



Universidade Federal
de Campina Grande

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA

ACIDENTES DE TRABALHO: um estudo quantitativo em um hospital do Sertão
Paraibano

SUELANY PEREIRA DINIZ

CAJAZEIRAS - PB

2010

SUELANY PEREIRA DINIZ

**ACIDENTES DE TRABALHO: um estudo quantitativo em um hospital do Sertão
Paraibano**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de Campina
Grande, como requisito parcial à obtenção do grau
de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof.^a Esp. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro

CAJAZEIRA - PB

2010



D585a	<p>Diniz, Suelany Pereira. Acidentes de trabalho: um estudo quantitativo em um hospital do sertão paraibano / Suelany Pereira Diniz. - Cajazeiras, 2010. 55f. : il.color.</p> <p>Não disponível em CD. Monografia(Bacharelado em Enfermagem)-Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, 2010. Contem Bibliografia, Apêndices e Anexos.</p> <p>1. Acidente de trabalho. 2. Enfermagem-acidentes de trabalho. 3. Enfermagem do trabalho. 4. Riscos ocupacionais. 5. Hospital público - acidentes de trabalho. I. Pinheiro, Maria Berenice Gomes Nascimento. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título</p> <p style="text-align: right;">CDU 614.8.027</p>
-------	--

SUELANY PEREIRA DINIZ

**ACIDENTES DE TRABALHO: um estudo quantitativo em um hospital do Sertão
Paraibano**

Aprovado em ___/___/___

Banca examinadora:

Profª. Esp. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro
(Orientadora – UFCG)

Profª. Ms. Roberta de Miranda Henriques Freire
(Membro – UFCG)

Enª. Esp. Guêdijany Henrique Pereira
(Membro – HUAC/UFCG)

*Aos meus pais, mestres no
ensinamento da vida, guardiões
mesmo durante a partida,
amigos leais de toda minha
vida. A vocês, que me
conceberam amor, paz, carinho,
conforto incondicionalmente.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, soberano e misericordioso, presente em todas as etapas da minha vida. Ele permitiu que aqui estivéssemos, e possibilitou a conclusão deste trabalho. A Ele toda honra e toda glória.

Aos meus pais, Aureliano e Sueli, pela dedicação e sabedoria para me guiarem sempre pelo caminho do bem, ensinando-me a perseverar pelos meus sonhos e sendo os atores principais desta conquista.

Aos meus irmãos, Ariany e Daniel, pelo carinho e confiança depositada em mim.

Ao meu namorado, César, sempre me motivando a seguir com os meus objetivos, mostrando-se um grande companheiro durante a realização deste trabalho.

Aos mestres, que contribuíram para a minha formação como cidadã, não só como profissional.

À Prof^ª Maria Berenice Gomes Pinheiro Nascimento em especial, minha orientadora, pela dedicação e atenção para a construção desta pesquisa.

Aos meus familiares, pelo apoio ao longo desta jornada.

À coordenação do curso, que nos guiaram pelo caminho do conhecimento.

Aos meus colegas de sala, com os quais convivi mais de quatro anos e que juntos descrevemos uma trilha pela busca de conhecimentos.

Às meninas do prédio, com quem compartilhei alegrias e tristezas, e construí amizades verdadeiras que foram edificadas em fortes alicerces, e persistirão por toda a vida. Em especial: Ana Adília, Aryanne Clara, Letícia, Danielly, Denise, Fernanda.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste trabalho.

*"O que distingue uma época econômica de outra, é
menos o que se produziu do que a forma de o
produzir."*

(Karl Marx)

RESUMO

DINIZ, Suelany Pereira. **Acidentes de Trabalho: um estudo quantitativo em um hospital do Sertão Paraibano**. 2010. 64f. Monografia, Curso de Bacharelado em Enfermagem, Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras PB, 2010.

O trabalho nas instituições hospitalares pode determinar uma série de agravantes à integridade e à saúde do trabalhador, devido às características do ambiente laboral. O presente estudo tem como objetivo identificar os principais acidentes de trabalho que acometem a equipe de enfermagem do setor de emergência, além de identificar os EPI's mais utilizados, a situação em que se encontra o esquema vacinal dos profissionais e investigar se a instituição promove educação em saúde sobre Segurança no Trabalho. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem quantitativa, realizado em um hospital público localizado em Cajazeiras no alto Sertão Paraibano. A coleta de dados se deu por meio da aplicação de questionário semi-estruturado aos profissionais de enfermagem que atuam no setor de urgência e emergência. Para a análise e discussão dos resultados foi preparado banco de dados de acordo com estatística descritiva, estes foram aglomerados com o programa *Microsoft Excel*, versão *Windows. 7*, através do índice de frequência e percentual. A amostra foi composta por 43 profissionais de enfermagem, sendo 81,4% do gênero feminino, no que se refere à categoria profissional, 58,14% são Técnicos de Enfermagem. Dentre os sujeitos 53% afirmaram que já sofreram algum tipo de acidente de trabalho. Os acidentes perfurantes foram os que mais acometeram os profissionais (51,5%), seguido dos acidentes cortantes (24,2%). No tocante aos EPI's, o jaleco, sapato fechado e luva são os mais utilizados, entretanto o uso desses equipamentos pode variar de acordo com o procedimento a ser realizado pelo profissional. O esquema vacinal de 88% dos participantes está completo e 81% relataram que a instituição nunca promoveu capacitação em Segurança no Trabalho. Além disso, 81% dos profissionais pesquisados caracterizaram o setor de emergência como insalubre. Conclui-se que, a instituição pesquisada deve promover a educação continuada desses profissionais no que concerne a segurança no trabalho, a fim de instruir esses sujeitos acerca da prevenção de acidentes e doenças ocupacionais. Tal iniciativa garantirá um maior nível de satisfação e segurança aos profissionais durante o ato de cuidar.

Palavras chaves: Acidentes de Trabalho, Enfermagem do Trabalho, Riscos Ocupacionais.

ABSTRAT

DINIZ, Suelany Pereira. **Occupational accidents: a quantitative study in a hospital in a region of the state of Paraíba.** 2010. 64f. Monografia, Curso de Bacharelado em Enfermagem, Unidade Acadêmica de Ciência da Vida, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras PB, 2010.

The work in hospitals institution can determine a lot of aggravating to worker's health, owing the characteristics of the work's environment. In the present research, the aims are identifying the main work accident that affects the nursing team in emergency department. Identify the most used equipments of individual protection (EIP), the condition of vaccination scheme of the professionals and investigate if the institution offers health education about occupational safety. Is a descriptive and exploratory study with quantitative approach, it was carried out at a public hospital from Cajazeiras in the region of the state of Paraíba. Data were collected through a semi structured questionnaire applied with the professionals that operate in emergency section. For analysis and discussion of the results, a database was prepared using descriptive statistics, it was grouped by *Microsoft Excel* program, version *Windows. 7*, through frequency index and percentage. The sample was composed by 43 nurses professionals, of this 81,4% are the female gender; referring to professional category, 58,14% are professionals in nursing technicians. Among the subjects 53% said they had suffered some kind of occupational accidents. The penetrating accidents were the most affected the professionals (51,5%), after the cutting accidents (24,2%). About the EIP, the laboratory coats, closed shoes and gloves are de most used, but the use of these equipments can be accord to the procedure. The vaccination scheme of 88% of the participants is complete and 81% tell that institution never offered training about occupational safety. Beyond this, 81% professionals consider the emergency section unhealthy. So, is essential for professionals, education about prevent occupational accidents and disease. This action, will insure more satisfied and safeties to professionals during the activities.

Keys words: Occupational accidents, Labor nurse's, Occupational risks

LISTAS DE SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANENT – Associação Nacional dos Enfermeiros do Trabalho
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CNST – Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
CNTSS – Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social
DST – Doença Sexualmente Transmissível
EPC – Equipamento de Proteção Coletiva
EPI – Equipamento de Proteção Individual
ESO – Enfermeiro de Saúde Ocupacional
HRC – Hospital Regional de Cajazeiras
MMII – Membros Inferiores
MMSS – Membros Superiores
NR – Norma Regulamentadora
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPS – Organização Panamericana de Saúde
PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PNSST – Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador
PPRA – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEPB – Universidade Estadual da Paraíba
UFCG – Universidade Federal de Campina Grande
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Distribuição dos acidentes conforme o tipo de acidente de trabalho.....	39
Figura 2 Distribuição dos acidentes de acordo com a região do corpo atingida.....	40
Figura 3 Distribuição dos participantes de acordo com o esquema de vacinação completo.....	45
Figura 4 Quanto à realização de capacitação em segurança do trabalho promovida pela instituição.....	46
Figura 5 Classificação do ambiente de trabalho segundo os próprios profissionais de enfermagem.....	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Dados sócio-demográficos.....	38
Tabela 2 Distribuição dos acidentes de acordo com o turno de ocorrência.....	41
Tabela 3 Dados relacionados aos acidentes.....	42
Tabela 4 Utilização dos principais EPI's segundo os profissionais de enfermagem.....	44

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS.....	16
2.1 OBJETIVO GERAL.....	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	18
3.1 SAÚDE DO TRABALHADOR.....	19
3.2 ENFERMAGEM DO TRABALHO.....	26
3.3 RISCOS OCUPACIONAIS.....	28
4 PERCURSO METODOLOGICOS.....	32
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	33
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	33
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	34
4.4 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS.....	34
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	35
4.6 POSICIONAMENTO ÉTICO DOS PESQUISADORES.....	35
5 RESULTADO E DISCUSSÃO.....	36
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS.....	51
APÊNDICES.....	56
APÊNDICE A – Declaração de concordância com o projeto de pesquisa	
APÊNDICE B – Termo de responsabilidade e compromisso do pesquisador responsável	
APÊNDICE C – Termo de consentimento livre esclarecido	
APÊNDICE D – Instrumento de coleta de dados	
ANEXOS.....	62
ANEXO A – Certidão de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba	
ANEXO B – Ofício no. 135/2010 da Coordenação do curso de Graduação em Enfermagem ao Direto do Hospital Regional de Cajazeiras - PB	

1 INTRODUÇÃO

Desde os primórdios da humanidade o trabalho é compreendido como um elemento fundamental da vida do ser humano seja como meio de sobrevivência ou como um fator de crescimento e realização pessoal, por essas determinações históricas e econômicas o trabalho pode ser considerado um fator organizador da vida social, embora determine caminhos para a dominação cultural, social e econômica, estabelecendo a submissão do trabalhador ao capital (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009).

Com o estabelecimento do modelo Capitalista intensificou-se as contradições na relação capital x trabalho, pois o mesmo trabalho que dignifica, confere status e reconhecimento ao ser humano, pode ser também fonte de sofrimento, de desequilíbrio físico e mental, de dor e frustração. Nessas condições, o trabalho torna-se insalubre e incompatível com a qualidade de vida (REZENDE, 2003).

A partir do Capitalismo surgiu uma cultura de obtenção de lucro e produtividade cada vez maiores, e algumas formas de trabalho passaram a prejudicar a vida de seus trabalhadores, incentivando mais recentemente a criação de políticas de proteção a saúde do trabalhador.

Para a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST) são considerados trabalhadores todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, no setor formal ou informal da economia (BRASIL, 2004).

Segundo BRASIL (2006), acidente de trabalho é o evento súbito ocorrido no exercício de atividade laboral, independentemente da situação empregatícia e previdenciária do trabalhador acidentado, e que acarreta dano à saúde, potencial ou imediato, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que causa, direta ou indiretamente, a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho. Inclui-se ainda o acidente ocorrido em qualquer lugar onde o trabalhador esteja representando os interesses da empresa ou agindo em defesa de seu patrimônio; assim como aquele ocorrido no trajeto da residência para o trabalho ou vice-versa. Atualmente os acidentes e a violência no trabalho são considerados agravos à saúde, e pelo expressivo impacto na morbimortalidade da população, constituem-se em importante problema de saúde pública, sendo, portanto, objeto prioritário das ações do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao analisar o trabalho nas instituições de saúde e relacioná-lo às condições ambientais, políticas e gerenciais, pode-se identificar a origem de uma série de agravantes à integridade e à saúde do trabalhador. As características do ambiente podem oferecer riscos de ordem física, química, biológica, ergonômica, mecânica e psicológica (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009).

O trabalhador de enfermagem está inserido em um grupo específico que atua em condições que determina vulnerabilidade ao seu estado de saúde. Vários fatores corroboram para esta realidade, como a composição da força de trabalho, a formação técnica heterogênea das equipes, formas de organização e divisão de trabalho, a predominância do sexo feminino, a remuneração, o trabalho em turnos e a constante vivência de tensões (RIBEIRO; SHIMIZU, 2007).

