

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ – FACENE/RN
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

KARLA PESSOA ALVES DE LIMA

**AMBIENTE HOSPITALAR: uma análise dos riscos ocupacionais
que envolvem o profissional de Enfermagem no Pronto Socorro de
um Hospital de Referência de Mossoró/RN**

MOSSORÓ

2010

KARLA PESSOA ALVES DE LIMA

**AMBIENTE HOSPITALAR: uma análise dos riscos ocupacionais
que envolvem o profissional de enfermagem no Pronto Socorro de
um Hospital de Referência de Mossoró/RN**

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

ORIENTADOR: Prof. Esp. Francisco Rafael Ribeiro Soares

MOSSORÓ

2010

KARLA PESSOA ALVES DE LIMA

**AMBIENTE HOSPITALAR: uma análise dos riscos ocupacionais
que envolvem o profissional de Enfermagem no Pronto Socorro de
um Hospital de Referência de Mossoró/RN**

Monografia apresentada pela graduanda Karla Pessoa Alves de Lima, do Curso de Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovada(o) em: ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Esp. Francisco Rafael Ribeiro Soares (Orientador)

Prof. Esp. Joseline Pereira Lima (Membro)

Prof. Esp. Lauro Geovane Morais Rodrigues (Membro)

Fico muito feliz em terminar uma etapa e iniciar outra de muitas outras etapas em minha vida. Tudo até agora que conquistei devo a várias pessoas. Hoje, digo que estou realizada e feliz por mais uma consagração. Obtive um dia a dia árduo e, se não houvesse isso, com certeza eu não estaria com este gostinho de vitória na boca. Dito isso, Meu Senhor, **MAINHA e PAINHO** e, além de vocês, **Tia GORETE**, e a meu “**Amor**”, **BRÁULIO Leal**, todo este trabalho

DEDICO!

AGRADECIMENTOS

São muitos os agradecimentos, aqui vai algo de coração e, retorno ao primeiro parágrafo após uma folha e meia de “obrigadas”, pois durante a escrita estou realizando com lágrimas de alegria.

A nosso **Senhor JESUS CRISTO**, pelas oportunidades que me dá, e com o tempo aprendo a aproveitá-las. Obrigada, por “conversar” comigo nos momentos de aperreio, pois é frequentemente durante eles que eu mais O procuro, não é? Obrigada, por sempre me mostrar os caminhos que devo rumar minha vida, quando sempre consigo alcançar meus objetivos, eles podem demorar, porém o SENHOR sempre me ajudou e por isso estou concluindo mais uma fase de minha vida.

Aos meus pais, **Maria das Graças e Antônio Alves**, por me apoiarem, me estressarem, me mostrarem quando estou errada, apesar de eu não admitir, mesmo sabendo que estou, pelo amor incalculável, pela dedicação, sabendo que não seria fácil manter-me em outra cidade; obrigada, pelo trabalho e pela persistência em apostar na sua caçula.

A **Tia Gorete Pessoa**, por me abrigar em sua casa durante esses quatro anos; a senhora foi uma arma imprescindível na conquista desta batalha; obrigada pelo apoio, pela paciência em suportar minhas bagunças em sua casa. Sem a senhora eu não estaria nesta fase de vitória em minha vida.

A minha irmã, **Andréia Pessoa**, que pouco a vejo, porém quando você atende a uma ligação minha, e encoraja-me também, eu me revigoro, retiro forças de onde não há, pois em minha cabeça você, unicamente desde o início nunca desacreditou em minha pessoa; Eu, Karla Pessoa, devo-lhe meu sucesso!

A **Mãe Maria do Carmo e a Pai Miguel**, meus avós, “obrigada”, por se orgulharem de mim, e prometo-lhes que tentarei mais ainda ser fontes de orgulho maior dos dois.

A toda **Família**, pela torcida, aos que estão próximos ou distantes, por contribuírem e confiarem em minha capacidade pessoal com sorrisos, palavras e momentos.

A meu namorado, **Bráulio Leal Marques**, melhor amigo e minha paixão, pela paciência em ouvir desabaços, em suportar surtos; mesmo ele não tendo culpa em me dar apoio, suporte, força, coragem, amor, carinho, compreensão e por acreditar em mim; pela paixão, que acredita em que eu Posso e que eu chegarei longe, além de suas palavras o que me encoraja é o seu semblante de orgulho; isso sim, não me permite desencorajar. Um desabaço é

que nunca gostei desta cidade e, quando o conheci e me enamorei, tudo ficou mais alegre. Obrigada, Amor.

A **Zenaide Jussânia, Werner Marques e Tatiana Leal**, por me abrigarem e me receberem em sua residência, fazendo sempre com que seja a minha segunda casa em Mossoró; pelo acolhimento, pelas palavras, pelas horas maravilhosas de risos, saídas, descontração, seriedade, torcida Mor, Obrigada!

A meu **Orientador, Francisco Rafael Ribeiro Soares**, que, com competência, paciência, respeito, carinho, amizade, senso de humor em horas críticas, atenção e todos os ensinamentos oferecidos a este árduo trabalho.

A minha banca examinadora, representada pelo meu orientador, **Rafael Soares**, a professora **Joseline Lima** e o professor **Lauro Rodrigues**, por me elogiarem e criticarem, tudo para melhoria do meu trabalho e validação do meu esforço como acadêmica e tornaram possível a minha formação com Enfermeira.

Ao **Hospital Regional Dr. Tarcísio de Vasconcelos Maia**, pela autorização da realização da pesquisa, e seu corpo de funcionários, que aceitaram participar com o máximo de ajuda possível.

Ao **Corpo Docente da FACENE**, por propiciar conhecimento geral e específico para me preparar para o mercado de trabalho. Nele estiveram: Francisco Rafael; Thiago Enggle; Joseline Lima; Ivone Borges; Lucídio Clébson; José Rodolfo; Lorraine Solano; Ildone Forte; Ismênia Gurgel; Fausto Guzen; Tatiana Oliveira; Ana Cristina Arrais; Robson Basílio; Leonardo; Nathália; Priscila Bertevello; Fábio; Raquel; Karla Simões; Patrícia Josefa; FALTA, à Coordenação que se fez desde 2007.1 até 2010.2.

Aos **Funcionários**, que tornaram a Faculdade melhor de se estar fora dos horários de estudos.

A **Tamara Gurgel**, minha amiga quase irmã, que fiz nesses quatro anos, pela sua amizade verdadeira, por estar sempre ao meu lado, por me amar do seu jeito, acreditando em mim e direcionando-me no caminho certo. Você me apareceu como um presente, uma irmã separada na maternidade e reencontrada em um passo da vida com seu jeito de ser.

A **Lídia Helena, Alexsandra Bessa e Saulo Rogério**, os quais, além de me concederem sua genuína e verdadeira amizade, preocupação, carinho e amor, deram-me carona durante esses quatro anos. (Risos e risos escrevendo isso).

Aos amigos inconfundíveis como, **Inahra Uchôa** (purpurina pura); **Déborah Albuquerque** (boazinha, boazinha, mas, quando se estressa, nem eu escapo); **Shirley Cleide** (louca e ensina-me muito sobre a prática e outras coisas); **Vívian Lopes** (goiaba chique que

nem ela não existe); **Ana Gabriela** (morena cremosa); **Tereza Stella** (enfezadinha, que briga com e sem razão, sabe lutar por seus direitos, e vende como ninguém); **João Peixoto** (gasguitoooo, parece que toma água de chocalho com uma difusora); e **Willian Alves** (que me proporcionou várias aventuras e momentos hilariantes e me matava de vergonha, às vezes, durante a faculdade e os estágios, e até apelidos proibidos para entrarem nesta monografia). Vocês me acompanharam, me deram sua amizade, me fizeram rir, tentaram brigar comigo, mas eu resisti nesses quatro anos, que mesmo com diferenças e teimosias, participaram viveram comigo todo esse tempo.

Aos demais Colegas de Sala, que não foram menos importantes para meu aprendizado e crescimento, eu agradeço a vocês também.

Aos hospitais, campos de estágio, preceptores como, **Soraia, Raimunda, Jaiza, Cinara, Edson, Rafael, Thiago, Raiane, Joseline, Lucídio**, dentre outros, que me ensinaram o que sabem e contribuíram para o meu profissionalismo e conhecimento teórico-práticos das disciplinas cursadas na faculdade.

A **Kamila Pessoa**, minha prima que eu Amo muito, estamos distantes nesses quatro anos, porém eu sei de todo meu coração que você, todos os dias, torce por mim na mesma intensidade que eu torço por você. Estamos muito perto de realizar todos aqueles nossos sonhos. Amo-te, Prima.

Ao **Jorge Castro, Fernanda Ferreira, Inácio Pereira e Vanessa Nunes**, pela solidariedade, incentivo e amizade mesmo distantes. Amo vocês.

Ao **Leonardo e os meninos da gráfica**, os quais conheci, através de Tâmara, e que me ajudaram a imprimir todos esses trabalhos por um preço ótimo e, quando eu vou lá, não paro de rir com eles.

É preciso que você se torne a mudança que
deseja ver no mundo (Mahatma Gandhi)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 PROBLEMA	14
1.2 HIPÓTESE	14
1.3 JUSTIFICATIVA	14
2 OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1 A HISTÓRIA DA SAÚDE DO TRABALHADOR	17
3.1.1 Aspectos Históricos da Saúde do Trabalhador	17
3.1.2 O Trabalhador na Atualidade	19
3.2 A SAÚDE DO TRABALHADO NO CONTEXTO DA ENFERMAGEM	22
3.2.1 Enfermagem: uma Abordagem Histórica	23
3.2.2 Debatendo os Riscos Ocupacionais	25
3.2.3 As Normas Regulamentadoras Aplicadas à Saúde	27
4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	30
4.1 DELINEAMENTO METODOLÓGICO	30
4.2 LOCAL DE ESTUDO	30
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	31
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	32
4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	32
4.6 ANÁLISE DE DADOS	33
4.7 PROCEDIMENTO ÉTICO E LEGAL	34
4.8 FINANCIAMENTO	35
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	36
5.1 DIRECIONADO AOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM	36
5.2 LOCAL DE ESTUDO	42
5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	50
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICES	65
ANEXOS	72

RESUMO

A temática surgiu pela percepção de que o trabalho, no âmbito hospitalar, é árduo e permeado por riscos, principalmente aos trabalhadores de enfermagem que, em seu cotidiano, se expõem a todos os tipos de riscos ocupacionais e, de certa forma, se intensifica na parte mais dinâmica de um hospital, o Pronto Socorro. Estes, por se configurarem em uma problemática de questão pública, ainda assim são pouco estudados e a categoria da enfermagem deve receber maiores atenções no que se refere a riscos ocupacionais em um hospital por sua exposição a acidentes. Essa preocupação tornou-se o objeto de estudo para o qual se tem o objetivo geral de analisar as consequências dos riscos ocupacionais para a saúde dos profissionais de enfermagem no setor do Pronto Socorro do HRTM. E objetivos específicos de identificar os principais riscos ocupacionais a que estão expostos os trabalhadores da enfermagem do Pronto Socorro do HRTM; identificar quais as doenças ocupacionais mais frequentes naquele setor; investigar os impactos que estes fatores desestruturantes do processo saúde-doença do trabalhador têm sobre o processo de produção dos serviços de enfermagem. Para desenvolver este estudo, optou-se pela realização de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, para a qual se utilizou a técnica de coleta de dados por entrevista semi-estruturada, através de uma gravação por *Ipod*. A entrevista foi realizada no período de 27/08/2010 a 19/09/2010, com 03 representantes do núcleo de saúde do trabalhador; 08 técnicos de enfermagem do Pronto Socorro e 04 representantes da CIPA, recém-formada no HRTM. Após as entrevistas, a análise de dados foi feita com base no Discurso do Sujeito Coletivo. Foi notado que a noção dos trabalhadores de enfermagem é bastante aquém das expectativas nessa área, estando muito inferior do que é necessário para precauções pessoais. Os mesmos estão sofrendo acidentes sem analisar e saber o que são acidentes de trabalho; então, necessita-se de que o hospital divulgue em maior proporção o assunto, o que poderá ser alcançado através da educação permanente em saúde. Portanto, os trabalhos feitos e divulgados pelo Núcleo de Saúde do Trabalhador – NST são impactantes no processo saúde-doença do profissional de enfermagem que os acompanha. Mas, durante as entrevistas, notou-se que poucos são os funcionários que participam e têm conhecimento sobre riscos ocupacionais. Então, faz-se necessário que se torne possível a modificação da estrutura física do HRTM, além do dimensionamento e forma de organização do pessoal, para que, assim, minimizem-se, em grande escala, os riscos ocupacionais que existem no PS.

Palavras-Chave: Enfermagem. Riscos Ocupacionais. Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT

The subject arose from the perception that work, on hospital facilities, is tough and surrounded by risks, mainly the nurse workers that daily exposes themselves to all kind of occupational hazards and, somehow, get intensified on the most dynamic area of the hospital, the Emergency room. These, by configuring it as a public problem, still understudied and the nurse category has to receive a bigger attention regarding to occupational hazards in a hospital for accidental exposures. This concern has become the object of study to analyze the consequences of the occupational hazards to the nurse worker's health on the ER of HRTM. And the goals to identify the mainly occupational hazards that the ER nurse workers in HRTM are exposed; Identify what are the most frequently occupational diseases; Investigate the impacts that these destabilizing factors of the worker health-disease process has on the nursing productive process. To develop this study, was chosen to do an exploratory research with qualitative approach, for which was used the semi structured interview recorded by Ipod. The interview was realized in the period of 27/08/2010 to 19/19/2010 with 3 representatives from the Worker's health center; 8 practical nurses from the ER and 4 CIPA representatives, recently formed in HRTM. After the interviews, the data analysis was done based on the collective subject discourse. It was noted that the idea of the nurse workers is very beyond the expectative in the area, been a lot behind than is necessary for their own care. There are suffering accidents and not analyzing to know what occupational accidents are; so, it's necessary that the hospital spread with more effectiveness the subject, what can be accomplished with permanent education in health. However, the jobs done and released by the Worker's Health Center are very striking for the Nurse Workers health-disease process that accompanying. But, during the interviews, has been noted that only a few are the employees that participate and have the knowledge about occupational hazards. So, it's necessary to make it possible to modify the physical structure in HRTM, beyond scaling and people organizational models, so that just minimize, in large scale, the occupational hazards that exists in the ER.

Key-words: Nursing. Occupational Hazards. Worker's Health.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Análise de Discurso do Discurso do Sujeito Coletivo	ADSC
Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde	CNES
Centro de Controle em Infecções Hospitalares	CCIH
Comissão Interna de Prevenção de Acidentes	CIPA
Comitê de Ética e Pesquisa	CEP
Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador	CNST
Diário Oficial da União	D.O.U
Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia	HRTM
Lei Orgânica da Saúde	LOS
Ministério da Saúde	MS
Normas Regulamentadoras	NR
Núcleo de Saúde do Trabalhador	NST
Organização Internacional do Trabalho	OIT
Pronto Socorro	OS
Recursos Humanos	RH
Serviço de Arquivo Médico E Estatística	SAME
Sistema Único de Saúde	SUS
Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho	SIPAT
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	TCLE

1 INTRODUÇÃO

A evolução histórica e dinâmica da área de segurança e saúde do trabalhador tem seu marco inicial durante a revolução industrial. Já a luta pelos interesses trabalhistas na promoção à saúde, através da prevenção dos riscos ocupacionais, ocorreu durante a II Revolução do Capitalismo Industrial, esta que se encontra diretamente associada à demanda de trabalho na pós-segunda grande guerra. Fato também é a aceitação de uma multicausalidade ao adoecimento do trabalhador e de um ambiente integral incorporado por riscos/fatores de risco ocupacionais¹ e causas (TEIXEIRA; VALLE, 1996).

