALHO DOS ENTREVISTADOS.

Os riscos ocupacionais não dizem respeito somente às situações que podem gerar acidentes ou enfermidades, mas também abrangem aquelas situações que promovem o rompimento do equilíbrio físico e, principalmente, mental e social dos indivíduos intitulado de riscos psicossociais (FARIAS; OLIVEIRA, 2012).

Quando questionados quanto a capacidade de identificação dos riscos ocupacionais em seu ambiente de trabalho a grande maioria dos entrevistados afirma conhecer o significado do termo “Riscos Ocupacional” e que sabem identificar possíveis situações de risco. Assim, entende-se que no espaço ocupacional do SAMU os trabalhadores, em sua maioria, tem conhecimento sobre a temática e isso pode possibilitar que tais situações de riscos sejam evitadas por estes profissionais.

É importante salientar que o conhecimento dos riscos ocupacionais facilita a adesão desses aos processos de prevenção o que permite diminuir as incidências de doenças, acidentes e de absenteísmo. Dessa forma, sua identificação precoce exerce caráter preventivo sobre doenças e acidentes relacionados ao trabalho, possibilitando uma diminuição na ocorrência de sinistros. Para tanto, deve ocorrer interação entre os serviços relacionados à saúde e segurança do trabalhador, como o SESMT e a CIPA com os próprios profissionais, a

fim de implantar estratégias necessárias para a prevenção e gerenciamentos desses agravos (SILVA E VALENTE, 2012).

Dos entrevistados, 01 profissional preferiu abster-se da resposta. O que leva ao questionamento, o profissional não sabe, ou não quis responder? Apesar de importância da temática, ainda existem profissionais que não julgam o conhecimento sobre o tema debatido relevante. Para Gallas e Fontana (2010), os trabalhadores são conscientes dos riscos que estão expostos decorrentes de suas atividades laborais. Em contrapartida para Caruso e Hitchcock (2010) os profissionais desconhecem ou não percebem os riscos a que estão predispostos ocasionados pela fadiga e por noites mal dormidas durante o plantão. Isso revela que mesmo entre algumas literaturas existe um certo grau de divergência entre autores diferentes, o que denota a complexidade da temática e a necessidade de maiorias discussões que contemplem as nuances e particularidades do assunto.

Além disso, os profissionais estão cientes dos riscos a que estão expostos, porém só isso não é suficiente para evitar um acidente de trabalho (NEVES, 2011). Para Leitão, Fernandes e Ramos (2008) os profissionais de enfermagem percebem os riscos, porém acham que são típicos da enfermagem.

No ambiente hospitalar, particularmente, os riscos decorrem da assistência direta prestada a pacientes com diversos graus de gravidade, assistência que implica no manuseio de diversos equipamentos e materiais perfurantes e/ou cortantes, por vezes contaminados por sangue ou fluidos corpóreos. Os fatores de risco ainda se associam a outras situações como o descarte de materiais contaminados, as relações interpessoais de trabalho e produção, do serviço em turnos, dos baixos salários, da tensão emocional advinda do convívio com a dor, o sofrimento, da perda de vida, entre outros (CAVALCANTE, 2006).

Ainda quando questionados sobre ter sofrido algum acidente de trabalho, a maioria dos profissionais que responderam afirmativamente, em seguida foi solicitado que fosse descrito a forma como o acidente ocorreu: “Sim, contaminação com agulha”(P2); “Sim, queda da própria altura, causando lesão com cirurgia” (P5); “Sim, objeto perfuro cortante-bisturi”(P9).

Os profissionais de saúde estão diariamente expostos a inúmeros riscos. Entretanto, os que atuam no APH tornam-se ainda mais susceptíveis a esses eventos, devido a maneira como abordam certos tipos de ocorrência, nesse caso, a agilidade e rapidez são fatores imprescindíveis para realização do atendimento prestado, fazendo com que os profissionais tornem-se mais vulneráveis. Os riscos de acidentes com perfuro-cortantes estão diretamente

relacionados ao fato de que a ação rápida exigida no momento do atendimento leva à distração do profissional tanto durante o procedimento quanto no descarte desses materiais. Outras vezes, a própria dificuldade de puncionar ou a agitação do paciente leva a ocorrência do evento (ALVES, 2009).

Os trabalhadores da área da saúde estão frequentemente expostos aos riscos biológicos. Dentre as infecções de maior exposição, encontram-se as transmitidas por sangue e fluidos corpóreos (hepatite B, hepatite C e HIV) e as de transmissão aérea (tuberculose, varicela-zoster e sarampo) (RESENDE, 2001).

Este número de exposições relaciona-se ao fato de existir um maior contato direto na assistência aos pacientes e também ao tipo e à frequência de procedimentos realizados. A grande maioria das exposições percutâneas está associada à retirada de sangue ou à punção venosa periférica (30 a 35% dos casos), entretanto existem exposições envolvendo procedimentos com escalps, flebotomia, lancetas para punção digital e coleta de hemocultura (RAPPARINI, 2001). Para minimizar esse tipo de evento deve-se estimular pesquisas que abordem ações de biossegurança no que se refere a riscos biológicos no âmbito hospitalar e extra-hospitalar e nas instituições de ensino (ALMEIDA, 2009).

Além disso, a própria equipe deve conhecer e aplicar protocolos pré-formulados no intuito de prestar assistência direta e imediata aos profissionais que sofrem acidentes de trabalho, já que estes muitas vezes ficam frustrados, receosos e preocupados, com medo de serem discriminados por outros colegas de profissão, principalmente quando existe a possibilidade de ter contraído HIV (VIEIRA; ITAYRA; PADILHA, 2008).

A partir da análise das informações colhidas e expostas, pode-se perceber que os acidentes de trabalho podem ocorrer com qualquer trabalhador da saúde e que o tempo de experiência não torna o profissional menos predisposto a sofrer esse tipo de acidente, uma vez que dois dos três profissionais que responderam afirmativos a essa questão possuem o tempo de trabalho igual ou superior a 05 anos de serviço.

No que se relaciona a faixa etária com maior frequência de exposição aos diversos riscos ambientais dos serviços de saúde e conseqüente acidente de trabalho ocorre entre os profissionais de 31 anos de idade a 50 anos de idade os quais possuem experiência, destreza e tempo de serviço na instituição entre 6 a 10 anos ou mais (GIOMO, 2009).

Infere-se que trabalhadores com tal experiência, por vezes, não cumprem os rigores necessários para prevenirem-se contra os possíveis acidentes, ao realizar as suas tarefas.

Diante disso, entende-se que a escassez de treinamentos nos hospitais contribuem para não se recapitarem quanto à segurança no trabalho (RIBEIRO,2007).