A composição da força de trabalho mostra o quantitativo de pessoal geralmente aquém do necessário, o que predispõe perigos ao enfermeiro que assume trabalhos de alta sobrecarga, com desgaste físico e mental intensos. A divisão da profissão em várias categorias, onde o enfermeiro desenvolve atividades de gerenciamento mais complexas e o técnico e auxiliar desempenham atividades assistenciais de menor complexidade, propicia uma divisão técnica e social que camufla situações de desmotivação e alienação para a classe de formação técnica (SILVA, 1996).

Estudos comprovam que a maior incidência de acidentes de trabalho em hospitais ocorre com a equipe de enfermagem, e confirmam este argumento com a observância da rotina de atividades, principalmente, de assistência direta e indireta, cuidados com a organização, limpeza e desinfecção de materiais, de equipamentos e do ambiente (RIBEIRO; SHIMIZU, 2007). Como também a não utilização de equipamento de proteção individual (EPI) adequado, a falta de investimento das instituições na manutenção da força de trabalho e em medidas de proteção coletivas, ocasionando um preparo deficiente dos profissionais e ambientes físicos não adequados (SARQUIS; FELLI, 2009).

O trabalho no setor de urgência e emergência exige um conhecimento peculiar sobre situações de saúde e certo domínio dos profissionais sobre o processo de trabalho. Este domínio inclui pensar rápido, ter agilidade, competência e capacidade de resolutividade dos problemas emergentes, pois trata-se de um ambiente onde o tempo é limitado, as atividades são inúmeras e muitas com risco de morte iminente (ALMEIDA; PIRES, 2007).

Diante do exposto, surge a seguinte indagação: quais os acidentes de trabalho mais frequentes na equipe de enfermagem no âmbito hospitalar? Será que existe uso adequado dos equipamentos de proteção individual? Como a instituição prepara os seus profissionais para lidarem com as situações de risco laboral?

Com o objetivo de responder tais questionamentos, esta pesquisa justifica-se pela necessidade de uma investigação delineada, a fim de caracterizar os acidentes ocorridos com os trabalhadores de enfermagem de um hospital público de médio porte de Cajazeiras/PB. Hospital este considerado referência para os municípios circunvizinhos, onde atendem várias

especialidades médicas. No geral, as pesquisas científicas estão voltadas para grandes hospitais de grandes centros do país, portanto este estudo investiga a realidade vivida pelos profissionais do alto Sertão Paraibano.

Durante sua formação acadêmica o pesquisador se interessou pela área de Enfermagem do Trabalho a partir da oportunidade de um estágio extracurricular no Hospital Regional de Cajazeiras (HRC), e vendo a gama de riscos ocupacionais a que o profissional de enfermagem está exposto, optou por uma investigação delineada sobre os principais acidentes que acometem os trabalhadores do âmbito hospitalar, ambiente este que poderá vir a ser o seu próprio ambiente de trabalho.

Além disso, espera-se que este trabalho sirva de base para a implementação de ações de segurança e saúde dos trabalhadores do âmbito hospitalar, abordando os acidentes de trabalho como evitáveis e como causas de grande impacto sobre a produtividade e a economia, antes disso, como um fator que gera sofrimento para os profissionais.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar os principais tipos de acidentes de trabalhos que acometem a equipe de enfermagem do setor de Urgência e Emergência do Hospital Regional de Cajazeiras.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar os tipos de Equipamento de Proteção Individual (EPI) mais utilizados pela equipe de enfermagem;
- Investigar o esquema vacinal dos profissionais de saúde;
- Averiguar a existência de educação em saúde sobre Segurança no Trabalho promovida pela instituição.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 SAÚDE DO TRABALHADOR

Apesar de ser um tema bastante atual, as origens da Saúde do Trabalhador remontam aos tempos de Hipócrates, quando o mesmo descreveu o quadro clínico da intoxicação saturnina. Durante a Idade Média Georgius Agricola escreveu sobre a “asma dos mineiros”, hoje denominada silicose. E quase dois séculos depois, 1700 foi publicado o livro “De Morbis Artificum Distriba”, escrito por Bernardino Ramazzini, conhecido como “Pai da Medicina do Trabalho”, ele descreveu doenças de aproximadamente 50 ocupações, esta obra foi considerada um importante tratado sobre doenças ocupacionais, indicando a incorporação de perguntas específicas sobre a ocupação durante a anamnese clínica, antecipando formas de prevenir e tratar enfermidades, como as ósteomusculares, ainda prevalentes. (MENDES, 1995)

Além da contribuição desses e de outros autores, o impacto mais forte que impulsionou o estabelecimento de uma ciência voltada para a saúde do trabalhador foi a Revolução Industrial que ocorreu no século XVIII na Inglaterra, França e Alemanha. Nessa época a população dessas regiões passou por intensas mudanças nas condições de vida social e de trabalho. O trabalhador “livre” para vender sua força de trabalho tornou-se presa da máquina, de seus ritmos, dos ditames da produção que atendiam a necessidade de acumulação rápida de capital e de máximo aproveitamento dos equipamentos antes de se tornarem obsoletos. As condições de trabalho eram desumanas, com jornadas de trabalho de mais de 17 horas por dia, os ambientes não eram adequados, geralmente sem entradas de ar e com grande maquinário sem qualquer proteção para o trabalhador. Foi a partir de então que se iniciou a relação entre o trabalho e o processo saúde/doença, pois essas condições facilitavam a ocorrência de numerosos acidentes e o desenvolvimento de várias doenças ocupacionais (OLIVEIRA; MUROFUSE, 2001)

A movimentação social da época consegue fazer com que políticos e legisladores introduzam medidas legais de controle das condições e ambiente de trabalho, foram os primeiros ensaios de resistência operária, e a necessidade de preservar minimamente a mão-de-obra provocou uma reação dos capitalistas e seus aliados. Dar-se início então a Medicina do Trabalho, e a Organização Internacional do Trabalho (OIT) junto com a Organização Mundial de Saúde deram importante contribuição ao seu fortalecimento. A partir de reuniões de uma comissão mista, em 1950, as duas entidades definiram categoricamente os objetivos e funções dos serviços médicos nos estabelecimentos de trabalho. E com a presença de um

médico nas fábricas alguns processos danosos a saúde foram corrigidos, porém esse profissional aliado ao empresário servia para recuperação do trabalhador, visando o seu retorno à linha de produção o mais rápido possível, para garantir a manutenção da força de trabalho que era fundamental para o crescimento das empresas. Essa dupla característica terapêutica perdurou ao longo de anos na Medicina do Trabalho, onde predominava, tradicionalmente, uma visão biológica e individual, numa relação unívoca e unicasual, buscando-se apenas as causas das doenças e acidentes. A Medicina do Trabalho é pautada na figura do médico, orienta-se na teoria de isolar riscos específicos e atuar sobre suas consequências, medicalizando em função de sinais e sintomas ou associando-os a uma doença legalmente conhecida (GOMEZ; COSTA, 1997).

A Saúde Ocupacional avança estabelecendo relações interdisciplinares, usando como base a Higiene Industrial para determinar uma ligação entre o ambiente de trabalho e o corpo do trabalhador, o que a diferenciava da Medicina do trabalho que só visava o corpo. Ao assimilar a teoria da multicasualidade, passa a explicar a doença ou o acidente ocupacional considerando um conjunto de fatores de riscos, na avaliação analisa a clínica médica junto com os indicadores ambientais e biológicos de exposição e efeito (GOMEZ; COSTA, 1997).

Com o aumento da complexidade das relações trabalho-saúde-doença, esses avanços foram insuficientes para dar resposta aos problemas de saúde enfrentados pelos trabalhadores. Um problema de ordem internacional, que foi tema das discussões da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Panamericana de Saúde (OPS). Os documentos dessas organizações, na década de 1980, ganham um enfoque global sobre a relação trabalho com a saúde dos trabalhadores, mudando inclusive a denominação do programa de “saúde ocupacional” para “saúde do trabalhador”, mostrando vantagens em incorporar novas abordagens no âmbito dos serviços de saúde. A “Saúde do Trabalhador” engloba os aspectos da “Saúde Ocupacional”, que são centrados na identificação e no controle dos riscos profissionais, e acrescenta à compreensão das relações trabalho-saúde um parâmetro estrutural, do trabalho como determinante social deste processo, abordando os trabalhadores e a saúde deles como um todo indivisível. (SPEDO, 1998).

Apesar dos grandes avanços de noções abstratas no campo da Saúde do Trabalhador, que mostram um novo direcionamento, com análise contextual dos casos, trazendo uma visão mais ampla das situações vivenciadas pelo trabalhador no seu ambiente, na prática cotidiana a hegemonia da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional coloca em questão a distância entre a produção de conhecimento e sua aplicação, expondo que a busca de soluções quase

sempre se confronta com interesses econômicos, que não consideram os investimentos indispensáveis à garantia da dignidade e da vida do trabalhador. (LACAZ, 2007).

Com base nas legislações trabalhistas internacionais, o governo do Brasil regulamenta a obrigatoriedade dos serviços de segurança e medicina do trabalho em empresas acima de determinado porte e grau de risco. Em 1919, foi aprovada a primeira lei sobre Acidentes de Trabalho (Decreto - legislativo nº 3724, de 15 de janeiro de 1919), importante avanço na consolidação das Leis Trabalhista. (OLIVEIRA; MUROFUSE, 2001).

Nessa época, profissionais de saúde vinculados a universidades e a serviços, em aliança com o movimento sindical buscaram superar a visão e a capacidade de intervenção da saúde ocupacional e da medicina do trabalho, embasados nos referenciais da saúde do trabalhador (GOMEZ; LACAZ, 2005)

A Saúde do Trabalhador surgiu no Brasil num contexto de lutas sociais por uma sociedade mais democrática e em busca da cidadania, paralelamente a luta pela Reforma Sanitária, que tinha como principal diretriz a saúde como direito do cidadão. Usando como referencial para a sua construção a medicina social latino-americana, que situa o trabalho como categoria fundamental na determinação social do processo saúde-doença, incorporando a concepção de trabalhador como sujeito da ação (SANTANA, 2006)

No Brasil, a atenção à Saúde do Trabalhador se desenvolveu pautada em um modelo excludente, que privilegiava os trabalhadores do setor formal da economia e defendia os interesses de quem detinha o capital de controle da força de trabalho, as ações de saúde eram muito limitas no início (SPEDO, 1998).

Do final da década de 1970 para o início da década de 1980, a assistência à saúde dos trabalhadores era prestada pelo Ministério de Previdência Social, através de serviços próprios, contratados ou conveniados e somente para aqueles trabalhadores que tinha vínculo formal de emprego, as ações relativas à higiene e segurança do trabalho ficavam sob a responsabilidade do Ministério do Trabalho. Os trabalhadores do mercado informal eram excluídos dessa assistência e tinha que recorrer à filantropia das “Santas Casas de Misericórdia”. Posteriormente, novos modelos de atenção à saúde do trabalhador começaram a ser introduzidas nos serviços da rede pública de saúde. Com o processo de redemocratização do país, em meados da década de 1980, houve um aprofundamento dessa área no âmbito da política de saúde brasileira, incorporou-se um referencial teórico da determinação social do processo saúde-doença, surgindo uma nova forma para a prática das questões trabalho-saúde-doença (SPEDO, 1998).

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e a 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (1ª CNST) vieram fortalecer a implantação das políticas de saúde para o trabalhador no Brasil, e com certeza representou uma contribuição da maior importância para o processo de redemocratização, não só no setor de saúde, como também da própria vida política brasileira, para viabilizar a “saúde como direito do cidadão e dever do Estado” e este foi o tema principal da conferência. A 1ª CNST foi realizada em Brasília no período de 01 a 05 de dezembro de 1986 (BRASIL, 2005)^a.

Para a 1ª CNST foram selecionados temas expressivos para o estabelecimento de um Sistema Nacional de Saúde que respondesse aos anseios da população, após a realização de pré-conferências em 20 estados, o conjunto de questões significativas para a Conferência foi incorporado em três temas: (1) diagnóstico da situação de Saúde e Segurança dos Trabalhadores; (2) novas alternativas de Atenção à Saúde dos Trabalhadores; e (3) Política Nacional de Saúde e Segurança dos Trabalhadores. Desta conferência participaram 526 pessoas, das quais 399 foram delegados e 127 observadores. A partir do debate iniciado na 1ª CNST foi possível produzir medidas que efetivaram na prática a reformulação do setor Saúde e efetivaram antigas questões sugeridas na 8ª CNS, como a defesa de um Sistema Único de Saúde (SUS), o fortalecimento do Setor Público e uma ampla Reforma Sanitária (CNTSS, 2010).

