UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM FUNDAMENTAL

IARA APARECIDA DE OLIVEIRA SECCO

ACIDENTES E CARGAS DE TRABALHO DOS
TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DE
UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO
NORTE DO PARANÁ

RIBEIRÃO PRETO
2006

IARA APARECIDA DE OLIVEIRA SECCO

**ACIDENTES E CARGAS DE TRABALHO DOS
TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DE
UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO
NORTE DO PARANÁ**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor, pelo Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

**LINHA DE PESQUISA:
SAÚDE DO TRABALHADOR**

**ORIENTADOR:
PROF^ª DR^ª: MARIA LÚCIA DO CARMO CRUZ ROBAZZI**

**RIBEIRÃO PRETO
2006**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

**CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO ELABORADA PELA DIVISÃO DE PROCESSOS TÉCNICOS DA
BIBLIOTECA CENTRAL DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

S444a Secco, Iara Aparecida de Oliveira.

Acidentes e cargas de trabalho dos trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do norte do Paraná / Iara Aparecida de Oliveira Secco. – Ribeirão Preto, 2006. 291f.

Orientador : Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi.
Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2006.
Bibliografia : f. 247-264.

1. Enfermagem – Teses. 2. Enfermagem do trabalho – Teses.
3. Riscos ocupacionais – Teses. 4. Carga de trabalho – Teses.
I. Robazzi, Maria Lúcia do Carmo Cruz. II. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. III. Título.

CDU 616-083:614.8

FOLHA DE APROVAÇÃO

IARA APARECIDA DE OLIVEIRA SECCO

**ACIDENTES E CARGAS DE TRABALHO DOS
TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DO NORTE DO PARANÁ**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor, pelo Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

**LINHA DE PESQUISA:
SAÚDE DO TRABALHADOR**

APROVADO EM: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

PROF(a). DR(a). _____

INSTITUIÇÃO: _____ ASSINATURA: _____

PROF(a). DR(a). _____

INSTITUIÇÃO: _____ ASSINATURA: _____

PROF(a). DR(a). _____

INSTITUIÇÃO: _____ ASSINATURA: _____

PROF(a). DR(a). _____

INSTITUIÇÃO: _____ ASSINATURA: _____

PROF(a). DR(a). _____

INSTITUIÇÃO: _____ ASSINATURA: _____

Dedicatória

Aos meus pais Izidoro e Maria,
e aos meus irmãos,
Eduardo Augusto e Ieda Maria,
por terem participado, sempre,
de todas as etapas da minha vida.

Ao Ney Humberto, meu marido,
Ao Ney Rafael e Vítor Amâncio, filhos queridos.
Amores.

Agradecimentos

À Professora Dra. Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi,
pela orientação dedicada e competente a esta pesquisa,
sobretudo por ter acreditado no projeto desde o seu início,
sempre empenhada na construção de novas perspectivas
para a saúde dos trabalhadores de enfermagem.

Às Professoras Dra. Márcia Maria Fontão Zago,
Dra. Silvia Helena de Bortoli Cassiani,
Dra. Maria Yvone Chaves Mauro
e ao Professor Dr. Paulo Roberto Gutierrez,
integrantes da Banca Examinadora,
que muito contribuíram para a realização deste estudo,
por meio de suas valorosas contribuições.

À todos os integrantes da
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,
pelo acolhimento, atenção e profissionalismo demonstrados
durante a realização deste grande sonho.

À Direção do
Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná,
pelo apoio incondicional em todas os momentos.

Às Diretoras de Enfermagem
Enfa. Mariângela Zuan Benedetti Chenso,
Enfa. Cleuza Catsue Takeda Kuwabara e
Enfa. Maria do Carmo Lourenço Haddad,
que estiveram na gerência da equipe de
enfermagem no período da realização do estudo
e aos Enfermeiros da Instituição,
pelo trabalho sempre comprometido com a atenção
à saúde dos trabalhadores de enfermagem.

Às Enfermeiras participantes diretamente do estudo,
pelo empenho e dedicação demonstrados,
cuja atuação foi fundamental para a sua realização.

À Universidade Norte do Paraná,
pela apoio efetivo à pesquisa, com especial atenção à
Professora Enfa. Gladys Hebe Turrisi Gonçalves,
Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem.

Às minhas alunas do Programa de Iniciação Científica,
Adriana Maria Rech Leroux, Marcia Maria da Silva Rubio
e Denise Shimizu,
pelo auxílio em diversas fases do estudo.

Às amigas Édna Picelli, Magali Godoy Pereira Cardoso,
Eleine Penha Martins Nonino, Marina Natsuko Nishiyama,
Meiri Simões Tuca, Marina Viana Fernandes, Maria Tristão Parra,
Maria Helena Dantas de Menezes Guariente,
pela atenção e amizade de todos os dias.

À presença silenciosa das famílias Oliveira e Sêcco,
que compreenderam o valor desta escolha.

Aos trabalhadores de enfermagem do Hospital,
centro da atenção desta investigação, cuja preservação
e promoção à saúde representam um grande desafio.

Ainda,
os meus agradecimentos a todos aqueles que contribuíram,
direta ou indiretamente, para a realização deste estudo.

RESUMO

SECCO, Iara Aparecida de Oliveira. **Acidentes e cargas de trabalho dos trabalhadores de enfermagem de um Hospital Universitário do Norte do Paraná**. 291p. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, 2006.

O processo de trabalho da enfermagem hospitalar, quando inadequado ao trabalhador que atua nessas instituições, pode trazer danos à sua integridade física e mental, por propiciar a ocorrência de acidentes de trabalho típicos (ATTs) e/ou desgastes de variadas naturezas a esse grupo, com repercussões pessoais, sociais e econômicas de expressiva monta. A presente pesquisa foi realizada em um Hospital Universitário da região Norte do Paraná (HU), por meio de abordagem quantitativa e qualitativa, desenvolvida em duas fases. A primeira, sob o referencial teórico da epidemiologia descritiva, objetivou analisar o perfil epidemiológico dos registros de ATTs notificados pela equipe, elaborar o relatório das ocorrências, estimar indicadores de risco e identificar as 5 Divisões de Enfermagem que apresentaram os seus maiores índices. A coleta de dados deu-se por meio das Comunicações de Acidentes de Trabalho e das Notificações de Acidentes de Trabalho com Material Biológico, realizadas no período entre 1997 e 2002. Para a análise e discussão dos resultados foi preparado banco de dados com a utilização do Programa Epi-Info versão 6.04 C e a Planilha Eletrônica Excel. A segunda fase, com abordagem metodológica da hermenêutica dialética, fundamentada no referencial teórico do materialismo histórico, constou de entrevistas semi-estruturadas das 5 enfermeiras Chefes de Enfermagem das Divisões que mostraram maiores indicadores de risco, da Enfermeira da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e da Diretora de Enfermagem, com o objetivo de descrever as contribuições que o Relatório dos ATTs trouxe para o serviço, identificar as cargas de trabalho presentes nos processos de trabalho, analisar a relação entre essas cargas e as ocorrências de acidentes, e por fim, descrever medidas preventivas institucionais passíveis de implementação. Para a análise e discussão desses resultados foi utilizado o Programa Informatizado *The Ethnograph v. 5.0*. Como produto da análise dos dados qualitativos foram eleitas, como categoria analítica “ATTs e o processo de trabalho de enfermagem hospitalar” e, como categoria empírica, “ATTs e as cargas de trabalho de enfermagem”. Os resultados evidenciaram que o processo de trabalho no Hospital está organizado para atender a demanda dos usuários do Sistema Único de Saúde, atendimento esse realizado na lógica do modelo clínico, individual, curativo. Foram notificados 392 acidentes no período, sendo 89% (349) os ATTs, cujo coeficiente de risco médio anual (CRMA) estimado foi de 9,2 acidentes para cada 100 trabalhadores. Os mais acometidos foram os técnicos/auxiliares de enfermagem, com 93,9% (328) dos casos e CRMA de 10,4. Os acidentes que envolveram exposição aos materiais biológicos foram os mais presentes, com 64,2% (224) das ocorrências, mostrando o CRMA igual a 5,9; que atingiram, principalmente, as mãos dos trabalhadores no manuseio de perfurocortantes. As Divisões de Enfermagem que apresentaram os maiores indicadores de risco, em ordem decrescente, foram: Pronto Socorro, Centro Cirúrgico, Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Divisão de Internamento e Divisão Materno-infantil. Verificou-se que o processo de trabalho de enfermagem mostrou-se dividido entre o manual, realizado majoritariamente pelos profissionais de nível médio, e o gerencial, realizado pelos enfermeiros, que estão, gradativamente, assumindo as atividades da assistência direta, especialmente nas unidades de atendimento ao paciente criticamente enfermo. As cargas de trabalho biológicas foram as que representaram os mais relevantes riscos conforme o ponto de vista da gerência, situação confirmada também nos indicadores de risco. As cargas mecânicas têm sido, aparentemente, potencializadas, dado o desgaste e o envelhecimento dos trabalhadores, chegando a impossibilitar parte do grupo de continuar na atividade laboral plena. As cargas químicas e físicas, pouco se levaram em conta, possivelmente em razão de pouco se conhecer o grupo dos trabalhadores. As cargas fisiológicas mostraram estar relacionadas à dupla jornada de trabalho, formal ou informal, às horas-extras e ao pouco tempo para o sono e o lazer. As psíquicas mostraram especial relevância, uma vez que se apresentam de maneira insidiosa, expressando a penosidade do trabalho na vida do trabalhador; ainda, a história de vida, as dificuldades socioeconômicas pelas quais tem passado um contingente expressivo dos trabalhadores terminam por potencializá-las. O número insuficiente de pessoal, o elevado índice de absenteísmo não previsto, as contingências históricas e sociais vivenciadas na instituição pública fazem com que a realidade dos acidentes fique relegada a um segundo plano, dada a emergência de outras situações existentes no cotidiano. A instituição de espaços de discussão sobre a realidade do trabalho de enfermagem, a maior participação dos trabalhadores nas entidades de classe, as ações educativas amplamente desenvolvidas no Hospital, a implementação do trabalho desenvolvido pelo Setor de Medicina Ocupacional são algumas das medidas preventivas que podem contribuir expressivamente para a melhora das condições de vida e trabalho dessa população, que, se por um lado cuida da saúde dos outros, necessita por outro que a sua própria seja igualmente cuidada.