Foi indagado aos profissionais se eles já presenciaram situações de acidente de trabalho e aos que responderam afirmativos a esta questão foi solicitado que eles descrevessem a forma como o acidente ocorreu sendo usadas as mais relevantes que foram selecionadas por afinidade de temática:

“Sim, o meu parceiro se furou com um perfuro cortante” (P1).

“Sim, queda por não usar cinto de segurança” (P2).

“Sim, vários, queda da própria altura, queda de telhados, esmagamentos em membros superiores e inferiores” (P5)

“Sim, uma colega de trabalho após fazer uma medicação IM em um paciente, tentou encapar a agulha e furou seu próprio dedo” (P7).

Percebeu-se que 05 das 06 respostas de profissionais entrevistados, já presenciaram acidentes com perfuro cortante, tal incidência pode dar-se ao fato do pouco conhecimento ao manuseio do material, como por exemplo: reencape de agulhas, o descarte incorreto na caixa de perfuro ou ate mesmo o não descarte; técnica de punção incorreta ou pouca habilidade; vários fatores podem colaborar para incidência de acidentes com perfuro cortante. Entre os fatores favorecedores de exposição está uma prática de risco, ainda muito utilizada, pela equipe de enfermagem apesar de ser conhecimento que não deve ser realizada, como o fato de reencapar agulhas. Sendo uma prática que vai de encontro as ações e normas de biossegurança as quais necessitam ser implementadas, bem como respeitadas, com destaque as normas de precaução básica, como a utilização de Equipamento de Proteção Individual - EPI que visa reduzir a exposição do profissional aos agentes de risco (ALVES,2009).

O profissional de enfermagem é o profissional de saúde que mais se expõem aos riscos do trabalho na área de saúde visto que a enfermagem é o maior grupo individualizado de trabalhadores de saúde; prestadora de assistência ininterrupta, 24 horas por dia; executora de cerca de 60% das ações de saúde; a categoria que mais entra em contato físico com os doentes (CARVALHO E MAGALHÃES, 2013). Isso decorre do fato de ser a categoria profissional que mais manipula o material biológico (CANINI,2002).

O risco para acidentes biológicos com material perfuro cortantes está associado a inúmeros fatores como a falta de atenção no planejamento e na execução das atividades, a

desobediência as normas de biossegurança e sobrecarga de trabalho (ALVES; PASSOS; TOCANTINS, 2009).

5.2 CLASSIFICAÇÃO DOS RISCOS OCUPACIONAIS E ANÁLISE DE SUA FREQUÊNCIA NO AMBIENTE PRÉ-HOSPITALAR: FATORES DE PROTETORES E POTENCIALIZADORES DE RISCOS

Quando questionados quanto a classificação dos riscos ocupacionais e sua prevalência em seu ambiente de trabalho:

“Risco biológico e risco físico” (P1).

“Risco biológico, risco físico, risco químico, risco ergonômico, risco mecânico ou de acidente” (P2).

“Risco mecânico ou de acidente” (P4).

“Risco biológico, risco ergonômico e risco mecânico ou de acidente” (P5).

“Risco biológico, risco físico, risco ergonômico e risco mecânico ou de acidente” (P6).

“Risco biológico e risco ergonômico” (P7).

“Risco biológico” (P8).

“Risco biológico, risco químico e risco mecânico ou de acidente” (P9).

Com base nas respostas, observa-se que 08 dos 09 entrevistados assinalaram o risco biológico como presente em seu ambiente de trabalho, sendo este o mais prevalente na área da saúde. No entanto a maioria dos entrevistados demonstra um conhecimento parcial de outros tipos importantes de riscos, o que pode ser evidenciado pela análise de suas respostas incompletas que não contemplam a totalidade dos eventos. Constata-se dessa forma, a necessidade de uma maior aproximação e discussões por meio de educação permanente sobre a temática por parte de alguns profissionais.

Ao longo do exercício de suas funções, todos os trabalhadores estão expostos a inúmeros Riscos Ocupacionais, e no setor da saúde não é diferente. Os riscos são classificados em cinco grupos: os riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e de acidentes (BRASIL, 2013).

Portanto, apesar de o risco biológico ter sido o mais citado, não se deve deixar de lado os demais riscos já que todos estão presentes no ambiente extra-hospitalar. Segundo

Soerensen (2008) alguns profissionais confundem o risco físico com o risco ergonômico, considerando-se os ruídos de trânsito, como o risco físico que tem maior poder de causar acidentes, seguidos pela chuva. Devido à constante exposição aos ruídos gerados por buzinas e sirenes, a realização de exames periódicos de audiometria é uma medida significativa para a saúde dos profissionais de urgência e emergência bem como a utilização de EPI equivalente.

Além disso o atendimento a pacientes graves, psiquiátricos e/ou agressivos, o trabalho noturno ou extensa jornada de trabalho configura-se como risco ergonômico. Não obstante, a tensão emocional está associada principalmente ao ambiente de trabalho, uma vez que as atividades desenvolvidas exigem alto grau de responsabilidade e qualificação, com desgaste emocional intenso, além dos problemas que envolvem este tipo de atendimento, como problemas sociais e de trânsito (MAIA, 2012).

A exposição à carga física quando em contato com descargas elétricas no manejo de aspiradores, desfibriladores e bisturis elétricos sem manutenção constante e por serem obsoletos. Em relação à exposição a cargas fisiológicas é notório o sobrepeso ao transportar paciente, e ao trabalhar longamente de pé, o que pode causar doenças osteoarticulares com limitações físicas. Os trabalhadores de enfermagem também se expõem muito a cargas químicas quando manipulam meios e instrumentos de trabalho, medicamentos, soluções e desinfetantes (RIBEIRO; SHIMIZU, 2007).

O risco químico, assinalado apenas pelo P2 e P9, é o menos destacado, grande parte julga não haver presença deste, indaga-se o fato da pouca importância dada, existe pouco conhecimento e ao mesmo tempo, pouco interesse em classificar os riscos e suas gravidades. Os gases e fumaça são os principais riscos químicos presentes no APH, Os gases podem produzir irritação nos tecidos com os quais se entra em contato, pode ter ação depressiva sobre o sistema nervoso central ou ainda atuarem como asfixiantes, diminuindo concentração de oxigênio nos tecidos (ACGIH, 2008).

Sobre os equipamentos de proteção individual (EPIs), foram questionados aos participantes quais eram considerados indispensáveis /obrigatórios em seu ambiente de trabalho:

“Máscara, bota cano longo, luvas de procedimento” (P1).

“Máscara, óculos de proteção, luvas de procedimento” (P2).

“Máscara, bota cano longo, luvas de procedimento” (P3).

“Máscara, bota cano longo, óculos de proteção, luvas de procedimento” (P4).

“Máscara, bota cano longo, luvas de procedimento” (P9).