No Brasil, essa evolução se torna como prática à saúde do trabalhador durante os anos de 1980, após a regulamentação ao direito à saúde através de ações epidemiológicas e ações sanitárias (RIBEIRO; SHIMIZU, 2007). Na atualidade, o fato se caracteriza como problema de saúde pública, em que a prestação de serviço à saúde do trabalhador age diretamente em ações de biossegurança aos riscos ocupacionais, que são inerentes e se encontram interligadas a ações assistenciais (Brasil, 2001c).

Brasil (2001a, p.7) definiu trabalhador como “toda pessoa que exerça uma atividade de trabalho, independentemente de estar inserida no mercado formal ou informal”. Ainda de acordo com Brasil (2001c, p.7), “o termo Saúde do Trabalhador refere-se a um campo do saber que visa a compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde/doença”, assim, entende-se que os riscos ocupacionais relacionados à realização e prestação da assistência de enfermagem se englobam justamente no processo saúde-doença.

Segundo Brasil (2001c, p.27), referente às doenças relacionadas ao trabalho, “o reconhecimento do papel do trabalho na determinação e evolução do processo saúde-doença dos trabalhadores tem implicações éticas, técnicas e legais (...)”. Papel que, associado a potenciais nocivos, torna-se uma temática de elevada relevância para o desenvolvimento de uma pesquisa acadêmica, a fim de proporcionar alternativas e auxílio para um melhor contato e entendimento do tema.

Um aspecto inerente a tal problemática diz respeito à falta de identificação dos riscos potenciais, análise e elaboração de educação permanente para atualização e treinamento dos profissionais e até mesmo a infraestrutura inadequada. Estes riscos podem ser denominados

¹ Classicamente, risco seria a probabilidade do acontecimento de um incidente ou episódio adverso, relacionado com a magnitude dos agravos ou perdas, resultantes dos mesmos (DeCS, 2010). Fator de risco refere-se a um fato observável, ligado “aos aspectos do comportamento individual, como hábitos, exposição ambiental, características hereditárias ou congênitas, associados à condição de saúde com base em evidências epidemiológicas” (LAST 2010 apud DeCS, 2001).

de acordo com a sua natureza no ambiente de trabalho, nas condições para sua execução, demanda de atividades, carga horária excessiva e suporte profissional adequado durante o trabalho (SILVA; FELLI, 2002). Essa realidade é passível de mudanças e torna-se um aliado importante para a saúde do trabalhador.

Assim, os riscos ocupacionais se configuram como um problema de saúde pública que cresce exponencialmente, principalmente na classe da enfermagem. Em um Pronto Socorro, onde o enfoque durante a assistência é a ação imediata do serviço, resulta por impactar no estado físico e psicológico do prestador de serviço. Torna-se evidente, no entanto, que doenças relacionadas ao trabalho trazem significantes consequências, tanto para o profissional quanto para a instituição e na forma do atendimento aos demais clientes. Por tal fato, é importante salientar a utilização de um mapa de riscos, para identificar os riscos ocupacionais no PS da instituição hospitalar.

O Hospital Regional Tarcísio Maia é considerado pelo Cadastro Nacional de Estabelecimento em Saúde – CNES (BRASIL, 2010) um hospital de grande porte, localizado no município de Mossoró, cujo nível de atenção de média complexidade serve como campo de estágio para instituições de nível superior e técnico da cidade, com administração direta da saúde e está integrada à rede do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Lei Orgânica 8080/90.

O Pronto Socorro (PS) do hospital é composto por: cadastro dos pacientes/recepção; acolhimento e classificação de risco; sala de Eletrocardiograma – ECG; sala de estabilização; pediatria; pequena cirurgia com capacidade para dois clientes; posto para medicação; repouso masculino com 10 leitos, mas somente quatro cadastrados, segundo o CNES (BRASIL, 2010); repouso feminino com 08 leitos, mas somente quatro cadastrados, de acordo com o CNES (BRASIL, 2010); ainda tem o setor de imagem, anexado ao OS, composto por sala de traumatologia, sala de Raios-X, tomografia, endoscopia, sala de ultrassom.

Ainda debatendo sobre o setor, ele possui em sua escala de trabalho a atuação de 16 enfermeiros, 48 técnicos e auxiliares de enfermagem lotados nessa unidade, em média cumprem a carga horária de 144h mensais, mas há quem cumpra menos horas por trabalhar em outra localidade pelo estado, e também aqueles que trabalham em escalas extras, como jornada especial do regime hospitalar. O mesmo ocorre com o setor de imagem.

Para os profissionais de enfermagem, os riscos ocupacionais ligados ao ambiente hospitalar estão relacionados à prestação da assistência assim como o ambiente em si, pois, em seu cotidiano, há uma exposição contínua aos fatores de risco, sendo eles: físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, situacional, dentre outros (BRASIL, 2001a).

Partindo da experiência pessoal, no decorrer da formação acadêmica, foi percebido que os trabalhadores de enfermagem que se encontram há um determinado período de tempo na profissão realizam o exercício da profissão com deficiências no processo de produção dos serviços referentes à saúde e segurança durante o trabalho. Essas carências podem estar associadas ao cansaço e desgaste pelo exercício contínuo da função, sobrecarga de atividades, carência técnico-científica e até mesmo pela infraestrutura disponível para realização de seus procedimentos.

Diante do exposto, este trabalho tem como objeto de estudo a observação e verificação dos riscos e condições predisponentes, junto à equipe profissional de enfermagem, para determinar os riscos ocupacionais existentes no setor do Pronto Socorro. Em pauta para análise, é proposto, através desta investigação, buscar respostas para a seguinte questão de pesquisa:

1.1 PROBLEMA

De que forma os riscos ocupacionais e as doenças relacionadas ao trabalho interferem na dinâmica do cuidado prestado pela equipe do Pronto Socorro do HRTM?

1.2 HIPÓTESE

A presença de riscos ocupacionais biológicos, psicológicos, ergonômicos, ambientais, químicos, dentre outros, atrelados a situações como carga horária excessiva, alta demanda de trabalho, ausência de projetos de educação permanente e tempo de trabalho, acabam por influenciar negativamente no processo saúde-doença do trabalhador de enfermagem, aumentando os índices de absenteísmo e prejudicando a dinâmica da assistência.

1.3 JUSTIFICATIVA

A intensidade do problema no âmbito hospitalar, primordialmente no Pronto Socorro, não é bem estudada no Brasil, pois, além de existirem poucos artigos acadêmicos que indicam a incidência, não se tem uma estatística precisa. Os poucos textos que nos são propiciados trazem dados notificados, porém bastante vagos, pois se tem a ciência de que existem inúmeros dados subnotificados em várias instituições.

Como valor pessoal, este estudo possibilita uma forma de abrangência do conhecimento sobre a saúde do trabalhador, formação de conhecimento base, assim como esclarecer aos mesmos os agravantes ao processo saúde-doença do trabalhador.

Na academia, o trabalho proporciona uma contribuição ao meio científico de modo a que se acrescentem dados e informações ao tema Saúde do Trabalhador no âmbito da Enfermagem, principalmente em um setor tão dinâmico como o PS de um Hospital de referência e suporte regional para Urgências e Emergências.

À sociedade, justifica-se por haver manutenção e preservação da saúde do trabalhador ativo, para exercício de suas atividades laborais, pois a ausência do profissional e sua prestação de serviço à sociedade regridem o potencial trabalhista durante a própria assistência à saúde da população.

É relevante também o valor para a instituição hospitalar, pois, quando se distingue a proporção do problema em um determinado setor e ao mesmo tempo se avalia a perspectiva do profissional, é possível buscar subsídios para investimentos no trabalho preventivo com profissionais especializados na área de atuação em enfermagem do trabalho.

Para tais profissionais no seu exercício de trabalho no OS, além do acesso ao estudo após conclusão do mesmo, a promotora da pesquisa irá disponibilizar um mapa experimental de riscos setorial do PS. O acesso aos interessados presta um serviço aos profissionais e à gerência através do conhecimento dos principais riscos ocupacionais e suas respectivas áreas onde ocorrem os incidentes.

De tal modo, o estudo tem grande valor para o trabalhador de enfermagem, pois poderá contribuir para uma melhor compreensão dos riscos ocupacionais existentes, e, portanto, favorecer a identificação do problema bem como contribuir para um maior policiamento de suas ações na forma de reagir como prevenção causal e disponibilizar futuras atividades educacionais aos profissionais.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as consequências dos riscos ocupacionais para a saúde dos profissionais de enfermagem no setor do Pronto Socorro do HRTM.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os principais riscos ocupacionais a que estão expostos os trabalhadores da enfermagem do Pronto Socorro do HRTM;
- Identificar quais as doenças ocupacionais mais frequentes naquele setor;
- Investigar os impactos dos fatores desestruturantes do processo saúde-doença do trabalhador têm sobre o processo de produção dos serviços de enfermagem.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A HISTÓRIA DA SAÚDE DO TRABALHADOR

A abordagem da categoria referente à saúde do trabalhador tem avançado nas últimas décadas, no entanto, para trabalhar essa hierarquia, é necessário um breve relato histórico e ativo dessa “nova era” do trabalho, revisando todas as políticas existentes voltadas para a saúde do trabalhador. (MENDES, 2007a)

3.1.1 Aspectos Históricos da Saúde do Trabalhador

O trabalho faz parte da história desde os primórdios da humanidade, como na caça e pesca de um nômade ou das primeiras comunidades que habitaram e fixaram moradia, realizando a economia primitiva na história. Até que se deu início à servidão coletiva nas regiões orientais. Neste ponto os escravos e servos não eram preocupação, já que a servidão era para um único poder e sempre haveria mão de obra (VICENTINO, 2002).

Após a passagem pela expansão marítima e revolução comercial durante a Idade Moderna, foi o período em que Bernardino Ramazzini (1633-1714) escreveu na Itália a sua primeira edição do livro que repercutiu o mundo referente à saúde do trabalhador, cuja denominação é *De Morbis Artificum Diatriba*, traduzido para o português com o título: *As doenças dos trabalhadores*, publicado em 1700. Ele, importante pesquisador, foi intitulado como o “pai da medicina do trabalho” (MENDES, 2007b). Essa obra é a tradução da pergunta básica que os médicos deveriam saber de seus pacientes: Qual a sua profissão? (BRASIL, 2001c).

Entre os séculos XVIII e XIX, houve a 1ª Revolução Industrial, que é definida como o período em que houve a mecanização industrial. Para determinar sua origem, os países que comercializavam matérias-primas e especiarias retiraram uma parcela do capital do comércio para o setor de produção, finalizando o modo feudalista e implantando o modo de produção capitalista, que perdura até os dias atuais na maioria das nações (VICENTINO, 2002).

Durante esta primeira revolução industrial, a saúde do trabalhador ganhou destaque:

A Saúde do Trabalhador constitui uma área de saúde pública que tem como a promoção e a proteção da saúde do trabalhador, por meio do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde do trabalhador e à organização e prestação da assistência aos

trabalhadores, compreendendo procedimentos de diagnóstico tratamento e reabilitação de forma integral, no SUS. (BRASIL, 2001 p.17)

A comunidade acadêmica que estuda o interesse trabalhista através dos riscos ocupacionais ressalva que o seu apogeu se deu durante a II Revolução do Capitalismo Industrial, diretamente associada à demanda de trabalho na pós-segunda grande guerra, de modo que os industrialistas tinham em mente a manutenção do ritmo de trabalho e de produção para que os seus produtos suprissem a necessidade de um mercado capitalista (HAAG; LOPES; SCHUCK, 2001).

Outro fato importante é a origem da medicina do trabalho, pois, segundo Mendes (2007a, p. 13), logo após essa revolução capitalista “as condições do trabalho longo, penoso e perigoso, e os ambientes de trabalho agressivos ao conforto e à saúde rapidamente produziram graves danos à saúde dos trabalhadores”, dando margem para a aceitação de uma multicausalidade ao adoecimento do trabalhador e de um ambiente integral incorporado por riscos ocupacionais (MEDEIROS, 2000).

Portanto, para o surgimento da medicina do trabalho, foi levada em consideração além desses fatores, a ocorrência de que havia uma grande quantidade de pessoas em uma empresa, na sua maioria mulheres e crianças pela mão de obra barata, bem como o alto índice de doenças infectocontagiosas, mutilações e morte durante o manuseio das máquinas.

Ainda entre os séculos XVII e XVIII, com relação ao Brasil, os textos iniciais eram referentes à realidade de um país escravista, onde visava à “manutenção da saúde dos escravos das lavouras do Nordeste e das minas de Minas Gerais, de modo que se permitisse o continuar da produção pela exploração da mão de obra escrava” (RIBEIRO, 1997 *apud* MENDES, 2007a). No século subsequente, com a família real presente e a rota marítima chegando ao país, foi marcado o início de uma medicina social. Esse interesse foi se desenvolvendo e se tornando uma causa de interesse público pela chegada de doenças junto às essas companhias marítimas.

A partir do Tratado de Versalhes, em 1919, teve início a Organização Internacional do Trabalho – OIT, mas criou e apresentou sua primeira lista de doenças ocupacionais, em 1925, constando apenas três doenças, diferentemente da Alemanha, que já obtinha onze tipos de doenças relacionadas ao trabalho. Neste sentido com o querer saber, estas listas foram se expandindo como forma de sistema aberto, e outros países adotavam diferentes formas de sistema para referenciar suas legislações (MENDES, 2007a).

3.1.2 O Trabalhador na Atualidade e as Políticas que os Envolve

O trabalho, desde seus primórdios, convive com o homem em sua era, como já foi sinônimo somente de sobrevivência em culturas no passado. Nas décadas passadas, ele discorre como atitude para inclusão social. Porém agora, o trabalho virou sinônimo de *status* e domínio (DANTAS, 2007). O processo de trabalho em saúde lida com a geração e a satisfação das necessidades humanas.

Cesar-Vaz (2007) complementa que o processo de trabalho em saúde segue para a “direção de ações interativas e participativas possíveis a partir da ampliação da decisão, da programação, do planejamento, da supervisão e coordenação do processo de trabalho para a consecução estratégica da saúde na dimensão socioambiental”.

Esse processo de trabalho passou por mudanças revolucionárias com a junção do taylorismo² ao fordismo³. No primeiro, a empresa teria dedicação exclusiva a um único produto com divisão hierárquica entre gerentes e operários, enquanto o segundo complementaria com a busca por uma maior produtividade, controlando os movimentos das máquinas e dos homens no processo de produção, prejudicando o trabalho por meio da lei de oferta e procura, através de mão de obra abundante e barata (VICENTINO, 2002).

Nesse aspecto, o homem passou a se tornar “homem máquina” pela sua atividade diária de movimentos repetitivos durante a montagem em série. Esse contexto mudou quando ocorreu à globalização capitalista, nos anos 60, abrindo portas para o comércio exterior e a inserção de novas tecnologias no trabalho, exigindo conhecimento específico ou como é mais denominado técnico/científico, dando início ao neoliberalismo⁴ no Brasil e no mundo.

Dessa forma, o neoliberalismo norteia o capitalismo para um dinamismo econômico tecnológico, com livre mercado, que começa a tratar do individualismo e a liberdade na competitividade, voltando sua produção privatista para uma comunidade igualmente consumista, eximindo o Estado das questões sociais. Em um país como Brasil, emergente em sua situação industrial e que adotou o neoliberalismo como modo político, nutriram-se os

² O Taylorismo é uma teoria criada pelo engenheiro Americano Frederick W. Taylor (1856-1915), que constatou que os trabalhadores deveriam ser organizados de forma hierarquizada e sistematizada, ou seja, cada trabalhador desenvolveria uma atividade específica no sistema produtivo da indústria (especialização do trabalho). (MUNDO ESDUCAÇÃO, 2010).