PALAVRAS-CHAVE: Acidentes de trabalho. Riscos ocupacionais. Carga de trabalho. Enfermagem.

ABSTRACT

SÊCCO, Iara Aparecida de Oliveira. **Job-related accidents and workload of nursing professionals in a University Hospital of Northern Paraná.** 291p. Thesis (Doctorate Program in Fundamental Nursing) – University of São Paulo – Nursing School of Ribeirão Preto, 2006.

The work of hospital nursing, whenever inadequate to the workers in this type of labor setting, may be harmful to the mental and physical integrity of workers as it is likely to cause typical accidents and/or damages of several types with highly personal, social and economical impact. This qualitative and quantitative research was carried out in a university hospital of northern Paraná in two phases. Under the theoretical referential of the descriptive epidemiology, the first phase was meant to analyze the epidemiological profile of job-related accidents as notified by the team, to have a report of events, to estimate risk indicators, and to identify the five Divisions of Nursing with the highest risk indices. The data collection was made from the Communications of Job-related Accidents and Notifications of Job-related Accidents as caused by Biological Material in the period between the years 1997 and 2002. The analysis and the discussion of results were based on the data bank using the Epi-Info version 6.04 C program and the Excel Electronic Plan. The second phase of the research, with a dialectic hermeneutic approach and a historical materialism theoretical reference, comprehended semi-structured interviews with 5 Head Nurses from the Nursing Divisions with the highest risk indices, with a nurse from the Committee of Hospital Infection Control and with the Director of the Nursing Division, in order to identify their workload, to analyze the relationship between the workloads and the rate of accidents, and to describe the institutional preventive measures that were likely to be adopted. The computerized *Ethnograph v. 5.0* program was used for the analysis and the discussion of these results. As a product of the qualitative data analysis the “job-related accidents and the hospital nursing work” were considered as analytical categories and the “job-related accidents and the nursing workload”, as empirical categories. The results evidenced that the work in the Hospital is organized in a way to meet the demands of patients from the Brazilian Unified Health System following a clinical, individual, and curative model. There were notifications of 392 accidents in the period under analysis, 89% (349) with average annual risk rate of 9.2 accidents for every 100 workers. Nursing assistants accounted for 93.9% (328) of the cases with 10.4 of risk rate. Most frequent accidents were related to exposition to biological material, 64.2% (224) and 5.9 risk rate, and involving the workers' hands due to the use of perforating and cutting objects. In a decreasing rate, the Nursing Divisions with the highest indices of risk were: Emergency Ward, Surgery Theater, Adult Intensive Care Unit, Hospitalization Division and Maternity and Child Division. It was verified that the nursing work was divided between the manual work, most of it carried out by average level professionals, and the managerial work, performed by those nurses who are gradually taking over the duties of direct assistance, especially in the units for critically ill patients. The biological workloads presented the highest rate of relevant risks from the perspective of management and confirmed by their indices of risk. The mechanical workloads have been apparently potentialized due to workers' aging and tiredness; a fact that has prevented some of them from keeping their full labor schedule. The chemical and physical loads have not been taken into account; maybe because the group knows very little about them. It was evidenced that the physiological loads related to the double shifts of work, either formal or informal, the overtime hours and the short periods of time to sleep and have some leisure. The psychic loads were seen as of special relevance as they are presented in an insidious way, expressing the hardships of the work, the worker's history of life, and the social and economical difficulties a great number of them have experienced; thus these are also potentialized by the workers. The insufficient number of personnel, the high rate of unexpected absenteeism, and the historical and social contingencies experienced in the public entity turn this job-related accident context into a not-so-important consideration in face of other existent daily situations. The organization of moments when debates about the nursing work context may take place, a larger participation of the workers in their representative unions, the educational actions developed in the Hospital, and the implementation of the work carried out in the Sector of Occupational Medicine should be some of the preventive measures that could largely contribute for the improvement of the life and work conditions of this group who takes care of other people's health and at the same time needs to have their own health taken care of.

KEY-WORDS: Job-related accidents. Occupational risks. Workload. Nursing.

RESUMEN

SÊCCO, Iara Aparecida de Oliveira. **Accidentes y cargas de trabajo de los trabajadores de la enfermería de un Hospital Universitario del Norte de Paraná.** 291p. Tesis (Doctorado en Enfermería Fundamental) – Escuela de enfermería de Ribeirão Preto – Universidad de São Paulo, 2006.

El proceso de trabajo de la enfermería hospitalaria, cuando no está adecuado a los trabajadores que actúan en esa área, acarrea daños a la integridad física y mental de los que en ella actúan, por propiciar el acontecimiento de accidentes de trabajo típicos (ATTs) y/o desgastes de diferente naturaleza, con repercusiones personales, sociales y económicas de importancia significativa. La presente investigación fue realizada en un Hospital Universitario de la región Norte del Paraná (HU), a través de un abordaje cuantitativo y cualitativo, desarrollado en dos fases. La primera, bajo el referencial teórico de la epidemiología descriptiva, tuvo como objetivo analizar el perfil epidemiológico de los registros de ATTs notificados por el equipo; elaborar el informe de los acontecimientos, estimar indicadores de riesgo, e identificar las 5 Divisiones de la Enfermería que presentaron sus índices más altos. La recolección de datos fue realizada a través de las Comunicaciones de Accidentes de Trabajo y de las Notificaciones de Accidentes de Trabajo con Material Biológico, realizadas en el período entre 1997 y 2002. Para el análisis y la discusión de los resultados fue preparado un banco de datos con la utilización del Programa Epi-Info versión 6.04 C y la Planilla Eletrónica Excel segunda fase, con abordaje metodológico de la hermenéutica dialéctica, fundamentado en el referencial teórico del materialismo histórico y constó de entrevistas semi-estructuradas hechas a las 5 enfermeras Jefas de Enfermería de las Divisiones que mostraron mayores indicadores de riesgo, a la Enfermera de la Comisión de Control de Infección Hospitalaria y a la Directora de Enfermería, con el objetivo de describir las contribuciones que el Informe de los ATTs trajo para el servicio; identificar las cargas de trabajo presentes en los procesos de trabajo; analizar la relación entre esas cargas y los acontecimientos de los accidentes, y por fin, describir medidas preventivas institucionales plausibles de ser implementadas. Para el análisis y la discusión de estos resultados fue utilizado el Programa Informatizado *The Ethnograph v. 5.0*. Como producto del análisis de los datos cualitativos fue elegida, como categoría analítica, "ATTs y el proceso de trabajo de enfermería hospitalaria" y, como categoría empírica, "ATTs y las cargas de trabajo de enfermería". Los resultados pusieron en evidencia que el proceso de trabajo en el Hospital está organizado para atender la demanda de los usuarios del Sistema Único de Salud, atendimento éste realizado según la lógica del modelo clínico, individual y curativo. Fueron notificados 392 accidentes en ese período, siendo el 89% (349) los ATTs, cuyo coeficiente de riesgo medio anual (CRMA) estimado fue de 9,2 accidentes para cada 100 trabajadores. Las víctimas principales fueron los técnicos/auxiliares de enfermería, con el 93,9% (328) de los casos y CRMA de 10,4. Los accidentes que envolvieron exposición a materiales biológicos fueron los que más sobresalieron, con el 64,2% (224) de los casos, mostrando el CRMA igual a 5,9 los cuales afectaron, principalmente, las manos de los trabajadores durante el manejo de perfuro-cortantes. Las Divisiones de Enfermería que presentaron los mayores indicadores de riesgo, en orden decreciente, fueron: Emergencia, Centro Quirúrgico, Unidad de Terapia Intensiva Adulto, División de Internación y División Materno-Infantil. Se verificó que el proceso de trabajo de la enfermería estaba dividido entre el manual, realizado en su mayoría por los profesionales de nivel medio, y el gerencial, realizado por los enfermeros, que iban, gradualmente, asumiendo las actividades de asistencia directa, especialmente en las unidades de atención al paciente gravemente enfermo. Las cargas de trabajo biológicas fueron las más representativas de los riesgos relevantes desde el punto de vista de la gerencia, situación confirmada también por los indicadores de riesgo. Las cargas mecánicas habían sido, aparentemente, potencializadas, dado el desgaste y el envejecimiento de los trabajadores, llegando a imposibilitar que parte del grupo continuara en la actividad laboral plena. Las cargas químicas y físicas apenas fueron tomadas en cuenta, probablemente debido a la falta de conocimiento por parte del grupo de trabajadores. Las cargas fisiológicas demostraron estar relacionadas a la doble jornada de trabajo (formal o informal); a las horas extras y al poco tiempo dedicado al sueño y al esparcimiento. Las psíquicas mostraron especial relevancia, ya que se presentaban de manera insidiosa, expresando la tristeza de la labor en la vida del trabajador: su historia de vida y las dificultades socio-económicas por las cuales pasaba una buena parte del grupo de los trabajadores, acabaron por potencializarlas. La falta de personal, el elevado índice de ausentismo no previsto, los problemas históricos y sociales vivenciados en la institución pública, hacen que la realidad de los accidentes quede relegada a un segundo plano, dado el estado de emergencia de otras situaciones existentes en el día a día. La creación de espacios de discusión sobre la realidad del trabajo de enfermería, una mayor participación de los trabajadores en las entidades de clase, acciones educativas desarrolladas en el Hospital, implementación de un trabajo desarrollado por el Sector de Medicina Ocupacional son algunas de las medidas preventivas que pueden contribuir en gran manera para la mejoría de las condiciones de vida y de trabajo de esas personas, que, si por un lado cuidan de la salud de los demás, por el otro necesitan que su condición laboral sea igualmente tenida en cuenta.