Todos os profissionais assinalaram a opção “Máscara e luvas de procedimento” como EPI indispensável para o manuseio de suas atividades; O P2 considerou dispensável o uso de bota cano longo, apesar de ser um equipamento obrigatório em seu local de trabalho; Os participantes P1, P3 e P9, não julgaram necessário o uso do óculos de proteção ou omitiram a informação em suas respostas.

Para tanto, estes profissionais necessitam adquirir uma postura segura em relação ao risco ocupacional por meio da adoção de medidas de segurança, bem como o uso dos EPI na execução dos procedimentos a fim de garantir o máximo de proteção, a si próprio, a equipe e ao paciente (SOUZA,2008).

Os EPIs recomendados para uso dos profissionais que atuam em ambiente hospitalar são: luvas, máscaras, protetores de olhos, nariz e boca, e jaleco/avental quando em contato direto com sangue ou fluidos corporais. Ainda, fazem parte das recomendações de medidas de precaução-padrão, ou seja, a utilização de desinfetantes na limpeza de áreas com sangue ou outros materiais biológicos; cuidados específicos na manipulação de amostras biológicas, o transporte de materiais contaminados em embalagens impermeáveis e resistentes, entre outras (SILVA,2009).

Foi questionado ainda se sempre fazem uso de EPI, 08 participantes responderam que sim, fazem sempre o uso de EPI e um participante (P2) assinalou que não, nem sempre utiliza os equipamentos necessários.

Analisa-se dessa forma que o único profissional (P2) que afirmou não utilizar sempre os EPIs. Compreende-se, portanto, que os profissionais com mais tempo de serviço, tenham um conhecimento mais abrangente sobre os riscos e dessa forma, façam uso dos equipamentos necessários no exercício de suas funções, sabendo da magnitude de tais riscos. Entende-se que o uso EPI confere proteção à integridade física e psíquica das pessoas durante a manipulação dos instrumentais de trabalho e contribui para prevenção de acidentes. Os ambientes de trabalho, pela natureza das atividades, expõem os trabalhadores a riscos e perigos, os quais podem ser minimizados ou eliminados se houver utilização de EPI (OMS, 2010).

5.3 PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS, POTENCIAIS RISCOS E MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE.

Para avaliar riscos relacionados a situações específicas de procedimentos executados pelo profissionais foi levantado o seguinte questionamento: “Você esta realizando um procedimento de aspiração de secreção orofaríngea, paciente apresenta bastante secreção em cavidade oral, quais são os EPIs apropriados/necessários para realização desse procedimento de forma que assegure sua proteção?”

Todos os 09 profissionais assinalaram a alternativa: “*Mascara, óculos de proteção e luvas de procedimento*”. Pode-se afirmar, portanto que os profissionais estão cientes da importância do uso dos determinados EPIs para realização do procedimento acima citado. Gomes (2003), afirma que as luvas devem ser usadas para tocar sangue, fluidos corpóreos, secreções e excreções, objetos contaminados, mucosas e pele não íntegra. As máscaras e óculos servem para proteger as mucosas quando houver riscos de respingos e o capote para prevenir a contaminação das roupas e proteger a pele de sangue, fluidos corpóreos, secreções e excreções.

Esses EPI's também devem ser usados para diminuir a transmissão de um paciente ou fonte para outro paciente (MIRANDA, 2008).

O capote não foi incluído nas alternativas de respostas, pois os profissionais entrevistados fazem uso obrigatório do macacão padrão do SAMU, assim, descarta-se o uso de capote.

Quando questionados sobre quais procedimentos devem ser tomados após um acidente de trabalho com perfuro cortante contaminado, os participantes P1, P2, P3, P4, P7 e P8 assinalaram a alternativa: “*Comunicar ao hospital de referência, colher exame do paciente e do profissional e iniciar o coquetel mesmo que o resultado seja negativo.*”

Em razão da grande quantidade de acidentes de trabalho que vem ocorrendo dentro da área da saúde, foi criada a Norma Regulamentadora 32 (NR 32), a qual instituiu que os acidentes e incidentes com materiais biológicos devem ser comunicados à Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), visto que a falta da notificação dificulta a reflexão sobre dados estatísticos de agravo. Números não bastam, mas ajudam na busca de fatores causais e na criação de programas para a prevenção. A NR 32 teve por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde (GALLAS, 2010).

O P5 assinalou as seguintes alternativas: Lavar com água e sabão e Realizar exames.

O P9 assinalou as seguintes alternativas: Lavar com água e sabão e Comunicar ao hospital de referência, colher exame do paciente e do profissional e iniciar o coquetel mesmo que o resultado seja negativo.

Evidencia-se por meio da não padronização das respostas que o grau de concordância de qual conduta deve ser tomada diante de exposição aguda a potencial material biológico não unânime, o que revela discrepância e falta de capacitações que visem uniformizar as tomadas de decisões que são determinantes na prevenção de doenças e moléstias infectocontagiosas. Faz-se portanto, necessário a elaboração e adoção de um protocolo de conduta bem como o treinamento dos profissionais para que os riscos possam ser minimizados e os agravos maiores evitados.

Foi questionado ainda, o que os profissionais entendem por EPC (Equipamento de Proteção Coletiva) e se é possível encontrar algum em seu ambiente de trabalho:

“Sim, cones e luzes do giroflex” (P1).

“Cones de sinalização” (P2).

“EPC: Trata-se da preservação da integridade física e da saúde dos trabalhadores! Um exemplo que temos são os “cones de sinalização!”” (P3).

“Protege a saúde dos profissionais e de terceiros, usamos (cones)” (P4).

“Cones sinalizadores e extintores” (P5)

“Equipamentos de sinalizações garante a segurança da equipe no local do acidente, bem como das vítimas” (P6).

“Cones de sinalização. São dispositivos utilizados para proteção de trabalhadores durante a realização de suas atividades” (P7).

“Extintores de incêndio, Kit de primeiros socorros e cones” (P8).

“Item que protege toda equipe; cone- fita de sinalização” (P9).

A grande maioria dos profissionais ressaltou o “*Cone de sinalização*” como único EPC existente em sua área de trabalho, equipamento este, de ampla importância para segurança da cena e da equipe, embora, haja outros EPCs, mesmo que pouco utilizados ou pouco conhecidos. São EPCs o enclausuramento acústico de fontes de ruído, a ventilação dos locais de trabalho, a proteção de partes móveis de máquinas e equipamentos, a sinalização de segurança, dentre outros (CEHELLA, 2013).