O entendimento de que a saúde dos trabalhadores extrapola os limites da saúde ocupacional possibilita conceituá-la como resultante de um conjunto de fatores de ordem política, social e econômica. Em síntese, saúde dos trabalhadores significa: condições dignas de vida; pelo emprego; trabalho estável e bem remunerado; oportunidade de lazer; organização e participação livre, autônoma e representativa de classe; informação sobre todos os dados que digam respeito à relação vida, saúde, trabalho; acesso a serviços de saúde, com capacidade resolutiva, em todos os níveis; recusa ao trabalho sob condições que desconsiderem estes e outros tantos direitos (CNTSS, 2010).

A 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (2ª CNST) foi realizada em Brasília no período de 13 a 16 de março de 1994, teve como tema central: “Construindo uma Política de Saúde do Trabalhador” e como temas complementares: (1) Desenvolvimento, Meio-Ambiente e Saúde; (2) Cenário de Saúde do Trabalhador de 1986 a 1993 e Perspectivas; e (3), Estratégias de Avanço na Construção da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Estes temas foram apresentados através de exposição ampla e diversificada, contando com a expressão de representantes de grupos e classes de poder diversos. Nesse evento foram definidas as linhas e estratégias de implementação da Política Nacional de Saúde do

Trabalhador. Participaram 919 pessoas, destas 560 foram delegados e 359 observadores (BRASIL, 2001)^a.

A 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (3ª CNST) foi convocada pelos Ministério da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Previdência Social e pretendeu regularizar uma discussão nacional a partir do acúmulo histórico nessa área, criado a partir das lutas sociais dos trabalhadores por melhores condições de vida no trabalho. Teve como objetivo propor diretrizes para efetivar a ação articulada dos órgãos setoriais do Estado na execução da política definida e para a ampliação e efetivação do controle social. A etapa municipal ocorreu de 25 de abril a 30 de setembro de 2005, a estadual foi até o dia 23 de outubro e a etapa nacional, responsável por analisar e consolidar as propostas aprovadas nas Conferências Estaduais, foi realizada em Brasília no período de 09 a 12 de novembro de 2005. O tema central foi: "TRABALHAR SIM, ADOECER NÃO". Abordou três eixos temáticos: (1) Como garantir a integralidade e a transversalidade da ação do Estado em saúde dos (as) trabalhadores (as)?; (2) Como incorporar a saúde dos (as) trabalhadores (as) nas políticas de desenvolvimento sustentável no País?; e (3) Como efetivar e ampliar o controle social em saúde dos (as) trabalhadores (as)? (MAEMO; CARMO, 2005).

Atualmente as ações de proteção da vida e da saúde do trabalhador se encontram sob a responsabilidade de três setores do governo: Trabalho, Saúde e Previdência Social. Julga-se a necessidade de uma interação entre as três esferas, para que haja uma articulação no Governo para a consolidação de uma política que assuma todas as questões relacionadas ao exercício do trabalho. Para garantir a integralidade da ação do Estado em saúde do trabalhador (1º eixo temático), a 3ª CNST propôs: o desenvolvimento de políticas universais de inclusão social do trabalhador com equidade, intersetoriais e integradas das instâncias federal, estadual e municipal; previsão de um fluxograma de integração entre os órgãos setoriais e suas responsabilidades específicas, eliminando as dicotomias e evitando a superposições, que deverá identificar metas institucionais; efetivação das ações práticas integradas de vigilância em saúde, rompendo as barreiras à realização da vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e de saúde do trabalhador; integração da saúde do trabalhador pelo SUS intra-setorialmente; valorização do nexos epidemiológico presumido das doenças relacionadas ao trabalho; inclusão de todos os trabalhadores no sistema de proteção à segurança e saúde do trabalhador; proposição de fóruns de debates para discussão da legislação; e redução da monetarização dos riscos, evitando as condições insalubres de trabalho (BRASIL, 2005)^a.

Visando melhorar as condições de vida da população por meio do progresso econômico e do crescimento do trabalho, da geração de emprego e renda, a segunda temática

da 3ª CNST defende o desenvolvimento sustentável propondo idéias que interligam as políticas de saúde do trabalhador com a responsabilidade social. Dentre estas propostas destacam-se: entendimento do desenvolvimento social como defesa e promoção da qualidade de vida e de condições saudáveis de trabalho; introdução de políticas de saúde do trabalhador nas políticas de desenvolvimento econômico e social; promoção da discussão de segurança e saúde do trabalhador pautada nos conceitos de Desenvolvimento Sustentável e de Responsabilidade Social; respeito à vida e à saúde como valores absolutos e universais; garantia de implementação de políticas que assegurem o desenvolvimento de tecnologias limpas; responsabilização dos empregadores e das empresas pela infração das legislações ambiental, sanitária e trabalhista (BRASIL, 2005)^a.

A participação dos trabalhadores nas decisões das instituições públicas como a Saúde, o Trabalho e Emprego e a Previdência Social ainda não é difundida. Visando à necessidade de aprofundar o debate sobre o controle social, que permita a participação democrática do trabalhador na gestão e no poder de decisão sobre os locais de trabalho, com impacto direto sobre a saúde, o terceiro eixo temático da 3ª CNST trata sobre a ampliar o controle social em saúde dos trabalhadores. Trazendo como principais propostas: garantia da implantação de Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador nos Conselhos de Saúde; garantia de reapresentação dos trabalhadores e de controle social em todas as instituições públicas, na elaboração e implementação da PNSST; criação de fóruns regionais e nacionais para as discussões específicas de intersetorialidade em segurança e saúde do trabalho; efetivação do controle social no estabelecimento e rediscussão dos Limites de Tolerância em ambientes de trabalho; incentivo à participação do controle social na implantação e acompanhamento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST); garantia de participação dos trabalhadores na elaboração das normas e políticas de segurança e saúde no trabalho e na fiscalização das condições de trabalho. (BRASIL, 2005)^a.

Em suma, a Saúde do Trabalhador compreende um corpo de práticas teóricas interdisciplinares (técnicas, sociais, humanas) e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos sujeitos, situados em lugares diferentes na sociedade e direcionados por uma mesma expectativa. Essa expectativa é o resultado de toda uma história acumulada no âmbito da Saúde Coletiva, surgindo inicialmente do movimento da Medicina Social latino-americana (GOMEZ; COSTA, 1997)

O que se percebe ultimamente, é que as novas exigências do mercado internacional quanto à qualidade de produtos e processos produtivos induzem a uma reestruturação industrial flexível, que alia automação e outros avanços tecnológicos a novas modalidades

organizacionais e de gestão e controle da força de trabalho. Essas mudanças das formas de produzir assinalam melhorias no ambiente e nas relações de trabalho, introduzindo um grau maior de participação e envolvimento, mudanças que atingem diretamente o trabalhador, pois elas demandam um trabalhador mais qualificado, polivalente, condizente com um repertório de habilidades e comportamentos (GOMEZ; LACAZ, 2005).

A Saúde do Trabalhador tem como pano de fundo as contradições entre o capital e trabalho, próprias do sistema capitalista. Essa contradição não implica ter uma visão maniqueísta, mas reconhecer a contradição e assumir que não existe neutralidade nesse campo. O combate ao trabalho que mata e adocece não unifica, nem mobiliza a sociedade, pois encontra-se obstáculos, até mesmo, na luta contra o trabalho escravo e o trabalho infantil. Os conceitos de propriedades dos meios de produção confundem-se com o de posse da saúde e da vida dos trabalhadores, a este não é dado o direito de interferir nos processos para que a sua capacidade de trabalho não seja exaurida em decorrência do adoecimento, previsível e evitável. A força de trabalho é vendida em troca de salário, mas a capacidade de trabalho, que não está à venda, é, na prática, desapropriada (MAENO; CARMO, 2005).

Se hoje dispomos de extenso número de referências bibliográficas sobre o adoecimento no trabalho e de vasta tecnologia, capaz até mesmo de clonar animais, o que falta para eliminar os fatores de risco no trabalho e as formas de organização do trabalho que não respeitam os limites fisiológicos, responsáveis pelos processos patológicos? Na verdade existe um conceito, fortemente enraizado, de que adoecer e morrer no trabalho é natural e inevitável. Mas contrapor-se aos valores seculares que associam o trabalho com castigo e sofrimento é possível e necessário. Mais do que eliminar os fatores laborais que lavam ao sofrimento físico e mental, é importante promover o trabalho como fonte de realização pessoal e de qualidade de vida (MAENO; CARMO, 2005).

Pela primeira vez na história a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, e as ações e serviços de saúde considerados de relevância pública, destacando o seu caráter prioritário diante dos outros direitos sociais. O Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável pela maior reforma de Estado em andamento e a única política pública realmente universalista e igualitária do Brasil. Talvez por esse motivo, é ignorado pelas elites, até mesmo por boa parte dos sindicatos dos trabalhadores (SANTANA, 2006).

Apesar de todo o aparato legal que definia as responsabilidades dos gestores federais, estaduais e municipais, o campo da saúde do trabalhador foi ignorado por estes durante vários anos. A criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST).

Pela Portaria GM/ MS nº 1679, de 19/09/2002, representou o ponto de inflexão em que o Ministério da Saúde resolveu de fato e de direito, já com a previsão orçamentária, inserir a Saúde do Trabalhador entre as ações sanitárias. A RENAST, baseada em mais de cem Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) já instalados em 2005 e com previsão para expandir esse número para duzentos em 2006, conseguiu ampliar as ações em saúde do Trabalhador, buscando atingir o seu objetivo de ter toda a rede do SUS desenvolvendo ações de assistência e vigilância nesta área. Não obstante, sabe-se que ainda há um longo caminho a ser percorrido até superar as falhas e atingir uma cobertura multidirecionada na área de saúde do trabalhador (MAENO; CARMO, 2005).

3.2 ENFERMAGEM DO TRABALHO

A modernização no sistema de controle e execução das indústrias, com a automatização, informatização e a terceirização, determinaram transformações na organização e nos processos de trabalho, o que provocou grande impacto sobre a vida dos trabalhadores e, conseqüentemente, sobre a sua saúde. Tudo isso impulsionou a ampliação do modelo de atenção ao trabalhador (MARZIALE et al., 2010).

Percebeu-se que a atenção à saúde do trabalhador exigia o envolvimento de uma equipe multiprofissional em um enfoque interdisciplinar. Esse modelo foi criado pelo Estado através do SUS, e direciona ações em todo o território nacional com a finalidade de assistir o trabalhador de forma holística, por meio da RENAST e dos CEREST. Era uma das dificuldades para a implantação das ações de saúde do trabalhador no sistema de saúde a formação e capacitação de recursos humanos. Considerando a importância estratégica para a prestação de uma atenção diferenciada aos trabalhadores, houve um incentivo com o Plano de Formação e Capacitação de Recursos Humanos em Saúde do Trabalhador para o SUS (BRASIL, 2001)^b.

A Enfermagem do Trabalho teve início na Inglaterra, no final do século XIX, com a finalidade de reduzir os elevados números de doenças e acidentes de trabalho; inicialmente os enfermeiros realizavam visitas domiciliares aos trabalhadores doentes e suas famílias. Neste contexto a Enfermagem do Trabalho se insere no Brasil, incorporadas obrigatoriamente às empresas, para reduzir com urgência o elevado índice de acidentes de trabalho na década de 1970, quando o Brasil atingiu o maior índice de acidentes do mundo. Nessa época o governo brasileiro tomou medidas radicais, impondo que as empresas contratassem profissionais especializados como médico do trabalho, enfermeiro do trabalho, auxiliar de enfermagem do

trabalho, engenheiro de segurança do trabalho e técnico de segurança do trabalho (MORAES, 2008).

A Enfermagem do Trabalho se inicia com um modelo técnico, subsidiando o único interesse do governo em reduzir o número de acidentes no país. Adentrou as empresas com o papel curativo, prestando atendimento ao trabalhador que por eventualidade se acidentou no local de trabalho e não assistindo à saúde do trabalhador integralmente. A Enfermagem do Trabalho teve seu papel de destaque na saúde do trabalhador atuando no atendimento, em ações de promoção e proteção da saúde, prevenindo doenças relacionadas ao trabalho, organizando serviços de primeiros socorros e de seleção de candidatos à vaga na empresa, detectando precocemente doenças ocupacionais ou clínicas. A conciliar os interesses dos trabalhadores e das instituições, assim melhorando a saúde e a exultação dos trabalhadores e também a produtividade da empresa (MORAES, 2008).

Atualmente a tendência das novas empresas é a contratação de profissionais qualificados na área de saúde do trabalhador, como fonoaudiólogos, ergonomistas, nutricionistas, fisioterapeutas, preparador físico, entre outros, que ajudam a fortalecer a equipe médica e de enfermagem para concretizar o objetivo de buscar uma visão holística a saúde do trabalhador (GRAÇA, 2005).

