

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ – FACENE/RN  
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM EM SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO

**MARIA SUELY DE MESQUITA XAVIER**

**RISCOS OCUPACIONAIS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE  
MOSSORÓ-RN**

MOSSORÓ

2010

**MARIA SUELY DE MESQUITA XAVIER**

**RISCOS OCUPACIONAIS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE  
MOSSORÓ-RN**

Monografia apresentada a Coordenação da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN), como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Enfermagem em Saúde e Segurança do Trabalho.

**ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup>. Ms. Édija Anália Rodrigues de Lima**

MOSSORÓ  
2010

MARIA SUELY MESQUITA XAVIER

**RISCOS OCUPACIONAIS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE  
MOSSORÓ-RN**

Monografia apresentada pela aluna Maria Suely Mesquita Xavier, do Curso de Especialização em Enfermagem em Saúde e Segurança do Trabalho, tendo obtido o conceito de \_\_\_\_\_, conforme apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado (a) em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Ms. Édija Anália Rodrigues de Lima  
(Orientadora FACENE/FAMENE)

---

Prof<sup>ª</sup>. Ms. Ana Lúcia do Nascimento Pereira.  
(Membro-FACENE)

---

Prof<sup>ª</sup>. Ms. Vilma Felipe Costa.  
(Membro-FACENE)

## RESUMO

A Estratégia Saúde da Família surgiu com o objetivo de reorganizar a atenção básica, nela atua equipes multiprofissionais que visam atender às necessidades de saúde da população. São diversas as atividades desenvolvidas junto à comunidade, e nesse contexto, os trabalhadores se expõem a vários riscos ocupacionais, que podem trazer agravos a sua saúde, como doenças de ordem física e psíquicas. O estudo teve como objetivo geral: descrever os riscos ocupacionais elencados pelos profissionais de enfermagem inseridos nas equipes da Estratégia de Saúde da Família do município de Mossoró-RN. E como objetivos específicos: Caracterizar o perfil da amostra dos profissionais de enfermagem participantes do estudo; e Averiguar os riscos ocupacionais inerentes aos procedimentos executados no cotidiano dos trabalhadores da enfermagem inseridos na atenção primária de saúde. Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem quantitativa, desenvolvida em quinze USF do município de Mossoró-RN, com uma amostra de 33 profissionais de enfermagem. A pesquisa zelou pelos aspectos éticos estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde, e Resolução 311/2007 do Conselho federal de Enfermagem. O instrumento utilizado na coleta de dados foi um formulário. Os resultados foram apresentados em gráficos, e tabelas e analisados a luz da literatura pertinente. Quanto ao perfil desses profissionais, destacamos o sexo feminino enquanto maioria, em torno de 84% dos profissionais, e um percentual de mais de 54% de maiores de 36 anos, na maioria destes casados. No que se diz respeito aos agravos, muitas doenças foram citadas entre elas as doenças virais, psicossociais entre outras.

**Palavras-chaves:** Riscos ocupacionais, Saúde da Família, Promoção à Saúde.

## **ABSTRACT**

The Family Health Strategy was created with the objective of reorganizing primary care, it acts multidisciplinary teams that aim to meet the health needs of the population. There are several activities in the community, and in this context, workers are exposed to various occupational hazards, which can bring harm to their health such as diseases of the physical and psychic. The study aimed to describe the occupational hazards listed by professionals in the teams entered the Family Health Strategy of the Mossoró-RN. The specific objectives are: To identify the sample of nurses in the study, and Investigate occupational risks inherent in the procedures performed in the routine of nursing workers entered into the primary health care. This is an exploratory research with quantitative approach developed in fifteen of the USF Mossoró-RN with a sample of 33 nurses. The research has monitored the ethical standards established by Resolution 196/96 of the National Health Council and Resolution 311/2007 of the Federal Council of Nursing. The instrument used to collect data was a form. The results were presented in graphs and tables and analyzed the pertinent literature. As the profile of these professionals, we highlight the female while the majority, around 84% of professionals, and a percentage of more than 54% over 36 years in most of them married. As regards to injuries, many diseases have been cited including viral diseases, psychosocial and others.

**Keywords:** Occupational risks, Family Health, Health Promotion

## **DEDICATÓRIA**

## **DEUS...**

Agradecer significa dar graças a Deus, pois de Deus vem à vida. A fé nos dá a graça de chamar a Deus de Pai e de partilhar nossa vida com Ele e com os outros, sejam estes próximos ou não. *Compreender a dimensão dessas relações leva a uma atitude de agradecimento, própria dos filhos que agradecem ao pai um presente recebido e é capaz de dizer: “Obrigado, meu pai, muito obrigado!” Com o coração de filhos, possamos agradecer a Deus por tantas graças que Ele nos dá. Percorramos a história de nossas vidas com o olhar agradecido e constataremos, sem dúvida, muito mais a agradecer que a pedir. Ofereço-te meus agradecimentos pelo que hoje sei.*

Tudo o que aparece em nosso caminho faz parte do processo evolutivo de cada indivíduo, nada acontece por acaso. A vida não faz nada, sem nenhuma finalidade. Todos os fatos que ocorrem, a cada momento, independente da situação, são porque temos condições de aproveitar e amadurecer. Tudo tem sua hora certa E é com muita felicidade e a força daqueles que me acompanharam nessa jornada que dedico com carinho meus sinceros agradecimentos. A construção deste trabalho me trouxe um importante conhecimento acerca da pesquisa. Devo a algumas pessoas, cabe, aqui, agradecer a todos que participaram de alguma forma, deste crescimento pessoal.

Primeiramente a DEUS nosso pai criador, pela presença constante em nossas vidas e, por oportunizar este percurso em minha trajetória terrena e por que me fortalecer em todos as horas que senti dificuldades.

Aos meus pais, Quinca e Dalva por todo o amor, dedicação, educação, paciência e confiança durante esta etapa de nossas vidas, a minha eterna gratidão. A minha orientadora que acompanhou nesta trajetória,o meu sincero agradecimento contribuição no desenvolver da pesquisa. Aos professores da instituição que fizeram toda a diferença nesta jornada, mostrando com sua inteligência a direção dos caminhos a serem traçados.

Ao meu esposo que é chave peça principal nesta trajetória. Sem ele essa conquista não seria possível.

A minha irmã Soraia que é colaboradora, apesar da vida profissional agitada, sempre disponibilizou com dedicação e amizade contribuindo nesta minha realização como profissional.

Aos meus colegas de curso por compartilharem comigo os momentos de alegrias e tristezas. Foi bom conviver novamente com vocês.

As minhas amigas Ariane, Luana, Daniele, Rùbia e Priscila que me apoiaram semj lembrarei de vocês com muita saudade e carinho.

Aos meus filhos uma da grande razão da minha vida, a Vanessa uma estrela que esta sempre brilhando, a Gabriel por eu fazer sorrir, ate nas horas mais corridas da vida.

A todos aqueles que me ajudaram de forma direta e indireta na concretização deste trabalho.

MUITO OBRIGADA



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

1. Tabela 1 – Distribuição dos profissionais de Enfermagem, participantes do estudo-----29
2. Tabela 2 - Distribuição dos profissionais de Enfermagem, de acordo a classe profissional e sexo-----29
3. Gráfico 1 – Sexo-----29
4. Gráfico 2- Estado civil-----30
5. Tabela 3 - Distribuição de riscos biológicos presentes nas atividades desenvolvidas pelos profissionais de Enfermagem participantes do estudo---31
6. Tabela 4 - Distribuição de procedimentos de Enfermagem relacionados a riscos ocupacionais -----32

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>08</b>
1.1 PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	09
1.1.1 Objetivo Geral.....	09
1.1.2 Objetivos Específicos .....	09
<b>2 REFERENCIAL TEORICO.....</b>	<b>10</b>
2.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E SUA OPERACIONALIZAÇÃO.....	10
2.2 SAÚDE DO TRABALHADOR: RISCOS OCUPACIONAIS DOS TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	17
<b>3 ASPECTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>24</b>
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	24
3.2 LOCAL DA PESQUISA.....	24
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	24
3.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	24
3.5 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS	25
3.6 FINANCIAMENTO DA PESQUISA.....	25
3.7 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	27
<b>4 APRESENTANDO E ANALISANDO OS RESULTADOS.....</b>	<b>28</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>33</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>34</b>
<b>APÊNDICE A .....</b>	<b>37</b>
<b>APÊNDICE B .....</b>	<b>38</b>
<b>APÊNDICE C- C.....</b>	<b>42</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA

O PSF também denominado de estratégia saúde da família surgiu em 1994, acompanhando a evolução histórica do SUS brasileiro. Sua nomenclatura permite compreender que as ações desenvolvidas por este programa fundamentam-se no cuidado a família. Entretanto para viabilizar o desenvolvimento das referidas ações, conta com um corpo de recursos humanos que compõe uma equipe multiprofissional, denominada ESF.