PALABRAS-CLAVE: Accidentes de trabajo. Riesgos ocupacionales. Carga de trabajo. Enfermería.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA	3.1 Apresentação esquemática do processo de produção segundo o referencial teórico do materialismo histórico apresentado por Laurell	41
FIGURA	4.1 Foto aérea do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná. Londrina, 2002	89
FIGURA	4.2 Distribuição esquemática do número médio de trabalhadores de enfermagem da DE, número médio de trabalhadores da DE e número médio de trabalhadores do HU, de 1997 a 2002. Londrina, 2004	92
FIGURA	4.3 Caminho metodológico da pesquisa	110
FIGURA	5.1 Distribuição do CR anual das notificações de ATs ocorridos com os trabalhadores do HU, de 1997 a 2002. Londrina, 2004	114
FIGURA	5.2 Distribuição do CR e RR anual das notificações de ATs ocorridos entre os trabalhadores de enfermagem e os demais trabalhadores do HU, de 1997 a 2002. Londrina, 2004	116
FIGURA	5.3 Distribuição do CR anual das notificações de ATTs com os trabalhadores de enfermagem do HU, segundo o tipo, de 1997 a 2002. Londrina, 2004	120
FIGURA	5.4 Distribuição do CR anual das notificações de ATTs com a equipe de enfermagem do HU, segundo a função, de 1997 a 2002. Londrina, 2006	122
FIGURA	5.5 Distribuição do CR anual das notificações dos ATTs com os trabalhadores de enfermagem do HU, segundo a sua natureza, de 1997 a 2002. Londrina, 2004	125
FIGURA	5.6 Distribuição das notificações de ATTs com os trabalhadores de enfermagem do HU, segundo a área do corpo atingida no acidente, de 1997 a 2002. Londrina, 2004	131
FIGURA	5.7 Distribuição das notificações dos ATTs (n=332) com trabalhadores de enfermagem do HU, segundo a hora da ocorrência do acidente, de 1997 a 2002. Londrina, 2004	136

FIGURA	5.8 Distribuição das notificações dos ATTs (n= 315) com a equipe de enfermagem do HU, segundo o turno de trabalho (matutino, vespertino e noturno dividido em duas partes – as primeira e as últimas 6 horas). Londrina, 2004	137
FIGURA	5.9 Distribuição das notificações dos ATTs (n = 315) com os trabalhadores de enfermagem do HU, segundo o número de horas trabalhadas até a ocorrência do acidente, de 1997 a 2002. Londrina, 2004	138

LISTA DE QUADROS

QUADRO	6.1	Distribuição do CR de ATMBs ou ATs por perfurocortantes contaminados ou ATs na totalidade, em estudos de ATs ocorridos com os trabalhadores de enfermagem	180
QUADRO	6.2	Distribuição das taxas de subnotificação em estudos de ATs ocorridos com trabalhadores de enfermagem/saúde	181
QUADRO	6.3	Distribuição dos CRs de ATMBs ou ATs com perfurocortantes contaminados em estudos de ATs ocorridos com os trabalhadores de enfermagem, por categoria profissional	190
QUADRO	6.4	Distribuição das taxas de abandono de quimioprofilaxia pós-exposição a materiais biológicos, em estudos brasileiros, de 2001 a 2005	194
QUADRO	6.5	Distribuição dos estudos sobre ATs com os trabalhadores de enfermagem com as respectivas taxas de acometimento das mãos	197
QUADRO	6.6	Distribuição de estudos sobre ATs com os trabalhadores de enfermagem com as taxas de ATMBs por contato direto com o corpo do trabalhador, ATs com lesões perfurantes ou cortantes e ATs com acometimento osteomuscular	201
QUADRO	6.7	Distribuição dos dois Setores de Trabalho com maiores CRs apresentados em estudos sobre ATs com trabalhadores de enfermagem	213
QUADRO	6.8	Distribuição dos postos de trabalho de enfermagem, ocupados por função, e horas de enfermagem disponíveis em Unidades de Internação do HU	225

LISTA DE TABELAS

TABELA	3.1	Distribuição dos trabalhadores de enfermagem no Brasil, ano a ano, por categoria profissional. Londrina, 2005	57
TABELA	4.1	Distribuição do número de trabalhadores de enfermagem e de áreas de apoio da DE do HU, de 1997 a 2002. Londrina, 2004	93
TABELA	4.2	Distribuição do número de trabalhadores de enfermagem, por Divisão e por Setor de trabalho da DE, de 1997 a 2002. Londrina, 2004	94
TABELA	4.3	Perfil sócio-demográfico dos trabalhadores de enfermagem do HU, referente ao ano de 2002. Londrina, 2004	96
TABELA	5.1	Distribuição anual do número de trabalhadores do HU, notificações de ATs e CR respectivo, de 1997 a 2002. Londrina, 2004	113
TABELA	5.2	Distribuição das notificações de ATs com os trabalhadores de enfermagem e com os demais trabalhadores do HU, de 1997 a 2002. Londrina, 2004	115
TABELA	5.3	Distribuição das notificações de ATs com os trabalhadores de enfermagem do HU, segundo o tipo, de 1997 a 2002. Londrina, 2004	118
TABELA	5.4	Distribuição das notificações de ATTs com trabalhadores de enfermagem do HU, segundo a função, de 1997 a 2002. Londrina, 2004	121
TABELA	5.5	Distribuição das notificações de ATTs com trabalhadores de enfermagem do HU, segundo a natureza do acidente, de 1997 a 2002. Londrina, 2004	124
TABELA	5.6	Distribuição das notificações de ATTs com trabalhadores de enfermagem do HU, segundo o tipo de notificação realizada após a implantação do PATMB, de 1999 a 2002. Londrina, 2004.....	127
TABELA	5.7	Distribuição das notificações de ATTs com os trabalhadores de enfermagem do HU, segundo a parte do corpo atingida, de 1997 a 2002. Londrina, 2004	129
TABELA	5.8	Distribuição das notificações de ATTs com trabalhadores de enfermagem do HU, segundo a natureza da lesão, de 1997 a 2002. Londrina, 2004	132
TABELA	5.9	Distribuição das notificações de ATTs com trabalhadores de enfermagem do HU, segundo a atividade desenvolvida no momento do acidente, 1997 a 2002. Londrina, 2004	134

TABELA 5.10	Distribuição das notificações dos ATTs com os trabalhadores de enfermagem do HU, segundo a Divisão e Setor de Trabalho, de 1997 a 2002. Londrina, 2004	139
TABELA 5.11	Perfil sócio-demográfico das Informantes-chave participantes da pesquisa. Londrina, 2004	143
TABELA 6.1	Distribuição dos registros de ATs do MPS, com acometimento da mão do trabalhador ou de outras partes do corpo, de 2002 a 2004	198
TABELA 6.2	Distribuição dos postos de trabalho existentes em comparação à quantidade de postos de trabalho necessários ao HU, e percentuais por função	224
TABELA 6.3	Distribuição do absenteísmo previsto e não previsto apresentado pelos trabalhadores de enfermagem do HU. Londrina, 1999 – 2002	228

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AHC - Enf.	Ambulatório Hospital de Clínicas – Enfermagem
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AT	Acidente de Trabalho
ATEND. ENF.	Atendente de enfermagem
ATT	Acidente de Trabalho Típico
ATMB	Acidente de Trabalho com Material Biológico
AUX. ENF.	Auxiliar de Enfermagem
Aux. Ser. Gerais	Auxiliar de Serviços Gerais
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CC	Centro Cirúrgico
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CDC	Centers for Disease Control and Prevention, EUA
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CM	Centro de Material
CR	Coeficiente de Risco
CRMA	Coeficiente de Risco Médio Anual
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
Curso Téc. Enf.	Curso Técnico de Enfermagem
DE	Diretoria de Enfermagem
DEP	Divisão de Educação e Pesquisa
DMHST	Divisão de Medicina, Higiene e Segurança no Trabalho
DMMH	Central de Distribuição de Material Médico-hospitalar
DRH	Divisão de Recursos Humanos do HURNP
EAS	Estabelecimento de Assistência à Saúde
Enf.	Enfermagem
EPI	Equipamento de Proteção Individual
HE	Hospital de Ensino
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
HURNP	Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social

LER/DORT	lesões por esforços repetitivos/ distúrbios osteomusculares relacionados ao Trabalho
MI	Unidade de Moléstias Infecciosas
Moléstias Inf.	Unidade de Moléstias Infecciosas
MS	Ministério da Saúde
MPS	Ministério da Previdência Social
n	Número
NATMB	Notificação de Acidente de Trabalho com Material Biológico
Nº Médio de Trab.	Número Médio de Trabalhadores
Nº. Trab.	Número de Trabalhadores
OMS	Organização Mundial da Saúde
OIT	Organização Internacional do trabalho
PATMB	Programa de Acidentes de Trabalho com Material Biológico da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
PP	Precauções Padrão
PS	Pronto Socorro
PU	Precauções Universais
RR	Razão de Risco
RRMA	Razão de Risco Médio Anual
SESMT	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
SAT	Seguro de Acidentes de Trabalho
SR	Sem Referência
SUS	Sistema Único de Saúde
Trab.	Trabalhadores
Trat. Dialítico	Unidade de Tratamento Dialítico
UCI Neonatal	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal
UEL	Universidade Estadual de Londrina
U. Feminina	Unidade Feminina
U. Masculina	Unidade Masculina
UTI	Unidade(s) de Terapia Intensiva Adulto
UTI Neonatal	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UTI Pediátrica	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 OBJETIVOS	25
2.1 GERAL	26
2.2 ESPECÍFICOS	26
3 REFERENCIAL TEÓRICO	27
3.1 A EPIDEMIOLOGIA CLÁSSICA E A EPIDEMIOLOGIA SOCIAL	28
3.2 A SAÚDE DO TRABALHADOR E O MATERIALISMO HISTÓRICO	34
3.2.1 A “SAÚDE DO TRABALHADOR” NO BRASIL	42
3.3 O TRABALHO E PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM HOSPITALAR	48
3.4 ACIDENTES DE TRABALHO (ATs) E A EQUIPE DE ENFERMAGEM	64
4 MATERIAL E MÉTODOS	86
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	87
4.2 CAMPO DO ESTUDO	89
4.3 FASE 1 — ESTUDO DOS REGISTROS DOS ACIDENTES	98
4.3.1 POPULAÇÃO ESTUDADA	99
4.3.2 INSTRUMENTOS, COLETA DE DADOS E PRODUÇÃO DOS RELATÓRIOS DE ATTs	99
4.3.3 ANÁLISE DOS RESULTADOS	101
4.4 FASE 2 — ESTUDO DOS DEPOIMENTOS	102
4.4.1 POPULAÇÃO ESTUDADA	103
4.4.2 INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS — REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS	104
4.4.3 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	106
4.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS NA PESQUISA	109