³ Dando prosseguimento à teoria de Taylor, Henry Ford (1863-1947) desenvolveu seu procedimento industrial baseado na linha de montagem para gerar uma grande produção que deveria ser consumida em massa. Os países desenvolvidos aderiram totalmente, ou parcialmente, a esse método produtivo industrial, que foi extremamente importante para consolidação da supremacia norte-americana no século XX. (MUNDO EDUCAÇÃO, 2010).

⁴ Foi uma reação teórica e política veemente contra o Estado intervencionista e de bem-estar (ANDERSON, 1995 p.1).

indicadores de pobreza e desigualdade, pois as condições de trabalho tendiam a piorar, já que havia bastante mão de obra com o desemprego ascendente, e então os mais carentes se submetiam a salários menores, contratos provisórios (TEIXEIRA; VALLE, 1996).

No início da República, momento em que o Brasil se consolida com a importação e exportação crescente, surgem pequenas discussões entre sanitaristas sobre a saúde populacional no geral e movimentos reivindicatórios isolados referentes à saúde do trabalhador, que buscava melhorias nas lavouras. Um modelo assistencial naquela época implantado foi o Sanitarista Campanhista⁵, em que os guardas sanitários estabeleceram uma luta contra as epidemias emergentes em campos agrícolas e nas zonas “urbanas”, levando o nome da primeira política de saúde pública (RODRIGUES; ARAÚJO, 2010).

Diante do exposto, o Ministério da Saúde, em meados da década de 80, implanta o programa de saúde do trabalhador, tendo em panorama várias abordagens políticas que serão citadas posteriormente. A “temática da organização dos serviços de saúde, e as práticas de atendimento à população revestem-se, no Brasil, de uma importância estratégica” (SILVA JÚNIOR, 2006 p.19).

Ao dar os seus primeiros passos industriais e o desenvolvimento dos trabalhadores urbanos, o país teve a aprovação da Lei nº 4.682, devido a exigências por parte dos trabalhadores pela existência de uma assistência à saúde de qualidade e melhores condições de trabalho, dando origem às Caixas de Aposentadoria e Pensão – CAPs, regulamentadas pelo Estado em 1923 (CARVALHO; SANTOS, 2006).

Na era Vargas, durante a década de 30, as CAPs passaram a ser o Instituto de Aposentadoria e Pensão – IAP; enquanto este assistia todos os trabalhadores, aquele prestava assistência por categoria profissional. E em 1938, foram dados o adicional de insalubridade e o salário mínimo (COHN; ELIAS, 2005).

O modelo Médico Assistencial Privatista⁶ teve início a partir de 1964, utilizando a união dos IAPs junto ao modelo de previdência social, chamado de Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, preservando a assistência individual do trabalhador com a compra do serviço especializado em hospitais e clínicas privadas, visando ao lucro e à cura, com a assistência essencialmente fragmentada “homem-máquina” (CARVALHO; SANTOS, 2006).

⁵ Modelo baseado em ações coletivas do estado para o atendimento das necessidades do sistema econômico vigente (FERNANDES, 2000 p.9).

⁶ Modelo surgido para suprir a nova forma de economia, já industrializada, trabalhando no controle da capacidade de trabalho das forças produtivas (FERNANDES, 2000 P.15).

Na década de 1970, com o surgimento do Estatuto dos Trabalhadores, Art. 18 da Constituição Italiana de Maio de 1970, Buonfiglio (2002) ressalva que esse fato legaliza a flexibilidade para liberação das demissões imotivadas, e isso deu início a manifestações sindicais e mobilizando os trabalhadores para uma defesa trabalhista.

Quando a indústria se torna a base de produção e há o desenvolvimento de uma força de produção nas zonas urbanas, o país segue o estatuto dos trabalhadores mediante a década anterior em reciprocidade com as ações ocidentais (MENDES, 2007a). “Nos anos 1980, o movimento da saúde do trabalhador emergiu no bojo do processo sociopolítico de reconstrução democrática do país, ao final da ditadura militar” (MENDES, 2007b).

Com o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira⁷, que teve seu apogeu na 8ª Conferência Nacional de Saúde e I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – CNST, ambas em 1986, apresentaram suas diretrizes e tomaram forma na Constituição Federal de 1988 e incorporada na lei Orgânica de Saúde 8.080/90, criando o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990).

Denominou-se esse processo de movimento, não só por representar a aglutinação organizada de entidades e pessoas com objetivos e formas de manifestações articuladas no cenário social e político, como por ser espécie de ato contínuo do chamado movimento sanitário, que deu corpo e forma à Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 2006 p.17)

A 8ª Conferência Nacional de Saúde⁸, em 1986, propusera diretrizes que, durante seu relatório final, serviu de base para a construção da seção de saúde na Constituição Federal de 1988, a qual determina que

Saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1988).

O Art. 7º da Constituição Federal de 1988, modificado pela Emenda Constitucional (EC) 26/2000, regulamenta os direitos dos trabalhadores urbanos e rurais. O Art. 200 complementa a relação da saúde do trabalhador integrado no SUS, no que compromete ao mesmo agir na fiscalização de procedimento; realização da vigilância sanitária e

⁷ Projeto contra-hegemônico baseado na instituição de um modelo democrático de saúde (FERNANDES, 2000 p. 25).

⁸ Espaço de discussão, com participação da comunidade brasileira sobre práticas de saúde configuradas a partir de um novo conceito de saúde como sendo determinada pelas condições de vida (FERNANDES, 2000 p. 25).

epidemiológica para saúde do trabalhador; repassar recursos humanos na assistência; proteger o meio ambiente e o trabalho. Todos os artigos estão integrados nos princípios da equidade para ter acesso total, integralidade no atendimento e universalidade das ações, junto à descentralização das gestões aplicadas ao SUS (BRASIL, 1988).

Após a 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – CNST, que marcou a existência de uma novidade no que diz respeito à área de atenção à saúde do trabalhador no país, foi elaborada uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Já a 2ª CNST teve como tema principal "Construindo uma Política de Saúde do Trabalhador". É sabido que essas políticas debatidas não foram implantadas, pois há uma oposição por parte dos órgãos do Trabalho e da Previdência Social (BRASIL, 2001b).

Seguindo esse contexto em Mossoró, no ano de 2006, foi criado o Centro de Atenção à Saúde do Trabalhador Humberto Mendes, composto por: Médico do trabalho, Assistente Social, Técnico de Segurança do Trabalho, Educador, Enfermeiro e Técnico de Enfermagem. Esse estabelecimento trabalha com todos os trabalhadores do município. Tem como finalidade também produzir conhecimento por meio de palestras, capacitações e seminários e, como muitos, esse centro é pouco conhecido e apresenta certas desorganizações em suas funções.

3.2 A SAÚDE DO TRABALHADOR NO CONTEXTO DA ENFERMAGEM

A prestação de serviço no setor de saúde, onde a enfermagem está engajada, para muitas pessoas tem um diferencial dos demais setores que prestam serviço, tendo em vista que é um afazer socializado, no qual estabelece autonomia e não o ritmo em série de empresas produtoras. Segundo Soares (2007, p.34), a enfermagem

(...) vem buscando também reconstruir suas práticas e seus conhecimentos, buscando fundamentos que subsidiem uma prática centrada nas tecnologias leves e na relação sujeito-sujeito. Para tal ela tem se aproximado, nos últimos anos, de conhecimentos não ligados diretamente aos saberes biológicos, mas tem buscado nas ciências sociais aspectos que a auxiliem na fundamentação de seu cuidado de forma ampliada, humanizada e integral.

O debate sobre os desgastes à saúde da equipe de enfermagem traz a importância de uma abordagem de seus determinantes – os riscos ocupacionais no processo de trabalho. Nesse sentido, tornam-se indispensáveis os conhecimentos a respeito de suas categorias de trabalho e saúde dentro de seus contextos e especialidades.

3.2.1 Enfermagem: uma Abordagem Histórica

Os setores em que atuam os profissionais de enfermagem, por sua natureza, agrupam uma cadeia de riscos que podem predispor agravos na saúde aos profissionais que nele trabalham.

Fonseca (2007, p.22) aborda que “a enfermagem esteve vinculada a ações de cunho caritativo e religioso, proveniente da época em que a ajuda era necessária para a salvação divina no advento do cristianismo”. A dedicação aos pobres e escravos era vinda somente dos sacerdotes, que correlacionavam essa assistência à “vontade de Deus”.

Para enfatizar melhor, Geovanini (2005) explica que esses sacerdotes associavam a prática da assistência à saúde junto à prática religiosa, para todos os indivíduos, sendo ele o mediador gerador de milagres a mando dos deuses, com o poder da cura, da vida e da morte sobre os males que afetava o corpo e a alma.

A marginalização da população não produtiva traz a enfermagem voluntária à criação das Santas Casas de Misericórdia, fundadas pela Igreja, que amparava esses indivíduos. A partir desse pressuposto de hospitais, a evolução do capitalismo como sociedade privatista concretizou seu surgimento, trazendo para a enfermagem uma diferenciação dos “cuidadores”, pois, segundo Fonseca (2007, p.22), “a enfermagem, nesse período, passa a ser exercida por pessoas excluídas da sociedade, como leigos, prostitutas e bêbadas em troca de comida e alguns trocados”.

Tempos depois, Florence Nithingale (1820-1910) deu início à organização da força de trabalho na enfermagem enquanto atuava no cuidado aos soldados durante a Guerra da Criméia (1854-1856), na Inglaterra (GEOVANINI, 2005). A partir daí, a enfermagem vem crescendo e toma forma de profissão, pois surge, enquanto ciência, para a criação de modelos próprios como a sistematização da assistência de enfermagem através do processo de enfermagem⁹.

Nesse pensamento, Fonseca (2007, p.23) afirma que a associação do saber trouxe à enfermagem “a delimitação de um saber da enfermagem técnico, assistencial e legal, não resultando da construção de um saber próprio”. Respalado por Horta (1979, p. 5), que referencia a enfermagem como ciência, pois “é uma atividade humana que acumulou conhecimentos empíricos do ponto de vista histórico e de maneira crescente, já conta com teorias relacionadas entre si e referentes ao universo natural”.

⁹ O processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e interrelacionadas, visando à assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo interrelacionamento e dinamismo de suas fases ou passos. (HORTA, 1979 p.35).

O trabalho de enfermagem é designado para cuidar e controlar as enfermidades socialmente e reintroduzir a força de trabalho debilitada, sendo que seu objeto de trabalho é o próprio corpo nas grandezas individuais e coletivas. Para isso, é usada a força de trabalho, saber técnico científico, materiais específicos, equipamentos e o local de trabalho (ZAPPAROLI; MARZIALE, 2006).

Discordando do autor supracitado e levando em consideração a humanização existente no trabalho de enfermagem, esta se aplica ao indivíduo, à família e à comunidade, ou seja, não somente à população ativa com mão de obra, e sim a um todo, incluindo o próprio profissional de saúde.

As condições de trabalho, de modo geral, incluem fatores que ajudam o progresso do trabalho e a conduta do trabalhador de acordo com seu ambiente de trabalho, demanda e atividades, carga horária e suporte profissional adequado durante o trabalho.

Faz-se importante destacar também o fato de a enfermagem ser uma ciência da saúde, e sendo a saúde um processo histórico-social, desenvolvida para e pelo homem que a enfermagem está baseada numa intensa relação interpessoal. Esta que parte do pressuposto da co-participação e da co-responsabilização, na qual o usuário é parte do desenvolvimento das ações em saúde (FONSECA, 2007 p.25).

A Enfermagem de hoje não representa, para muitos, a produtividade da sociedade e sim mantenedora desta. O que traz a dúvida de onde o profissional de enfermagem estaria engajado nessa população. Para respaldar a afirmação supracitada, HAAG; LOPES; SCHUCK (2001) citam que

A saúde dos trabalhadores implica em uma atuação multidisciplinar e interdisciplinar, em que a enfermagem está inserida onde vários profissionais especializados atuam na preservação e na promoção da saúde de uma população específica, através das medidas de alcance coletivo.

As tecnologias na área da saúde estão progredindo e assim aumentado o esforço intelectual, isso associado ao processo de enfermagem, composto pelo histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados, evolução de enfermagem, avaliação de enfermagem e vêm aumentando o valor da profissão (HORTA, 1979).

3.2.2 Debatendo os Riscos Ocupacionais

Os riscos aos quais os trabalhadores estão sujeitos são denominados de riscos ocupacionais e estes são classificados de acordo com a sua natureza em: físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e situacionais. E por isso “as ações de saúde do trabalhador têm como foco as mudanças nos processos de trabalho que contemplem as relações saúde-trabalho em toda a sua complexidade” (BRASIL, 2001c).

Consideram-se por riscos ambientais os agentes físicos, químicos e biológicos existentes no ambiente de trabalho, que, dependendo da sua natureza, concentração ou intensidade e tempo de exposição, é capaz de causar danos à saúde dos trabalhadores e riscos ocupacionais em todas as situações de trabalho e que podem romper o equilíbrio físico, mental e social das pessoas, e não somente as situações que originem acidentes e enfermidades (NISHIDE; BENATTI, 2004). Tem-se o risco situacional identificado pelas instalações do local de trabalho, podendo ser facilmente diagnosticada com um mapa de riscos setorial e o ergonômico.

Cada um se caracteriza de modo individual como Haag; Lopes; Schuck (2001) deixam explícito:

- ✓ Físico: ruídos, eletricidade, temperatura, radiações produzindo alguma forma de energia;
- ✓ Químico: substâncias orgânicas e inorgânicas (sólidos, pó, líquidos, gases ou vapores com efeito irritante e/ou tóxico);
- ✓ Biológico: vírus, bactérias, protozoários, parasitas, animais daninhos, plantas venenosas ou irritantes;
- ✓ Ergonômico ou mecânico: os traumatismos e os fatores que derivam do não-ajustamento da máquina ao operador.

O melhor meio de diagnosticar, no serviço de saúde, a existência dos riscos ocupacionais é associação da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA, com Técnico de Segurança no Trabalho para formar o Mapa de Risco que o denomina como sendo uma “ferramenta que nos permitirá a reunião programada de dados que expressam a situação relacionada com fatores de risco presentes nos pontos de trabalho” (ALBERT, 1988 *apud* TEIXEIRA; VALLE, 1996, p.113).

A classificação dos riscos ocupacionais aos profissionais de enfermagem no PS está diretamente ligada à prestação de serviço constante, ou seja, o seu ambiente de trabalho é o próprio risco, cabendo à instituição minimizá-los. Para enfatizar, Kalinowski (2006, p.15)

expõe que “os riscos definidos como ocupacionais são agentes nocivos isolados no ambiente de trabalho que podem causar doença, ou representam a probabilidade de um determinado evento acontecer”. Os mais comuns seriam, por exemplo:

- ✓ Nos riscos físicos se tem ruídos, temperatura e radiações que podem causar a perda da audição provocada pelo ruído ou perda auditiva induzida por ruído (PAIR) (BRASIL, 2001);
- ✓ Os riscos químicos, como outro ponto, seriam os medicamentos, como os usados na antibioticoterapia, com risco de contaminação decrescida para resistência, e um posterior tratamento seria mais complexo (NISHIDE; BENATTI, 2004);
- ✓ Os biológicos são enfatizados como a maior causa de acidente de trabalho pelos profissionais de enfermagem; é devido ao fácil meio de transmissão e contaminação por patógenos, como Vírus da Imunodeficiência adquirida Humana – HIV e o Vírus da Hepatite B – HBV, além do contato direto com microorganismos suspensos no ar ou contato com secreção dos pacientes (KALINOWSKI, 2006).
- ✓ Os riscos ergonômicos provêm de condições inapropriadas pela iluminação, temperatura, no setor, para mobilização do paciente (mudança de decúbito dos pacientes), preparação e administração de medicações, assim como afecções osteomusculares conhecidas como lesões por esforço repetitivo.