O trabalho dos profissionais de saúde das unidades de PSF está envolto por vários fatores de riscos ocupacionais, que podem ocasionar danos à saúde dos trabalhadores e, conseqüentemente, interferirem na qualidade da assistência prestada aos usuários (CHIODI; MARZIALE, 2006).

Os riscos ocupacionais, segundo os estudos de Chiodi; Marziale (2006) que acometem os trabalhadores das instituições de saúde são oriundos de riscos físicos, químicos, psicossociais, ergonômicos, e biológicos. Vários estudos têm demonstrado o enfoque sobre o controle e a prevenção de acidentes de trabalho que ocorrem nas instituições hospitalares, deixando um pouco de lado a abordagem acerca dos riscos e agravos oriundos da atenção básica.

Dessa forma, faz-se necessário contribuir para a aquisição de conhecimentos que possam subsidiar o planejamento e a adoção de medidas preventivas da ocorrência desses acidentes nos serviços da atenção básica.

A intenção de desenvolver esta pesquisa surgiu a partir de experiência profissional da pesquisadora, no decorrer de sua atuação como preceptora de graduandos de enfermagem. No cotidiano da preceptoria foi possível conhecer várias Unidades de Saúde da Família do município de Mossoró. E enquanto estudante do curso de especialização em Enfermagem em Saúde e Segurança do Trabalho, alguns questionamentos foram surgindo, no sentido de tentar contribuir com a saúde no trabalho de meus colegas integrantes da equipe de enfermagem. Daí a oportunidade de estudar melhor as relações entre trabalho e saúde do profissional que atua na atenção primária de saúde.

Acredita-se que os resultados obtidos com essa pesquisa concorrerá para a saúde dos profissionais de enfermagem atuantes na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município

de Mossoró. Poderá despertar reflexões acerca da implementação de medidas de proteção e promoção da saúde, no espaço do trabalho. Acredita-se ainda que o desenvolvimento desse estudo também versará sobre aspectos inerentes a valorização dos profissionais de enfermagem, no sentido de propor melhoria nas condições de trabalho e qualidade de vida para esses profissionais.

A Saúde do Trabalhador constitui uma área da Saúde Pública que tem como objeto de estudo e intervenção as relações entre o trabalho e a saúde. Tem como objetivos 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 a organização e prestação da assistência aos trabalhadores, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada, no SUS (BRASIL, 2001, p. 17).

Nesse sentido, a pesquisa proposta será norteadada pelo seguinte questionamento: “Quais os riscos ocupacionais elencados pelos profissionais de enfermagem inseridos nas equipes da Estratégia de Saúde da Família do município de Mossoró-RN?”

### **1.1 Objetivo Geral:**

Descrever os riscos ocupacionais elencados pelos profissionais de enfermagem inseridos nas equipes da Estratégia de Saúde da Família do município de Mossoró-RN.

### **1.2 Objetivos Específicos:**

- Caracterizar o perfil da amostra dos profissionais de enfermagem participantes do estudo;
- Averiguar os riscos ocupacionais inerentes aos procedimentos executados no cotidiano dos trabalhadores da enfermagem inseridos na atenção primária de saúde;

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E SUA OPERACIONALIZAÇÃO

A Política Nacional de Atenção Básica, dentre vários fatores determinantes da sua adoção, resultou da expansão do Programa Saúde da Família (PSF), consolidada como estratégia prioritária da reorganização da Atenção Básica no Brasil, objetivando a construção de ações individuais e coletivas de promoção e proteção à saúde, de prevenção de doenças, de diagnóstico de problemas de saúde, de tratamento, de reabilitação e de manutenção da saúde (TINOCO et al., 2010).

Criado em 1994 pelo Ministério da Saúde, a ESF veio com o propósito de reorganizar e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família, como um meio de melhorar as condições de seus integrantes e, em consequência, da própria comunidade.

O PSF segue as responsabilidades e ações estratégicas mínimas de atenção à saúde básica que visam um enfoque multiprofissional, através de atribuições privativas ou compartilhadas entre os integrantes da equipe de saúde (BRASIL, 2007).

O Programa de Saúde da Família (PSF), segundo o Governo Federal, é uma ferramenta da qual fazemos uso para promover a saúde, que surge como um paradigma inovador na Saúde Pública. A promoção da saúde é uma mudança na clínica que aborda o sujeito, e o PSF tem como objetivo proceder a essa promoção (CARVALHO et al., 2004).

A Política Nacional de Promoção da Saúde tem como objetivo melhorar a qualidade de vida e prevenir a vulnerabilidade e os riscos de doenças, pois existem os fatores determinantes e condicionantes. Na perspectiva de Carvalho et al (2004) pode-se dizer que o sucesso de sua execução está diretamente ligado ao desempenho do profissional de enfermagem no cumprimento de suas atividades.

Enfermeiros identificam problemas de saúde, solicitam exames complementares e prescrevem medicamentos, mediante protocolos legalmente estabelecidos pelo Ministério da Saúde, gestores estaduais, municipais ou do Distrito Federal. No entanto, na rotina dos serviços básicos de saúde, dificuldades enfrentadas por estes profissionais acarretam muitas vezes a descontinuidade das ações e traz a insatisfação, comprometendo desta forma à saúde destes trabalhadores, bem como o desempenho ideal de suas funções (CARVALHO et al., 2004).

Segundo Santana; Carmagnani (2001), os principais objetivos da Estratégia Saúde da Família são: prestar um atendimento de qualidade, integral e humano em unidades básicas municipais, garantindo o acesso à assistência e à prevenção em todo o sistema de saúde, de forma a satisfazer as necessidades de todos os cidadãos; reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios: atenção centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social; e garantir equidade no acesso à atenção em saúde, de forma a satisfazer as necessidades de todos os cidadãos do Município, avançando na superação das desigualdades.

Acredita-se que a imagem atual do sistema de saúde brasileiro vem exibindo falhas, revelando-se intolerável, segundo a opinião de seus principais consumidores. A população julga o sistema de saúde analisando não só um caso ou outro, mas o desempenho geral do sistema. A saúde é uma área que envolve a vulnerabilidade e a sensibilidade das pessoas e, por isso, o atendimento e atitudes tomam uma dimensão maior na reação dos envolvidos (TAIRA et al., 2007).

De acordo com a discussão das políticas das últimas décadas, o PSF vem reorganizando sua prática e seus critérios centrados na família, buscando melhores instrumentos de atuação. A identificação dessa intervenção satisfaz às necessidades de cada um em conformidade com os direitos humanos, ou seja, garante a equidade de seu tratamento (SANTOS; CUTOLO, 2003).

Para compreendermos melhor como funciona a ESF, segundo os autores supracitados, faz-se necessário entender como se dá o funcionamento e a organização da equipe de saúde da família. A equipe se organiza de forma multiprofissional composta por, no mínimo, um médico de família e comunidade, um enfermeiro de saúde pública, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde, e, quando ampliada, conta ainda com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

Sabe-se que há necessidade de integração e motivação para atuar em favor do cliente, viabilizando, assim, as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) com sua proposta de universalidade, equidade e integralidade. Apesar das características próprias do programa, há a necessidade de integração e motivação dos profissionais para atuar em conjunto e em prol do usuário. Para melhor compreendermos como funciona o PSF, faz-se necessário entender como se dá a organização e o funcionamento da equipe de saúde da família (SANTOS; CUTOLO, 2003).

O propósito de trabalhar em equipes, na perspectiva dos autores supracitados traz possibilidades de atuação multidisciplinar, mesmo que, muitas vezes, tenhamos que vencer alguns desafios no relacionamento interpessoal.

Assim, observa-se que são delegadas aos profissionais múltiplas tarefas com um grau de exigências e responsabilidades, as quais, dependendo do ambiente, da organização do trabalho e do preparo para exercer seu papel podem criar tensão para a equipe como para a comunidade assistida.

A aproximação com o trabalho das equipes de saúde da família me oportunizou a visualização das limitações internas e externas incontáveis e que expõem o profissional a riscos que podem desencadear o estresse ocupacional. Ao receber o cliente, nem sempre existe um ambiente de trabalho e recurso humano compatíveis para o desenvolvimento de uma prática humanizada, competente e resolutiva.

Essas ponderações, relacionadas a aspectos de organização, planejamento e gerenciamento do trabalho das equipes de saúde da família, pressupõem a exposição de seus membros, a riscos, psicossociais, no ambiente ocupacional e julgamos oportuno destacar no nosso estudo tais aspectos.