De acordo com informações da Associação Nacional dos Enfermeiros do Trabalho (ANENT), os Enfermeiros de Saúde Ocupacional (determinado recentemente como termo mais apropriado) no Brasil, desempenham atividades relacionadas à higiene ocupacional, segurança e medicina, e integram grupos de estudo de proteção da saúde e segurança do trabalhador. As responsabilidades de Enfermeiros de Saúde Ocupacional (ESO) incluem tarefas variadas relacionadas à prevenção de doenças e acidentes de trabalho e à promoção da saúde no trabalho (ANENT, 2010). Dentro dessas atividades, as atribuições da equipe de enfermagem do trabalho podem ser divididas em três formas básicas: (1) funções técnicas, referente a toda técnica inerente à função, como dinamometria, antropometria, vacinação, coleta de material para exames, entre outros; (2) funções de ensino, referem-se à realização de programas para promover e prevenir doenças ocupacionais ou não ocupacionais, como treinamento de primeiros socorros, treinamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/AIDS); e (3) funções administrativas, referente à organização de ambulatório de saúde, como organizar os prontuários dos trabalhadores, controlar estoque e datas de vencimentos de materiais e de medicamentos (MORAES, 2008).

Com relação à formação do profissional de Enfermagem do Trabalho, no Brasil, a ANENT recomenda currículo mínimo para os cursos de Especialização em Enfermagem do Trabalho, com conteúdo programático específico para o desenvolvimento da profissão. Os Conselhos Regionais e Federais de Enfermagem são responsáveis por determinar e supervisionar as funções de todos os profissionais envolvidos na prática de enfermagem no Brasil (ANENT, 2010).

Nos últimos anos percebeu-se um aumento significativo na demanda pela Enfermagem do Trabalho no Brasil, isso ocorreu simultaneamente com o crescimento do número de indústrias no país e em decorrência de mudanças na legislação específica dessa área, como aconteceu com as normas que estabelecem que hospitais com mais de 501 trabalhadores, empresas de transporte com mais de 751 trabalhadores (Norma Regulamentadora 29) e companhias agrícolas com mais de 500 trabalhadores (Norma Regulamentadora 31) são obrigados a ter pelo menos um enfermeiro do trabalho contratado (BRASIL, 2005)^b.

De acordo com Marziale et al. (2010) as mudanças na legislação e o desenvolvimento econômico estão diretamente relacionados à oferta de empregos para ESOs no Brasil: hospitais, faculdades, empresas rurais, indústrias manufatureiras, indústrias químicas e de produtos similares e agências governamentais, nas quais a presença do Enfermeiro de Saúde Ocupacional é obrigatória, devido ao aumento dos níveis de risco ocupacionais. O campo de trabalho para ESOs também tem se expandido em decorrência da atual política de Saúde Ocupacional no Brasil, a qual estabelece que ESOs, enquanto membros de CEREST em níveis regionais e nacionais, devem desenvolver ações descentralizadas e estruturadas em prevenção, tratamento e reabilitação dos trabalhadores por meio da RENAST e do SUS.

3.3 RISCO OCUPACIONAL

O ambiente de trabalho pode apresentar risco de diversos tipos: ocultos, quando o trabalhador não suspeita de sua existência; latentes, quando causa danos em situações de emergência; reais, quando conhecidos por todos, mas com pouca possibilidade de controle, quer pelos elevados custos exigidos, quer pela ausência de vontade política para solucioná-los. As várias situações presentes no ambiente laboral podem tornar-se nocivas, dependendo de sua intensidade e também do tempo de contato dos indivíduos às mesmas. Os profissionais se submetem às relações, organizações, condições e aos ambientes de trabalho, expondo-se a poeira, vapores, gases, calor, barulho, acidentes e jornadas de trabalho, situações sobre as quais não tem controle algum (TAKEDA, 2002).

O ambiente de trabalho hospitalar apresenta características de insalubridade por agrupar pacientes portadores de diversas enfermidades infectocontagiosas e viabilizar muitos procedimentos que oferecem riscos de acidentes e doenças para os trabalhadores da saúde. Os trabalhadores potencialmente expostos aos riscos precisam estar informados e treinados para evitar problemas de saúde, e métodos de controle devem ser instituídos para prevenir acidentes. Esses métodos podem ser usados para riscos ambientais, incluindo a substituição do agente de risco, controles de engenharia, práticas de trabalho, equipamentos de proteção pessoal, controles administrativos e programas de exames médicos (NISHIDE; BENATTI, 2004).

Existe uma classificação legal para os riscos presentes no ambiente de trabalho, esta é realizada de acordo com a origem do risco. Esta classificação se subdivide em cinco cores padronizadas de acordo com a natureza do risco, segundo a Norma Regulamentadora 5 (NR-5):

- Grupo 1 (verde) – Riscos Físicos: remete ao desgaste físico, à perda de energia para o ambiente além daquela que o organismo é capaz de suportar, podendo ocasionar em doença ocupacional. Por exemplo: ruído, vibração, radiação, frio, calor, pressão, umidade.
- Grupo 2 (vermelho) – Riscos Químicos: são os vários tipos de substâncias que podem contaminar o ambiente de trabalho e provocar danos a integridade física e mental dos trabalhadores. Por exemplo: gases, vapores, produtos de limpeza, substâncias utilizadas para esterilização química, poeiras, fumos.
- Grupo 3 (marrom) – Riscos Biológicos: são os riscos que os microorganismos vivos apresentam pela possibilidade de infectar um profissional. Por exemplo: vírus, bactérias, protozoários, fungos, parasitas, toxinas, príons.
- Grupo 4 (amarelo) – Riscos Ergonômicos: estão relacionados à execução de tarefas, ao esforço físico intenso, levantamento e transporte manual de peso, mobiliário inadequado, trabalho noturno, jornadas prolongadas, postura incorreta, repetitividade.
- Grupo 5 (azul) – Riscos Acidentais: este grupo é caracterizado pela diversidade das potenciais causas, varia desde um piso irregular à máquinas e equipamentos sem proteção por exemplo, e incluem material sem especificação, ferramentas impróprias ou defeituosas, iluminação excessiva ou insuficiente, instalações elétricas defeituosas, armazenamento inadequado e outras situações de risco que poderiam causar acidentes (PEREIRA, 2009).

Historicamente, os profissionais de saúde não foram considerados categoria de alto risco para acidentes de trabalho. Só a partir do século XX começou-se a relacionar riscos biológicos a doenças que atingiam especificamente os trabalhadores da área da saúde. Hoje, sabe-se que o profissional de saúde está sujeito aos riscos gerais e específicos relacionados às atividades laborais e, portanto, expostos aos acidentes de trabalho e às doenças ocupacionais. No ambiente hospitalar sempre há riscos que atingem principalmente os trabalhadores que lidam diretamente com o paciente; como o profissional de enfermagem. A assistência direta prestado aos pacientes pelos profissionais de enfermagem implica no manuseio de equipamentos pesados e materiais perfurantes e cortantes, muitas vezes contaminados por sangue ou fluidos corpóreos, em consequência do preparo e administração de medicamentos e quimioterápicos, do descarte de materiais contaminados no lixo hospitalar, das relações interpessoais de trabalho e produção, do serviço em turnos, dos baixos salários, da tensão emocional advinda do convívio com a dor, o sofrimento, da perda de vida, entre outros (CAVALCANTE et al., 2006).

As medidas de proteção coletiva, como os Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC), são todas medidas ou dispositivos, sinal, imagem, som, instrumento ou equipamento destinados a proteção de um grupo de pessoas. Além dos EPCs os equipamentos de proteção individual são indispensáveis ao trabalhador como um dos métodos de controle dos riscos no local de trabalho. Segundo a Norma Regulamentadora 6 (NR-6), Equipamento de Proteção Individual (EPI) é todo dispositivo de uso individual destinado à proteção de risco susceptíveis de ameaça a saúde e a integridade física do trabalhador, incluindo luvas, aventais, protetores oculares, faciais e auriculares, protetores respiratórios e para os membros inferiores. São de responsabilidade do empregador o fornecimento do EPI adequado ao risco e o treinamento dos trabalhadores quanto à forma correta de utilização e conservação (BRASIL, 2005^b).

Os EPIs destinados para os trabalhadores da área de saúde são: Luva – item de segurança utilizado para proteção das mãos contra agentes abrasivos e escoriantes, cortantes e perfurantes, agentes biológicos, agentes químicos; Máscara – purificador de ar para proteção das vias respiratórias contra poeiras, névoas, fumos, vapores orgânicos, ou ainda durante a realização de procedimentos estéreis; Jaleco – vestimenta de segurança que oferece proteção ao tronco contra riscos de origem térmica, mecânica, química e umidade; Gorro – proteção dos cabelos contra contaminação por contato e respingos de produtos ou secreções; Óculos – para a proteção dos olhos contra impacto de partículas volantes que possam atingir os olhos; Capote – evita a contaminação da roupa do profissional, bem como a contaminação de

procedimentos estéreis; Bota – calçado de segurança para proteção dos membros inferiores contra queda de objetos, agentes térmicos, agentes cortantes e escoriantes, respingo de produtos químicos e fluidos orgânicos; Propés – utilizado para evitar a disseminação das sujidades presentes nos sapatos que os profissionais utilizaram no ambiente extra-hospitalar (PEREIRA, 2009).

Existe uma NR destinada aos profissionais da saúde, é a NR-32, que estabelece requisitos mínimos de proteção à segurança e saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde. Abrange trabalhadores dos hospitais, clínicas, laboratórios, ambulatórios e serviços médicos existentes dentro de empresas. Esta NR aborda a implantação do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), programa previsto na NR-9, que consolida a PPRA como ferramenta específica para antecipação, reconhecimento, avaliação e 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 recursos naturais. E ainda trás o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) previsto na NR-7, objetivando promover prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho. O PCMSO aborda medidas de descontaminação do local de trabalho; o tratamento médico de emergência para os trabalhadores; a relação dos estabelecimentos de saúde que podem prestar assistência aos trabalhadores; as formas de remoção para atendimento dos trabalhadores; e deve estar a disposição dos trabalhadores, entre outras disposições. (BRASIL, 2005^b).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Para que os objetivos investigatórios fossem alcançados, fez-se a opção por um estudo exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa, a fim de identificar os principais tipos de acidentes que acometem a equipe de enfermagem de um hospital de referência da cidade de Cajazeiras-PB. O estudo de natureza exploratória tem o intuito de diagnosticar os acidentes através da observação da repetição e percepção de sua ocorrência, sendo assim, explorar é tornar-se mais íntimo de um tema (SANTOS, 2000).

De acordo com Gil (1996), a pesquisa descritiva tem como objetivo descrever particularidades de determinada população ou fenômeno. Utiliza-se de questionários e observação sistemática, para padronizar a coleta de dados (FIGUEIREDO, 2007). Segundo Nascimento et al. (2007) o método quantitativo é aquele que se apropria da análise estatística para o tratamento dos dados devendo ser utilizado quando é exigido um estudo exploratório ou em diagnósticos iniciais de uma situação.

Deu-se a escolha por este tipo de estudo devido à natureza do que foi pesquisado, remetendo ao estudo exploratório pela necessidade de aprofundar o conhecimento, baseando-se nos resultados de outras pesquisas já realizadas; ao estudo descritivo pelo objetivo da pesquisa em expor a realidade dos profissionais de enfermagem do HRC e a abordagem quantitativa para analisar estatisticamente a ocorrência dos acidentes.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada na cidade de Cajazeiras, localizada no sertão do estado da Paraíba, atualmente com 58 mil habitantes, apresenta uma extensão territorial de 586 mil km² aproximadamente.

Cajazeiras, que é um dos maiores municípios da Paraíba, possui várias instituições de ensino na área de saúde, com os cursos superiores de enfermagem, farmácia, fisioterapia e medicina, além dos cursos de formação técnica. Atualmente, este hospital é o campo de estágio dos cursos da área de saúde da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e das outras instituições, por isso constitui um campo de referência em pesquisas científicas.

A cidade acima referida possui um hospital público que serve de referência no atendimento médico-hospitalar para população local e para 17 municípios circunvizinhos, atende várias especialidades e no momento passa por um processo de mudanças que incluem melhor estruturação e modernização, melhorando e ampliando o atendimento; neste hospital

foi aplicado o questionário com a equipe de enfermagem. O interesse em realizar uma investigação neste hospital deveu - se ao fato de ser um hospital de médio porte e à intenção de expor a realidade vivida pelos profissionais de enfermagem do alto sertão paraibano, com relação à saúde do trabalhador.