5 RESULTADOS	111
5.1 RESULTADOS — FASE 1: ESTUDO DOS REGISTROS DOS ACIDENTES	112
5.1.1 CARACTERIZAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE ACIDENTES DE TRABALHO (ATs) DOS TRABALHADORES DO HU E DAS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO GERAL, DE 1997 A 2002	112
5.1.2 CARACTERIZAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE ATs DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO HU	117
5.1.3 CARACTERIZAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE ATTs DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO HU, SEGUNDO A FUNÇÃO	120
5.1.4 CARACTERIZAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE ATTs DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO HU, SEGUNDO A NATUREZA DO ACIDENTE	123
5.1.5 CARACTERIZAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE ATTs NA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO HU, SEGUNDO A PARTE DO CORPO ATINGIDA	128
5.1.6 CARACTERIZAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE ATTs DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO HU, SEGUNDO NATUREZA DA LESÃO	131
5.1.7 CARACTERIZAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE ATTs DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO HU, SEGUNDO A ATIVIDADE DESENVOLVIDA NO MOMENTO DO ACIDENTE	133
5.1.8 CARACTERIZAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE ATTs DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO HU, SEGUNDO A HORA DA OCORRÊNCIA E O NÚMERO DE HORAS TRABALHADAS ATÉ O MOMENTO DO ACIDENTE	135
5.1.9 CARACTERIZAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE ATTs DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO HU, SEGUNDO A DIVISÃO, SETOR DE TRABALHO OU SETOR DE APOIO DE ENFERMAGEM	138
5.2 RESULTADOS — FASE 2: ESTUDO DOS DEPOIMENTOS	141
5.2.1 ATTs E O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM HOSPITALAR	141
5.2.2 ATTs E AS CARGAS DE TRABALHO DE ENFERMAGEM	149
6 DISCUSSÃO	174
6.1 DISCUSSÃO — FASE 1: ESTUDO DOS REGISTROS DOS ACIDENTES	175
6.2 DISCUSSÃO — FASE 2: ESTUDO DOS DEPOIMENTOS	214
7 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	236

REFERÊNCIAS	247
--------------------------	------------

APÊNDICES

APÊNDICE A — MÁSCARA DO PROGRAMA EPI-INFO VERSÃO 6.04 C	266
APÊNDICE B — RELATÓRIO DE ACIDENTES DE TRABALHO TÍPICOS (ATT) DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DA DIRETORIA DE ENFERMAGEM DO HU — 1997 A 2002	268
APÊNDICE C — ROTEIRO DE ENTREVISTA DAS CHEFES DE DIVISÃO DE ENFERMAGEM	278
APÊNDICE D — TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	280

ANEXOS

ANEXO A — PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ, DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA	282
ANEXO B — COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO	284
ANEXO C — NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO, COM MATERIAL BIOLÓGICO	287
ANEXO D — ATRIBUIÇÕES DAS CHEFIAS DE ENFERMAGEM DA DIRETORIA DE ENFERMAGEM DO HU PARTICIPANTES DA PESQUISA	288

1 Introdução

Os acidentes de trabalho (ATs) que vitimam o pessoal da equipe de enfermagem têm sido objeto de estudo de muitos pesquisadores, dada a relevância do tema, e pelas repercussões pessoais, sociais e econômicas que esses eventos trazem para os trabalhadores, assim como pelos desdobramentos importantes que representam para as instituições nas quais eles atuam.

O presente estudo nasceu da prática do trabalho de enfermagem da autora nas áreas hospitalar, de assistência primária à saúde e da docência em enfermagem, nas quais teve a oportunidade de atuar.

Ao iniciar a referida carreira profissional, não tinha a exata noção do que era *ser enfermeira*, atividade para a qual, de maneira tão sábia e dedicada, havia sido formada pelos professores da graduação.

Deparou-se, logo nos primeiros meses de atuação, com o trabalho noturno em unidades de internação hospitalar médico-cirúrgicas, e em seguida em unidades de maior complexidade.

Aos poucos foi entendendo o que era essa especial profissão, que exigia muito mais do que aptidão, exigia compromisso social e político com o paciente, com a equipe, com a Instituição, com as Escolas de Enfermagem e de áreas afins, que tinham aquele Hospital como campo de prática. Entendeu, também, que a referida profissão demandava expressivo empenho na atualização técnico-científica.

Numa etapa seguinte, passou a atuar em um hospital pequeno, com menos de 30 leitos, e em uma unidade básica de saúde de uma cidade do interior do Estado, onde pode aprofundar-se na compreensão do processo saúde-doença das comunidades mais carentes e a conhecer suas casas, suas famílias, seus problemas de saúde, sua vida, junto a um grupo de nove agentes comunitários de saúde.

Retornou à cidade de origem após alguns anos e, rapidamente, viu-se inserida no Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná (HU), bem como envolvida na docência na graduação em enfermagem.

O volume expressivo de atendimentos nas diversas áreas de atenção à saúde e o movimento de funcionários da enfermagem e de toda a equipe de saúde, de grande contingente de alunos e, sobretudo, dos usuários e familiares, tornavam as atividades bastante dinâmicas.

A autora percebia, nesse contexto, a ocorrência de ATs entre os profissionais de enfermagem e, mais especificamente, de acidentes de trabalho envolvendo materiais biológicos (ATMB).

Nesse período, iniciaram-se as discussões sobre biossegurança e os ATMBs passaram a preocupar sobremaneira o pessoal da área da saúde, em especial o pessoal de enfermagem.

O sofrimento dos acidentados, que eram atendidos na unidade em que trabalhava, chamou-lhe a atenção, uma vez que os trabalhadores mostravam-se, muitas vezes, apavorados com a possibilidade de se terem contaminado no acidente que o atingiu na ocorrência.

Ali surgiu o seu interesse pela área de Saúde do Trabalhador.

Afinal, que profissão é essa que cuida dos outros, mas que sofre tamanho desgaste? De quem é a culpa pelo acidente? O que fazer para minimizar o envelhecimento, a hipertensão arterial, os inúmeros problemas osteomusculares apresentados, as agressões sofridas de usuários mais exaltados naquela unidade de emergência?

Entretanto, quando buscou dados estatísticos a respeito dos acidentes formalmente notificados no próprio HU, ela verificou a ausência de sistematização das informações, requisito fundamental para conhecer a dimensão quantitativa dos ATs na equipe de enfermagem, no conjunto dos ATs formalizados na Instituição.

Optou, então, por estruturar um banco de dados que contivesse todos os dados das notificações dos ATs na Universidade, trabalho este que culminou com o Mestrado em Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Londrina (SECCO, 2002).

Inseriu nesse projeto alguns alunos do Programa de Iniciação Científica da Universidade Norte do Paraná, que também se estimularam a esses estudos, o que oportunizou a sua vivência na área de pesquisa.

Concomitantemente a esse programa de estudos, a autora passou a atuar na Assessoria Técnica da Diretoria de Enfermagem do HU, Setor que lhe possibilitou ter maior contato com a realidade dos trabalhadores de enfermagem de todo o Hospital, conhecer a dinâmica do processo de trabalho em uma visão global, saber dos problemas de saúde desses trabalhadores, das cargas de trabalho, das questões organizacionais, administrativas e políticas próprias de um Hospital Público, Universitário.

Conhecedora do desafio que é o estudo do processo de trabalho na sua relação com a saúde, conforme alertaram Laurell e Noriega (1989), e interessada em participar do esclarecimento de questões referentes à equipe de enfermagem do HU, propôs-se a continuar o trabalho do Mestrado nesta pesquisa vinculada ao Doutorado em Enfermagem Fundamental – área de Saúde do Trabalhador, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (USP).

Nessa trajetória teve a oportunidade de contactar-se com outros mestres que se dedicam à construção do conhecimento na área e que acreditaram na proposta de continuidade dos estudos já realizados.

A presente investigação foi planejada e desenvolvida com o propósito de conhecer os indicadores epidemiológicos dos acidentes de trabalho típicos (ATTs) que acometem os trabalhadores de enfermagem do HU, de pesquisar a relação entre esses acidentes e as cargas do processo de trabalho de enfermagem, sob o ponto de vista da alta gerência que é conhecedora da realidade, e, de apresentar medidas preventivas passíveis de implementação na Instituição.

Sabidamente, o trabalho assistencial em saúde está inserido no setor terciário da economia brasileira, caracterizado pela prestação de serviços. As novas demandas do mundo do trabalho, com os usuários dos serviços cada vez mais exigentes e conscientes dos seus direitos, têm exigido que os prestadores de serviços de saúde, e, conseqüentemente, os trabalhadores deles participantes, prestem atendimento de boa qualidade, de maneira eficiente, eficaz, ética e humanizada (MUROFUSE, 2004).

Os trabalhadores de enfermagem, especialmente aqueles que atuam em unidades hospitalares, estão inseridos de maneira expressiva nesse contexto da assistência à saúde, tendo importante participação no produto final da assistência em saúde.

Contudo, essa sua prática assistencial de enfermagem nos hospitais é realizada mediante a exposição dos trabalhadores a inúmeras cargas de trabalho físicas, químicas, mecânicas, biológicas, fisiológicas e psíquicas, muitas conhecidas em detalhes, outras sem a ciência da sua real dimensão, todas decorrentes das formas como o trabalho é dividido e organizado.

Os hospitais são estruturas organizacionais complexas, socialmente reconhecidas como responsáveis por prover saúde aos usuários dos seus serviços.

Entretanto, na realidade brasileira, são muitos os que apresentam condições de trabalho inadequadas aos trabalhadores que neles atuam, expondo-os à ocorrência de danos à sua integridade física e mental, à ocorrência ATTs e/ou desgastes de variadas naturezas, com repercussões pessoais, sociais e econômicas de expressiva monta (ROBAZZI; MARZIALE, 2004).