Segundo informações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) para que haja um funcionamento eficiente e que atinja os objetivos do programa, deve-se conhecer e reconhecer as atribuições específicas de cada membro que compõem essas equipes multiprofissionais.

Nesse sentido afirma-se que o médico, é o profissional de saúde que atende a todos os integrantes de cada família, independente de sexo e idade, desenvolvendo com os demais integrantes da equipe, ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da população; O enfermeiro, cuja função é supervisionar o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e do Auxiliar de Enfermagem, além de realizar consultas na unidade de saúde, bem como assistir as pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem, no domicílio; O auxiliar de enfermagem, que realiza procedimentos de enfermagem na unidade básica de saúde, no domicílio e executa ações de orientação sanitária (BRASIL, 2006).

O agente comunitário de saúde é responsável em fazer a ligação entre as famílias e o serviço de saúde, visitando cada domicílio pelo menos uma vez por mês. Realiza o mapeamento de cada área, o cadastramento das famílias e estimula a comunidade para práticas que proporcionem melhores condições de saúde e de vida; O dentista realiza a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as

famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolutividade (BRASIL, 2006).

Pode-se, então, perceber que cada membro da equipe, ao cumprir as suas atribuições, torna a equipe capacitada para desenvolver plenamente as suas ações, o que resultam em respostas comuns ao desenvolvimento do trabalho de cada um deles, como o conhecimento da realidade das famílias pelas quais são responsáveis por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas, tal atribuição é interessante que seja executada por todos os membros da equipe simultaneamente, tendo em vista que a partir deste conhecimento se tem um mesmo diagnóstico da situação da comunidade a ser trabalhada.

É possível ainda conhecer os principais problemas de saúde e situações de risco na qual a população atendida está exposta e juntas elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, prestar assistência integral, organizada ou espontânea, na Unidade de Saúde da Família, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda e desenvolver ações educativas e intersetoriais para enfrentar os problemas de saúde identificados (BRASIL, 2006).

É importante conhecermos ainda muitas das atribuições comuns a todos os profissionais das equipes de saúde da família para que possamos pensar criticamente, como se deve dar a divisão de tarefas e/ou a integração dos membros de uma equipe de saúde da família sem que haja a necessidade de sobrecarga de responsabilidade e de atividades para uma determinada categoria mais que para outra.

De acordo com a portaria 648 de 28 de março de 2006 do Ministério da Saúde muitas são as atribuições comuns a todos os profissionais, dentre as principais, tem-se a participação no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, na perspectiva de identificar os grupos, as famílias e os indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local. Enfatiza-se também a realização do cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros, quando necessário, realizando ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local (BRASIL, 2006).



As transformações ainda são lentas no campo das práticas, principalmente devido às dificuldades encontradas. E nesse caminho, às vezes tortuoso, a máxima é superar obstáculos de todas as ordens: na organização do trabalho, na relação com os profissionais da equipe, na dificuldade de consolidar as ações em conjunto, por falta de tempo ou escassez de material.

Essa relação mais profunda dos profissionais de saúde com a população cria, inclusive, condições para redefinição crítica da prática em vários serviços de saúde, apontando para um modelo mais integrado aos interesses populares. “Assim, vai se configurando no Brasil, uma postura de relação entre os profissionais de saúde e a população, voltada para a gestação de novos conhecimentos e novas formas de organização social (BARBIERI, 2006, p. 8).

Nesse sentido, este trabalho nos oportuniza também para uma reflexão crítica sobre a política do PSF no Brasil, a partir dos eixos que o vem norteando desde a sua criação, por exemplo, a Constituição Federal de 1988, que trata da integralidade e hierarquização da assistência à saúde, a Lei Orgânica da Saúde de 1990, que dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, e a Norma Operacional Básica do SUS/NOB-SUS/96, que disciplina a habilitação dos municípios na prestação do PSF. Apesar de ele ainda não atender plenamente às necessidades da população usuária por vários fatores, pode-se mesmo afirmar que é inegável a sua contribuição para o setor saúde por provocar, dentre outros aspectos, mudança do modelo de assistência. BRASIL. Constituição Federal do Brasil de 1988.

Embora a filosofia e o objeto de atuação dos profissionais e serviços sejam hoje distintos dos serviços tradicionalmente oferecidos nas unidades básicas de saúde (UBS), o material simbólico que carregam os atores envolvidos na relação entre oferta e demanda não se distingue de seus conceitos e percepções sobre doença e saúde, ou seja, uma racionalidade médica centrada na categoria doença, com forte apelo às definições oriundas do campo da Biologia.

Apesar das contradições entre as percepções biologicistas do processo saúde e doença, por parte dos profissionais e usuários, e a humanização das práticas em saúde desenvolvidas pelo programa, os avanços na relação entre esses atores parecem dar sinais positivos para todos. Mais uma vez, confirma-se a correspondência entre aquilo que se oferece e o que se demanda, agora de uma maneira talvez mais totalizante. Essa visão mais totalizante se dá na busca da união da prática clínica com a prática sanitária, por meio da ênfase da saúde nos aspectos de promoção e prevenção, pelos quais são enaltecidos e transformados em falas e práticas, que buscam o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e que se traduz em qualidade de vida. Nada mais representativo desse reconhecimento do que a incorporação de membros da comunidade na decisão das prioridades em saúde no seu bairro,

ou até mesmo sua participação direta na prestação do cuidado, como é o caso dos agentes comunitários (MERHY,1997).

Nesse sentido, acredita-se que a reflexão sobre as reais vantagens e desvantagens do tema seja uma contribuição e oportunidade para todos aqueles que se interessam pelo assunto PSF, ou que dele se utilizam, na medida em que se pretende humanizar as relações na área da saúde pública.

O pressuposto é de que o PSF seria capaz de imprimir uma nova dinâmica na forma de organização dos serviços e ações de saúde, possibilitando maior racionalidade na utilização dos níveis de maior complexidade assistencial e produzindo resultados favoráveis nos indicadores de saúde da população assistida. Ao mesmo tempo, o princípio operacional do Programa de adscrição de clientela permitiria estabelecer um vínculo das unidades básicas de saúde da família com a população, possibilitando o resgate da relação de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e usuários dos serviços (NOBS-SUS/96).

Entretanto, apesar do elevado percentual de municípios que já implantaram equipe de PSF, a cobertura populacional pelo Programa se situa em torno a um terço dos habitantes do país, o que pode ser atribuído, pelo menos em parte, a maior dificuldade de sua implantação nos grandes centros urbanos, que concentram um maior contingente populacional. Na maioria das cidades de médio e grande porte, o PSF persiste com as características de uma estratégia de expansão dos cuidados básicos de saúde voltada a grupos populacionais sob maior risco social e expostos a precárias condições sanitárias (BRASIL, 2002).

Entre as justificativas para este quadro, podem ser destacados os elevados investimentos em recursos financeiros, humanos e materiais necessários para introdução ou ampliação da cobertura do PSF nas cidades de maior porte, bem como as resistências corporativas em alterar o processo de trabalho consagrado na lógica de intervenção médica vigente e a dificuldade em superar ou integrar as dimensões de promoção e prevenção às ações de assistência médica.

No plano financeiro, os critérios vigentes de repasses de recursos a título de incentivo ao PSF configuram um círculo vicioso de insuficiência de receita e de dificuldade de superação dos padrões anteriores, impedindo a redução do duplo gasto em vertentes diversas da atenção básica e das dicotomias no processo de transição entre a rede do PSF e a rede tradicional preexistente.

Apesar de o PSF ser considerado por gestores como um modelo melhor de atenção sanitária, o Programa sofre grandes resistências, pois implicaria o aumento inicial de

demandas médicas, em um gasto maior com o sistema, e dificuldades na captação de profissionais capacitados e a precariedade dos contratos de trabalho (BRASIL, 1997).

Para tanto, é preciso levar em conta, além de tudo, a especificidade de cada região/município (entre as quais se inclui o processo histórico de constituição daquela rede e suas particularidades próprias de organização), a divisão público-privado, a oferta de serviços (próprios ou conveniados) de média e alta complexidade do SUS, bem como as determinações oriundas do próprio espaço urbano, entre as quais se destacam os fluxos de transporte, as expectativas assistenciais e características médico-culturais da população, os vínculos preestabelecidos dos usuários com unidades e equipes do modelo tradicional, e seus padrões prévios de acesso e consumo de serviços médicos

## 2.2 SAÚDE DO TRABALHADOR: RISCOS OCUPACIONAIS DOS TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O termo Saúde do Trabalhador refere-se a um campo do saber que visa compreender as relações entre trabalho e processo saúde/doença. Nessa acepção, considera a saúde e a doença como processos dinâmicos, estreitamente articulados com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade em determinado momento histórico. Parte do princípio de que a forma de inserção dos homens, mulheres e crianças nos espaços de trabalho contribui decisivamente para formas específicas de adoecer e morrer. O fundamento de suas ações é a articulação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial (SARQUIS et al., 2003).