O estudo foi realizado no setor de Urgência e Emergência do Hospital, considerado nas pesquisas como o mais crítico para a ocorrência de acidentes, devido ao intenso ritmo de trabalho e a prevalências de procedimentos do tipo invasivo, como administração de medicamentos e coleta de sangue para exame.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo foi composta pelos 57 enfermeiros e técnicos de enfermagem que trabalham no setor de Urgência e Emergência do Hospital Regional de Cajazeiras (HRC), sendo a amostra constituída por 43 profissionais que responderam ao questionário voluntariamente no seu local de trabalho, aceitando assim participar espontaneamente da pesquisa. Como critério de inclusão o participante tinha que ter mais de 6 meses de experiência na profissão e está em atividade laboral no momento da pesquisa. Foram excluídos do estudo os profissionais que estavam afastados por motivos de doença, licença e férias.

Os participantes foram escolhidos de acordo com amostragem não probabilística intencional, pois a pesquisa foi destinada aos enfermeiros e técnicos de enfermagem do setor de urgência e emergência do HRC.

4.4 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

Utilizou-se um questionário semi-estruturado contendo 14 questões que abordaram os dados sócio-demográficos e os dados referentes ao objetivo do estudo. Na visão de Silva; Menezes (2001) o questionário se constitui de uma série ordenada de questionamentos, devendo ser objetivo, limitado em extensão e estar acompanhado de instruções que facilitem o preenchimento.

Foi entregue um ofício ao diretor da instituição e o termo de consentimento da instituição para a realização da pesquisa foi assinado pelo mesmo, concordando com a intenção do pesquisador em realizar este estudo no HRC.

Os dados foram coletados no mês de Novembro após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Para uma coleta de dados mais fidedigna e para melhor comodidade dos participantes, a pesquisadora se propôs a ir pessoalmente ao HRC nos turnos manhã e noite durante sete dias, a fim de abordar todas as equipes dos turnos diurnos e noturnos e esclarecer as dúvidas que pudessem surgir.

Após se apresentar como graduando de enfermagem da UFCG, a pesquisadora explicava como seria a pesquisa e de que forma se daria a participação dos profissionais. A partir de então, apresentava-se o TCLE para que cada participante pudesse ler e, caso concordasse, assiná-lo. Após assinar o termo, foi aplicado o instrumento de coleta. Ao fim do trabalho e depois de elaborar os resultados será disponibilizada uma via da pesquisa ao hospital.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para contabilizar os dados da pesquisa foi utilizado o programa *Microsoft Excel*, versão *Windows 7*, através do índice de frequência e percentual, com representação por meio de planilhas, gráficos e tabelas com as informações obtidas através dos questionários. Depois de computados por estatística descritiva, os dados foram confrontados com a literatura pertinente, para comparar as ocorrências de acidentes em diferentes lugares do país.

4.6 POSICIONAMENTO DO PESQUISADOR

A pesquisa seguiu as observâncias éticas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a qual trata sobre pesquisa envolvendo seres humanos, principalmente no cumprimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), que versa sobre confidencialidade dos dados, anonimato, participação espontânea, desistência em qualquer etapa da pesquisa e autorização para publicação da pesquisa. O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (Campina Grande/PB) e obteve parecer favorável, com o código CAAE 0447.0.133.000-10.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo dispõe sobre a análise dos dados obtidos com a aplicação do questionário, o qual abordou dados de identificação sócio-demográficos, dados sobre a caracterização dos acidentes de trabalho, bem como questões referentes à problemática que interferem diretamente nos resultados da pesquisa, como os questionamentos sobre o uso de EPI's, sobre esquema de vacinação e sobre educação em Saúde do Trabalhador.

Foram entrevistados 43 profissionais da equipe de enfermagem do setor de urgência e emergência do HRC. O setor foi escolhido após a leitura sobre o tema, onde se constatou que os acidentes de trabalho envolvendo os profissionais de enfermagem ocorriam em grande parte neste setor, como na pesquisa de Balsamo; Felli (2006) onde o setor de urgência e emergência apresentou 16,67% dos casos de acidentes de trabalho dentre todos os setores do hospital, superando os setores de Clínica Médica e Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Além disso, em outros estudos sobre o tema a equipe de enfermagem se destaca apresentando maior número de acidentes, por exemplo, a pesquisa de Giomo et al. (2009) mostra que a equipe de enfermagem somou 197 acidentes e os demais trabalhadores da saúde 97 acidentes.

Durante a análise do perfil sócio-demográfico (Tabela 1) observou-se que a idade dos entrevistados variou entre 21 a 62 anos (média = 35,16), dentre esses a maioria se apresentou do gênero feminino (81,4%), com experiência profissional abaixo de 5 anos (46,5%). Com relação à idade, a amostra se caracteriza com uma média representando a maioria de adultos jovens e poucos profissionais acima de 50 anos. O gênero prevalente é o feminino (81,4%) assim como em outros estudos que trazem uma maioria feminina de até 94,6% (GOMES et al., 2008); transcrevendo uma leve diminuição na diferença entre os gêneros. A enfermagem é historicamente representada pelo sexo feminino, e grande parte delas concilia o trabalho hospitalar com os serviços domésticos, caracterizando uma dupla jornada de trabalho exaustiva, o que representa um agravante para a ocorrência de acidentes de trabalho (RIBEIRI; SHIMIZU, 2007).

Na tabela 1 verifica-se que a categoria profissional de Técnico de enfermagem teve maior representação (58,14%), devido ao fato de se encontrarem em maior número, e porque neste setor a categoria de Auxiliar de Enfermagem foi extinta, com a capacitação e ascensão de alguns profissionais, diferente da maioria das pesquisas que ainda existe a significativa participação dos auxiliares, por exemplo, 73,2% da amostra de Gomes et al. (2008) são auxiliares de enfermagem.

Tabela 1: Dados sócio-demográficos. Cajazeiras- PB, 2010.

VARIÁVEIS	£	%
GÊNERO		
FEMININO	35	81,4
MASCULINO	8	18,6
CATEGORIA PROFISSIONAL		
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	25	58,14
ENFERMEIRO	18	41,86
TEMPO DE TRABALHO		
0 – 5 anos	20	46,5
5 – 10 anos	6	14
10 – 20 anos	9	20,9
> de 20 anos	8	18,6
TOTAL	43	100

Dentre os 43 profissionais entrevistados 23 (53%) afirmaram que já sofreram algum tipo de acidente de trabalho e 20 (47%) que nunca sofreram nenhum tipo de acidente de trabalho. Confrontando o resultado atual com outro estudo desenvolvido por Pereira (2009) essa diferença foi maior totalizando que 40 (67%) participantes afirmaram ter sofrido algum tipo de acidente de trabalho e 20 (33%) afirmaram que não.

Pressupõe-se, de acordo com a observação sistemática, que alguns profissionais não tem conhecimento acerca do que realmente seja um acidente de trabalho, achando que só entraria nesta classificação acidentes com materiais contaminados com secreções humanas ou acidentes incapacitantes. Essa constatação dificulta a notificação dos acidentes e as possíveis implantações de políticas de prevenção, pois se o profissional não entende que sofreu um acidente não haverá notificação e os gestores irão considerar que as políticas vigentes estão funcionando. Para Oliveira; Murofuse, (2001), embora o profissional de saúde promova o cuidado ao indivíduo doente, pouco sabe a respeito de cuidar de sua própria saúde profissional, pois a preocupação destes trabalhadores com sua saúde é genérica, na relação saúde - trabalho – doença.

A figura a seguir refere-se à distribuição dos acidentes conforme o tipo de acidente de trabalho, dos 53% de profissionais que afirmaram já ter sofrido acidente de trabalho, a maioria foram acidentes perfurantes (51,5%), seguido dos cortantes (24,2%), este dado corrobora com a natureza dos procedimentos realizados neste setor, que são numerosos e, em grande maioria, punção venosa, administração de medicamentos por via parenteral ou intramuscular, coleta de material para exame (Figura 1). Este resultado discorda de outro estudo realizado anteriormente no HRC, pois neste houve a prevalência de acidentes com

secreções corporais (36%) e os perfurocortantes ficaram em segundo lugar (27%) (PEREIRA, 2009).

Alguns profissionais relataram ter sofrido mais de um acidente, o que discorda da pesquisa de Brandi; Benatti; Alexandre (1998), que mostra um estudo transversal, onde 46 acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes foram notificados entre os trabalhadores de enfermagem, e estes sofreram apenas um acidente, não havendo repetição. E outra pesquisa de Tomazin; Benatti, (2001), através da consulta aos prontuários dos trabalhadores, foram identificados que os mesmo acidentados no ano em questão da pesquisa se acidentaram em datas anteriores ou posteriores (Figura 1).

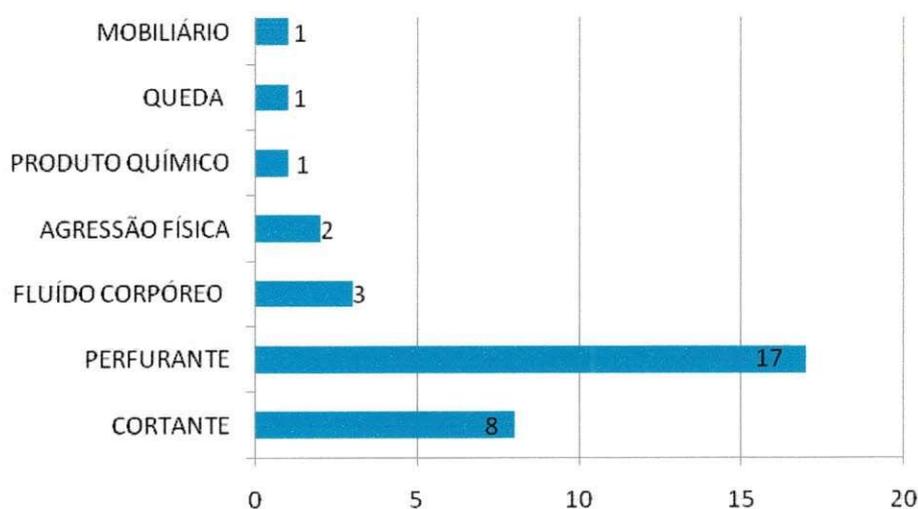


Figura 1: Distribuição dos acidentes conforme o tipo de acidente de trabalho. Cajazeiras- PB, 2010.

Os participantes foram questionados sobre a região do corpo atingida no momento do acidente e constatou-se que a região mais atingida foi a dos membros superiores (MMSS), totalizando 75% dos casos, seguido de 11% nos MMII, os demais locais citados foram 7% na boca, 4% nos olhos e 3% na face. Este dado pode ser comparado com a maioria de acidentes perfurocortantes obtida no gráfico 1, pois se entende que os acidentes perfurocortantes atinjam, mais frequentemente, os MMSS, já que ocorrem durante o manuseio de materiais como agulha, jelco, escalpe, lâmina de bisturi, ampola, tesoura (Figura 2). Sêcco; Robazzi, (2007) tiveram um resultado semelhante com relação à parte do corpo, onde as mãos foram atingidas em 70,5% dos casos de acidentes típicos.

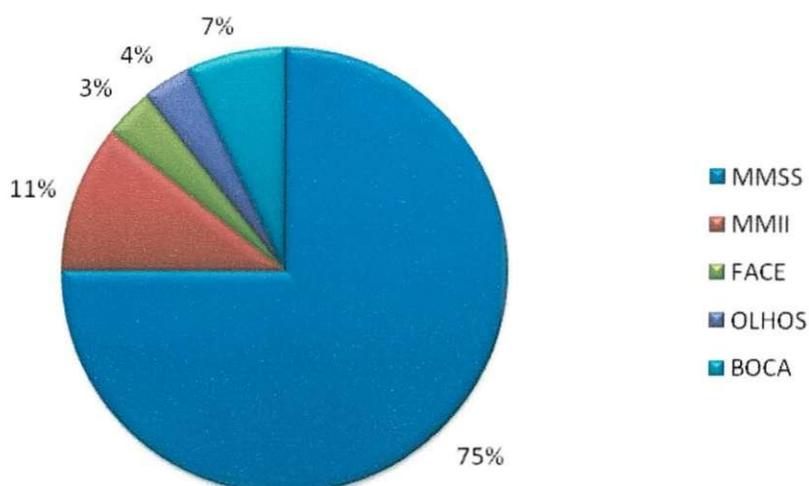


Figura 2: Distribuição dos acidentes de acordo com a região do corpo atingida. Cajazeiras- PB, 2010.

Na Tabela 2 abaixo, observa-se que o turno da noite se destacou com o maior número de ocorrência de acidentes, somando 9 (37,5%) casos. Sabe-se que durante o turno da noite o sono, o cansaço e o acúmulo de estresse do dia são fatores que ocasionam em distração e acomodação na realização da técnica correta dos procedimentos, facilitando a ocorrência de acidentes. Segundo Ribeiro; Shimizu, (2007), os trabalhadores de enfermagem estão sujeitos a rodízios por turnos, para cobrirem plantões de 24 horas, de fins de semanas e feriados, prejudicando o convívio social, e isso gera altos níveis de estresse. Estudos mostram que plantões noturnos geram doenças de distúrbios psicossomáticos.