Trata-se de importante desafio para os estudiosos da Saúde dos Trabalhadores de Enfermagem da área hospitalar elucidar as relações existentes entre o mundo do trabalho de enfermagem e as repercussões deste na vida dos trabalhadores, na busca de prevenir tanto quanto possível os agravos à sua saúde, e, entre eles, os ATTs. Afinal, “*quem cuida do cuidador?*” que tanto cuida dos outros, e, sobretudo, “*como se deve cuidar desse cuidador?*”

De fato, a enfermagem ainda não está devidamente mobilizada para a as medidas preventivas em favor da preservação da própria saúde, do seu melhor desempenho, produtividade e satisfação no trabalho (MAURO, 2004).

A relevância do estudo dos ATTs e das cargas de trabalho da equipe de enfermagem do HU consiste em permitir o reconhecimento de uma realidade que, conquanto não seja expressa em sua totalidade, possibilita apontar caminhos para um enfrentamento responsável da realidade vivenciada.

As palavras de Laurell e Noriega (1989, p. 23) “retorno à fábrica para decifrar a realidade, saio do hospital para entender a doença”, referindo-se à busca do conhecimento do caráter histórico e social da relação entre trabalho e saúde, marcaram a atenção e a intenção que norteou a presente trajetória da pesquisadora; tratou-se, de fato, de um (re)encontro com a realidade do HU.

Em síntese, as indagações que nortearam a presente pesquisa foram:

- Quais as características dos ATTs que acometem os trabalhadores de enfermagem do HU?
- Qual a relação entre esses eventos e as cargas de trabalho do processo de trabalho de enfermagem desenvolvido na Instituição?
- Quais são as medidas preventivas passíveis de implementação para a prevenção desses acidentes?

O referencial teórico e metodológico da Epidemiologia Clássica e da Epidemiologia Social mostraram-se adequados para embasar a investigação ora apresentada. A partir da quantificação de indicadores epidemiológicos dos ATTs,

perseguiu-se, enfaticamente, o propósito de considerar a prática do trabalho de enfermagem no HU como prática social, imbuída de um caráter histórico e social, com repercussões no processo saúde-doença dos trabalhadores.

Entre as contribuições esperadas constata-se propiciar a melhor compreensão a respeito dos ATTs que atingem os profissionais de enfermagem do HU, das cargas de trabalho a que eles estão expostos e que lhes provocam infortúnios e contribuir para a promoção da saúde destes trabalhadores por meio de propostas para prevenção.

Além disso, colaborar com os estudos na área da Saúde do Trabalhador de Enfermagem, uma vez que esta carece de aprofundar esse conhecimento em busca de promover a saúde de tão numeroso grupo social, cujo trabalho é tão pouco reconhecido e prestigiado pela sociedade.

Também, espera colaborar com a formação profissional de alunos de enfermagem na área de Saúde do Trabalhador, pois, esta é uma das mais efetivas alternativas para a crescente consolidação do conhecimento científico na profissão, bem como para a valorização dos trabalhadores da área, para as mudanças dos processos de trabalho que urge serem realizadas.

As mudanças no cenário do trabalho da enfermagem, tão necessárias em muitas realidades, surgirão em consequência das novas posturas dos seus profissionais, pessoais, sociais e políticas, que, certamente, repercutirão na cultura e na história do grupo social, no seu próprio entendimento, nas suas formas de articulação em busca de melhores condições de trabalho e de vida, na construção não da doença, mas, da Saúde dos Trabalhadores de Enfermagem.

2 Objetivos

2.1 GERAL

- ❑ Analisar os Acidentes de Trabalho Típicos (ATTs) notificados e as cargas de trabalho presentes no ambiente laboral dos trabalhadores de enfermagem do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná (HU).

2.2 ESPECÍFICOS

- 2.2.1 Caracterizar os ATs notificados pelos trabalhadores de enfermagem e elaborar os Relatórios de ATTs da Diretoria de Enfermagem (DE) e de Divisões de Enfermagem do HU;
- 2.2.2 Analisar o perfil epidemiológico dos ATTs dos trabalhadores de enfermagem, segundo as variáveis relativas:
 - à pessoa: função do acidentado, natureza do acidente, parte do corpo atingida, natureza da lesão, atividade desempenhada no momento;
 - ao tempo: hora do acidente e número de horas trabalhadas até a sua ocorrência;
 - ao espaço: Setor da ocorrência do ATT e Divisão de Enfermagem de lotação do trabalhador acidentado.
- 2.2.3 Identificar as 5 Divisões de Enfermagem que apresentaram os maiores indicadores de risco de ATTs para as variáveis em estudo;
- 2.2.4 Descrever as contribuições que o Relatório dos ATTs trouxe para o Serviço de Enfermagem da Instituição;
- 2.2.5 Analisar a relação entre as ocorrências de ATTs e as cargas de trabalho biológicas, físicas, químicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas presentes nos processos de trabalho da equipe de enfermagem da DE;
- 2.2.6 Descrever medidas preventivas institucionais de ATTs passíveis de implementação.

3 Referencial Teórico

3.1 A EPIDEMIOLOGIA CLÁSSICA E A EPIDEMIOLOGIA SOCIAL

A complexidade anatômica e funcional do homem, desde as suas apresentações primitivas, possibilitou o seu desenvolvimento na interação com a natureza, a sua adaptação às condições ambientais mais variadas e, na interação com os outros humanos do grupo, propiciou a realização progressiva de novas potencialidades e participação na transformação do meio. A natureza criadora e social do homem permitiu a sua sobrevivência, a expansão e a evolução da espécie e, conseqüentemente, a construção da história humana (RIGOTTO, 1994).

Esta é a perspectiva da filosofia marxista, a qual designou trabalho como a ação do homem sobre a natureza, quer de maneira individual quer coletiva, de forma transformadora e intencional, evoluindo suas potencialidades e modificando-se, com criatividade, liberdade e consciência, para essas realizações (MARX, 1983).

O trabalho está, portanto, determinado pela forma com que ocorrem a produção, a distribuição, as trocas de bens e o consumo dos meios de vida pelas diferentes coletividades, apresentando-se a produção como o ponto fundamental desta relação entre produção e consumo, denominado processo de reprodução social, que é característico da sociedade capitalista (MARX, 1982 *apud* FACCHINI, 1994a).

A relação entre produção e consumo faz com que o trabalho ocupe lugar central na vida do homem, significando meio de sobrevivência, determinando o acesso aos bens e ao consumo, para si e para o provimento de seus dependentes, da sua família, indicando a posição social que ele ocupa na sociedade, enfim, dando significado à sua vida.

De fato, o trabalho é o grande mediador entre os indivíduos e a natureza e de ambas entre si entre si, para o alcance de seus objetivos. A discussão sobre um modelo que vá ao encontro da saúde no trabalho confronta com um problema humano e social, além de técnico e político (BREILH, 1999).

O modo de trabalhar e viver traz, contudo, repercussões para a vida dos trabalhadores, das classes produtivas, representantes de expressivos contingentes populacionais.

A geração de conhecimento pelas relações que se estabelecem entre o trabalho realizado pelos indivíduos e pelos grupos sociais e o reflexo dessa atividade no seu modo de viver e morrer, no seu próprio corpo, na sua consciência, na sua

dimensão psicobiológica, encontra-se no centro da atenção de muitos pesquisadores, especialmente dos epidemiólogos.

A Epidemiologia apresenta-se como a disciplina que tem interesse na análise do processo saúde-doença das populações, no estudo do seu *modo de andar a vida* (CANGUILHEM, 1995). Os estudiosos da área concentram a atenção em explicar as causas dos desgastes sofridos pelos trabalhadores em decorrência da atividade produtiva, visando estabelecer estratégias que possibilitem minorar ao máximo os agravos.

A busca do conhecimento do grupo de causas das doenças e desgastes variados que acometem os trabalhadores, denominado de inferência causal, data dos mais remotos tempos da história da humanidade, uma vez que amplia a possibilidade do enfrentamento dos referidos problemas de saúde de maneira exitosa, por meio de ações, instrumentos, recursos, métodos e técnicas (FACCHINI, 1994a).

Contudo, importante marco foi o debate a respeito da relação entre a perda da saúde e as condições sociais adversas, que emergiram ainda no Séc. XIX, em meio aos avanços da Revolução Industrial e ao crescimento desordenado das cidades, com o surgimento dos movimentos sociais e revolucionários em busca de soluções para a melhora das condições de vida da população. Nesse período tem destaque a produção científica de John Snow, considerado o pai da Epidemiologia em razão de ter estabelecido as suas bases metodológicas, tendo publicado, em 1854, o título *Sobre a maneira de transmissão da cólera*. Snow desenvolveu estudos sobre a transmissão da cólera evidenciando a determinação social da doença, visto que esta apresentava maior mortalidade entre trabalhadores e desempregados (FONSECA; BERTOLOZZI, 1997).

De fato, a Revolução Industrial marcou a redefinição das práticas médicas e da Epidemiologia, pois o foco da atenção à saúde deixou de ser essencialmente individual e passou a ser considerada no âmbito coletivo da sociedade (BERTOLOZZI; FRACOLLI, 2001).

O referido movimento, acompanhado dos fatores econômicos, políticos e sociais envolvidos, trouxe para a discussão os aspectos relativos à força de trabalho e ao desgaste sofrido pelos trabalhadores, decorrente da atividade desenvolvida, com conseqüências profundas nas condições de saúde e de vida dessa população (FACCHINI, 1994a; ALMEIDA FILHO, 2003).

As condições de trabalho longo, perigoso, penoso e os ambientes agressivos em que este se desenvolvia passaram a produzir agravos à saúde dos trabalhadores, com acidentes graves, mutilantes e fatais, terminando por comprometer a capacidade produtiva dos operários (MENDES; WAISSMANN, 2005).

Nessa conjuntura, emergiram grupos de trabalhadores organizados em grande movimentação popular contra as precárias condições de trabalho e de vida.

A Medicina do Trabalho, portanto, teve o objetivo definido de intervir no processo de desgaste do trabalhador, com vistas à sobrevivência e reprodução do processo produtivo, embasado na visão biologicista e individual da atenção à saúde. Esta perspectiva mantém-se até os dias de hoje, tendo evoluído após a Segunda Guerra Mundial para a denominada Saúde Ocupacional, em que a multidisciplinaridade ganhou espaço (GELBCKE, 2002).