Percebe-se ainda, que somente um profissional salientou o item “*extintor de incêndio*” como EPC, apesar de ser um equipamento obrigatório presente em todas as viaturas do

SAMU. O extintor tem como característica a facilidade de manuseio e de acesso, pode ser utilizado por qualquer pessoa que tenha conhecimento de seu uso e, tratando-se de combate a incêndio, quando bem empregado por pessoa devidamente treinada pode reduzir as chances de o sinistro apresentar evolução sendo reduzidos os danos causados, cumpre observar as características do material em combustão e a fase em que o incêndio se encontra (FRANCO, 2012).

Segundo a CPN/SP (2004; 2005), EPC é um dispositivo, sistema, ou meio, fixo ou móvel, com a finalidade de preservar a integridade física e a saúde de um grupo de trabalhadores que estão executando algum serviço em determinado local. Alguns exemplos são extintores de incêndio, por exemplo, exaustores vistos com frequência em estacionamentos fechados, placas de sinalização indicando saídas de emergência entre muitos outros.

Questionou-se aos profissionais: Ao fazer um atendimento (Imobilização em prancha e maca) de um paciente obeso, a qual risco você está exposto?

“Físico” (P1).

“Físico, Ergonômico, Mecânico ou de acidente” (P2).

“Ergonômico” (P4).

Parte importante da amostra assinalou unicamente o risco físico como presente neste tipo de atendimento. Este risco pode estar presente, se a cena estivesse em condições inadequadas de iluminação, temperatura elevada, presença de ruídos, radiações e outros; Entretanto, entende-se que os profissionais assimilam o risco físico ao risco ergonômico, não sabendo identificar de fato, a que tipo de risco ocupacional está exposto (TAKEDA, 2002). Os participantes P2, P4, P6, P7, P8 e P9, assinalaram que o risco ergonômico está presente na cena, e os participantes P2 e P9 assinalaram além dele, o risco mecânico ou de acidente.

Os riscos ergonômicos, provenientes de frequente levantamento de peso para movimentação e transporte de pacientes e equipamento, posturas prolongadas e inadequadas, flexões da coluna vertebral em atividades de organização e assistência. Além disso, os trabalhadores realizam rodízio de turnos e trabalho noturno. Essas ações podem causar problemas posturais, fadiga, hérnias, fraturas, torções, contusões, lombalgias e varizes (TAKEDA, 2002).

A falta de materiais ou o não funcionamento de alguns contribui para o desgaste psicofísico pelo tempo despendido, pelas idas e vindas para conseguir uma improvisação, que frustra o profissional, gera impotência e interfere na qualidade da assistência prestada (SANTOS, 2006).

No que concerne aos riscos de acidente, a área física inadequada se refere às instalações da própria unidade de apoio e aos locais de atendimento que são pouco iluminados e de difícil acesso. Pesquisa ressalta que ocorre o mau funcionamento de algumas viaturas e pontos de apoio de Unidades de Suporte Básico inadequados, que não oferecem segurança aos profissionais (FERNANDES, 2012).

Os riscos mecânicos ou de acidentes não devem ser negligenciados por aqueles que gerenciam um serviço de atendimento pré-hospitalar; Uma importante recomendação que deve ser seguida é o fornecimento de capacitação em direção defensiva para os motoristas que compõe este tipo de serviço (TAKEDA, 2013).

Indagou-se ainda aos profissionais: “Você acha importante discutir o tema proposto (Riscos Ocupacionais)? Se sim, por quê?”.

“Sim, serve para esclarecer e evitar acidentes” (P1).

“Sim, está diretamente ligada à segurança do profissional” (P2).

“Sim, porque orienta as pessoas a terem atenção nos seus setores de trabalho” (P3).

“Sim” (P4).

“Sim, porque se faz necessário ao nosso cotidiano. Devemos prevenir” (P5).

“Sim, para minimizar os acidentes de trabalho e as doenças ocupacionais”(P7) .

“Sim, porque os profissionais vulneráveis ao risco no APH (P9)”.

Das 09 respostas, 03 não foram justificadas, a falta dessa justificativa pode-se dar ao fato de o profissional não saber explicar pelo pouco conhecimento, ou não explicar por não julgar importante a discursão sobre o tema.

Por definição, a saúde do trabalhador é entendida como o processo saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho, representando um esforço de compreensão deste processo – como e por que ocorre – e do desenvolvimento de alternativas de intervenção que levem à transformação em direção à apropriação pelos trabalhadores da dimensão humana do trabalho (MENDES,1991).

As respostas justificadas, evidenciam que grande a maioria da equipe considera importante e entende que o tema deve ser discutido, estudado e praticado. É fundamental que todos os trabalhadores envolvidos em atividades que tenham algum elemento que represente um tipo de ameaça à sua saúde sejam capacitados a avaliá-los de forma tal que compreendam a importância do uso de medidas de proteção e segurança. A maior responsabilidade sobre o controle dos riscos é do profissional, que os entende e conhece os mecanismos de controle (ANVISA, 2005).

Questionou-se ainda: “A que risco ocupacional está exposto o profissional, quando enfrenta um grande desgaste mental, ou lida com situações de estresse diariamente?”.

Das respostas obtidas, 08 assinalam o risco “*Psicossocial*” como existente no exemplo e somente 01 participante assinalou as opções “*Físicas e Ergonômicas*”. Desse modo, compreende-se que o fator psicossocial tem sido debatido entre as classes por ser um problema que afeta grande parte da sociedade, não só no âmbito da saúde, tornando-se dessa maneira algo de conhecimento público. As questões psicossociais do ambiente de trabalho têm assumido uma atenção crescente na sociedade contemporânea. Nos países da União Europeia, a exposição a stressores psicossociais relativos ao ambiente de trabalho é relatada por uma larga proporção de empregadores, com consequências significativas para os trabalhadores, os locais de trabalho e a sociedade. Entre estas consequências apresentam-se as doenças músculo-esqueléticas, cardiovasculares, mentais, stress, burnout, reduzida qualidade de vida, faltas por doença, aumento da carga de trabalho e decréscimo da motivação e produtividade. (AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO, 2000)

Marcelino, 2007 refere que diariamente, os profissionais de emergência pré-hospitalar são confrontados com situações de grande complexidade, relatando após o serviço de ambulância uma variedade de stressores, incluindo a exposição a incidentes traumáticos. Esta exposição provoca um grande desgaste físico e emocional podendo por vezes evoluir para uma situação traumática, que leva facilmente ao desenvolvimento da Perturbação Pós-Stress Traumático.

A enfermagem é definida como uma profissão estressante, devido à vivência direta e ininterrupta do processo de dor, morte, sofrimento, desespero, incompreensão, irritabilidade e tantos outros sentimentos e reações desencadeadas pelo processo da doença (BIANCHI, 2006).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A necessidade de ampliação das discussões sobre riscos ocupacionais no âmbito dos serviços de atendimento extra-hospitalar é de fundamental importância haja vista a grande vulnerabilidade à que esses profissionais estão expostos no exercício de suas atividades laborais, por tratar-se de um ambiente altamente insalubre e de intercorrências dinâmicas.