Bakke; Araújo, (2009) em sua pesquisa encontraram uma maioria de acidentes no período matutino 15 (33%), atribuindo este resultado ao fato de que 60% das atividades diárias serem realizadas pela manhã.

Consideram-se acidente do trabalho as doenças profissionais, assim entendidas, àquelas desencadeadas pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade, que traz como consequência uma lesão corporal ou perturbação funcional, com perda ou redução da capacidade para o trabalho, de forma permanente ou temporária, ou até mesmo a morte (SÊCCO; ROBAZZI, 2007).

Tabela 2: Distribuição dos acidentes de acordo com o turno de ocorrência. Cajazeiras- PB, 2010.

TURNOS QUE OCORREU O ACIDENTE	f	%
MANHÃ	5	20,8
TARDE	7	29,2
NOITE	9	37,5
NÃO LEMBRO	3	12,5
TOTAL	24	100

Na Tabela 3, ainda sobre os acidentes, verifica-se que a grande maioria não foi notificada (82,6%), um fator agravante na resolução dos problemas de segurança no trabalho, ao que percebe-se alguns profissionais não procuraram notificar o acidente que sofreu, simplesmente tomaram medidas próprias para solucionar o seu problema. Mas este não é um caso isolado, já que em muitos estudos foi constatada a subnotificação de casos, como a pesquisa de Bakke; Araújo (2009), que foi baseada nos registros de acidentes de trabalho de um hospital escola, encontrando apenas 34 registros de acidentes com profissionais de saúde no período de 2001 a 2008, comparando com os 861 acidentes registrados entre o ano de 2000 e 2001 em hospital geral de ensino em São Paulo.

Tratando-se da necessidade de afastamento após o acidente, apenas um profissional confirmou esta necessidade (4,4%), mas que apesar da necessidade não foi liberada pelo seu superior, demonstrando a falta da atuação de uma política de proteção à saúde do trabalhador. Ainda pode-se concluir que apesar da quantidade de acidentes apenas dois casos (8,7%) necessitaram de sutura (Tabela 3). Assim como no estudo de Tomazin; Benatti, (2001), apenas um dos acidentes ocasionados por material cortante necessitou de sutura e afastamento do serviço.

Apenas 6 participantes (26,1%) realizaram exame de sangue após o acidente, os que não realizaram exame relataram que sabiam que o material com o qual se acidentaram não estava contaminado, outros por não terem sofrido acidentes invasivos, como no caso dos acidentes de queda, com produto químico ou com o mobiliário do setor, e ainda tiveram os que apenas realizaram uma triagem com a pessoa de quem provinha as secreções corpóreas e sentiram seguros o bastante para não realizarem nenhum tipo de exame (Tabela 3). No local estudado por Tomazin; Benatti, (2001) todos os acidentes com perfurocortantes são encaminhados para a avaliação no núcleo de Vigilância Epidemiológica, constatando que 86,4% dos acidentados realizaram coleta sanguínea de sorologia (HIV e hepatite B) logo após

o acidente, sendo acompanhados posteriormente. Constatando que existe um protocolo a ser seguido no instante do acidente de trabalho.

A Norma Regulamentadora 7 (NR7), trata do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), que estabelece a obrigatoriedade de elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, com o objetivo de promoção e preservação da saúde do conjunto dos seus trabalhadores. Trata dos exames médicos obrigatórios para as empresas. São eles, exame admissional, exame periódico, de retorno ao trabalho, de mudança de função, demissional e exames complementares, dependendo do grau de risco da empresa, ou empresas que trabalhem com agentes químicos, ruídos, radiações ionizantes, benzeno, etc., a critério do médico do trabalho e dependendo dos quadros na própria NR7, bem como, na NR15, existirão exames específicos para cada risco que o trabalho possa gerar (BRASIL, 1996).

Com os resultados, constatou-se que no momento do acidente apenas 9 profissionais (39,1%) estavam utilizando luvas, um dado relevante quando se tem uma maioria de acidentes perfurocortante, pois a utilização da luva poderia evitar parte desses acidentes. Alguns profissionais, por deterem o domínio da técnica, se sentem erroneamente seguros ao ponto de dispensarem o uso de EPI, e realizam procedimentos como injeção intramuscular, punção venosa, coleta de sangue sem uso de luvas, assumindo um comportamento de risco (Tabela 3). Diferentemente dos 34 (60,8%) participantes da pesquisa de Gomes et al. (2009) que durante o acidente afirmaram estar usando EPI.

Tabela 3: Dados relacionados aos acidentes. Cajazeiras- PB, 2010.

VARIÁVEIS	f	%
NOTIFICAÇÃO DO ACIDENTE		
SIM	4	17,4
NÃO	19	82,6
NECESSIDADE DE AFASTAMENTO		
SIM	1	4,4
NÃO	22	95,6
REALIZAÇÃO DE EXAME DE SANGUE APÓS O ACIDENTE		
SIM	6	26,1
NÃO	17	73,9
USO DE LUVAS NO MOMENTO DO ACIDENTE		
SIM	9	39,1
NÃO	14	60,9
NECESSIDADE DE SUTURA		
SIM	2	8,7
NÃO	21	91,3
TOTAL	23	100

Se tratando do uso de EPI's, na Tabela 4 verifica-se que 39 (90,7%) profissionais da equipe de enfermagem relataram que o jaleco é o mais utilizado, considerando que sempre usam esta vestimenta que oferecem proteção térmica, química, contra respingos de secreção, entre outros. Apesar da ótima disseminação do jaleco, um participante respondeu que nunca utiliza o jaleco no trabalho e 3 (7%) responderam que depende do procedimento. Em seguida, 35 (81,4%) profissionais responderam que sempre usam sapato fechado e 29 (67,5%) que sempre usam luvas. Assim, jaleco, sapato fechado e luva são os EPI's mais difundidos entre a equipe.

Durante uma pesquisa realizada em um hospital de grande porte do interior de São Paulo, os participantes foram questionados sobre as precauções a tomar no sentido de evitar acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, e obteve-se que 32,61% destes fazem referência de forma direta ou indireta ao uso de EPI como forma de precaução (OLIVEIRA; MUROFUSI, 2001). Confirmando a importância que estes equipamentos tem para a proteção do profissional contra acidentes e doenças ocupacionais, principalmente quando utilizados da forma correta.

Em uma análise mais profunda, percebe-se que dentre os profissionais que sofreram acidentes (23), 10 responderam que a utilização de luvas depende do procedimento a ser realizado, e dentre os profissionais que não sofreram acidentes (20), apenas 4 responderam que a utilização de luvas depende do procedimento e 16 deste responderam que sempre utilizam luvas. Sendo assim, este dado confirma o da tabela 3 que mostra que 14 profissionais não estavam usando luvas no momento do acidente, pois segundo a análise são estes os profissionais que relataram que a utilização de luvas depende do procedimento.

A máscara, dispositivo utilizado para a proteção das vias aéreas, é muito importante para o profissional que trabalha no setor de emergência, pois este é o principal setor de entrada de pacientes no hospital e nem sempre se sabe que doença o acomete, portanto a máscara serve de grande proteção, principalmente, das doenças do trato respiratório. Apesar desta necessidade, a maioria dos participantes (53,5%) só utiliza máscara de acordo com o procedimento (Tabela 4).

Sobre a utilização de capote era esperado que a maioria só utilizasse de acordo com o procedimento realizado, já que são pouco os procedimentos que exijam a utilização de capote na emergência, o mesmo poderia ser utilizado, por exemplo, durante o banho no leito para evitar sujar a roupa do profissional. Mas, a maioria (58,1) dos participantes relatou que nunca utilizam capote. Com relação ao óculos, 30 participantes (69,8%) nunca utilizam óculos, equipamento ideal na proteção dos olhos contra respingos de secreções humanas, que deve ser

utilizado, por exemplo, durante uma intubação, sondagem nasogástrica, nutrição enteral, entre outros. Apenas um participante respondeu que sempre utiliza óculos, mas supõe-se que este se referia ao óculos utilizado para correção de sua visão (Tabela 4).

Tabela 4: Utilização dos principais EPI's segundo os profissionais de enfermagem. Cajazeiras- PB, 2010

EPI	SEMPRE		DEPENDE DO PROCEDIMENTO		NUNCA		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
LUVA	29	67,5	14	32,5	0	0	43	100
MÁSCARA	20	46,5	23	53,5	0	0	43	100
SAPATO FECHADO	35	81,4	7	16,3	1	2,3	43	100
JALECO	39	90,7	3	7	1	2,3	43	100
ÓCULOS	1	2,3	12	27,9	30	69,8	43	100
CAPOTE	0	0	18	41,9	25	58,1	43	100

Na Figura 3 consta a distribuição dos participantes em relação ao esquema vacinal completo preconizado pelo Ministério da Saúde, dos 43 participantes 38 (88%) afirmaram estar com o esquema vacinal básico completo, principalmente no que se refere às vacinas de Hepatite B e dT (difteria e tétano). Uma maioria significativa e relevante já que previne doenças que podem acometer o profissional de enfermagem no seu ambiente de trabalho. Além disso, este número provém das campanhas de vacinação anuais dentro das próprias instituições de trabalho. Dado semelhante obteve-se em uma pesquisa cujo 86,4% dos acidentados com perfurocortantes estavam com o esquema de vacinação completo (TOMAZZI; BENATTI, 2001).

Os acidentes de trabalho ocasionados por material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem são freqüentes, devido ao número elevado de manipulação, principalmente de agulhas, e representam prejuízos aos trabalhadores e às instituições. Tais acidentes podem oferecer riscos à saúde física e mental dos trabalhadores.

A consequência da exposição ocupacional aos patógenos transmitidos pelo sangue não está somente relacionada à infecção. A cada ano milhares de trabalhadores de saúde são afetados por trauma psicológico que perduram durante os meses de espera dos resultados dos exames sorológicos. Dentre outras consequências, estão ainda as alterações das práticas sexuais, os efeitos colaterais das drogas profiláticas e a perda do emprego (MARZIALE; NISHIMURA; FERREIRA, 2004).

A prática vacinal é importante para todos os profissionais da área de saúde. Em relação à quimioprofilaxia para Hepatite B, uma das principais medidas de prevenção é a

vacinação pré-exposição, indicada a todos os profissionais da área da saúde. A vacinação segue um esquema de três doses, administradas no intervalo de zero, um e seis meses. Quando da ocorrência de exposição ocupacional, maior eficácia na profilaxia é obtida com o uso precoce da Gamaglobulina Hiperimmune (HBIG), dentro do período de 24 a 48 horas após o acidente (MARZIALE; NISHIMURA; FERREIRA,2004).

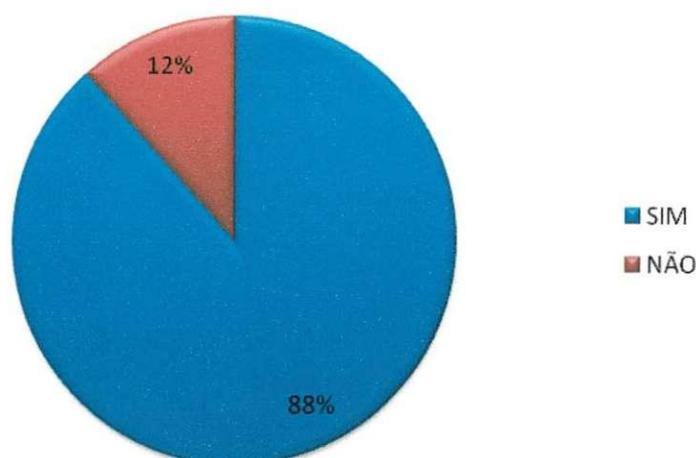


Figura 3: Distribuição dos participantes de acordo com o esquema vacinal completo. Cajazeiras- PB, 2010.

Na Figura 4 trata-se da distribuição dos participantes no que se refere à participação dos mesmos em cursos de capacitações na área de saúde do trabalhador. Segundo a maioria dos participantes da pesquisa (81%) a instituição nunca promoveu capacitação sobre segurança do trabalho, os outros profissionais que responderam sim (19%) entende-se que foi devido ao fato de terem participado de outras capacitações na instituição, mas não uma voltada diretamente para a segurança no trabalho, ou que durante sua formação pagaram disciplinas sobre o tema.

Segurança do Trabalho é o conjunto de medidas técnicas, administrativas e educacionais, médicas e psicológicas, empregadas para prevenir acidentes de trabalho, seja pela eliminação de condições inseguras do ambiente, seja pela instituição ou pelo convencimento das pessoas para implementação de práticas preventivas (ATLAS, 2003).