Conforme informações do autor citado acima, o trabalhador é toda pessoa que exerça uma atividade de trabalho, independentemente de estar inserido no mercado formal ou informal de trabalho, inclusive na forma de trabalho familiar e/ou doméstico.

Segundo Lacaz (2000) a doença ocupacional, embora ainda sem esta denominação, foi descrita desde tempos remotos. Hipócrates descreveu o quadro clínico da intoxicação saturnina, Plínio, o aspecto dos trabalhadores expostos ao chumbo, ao mercúrio e a poeiras, Agrícola escreve sobre a “asma dos mineiros”, hoje denominada silicose e Paracelso, a intoxicação pelo mercúrio. Quase dois séculos mais tarde, em 1700 foi publicado “De Morbis Artificum Distribua” escrito por Bernardino Ramazzini, conhecido como “Pai da Medicina do Trabalho”, descrevendo doenças de aproximadamente 50 ocupações.

A Revolução Industrial (1760-1850) teve papel de destaque na mudança das condições de vida social e de trabalho. Conforme o autor supracitado, as condições de trabalho eram péssimas, as doenças e os acidentes eram numerosos, não havia limites na jornada de trabalho, ultrapassando dezesseis horas por dia, o ambiente era fechado e as máquinas sem qualquer proteção. Além disso, disseminaram-se também as doenças infectocontagiosas (LACAZ, 2000).

Num momento em que o processo de descentralização das ações de saúde consolida-se em todo o país, um dos mais importantes desafios sobre os quais os municípios brasileiros tem se debruçado é o da organização da rede de prestação de serviços, de saúde, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): descentralização dos serviços, universalidade, hierarquização, equidade, integralidade da assistência, controle social, utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, ente outros (BRASIL, 2006).

No processo de construção das práticas de Vigilância da Saúde, aspectos demográficos, culturais, políticos, socioeconômicos, epidemiológicos e sanitários devem ser buscados, visando à priorização de problemas de grupos populacionais inseridos em determinada realidade territorial. Segundo o referido autor as ações devem girar em torno do eixo informação – decisão – ação. Portanto, aspectos relativos ao trabalho, presentes na vida dos indivíduos, famílias e conjunto da população devem ser incorporados no processo.

Em relação aos trabalhadores, há que se considerarem os diversos riscos ambientais e organizacionais aos quais estão expostos, em função de sua inserção nos processos de trabalho. Assim, as ações de saúde do trabalhador devem ser incluídas formalmente na agenda da rede básica de atenção à saúde. Dessa forma, amplia-se a assistência já ofertada aos trabalhadores, na medida em que passa a olhá-los como sujeito a um adoecimento específico que exige estratégias – também específicas – de promoção, proteção e recuperação da saúde. (BRASIL, 2006).

A saúde do trabalhador, no pensamento clássico da medicina ocupacional, era entendida como relacionada apenas ao ambiente físico, na medida em que o trabalhador esta em contato com agentes químicos, físicos e biológicos que lhe causem acidentes e enfermidades. Ganhou um novo enfoque a partir da década de 80, no contexto da transição democrática, e em sintonia com o que ocorreu no mundo ocidental (MENDES & DIAS). Esse novo enfoque expressou-se nas discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde, na realização da I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, e foi decisivo para a mudança.

O objeto da saúde do trabalhador pode ser definido como o processo saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho. Trabalho entendido enquanto espaço de denominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas, igualmente, de resistência, de constituições e do fazer histórico dos trabalhadores, que buscam o controle sobre as condições e os ambientes de trabalho, para torná-los mais saudáveis, num processo lento contraditório, desigual no conjunto da classe trabalhadora, dependente de sua inserção no processo produtivo e o contexto sócio-político de uma determinada sociedade.

Nesse sentido, a saúde do trabalhador aparece enquanto uma prática social instituinte e instituída dentro de um determinado modo de produção (ALESSI et AL, 2002).

Nesta perspectiva, Laurell (2002) coloca que o trabalho, como categoria social, está sujeito a múltiplos condicionantes. As condições de trabalho e suas patologias estão relacionadas a outras variáveis, tais como a organização do trabalho e refletem valores e regras da sociedade.

No momento, as ações individuais de saúde estão mais fortalecidas e sendo mais executadas que as ações coletivas, embora a preconização teórica seja de regionalização, hierarquização, universalização, equidade, integralidade da assistência em saúde, no nível de atenção primária, num modelo de saúde coletiva, tendo a epidemiologia como paradigma (ALESSI et al.2002; MACHADO et al,2003).

No Brasil segundo dados de Bulhões (1998), mais de um milhão de pessoas integram a força de trabalho na enfermagem (98,3%) do pessoal de Enfermagem atua em estabelecimentos de saúde e 70,04% na rede hospitalar.

Na realidade, enfrentamos uma carga excessiva de trabalho, a grande variedade de procedimentos, o constante conhecimento teórico e prático, a dificuldades no fluxo de informações, o ritmo de trabalho, o ambiente físico, o contato com o doente, o stress e por fim as nossas convivências com a vida e a morte. Estamos expostos a diversos riscos existentes no trabalho da enfermagem, são riscos químicos, riscos biológicos, ergonômicos e riscos psicossociais, por consequência do contato com substâncias, quimioterápicas, produto de limpeza, produto de assepsia, gases e vapores (químicos); contato com portadores de doenças transmissíveis, condições de higiene hospitalar e contato com o lixo (biológico); carregamento de peso e transporte de pacientes, postura, espaço físico para o trabalho (ergonômicos) e insatisfação no ambiente de trabalho, carga de trabalho, competição, entre colegas, ritmo de trabalho, turno de trabalho, exigência de produção, atitudes da chefia, distribuição das responsabilidades, intervalo para refeição e repouso, stress. (Nicolete, 2001).

A saúde do trabalhador é uma área da Saúde Pública que prevê o estudo, a prevenção, a assistência e a vigilância aos agravos à saúde relacionados ao trabalho. Faz parte do direito universal à saúde. A execução de suas ações é de competência do Sistema Único de Saúde (SUS).

“A saúde do trabalhador é entendida como um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores, submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.” A lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, estabelece esses parâmetros e define competências comuns e complementares dos três âmbitos, municipal, estadual e federal, especificando em cada um deles o campo da saúde do trabalhador (BRASIL, 2005).

Em vigor desde 2004, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador visa à redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde.

Suas diretrizes compreendem a atenção integral à saúde, a articulação intra e intersetorial, a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), o apoio a estudos e pesquisas, a capacitação de recursos humanos e a participação da comunidade na gestão dessas ações.

A Segurança do Trabalho pode ser entendida como o conjunto de medidas que são adotadas visando minimizar os acidentes de trabalho, doenças ocupacionais, bem como proteger a integridade e a capacidade de trabalho do trabalhador, e definida por medidas e leis complementares, como portarias e decretos e também as convenções Internacionais da Organização Internacional do trabalho, ratificadas pelo Brasil (BRASIL, 2007).

A legislação que hoje vigora em nosso país em relação à Saúde do Trabalhador é baseado em diversos tipos de normas, são diversas leis, instruções normativas, decretos, portarias e normas regulamentadoras. Entre estes a habilitação de Centros de Referência em Saúde do trabalhador – CRST, discriminados para realizar os procedimentos previstos na portaria GM/MS nº 1.679, de 20 de setembro de 2002, (ementa elaborada pela biblioteca/MS) e posteriormente, habilita os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador de abrangência regional, para realizar os procedimentos previstos na portaria GM 1679, de 20.09.2002, com competência financeira a partir de julho /2003, conforme a ementa elaborada pela biblioteca do Ministério da Saúde.

Importante aqui destacar a existência da Norma Regulamentadora 32 e suas implicações sobre os trabalhadores de enfermagem. Nos Estabelecimentos de Assistência à

Saúde (EAS), há muitas ocasiões em que os membros da equipe de enfermagem enfrentam situações de risco no trabalho considerando-as, entretanto, corriqueiras, não lhes dando a devida importância e pouco fazendo para que não se repitam. Evidências científicas têm mostrado que esses trabalhadores submetem-se aos vários agentes de riscos ocupacionais em seus ambientes de trabalho e nem sempre utilizam Equipamentos de Proteção Individual (EPI).