De acordo com as amostras mais comuns supracitadas dos riscos ocupacionais relacionados a doenças ou acidentes ocupacionais, são as fontes mais comuns de danos a saúde do trabalhador; portanto, Shimizu e Ribeiro (2007) ressaltam que os

acidentes de trabalho são as mais visíveis mostras do desgaste do trabalhador. Dada a ocorrência repentina, permitem associação imediata com efeitos destrutivos no corpo do trabalhador. As cargas de trabalho a que estão os trabalhadores, quais sejam: químicas, físicas, fisiológicas, biológicas, psíquicas, mecânicas, geram processo de desgaste. Além desses fatores, devem ser destacados: a falta de infraestrutura adequada, escassez de treinamento em serviço, falta de conhecimento de modos de prevenção, entre outros.

Segundo Kalinowski (2006, p.15), “é possível estabelecer estreita relação entre trabalho e os problemas de saúde, mesmo quando ainda não se concretizaram em doenças diagnosticadas, o que é de suma importância na sua prevenção”. Portanto, o profissional tem o direito de saber quais são os riscos presentes no setor, os quais podem prejudicar a própria

saúde bem como as medidas cabíveis para redução deles. Por isso, há necessidade da biossegurança no âmbito hospitalar, pois o trabalho reflete-se no trabalhador.

3.2.3 As Normas Regulamentadoras Aplicadas à Saúde

Sabe-se que as Normas Regulamentadoras são Leis em vigor aplicadas em Portarias pelo Ministério do Trabalho e Emprego, publicadas no Diário Oficial da União e, através desse órgão governamental, o foco se aplica para que haja uma padronização e norteamento das instituições e, assim, promover segurança e saúde no trabalho para trabalhadores (BRASIL, 2001c).

As Normas Regulamentadoras – NR, que se aplicam direta e indiretamente aos profissionais de saúde e que serão citadas neste trabalho, são as NR 04, NR 05, NR 06, NR 09, NR 17, NR 24 e NR 32, que tratam, respectivamente, dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho; Equipamento de Proteção Individual; Programa de Prevenção de Riscos Ambientais; Ergonomia; Condições Sanitárias e de Conforto nos Locais de Trabalho; e a Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde.

A NR 04¹⁰ trata dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, que se aplica a toda e qualquer empresa privada e pública, os órgãos públicos da administração direta e indireta e dos poderes Legislativo e Judiciário que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT manterão, obrigatoriamente, Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho. Esta Portaria foi alterada no D.O.U. pela Portaria SSMT n.º 33, de 27 de outubro de 1983.

Na NR 05¹¹ é debatida a necessidade de instalação de uma Comissão Interna de Prevenção de Acidentes com o objetivo de 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.

Na NR 06¹² aborda tudo que se aplica como dispositivo ou produto na forma de equipamentos de proteção individual para todos os trabalhadores, destinados à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho. No caso do trabalhador de

¹⁰ Publicada no D.O.U – Portaria GM n.º 3.214, de 08 de junho de 1978.

¹¹ Publicada no D.O.U – Portaria GM n.º 3.214, de 08 de junho de 1978

¹² Publicada no D.O.U – Portaria GM n.º 3.214, de 08 de junho de 1978.

enfermagem, é necessário o uso de máscaras, gorro, óculos em alguns procedimentos, jaleco dentre outros.

Para os fatores de risco ambientais nas doenças ocupacionais, temos a NR 09¹³, já citada anteriormente em maiores detalhes, portanto sabe-se que ela é um programa de prevenção de riscos ambientais do objeto e campo de aplicação. Visando à preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores, através da antecipação, reconhecimento, avaliação e conseqüente controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, tendo em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais.

A NR 17¹⁴ que se aplica para fins Ergonômicos e que, segundo o Ministério do Trabalho e Emprego (1978), ela veio para “estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente”.

Ainda não aplicada diretamente aos profissionais da área da saúde e sim aos profissionais de um modo geral, a NR 24¹⁵, que visa às Instalações Sanitárias no local de trabalho, ressalva na constituição o direito que todo e qualquer trabalhador possui para que se tenha um ambiente confortável e em condições sanitárias satisfatórias para a satisfação de suas necessidades no decorrer do seu período de trabalho. Porém, correlacionado aos trabalhadores da saúde essa necessidade se aplica perfeitamente e principalmente pela carga horária de trabalho excessiva que o profissional dispõe no ambiente de trabalho.

E pela primeira vez, em nível de Brasil, e pioneiro no campo internacional, foi elaborada por uma comissão tripartite, composta por representantes das instituições de saúde, profissionais da área e técnicos do governo, e dispendo de uma regulamentação para segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde, elaborando a NR 32¹⁶.

A NR 32 regulamenta ações para segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde, com o objetivo e campo de aplicação para haver a finalidade de estabelecer diretrizes básicas para a implementação de medidas de segurança e proteção para trabalhadores exclusivos da área de atuação da saúde bem como aqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.

A aplicação da NR 32 serve para qualquer serviço de saúde, os quais são entendidos como qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e a todas

¹³ Publicada no D.O.U – Portaria GM n.º 3.214, de 08 de junho de 1978.

¹⁴ Publicada no D.O.U – Portaria GM n.º 3.214, de 08 de junho de 1978.

¹⁵ Publicada no D.O.U – Portaria GM n.º 3.214, de 08 de junho de 1978.

¹⁶ Publicada no D.O.U – Portaria GM n.º 485, de 16 de novembro de 2005.

as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde e qualquer nível de complexidade.

A NR 32 traz ainda em sua composição o preenchimento parcial de uma brecha vigente na legislação brasileira: a uma padronização na prevenção e diminuição das percentagens indicativas aos riscos ocupacionais existentes no local de trabalho do prestador de serviço da saúde, pois antes esse assunto era somente citado em outras normas.

Ela foi organizada para direcionar as ações, aprimorar e qualificar os trabalhadores e realizar o reconhecimento dos riscos ocupacionais, com o objetivo de preveni-los e reduzi-los diante da profissão. Estabelece condições e norteamientos fundamentais para proteger os profissionais da área de saúde que trabalham nas atividades de promoção, ensino e pesquisa.

Esse acréscimo no setor, por haver uma recente norma regulamentando os riscos dos profissionais, tem de ser disseminado pelo meio acadêmico e repassado aos serviços, porém é sabido que essas informações não atingem boa parte dos trabalhadores, uma vez que seu repasse é lentamente disseminado.

4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

4.1 DELINEAMENTO METODOLÓGICO

Esta é uma pesquisa exploratória, qualitativa e documental com o propósito de investigar os riscos ocupacionais existentes no PS do HRTM. Para a realização desta discussão, utilizou-se uma revisão bibliográfica baseada em livros-base e artigos científicos encontrados em bibliotecas virtuais, acessadas pelas páginas da Internet Explorer e Mozilla Firefox como ScIELO, MEDILINE, LILACS e BVS com os seguintes descritores encontrados pelo Descritores em Ciências da Saúde – DeCS: enfermagem, riscos ocupacionais e trabalhadores.

Ander-egg (1978) *apud* Marconi; Lakatos, (2006) descrevem estudo bibliográfico como um procedimento reflexivo sistemático, controlado e crítico, que permite descobrir novos fatos ou dados, relações ou leis em qualquer campo de conhecimento. Já de acordo com Gil (2007, p.65), “o estudo bibliográfico é desenvolvido a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”.

Ainda de acordo com o autor supracitado, as pesquisas exploratórias têm como principal objetivo ampliar, elucidar e transformar conceitos e ideias, dando margem a estudos posteriores que possibilitem a entrada em campo com enfoque.

O foco do estudo qualitativo se aplica às Ciências Sociais, explicando realidades não quantificadas. Ou seja, esse tipo de pesquisa permite estudar o “universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (MINAYO, 2007, p.21).

Outro destaque do estudo qualitativo utilizado foi a pesquisa documental, que se assemelha à pesquisa bibliográfica. Gil (2007 p.66) afirma que diferente da pesquisa bibliográfica, ela “vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa”. A exploração das fontes documentais se dá ainda, de acordo com Gil, pela possibilidade de conhecimento do passado, com obtenção de dados com menor custo desta investigação social.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

Por consistir em uma pesquisa de estratificação dos riscos ocupacionais presentes no Pronto Socorro do Hospital Regional Dr. Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTM), vê-se

necessária a escolha desse setor pela dinamicidade e fluxo da assistência prestada pela equipe de enfermagem e com ponto crítico para a existência de riscos ocupacionais.

O HRTM é uma instituição pública e é considerado um hospital geral de grande porte, situado no município de Mossoró, cujo nível de atenção é de média complexidade, com um total de 160 leitos, sendo composto por um pronto socorro geral e pediátrico, centro cirúrgico, unidade pós-anestésica no centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva, unidade de pacientes infectados, clínica médica, clínica cirúrgica e clínica pediátrica.

A escolha do PS para se fazer referência como campo de estudo foi determinada por ser um ambiente em que a prática assistencial se torna essencialmente de ação imediata ao paciente com ou sem risco de morte. Assim, espera-se o apoio da equipe de enfermagem, objeto da pesquisa, em virtude da obtenção de dados para contemplação da análise.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população da presente pesquisa foi constituída pelos profissionais de enfermagem, os trabalhadores lotados no Núcleo de Saúde Ocupacional e os componentes da CIPA do HRTM. A amostra foi constituída por 15 profissionais, divididos em 9 técnicos de enfermagem, 1 Psicólogo, 1 Técnico de Segurança do Trabalho e 4 membros da CIPA, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: aceitar ou participar da pesquisa, assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; que os profissionais de enfermagem estivessem há pelo menos cinco anos interruptos no PS sem duplas escalas no hospital referido; não haverem atuado em outros setores hospitalares ou outras instituições de quaisquer naturezas.

Como critérios de exclusão, têm-se: os profissionais que não aceitaram participar da pesquisa, não assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; os trabalhadores de enfermagem que não estivessem atuando há pelo menos cinco anos interruptos no PS sem duplas escalas no hospital referido; os que atuaram em outros setores hospitalares ou outras instituições de quaisquer naturezas.

Marconi; Lakatos (2007, p.52) definem que, para o pesquisador, esse tipo de amostragem se dá quando o mesmo “está interessado na opinião (ação, intenção etc.) de determinados elementos da população, mas não representativos dela”.

A não totalização da amostra se deu por recusa na participação da pesquisa, que por consequência atingido o critério de exclusão com a não assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e por faltosos, por motivo de troca na escala, no dia da presença da promotora da pesquisadora no hospital.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Como instrumentos de coleta de dados para este estudo, foram utilizados recursos como, anotações em um diário de campo e um roteiro de entrevista semiestruturada, visando a buscar informações contidas nas manifestações dos sujeitos, relacionando-as com o referencial teórico.

Foram desenvolvidos três roteiros de entrevistas, cujo título se refere às partes interessadas na pesquisa, sendo eles: Direcionado aos membros da CIPA; Direcionado aos Trabalhadores de Enfermagem; e Direcionado ao Núcleo de Saúde Ocupacional, todos explícitos detalhadamente nos APÊNDICES B, C e D.

No seu corpo estrutural, há a identificação da entrevista, composto pela data da entrevista; logo após vem a característica do profissional, como cargo, tempo de formação, tempo de serviço e se porta títulos pós-graduação. Entrando para parte da entrevista redigida de acordo com os objetivos da pesquisa, pode ser vista para cada grupo de entrevistados.

4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Segundo Marconi; Lakatos (2007, p.92), a entrevista é caracterizada através de uma reunião entre o entrevistador e o entrevistado para que se deva “obter informações a respeito de determinado assunto, frente a uma conversa de natureza profissional. É um procedimento usado na investigação para coletas de dados ou para ajudar no diagnóstico de um problema social”.

Dita pelas palavras de Polit; Beck; Hungler (2004), que traduzem o entendimento da entrevista semiestruturada como um modo de autorrelato não-estruturado, ao mencionar que, nesse método, a entrevista decorre de acordo com uma lista de temas que devem ser abordados durante o ato da entrevista para garantir que todas as áreas objetivadas pelo tema sejam cobertas.

A coleta de dados foi realizada com uma abordagem direta ao profissional do setor, e a promotora da pesquisa marcou um encontro com os entrevistados após um contato prévio, dando-se preferência para a entrevista no dia de seu plantão na instituição e agendou o encontro.

Marconi; Lakatos (2007) descrevem que o diário de campo é realizado através de visitas técnicas e utilizando-se a observação do sujeito em seu ambiente natural, assim como a realização de suas ações rotineiras e espontâneas no trabalho, a partir de objetivos

preestabelecidos pela promotora da pesquisa os quais discriminem claramente o que deve ser coletado.

Logo após a orientação quanto aos objetivos do trabalho e a assinatura do TCLE, a entrevista decorreu durante a gravação através de um aparelho *Ipod* e foi, posteriormente, transcrita rigorosamente.

A coleta de dados foi realizada no período de 27/08/2010 a 19/09/2010 no HRTM. A coleta foi feita da seguinte forma: a promotora da pesquisa dirigiu-se ao hospital, campo da pesquisa, já com o nome dos eventuais entrevistados, para melhor organização. Coletou informações da escala de serviço de todos os profissionais que se encaixara na população da pesquisa; a partir daí, foi feita uma escala programada para que, em dias específicos, estivesse presente uma grande quantidade de profissionais a ser entrevistada.

Os turnos de coleta de dados foram o diurno e o noturno, alternando pela manhã e tarde, estendendo-se até às 20h, dependendo da necessidade de entrevistar o profissional que somente possui escala pela manhã, ou plantão ou noturno.

A abordagem foi direta. No primeiro momento, quando a promotora da pesquisa ia ao hospital, já seria para encontrar-se com o profissional presente, explicar o motivo da entrevista, os benefícios que a entrevista traria, a demonstração do TCLE, explicando que seria uma via para cada um, ao mesmo tempo mostrando o instrumento previamente para o profissional familiarizar-se com as questões que seriam debatidas, e em seguida, apresentar o aparelho que gravaria a entrevista.

4.6 ANÁLISE DE DADOS

Foi seguida a linha de raciocínio respaldada por Minayo (2007, p.26), que classifica a análise de dados como uma etapa do ciclo da pesquisa qualitativa, que em seu livro intitulado *Análise e tratamento do material empírico de documental*, “diz respeito ao conjunto de procedimentos para valorizar, compreender, interpretar os dados empíricos, articulá-los (...) com outras leituras teóricas e interpretativas cuja necessidade foi dada pelo trabalho de campo”. Pois o pesquisador em seu estudo qualitativo procura uma análise que desvende os códigos sociais a partir dos discursos gravados e comparados.

Nesse aspecto, a ponderação dos dados objetivos e subjetivos se resplandeceu na análise do discurso do sujeito coletivo – DSC, com base no enfoque do método qualitativo, pois se fez necessário para a identificação e captação de um sujeito coletivo, pela questão de

como os trabalhadores de enfermagem do PS são informados a cerca dos riscos ocupacionais presentes em seu local de trabalho.

O discurso do sujeito coletivo é o discurso do sujeito individual com um pensamento coletivo, ou seja, a opinião própria de um conteúdo amplo. Como Lefevre; Lefreve (2006, p.518) analisam que o pensamento coletivo “é muito mais do que um “nós”, que expressa apenas um tipo muito particular de sujeito coletivo que fala e, também, *menos*, já que um único indivíduo também pode ser um sujeito coletivo”.

Sendo assim, como o foco da pesquisa é a análise dos riscos ocupacionais pela perspectiva da equipe de enfermagem do PS do HRTM, componentes do núcleo de saúde ocupacional e membros titulares da CIPA, é nada mais sensato do que a análise de discurso do sujeito coletivo como uma forma direta de expressar sua opinião sobre o assunto e não virar mais um dado categórico.