Não obstante, alguns entraves durante a construção do trabalho foram encontrados ora pela escassa fonte de artigos e publicações recentes que abordem a temática de forma atualizada, ora pelo limitado número de protocolos que sirvam de orientação para condução da prática dos profissionais em exercício.

De modo específico a equipe de enfermagem está em constante risco mediante suas atribuições nos serviços de APH e em especial a vulnerabilidade aumenta no tangente a riscos de caráter biológico, físico e ergonômico. A gravidade da situação aumenta quando se detecta que ainda, parte da equipe, desconhece os protocolos de conduta mediata frente aos acidentes e ainda mais grave, não visualiza a necessidade de se discutir o tema e proporcionar por meio de educação continuada, algo indispensável em qualquer serviço de saúde, os meios necessários para garantia da prevenção.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO – **Research on work related stress**. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2000. 1- 267.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Biossegurança**. Rev Saúde Pública, ano 2005; 39(6): 989-91.

ALMEIDA, WILLIAM ALBUQUERQUE et al. **Riscos ocupacionais da equipe de enfermagem no atendimento pré-hospitalar móvel no município de Tangará da Serra-MT** (2013). Convibra: Gestão, Educação e Promoção da Saúde. 26 jun. 2017. p. 1-9. Disponível em: <http://www.convibra.org/upload/paper/2013/80/2013_80_7839.pdf>. Acesso em: 19 out. 2017.

ALVES, S. S. M; PASSOS, J. P; TOCANTINS, F. R. **Acidentes com perfurocortantes em trabalhadores de enfermagem: uma questão de biossegurança** . Rev. enferm. UERJ. Rio de Janeiro, v.17, n.3, pp. 373-377, 2009.

ARAÚJO, W. T. de. **Manual de segurança do Trabalho**. São Paulo: DCL, 2010.

AZEVEDO, Tania Maria Vargas Escobar. **Atendimento pré-hospitalar na Prefeitura do Município de São Paulo: análise do processo de capacitação das equipes multiprofissionais fundamentada na promoção da saúde**. 98f. Tese (Doutorado). São Paulo. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2002.

BAKKE, H.A.; ARAÚJO, N. M.C. **Acidentes de trabalho com profissionais de saúde de um hospital universitário. Produção**, v. 20, n. 4, p. 669-676, out./dez. 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/prod/v20n4/aop00040109.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2017.

BALSAMO, A. C., FELLI, V. E. A. **Estudo sobre os acidentes de trabalho com exposição aos líquidos corporais humanos em trabalhadores da saúde de um hospital universitário**. Rev Latino em Enfermagem, v. 14, n. 3, p. 346-53, mai-jul, 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a07.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2017.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2994, de 13 de dezembro de 2011. **Aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS**. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2994_15_12_2011.html>. Acesso em: 04 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portal Brasil**. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/07/ministerio-lanca-campanhas-contra-hepatites-virais> Acesso em: 19 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica** . Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 Disponível em: < <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2017.

_____. Ministério da Previdência Social. **Saúde e Segurança Ocupacional**. Disponível em: < [http:// www.mps.gov.br/conteudoDinamico.php?id=39](http://www.mps.gov.br/conteudoDinamico.php?id=39) >. Acesso em: 04 de out. de 2017.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria N.º 1.748, de 30 de agosto de 2011. **Norma Regulamentadora N. 32 - Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde**. Brasília, 2011. Disponível em: <[http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D36A280000138812EAFCE19E1/NR32%20\(atualizada%202011\).pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D36A280000138812EAFCE19E1/NR32%20(atualizada%202011).pdf)>. Acesso: 07 out. 2017.

_____. Ministério do Trabalho (BR). **Riscos Biológicos**. Guia Técnico. Os riscos biológicos no âmbito da Norma Regulamentadora NR32. Brasília, DF, 2008

_____. Portaria N.º 1.600, de 7 de julho de 2011. **Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Ministério da Saúde. Brasília – DF, 2011. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 19 out. 2017.

_____. Portaria N.º 1010, de 21 de maio de 2012. **Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências**. Ministério da Saúde. Brasília – DF, 2012b. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html> . Acesso em: 19 out. 2017.

_____. Portaria N.º 1010, de 21 de maio de 2012. **Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências**. Ministério da Saúde. Brasília – DF, 2012b.

CAVALCANTE, C.A.A; ENDES, B.C; MENEZES, R.M.P; MEDEIROS, S.M. **Riscos ocupacionais do trabalho em enfermagem**. Ciência, Cuidado e Saúde. 2006;
CAMARGO, E. A. de. **Introdução à higiene ocupacional**. In: CARVALHO, G. M. de. *Enfermagem do trabalho*. São Paulo: EPU, 2001.

CANINI S.R.M.S; GIR E.; HAYASHIDA M.; MACHADO A.A. **Needlestick injuries among nursing staff members at a university hospital in the interior of são paulo state**. 2002 março-abril; 10(2): 172-8.

CARNEIRO, T.M; FAGUNDES, N.C; **Fatores de risco no trabalho de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital universitário**. In: 17th Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 2013. Anais do 17th Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem [Internet]. Natal: ABEN; 2013 [cited 2017 Feb 14]. p. 1269-72.

CARVALHO, G.M. **Enfermagem do Trabalho**. São Paulo: EPU, 2001.

_____. **Enfermagem do Trabalho**. 2ª edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

CARVALHO, C.G., MAGALHÃES, S.R. **Quem cuida do cuidador**: principais fatores que interferem na saúde dos profissionais de enfermagem, uma visão biopsicossocial. *Journal of Research: Fundamental Care On Line*, v.5, n.3, p.122-131, 2013.

CARUSO, C.C.HITCHCOCK, E.M. **Strategies for Nurses to Prevent Sleep-Related Injuries and Errors**. *Rehabilitation Nursing*. v. 35, n. 5, pp: 192-197, 2010.

CEHELLA, E.C. **Eficiência do escoramento como equipamento de proteção coletiva – EPC**, na escavação do canal auxiliar ao rio Criciúma. Criciúma, 2013. 54f. Especialização em Engenharia de Segurança do Trabalho, Universidade do Extremo Sul Catarinense-UNESC.

COELHO, E. A. C. **Enfermeiras que cuidam de mulheres**: conhecendo a prática sob o olhar de gênero [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2001.

CORREA, R.A., SOUZA, N.V.D.O. **Riscos ocupacionais enfrentados pelo trabalhador de enfermagem no setor de hemodiálise**. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, v.4, n. 4, outubro-diciembre, 2012, p. 2755-2764. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/5057/505750895017.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE JUVENTUDE. **Política Nacional de Juventude**: diretrizes e perspectivas. Brasília; 2006. p. 140.