A Segurança no Trabalho preocupa-se com todas as ocorrências que interfiram em solução de continuidade em qualquer processo produtivo, independente se nele tenha resultado lesão corporal, perda material, perda de tempo ou mesmo esses três fatores conjuntos. É sabido que prevenção de acidentes não se faz simplesmente com a aplicação de

normas, porém elas indicam o caminho obrigatório e determinam limites mínimos de ação para que se alcance, na plenitude, os recursos existentes na legislação. É necessário que se conheça seus meandros e possibilidades e, com isso, conseguir eliminar, ao máximo, os riscos nos ambientes de trabalho.

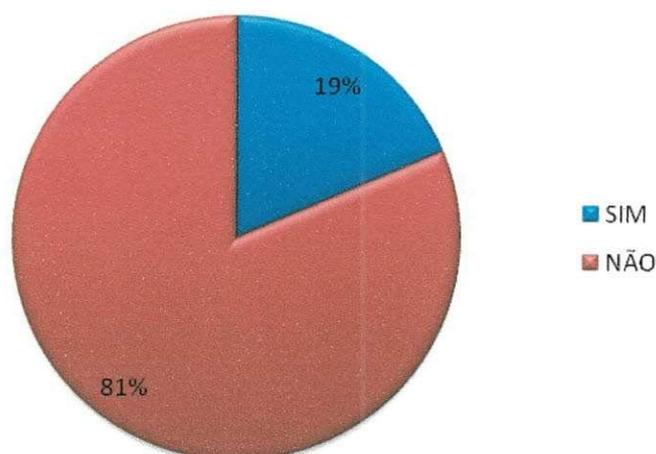


Figura 4: Quanto à realização de capacitação em segurança do trabalho promovida pela instituição. Cajazeiras- PB, 2010.

Com relação ao ambiente de trabalho, 81% dos participantes consideram que o setor de urgência e emergência se caracteriza como perigoso e que apresenta muitos riscos à saúde, e 19% dos profissionais consideram que este setor apresenta poucos riscos, transcrevendo que estes não percebem os numerosos riscos a que estão expostos no seu ambiente laboral (Figura 5). Concordando com os dados obtidos na pesquisa de Alves; Passos; Tocantins, (2009) em um hospital geral municipal do Rio de Janeiro, que 75% participantes afirmaram que o trabalho de enfermagem apresenta altos riscos para a saúde ocupacional.

Os serviços públicos de urgência e emergência têm se caracterizado pela superlotação, ritmo acelerado e sobrecarga de trabalho para os profissionais da saúde. Estes aspectos, dentre tantos outros, estão implicados objetiva e subjetivamente na forma como é dada a dinâmica de trabalho nesse espaço e na maneira como os seres humanos sobrevivem a ela.

O trabalho nos serviços de emergência hospitalar exige um conhecimento amplo sobre situações de saúde e certo domínio dos profissionais sobre o processo de trabalho, ou seja, do conjunto das necessidades envolvidas no cotidiano assistencial. Segundo Almeida; Pires, (2007) o conceito de emergência, por mais amplo e diversificado que seja, implica sempre

uma situação crítica que pode ser definida, de modo abrangente, como aquela em que o indivíduo entra em desequilíbrio homeostático, por enfrentar obstáculos que se antepõem a seus objetivos de vida. A situação de emergência, também pode ser descrita como aquela em que alterações anormais, no organismo humano, resultam em drástico transtorno da saúde ou em súbita ameaça à vida, exigindo medidas terapêuticas imediatas.

Observa-se que o trabalho em saúde, apesar de toda a incorporação tecnológica, não tem demonstrado uma economia da força de trabalho dos profissionais. Ele permanece essencialmente sustentado pelo labor intensivo, com níveis desiguais de domínio dos agentes sobre o processo de trabalho.

Outra particularidade do setor escolhido para a pesquisa, trata-se da dinâmica do trabalho da enfermagem, onde encontraram-se ações de cuidado dependentes do tempo, da imprevisibilidade da demanda e desprovidas de rotina. Além da exigência de pontualidade e regularidade, existe uma pressão pelo ritmo frenético na realização das atividades que estão relacionadas à alta demanda de trabalho e à corrida em benefício da vida.

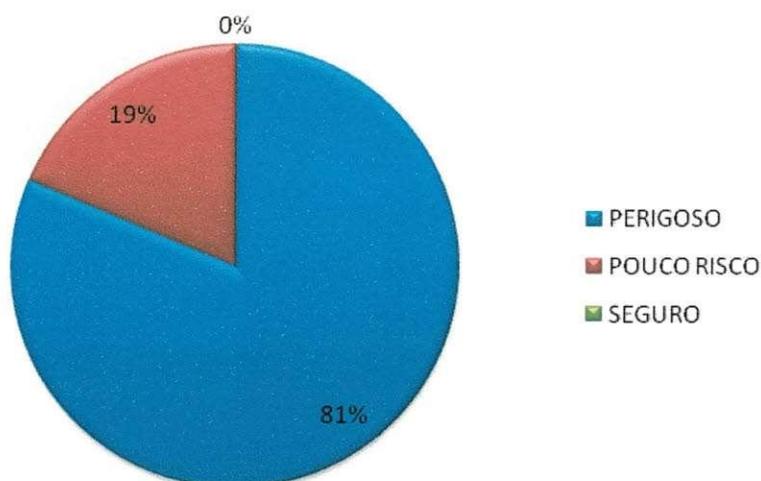


Figura 5: Classificação do ambiente de trabalho segundo os próprios profissionais de enfermagem. Cajazeiras- PB, 2010.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos dias atuais, o desgaste físico e emocional relacionados ao trabalho pode ser considerado uma epidemia entre os trabalhadores de várias profissões. As exigências da vida moderna e do mercado de trabalho nas últimas décadas vem consumindo a energia física e mental dos trabalhadores, transformando seu ambiente de trabalho em insalubre e prejudicial a qualidade de vida. Grande parte destas situações deve-se às modificações do processo produtivo e da economia mundial que forçaram reestruturações organizacionais, levando ao enxugamento de pessoal e, conseqüentemente, aumento de carga de trabalho, redução de ganhos, insegurança pela instabilidade no emprego, perda de benefícios diretos e indiretos aos trabalhadores.

Estes problemas são facilmente detectados na equipe de enfermagem do setor de urgência e emergência do HRC. Percebeu-se a grande sobrecarga de trabalho a que estes profissionais estão submetidos, considerando que alguns deles não responderam ao questionário da pesquisa por estarem muito atarefados, se recusando a participarem. Esta sobrecarga de atividades deve-se ao quantitativo de profissionais aquém do necessário, e a negligência de alguns profissionais que faltam ao plantão sem providenciar um substituto, como foi presenciado pela pesquisadora em vários dias.

Foi constatado também, grande estresse por parte dos profissionais relacionado à mudança do governo do estado e à possibilidade de perda do emprego, principalmente se tratando daqueles que são contratados pela instituição. Supõe-se ainda que o grande número de faltosos tem relação com a desmotivação gerada sob o risco de perder o emprego.

No tocante aos acidentes, um fator agravante desta situação foi a subnotificação dos casos, além disso, o fato da maioria dos profissionais nunca ter participado de capacitação sobre segurança no trabalho. Constatou-se então, que os tipos de acidentes de trabalho ocorridos em hospitais de grande porte das regiões centrais do país não apresentam fortes divergências dos ocorrido em hospitais de pequenas cidades do interior, mas com relação à notificação dos casos de acidentes acontece oposto, verifica-se enorme disparidade quando comparado o resultado desta pesquisa com outras realizadas no Sul e Sudeste do país.

Portanto, a busca pelos objetivos propostos foi satisfatória, verificando que os principais acidentes que acometem a equipe de enfermagem do setor de urgência e emergência são os perfurante e cortantes; os principais EPI's utilizados são jaleco, sapato fechado e luvas; com relação ao esquema vacinal a grande maioria dos profissionais estão com o esquema completo; e concluiu-se que a instituição nunca ofereceu uma capacitação sobre Segurança no Trabalho.

Assim, a atuação do profissional que trabalha no setor de emergência é cercada de responsabilidades, tanto com os usuários do serviço como com sua própria vida e saúde, por isso é necessária a capacitação desses sujeitos como forma de atenuar a gama de riscos laborais a que estes profissionais estão submetidos. Evidenciar formas eficazes de prevenção de acidentes, quando e como se deve usar os EPI's. Além disso, disponibilizar EPI's de boa qualidade e em quantidade ideal. Esta seria uma solução rápida e de baixo custo para instituição, para diminuir a ocorrência de acidentes.

Ainda seria necessário a implantação de uma Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), preconizada pela NR 5, para prevenir acidentes e doenças decorrentes do trabalho. Como também, implantar o mapeamento de risco ambiental, coletando informações sobre os riscos existentes no ambiente de trabalho com o propósito de realizar um diagnóstico da situação de segurança e saúde do trabalho para implantar as medidas preventivas.

A longo prazo, a elaboração de um novo concurso público para suprir a quantidade de profissionais necessária e gerar empregos com estabilidade, garantindo segurança e boa remuneração aos empregados, excluindo os estresses produzidos pelo risco eminente de perda do empregado. Ainda cabe aos gestores da cidade de Cajazeiras viabilizarem a implantação de um CEREST, pois sendo uma cidade que possui muitas fábricas, empresas e serviços de saúde, se faz necessária uma entidade que se preocupe com a promoção do bem-estar do trabalhador dando ênfase às ações preventivas, bem como que presta assistência e orientação aos trabalhadores acometidos por doenças e acidentes relacionados ao trabalho.

Dessa forma as políticas de segurança e saúde do trabalhador seriam mais bem aplicadas também no interior do país, já que os profissionais dessas regiões estão expostos à vários tipos de acidentes e doenças do trabalho, assim como os profissionais dos grandes centros do país.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Paulo Jorge dos Santos; PIRES, Denise Elvira Pires de. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 9, n.3, p. 617-629, set-dez. 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a05.htm>> Acesso em: 21 nov 2010.

ALVES, Sandra Solange de Moraes; PASSOS, Joanir Pereira; TOCANTINS, Florence Romijn. Acidentes com Perfurocortantes em Trabalhadores de Enfermagem: uma questão de biossegurança. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 272-277, jul-set. 2009.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS ENFERMEIROS DO TRABALHO - ANENT. **Atribuições do enfermeiro do trabalho**. Disponível em: <http://www.anent.org.br/atribuicoes/index.htm> Acesso em: 29 set 2010.

ATLAS. **Segurança e Medicina do Trabalho**. 52a. ed. São Paulo: Equipe Atlas (Ed.). Editora Atlas S.A., 2003. 715p. (Manuais de legislação Atlas).

BAKKE, Hanne Alves; ARAÚJO, Nelma Mirian Chagas de. Acidentes de trabalho com profissionais de saúde de um hospital universitário. **Rev. Produção**. v. xx, n. x, p. xx-xx. 2009.

BALSAMO, Ana Cristina; FELLI, Vanda Elisa Andres. Estudo sobre os acidentes de trabalho com exposição aos líquidos corporais humanos em trabalhadores da saúde de um hospital universitário. **Revista Latino-am Enfermagem**. São Paulo, v.14, n. 3, p. 346-353, mai-jun. 2006.

BRANDI, Simone; BENATTI, Maria Cecília Cardoso; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa. Ocorrência de acidentes do trabalho por material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário da cidade de Campinas, estado de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 32, n. 2, p. 124-133, ago. 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Notificação de Acidentes de Trabalho Fatais, Graves e com Crianças e Adolescentes**. Saúde do Trabalhador. Protocolo de Complexidade Diferenciada – Brasília, DF: 2006.

_____, Ministério da Saúde; Ministério da Previdência Social; Ministério do Trabalho e Emprego. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Portaria Interministerial nº 800, Brasília, DF: 2004.

_____, Ministério da Saúde. **3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: 3ª CNST: “trabalhar, sim! adoecer, não!”**: coletânea de textos/ Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência Social. Brasília, DF: 2005^a.

_____, Ministério do Trabalho e Emprego. **Manual de Legislação, Saúde e Segurança Ocupacional**. Brasília, 2005^b. Disponível em: http://www.mte.gov.br/seg_sau/leg_default.asp Acesso em: 20 set 2010.

_____, Ministério da Saúde; Ministério da Previdência Social; Ministério do Trabalho e Emprego. Divisão de Saúde do Trabalhador. **2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**. Brasília, p. 255, 2001^a. Disponível em: <http://www.opas.org.br/bvs/trabalhador/coletanea_textos_econf.pdf> Acesso em: 29 out 2010.