A NR32 é considerada de extrema importância no cenário brasileiro, como legislação federal específica que trate das questões de segurança e saúde no trabalho, no setor da saúde; as normatizações existentes encontram-se esparsas, reunidas em diversas outras NR e resoluções, que não foram construídas especificamente para tal finalidade. Acredita-se que mudanças benéficas poderão ser alcançadas por meio da referida normatização, uma vez que procedimentos e medidas protetoras deverão ser realizados com vistas a promover segurança no trabalho e prevenção de acidentes e doenças ocupacionais (BRASIL, 2005).

Ao falar em saúde do trabalhador, não podemos deixar de relatar sobre a qualidade de vida no trabalho (QVT) que é uma terminologia que tem sido largamente difundida nos últimos anos, inclusive no Brasil. Como incorpora uma imprecisão conceitual, vem dando margem a uma série de práticas nela contidas que ora aproximam-se da qualidade de processo e de produto, ora com esta se confundem. O conceito, através dos programas de qualidade total, vem impregnando propostas de práticas empresariais (RODRIGUES, 1991).

A Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) em sua trajetória tem passado por vários enfoques. Uns enfatizam aspectos de reação individual do trabalhador às experiências de trabalho (década de 1960); outros aspectos de melhoria das condições e ambientes de trabalho, visando maior satisfação e produtividade (década de 1970) (Rodrigues, 1991). Articulada a esta última abordagem, a QVT também é vista como um movimento, no qual temas como gerenciamento participativo e democracia industrial são adotados frequentemente, como seus ideais (meados da década de 1970). Por fim, nos anos 80, adquire importância como produtividade e a qualidade total (ZAVATTARO, 1999).

Observa-se, assim que a QVT dialoga com noções como motivação, satisfação, saúde-segurança no trabalho, envolvendo discussões mais recentes sobre novas formas de organização do trabalho e novas tecnologias (SATO, 1999).

A idéia de QVT é complexa e mutante. Pressupõe tanto uma abordagem e um aporte informado pela saúde coletiva, como pela clínica, além de embutir uma descontextualização e despolitização das relações saúde-trabalho, tão marcantes no discurso sanitário. Do lado dos trabalhadores, considerando-se a história recente do movimento sindical, do então chamado

novo sindicalismo, que data do final dos anos 70 e início dos 80, ver-se-à que qualidade de vida (no trabalho) não foi uma bandeira de luta expressa, mas sim a melhoria das condições de trabalho e defesa da saúde como direito de cidadania (RIBEIRO; LACAN, 1984).

Um dos elementos que explicitam a definição e a concretização da qualidade de vida no trabalho é o controle que engloba a autonomia e o poder que os trabalhadores têm sobre os processos de trabalho, aí incluído questões de saúde, segurança e suas relações com organização do trabalho – um dos mais importantes que configuram ou determinam a qualidade de vida (no trabalho) das pessoas. E fristem-se, elas são o que são. Por isso, as condições, ambientes e organização do processo de trabalho devem respeitá-las em sua individualidade.

Aqui, a noção de controle deve ser entendida como a possibilidade dos trabalhadores conhecerem o que os incomoda, os fazem sofrer, adoecer, morrer e acidentar-se e articulada à viabilidade de interferir em tal realidade. Controlar as condições e a organização do trabalho implica, portanto, a possibilidade de serem sujeitos na situação. O exercício do controle tem tanto uma face objetiva (poder e familiaridade) com o trabalho, como uma face subjetiva, ou seja, o limite que cada um suporta das exigências do trabalho (SATO, 1991).

Um Novo perfil patológico configura-se, o qual é caracterizado pela maior prevalência, na população trabalhadora, de agravos à saúde marcados pelas doenças crônicas, cujo nexo de causalidade como o trabalho não é mais evidente como ocorria com as doenças (e acidentes) classicamente a ele relacionadas, os chamados infortúnios do trabalho. Proliferam então as doenças cardiovasculares, gastroclicas psicossomáticas, os cânceres, a morbidade musculoesquelética expressa nas lesões por esforços repetitivos (LERs), às quais se somam o desgaste mental e físico patológicos e mesmo as mortes por excesso de trabalho, além das doenças psicoafetivas e neurológicas ligadas ao estresse (GORENDER, 1997).

Doença ocupacional é a alteração na saúde do trabalhador, provocada por fatores ambientais associados ao trabalho. Como exemplo, podemos citar incidência de câncer de traqueia em trabalhadores de minas e refinações de níquel.

A doença ocupacional pode se adquirida através de exposição do trabalhador a agentes químicos, físicos, biológicos ou radioativos, em situações acima do limite permitido individual compatíveis com o risco exposto.

Os riscos ocupacionais podem ser apresentados por grupos, divididos em físicos através de fatores como, ruídos, vibrações, radiações, frio, calor, umidade; químicos pelo contato com poeiras, fumos, nevoas, neblinas, gases, vapores, substâncias, compostos ou produtos químicos; os riscos biológicos pela exposição a vírus, bactérias, protozoários,



fungos, parasitas e bacilos; já os riscos ergonômicos pelo esforço físico intenso, levantamento e transporte manual de peso, postura inadequada, imposição de riscos excessivos, jornadas de trabalho prolongadas, monotonia e repetitividade e outras situações causadoras de stresse físico e/ou psíquico e por fim os fatores relacionados a riscos de acidentes como, arranjo físico inadequado, iluminação, animais peçonhentos, armazenamento inadequado, ferramentas inadequadas e defeituosas, outras situações de risco que poderão contribuir para a ocorrência acidentes.

Todo empregador é obrigado a oferecer proteção adequada ao trabalhador no seu ambiente de trabalho. Para executar essa tarefa, a legislação exige que cada empresa tenha uma equipe técnica responsável por decidir e implantar processos de segurança (engenharia, equipamentos e treinamentos de segurança) para os funcionários.

Caso algum funcionário, comprovadamente, adquira uma doença ocupacional por falta de equipamento adequada para sua proteção, à empresa na figura de seu proprietário ou representante legal assim como toda a equipe técnica pode ser responsabilizada a sofrerem processo criminal pela lesão causada ao funcionário, além disso, este, pode solicitar indenização pelo dano causado.

Em relação ao Brasil, o termo mais difundido entre técnicos e trabalhadores é LER- Lesões por Esforços Repetitivos, adotados pelo médico Mendes Ribeiro, em 1986, durante o I Encontro Estadual de Saude dos Profissionais de Processamento de Dados de Rio Grande do Sul (ASSUNÇÃO; ROCHA apud OLIVEIRA, 2001).

### **3 ASPECTOS METODOLÓGICOS**

#### **3.1 TIPOS DE PESQUISA**

Trata-se de estudo exploratório, com abordagem quantitativa, método pelo qual se permite avaliar a importância, gravidade, risco e tendência de agravos e ameaças. Eles tratam de probabilidades, associações estatisticamente significantes, importantes para se conhecer uma realidade. Por outro lado, o campo da saúde é produto de uma realidade complexa que envolve aspectos biológicos, físicos, psicológicos, sociais e ambientais (QUEIROZ, 2010).

### 3.2 O LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida em quinze das 59 Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Mossoró-RN. Estes serviços de saúde estão distribuídos em zonas norte, sul, leste e oeste.

### 3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi composta por enfermeiros e auxiliares de enfermagem atuantes na ESF, elencadas para o desenvolvimento do estudo. Vale salientar que em cada USF há pelo menos dois profissionais de enfermagem, sendo um de nível superior e outro de nível médio.

A amostra contemplou 33 profissionais de enfermagem, de ambos os sexos, incluídos nessa apenas os profissionais de enfermagem que:

- ✓ Apresentou idade maior ou igual a 18 anos;
- ✓ Concordou livremente em participar da pesquisa.

### 3.4 ASPECTOS ÉTICOS

A referida pesquisa zelou pelos aspectos éticos estabelecidos pela Resolução 196/96 de 10 de Outubro de 1996 do Conselho Nacional da Saúde-CNS/MS que trata da pesquisa envolvendo seres humanos, sobretudo nos elementos expostos em seus capítulos III e IV, respeitando os princípios da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça/equidade (BRASIL, 1996).

E também considerou os preceitos da Resolução 311/2007 que trata do Código de Ética dos profissionais de enfermagem, sobretudo, seu capítulo III que trata da produção científica (CARNEIRO, 2008).

Nesse sentido foi elaborado um Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE), no qual a pesquisadora apresentou os objetivos do estudo e as observâncias éticas, como se pode conferir no Apêndice-A.

### 3.5 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi iniciada após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FACENE/FAMENE. Nesse projeto foi incluída a folha de rosto, obtida após o registro da pesquisa no Sistema Nacional de informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos (SISNEP). Nessa folha constou a assinatura do coordenador do Programa Saúde da Família, expressando a sua concordância com o desenvolvimento do estudo.