DIAS, R. P.; PEREIRA, A.; LANGARO, F.; CORREA, R. N.; SOUZA, N.; LACERDA, L. L. V. **Riscos psicossociais e estresse ocupacional, parceiros numa relação presumida com burnout: um estudo de estressores que envolvem as atividades dos peritos criminais**. *Revista de Criminalista*, v. 2, n. 1, p. 42-50, 2013. Disponível em: <<http://rbc.org.br/ojs/index.php/rbc/article/view/49/0>>. Acesso em: 04 out. 2017.

ELIAS, M. A., NAVARRO, V. L. **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 Latino-am Enfermagem*, v. 14, n. 4, p. 517-25, jul-ago, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a08.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2017.

FARIAS, G. dos S.; OLIVEIRA, C. dos S. **Riscos ocupacionais relacionados aos profissionais de enfermagem na UTI**: uma revisão. *Brazilianjournal of Health*.v.3, n.1, p. 1-12, jan-abril, 2012. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/bjh/index.php/bjh/article/viewFile/109/106>>. Acesso em: 07 out. 2017.

FERNANDES, L.G.G; PEREIRA, C.D.F.D; RIBEIRO, J.L.S; MEDEIROS P.D; CASTRO, G.L.T; TOURINHO, F.S.V. **Atuação da equipe de enfermagem em um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel**: experiência de graduandas. *Rev enferm UFPE on line*. 2012; 6(2):469-73.

FERREIRA, C. S. W. **Os serviços de assistência às urgências no Município de São Paulo**: implantação de um sistema de atendimento pré-hospitalar. 1999. 155f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da Pesquisa Científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FONSECA, R.M.G.S. **Gênero, saúde e enfermagem**: uma abordagem epistemológica [tese de cátedra]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1998.

FRANCO, J. M. G.. **Avaliação da gestão dos resíduos provenientes da manutenção de extintores**. 2012. Disponível em: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/8991/1/tese%20corrigida%2007_08a.pdf>.

FRANÇA, S. PATRÍCIO, S. ; MARTINO, M. M.F. **Atendimento pré-hospitalar como estratégia de promoção de saúde pública: revisão integrativa.** Revista de Enfermagem UPFE on line, Recife 7(4): 1225-33, abr., 2013. Disponível em: < http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3893/pdf_2431> . Acesso em: 09 out. 2017.

GALLAS, S.R; FONTANA, R.T. **Biossegurança e a enfermagem nos cuidados clínicos: contribuições para a saúde do trabalhador.** Rev. Bras. Enfermagem. Brasília, v. 63 n.5, pp: 786-792, 2010.

GENTIL RC, RAMOS LH, WHITAKER IY. **Capacitação de enfermeiros em atendimento pré-hospitalar.** Rev Latino-am Enferm. 2008, mar-abr; 16(2): 192-7. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/04.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2017.

GERHARDT, TATIANA ENGEL; SILVEIRA, DENISE TOLFO. **Métodos de Pesquisa.** 2009. Disponível em: < <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>.

GIL, ANTONIO CARLOS. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa.** Ed. Atlas. São Paulo: 2010.

GIOMO D.B; FREITAS F.C.T; ALVES L.A; ROBAZZI M.L.C.C. **Acidentes de trabalho, riscos ocupacionais e absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem hospitalar.** RER ENFERM, UERJ. 2009 jan/mar.

GOMES, D.L.C. **Precauções e isolamento de pacientes. In: Infecção hospitalar e outras complicações não-infecciosas as doença: epidemiologia, controle e tratamento.** Rio de Janeiro: Medsi, 2003, p.469-479.

GRANJA, G. F.; VIANA, A. L. D. À.; IBAÑEZ, N.; ZOBOLI, E. L. C. P. **Análise da Política Nacional de Atenção às Urgências no SUS: avanços e desafios na efetivação das Redes de Atenção à Saúde.** 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Universalidade, igualdade e integralidade da saúde: um projeto possível. Anais eletrônicos, 2013. Disponível em:< http://www.politicaemsaude.com.br/anais/orais_painel/008.pdf>. Acesso em: 09 out. 2017.

GUGLIELMI, M. A. G. **Riscos ocupacionais.** Entrevista concedida ao Portal Enfermagem, 2010. Disponível em: <http://fis.edu.br/revistaenfermagem/artigos/vol02/artigo10.pdf>. Acesso em: 05 de outubro de 2017.

LAURELL, A.C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário.** São Paulo, HUCITEC, 1989.

LEITÃO, I. M. T. A; FERNANDES, A. L; RAMOS, I. C. **Saúde ocupacional: analisando os riscos relacionados à equipe de enfermagem numa unidade de terapia intensiva.** CiencCuidSaude, v. 7, b. 4, p. 476-84, 2008. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6630>>. Acesso em 19 out. 2017.

LEKA, S. JAIN, A. **Saúde Impacto dos riscos psicossociais no trabalho**: 126pp, 2010. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44428/1/9789241500272_eng.pdf>.

LOPES, SÉRGIO LUIZ BRASILEIRO, FERNANDES, ROSANA JOAQUIM. **Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar**. Medicina, Ribeirão Preto, 32: 381-387, out/dez, 1999. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/1999/vol32n4/uma_breve_revisao_atendimento_medico_pre_hospitalar.pdf>. Acesso em 17 out. 2017.

MAGAGNINI, M.A.M., AYRES, J. A. **Acidentes com material biológico: a Realidade de uma Instituição Hospitalar do Interior Paulista**. Rev. Min. Enferm, v. 13, n. 1, p. 115-122, jan.-mar 2009. Disponível em: <<http://reme.org.br/content/imagebank/pdf/v13n1a17.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2017.

MAIA, E.C; MIRANDA, M.D.C; CAETANO, J.A; CARVALHO, Z.M.F; SANTOS, M.C.L; CALDINI, L.N. **Avaliação do nível de estresse de equipe de enfermagem de serviço de atendimento móvel de urgência**. Jres fundam care online [periódico na Internet]. 2012 [acesso em 2013 jun. 26];4(4):[aproximadamente 9 p.].

MARCELINO, D.; FIGUEIRAS, M. J. **A perturbação pós-stress traumático nos socorristas de emergência pré-hospitalar**: influência do sentido interno de coerência e da personalidade, In: PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS, 2007, 8 (1), p. 95-108.

MARTINS, PEDRO PAULO SCREMIN; PRADO, MARTA LENISE DO. **Enfermagem e serviço de atendimento pré-hospitalar**: descaminhos e perspectivas. Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2003; 56(1): 71-75. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n1/a15v56n1>>. Acesso em: 076 out. 2017.

MENDES R; DIAS E.C. **Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador**. Revista Saúde Pública 1991;25: 341-49.