Na França, um desses grupos passou a interpretar a Medicina como uma prática política, denominando-a Medicina Social, cuja prática foi voltada para a questão da saúde das coletividades (FACCHINI, 1994a; ALMEIDA FILHO, 2003).

A Medicina Social é a concepção segundo a qual “a saúde é uma questão eminentemente social e política, aliada a uma preocupação sociológica e a um profundo engajamento nos processos de transformação da situação de saúde” (ALMEIDA FILHO, 2003, p. 5).

A crise econômica desencadeada no mundo, em 1929, precipitou um conflito na Medicina vigente. Notoriamente, a sua atuação mostrava-se inoperante no alcance social e não apresentava respostas aos processos culturais, econômicos e políticos, questionando a competência técnica da prática da mesma na época. O caráter social e cultural das doenças e da Medicina, e sua articulação com a estrutura da sociedade, necessitava ser resgatada (ALMEIDA FILHO, 2003).

A Epidemiologia apresentou-se como vertente alternativa do conhecimento, menos ameaçadora politicamente do que a linha assumida pela Medicina Social, sendo atraída para o positivismo das ciências naturais embutido no modelo da Biologia. Entretanto, os epidemiólogos buscaram retornar à sua origem médico-social, privilegiando o caráter coletivo, público, preventivo, social, contrapondo-se ao modelo flexneriano vigente, pautado no modelo da Medicina Científica tradicional (ALMEIDA FILHO, 2003).

A Epidemiologia desenvolveu-se trazendo à tona a preocupação não somente com as doenças infectocontagiosas que atingem a população, mas também com aquelas de outras origens e que, igualmente, a afetam, culminando na sistematização do paradigma da História Natural das Doenças, fundamento da Medicina Preventiva proposto pelo pesquisador americano John Ryle, em 1936 (ALMEIDA FILHO, 2003).

Já na década de 50 do Século XX, avanços expressivos deram-se entre os estudiosos que desenvolviam conhecimentos da Epidemiologia e deles se valiam, na concepção da Teoria da Multicausalidade das doenças, em contraposição à visão monocausal (ALMEIDA FILHO, 2003).

A Teoria da Multicausalidade, sob o enfoque de que “o processo saúde-doença é a síntese de múltiplas determinações” (FACCHINI, 1994a, p. 39-40), apresenta a abordagem: do **MODELO DA MULTICAUSALIDADE**, ou seja, modelo da simples análise das múltiplas causas das doenças, a do **MODELO ECOLÓGICO** e a do **MODELO DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA DOENÇA**.

A Modelo da Multicausalidade apresentou-se como o alicerce da Epidemiologia Clássica hegemônica atual, que busca definir e relacionar fatores ligados às causas das doenças; fundamenta-se no método positivista; neste a sociedade é interpretada como um conjunto de elementos basicamente homogêneos, em que um sistema ecológico equilibrado é considerado normal e a doença emerge na vigência de desequilíbrio (FONSECA; BERTOLOZZI, 1997).

Também é adotado neste modelo o conceito de risco como a probabilidade de determinado grupo populacional desenvolver uma determinada doença ou agravo à saúde, em dado período de tempo. Os indicadores de risco têm o propósito prático de descobrir as ligações que oferecem possibilidade para a prevenção dos agravos à saúde, mesmo reconhecendo que nem sempre é possível estabelecer relação efetiva dos fatores causais com os efeitos apresentados (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 1994; FACCHINI, 1994a; FONSECA; BERTOLOZZI, 1997).

O Modelo Ecológico constitui-se no aprimoramento do Modelo Multicausal para o estudo das intervenções em saúde, realizadas a partir do desenvolvimento da História Natural da Doença, que foi divulgado por Leavell e Clark. Seu objetivo era descrever a realidade, ainda que de maneira aproximada, na perspectiva de visualizar as doenças, buscando também dar a conhecer diferentes

métodos de prevenção e controle (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 1994; FACCHINI, 1994a; FONSECA; BERTOLOZZI, 1997).

O Modelo da Determinação Social do Processo Saúde–Doença teve sua gênese nos movimentos sociais dos anos 60 do Séc. XX, ocorridos nos países industrializados, especialmente Alemanha, França, Inglaterra, Estados Unidos e Itália. A Medicina Social ganhou força, com enfoque das ciências sociais na saúde, as quais passaram a dar sustentação à análise da organização do setor e do processo saúde-doença das comunidades (GELBCKE, 2002).

Contrária à explicação meramente biológica deste processo, a Teoria da Determinação Social, alicerce da Epidemiologia Social, fundamenta-se na concepção de que os determinantes da saúde e da doença são parte dos processos de integração do homem na sua forma de trabalhar e na sua forma de viver (BERTOLOZZI; FRACOLLI, 2001).

Na América Latina, a Epidemiologia Social surgiu em um momento de profunda crise econômica da década de 70 do século XX, período marcado pela repressão política e ideológica, pretendendo explicar cientificamente as verdadeiras causas das condições de vida e saúde da população. Tinha como objetivo orientar novas práticas de intervenção em saúde, dedicadas a responder às necessidades e aos interesses das classes sociais menos favorecidas. Apresentou-se, também, como contraposição à Medicina curativa e hospitalocêntrica praticada, com altos custos e baixa eficácia, prática esta que ainda persiste até os nossos dias (FACCHINI, 1994a; FONSECA; BERTOLOZZI, 1997).

Apresentaram destacada produção científica que moldou o conhecimento no campo da Epidemiologia Social, constituindo no novo conhecimento epidemiológico, os programas do *Centro de Estudios y Asesoría en Salud* — CEAS, no Equador, e da *División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco* — UAM-X, no México e de alguns centros de pós-graduação no Brasil (MELO FILHO, 1996). Nesse contexto nasceram os primeiros estudos.

Em síntese, enquanto a Teoria da Multicausalidade concebe uma aproximação com visão idealista do mundo, a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença aproxima-se da visão realista do mesmo. Enquanto a Teoria da Multicausalidade considera que a causa vai reproduzir a mesma consequência

sempre, segundo o paradigma positivista, a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença pressupõe uma relação dialética entre dois fenômenos, considerando que eles não se repetem da mesma maneira quando produzidos em condições diferentes e estão sujeitos ao dinamismo dos fatos relacionados ao processo saúde-doença (FONSECA; BERTOLOZZI, 1997).

Dessa forma, o conhecimento epidemiológico é utilizado para explicar o caráter social e histórico do processo saúde-doença da coletividade e a sua relação com o sistema produtivo capitalista. Considera que o perfil patológico e o desgaste sofrido pelo grupo social decorrem das diferentes formas de integração do trabalho no processo produtivo, do padrão de consumo dos bens produzidos, dos diferentes gradientes de saúde e de doença, bem como da diversidade das formas de adaptação do trabalhador à sua realidade e das diferentes maneiras de viver (LAURELL; 1983, 1985; LAURELL; NORIEGA, 1989).

Portanto, a Epidemiologia Social estuda as determinações que ocorrem na vida social e recorre, para isso, ao estudo sistemático: dos processos estruturais da sociedade. Cada grupo social tem condições de vida particulares; perfis específicos de reprodução social, com as correspondentes potencialidades de saúde e sobrevivência, com os riscos de adoecer e morrer típicos (BREILH, 1991; FONSECA; BERTOLOZZI, 1997).

Por todas essas razões, trata-se de importante ferramenta de trabalho para os profissionais de saúde, para o desenvolvimento do conhecimento na área, possibilitando que a realidade da saúde do trabalhador seja revelada e que seja possível o enfrentamento exitoso das problemáticas (FACCHINI, 1994a).

A referida disciplina, em relação aos ATs, tem a propriedade de descrevê-los segundo as variáveis clássicas relacionadas à pessoa, ao tempo e ao lugar, de estimar os riscos da ocorrência dos eventos e mesmo de morrer em decorrência deles, de avaliar a evolução dos indicadores, principalmente quando da vigência de intervenções na realidade e de avaliar os impactos dos acidentes na vida dos envolvidos no que se refere à saúde física e mental (BINDER; ALMEIDA, 2005).

Para tanto, faz-se necessário o esforço conjunto de trabalhadores, técnicos e pesquisadores, bem como das instituições, na busca da construção de indicadores e categorias de análise da determinação da saúde-doença dos trabalhadores e sua relação com o trabalho e, conseqüentemente, de estratégias que

possam possibilitar ao máximo a diminuição dos agravos à saúde (FACCHINI, 1994a; BINDER; ALMEIDA, 2005).

O conhecimento epidemiológico mostra-se como caminho exitoso a ser percorrido na construção do conhecimento a respeito de grupos humanos e, portanto, de grupos definidos de trabalhadores.

3.2 A SAÚDE DO TRABALHADOR E O MATERIALISMO HISTÓRICO

O estudo da relação entre saúde e trabalho, com base no referencial explicativo da Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, apresenta-se como um fundamento do campo da Saúde do Trabalhador.

Conforme já apresentado previamente, a Saúde do Trabalhador é originária da América Latina, ainda nos anos 70 do Século XX, em decorrência de movimentos da classe operária que se contrapunham ao modelo de exploração capitalista vigente, tendo a saúde como objeto de reivindicação e o amadurecimento dos conhecimentos da Medicina Social como ponto de sustentação. Nesse contexto, os trabalhadores passaram a defender a sua integridade física, a regulamentação das jornadas de trabalho, salários dignos, direito à remuneração adicional pelo trabalho insalubre, entre outros, gerando, como esperado, respostas do constituído poder capitalista (LAURELL, 1985).

O referido movimento contou com a participação expressiva dos intelectuais dedicados à academia assim como de outros grupos sociais, que realizaram estudos específicos de temáticas relacionadas às classes operárias. Como já registrado, teve destaque a construção teórica apresentada no México, por um grupo de epidemiólogos do Mestrado em Medicina Social da *Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco* (UAM-X), em especial da Dra. Asa Cristina Laurell, que desenvolveram estudos sobre os efeitos do capitalismo na área da saúde, tendo como centro da indagação teórica o caráter social do processo saúde doença e a sua determinação, a sua causalidade (LAURELL, 1985).