O instrumento utilizado na coleta de dados foi um formulário, construído pela pesquisadora responsável, sendo composto de 18 perguntas abertas e fechadas, que visaram facilitar o alcance dos objetivos do estudo (Apêndice-B).

Os questionários foram aplicados no prédio das USFs, conforme prévio agendamento definido com os profissionais de enfermagem. Aqueles que concordaram em participar da pesquisa assinaram o TCLE.

### 3.6 FINANCIAMENTOS DA PESQUISA

Esta pesquisa foi financiada pela pesquisadora responsável, e a Faculdade de Enfermagem Nova Esperança- FACENE disponibilizou acervo bibliográfico, para as atividades de pesquisa, bem como a orientadora e banca examinadora.

### 3.6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os dados estudados foram apresentados em gráficos, e tabelas e analisados a luz da literatura pertinente, considerando o método quantitativo.

## **4 APRESENTANDO E ANALIZANDO OS RESULTADOS**

Após entrevistar 33 profissionais da equipe de enfermagem, atuantes na Estratégia saúde da Família, do município de Mossoró-RN, obtiveram-se os dados referentes ao perfil desta amostra, bem como informações que revelam os riscos ocupacionais inerentes ao trabalho desenvolvido pelos referidos profissionais.

### **4.1 CARACTERIZANDO O PERFIL DA AMOSTRA**

Vale salientar que esta amostra envolveu enfermeiros, técnicos e auxiliar de enfermagem.

Os dados foram organizados e apresentados em forma de tabelas, de maneira que tornam melhor sua leitura, observando as variáveis, seus resultados em frequências absolutas e percentuais.

Na tabela 1, visualizada abaixo, demonstra-se cinco variáveis que expressam de alguma forma o perfil dos profissionais que fazem a estratégia Saúde da Família.

TABELA 1 – Distribuição dos profissionais de Enfermagem, participantes do estudo.

<i>Variáveis</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<b>Idade (anos)</b>		
21 a 25	04	12,12%
26 a 30	05	15,15%
31 a 35	06	18,18%
> 36	18	54,54%
<b>Total</b>	33	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

No tocante a idade, dos profissionais de enfermagem envolvida nesta pesquisa, observa-se um percentual de 54,54% de trabalhadores com idade maior que 36 anos; dos 33 pesquisados.

Tabela 2. Distribuição dos profissionais de Enfermagem, de acordo a classe profissional e sexo.

<b>Variáveis</b>	<i>f</i>	<i>%</i>
<b>Profissão</b>		
Auxiliar de Enfermagem	05	15,15%
Técnico de Enfermagem	02	6,6%
Enfermeiro	26	78,78%
<b>Total</b>	33	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

De acordo com a tabela 2, observa-se que entre os profissionais de enfermagem participantes do estudo, 26 são enfermeiros, ou seja, 78,78%, como demonstram a tabela; dos profissionais de nível médio, tivemos um percentual maior de auxiliares de enfermagem de que de técnicos de enfermagem, enquanto 15,15% são auxiliares, 6,6% são técnicos.

Variáveis	<i>f</i>	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	28	84,84%
Masculino	5	15,16%
<b>Total</b>	33	100%

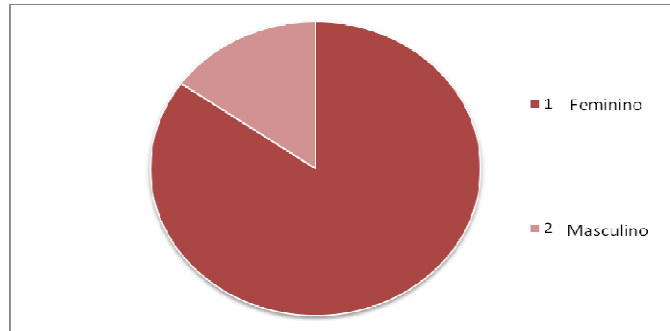


Gráfico 1 - Sexo

Variáveis	<i>f</i>	%
<b>Estado Civil</b>		
Casado	28	81,81%
Solteiro	5	18,19%
<b>Total</b>	33	100%

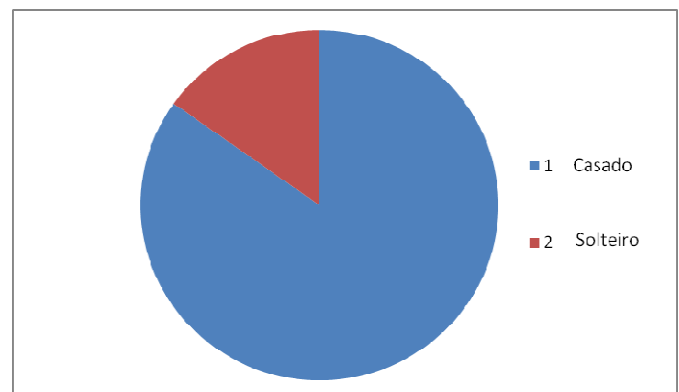


Gráfico 2 - Estado Civil

Conforme visualizado nos gráfico 1 e 2, observa-se que quanto ao sexo, o feminino é predominante, totalizando 84,84%. A maioria é casada o que corresponde a 81,81%.

Variável	<i>f</i>	%
<b>Nível de Escolaridade</b>		
Médio	06	18,19%
Superior	06	18,19%
Especialização	21	63,62%
<b>Total</b>	33	100%
<b>Situação ocupacional</b>		
Efetivo	31	93,93%
Cooperativa/contrato	02	6,07%
Estatutário	0	0,0%

<b>Total</b>	33	100%
<b>Tempo de atuação profissional na ESF</b>		
- 01 ano	03	9,00%
1 – 3 anos	06	18,19%%
4 – 5 anos	04	12,12%
5 – 10 anos	20	60,69%
+ de 10 anos	00	0,0
<b>Total</b>	33	100%

Quadro 1: Distribuição de profissionais de Enfermagem quanto ao nível de escolaridade, situação ocupacional e tempo de atuação profissional na Estratégia Saúde da Família.

Observa-se no quadro 1, que entre os profissionais de nível superior, 63,62% tem curso de especialização. Nas duas ultimas variável respectivamente, destes trabalhadores pesquisados 93,93% tem uma situação ocupacional estável, são efetivos, enquanto, apenas 6% são contratados, o que mostra um fator importante na qualidade de vida deste trabalhador, e do total dos pesquisados 60,69% tem um tempo de atuação na estratégia entre 5-10 anos. O resultado desses dois últimos fatores é importante, pois se sabe que questões sociais como estabilidade bem como jornada de trabalho pode levar o trabalhador ao stress osteomuscular e emocional, embora muitos outros fatores, ou seja, a deficiência de tantos outros podem levar o profissional a adoecer, como já citado no primeiro capítulo.

#### 4.2 DADOS OBTIDOS ATRAVÉS DAS QUESTÕES NORTEADORAS DO ESTUDO

Nessa sessão do estudo apresentam-se os dados que consolidam as duas questões norteadoras da pesquisa. A primeira delas se referiu à existência de riscos ocupacionais, de caráter biológico, presentes no exercício de atividades desempenhadas pela equipe de Enfermagem no cotidiano da ESF. Já o segundo questionamento, focava-se na atividade/procedimento de enfermagem que tem relação com o risco ocupacional apontado.

Diante disso observam-se na tabela 3, agravos sob risco a saúde ocupacional referidos pelos profissionais de Enfermagem que participaram do estudo.

TABELA 3- Distribuição de riscos biológicos presentes nas atividades desenvolvidas pelos profissionais de Enfermagem participantes do estudo

<b>Agravos referidos pelos profissionais que trazem risco a sua saúde ocupacional</b>	<b>Número de profissionais</b>	<b>%</b>
Tuberculose	26	78%
Hanseníase	21	63%
Hepatite	15	45%
HIV	13	39%
Víroses	14	42%
Micoses/escabioses	04	12%
Doenças psicossociais	03	9%
Outras	09	27%

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Perante os dados apresentados na tabela 3, acima, verifica-se que entre os trinta e três profissionais pesquisados, houve concordância entre alguns agravos. A tuberculose foi o agravo citado por praticamente todos os profissionais envolvidos na pesquisa, ou seja, 26 destes, o que corresponde a 78%, citaram a tuberculose como risco de ser adquirida pelo profissional no exercício das atividades na Estratégia Saúde da Família.

Compreende-se que tal agravo possa ser comum a todos os profissionais da ESF, visto que, o paciente portador da doença, é acompanhado sistematicamente durante os seis meses de tratamento por enfermeiros, auxiliares de enfermagem e médicos. E através de contato direto com o doente nos atendimentos a família e até mesmo antes do conhecimento da existência da patologia no paciente.