_____, Ministério da Saúde. Representação no Brasil da OPAS/OMS. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Organizado por Elizabeth Costa Dias; colaboradores Idelberto Muniz Almeida et al. Brasília, DF: Ministério da Saúde do Brasil, 2001^b.

_____, Ministério do Trabalho. Portaria n 8, de 08 de maio de 1996- NR 07. **Altera Norma Regulamentadora NR-7- Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, v. 134, n. 91, p. 8202, 13 de mai. 1996.

CAVALCANTE, Cleonice Andréa Alves; ENDERS, Bertha Cruz; MENEZES, Rejane Maria Paiva de; MEDEIROS, Soraya Maria de. Riscos Ocupacionais do Trabalho em Enfermagem: uma análise contextual. **Rev. Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v.5, n.1, p. 88-97, jan-abr. 2006.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES EM SEGURIDADE SOCIAL (CNTSS). Disponível em <<http://www.cntsscut.org.br/download/conferencia/cnst1.pdf>> Acesso em: 29 out 2010.

COSTA, Fernanda Marques da; VIEIRA, Maria Aparecida; SENA, Roseni Rosângela de. Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. **Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn**. Brasília, vol. 62, n. 1, p. 38-44. 2009.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. 2. ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2007.

GIOMO, Denise Bergamaschi; FREITAS, Fabiana Cristina Toubert de; ALVES, Liliana Amorim; ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz. Acidentes de Trabalho, Riscos Ocupacionais e Absenteísmo entre Trabalhadores de Enfermagem Hospitalar. **Revista de Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 24-29, jan-mar. 2008.

GOMES, Ana Carolina; AGY, Livia Loureiro; MALAGUTI, Silmara Elaine; CANINI, Silvia Rita Marin da Silva; CRUZ, Elaine Drehmer de Almeida; GIR, Elucir. Acidentes Ocupacionais com Material Biológico e Equipe de Enfermagem de um Hospital-Escola. **Revista de Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 220-223, abr-jun. 2008.

GOMEZ, Carlos Minayo; COSTA, Sonia Maria da Fonseca Thedim. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v 13, (supl. 2), p. 21-32, 1997.

GOMEZ, Carlos Minayo; LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciências & Saúde Coletiva**. vol. 10, n. 4, p. 797-807, 2005.

GRAÇA, L.; **História da Saúde do Trabalhador**. 200. Disponível em: <<http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/historia>>. Acessado em 05 de Junho de 2010.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n.4, p. 757-766, abr. 2007.

MAENO, Maria; CARMO, José Carlos do. **Saúde do Trabalhador no SUS: aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro**. São Paulo, SP: Hucitec, 2005.

MARZIALE, M. H. P.; NISHIMURA, K. Y. N.; FERREIRA, M. M. Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material perfuro-cortante entre trabalhadores de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2004.

MARZIALE, Maria Helena Palucci et al. Atribuições e funções dos enfermeiros do trabalho no Brasil e nos Estados Unidos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 18, n.2, p. 182-188, mar-abr, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_07.pdf Acesso em: 29 out 2010.

MENDES, R. **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro, RJ: Atheneu, 1995.

MORAES, Márcia Vilma G. **Enfermagem do trabalho: programas, procedimentos e técnicas**. 3. Ed. São Paulo: Iátria, 2008.

NASCIMENTO, Maria Aparecida de Luca et al. Metodologia: Interpretando Autores. In FIGUEIREDO, Nêbia Maria Almeida (org). **Método e Metodologia na Pesquisa Científica**. 2 ed-rev. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2007.

NISHIDE, Vera Médice; BENATTI, Cecília Cardoso Maria. Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. **Rev. Ego Enferm USP**. v. 38, n. 4, p. 408-414, 2004.

OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de; MUROFUSE, Neide Tiemi. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 109-115, jan 2001.

PEREIRA, Guêdijany Henrique. **Acidentes de trabalho vivenciados pela equipe de enfermagem de um hospital público**. 2009. 50f. Monografia (Enfermagem) – Unidade de Ciências da Vida - Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2009.

REZENDE, M. P. **Agravos à saúde de auxiliares de enfermagem resultantes da exposição ocupacional aos riscos físicos**. 2003. Dissertação. Escola de Enfermagem da USP. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2003.

RIBEIRO, Emílio José Gonçalves; SHIMIZU, Helena Eri. Acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn**. Brasília, v. 60, n.5, p. 535-540, set-out, 2007.

SANTANA, Vilma Sousa. Saúde do Trabalhador no Brasil: pesquisa na pós-graduação. **Revista de Saúde Pública**. Salvador, BA, v. 40, (N Esp), p. 101-111, 2006.

SANTOS, A. R. dos. **Metodologia científica: a construção do conhecimento**. 3. ed. Rio de Janeiro, RJ: DP&A, 144p, 2000.

SARQUIS, Leila Maria Mansano; FELLI, Vanda Elisa Andrés. Os sentimentos vivenciados após exposição ocupacional entre trabalhadores de saúde: fulcro para repensar o trabalho em instituições de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn**. Brasília, v. 62, n. 5, p. 701-704, set-out, 2009.

SÊCCO, Aparecida de Oliveira; ROBAZZI, Maria Lucia do Carmo Cruz. Acidentes de trabalho na equipe de enfermagem de um hospital de ensino no Paraná - Brasil. **Revista Ciência e Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 65-78. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v13n2/art08.pdf> Acesso em: 12 nov 2010.

SILVA, E. L. da; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3. ed. Ver. atual. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

SILVA V. E. F. **O desgaste do trabalhador de enfermagem: Relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador**. 1996. Tese. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

SPEDO, Sandra Maria. **Saúde do trabalhador no Brasil: análise do modelo proposto para o Sistema Único de Saúde (SUS)**. 1998. Tese. em Saúde Coletiva da Faculdade Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP: 1998.

TAKEDA, Elisabete. **Riscos ocupacionais, acidentes do trabalho e morbidade entre motoristas de uma central de ambulância do estado de São Paulo**. 2002. 177f. Tese. linha de pesquisa: Saúde do Trabalhador. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP, 2002.

TOMAZIN, Cybelle Cristina; BENATTI, Maria Cecília Cardoso. Acidentes do trabalho por material perfurocortante em trabalhadores de enfermagem. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 60-73, jun. 2001. Disponível em <<http://www.seer.ufgs.br/index.php/revistagauchadeenfermagem/article/view/4376/2327>> Acesso em 12 nov 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Acidentes de Trabalho: um estudo quantitativo em um hospital do Sertão Paraibano.

Eu, **Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro**, Professor(a) da Universidade Federal de Campina Grande, portadora do RG: 1761693 declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em verificar seu desenvolvimento para que se possam cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Orientador

Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro

Orientando

Suelany Pereira Diniz

Cajazeiras - PB, 14 de Outubro de 2010

APÊNDICE B



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Eu **Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro**, Professor(a) da Universidade Federal de Campina Grande, Portador do RG: 1761693 e CPF: 885457844-49, responsabilizo-me pela orientação do(a) aluno(a) Suelany Pereira Diniz, do Curso de Graduação em Enfermagem cujo projeto de pesquisa intitula-se “**Acidentes de Trabalho: um estudo quantitativo em um hospital do Sertão Paraibano**” e comprometo-me a assegurar que sejam seguidos os preceitos éticos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo projeto de pesquisa, pelo fiel acompanhamento das atividades de pesquisa, pela entrega do relatório final ao Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba e pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro

Cajazeiras – PB, 14 de Outubro de 2010

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa intitulada “**ACIDENTES DE TRABALHO: um estudo quantitativo em um hospital do Sertão Paraibano**” está sendo desenvolvida por **Suelany Pereira Diniz**, aluno do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da Prof^ª Esp. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro. Objetiva-se com esta pesquisa: identificar os principais tipos de acidentes de trabalhos que acometem a equipe de enfermagem do Hospital Regional de Cajazeiras; verificar os tipos de EPI mais utilizados pela equipe de enfermagem; investigar o esquema vacinal dos profissionais de saúde; constatar se há educação em saúde sobre Segurança no Trabalho promovida pela instituição. Para viabilizar a investigação proposta, solicito sua permissão para participar desta pesquisa. Gostaria de deixar claro que sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, a senhor (a) não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador, podendo desistir a qualquer momento da pesquisa. Solicito também a sua anuência para disseminar o conhecimento produzido deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido no anonimato. O pesquisador estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa tive assegurados os meus direitos de obter resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa. Tive assegurado também o direito de retirar o meu consentimento a qualquer momento e suspender a autorização da coleta de dados, bem como, a não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade e meu anonimato. Os resultados da pesquisa só serão utilizados para fins científicos. Caso deseje, eu posso procurar esclarecimentos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sala 327, 3º andar, Prédio de Administração da Reitoria da UEPB, fone: (83) 3315- 3373 e com a professora orientadora Maria Berenice Gomes, através do telefone (83) 8630-7080.

Após obter as informações necessárias sobre o projeto de pesquisa, declaro estar ciente do conteúdo deste Termo e desejar participar do projeto/ou autorizar que seja realizada a coleta de dados. Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse termo.

Cajazeiras - PB, em _____ de _____ de 2010.

Assinatura do (a) Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

APÊNDICE D

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

I- DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS

- 1- Sexo: Masculino () Feminino ()
- 2- Idade ____ anos (completos)
- 3- Categoria Profissional:
Atendente () Auxiliar de Enfermagem ()
Técnico de Enfermagem () Enfermeiro ()
- 4- Há quanto tempo atua nessa profissão? _____

II- DADOS REFERENTES AO OBJETIVO DA PESQUISA

- 1- Já sofreu algum acidente de trabalho? () sim () não
- 2- Se sim, que tipo de acidente:
() Cortante - Tipo: _____ () Perfurante - Tipo: _____
() Fluido corpóreo () Agressão física
() Produto químico () Queda
() Mobiliário
- 3- Qual a localização da lesão por regiões do corpo:

- 4- Em que turno do dia ocorreu o acidente?
Manhã () Tarde () Noite () () não lembro
- 5- Este acidente foi notificado? Sim () Não ()
- 6- Foi necessário afastamento do serviço?
Sim () Número de dias: _____ Não ()
- 7- Foi colhido exame de sangue após o acidente?
Sim () Não ()
- 8- Você estava usando luvas no momento do acidente?
Sim () Não () () não lembro
- 9- Foi necessário sutura?
Sim () Não ()
- 10- Você usa Equipamentos de Proteção Individual (EPI)?
() Sempre () Depende do procedimento () Raramente () Não

11- Qual(is) o(s) EPI costuma usar?

EPI	Sempre	Depende do procedimento	Nunca
Luva			
Máscara			
Sapato fechado			
Jaleco			
Óculos			
Capote			

12- O seu esquema de vacinação está completo*?

Sim () Não ()

* Completo: 3 doses: Difteria e Tétano; Hepatite B

13- A instituição já promoveu alguma capacitação sobre segurança no trabalho?

Sim () Não ()

14- Como você classifica o seu ambiente de trabalho?

() seguro () perigoso () pouco risco



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB

PROJETO: CAAE 0447. 0.133. 000-10

PARECER

- APROVADO**
 NÃO APROVADO
 PENDENTE

TITULO: ACIDENTES DE TRABALHO: UM ESTUDO QUANTITATIVO EM UM HOSPITAL DO SERTÃO PÁRAIBANO.

PESQUISADOR: MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO PINHEIRO

DESCRIÇÃO: O PROJETO APRESENTA RELEVÂNCIA CIENTÍFICA E SOCIAL
Atende as exigências listadas no check-list do CEP/UEPB, mediante a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, somos de parecer favorável ao desenvolvimento da pesquisa pelo cumprimento das considerações éticas necessárias.

Campina Grande, 28/10/2010

Relator: 03

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA/
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUIS.
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Prof.ª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
COORDENAÇÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Ofício no. 135/2010 – Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem

Cajazeiras, 14 de Outubro de 2010.

DA: Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem
Prof. Doutor Francisco Fábio Marques da Silva

AO: Diretor do Hospital Regional de Cajazeiras – PB
Prof. Doutor Antônio Fernandes

Solicitamos a V. Sa. autorização para a aluna Suelany Pereira Diniz realizar pesquisa para elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado: **Acidentes de trabalho: um estudo quantitativo com a equipe de enfermagem de um hospital do sertão paraibano**, com a supervisão da Profa. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro.

Na certeza do pronto atendimento a este pleito, agradecemos a vossa atenção, e nos despedimos cordialmente com votos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,



Prof. Doutor Francisco Fábio Marques da Silva
Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem

Francisco Fábio M. da Silva
COORD. DO CURSO DE ENFERMAGEM
SIAPE: 1149343-7

Antônio Fernandes 15/10/2010
Dr. ANTONIO FERNANDES FILHO
DIRETOR GERAL
MAT. 164.387-8