4.7 PROCEDIMENTO ÉTICO E LEGAL

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança CEM/FACENE/FAMENE na matriz em João Pessoa-PB e aprovado sob o protocolo 108/10 do Comitê.

Os aspectos éticos e legais atenderam à Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Os sujeitos do estudo foram convidados a assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado pela equipe de pesquisadores, conforme indicado no APÊNDICE A, após terem sido esclarecidos os objetivos do estudo, a finalidade das informações e a garantia do anonimato referente aos aspectos éticos da pesquisa que envolve seres humanos.

Foi atendida também a Resolução COFEN 311/2007 no que se refere ao Capítulo III do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica dada a responsabilidades, deveres e proibições. Será levada em consideração a obediência aos princípios bioéticos da autonomia, riscos e benefícios, não maleficência e proteção ao sujeito da pesquisa (COFEN, 2007).

Levam-se primordialmente em consideração os Art. 90, 93 e 94 da resolução 311/2007, que retratam respectivamente de interrupção do ato da pesquisa na presença da perda da integridade pessoal, além de promover o respaldo ético e legal da enfermagem durante a pesquisa, e respeitar o direito à participação ou negação sem oferecer riscos ou danos aos envolvidos.

Todos os dados da pesquisa contêm fichas, transcrições, gravações e demais documentos recomendados pelo CEP e ficarão em arquivo, sob guarda do pesquisador, por período não inferior a cinco anos, conforme orienta a alínea E do capítulo IX da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

4.8 FINANCIAMENTO

As despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa foram de total responsabilidade da pesquisadora participante. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança responsabilizou-se em disponibilizar referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como orientador e banca examinadora.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na pretensão de construir novos conhecimentos sobre a saúde do trabalhador, a pesquisa, após a coleta de dados, foi tabulada na forma qualitativa sobre a análise do DSC, que implica em uma forma coletiva de emitir um discurso de natureza verbal através de ideias centrais organizadas por expressões-chaves por vários sujeitos que, através desta tabulação, ou seja, através de vários discursos e o da autora do trabalho, formam um único discurso, visando a uma única forma de pensamento (Lefevre; Lefreve; Teixeira, 2000).

A sequência de resultados e suas respectivas discussões foram representadas em três etapas assim como os objetivos e os instrumentos de coleta de dados, sendo eles direcionados aos trabalhadores de enfermagem e direcionadas ao Núcleo de Saúde do Trabalhador e aos membros da CIPA. Durante a transcrição dos discursos, foram usados conectivos para promover sentido à frase e, de acordo com a necessidade, os discursos distintos oscilam em 1ª e 3ª pessoa e com correções gramaticais. Com isso, tem-se o intuito de facilitar a compreensão do estudo.

5.1 DIRECIONADO AOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

O tempo de serviço varia de acordo com a faixa etária que compõe os trabalhadores de enfermagem, pois há funcionários desde a fundação, há 24 anos, e que emergem até os dias atuais, com a entrada de novos funcionários através de concurso público realizado recentemente. No diário de campo, foi visto que os profissionais participam de jornadas, possuem capacitação de socorrista, mas alguns não possuem nenhuma especialidade; outros são técnicos e ganham como Assistente de Serviços gerais – ASG. Há também acadêmicos de enfermagem.

Durante as entrevistas, também foi relatado por alguns funcionários que a faixa etária média dos profissionais fica em torno dos 24 a 55 anos, com tempo de serviço que varia de 01 mês a 24 anos de prestação da assistência; por isso existe a necessidade de observar quais são os trabalhadores de enfermagem que estão de acordo com o termo de inclusão de que está trabalhando no Pronto Socorro acima de 05 anos.

1. Discurso sobre o entendimento sobre a denominação de Risco Ocupacional.

Ideia Central

O termo é muito complicado, não sei bem com esse nome, o risco ocupacional é sobre correr risco direto, furar com agulha, pegar pneumonia ter qualquer acidente.

Discurso do Sujeito Coletivo

O que eu entendo é que pode acontecer a qualquer momento eu caio e quebrar um braço ou uma perna, me furar com material contaminado, material biológico. Eu posso pegar uma hepatite, uma pneumonia, muita coisas aqui dos pacientes, HIV. Todos esses riscos nós estamos expostos aqui.

É um perigo para nossa profissão. O risco ocupacional nós temos um sério risco. É qualquer ação que você faz sem se proteger...

É ser vítima de agulha?

Não. Sei não, mas é meio complicado. Não sei o que é! Posso até saber mais não com esse nome! Porque aqui a gente corre o risco direto. E tem a probabilidade de contrair qualquer coisa. O risco ocupacional por lutarmos com vários tipos de patologias... Então a qualquer momento podemos nos contaminar (SUJEITOS 1;2;3;5;6;7;8).

Os trabalhadores de enfermagem entrevistados possuem um conhecimento sutil sobre o assunto referente a riscos ocupacionais. Todos solicitaram antecipadamente um esclarecimento prévio sobre o assunto. Como não era permitido definir e responder à questão, foram dados esclarecimentos insignificantes que abrissem o campo de percepção da questão em pauta.

Foi percebido, então, que, em sua maioria, o trabalhador associa o risco ocupacional ao acidente de trabalho, que ocorre com perfurocortante, soluções ou secreções, como se fosse a mesma situação. Tendo em vista esta linha de raciocínio, Mendes (2007a) diferencia essas terminologias com o entendimento do fator acidente ser a predisposição do profissional sofrer danos à saúde por exposição contínua a fatores desencadeantes a patologias. Acrescentando-se a essa definição, Nishide; Benatti (2004, p.407) complementam que “riscos ocupacionais

todas as situações de trabalho que podem romper o equilíbrio físico, mental e social das pessoas, e não somente as situações que originem acidentes e enfermidades”.

Além disso, eles se limitam a identificar riscos ocupacionais como sendo somente os riscos biológicos, como: acidentes com perfurocortantes e contaminação por vias respiratórias, exemplificando a pneumonia, meningite, hepatite e HIV, todos citados por alguns entrevistados. Mendes (2007a) diz que os quadros provenientes dos riscos biológicos variam de tratáveis e curáveis a casos fulminantes e são também responsáveis, em alguns casos, por sequelas que incapacitem o trabalhador de exercer sua função.

Isto é, não só existem estes tipos de agravos à saúde, pois

[...] os trabalhadores do setor saúde estão expostos a riscos ocupacionais peculiares à atividade, como risco biológico (evidenciado pelo contato com microorganismos), físico (condições inadequadas de iluminação, temperatura, ruído, radiações, etc), químico (manipulação de desinfetantes, medicamentos, etc), psicossocial (atenção constante, pressão da chefia, estresse e fadiga, ritmo acelerado, trabalho em turnos alternados, etc) e ergonômico (peso excessivo, trabalho em posições incômodas) (MARZIALE, 1995 *apud* ZAPPAROLI; MARZIALE 2005 p.42)

Mas também são facilmente prevenidos com o cuidado e atenção institucionais devidamente planejados.

2. Discurso sobre o absenteísmo por motivos de saúde.

Ideia Central

O trabalho no pronto socorro é bom, até doente a pessoa trabalha, os atestados são só para consultas mesmo.

Discurso do Sujeito Coletivo

Às vezes eu trabalho até doente, não me lembro de quando foi que eu faltei ao hospital. Só falto porque tenho cólica.

Faltar não. Por motivo besta não. Mas, ir ao médico e pegar atestado. Consultar e aí sim. Tenho alguns atestados também de algumas cirurgias que fiz. Umhas cirurgias plásticas somente, rotina de mulher. Reconheço que sou uma pessoa competente por não faltar.

Eu tenho atestado, tirei licença porque sou hipertensa, tenho ansiedade, tive também uma depressão.

Só uma vez que eu tive pneumonia, adquirei na pediatria do pronto socorro. Uma criança que estava com pneumonia e fui realizar uma aspiração nela sem a proteção (SUJEITOS 1;3;4;5;6;7;8).

Com relação ao absenteísmo dos profissionais de enfermagem, o achar que não faltar o tornará um profissional melhor ou mais competente revela a carência de cuidado com o próprio organismo.

Nota-se, nesse aspecto, a necessidade do trabalho e sua remuneração, porém se reflete de forma negativa no exercício do trabalho assim como na assistência aos pacientes. Para Mendes (2007a), “em uma população produtiva adulta as condições de trabalho estão direta ou indiretamente associadas com a ocorrência de doenças ou acidente refletindo no seu modo de produção”.

Portanto, o profissional se torna uma pessoa estressada, ansiosa e abusiva, pois se encontra cansada e desgastada pelo exercício contínuo de sua função, sobrecarregado em suas atividades por jornadas abusivas e até mesmo pela infraestrutura inapropriada para a realização de seus procedimentos. E, de acordo com Neffa, 1988 *apud* Mendes 2007a, todos esses fatores são em decorrência de interrelações entre o empregador, por parte, e os fatores “externos” macroeconômicos e sociais, como se viu na discussão acima, além de instintivamente dinâmicos que variam conforme o encadeamento de forças sociais. Mas sempre há exceções.

3. Discurso sobre a relação entre o trabalho no PS e as doenças e transtorno sofridos pelos profissionais.

Ideia Central

Não se faz muito uso do material de proteção por aqui, então já houve perfuração por agulha, contraiu-se pneumonia ou então não se passa por nada.

Discurso do Sujeito Coletivo (Já sofreu)

Só material biológico mesmo, fui fazer uma medicação a agulha perfurou o meu dedo. Então foi preciso ir ao Rafael¹⁷ fazer o exame.

Adquiri pneumonia, não usa proteção (E.P.I.) quando a gente tem conhecimento do caso o contato direto já foi estabelecido.

Sofro com dores na coluna, dores nas articulações, no joelho, nos ossos. É doença da idade, tenho bico de papagaio. Às vezes eu doente, eu venho trabalhar.

No início do hospital quando trabalhando como auxiliar de dentista adquirindo o mercúrio no sangue, mais eu fiz um tratamento, porém é uma coisa crônica. A hipertensão foi devido ao trabalho, lutando dando plantões de 24 horas (SUJEITOS 1;2;3;4;6;7).

Ideia Central

Não passei nenhum transtorno de doença.

Discurso do Sujeito Coletivo (Não sofreu)

Eu ainda não passei nenhum transtorno de doença. Me preparei pra essa profissão, pois, numa profissão como a enfermagem é você ver a parte do amor que você vai ter pela profissão (SUJEITO 8).

Há várias situações dentro dos entrevistados, uns afirmam que ainda não passaram por nenhum transtorno de doença. Outros adquiriram pneumonia na ala pediátrica do pronto socorro, e alguns assumem possuir algia na coluna e articulações.

Portanto, se tornam variadas as questões de saúde no ambiente de trabalho do pronto socorro, apesar de os profissionais terem uma dificuldade de relacionar patologias adquiridas no hospital e citá-las. Além disso, alguns acham normal se acidentarem com material perfurocortante e alegarem que é da profissão, e sempre se está sujeito a esse tipo de acidente de trabalho. Sendo assim,

[...] o trabalho, nessas condições, torna-se repetitivo, parcelando e monótono, sendo sua velocidade e ritmo estabelecidos independentemente do trabalhador, o qual o

¹⁷ Hospital Rafael Fernandes segundo o CNES possui nível de atenção ambulatoria e de Internação. Especializado em doenças Infectocontagiosas com demanda espontânea e referenciada (BRASIL, 2010).

executa através de uma rígida disciplina (LARANJEIRA, 1997 *apud* MENDESa, 2007 p. 114). Por isso a promoção de saúde no trabalho pode ser caracterizada como uma estratégia nova integrada para pessoas saudáveis. Tem o propósito de prevenir a doença e desenvolver o potencial de saúde e bem-estar dos trabalhadores no local de trabalho, contribuindo para a motivação e a participação ativa e generalizada de empregadores, trabalhadores e sociedade (MENDES, 2007a p.236).

E a prevenção dos riscos é a melhor forma de impedir futuros danos à saúde do trabalhador. Com a existência de meios preventivos no setor do PS como: mapa de risco para que se saiba a fonte do problema; educação permanente; infraestrutura; uso de Equipamentos de Proteção Individual – EPI. Os riscos ocupacionais ainda são existentes, porém evitáveis.

4. Discurso sobre as considerações do trabalho para o profissional de enfermagem serem favoráveis para a manutenção da saúde.

Ideia Central

O ser favorável está bem de acordo com as condições que o hospital oferece.

Discurso do Sujeito Coletivo (Favorável)

Eu considero favorável pra manter minha saúde. A estrutura está dentro do oferecido ao profissional (SUJEITOS 1;7).

Ideia Central

A divergência do desfavorável são os sucessivos procedimentos repetitivos: levantar paciente, preparar medicação, a falta de material e falta de proteção não faz com que o profissional se sinta bem ou seguro nas condições atuais do local de trabalho.

Discurso do Sujeito Coletivo (Desfavorável)

Favorável não totalmente, falta muito porque pegamos em pacientes pesados, e para quem tem problema de coluna. Se fossemos enumerar falta tanta aqui.

De jeito nenhum. Porque não temos proteção. Falta muito equipamento adequado. Não, já que os plantões aqui em si, eles são muito pesados, independente de escala ou não. (SUJEITOS 2;3;4;5;8).

As opiniões se modelam de acordo com a forma de pensar de cada profissional, a maioria não possui uma opinião favorável sobre as condições de trabalho no PS, porém são perceptíveis que os conhecimentos são diminutos sobre as condições reais dos riscos ocupacionais presentes, e o que eles sabem torna-se uma pequena parcela da extensão legítima do problema. Ao mesmo tempo, há profissionais que consideram favoráveis as condições de trabalho à manutenção da saúde do trabalhador naquele setor, pois atribui os agravos como responsabilidade pessoal do profissional.

Mendes (2007a, p.239) ressalta que, nos dias atuais, os “higienistas empenham-se em reconhecer, avaliar e controlar riscos em potencial nos locais de trabalho de modo que a todos os trabalhadores seja proporcionado um ambiente ocupacional seguro e saudável durante a sua vida laborativa”.

Para demonstrar outros agravos, há aqueles por fatores ergonômicos, citados por Zapparoli; Marziale (2005), em que se têm como evidência as dores e lesões na coluna vertebral, por transporte e levantamento de paciente e equipamentos, condições do ambiente de trabalho como os leitos de altura desproporcional ao tamanho do profissional, quando são necessários movimentos de curvatura da coluna para manusear os pacientes e bancadas pequenas para manuseio de materiais e preparo da medicação. E, de certo modo, tudo isso pode ser evitável, pois se conclui que as doenças ocupacionais são evitáveis, comuns e, do mesmo modo, de fácil prevenção.

5.2 DIRECIONADO AOS MEMBROS DA CIPA

Foi entrevistada uma variedade de profissionais, a maioria desde a fundação do hospital, oscilando entre 19 e 24 anos de serviço. São eles: um eletricista; uma historiadora, classificada como técnica administrativa em saúde dos recursos humanos; e um auxiliar de saúde, que exerce várias funções na instituição, e todos os entrevistados estão desde a fundação do hospital.

São tanto titulares quanto suplentes da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA, que, segundo a NR 05 (1978, p.1) da Constituição “devem constituir CIPA, por estabelecimento e mantê-la em regular funcionamento as empresas privadas, públicas, (...) instituições beneficentes, (...) bem como outras instituições que admitam trabalhadores como empregados”. E, como se trata de uma fundação recente, os membros ainda terão um treinamento para capacitação para exercer essa função.

Seguindo a constituição e forma de organização da NR 05 (1978, p.1), “a CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados (...), os representantes dos empregadores, titulares e suplentes, serão por eles designados”. E isso ocorreu no HRTM. Os membros participantes ingressaram da seguinte forma: uns foram nomeados para CIPA, através de convites feitos pela direção, e outros por votação dos demais servidores pela necessidade de prevenção de agravos à saúde dos demais trabalhadores.