Os novos estudos na área vieram atualizar a Medicina Ocupacional Latino-americana perante a internacional, gerando novos conhecimentos a respeito do processo-saúde-doença dos trabalhadores, respaldados nas ciências sociais e, sobretudo, deixando de contemplar apenas o enfoque do mapeamento dos riscos

profissionais. Teve como tônica considerar o caráter social da doença em substituição ao paradigma dominante que define a saúde como fenômeno biológico individual, no modelo médico-biologicista (LAURELL; 1983, 1985).

Afinal, como vivem e morrem os trabalhadores? Como transcorre o seu *modo de andar a vida* (CANGUILHEM, 1995)? Quais as formas de viver e de morrer? Quais as repercussões do trabalho desenvolvido pelo homem, no contexto histórico e social, neste processo?

A Saúde do Trabalhador é um campo prioritário para estudos, pela necessidade de agregar os conhecimentos fragmentados existentes sobre o mundo do trabalho e os problemas de saúde da população. Tem o objetivo de compreender a causalidade das doenças ou agravos à saúde, estudar as relações existentes entre a saúde e a atividade laboral, gerar novos conhecimentos e prover informações específicas para resolução imediata ou mediata dos problemas da área, bem como formular políticas para a sua defesa e promoção (LAURELL; 1985, 1993).

São três os pontos de partida para a pesquisa da Saúde dos Trabalhadores:

- a Medicina Ocupacional que se ocupa das doenças originadas no trabalho;
- a Epidemiologia, inscrita na Medicina Social Latino-americana e dedicada ao estudo da relação entre o trabalho e a saúde-doença;
- o enfoque da condição operária, na abordagem das Ciências Sociais (LAURELL, 1985).

A Medicina do Trabalho e a Epidemiologia Ocupacional tradicional elegeram como principal problema o estudo dos fatores de risco presentes nos ambientes de trabalho, fatores estes que provocam danos específicos à saúde dos trabalhadores, por meio de mecanismos bem definidos. Nessa perspectiva, empreende-se o método que tenta estabelecer a relação entre o fator de risco e a instalação da doença ou agravo à saúde, sem considerar a historicidade e outras determinantes que participam deste processo; busca, também, eliminar ou diminuir tanto quanto possível os denominados fatores de risco. Essa concepção alicerça-se na corrente da multicausalidade ou na da monocausalidade da doença, condição em que a doença se apresenta clinicamente definida em razão da especificidade existente no trabalho (LAURELL, 1993).

Contudo, todo o arsenal de conhecimentos desenvolvido até então pela Saúde Ocupacional, pautado na demonstração da existência do risco ocupacional, não se mostrava suficiente para a sua eliminação, considerando-se a necessidade de situar este risco laboral no contexto econômico e político (LAURELL; NORIEGA, 1989).

Por sua vez, a corrente da Medicina Social adotou o materialismo histórico para compreender a relação existente entre trabalho, saúde e doença nos grupos sociais, sendo o processo de trabalho um de seus determinantes. Esta proposta fundamentou-se no reconhecimento da historicidade do caráter social da saúde-doença e na compreensão do trabalho como um complexo processo social e técnico, que traz o desgaste do trabalhador como consequência. Tem como objetivo conhecer as reais dimensões dos problemas que ameaçam a saúde dos trabalhadores e centra esforços em conhecer quais as alterações necessárias aos processos de trabalho para impedir, ao máximo, o desgaste decorrente da atividade laboral (LAURELL; 1985, 1993).

Na corrente do materialismo histórico o processo de produção capitalista diz respeito às relações de produção existentes no processo de trabalho e à maneira como os indivíduos se relacionam no processo de trabalho, que tem caráter histórico (HARNECKER, 1983; MARX, 1983; LAURELL; NORIEGA, 1989).

É composto por dois pólos que podem ser desdobrados, conceitualmente, em processo de trabalho e em processo de valorização, sendo as necessidades do último o determinante principal da maneira como o processo de trabalho apresenta-se e desenvolve-se (LAURELL, 1993).

O processo de trabalho refere-se à transformação da natureza realizada para o homem, visando a obtenção de um objeto útil; nesse contato, o homem transforma o meio e transforma-se a si mesmo, concretizando-se sob formas históricas particulares. Os elementos essenciais do processo de trabalho são: a atividade adequada a um fim determinado, ou seja, o próprio trabalho, o objeto a ser transformado e os instrumentos necessários para esta transformação. Os bens necessários à vida social são produzidos em meio à relação entre os homens ou grupos de homens, requerendo-se esta inter-relação na produção e no consumo (HARNECKER, 1983; MARX, 1983; LAURELL; NORIEGA, 1989).

O processo de trabalho traz repercussões para o corpo e a mente do trabalhador. A análise destes fatores permite a compreensão das relações existentes na dinâmica da realização do trabalho e dos seus desdobramentos (LAURELL, 1993).

Considerando-se que a população é formada por grupos sociais que se diferenciam essencialmente pela posição que ocupam nos meios de produção, o determinante da classe social é a forma como cada qual participa da apropriação e da transformação dos elementos naturais, gerando condições distintas de saúde como consequência. Daí a diferenciação de perfis patológicos, de acordo com a articulação entre as forças produtivas e as relações sociais de produção (LAURELL, 1983; FACCHINI, 1994b).

Destaca-se que o processo de trabalho realiza-se no campo do conflito entre capital e trabalho e tem a capacidade de gerar estratégias de valorização e resistência (LAURELL, 1993).

Considerando-se que a sociedade capitalista é pautada na lógica do lucro, que se converte no principal motor da produção, o processo de valorização, que é a produção da mais-valia, só pode realizar-se sob condições regulares, por meio do processo de trabalho que significa a produção de bens (LAURELL; NORIEGA, 1989; LAURELL, 1993).

O trabalho é o meio do processo de valorização, de produção da mais-valia. Sendo assim, o processo de trabalho possui o caráter de valorização, de acumulação de capital e o caráter técnico, que se refere aos elementos gerais (objeto, instrumentos e a tecnologia ou a atividade em si ou organização do trabalho) necessários à produção (LAURELL, 1993).

Entende-se por organização do trabalho a maneira como ele é estruturado para a sua realização, desde o seu planejamento até a fase da avaliação. A organização do trabalho caracteriza-se pela divisão das funções e sua mobilidade entre os membros da equipe, bem como a utilização dos meios e materiais do trabalho. Tem como pré-requisito a clareza do que deve ser feito, quem deve realizar cada tarefa, qual o tempo necessário para a sua concretização (PARAGUAY, 2005).

Para o estudo da relação entre saúde e trabalho, e, conseqüentemente, do processo saúde-doença dos trabalhadores é ponto fundamental a análise da categoria processo de produção. Na sociedade capitalista, o processo de produção organiza toda a vida social e essa perspectiva permite o estudo do modo como os grupos sociais trabalham e se desgastam, assim como a análise da forma como eles enfrentam as situações de exploração e lhes resistem, como procedem para recuperar a capacidade laboral para permanecer no processo produtivo

e para adaptar-se a ele. Este complexo da combinação entre os processos de desgaste e de reprodução é denominado de nexo biopsíquico humano (LAURELL; NORIEGA, 1989).

Os conceitos **CARGA DE TRABALHO** e **PROCESSO DE DESGASTE** foram construídos objetivando estabelecer teoricamente as mediações entre o processo de trabalho e o processo saúde-doença das coletividades, o seu desgaste psicobiológico. Cargas de trabalho são definidas como os elementos do processo de trabalho que interagem dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador, desencadeando alterações nos processos biopsíquicos, processos estes que se manifestam como desgastes físicos e psíquicos potenciais ou efetivamente apresentados. Devem, portanto, ser analisados no contexto dos processos de trabalho (LAURELL, 1993; FACCHINI, 1994b).

A análise dessas cargas possibilita a diferenciação dos elementos do processo de trabalho, tanto do objeto e da tecnologia de trabalho, como da sua organização e divisão, que têm a potencialidade de interferir na dinâmica física e psíquica do corpo do trabalhador (LAURELL; NORIEGA, 1989; LAURELL, 1993; FACCHINI, 1994b).

De acordo com as suas características específicas, as cargas de trabalho são classificadas em dois grupos distintos:

- as de **MATERIALIDADE EXTERNA** ao corpo (podem ser identificadas independentes do corpo do trabalhador), que são as cargas físicas, químicas, biológicas e mecânicas;
- as de **MATERIALIDADE INTERNA**, que são as fisiológicas e psíquicas, por se estabelecerem por meio do corpo humano (só podem ser pensadas ou identificadas através do corpo do trabalhador) (LAURELL; NORIEGA, 1989; LAURELL, 1993; FACCHINI, 1994b).

As *cargas de trabalho* apresentam-se como potenciais categorias analíticas intermediárias para análise do processo de trabalho, por permitirem esclarecer as relações que ocorrem entre a exposição a determinado tipo de atividade laboral e a ocorrência de doenças ou outros agravos à sua saúde (FACCHINI, 1994a).

A substituição do conceito de risco por carga de trabalho deve-se ao fato de que a denominação risco ou fator de risco objetiva identificar possíveis agentes diversos capazes de causar um efeito sobre a saúde, inclusive estimando indicadores probabilísticos de sua ocorrência. Por sua vez, a carga de trabalho é um atributo de um

determinado processo de trabalho, cuja presença ou não no ambiente pode aumentar a probabilidade da ocorrência de deterioração psicobiológica de um grupo de trabalhadores expostos em relação aos não expostos a tal propriedade (FACCHINI, 1994a).

Enquanto a Medicina do Trabalho utiliza a categoria risco para caracterizar os elementos contidos nos ambientes laborais, analisados de maneira isolada e que podem causar danos ao corpo do trabalhador, a categoria carga de trabalho proposta pela Medicina Social, na qual estão compreendidos os riscos particulares da atividade laboral, busca ressaltar os elementos contidos no processo de trabalho, que é dinâmico e interage com o corpo do trabalhador, gerando os processos de adaptação que resultam em desgaste corporal e/ou psíquico.

[...] o conceito de carga possibilita uma análise do processo de trabalho que extrai e sintetiza elementos que determinam de modo importante o nexos biopsíquico da coletividade operária e confere a esta um modo histórico específico de 'andar a vida' (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 110).