Em relação aos demais agravos apresentados, como acometimento por micoses (12%) e doenças psicossociais (9%) verifica-se que essa percepção foi pouco repetida pelos profissionais entrevistados.

TABELA 4- Distribuição de procedimentos de Enfermagem relacionados a riscos ocupacionais

<b>Procedimento</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Visita domiciliar	14	42%



Curativos	12	36%
Vacina	11	33%
Injeção	11	33%
Exames citopatológicos	05	15%
outros	09	27%

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Conforme a tabela 4, a atividade mais citada pelos profissionais, relacionada ao risco ocupacional, foi a visita domiciliar, representando 42% dos participantes da pesquisa. Como já dito, no caso da tuberculose e relacionando com a visita domiciliar, que é uma atividade executada por toda a equipe, apesar de ser uma ação desenvolvida predominantemente pelo Agente Comunitário de Saúde, o qual não fez parte desta pesquisa.

Compreendendo que a tuberculose é uma doença de evolução aguda, subaguda ou crônica que compreende vários órgãos e sistemas em especial as vias aéreas inferiores, são transmissíveis enquanto o doente estiver eliminando bacilos, após o início da terapêutica, em duas semanas, os bacilos tendem a não ser mais infectivos. (BRASIL,Ministério da Saúde,pg.61).

Associando dados da tabela 3 com a tabela 4, no que diz respeito a agravos e atividades relacionadas, respectivamente, observa-se que hanseníase foi o segundo agravo mais citado pelos profissionais da pesquisa, o que se pode atribuir a ocorrência de contatos diretos, prolongados e freqüentes dos profissionais à casa do usuário, através de visitas domiciliares por esses profissionais como demonstra a tabela4, levando-se ainda em conta o tempo de atuação destes profissionais, como foi mostrado na tabela I (tempo de atuação profissional), que se caracteriza entre 5 a 10 anos, em 60,69%% dos profissionais, tempo bastante significativo para contato com pacientes portadores da doença, que assim como, a tuberculose o paciente muitas vezes é portador da hanseníase e não ter o conhecimento da existência da mesma e desta forma contaminando seus comunicantes. O período de incubação varia de 2 a 7 anos e entre os fatores predisponentes estão o baixo nível sócio-econômico, a desnutrição e a superpopulação doméstica. Devido a isso, a doença ainda tem grande incidência nos países subdesenvolvidos. A transmissão se dá de indivíduo para indivíduo, por germes eliminados por gotículas da fala e que são inalados por outras pessoas penetrando o organismo pela mucosa do nariz. Outra possibilidade é o contato direto com a pele através de feridas de doentes. No entanto, é necessário um contato íntimo e prolongado para a contaminação, como a convivência de familiares na mesma residência. Daí a importância do exame dos familiares do doente de hanseníase.

A Hepatite e o HIV foram citados na seqüência, e fazendo uma correlação com os dados relativos à atividade/procedimento, vimos que as atividades citadas para tal foram curativos, vacinas e injeções, compreendendo aqui, que a hepatite citada na pesquisa é a hepatite B, tais atividades são realizadas mais freqüentemente por profissionais da enfermagem de nível médio, por isso citado apenas por eles.

A NR32 corrobora com as medidas de biossegurança que os profissionais de saúde devem cumprir para prevenção de doenças do trabalho, como a hepatite B.

O parágrafo desta NR 32, que trata dos riscos ambientais, diz que o programa de prevenção de contaminação com material biológico deve conter a identificação dos riscos biológicos mais prováveis, em função da localização e característica do serviço de saúde, considerando fontes e vias de transmissão, estudos epidemiológicos ou dados estatísticos. A reflexão procede; contudo, há de se ter em mente a perspectiva em que se vem discutindo a saúde do trabalhador, o que irá contribuir para a fundamentação das reflexões, reivindicações e encaminhamentos das questões nesta área.

Foi relatado ainda pelos componentes da pesquisa, em torno de 42% que citaram as viroses como um dos agravos adquiridos, o que podemos relacionar a todas as atividades/procedimentos da questão II da segunda tabela, pois as viroses são adquiridas na sua maioria através de contatos diretos e indiretos com o usuário ou o ambiente.

Outras doenças ainda forma citadas como: micoses/escabioses e por ultimo as doenças psicossociais citadas por 9% dos profissionais.

Segundo estimativa da OMS, os transtornos mentais menores acometem cerca de 30% dos trabalhadores ocupados, e os transtornos mentais graves, cerca de 5 a 10%.

A contribuição do trabalho para as alterações da saúde mental das pessoas dá-se a partir de ampla gama de aspectos: desde fatores pontuais, como a exposição a determinado agente toxico, ate a complexa articulação de fatores relativos à organização do trabalho, como a divisão e parcelamento das tarefas, as políticas de gerenciamento das pessoas e a estrutura hierárquica organizacional. Os transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho resultam, assim, não de fatores isolados, mas de contextos de trabalho em interação com o corpo e aparato psíquico dos trabalhadores. As ações implicadas no ato de trabalhar podem atingir o corpo dos trabalhadores, produzindo disfunções e lesões biológicas, mas também reações psíquicas as situações de trabalho patogênicas, alem de poderem desencadear processos psicopatológicos especificamente relacionados às condições do desempenhado pelo trabalhador.

Em decorrência do lugar de destaque que o trabalho ocupa na vida das pessoas, sendo fonte de garantia de subsistência e de posição social, a falta de trabalho ou mesmo a ameaça de perda de emprego geram sofrimento psíquico, pois ameaçam a subsistência e a vida material do trabalhador e de sua família. Ao mesmo tempo abala o valor subjetivo que a pessoa se atribui, gerando sentimentos de menos valia, angustia insegurança, desânimo e desespero, caracterizando quadros ansiosos e depressivos.

O trabalho ocupa, também, um lugar fundamental na dinâmica afetiva de pessoas. Condição favorável à livre utilização das habilidades dos trabalhadores e ao controle do trabalho pelos trabalhadores tem sido identificadas como importantes requisitos para que o trabalho possa proporcionar prazer, bem estar e saúde, deixando de provocar doenças. Por outro lado, o trabalho desprovido de significação, sem suporte social, não reconhecido ou que se constitua em fonte de ameaça à integridade física e/ou psíquica, pode desencadear sofrimento psíquico.

A prevenção dos transtornos mentais e do comportamento relacionados trabalho baseia-se nos procedimentos de vigilância dos agravos à saúde e dos ambientes e condições de trabalho. Utilizam conhecimentos medico-clínicos, epidemiológicos, de higiene ocupacional, toxicologia, ergonomia, psicologia entre outras disciplinas, valoriza a percepção dos trabalhadores sobre seu trabalho e a saúde e baseia-se nas normas técnicas e regulamentares vigentes, envolvendo:

- reconhecimento prévio das atividades e locais de trabalho onde existam substâncias químicas agentes físicos e/ou biológicos e os fatores de risco decorrentes da organização do trabalho potencialmente causadores da doença;
- identificação dos problemas ou danos potenciais para a saúde, decorrentes da exposição aos fatores de risco identificados;
- identificação e proposição de medidas que devem ser adotadas para a eliminação ou controle da exposição aos fatores de risco e para proteção dos trabalhadores;
- educação e informação aos trabalhadores e empregados (M.S, Doenças Relacionadas ao Trabalho, 2001).

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Para finalizar, espera-se que com base na fundamentação teórica e nos resultados apresentados, esta pesquisa realizada venha a contribuir para a formação de uma consciência quanto à importância da saúde e segurança dos trabalhadores de enfermagem no ambiente de trabalho, como também, propicie uma melhoria do processo educativo sobre conhecimento dos riscos e a importância da participação dos trabalhadores na luta pela transformação desta realidade, na prevenção dos agravos citados nesta pesquisa, entre tantos outros não relatados nesse estudo, em busca de melhorias nas condições de trabalho dos profissionais da estratégia saúde da família, e atuação dos centros de saúde do trabalhador. Para tanto, é preciso que haja as notificações desses agravos relacionados ao ambiente e as condições de trabalho, e a procura desses trabalhadores conhecedores dos seus direitos, e da importância do seu trabalho no sentido de valorizar a enfermagem proporcionando uma qualidade de vida satisfatória para todos os profissionais da área de saúde alcançando reconhecimento e valorização profissional.

Dessa forma, torna-se indispensável a elaboração de estratégias de promoção a saúde, ou seja, intervenções que promovam resultados benéficos ao trabalhador a nível psicológico e fisiológico, minimizando assim os efeitos dos eventos geradores de stress no trabalho.