MINAYO, MARIA CECÍLIA DE SOUZA; DESLANDES, SUELY FERREIRA. **Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(8): 1877-1886, ago, 2008. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/16.pdf>>. Acesso em 04 out. 2017.

MIRANDA, E. J. P.; STANCATO. **Riscos à saúde de equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva**: proposta de abordagem integral da saúde. Rev. bras. de terapia intensiva. Vol, 20. n.1. jan/mar, São Paulo, 2008.

NEVES, HELINY CARNEIRO CUNHA et al. **Segurança dos trabalhadores de enfermagem e fatores determinantes para adesão aos equipamentos de proteção individual**. Rev. Latino-Am Enfermagem v. 19, n. 2, p. 1-8, mar-abr, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421955018>>. Acesso em: 07 out. 2017.

NHAMBA, L. A. **Acidentes ocupacionais com material biológico entre profissionais de enfermagem e um hospital de Angola**. Dissertação (Mestrado). 2004. 120 f. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2004. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p &nextAction=lnk&exprSearch=16806&indexSearch=ID>>. Acesso em: 07 out. 2017.

NISHIDE, VERA MÉDICA; BENATTI, MARIA CECÍLIA CARDOSO. **Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva.** Rev. Esc Enferm USP, v. 38, n. 4, p. 406-414, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n4/06.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2017.

OLIVEIRA, C. A. D. de. **Segurança e Saúde no Trabalho:** Guia de prevenção de riscos. 1ed. 8 reimpressão. São Caetano do Sul, São Paulo: Yendis, 2014

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Los sistemas locales de salud:** conceptos, métodos, experiencias. Washington, D.C: OPAS/OMS; 1990. [Publicación científica no 519]

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Entornos laborales saludables:** fundamentos y modelo de la OMS: contextualización, prácticas y literatura de apoyo. 2010:1-114.

PARMEGGIANI, L. **A nova legislação de segurança e saúde dos trabalhadores.** Rev. bras. Saúde ocup, 15 (50): p. 19-27, 1985. Disponível em:<<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-28293>>. Acesso em: 04 out. 2017.

PEREIRA, W.A.P; LIMA, M.A.D.S. **O trabalho em equipe no atendimento Pré-hospitalar à vítima de acidente de trânsito.** Rev. Esc. Enfem. USP, 2009. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/69677/000703574.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 05 out. 2017.

PIGNATTI. M. G. **Saúde e Ambiente:** as Doenças Emergentes no Brasil. Ambiente & Sociedade – v. VII nº. 1 2004.

RAMOS VO, SANNA MC. **Estudo bibliométrico sobre atendimento pré- hospitalar.** In: Anais do 2º Congresso Nursing; 2004 abril 29-30; São Paulo (SP): Congresso Nursing; 2004. p. 76-7.

RAMOS, VIVIANE OLIVEIRA; SANNA, MARIA CRISTINA. **A inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais.** Rev Bras Enferm 2005 maio-jun; 58(3):355-60. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n3/a20v58n3.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2017.

RAPPARINI C. **Riscos biológicos e profissionais de saúde: procedimentos clínicos.** Disponível em <http://www.risco biologico.org/riscos_risc_procclinicos.htm>. Acesso em: 21 abr. 2001.

RESENDE, M.R; FORTALEZA, C.M.C.B. **Risco ocupacional entre profissionais da área de saúde e medidas de proteção.** In: Colibrini MRC, Figueiredo R.M, Paiva M.C, organizadoras. Leito-dia em AIDS: uma experiência multiprofissional. São Paulo: Atheneu; 2001. p.139-57.

RIBEIRO, E.J. G; SHIMIZU, H. E. **Acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem.** Rev. bras. Enferm. Brasília, v.6, n.5, pp. 535-540, 2007.

ROSA, APARECIDA DE FARIA GIL et al.. **Incidência de LER/DORT em trabalhadores de enfermagem.** Acta Sci Health Sci., Maringá, v. 30, n. 1, p. 19-25, 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3072/307226622004.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2017.

SANTINI, A. M.; COSTENARO, R. G. S.; MEDEIROS, H. M. F.; ZABERLAN, C. **Estresse: vivência profissional de enfermeiras que atuam em UTI neonatal.** Cogitare Enferm, v.10, n. 3, p. 14-22, 2005. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/5388>>. Acesso em: 17 out. 2017.

SANTOS, F.D. et al. **O estresse do enfermeiro nas unidades de terapia intensiva adulto: uma revisão da literatura.** Rev. Eletrônica saúde mental álcool e drogas, v.6, n.1. São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38711>>. Acesso em: 07 de out. 2017.

SANTOS, J.M; OLIVEIRA E,B, MOREIRA AC. Estresse, fator de risco para a saúde do enfermeiro em centro de terapia intensiva. R Enferm UERJ. 2006; 14(4): 580-5.

SILVA E.A.C; TIPLLE, A.F.V; SOUZA, J.T; BRASIL, V.V. **Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar.** Rev Eletron Enferm [Internet]. 2010 [acesso 2013 Ago 15]; 12(3):571-7. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a23htm>>. Acesso em: 07 out. 2017.

SILVA J.A; PAULA V.S; ALMEIDA A.J; VILLAR L.M. **Investigação de acidentes biológicos entre profissionais de saúde.** Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009 jul-set; 13(3):508-16.

SILVA, L.S., VALENTE, G.S.C. **Riscos químicos hospitalares e gerenciamento dos agravos a saúde do trabalhador de enfermagem.** Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental, p. 21-24, 2012.

SILVA, M. K. D.; ZEITOUNE, R. C. G. **Riscos ocupacionais em um setor de hemodiálise na perspectiva dos trabalhadores da equipe de enfermagem.** Escola Ana Nery Revista Enfermagem, p. 279-286, 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/eand/v13n2/v13n2a07>>. Acesso em: 05 out. 2017.

SIMÃO, S. A. F. et al. **Fatores associados aos acidentes biológicos entre profissionais de enfermagem.** Cogitare Enfermagem, v.15, n.1, p. 87-91, 2010. Disponível em: <revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/17177/11312>. Disponível em: 05 out. 2017.

SOERENSENI, A. A; et. Al. **Acidentes com material biológico em profissionais do atendimento pré-hospitalar móvel.** Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em:< <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/bde-16401>>. Acesso em: 05 out. 2017.

TAVARES, J.; NUNES, L. **Comportamentos de saúde e de evitamento em operários fabris.** Revista Referência, v. 11, n. 5, p. 23-26, 2007. Disponível em <https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=6...>. Acesso em: 05 out. 2017.

TAKEDA E. **Riscos ocupacionais, acidentes do trabalho e morbidade entre os motoristas de uma central de ambulância do Estado de São Paulo.** São Paulo [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2002, p.8.