5. Discurso sobre os principais riscos ocupacionais e o detalhamento pelo profissional questionado.

Ideia Central

O trabalho do profissional é sobrecarregado e o seu ambiente de trabalho é lotado de riscos ocupacionais. A estrutura física tem sua parcela de culpa, mas também alguns profissionais propiciam agravos a outros profissionais por descuidos ocasionais.

Discurso do Sujeito Coletivo

Começa pela estrutura física do ambiente no pronto-socorro, pois as próprias estruturas dos processos de trabalho contribuem para gerarem doenças ocupacionais.

Temos o teto, a presença de uma rede elétrica sobrecarregada, risco de surgir infiltração, consertos enquanto o P.S. está lotado. Isso contribui negativamente para um mau desempenho do serviço, e conseqüentemente atrapalha o servidor do setor, podendo prejudicar o paciente.

A gente vê que a estrutura do pronto socorro não é ergonomicamente adequada e isso atinge técnico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, médico.

Às vezes enfermeiro cria riscos para ele, seja pela higienização por receber paciente sem luva, sem máscara. O profissional deve fazer sempre o uso do E.P.I.

Paciente que vem sem diagnóstico e são recebidos sem os equipamentos de proteção necessários, logo após vai para isolamento trás o risco de adoecer o profissional. Já houve casos de paciente ficar três dias vomitando e mesmo assim junto com os outros pacientes que estão mais debilitados, porém menos grave do que ele e os próprios profissionais de saúde.

A parte da enfermagem às vezes esquece-se de colocar o scalp no devido lugar, sendo que já houve de funcionário coletor de roupa se contaminar e necessitar durante seis meses fazer tratamento, realizando exames de sangue e tomando injeção. Porém temos os riscos decorrentes da própria estrutura.

O nível de ruídos e calor é bastante alto.

Existe um subdimensionamento, sobretudo com os pessoais de enfermagem. Então você termina trabalhando muito sobre pressão no pronto socorro, um setor crítico porque é um setor de urgência e emergência, termina contribuindo para que sejam desenvolvidos processos ansiosos, depressivos decorrentes de um alto nível de estresse.

Esse subdimensionamento de pessoal existe para médico também, por exemplo, hoje dia 09/09/2010 na parte da manhã não tinha anestesiolegista, no plantão de um hospital como o Tarcísio Maia (SUJEITOS 9;10;11;12).

É sabido que a CIPA¹⁸ foi formada no ano de 2010 como está predita na NR 05 (1978, p.1), na qual, em sua constituição, diz que

devem constituir CIPA, por estabelecimento, e mantê-la em regular funcionamento as empresas privadas, públicas, sociedades de economia mista, órgãos da administração direta e indireta, instituições beneficentes, associações recreativas, cooperativas, bem como outras instituições que admitam trabalhadores como empregados.

¹⁸ Constitui espaço legalmente instituído na instituição de saúde (Norma Regulamentadora 5, lei 6514) para que trabalhadores reconheçam os riscos ocupacionais à sua segurança e à saúde no ambiente de trabalho (RIBEIRO; SHIMIZU, 2007).

Seus representantes, titulares e suplentes, foram escolhidos no mês de setembro e passaram nesse mesmo mês por treinamento/capacitação para atuarem de forma mais satisfatória.

Eles ainda possuem o suporte da Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT, que já se encontra em sua 4ª edição anual, e foi criada pelo Núcleo de Saúde do Trabalhador.

O risco ocupacional, no olhar crítico dos componentes da CIPA, abrange um amplo leque de informações sobre os riscos presentes no PS, assim como críticas feitas ao modo hierárquico sobre a tomada de decisões e, pelo discurso formado, vê-se que há um subdimensionamento no setor.

Mendes (2007a) explana resultados de enquete apresentada em seu livro de um resumo dos trabalhadores sobre questões similares às respostas no discurso. As formas de organização do trabalho repercutem em percentuais de agravos à saúde, más condições de trabalho, aumento na intensidade do trabalho, que se associam muitas vezes a problemas de saúde, ritmo de trabalho acelerado, grande autonomia no trabalho, capacitação e treinamento estão mais presentes, duração do trabalho com longas jornadas e trajeto de trabalho mudam de acordo com a nacionalidade do trabalhador.

Por isso é necessário ampliar o âmbito de atuação da CIPA e proporcionar espaços aos trabalhadores para negociar com os representantes da instituição mudanças que tornem mais saudáveis e seguras as condições de trabalho não só no PS, mas também de todo o hospital.

6. Discurso sobre os principais problemas relacionados à estrutura física no P.S.

Ideia Central

O trabalho e seu problema quanto aos riscos ocupacionais no PS abrange diversas dimensões, tanto estruturais da parte física, que possui adequações temporárias, quanto o subdimensionamento de pessoal referente à demanda hospitalar.

Discurso do Sujeito Coletivo

É uma estrutura física pequena que foi projetada há 20 anos e em termos de modificação estrutural quase que não houve principalmente para os trabalhadores de enfermagem.

Aumentaram-se o serviço, a demanda, evoluísse tecnologicamente, há adequação na estrutura, mais muito longe das determinações do qualiSUS. Pois o mesmo diz que na porta de entrada do hospital geral de alta complexidade deve ter duas entradas: uma de urgência e uma de emergência.

Partimos agora para exemplificações internas, o balcão, por exemplo, o trabalhador tem que se abaixar ficar de cócoras para pegar os lençóis. Com relação às macas muitos pacientes se encontrarem em macas e nos corredores gerando tumulto. Já aconteceu de haver uma fechadura mal colocada e o enfermeiro em uma urgência cortar a mão, má iluminação, infelizmente a coisa pública tem esse problema.

O tamanho dos repousos é insuficiente para a demanda, principalmente o masculino e feminino, quando está lotada não tem espaço físico suficiente pra o atendimento, é necessário que o profissional empurre as macas que por sinal não possuem rodinhas.

Há o risco de ferir pacientes, se acidental pelo corre-corre e isto sobrecarrega o profissional sem sombra de dúvida. E se fossem colocados mais leitos e tivessem um espaço de um paciente pra outro que muitas vezes inspira o que o outro expira. Ou seja, a estrutura do PS ela não está ergonomicamente adequada para o desenvolvimento do trabalho e cabe ao hospital realizar adequações (SUJEITOS 9; 10; 11; 12).

Como foi dito, a estrutura física do HRTM é uma estrutura de 24 anos atrás, e pelo fluxo intenso de pacientes se torna complicada a modificação imediata em seu interior. Bancadas, macas, luzes, portas, leitos, encanamento e os demais defeitos se tornam visíveis e é percebido que existe um longo caminho a ser trilhado para que a estruturação institucional se modifique e, com isso, a saúde do trabalhador possua uma melhora bastante significativa em plena luta pela diminuição e/ou ausência dos riscos ocupacionais, assim como acidentes de trabalho.

O HRTM modifica a estrutura física para a recepção de novos aparelhos tecnológicos, para seguir uma estratificação de risco e assim atender somente urgências e emergências, além da tentativa de estabelecer a política nacional de humanização ao cliente/usuário.

E, no que diz respeito à NR 17 (1978, p.1), “cabe ao empregador realizar a análise ergonômica do trabalho, devendo a mesma abordar, no mínimo, as condições de trabalho, conforme estabelecido nesta Norma Regulamentadora”. Isso leva em consideração: levantamento, transporte e descarga individual de materiais; mobiliário dos postos de trabalho; equipamentos dos postos de trabalho; condições ambientais de trabalho; e organização do trabalho.

Quanto à estrutura física, o PS possui um atendimento e condições de hospedagem dos usuários desestruturada, com leitos inapropriados além de superlotação, falta de isolamentos e estresse por parte de alguns profissionais. E, dentro do hospital, por parte de alguns funcionários, há a luta para manter atendimento humanizado e isso é um fato importante que não pode ser deixado de lado.

Os agravos mais citados foram os fatores ergonômicos devido às condições do ambiente de trabalho como, leitos e bancadas em altura desproporcional ao profissional, para os quais são necessários movimentos de curvatura da coluna para manusear os pacientes e preparo da medicação, mas ainda acham que doença ocupacional e o risco ocupacional somente vêm do material perfurocortante por esgotamento através da carga horária.

Mendes (2007a, p.838) diz que

[...] a fixação de limites de exposição ocupacional, restringindo as exposições ambientais nos locais de trabalho, está sujeita a diversos critérios. Alguns, por omissão ou por restrição de cobertura, fazem supor que os mesmos sejam aplicáveis independentemente da hora do dia e, logo, próprios também às exposições noturnas.

Deve-se aguardar o treinamento dos membros da CIPA para melhor entendimento do que abrange os riscos ocupacionais e assim obter uma conversação junto a soluções preventivas por meio de educação continuada e permanente aos profissionais que atuam na assistência de enfermagem.

No que diz respeito a atividades educativas de responsabilidade do enfermeiro, seriam ações que

compreendem ações relacionadas com a educação para a saúde dos trabalhadores, relativas à prevenção do adoecimento no trabalho, aos acidentes de trabalho à orientação para estilos de vida saudáveis, incluindo também educação continuada dos integrantes da equipe de enfermagem. (HAAG; LOPES; SCHUCK 2001, p.24).

Contudo, a educação permanente possui um efeito limitado, pois gerentes e gestores necessitam da colaboração dos profissionais para haver mudança no seu meio de

assistir/intervir, uma vez que na atualidade o investimento em ações educativas contra os riscos ocupacionais é ineficaz se não forem associadas aos investimentos em melhoria nas condições gerais e coletivas de trabalho.

Dessa forma, fica a relevância do conhecimento dos trabalhadores de enfermagem em saber o significado do que os agravos do trabalho assumem para poder atuar na prevenção dos mesmos.

7. Discurso sobre a dinâmica do serviço no PS ser favorável ou desfavorável para a promoção e proteção da saúde do trabalhador de enfermagem.

Ideia Central

Manutenção e promoção à saúde do trabalhador tornam-se favoráveis por depender somente do profissional atuante e seu dimensionamento de pessoal.

Discurso do Sujeito Coletivo (Favorável)

Favorável pelo ingresso de pessoas no serviço, porque tem um déficit de funcionários e está aos poucos diminuindo esse déficit de pessoal e isto foi proporcionado através de uma qualificação do serviço após a realização de um concurso público e o ingresso de profissionais de enfermagem e técnicos de enfermagem (SUJEITOS 1;7).

Ideia Central

Manutenção e promoção à saúde do trabalhador não são muito favoráveis por parte da dinâmica pelo subdimensionamento do pessoal além de uma dinâmica muito agitada.

Discurso do Sujeito Coletivo (Desfavorável)

Para uns em resumo geral o que acarreta esse tipo de problema começa da estrutura física aí inclui a elétrica, hidráulica e a sanitária.

Para outros o número de funcionários é mal distribuído e ausente de um processo que tenha coordenação e fiscalização da assistência. Houve então entrada de profissionais, porém a mudança na dinâmica de funcionamento do serviço de enfermagem ainda é precária,

porque o que acontece no Tarcísio Maia é o que acontece na maioria dos hospitais, trazem os profissionais e jogam dentro do serviço.

No que se refere à promoção da saúde, em alguns aspectos, é desfavorável, pois se tornam desgastantes já que possui profissional onde a carga horária às vezes ultrapassa 72 horas, há os que vêm de outros empregos, se tornando estressados, com problemas familiares. Então se a carga horária fosse mais bem distribuída. Se não analisar e realizar discussões sobre a dinâmica do serviço e a forma como a produção do cuidado é produzida propondo reestruturação desse processo de trabalho, a promoção à saúde se tornará quase que inalcançável.

O que é que é desfavorável? É que não há uma discussão do processo de gestão desse serviço. A política nacional de humanização preconiza produção enquanto cuidado e da gestão dos serviços, se não houver concomitância neste sentido o trabalho articulado não propiciará grandes avanços.

O profissional de enfermagem é quem mais sente na pele não têm tempo mudar de roupa, para realizarem a higienização própria. O horário de almoço é de quase é uma hora da tarde, não tem o local apropriado pra lanche.

Os que falam em estarem 48 horas de plantão não é verdade, a pessoa esteve 48 horas no hospital. Porque de alguma forma você parou o seu plantão pra dormir, mas mesmo assim o cansaço físico surge e o profissional esta sob o risco de sofrer um acidente e cometer um erro com o paciente. Além de ser o profissional de enfermagem quem mais sofre as reclamações dos usuários (SUJEITOS 2;3;4;5;8).

A dinamicidade que se distingue pela carga horária, número de profissionais, atividades realizadas no setor. Através da palavra de alguns técnicos de enfermagem, afirma-se que um plantão em si no PS é bastante árduo e, associado a outros determinantes, torna-se cada vez mais desgastante. “Por isso, muitos fatores influenciam a sua qualidade de vida, entre elas, as condições e a organização” (FARIAS; ZEITOUNE, 2007 *apud* MANTOVANI, 2009 p.785).

Após a análise dos dados, vindo dos membros da CIPA, nos quais eles resgatam o favorecimento pela entrada de novos profissionais através do concurso público, inversamente a estes, em sua maioria citam que as cargas horárias extras, a frequência em dois empregos pela necessidade financeira, um subdimencionamento de pessoal de enfermagem não somente no setor do pronto socorro, mas em todo o hospital, atividades emergências todas essas dinâmicas apontam como desfavoráveis para promoção e proteção a saúde do trabalhador.

5.3 DIRECIONADO AO NÚCLEO DE SAÚDE DO TRABALHADOR

Do núcleo de saúde do trabalhador – NST foram entrevistados três participantes, sendo eles uma psicóloga, um técnico de segurança do trabalho e uma técnica de enfermagem em segurança do trabalho. Foram contratados para prestar esse serviço ao hospital recentemente para realizar suas respectivas funções.

No HRTM existe esse núcleo de saúde do trabalhador e atua oficialmente, desde 2006, em parceria com o setor de recursos humanos do hospital, que também está na composição do núcleo, e mais recente recebe o suporte dos membros da CIPA. O NST funciona com a presença de psicólogo, clínico geral, ortopedista, oftalmologista, terapeuta ocupacional, dentista, ginecologista dentre outros profissionais integrados para melhor cuidar da saúde do trabalhador do HRTM.

8. Discursos sobre os principais riscos ocupacionais presentes no PS do HRTM.

Ideia Central

Está tudo relacionado e o risco é eminente, pois se reproduz na forma que o profissional trabalha, seja ele no risco físico, químico, biológico, ergonômico/situacional.

Discurso do Sujeito Coletivo

O pronto socorro do setor hospitalar em que o profissional de enfermagem lida com a questão do atendimento de urgências e emergência, então os riscos ocupacionais existem, todo mundo que entra no hospital pensa que só tem risco biológico. Mas não, existe o risco físico – ruído; químico – a questão da medicação; risco ergonômico – pela existência de postura inadequada no ambiente de trabalho, além do situacional – relacionado a doenças de ordem mental; e o risco maior que, com certeza, é o risco biológico – por meio de perfurocortantes e contaminação por secreção.

O hospital não tem, uma especificação como o Rafael Fernandes para acidentes biológicos, ou de ordem respiratória como pneumonia e tuberculose. A repetitividade de ter que executar a mesma função várias vezes, além de preconizar doenças de cunho ergonômico

ligado ao mobiliário, ou seja, uma cadeira não acolchoada e sem roda pode gerar problemas na coluna. Este fato também é um preconizador do acidente decorrente do estresse físico e psicológico no ambiente de trabalho.

O fator psicológico afeta no processo de produção do trabalho quando desenvolve no indivíduo os agravos mentais, como: depressão, ansiedade e principalmente o estresse devido à urgência dos procedimentos seguidos das exigências à qual o profissional está submetido, tanto por outros profissionais como pela família, como pelo próprio paciente (SUJEITOS 13;14;15).