## REFERÊNCIAS

BARBIERI, Fernanda Berssanetti. **A rede e o movimento de mudança na formação dos profissionais de saúde**. [Mestrado] Universidade Estadual de Londrina; 2006, 108 p. Disponível em: <[http://www.ccs.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/dissertacao/fernanda/fernanda/fernanda\\_completo.pdf](http://www.ccs.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/dissertacao/fernanda/fernanda/fernanda_completo.pdf)>. Acesso em: 04 out 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília : CONASS, 2007. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/gestor/destaques/colecao\\_progestores/livro8.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/gestor/destaques/colecao_progestores/livro8.pdf)>. Acesso em: 08 fev 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006. Disponível em: <[bvsms.saude.gov.br/bvs/.../politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/.../politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf)>. Acesso em: 07 fev 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Representação no Brasil da OPAS/OMS, organizado por Elisabeth Costa Dias, 2001. Disponível em: <[www.ims.uerj.br/espmedtrab/doenca\\_trabalhador.pdf](http://www.ims.uerj.br/espmedtrab/doenca_trabalhador.pdf)>. Acesso em: 05 fev 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Legislação em Saúde: caderno de legislação em saúde do trabalhador/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde do Trabalhador/ MS, 2.ed. rev. e ampl. . - Brasília, 2005.**

CARVALHO, Antônio Ivo de et al. **Promoção da Saúde: da prevenção a mudança social**, 2004. Disponível em: <[http://www.ufpe.br/nusp/images/projetos/Avaliacao\\_participativa/Oficina%20Recife%20%20Relatorio%20Final%20completo.pdf](http://www.ufpe.br/nusp/images/projetos/Avaliacao_participativa/Oficina%20Recife%20%20Relatorio%20Final%20completo.pdf)>. Acesso em: 03 fev 2010.

CHIODI, Mônica Bonagamba; MARZIALE, Maria Helena Palucci. Riscos Ocupacionais para trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde: revisão bibliográfica. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.19, n.2, abr./jun 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002006000200014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002006000200014&script=sci_arttext)>. Acesso em: 03 fev 2010.

Gorender J 1997. Globalização, tecnologia e relações de trabalho, *Estudos Avançados* 29 (11): 311 -361

LACAZ, Francisco Antônio de Castro. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.01, 2000. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7086.pdf>>. Acesso em: 5 Fev. 2010.

OLIVEIRA, R.M.R. A abordagem das lesões por esforço repetitivo /distúrbios osteomoleculares relacionados ao trabalho - Ler/DORT no centro de Referência em saúde do trabalhador do Espírito Santo-CRST/ES (mestrado) fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de saúde Pública, 143 p.

QUEIROZ, Luiz Ricardo da Silva. **Pesquisa qualitativa e pesquisa quantitativa: perspectivas para o campo da etnomusicologia**, 2010. Disponível em:< [www.cchla.ufpb.br/claves/pdf/.../claves\\_2\\_pesquisa\\_quantitativa.pdf](http://www.cchla.ufpb.br/claves/pdf/.../claves_2_pesquisa_quantitativa.pdf)>. Acesso em: 03 fev 2010.

Rebouças AJA et ali.1989. Insalubridade morte lenta no trabalho. DIESAT/Oboré, São Paulo, 223pp.

Rodrigues, MCV 1991. Qualidade de vida no trabalho: evolução e análise no nível gerencial. Fundação Edson Queirós, Fortaleza. (MIMEO).

Sato L 1991. Abordagem Psicossocial do Trabalho Penoso: Estudo de caso de Motoristas de Ônibus Urbano. Dissertação de mestrado. Programa de Estudos Pós – Graduados em Psicologia Social, PUC, São Paulo. 115pp

Sato L 1999 Qualidade de Vida. 4 pp (Mimeo)

SANTOS, Marco Antônio Merechia. CUTOLO, Luiz Roberto Agea. **A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família**, 2003. Disponível em:< <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/153.pdf>>. Acesso em: 03 fev 2010.

SANTANA, Milena Lopes; CARMAGNANI, Maria Isabel. **Programa Saúde da Família no Brasil: Um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens**, 2001. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902001000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902001000100004&script=sci_arttext)>. Acesso em: 05 fev 2010.

SARQUIS, Leila Maria Mansano et al. **O processo saúde-doença vivenciado pelos trabalhadores de enfermagem nem uma instituição hospitalar**, 2003. Disponível em:< <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/1698/1406>. Acesso em: 04 out 2009.

TAIRA, Patrícia et al. **Conceitos e valores sobre o Sistema Único de Saúde entre os profissionais de saúde do Hospital Regional de Sobradinho – DF**, 2007. Disponível em: <[http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol18\\_2art01.pdf](http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol18_2art01.pdf)>. Acesso em: 08 fev 2010.

TINOCO, Sarah Guerra Gama et al. **Reflexões sobre a política de promoção da saúde no Distrito Federal e sua integração com a estratégia saúde da família**, 2010. Disponível em: <[www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/.../showToc](http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/.../showToc)>. Acesso em: 05 fev 2010.



## APENDICES

## APÊNDICE A

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

A pesquisa intitulada: RISCOS OCUPACIONAIS DOS TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE MOSSORÓ-RN, e tem como objetivo geral: Descrever os riscos ocupacionais elencados pelos profissionais de enfermagem inseridos nas equipes da Estratégia de Saúde da Família do município de Mossoró-RN. E objetivos específicos: Caracterizar o perfil da amostra dos profissionais de enfermagem participantes do estudo; Averiguar os riscos ocupacionais inerentes aos procedimentos executados no cotidiano dos trabalhadores da enfermagem inseridos na atenção primária de saúde;

A sua participação é espontânea e voluntária. Ressaltamos que as informações fornecidas serão registradas num formulário, e farão parte de uma pesquisa para a conclusão de um curso de pós-graduação, podendo ser divulgadas em eventos científicos. Por ocasião de publicação dos resultados, a sua identidade será mantida em sigilo. O senhor (a) não receberá nenhum pagamento por isto. E caso decida desistir de participar do estudo em qualquer momento, não sofrerá nenhum dano. Estarei a sua disposição para qualquer esclarecimento. Diante do exposto, agradeço a vossa contribuição para a realização dessa pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_,

RG: \_\_\_\_\_, concordo em participar dessa pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecido(a), estando ciente dos objetivos da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento assinado por mim e pela pesquisadora responsável.

Mossoró, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

**Endereço profissional da pesquisadora responsável:**

Avenida João da Escócia, s/n.

CEP: 59.600 -000 Mossoró. Fone: (84) 33238219

**APÊNDICE B –**

**FORMULÁRIO DE ENTREVISTA**

<b>DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM</b>
<p><b>SEXO:</b>  <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino</p> <p><b>CARGO:</b>  <input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermagem <input type="checkbox"/> Técnico de enfermagem <input type="checkbox"/> Enfermeiro</p> <p><b>IDADE</b>  <input type="checkbox"/> De 21 ate 25 anos <input type="checkbox"/> De 26 ate 30 anos <input type="checkbox"/> De 31 ate 35 anos <input type="checkbox"/> Maior que 36 anos ( ).</p> <p><b>ESTADO CIVIL:</b>  <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Alfabetizado</p> <p><b>NÍVEL DE ESCOLARIDADE:</b>  <input type="checkbox"/> Nível Médio <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Especialização <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado</p> <p><b>SITUAÇÃO OCUPACIONAL:</b>  <input type="checkbox"/> Efetivo <input type="checkbox"/> Cooperativado/Contrato <input type="checkbox"/> Estagiário</p> <p><b>TEMPO VOCÊ ATUA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA</b>  <input type="checkbox"/> menos de 1 ano <input type="checkbox"/> De 1 ate 3 anos <input type="checkbox"/> De 4 ate 5 anos <input type="checkbox"/> De 5 ate 10 anos ( )            Mais de 10 anos</p>
<b>QUESTÃO NORTEADORA</b>
<p><b>1. No exercício de suas atividades na ESF, existe risco de adquirir alguma doença? Quais?</b></p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p><b>2. Relacione a atividade/procedimento de enfermagem que você desenvolve com o risco apontado.</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

## APÊNDICE C- CERTIDÃO DO CEP


**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 1ª Reunião Ordinária realizada em 28/01/10 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "**Riscos ocupacionais na estratégia saúde da família de Mossoró-RN**", protocolo número: 07/2010 e CAAE: 0136.0.000.351-10, da orientadora: **Édija Anália Rodrigues de Lima** e da pesquisadora responsável: **Maria Suely de Mesquita Xavier**.

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 30/06/2010, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 07 de abril de 2010

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