TAKEDA E; ROBAZZI M. L. C.C. Acidentes de trabalho com motoristas de ambulâncias que realizam socorro de urgência. Ver. Latino Americano. ENFERM , 2007.

TEIXEIRA, M. C. **A Invisibilidade das Doenças e Acidentes do Trabalho na Sociedade Atual**. Revista de Direito Sanitário. v. 13, n. 1, p. 102-131, 2012.

TRIVELLATO GC. **Metodologias de reconhecimento e avaliação qualitativa de riscos ocupacionais**. São Paulo: Editora Fundacentro, 1998.

UJVARI, S. C. **A História e suas epidemias**: A convivência do homem com os microorganismos. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Senac, 2003.

U.S. PUBLIC HEALTH SERVICE. Update U.S. **Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposure to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis**. MMWR Recomm Rep 2001; 50 (RR-11):1- 52.

ZAPPAROLLI, A. dos S.; MARZIALE, M. H. P. **Risco ocupacional em unidades de Suporte Básico e Avançado de Vida em Emergências**. Rev. Bras Enferm, v.59, n.1, p.41-6, jan-fev, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a08v59n1.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2017.

APÊNDECES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado(a) Sr(a):

Eu, Carlos Augusto da Silva Almeida, pesquisador responsável e professor do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN – FACENE/RN, e a aluna Maylla Mayara Rodrigues de Souza, estamos desenvolvendo uma pesquisa com o título: “ **RISCOS OCUPACIONAIS NO ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR**”. Tem-se como objetivo geral analisar na opinião dos profissionais atuantes no atendimento pré-hospitalar os riscos ocupacionais. Dessa maneira, busca-se aprimorar cada vez o conhecimento através de pesquisas científicas para que se desenvolvam intervenções pertinentes com o intuito de minimizar as exposições dos profissionais aos riscos ocupacionais em ambiente de APH, visando à educação em saúde. Sendo assim, a temática se torna pertinente para o campo da saúde e principalmente para os profissionais que atuam no APH, pois servirá de estudo e dados para compreensão dos riscos ocupacionais existentes nos locais de trabalho, de forma a disseminar conhecimento para que se possa garantir uma atuação mais segura para esses profissionais.

Convidamos o (a) senhor (a) participar desta pesquisa respondendo algumas perguntas a respeito do tema. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do(a) senhor(a) será mantido em sigilo. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação. Informamos ainda que o referido estudo poderá apresentar risco(s) para o(a) participante de constrangimento que possa ser gerado diante dos questionamentos, no entanto, os mesmos serão minimizados através da utilização de um instrumento que não proporcione conotações negativas de caráter pessoal ou profissional, bem como a realização da coleta de dados em um local reservado que proporcione total privacidade. Em relação aos benefícios espera-se que

os dados colhidos a partir da entrevista poderão esclarecer as dúvidas frente aos riscos ocupacionais.

A participação do (a) senhor(a) na pesquisa é voluntária e, portanto, não é obrigado(a) a fornecer as informações solicitadas pelo pesquisador. Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo. A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, agradecemos a contribuição do (a) senhor (a) na realização desta pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi o(s) objetivo(s), e a justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que o pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE. Estou ciente que receberei uma copia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador responsável.

Areia Branca , ____ de _____ de 20 ____.

Responsável da Pesquisa

Participante da pesquisa

¹Endereço residencial do(a) pesquisador(a) responsável: Av. Presidente Dutra, 701- Bairro Alto de São Manoel- Mossoró- RN – Brasil CEP:59.628-000. Fone: (84) 3312-0143. E-mail: carlos_enf@acnemossoro.com.br

²Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil CEP.: 58.067-695 - Fone : +55 (83) 2106-4790. E-mail: cep@facene.com

APÊNDECE B

FORMULÁRIO

DADOS DO PARTICIPANTE

1. **Idade:** _____
2. **Sexo:** F () M ()
3. **Função:** _____
4. **Tempo de serviço:** _____
5. **Já ouviu e/ou conhece o termo “Riscos Ocupacionais”?**
Sim () Não ()
6. **Sobre os risco ocupacionais, saberia identifica-los em seu ambiente de trabalho?**
Sim () Não ()
7. **Já sofreu algum acidente de trabalho? Se sim, descreva-o.**
Sim () Não ()

8. **Já presenciou algum acidente de trabalho? Se sim, descreva-o.**
Sim () Não ()

9. **Os riscos ocupacionais são classificados em cinco grupos, dentre eles, assinale os riscos que você julga mais presentes em seu ambiente de trabalho:**
() Risco Biológico
() Risco Físico
() Risco Químico
() Risco Ergonômico
() Risco Mecânico ou de Acidente
10. **Sobre os equipamentos de proteção individual (EPIs), assinale aqueles que você considera indispensáveis/obrigatórios em seu ambiente de trabalho:**
() Mascara () Gorro () Avental () Bota cano longo
() Óculos de proteção () Luvas de procedimento OUTROS

11. **Sempre faz uso de EPI?**
() Sim () Não

12. Você esta realizando ou auxiliando um procedimento de aspiração de secreção orofaríngea, paciente apresenta bastante secreção em cavidade oral, quais são os EPIs apropriados/necessarios para realização desse procedimento de forma que assegure sua proteção?

- Luvas de procedimento e Gorro;
- Óculos de proteção e mascara;
- Gorro, Óculos de proteção e luva estéril;
- Mascara, Óculos de proteção e luvas de procedimento;

13. Quais procedimentos devem ser tomados após um acidente de trabalho com perfuro cortante contaminado?

- Lavar com agua e sabão;
- Fazer assepsia no local da lesão;
- Comunicar ao hospital de referência, colher exame do paciente e do profissional e iniciar o coquetel mesmo que o resultado seja negativo;
- Realizar exames;

14. O que você entende por EPCs (Equipamento de proteção coletiva)? Podemos encontrar algum no seu ambiente de trabalho? Qual?

15. Ao fazer um atendimento (Imobilização em prancha e maca) de um paciente obeso, a qual risco você esta exposto?

- Físico
- Químico
- Ergonômico
- Biológico
- Mecânico ou de acidente

16. Você acha importante discutir o tema proposto (Riscos Ocupacionais)? Se sim, porque?

- Sim Não

17. A que risco ocupacional esta exposto o profissional, quando enfrenta um grande desgaste mental, ou lida com situações de estresse diariamente?

- Físico
- Químico
- Psicossocial
- Ergonômico
- Biológico

O risco citado acima, manifesta-se de forma silenciosa, afetando a saúde e o bem estar do indivíduo como : estresse, desgaste mental, transtornos, distúrbios como insônia e depressão; patologias psicossomáticas, como hipertensão arterial, entre outros; Nesse caso, procure ajuda de um profissional.

ANEXOS