Seguindo os objetivos da pesquisa em escolher o setor do PS para realização da pesquisa, por ser o setor mais dinâmico do hospital, atinge as expectativas quando no discurso é citado que o referido setor está em constante risco, seja ele químico, físico, biológico, situacional ou ergonômico.

Então, Mendes (2007a) ressalva que, para haver estratégias que avaliam a exposição dos trabalhadores aos riscos supracitados, devem-se analisar a exposição real e seu efeito potencial à saúde do trabalhador em seu local de trabalho. Por isso, a questão deve ser debatida com maior vigor no NST e siga com a minimização de tais riscos.

9. Discurso sobre a relação do risco ocupacional com o acidente de trabalho no profissional do PS do HRTM.

Ideia Central

O risco ocupacional e o acidente de trabalho estão em linhas tênues, pois os fatores proporcionáveis ao acidente são visíveis e evitáveis, basta o profissional e a instituição trabalharem em conjunto.

Discurso do sujeito coletivo

A relação é estreita, o risco ocupacional está diretamente ligado à ocupação do indivíduo e neste momento em segurança do trabalho está lidando com a questão de prevenção.

A falta do autocuidado, a falta de proteção, os profissionais estão intensamente sobrecarregados, não se preocupam com a parte de prevenção e acidentes de trabalho acontecem. Principalmente no pronto socorro que há essa exigência para atender a demanda que simplesmente não pode esperar. Então o profissional muitas vezes está sobrecarregado com sinais de estresse, com sinais de ansiedade, e até depressivo, contribuindo pra que haja acidentes de trabalho.

Lidamos, nesse momento, com maior ênfase no que diz respeito a risco biológico e acidentes com materiais perfurocortantes, aonde muitas pessoas chegam a confidenciar que se cortam e quando o paciente-fonte não possuía uma doença infecto contagiosa como hepatite, AIDS e tudo e não notificou. Então um dos problemas que a gente tem é a falta de notificação, o profissional ainda não tem essa cultura de notificar a ocorrência do acidente de trabalho, e ainda acham que os acidentes de trabalho com material perfurocortantes são algo próprio da ocupação (SUJEITOS 13; 14; 15).

Com a CIPA e o NST, estão surgindo novas linhas de raciocínio, ou seja, ao invés de tratar a doença tem-se o objetivo de preveni-la. Como Mendes (2007a, p.877) descreve que “a prevenção primaria objetiva prevenir a instalação do processo saúde-doença”.

Ainda de acordo com o autor supracitado (2007a, p.770) “entende-se por acidentes do trabalho eventos bem configurados no tempo e espaço, cujas consequências, imediatas na quase totalidade dos casos, permitem estabelecer facilmente o nexo causal com o trabalho”.

Como o pronto socorro é um ambiente extremamente dinâmico e de plantões pesados como relatam os profissionais, os acidentes de trabalho mais comuns relatados pelos entrevistados foram os acidentes com perfurocortantes e transtornos de ordem mental.

Campos; Gutierrez (2005, p.460) dizem que “o interesse por acidentes de trabalho com instrumentos perfurocortantes em profissionais de saúde evidenciou-se com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)”. E Mendes (2007a, p.877) previne que “a suspeita clínica de possível doença ocupacional deve ser valorizada sempre que (...) um grupo em que o risco de exposição a patógenos biológicos é aumentado”. Assim como transtornos mentais, ainda de acordo com Mendes (2007b), as injúrias mentais podem ser ocasionadas ou potencializadas por associação aos fatores ambientais preexistentes no trabalho e no lar.

E cabe ao profissional enfermeiro atualizar sua equipe de que os acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes não são próprios da profissão e sim praticar a prevenção individual e coletiva.

10. Discurso sobre as ações de promoção e proteção à saúde do trabalhador.

Ideia Central

Temos várias ações que ajudam na saúde do trabalhador, assim como buscas ativas para melhor cuidar destes profissionais.

Discurso do Sujeito Coletivo

É desenvolvido um trabalho no sentido de gerar reuniões periódicas para propiciar o encontro dos trabalhadores, onde o funcionário possa estar se expressando, isto ocorre com frequência como também sendo uma forma de originar um ciclo preventivo. Há realização de palestras por meio de avisos nos murais, o técnico de segurança passa todos os dias pelos setores dando informações.

Estamos na nossa 4ª SIPAT, realizadas anualmente na semana interna de prevenção de acidente de trabalho. Temos buscas ativas para fumantes, portadores de hepatite, tuberculose e hanseníase. Por fim finalmente hoje estamos reativando a ginástica laboral no hospital.

*Agora priorizamos tratar da prevenção do acidente de trabalho e da saúde do trabalhador. Há várias palestras acerca de diversos temas que tratam da saúde do trabalhador no ambiente. E para complementar agora nós promovemos a CIPA (**SUJEITOS 13; 14; 15**).*

As ações integrativas nos novos programas do HRTM como a CIPA, SIPAT e a integração da ginástica laboral permitem inclusão dos profissionais e a diminuição do estresse no ambiente de trabalho, assim como novas informações sobre a saúde do trabalhador e estratégias mantedoras dessa saúde.

Ações que a NR 04 (1978, p.4) estabelece como norma regulamentadora para

[...] promover a realização de atividades de conscientização, educação e orientação dos trabalhadores para a prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, tanto através de campanhas quanto de programas de duração permanente. E esclarecer e conscientizar os empregadores sobre acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, estimulandoos em favor da prevenção.

Haag; Lopes; Schuck (2001, p.23) dizem que “a enfermagem do trabalho caracteriza-se por um conjunto de ações educativo-assistenciais, que visam a interferir no processo trabalho-saúde-adoecimento, no intuito de promover e valorizar o ser humano”.

Não se pode afirmar que tais programas não possuam falhas, mas cabe aos criadores desses trabalhos proporcionarem aperfeiçoamento e interagir de forma dinâmica para conseguir o número máximo de profissionais saudáveis.

11. Discurso sobre as principais doenças ocupacionais que acometem os trabalhadores de enfermagem no PS do HRTM.

Ideia Central

Os atendimentos são diversos, em todas as áreas. Temos uma lista das mais procuradas, que são as doenças de ordem sistêmica como hipertensão e obesidade, ficando então em terceiro lugar os transtornos mentais.

Discurso do Sujeito Coletivo

Temos atendimento em várias áreas, desde o dentista até o oftalmologista. Então através dos dados dos prontuários da nossa investigação sobre as doenças ocupacionais mais presentes temos as principais que são: hipertensão; obesidade; casos de lesão por esforço repetitivo – LER, decorrentes exatamente do esforço físico exacerbado pelas condições de trabalho e postura inadequada, e temos a questão de transtornos mentais com os sinais de estresse que são bem evidentes, como depressão e ansiedade nos níveis mais agudos.

Já tivemos acidentes com material perfurocortante que se encaixa no risco biológico, porém não temos nenhum caso em que o profissional foi infectado. Temos também profissionais que muitas vezes precisam se empregar vários locais de trabalho, pegam cargas horárias às vezes até sobre-humanas acarretando problemas na coluna, falta de lazer, principalmente as mulheres, que são donas do lar.

Vale saber que os profissionais da área de enfermagem possuem um desgaste emocional intenso, a própria profissão em si lida com o cuidado e muitas vezes não aceitam que são doentes, aí complica mais o tratamento.

Nós ainda estamos vendo a questão de salubridade, que não é todo funcionário que recebe salubridade. Que de acordo com a NR 32, que trata sobre segurança do trabalho em serviço de saúde. Para o profissional ter salubridade, tem que ter contato permanente com o paciente. E o pessoal do RH não possui, mas houve a comprovação da exposição de alguns que adquiriram pneumonia no local de trabalho (SUJEITOS 13; 14; 15).

As doenças ocupacionais campeãs do HRTM (hipertensão e obesidade) são as mais preocupantes dentre as demais, pois a hipertensão, segundo o autor Mendes (2007b, p.1310), “poderá ser considerada como a doença relacionada ao trabalho (...) quando houver comprovação da exposição a fatores de risco de natureza ocupacional” e a obesidade aumenta consideravelmente o risco de mortalidade cardiovascular, pois predispõe doenças cardíacas, doenças osteomusculares e limitações no exercício de sua profissão (MENDES, 2007b).

A LER atinge os tecidos moles do corpo humano, sendo eles: músculos, tendões, vaso, nervos e articulações. Portanto, abrange, em grande escala, os profissionais de enfermagem devido a sua dinamicidade no trabalho, e a LER é resultante da interação dos fatores de risco e se molda de acordo com que o servidor reage às situações agressivas diárias do ambiente (LIMA, 2000 *apud* MENDES, 2007b). E os transtornos mentais (ansiedade, estresse, depressão) podem ser devido ao esgotamento profissional, mais conhecido como Síndrome de Burn¹⁹ que, segundo o autor, “reduz as cinzas a energia, as expectativas e a autoestima de alguém antes profundamente entusiasmada e dedicada ao trabalho”.

Nishide; Benatti (2004, p.407) defendem que o “ambiente de trabalho hospitalar tem sido considerado insalubre por agrupar pacientes portadores de diversas enfermidades infectocontagiosas e viabilizar muitos procedimentos que oferecem riscos de acidentes e doenças para os trabalhadores da saúde”. A insalubridade discutida no discurso revela que alguns profissionais ainda não estão cobertos por esse acréscimo ao salário por não estarem em contato direto com o paciente.

O pessoal do RH, nesse aspecto, não permanece em contato direto com os pacientes, mas um desses trabalhadores já adquiriu pneumonia na instituição e “os adicionais de insalubridade são pagos (...) de acordo com as condições que se constituem o risco potencial” (HAAG; LOPES; SCHUCK, 2001, p.9), cabe à instituição contratante discutir com seus funcionários uma melhor ação que não prejudique nenhuma das partes.

¹⁹ Herbert Freudenberger publicou seu livro *Burn Out* em 1980, no qual aborda o “incêndio interno” que leva o profissional ao limite do desgaste físico e mental, trazendo complicações e/ou transtornos a saúde mental do profissional (MENDES, 2007b).

12. Discurso sobre o índice de absenteísmo no PS do HRTM e a quê está relacionado a este índice.

Ideia Central

Existe seja pelas doenças instaladas com hipertensão, diabetes e obesidade, ou por consultas avulsas, ou até mesmo por acidentes de trajeto casa/trabalho/trabalho/casa.

Discurso do Sujeito Coletivo (Considera)

É baixo, mas existe seja por motivo de acidente de trabalho ou de doenças ocupacionais. Porque a pressão aumentou e está passando por algum problema dentro de casa. Eles trabalham mesmo doentes só faltam se for uma coisa séria como um acidente de moto, depressão, alcoolismo e doenças respiratórias (SUJEITOS 13; 15).

Ideia Central

A saúde depende do bem-estar do trabalhador

Discurso do Sujeito Coletivo (Não considera)

Na verdade eu não considero, pois geralmente os fatores relacionados às questões de saúde são quando o trabalhador está fragilizado, então sua saúde se fragiliza e acaba que ele desenvolve o processo de saúde-doença, e que isso gera reflexos no seu trabalho. E eles vêm mesmo doentes (SUJEITO 14).

Os acidentes de trajeto, segundo os entrevistados da pesquisa, são a causa número 1 de absenteísmo no PS do HRTM e, segundo HAAG; LOPES; SCHUCK, o

processo saúde adoecimento no trabalho também é decorrente do desgaste ocasionado pela distância entre o local de trabalho e a moradia, pela utilização em outra atividade das horas “disponíveis”, pela preocupação e insatisfação com condições de vida e/ou trabalho e pela própria história de vida, saúde e trabalho dos indivíduos (2001, p.10).

Mesmo com inúmeros agravos vistos e debatidos, um fato é que os profissionais técnicos de enfermagem têm um número mínimo de absenteísmos, sendo que suas faltas se dão por fatos extremos e cabe em outro momento analisar o porquê dessas faltas, mesmo que ocorram em pequena escala.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, nota-se um progresso, mesmo que pequeno, nas discussões acerca da saúde do trabalhador no âmbito hospitalar, tratando aqui em especial os de enfermagem para que esta área no Brasil chegue pelo menos a um nível satisfatório. Igualmente se torna inegável a evolução positiva e o caminho percorrido ao longo deste estudo em torno dos riscos ocupacionais, presentes no PS/HRTM a que estão sujeitos os trabalhadores de enfermagem.

E durante a execução da pesquisa, compreendeu-se que existem, por parte de alguns profissionais, informações mais detalhadas sobre saúde do trabalhador, e mesmo assim, essas informações são “quebradas”, alguns profissionais têm a noção do que seja; outros relatam logo que não sabem e partem para outra questão. Portanto, é aceitável que os caminhos ainda são longos para se alcançar a segurança ideal dos trabalhadores de enfermagem nos serviços de saúde. Necessita-se de políticas ativas e políticos atuantes para que o risco ocupacional seja difundido e cause atenção em todos os que empregam e trabalham no serviço.

Durante a revisão bibliográfica, foi visto e debatido que o risco ocupacional tem uma história longa, iniciada por Ramazzini, e que abrange todas as áreas de atuação, e que a população laboral ativa possui um conceito historicamente de que os trabalhadores são culpados pelos acidentes que sofrem. Nos discursos, foi vista essa linha de pensamento, presente na concepção do laborador. Assim sendo, é de suma importância o conhecimento das leis para obter uma luta justa por melhores condições de trabalho e minimização dos riscos ocupacionais e posteriormente acidentes de trabalho.

Após as entrevistas efetivadas, foi visto um grande número de trabalhadores de enfermagem que não está bem informada sobre a terminologia do risco ocupacional em um sentido mais amplo, e ainda, para a maioria, o risco ocupacional é basicamente composto pelo risco biológico. E não só para essa população entrevistada, mas os demais trabalhadores necessitam de que o NST intensifique os trabalhos de educação continuada e permanente para todos os que trabalham na assistência à saúde, e de tal modo o assunto seja tomado com propriedade por todos aqueles que formaram o foco da pesquisa.

Os conhecimentos dos membros da CIPA, apesar de não terem sido capacitados ainda, compartilharam informações sobre as diversas lacunas onde se encontram os riscos ocupacionais no PS e que merecem um olhar mais atento.

Os membros do NST possuem dados sobre a existência dos riscos ocupacionais no PS. Esse núcleo segue com ações para assim minimizá-los e, ao mesmo tempo, está caminhando a

passos lentos, pois foram identificados, durante as entrevistas com os técnicos de enfermagem, os seguintes achados: o conhecimento dos profissionais está muito aquém do que é necessário para as precauções universais dos riscos ocupacionais; a falta ou insuficiência de material e equipamentos que atinjam as normas regulamentadoras que seguem falando sobre a ergonomia aplicada para o profissional; o sucateamento da rede pública impede uma assistência de qualidade tanto para quem oferece quanto para quem recebe cuidados; o índice de absenteísmo é mínimo em relação a doenças provenientes do local de trabalho.

Diante do exposto, apontam-se alguns desafios: repensar o trabalho, dimensionamento e forma de organização; fortalecer as discussões sobre as normas de biossegurança nos processos de formação dos trabalhadores de enfermagem; adotar mais estratégias de educação permanente em saúde, como políticas pelos gestores institucionais; dar continuidade a ginástica laboral; intensificação da busca ativa por profissionais e seus agravos. Dentro disso, é feliz a continuação do NST em disseminar informações a respeito dos cuidados a fim de combater os agravos. Dito isso, é sabido que essas iniciativas marcam uma nova fase de progresso para todos os trabalhadores do HRTM.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E. & GENTILI, P. (orgs.) **Pós-neoliberalismo**: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimento em Saúde**. DATASUS. 2010. Disponível em: <
http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=2408002503689 >
Acesso em: 06 Abr. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS**: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf > Acesso em: 25 Abr. 2010.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Título VII, Da Ordem Social, Seção II, da Saúde. Brasília, 1988.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde**, 8080. Diário Oficial da União, Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde do Trabalhador**. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde / Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2001c. (Série A. Normas e Manuais Técnicos: n 114).

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo os seres humanos**. Resolução 196/96. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério do trabalho. NR 04 – Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho **Portaria GM n.º 3.214, de 08 de junho de 1978.** Disponível em: < http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentaDORAS/nr_04.pdf > Acesso em: 02 Mai. 2010.

BRASIL. Ministério do trabalho. NR 05 – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes **Portaria GM n.º 3.214, de 08 de junho de 1978** Disponível em: < http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_05.pdf > Acesso em: 28/10/2010.

BRASIL. Ministério do trabalho. NR 06 – Equipamento de Proteção Individual – EPI. **Portaria GM n.º 3.214, de 08 de junho de 1978.** Disponível em: < http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_06.pdf > Acesso em: 02 Mai. 2010.

BRASIL. Ministério do trabalho. NR 09 – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais. **Portaria GM n.º 3.214, de 08 de junho de 1978.** Disponível em: < http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_09_at.pdf > Acesso em: 02 Mai. 2010.

BRASIL. Ministério do trabalho. NR 17 – Ergonomia. **Portaria GM n.º 3.214, de 08 de junho de 1978.** Disponível em: < http://www.pgt.mpt.gov.br/images/arquivos/codemat/mte/nr_17.pdf > Acesso em: 24 Mar. 2010.

BRASIL. Ministério do trabalho. NR 24 – Condições Sanitárias e de Conforto nos Locais de Trabalho. **Portaria GM n.º 3.214, de 08 de junho de 1978.** Disponível em: < <http://www.ffaria.com.br/nrs/pdf/Nr24.pdf> > Acesso em: 24 Mar. 2010.

BRASIL. Ministério do trabalho. NR 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. **Portaria GM n.º 485, de 11 de novembro de 2005.** Disponível em: < http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_32.pdf > Acesso em: 24 Mar. 2010.

BUONFIGLIO, M. C. III Seminário Internacional Universidade. **Cenários: Transformações no Mundo do Trabalho.** Universidade Federal da Paraíba. Belo Horizonte, 2002.

CAMPOS, A. L. A.; GUTIERREZ, P. S. G. A assistência preventiva do enfermeiro ao trabalhador de enfermagem. **Rev. bras. enferm.** [online]. v. 58, n. 4, Brasília, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n4/a15v58n4.pdf> > Acesso em: 26 Fev. 2010.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: Comentários à Lei Orgânica da Saúde. Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90. 4. ed. São Paulo: Editora da Unicamp, 2006.

CEZAR-VAZ, M. R et al. Estudo com enfermeiros e médicos da atenção básica à saúde: uma abordagem socioambiental. **Texto contexto - enferm.** [online], v.16, n.4, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a08v16n4.pdf> > Acesso em: 26 Fev. 2010.

COFEN. **Resolução COFEN nº. 311/2007.** Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: < http://www.corentocantins.org.br/eUpload/arquivos/9/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20COFEN%20n%C2%BA%20315_2007.pdf > Acesso em: 06 Abr. 2010.

COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil:** políticas e organização de serviços. 6. ed. São Paulo: CEDEC, 2005.

DANTAS, S. K. B. **Acidente de trabalho:** a equipe de enfermagem (des)conhece o assunto?. 2007, 54f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – Faculdade de Enfermagem, Mossoró, 2007.

DeCS. **Descritores em Ciências da Saúde.** Disponível em: < <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/> > Acesso em: 30 Mar. 2010.

FERNANDES, L. E. **Discutindo a Saúde do Trabalhador de Enfermagem na Prestação da Assistência á Saúde.** 2000, 60f. Monografia (Graduação em enfermagem) – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – Faculdade de Enfermagem, Mossoró, 2000.

FONSECA, H. A.; FERNANDES, W. F. **JORNADA DE TRABALHO DA ENFERMAGEM:** determinante de risco e desgaste a saúde do trabalhador. 2007. Monografia (Graduação em enfermagem) – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – Faculdade de Enfermagem, Mossoró, 2000.

GEOVANINI, T. et al. **História da Enfermagem:** versões e interpretações. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

HAAG, G. S.; LOPES, M. J. M.; SCHUCK, J. S. **A enfermagem e a saúde dos trabalhadores.** 2. ed. Goiânia: AB, 2001.

HORTA, V. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.
KALINOWSKI, C. E. **Programa de Atualização em Enfermagem**: Saúde do Adulto.
PROENF. Porto Alegre: Artmed, 2006. (Ciclo 1, Módulo 4).

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. O sujeito que fala. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.10, n.20, jul/dez, 2006.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. TEIXEIRA, J. J. V. O Discurso do Sujeito Coletivo: Uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

MANTOVANI, Maria de Fátima et al. Panorama da produção do conhecimento em enfermagem na saúde do trabalhador: impacto e perspectivas. **Rev. bras. enferm.** [online]. v.62, n.5, Set, Brasília, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/24.pdf> > Acesso em: 26 Fev. 2010.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MEDEIROS, S. M. **As novas formas de organização do trabalho na terceira revolução industrial e a força de trabalho em saúde**. 2000, 215 f. Tese (Doutorado em Saúde do Trabalhador) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

MENDES, R. **Patologia do Trabalho**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007a. v.1.

MENDES, R. **Patologia do Trabalho**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007b. v.2.

MINAYO, M. C. S (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MUNDO E EDUCAÇÃO. **Taylorismos e Fordismo**. Disponível em: < <http://www.mundoeducacao.com.br/geografia/taylorismo-fordismo.htm> > Acesso em: 29 Abr. 2010.

NISHIDE, V. M.; BENATTI, M. C. C. Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. **Rev. esc. enferm.** v.38, n.4, Dez, São Paulo, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n4/06.pdf> > Acesso em: 26 Fev. 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RIBEIRO, E. J. G.; SHIMIZU, H. E. Acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem. **Rev. bras. enferm.** [online]. v.60, n.5, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n5/v60n5a10.pdf> > Acesso em: 26 de Fev. 2010.

RODRIGUES, M. P.; ARAÚJO, M. S. S. **O Fazer Em Saúde: Um Novo Olhar Sobre O Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família.** Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal. Disponível em: < http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_polo05.pdf > Acesso em: 28 de Abr. 2010.

SILVA JÚNIOR, A. G. **Modelos Técnicoassistenciais em saúde: O debate no campo da saúde coletiva.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

SILVA, R. C. G.; FELLI, V. E. A. Um estudo comparativo sobre a identificação dos riscos ocupacionais por trabalhadores de enfermagem de duas Unidades Básicas de Saúde do município de São Paulo. **Rev Esc Enferm;** v.36. n.1, São Paulo, 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n1/v36n1a03.pdf> > Acesso em: 26 de Fev. 2010.

SOARES, F. R. R. **O Trabalho da Enfermagem e a Perspectiva da Integralidade.** 2007. 52 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do rio Grande do Norte, Mossoró, 2007.

TEIXEIRA, P.; VALLE, S. **Biossegurança: uma abordagem multidisciplinar.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

VINCENTINO, C. **História Geral.** São Paulo: Scipione, 2002.

ZAPPAROLI, A. S.; MARZIALE, M. H. P. Risco ocupacional em unidades de Suporte Básico e Avançado de Vida em Emergências. **Rev. bras. enferm.** [online]. v.59, n.1, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a08v59n1.pdf> > Acesso em: 26 Fev. 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Karla Pessoa Alves de Lima, discente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró FACENE/RN pretendo desenvolver uma pesquisa para Monografia que tem como título, AMBIENTE HOSPITALAR: uma análise dos riscos ocupacionais que envolvem o profissional de Enfermagem no Pronto Socorro do Hospital Regional Tarcísio Maia.

Deste modo venho solicitar sua autorização para aplicação de entrevista semi-estruturada com você profissional de Enfermagem no PS/ Trabalhador da CIPA/ Profissional do Núcleo de Saúde do Trabalhador desta referida instituição.

Esclareço que as informações coletadas na entrevista serão utilizadas somente para os objetivos da pesquisa e os instrumentos serão mantidos no meu poder por no mínimo 5 anos. Objetivo e Justificativa da Pesquisa: É uma pesquisa importante, pois tem o objetivo geral analisar o impacto dos riscos ocupacionais que envolvem o profissional de enfermagem no setor do Pronto socorro do HRTM, e os objetivos específicos são: identificar os principais riscos ocupacionais a que estão expostos os trabalhadores da enfermagem do Pronto Socorro do HRTM; identificar quais as doenças ocupacionais mais frequentes naquele setor e; investigar os impactos que estes fatores desestruturantes do processo saúde doença do trabalhador tem sobre o processo de produção dos serviços de enfermagem.

Deste modo justifico este trabalho pela intensidade do problema no âmbito hospitalar, primordialmente no Pronto Socorro, não é bem estudada no Brasil, pois além de existirem poucos artigos acadêmicos que indicam a incidência, não se tem uma estatística precisa. Além de sua importância para todos os profissionais participantes e não participantes da pesquisa, para a sociedade, o serviço de saúde e de forma pessoal como pesquisadora participante.

Informamos que o referido estudo possui riscos mínimos aos participantes, pois os mesmos estarão assegurados pela garantia do anonimato ao assinar o TCLE, e pela liberdade de desistir da participação da pesquisa sem nenhum constrangimento. Seus resultados poderão trazer melhorias na qualidade do trabalho e da assistência dos profissionais de enfermagem, bem como possibilitar uma ampliação da produção científica e, conseqüentemente, ampliação dos conhecimentos nesta área.

O senhor (a) tem liberdade de desistir a qualquer momento da participação da entrevista a ser realizada, pois a mesma é voluntária. Seu anonimato será preservado. Em nenhum momento o senhor (a) terá prejuízo financeiro, pois irei a seu encontro após marcar data, hora e local. Não haverá pagamentos em dinheiro para confirmar participar de tal estudo,

será uma participação gratuita. Gostaria de colocar que a participação da equipe de Enfermagem será de extrema importância para o bom desenvolvimento e conhecimento da pesquisa.

Em caso de maiores esclarecimentos pode entrar em contato com o pesquisador responsável, a pesquisadora participante e o próprio Comitê de Ética e Pesquisa da FACENE/FAMENE:

Pesquisador responsável: Francisco Rafael Ribeiro Soares.

Endereço Profissional: Av. Presidente Dutra, 701. Alto de São Manoel. Mossoró/RN. CEP: 59628-000

Contatos: (84) 33120143; xicorafa@yahoo.com.br / rafaelsoares@facenemossoro.com.br

Pesquisadora participante: Karla Pessoa Alves de Lima

Endereço: Rua Aristides Rebouças, 26. Alto de São Manoel. Conjunto INOCOOP.

Telefone: (84) 3316-3714 / (84) 8878-8662 / (84) 9950-3501; karla_pessoa007@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/FAMENE

Endereço: Av. Frei Galvão, 12 – Bairro Gramame – João Pessoa - Paraíba CEP: 58.067-695

Telefone: (83) 2106-4777; cep@facene.com.br

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO

Eu _____, portador do RG _____, declaro que fui convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter compreendido o que me foi explicado acima, concordo com a participação na pesquisa.

Fui devidamente esclarecido (a) quanto aos objetivos da pesquisa, ao tipo de entrevista que serei submetido (a). Foram garantidos esclarecimentos que eu venha a solicitar durante o curso da pesquisa o direito de desistir da participação a qualquer momento, sem que minha desistência implique qualquer prejuízo à minha pessoa ou à minha família. A minha participação na pesquisa não implicará custos ou prejuízos adicionais, sejam eles de caráter econômico, social, psicológico ou moral. Foi-me garantido o anonimato, o sigilo dos dados referentes à minha identificação.

Assinatura do Participante

Compromisso do investigador:

Eu discuti as questões acima com o(a) PROFISSIONAL participante do presente estudo. É minha convicção que o profissional entenda sobre o estudo, assim como seus benefícios relacionados a este projeto de monografia.

Pesquisadora Participante: Karla Pessoa Alves de Lima

Data: ____ / ____ / ____

Pesquisador Responsável: Francisco Rafael Ribeiro Soares

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Direcionado aos Membros da CIPA

IDENTIFICAÇÃO

Data da Entrevista ___/___/___

CARACTERÍSTICAS DO PROFISSIONAL

- Qual a sua função Profissional?
- Há quanto tempo está formado?
- Há quanto tempo trabalha neste serviço?
- Você possui algum título de especialista, mestre ou doutor?

QUESTIONÁRIO

1. No seu ver, quais são os principais riscos ocupacionais presentes no PS do HRTM? Descreva-os o mais detalhadamente possível.
2. Quais os principais problemas relacionados à estrutura física do PS/HRTM que se constituem enquanto fatores de risco para doenças ocupacionais/acidentes de trabalho para os trabalhadores de enfermagem?
3. Em que aspectos você considera a dinâmica de serviço de enfermagem (carga horária, atividades, número de profissionais, etc.) favorável ou desfavorável à promoção e proteção da saúde do trabalhador naquele setor?

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Direcionado aos Trabalhadores de Enfermagem

IDENTIFICAÇÃO

Data da Entrevista ___/___/___

CARACTERÍSTICAS DO PROFISSIONAL

- Qual a sua função Profissional?
- Há quanto tempo está formado?
- Há quanto tempo trabalha neste serviço?
- Você possui algum título de especialista, mestre ou doutor?

QUESTIONÁRIO

1. O que você entende por risco ocupacional?
2. Você costuma faltar com frequência ao trabalho por motivos de saúde?
3. Se sim, quais são estes motivos?
4. Qual a relação existente entre o trabalho do PS/HRTM e as doenças e transtornos eu já sofreu?
5. Você considera as condições de trabalho do PS/HRTM favoráveis à manutenção da sua saúde? Por quê?

APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Direcionado ao Núcleo de Saúde Ocupacional

IDENTIFICAÇÃO

Data da Entrevista ___/___/___

CARACTERÍSTICAS DO PROFISSIONAL

- Qual a sua função Profissional?
- Há quanto tempo está formado?
- Há quanto tempo trabalha neste serviço?
- Você possui algum título de especialista, mestre ou doutor?

QUESTIONÁRIO

1. Quais são os principais riscos ocupacionais presentes no PS do HRTM?
2. Para você qual a relação do risco ocupacional com o acidente de trabalho no profissional do PS do HRTM?
3. No geral, quais as ações de promoção e proteção à saúde do trabalhador?
4. Quais as principais doenças ocupacionais que acometem os trabalhadores de enfermagem no PS/HRTM?
5. Você considera o índice de absenteísmo alto no PS/HRTM? a que você relaciona esse índice?

ANEXO



FACULDADES DE ENFERMAGEM E DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA

Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258, de 21.09.2005 e publicada no
DOU de 23.09.2005 Pg. 184 Seção 01.
Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 1.084, de 28 de dezembro 2007, publicada no
DOU de 31 de dezembro de 2007, página 36, seção 1.



CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 196/96 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 3ª Reunião Extraordinária realizada em 03/08/10 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulada "**Ambiente Hospitalar: Uma análise dos riscos ocupacionais que envolvem o profissional de Enfermagem no pronto socorro de um hospital de referência de Mossoró-RN**", protocolo número: 108/2010 e CAAE: 2975.0.000.351-10, do orientador: **Francisco Rafael Ribeiro Soares** e da aluna: **Karla Pessoa Alves de Lima**.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/11/2010, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 24 de Agosto de 2010

Escola de Enf. Nova Esperança Ltda.
Rosa Rita da Conceição Marques
Rosa Rita da Conceição Marques
Coordenadora do CEP/FACENE/FAMENE

Rosa Rita da Conceição Marques
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE

Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba - Brasil
CEP.: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4777