As cargas de trabalho podem ser caracterizadas, segundo Laurell e Noriega (1989) e Facchini (1994b) como:

- 1) Cargas físicas: são derivadas das exigências técnicas para a transformação do objeto de trabalho e podem apresentar-se por meio do ruído, vibrações provocadas por máquinas, temperatura ambiente, iluminação, ventilação, umidade, resultantes de características especiais dos processos de trabalho;
- 2) Cargas químicas: decorrem do objeto de trabalho e dos meios auxiliares envolvidos no seu processo de transformação; dizem respeito às substâncias químicas presentes em forma de poeiras, pós, fumaças, gases, vapores, líquidos, entre outros;
- 3) Cargas biológicas: caracterizam as condições de higiene do ambiente de trabalho; são derivadas do objeto de trabalho, de organismos animais ou vegetais que possam ser nocivo à saúde do trabalhador, tais como parasitas, bactérias, vírus, fungo e outros. Provocam transformações no organismo em razão da sua interação com os processos corporais do indivíduo;
- 4) Cargas mecânicas: dizem respeito ao objeto de trabalho, à tecnologia empregada para a realização do mesmo, tanto na sua operação quanto na manutenção, aos materiais soltos no ambiente laboral, às condições de instalação e manutenção dos materiais e equipamentos da produção. Trazem como consequência contusões, fraturas, feridas e outras lesões que atingem efetivamente o corpo do trabalhador;

- 5) Cargas fisiológicas: dizem respeito às diversas maneiras de realizar a atividade laboral e caracterizam-se pelo esforço físico e visual, pelos movimentos e deslocamentos exigidos pela atividade, pelo espaço disponível para a atividade, pelas posições assumidas pelo corpo do trabalhador na execução das tarefas, pelos turnos noturnos e rotativos, pelas horas extraordinárias ou intensificação do trabalho;
- 6) Cargas psíquicas: caracterizam-se pelas fontes de estresse existentes nos elementos do processo de trabalho, estando relacionadas às outras cargas presentes na organização e na divisão das atividades laborais, em que os tempos e ritmos da produção são predeterminados e as tarefas tendem à fragmentação. São determinantes para o processo de desgaste do trabalhador e estão presentes no ritmo e na intensidade do trabalho, na atenção, responsabilidade e controle necessários para a execução das atividades, no relacionamento entre os trabalhadores, na atividade supervisionada, no entendimento da presença do risco ocupacional existente na tarefa, no medo de perder o emprego, entre outros.

Após serem identificadas e medidas as cargas, faz-se necessário recompô-las na relação com as demais cargas, para o conhecimento tanto da sua dinâmica e de como estão integradas, e, conseqüentemente, quanto do seu real impacto sobre a saúde dos trabalhadores (FACCHINI, 1994b).

O desgaste dos trabalhadores de determinado grupo social é decorrente das cargas de trabalho presentes no seu processo de trabalho, que se somam e muitas vezes potencializam-se, bem como da relação dessas cargas com o nexos biopsíquico humano. Trata-se, portanto, de consequência dessa relação no processo psíquico e biológico de determinada coletividade, apresentada em contexto histórico específico (LAURELL; NORIEGA, 1989).

Os processos de desgaste dos trabalhadores caracterizam os grupos humanos e não somente os indivíduos de maneira isolada; dependem das condições e articulações em que o trabalho é desenvolvido. Esses processos de desgaste podem ser reversíveis, são passíveis de recuperação das potencialidades do trabalhador ou até mesmo do desenvolvimento de outras, num processo de adaptação à realidade (LAURELL; NORIEGA, 1989).

A Figura 3.1 representa esquematicamente o processo de produção, segundo o referencial do materialismo histórico.

FONTE: LAURELL, 1993, p. 20.

FIGURA 3.1 — Apresentação esquemática do processo de produção segundo o referencial teórico do materialismo histórico apresentado por Laurell.

Em síntese, no estudo do processo saúde-doença dos trabalhadores no desempenho de sua atividade laboral, tendo como referencial a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, ficam evidenciadas as particularidades da relação entre o trabalho desenvolvido por estes e a sua saúde.

Processo de produção, processo de valorização, processo de trabalho, cargas de trabalho e desgaste operário são intermediações desta relação entre trabalho e saúde, cujo estudo possibilita avanços no conhecimento do perfil de morbidade dos referidos trabalhadores, do seu processo saúde-doença.

O campo da Saúde dos Trabalhadores, além de ampliar a compreensão dos fatores determinantes de como adoecem e morrem os trabalhadores, tendo o processo de trabalho como ponto de partida, traz à tona a necessidade de conhecer as variadas dimensões do sujeito trabalhador e da determinação social do processo saúde-doença (GELBCKE, 2002).

3.2.1 A “SAÚDE DO TRABALHADOR” NO BRASIL

No Brasil, especificamente, o campo da Saúde do Trabalhador veio apresentando evolução histórica, acompanhando o contexto de vida e saúde da população, com mudanças políticas estruturais, que trouxeram consequências expressivas na maneira como o setor saúde é organizado e disponibilizado à população, especialmente aos que necessitam de maneira mais efetiva de sua atenção.

Os movimentos sociais dos anos 60 do Século XX, contrários aos interesses do modelo capitalista, teve na saúde dos operários um dos marcos reivindicatórios (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JR., 2001).

A industrialização do país, com acelerada urbanização e assalariamento de crescentes parcelas da população, levou os trabalhadores a pressionar o governo por assistência médica, que respondeu desenvolvendo a assistência médica previdenciária. Verificaram-se diferenciais no quadro nosológico das cidades, com importantes doenças de massa resultantes ou agravadas pelas condições de vida e de trabalho (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JR., 2001).

Em meio a estas pressões concretiza-se o Golpe Militar de 1964, fortalecendo o poder na esfera do governo federal. Assistiu-se ao incremento de política de assistência médica previdenciária, marcada pelo modelo assistencial individual,

3 Referencial Teórico

curativo, assistencialista e especializado, centrado na tecnologia, no diagnóstico e na terapêutica, privilegiando os serviços prestados por terceiros, que caracterizam o modelo médico-assistencial privatista hegemônico até os anos 80 (MENDES, 1995).

A crise da previdência social no Brasil, associada à crise política e econômica dos anos 70, levou o Estado à criação do Ministério da Previdência e Assistência Social, diferenciando o seu campo de atuação daquele desenvolvido pelo Ministério da Saúde e originando a marcante dicotomia da área curativa e preventiva no país. Nesse contexto, principalmente em meados da referida década, emergiram discussões entre políticos e intelectuais sobre a necessidade de reformas na política de saúde, ganhando corpo a Reforma Sanitária e iniciativas em busca de uma prática da saúde na esfera preventiva (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JR., 2001).

Entre os marcos das políticas de saúde na década de 80 no Brasil há a VIII Conferência Nacional da Saúde, realizada em 1986, que teve como pontos fundamentais a defesa: do direito à saúde de todo cidadão brasileiro, do acesso universal da população a serviços descentralizados com sistemas locais bem estruturados, da hierarquização dos serviços com a integração entre os diversos níveis de complexidade, da democratização da gestão e do controle social por meio da sociedade civil, especialmente dos usuários do sistema (OLIVEIRA, 2004).

O enfraquecimento da ditadura militar e o processo de transição democrática no Brasil culminaram com a promulgação de uma nova Constituição Federal em 1988, que incorporou as reivindicações apresentadas na VIII Conferência Nacional de Saúde, definindo a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. No texto constitucional ficou instituído o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, no Título VIII, Capítulo II – da seguridade Social, Seção II – da saúde, Art. 196:

A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário das ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O SUS fundamentou-se em três princípios fundamentais: descentralização com comando único em cada esfera do governo, participação social e atendimento integral à saúde (BRASIL, 1988).

Especificamente com relação à assistência à saúde, determinou-se a extensão de uma rede de atenção aos 27 estados brasileiros e aos seus 5.560

3 Referencial Teórico

municípios, mediante prestação de serviços a uma população estimada em 170 milhões de pessoas, o que foi considerado uma das mais amplas e importantes experiências de atenção à saúde no mundo. Em que pese a necessidade de superar vários problemas para atingir os seus objetivos de maneira plena, o SUS promoveu grandes avanços e melhorias na saúde da população brasileira (OLIVEIRA, 2004).

Entre os principais avanços apresentados está a operacionalização dos Conselhos de Saúde, nos níveis municipal, estadual e nacional, expressão da participação popular como aspecto decisivo para o aprimoramento do SUS, bem como para a construção da democracia no país (OLIVEIRA, 2004).

A política de Saúde do Trabalhador no Brasil também acompanhou todo o processo de reestruturação do sistema de saúde no Brasil. A I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, também realizada em 1986, teve na agenda a discussão por condições dignas de vida, trabalho estável e bem remunerado, oportunidade de lazer, organização livre, autônoma e representativa de classe, acesso aos serviços de saúde com qualidade, em todos os níveis, entre outros.

Com respeito ao trabalho, no Art 6º da Constituição Federal de 1988, está posto que:

São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados na forma desta constituição, dos trabalhadores urbanos e rurais além de outros que visem à melhoria de sua condição social (BRASIL, 1988).

Quanto à política relativa à atenção à saúde dos trabalhadores, o texto constitucional, artigo 200, inciso II, atribuiu ao Sistema Único de Saúde (SUS) a função de “executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de Saúde do Trabalhador” e no inciso VIII a de “colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho”, além de outras competências (BRASIL, 1988).

Entre as conquistas dos trabalhadores está a declaração dos seus direitos à redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança, ao adicional de remuneração para as atividades penosas, insalubres ou perigosas, o reconhecimento das convenções e acordos coletivos de trabalho, o Seguro de Acidentes de Trabalho (SAT) a cargo do empregador, o controle social na condução das políticas públicas (BRASIL, 1988).

3 Referencial Teórico

Leis, decretos, portarias e normas se sucederam, com o objetivo de complementar a legislação e promover maior agilidade e racionalidade à nova proposta para a saúde brasileira.

Entre essas está a Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080/90 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a), que no art. 4º, definiu o SUS como o “conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. Inclui nessa legislação as ações de Saúde do Trabalhador, reconhecendo que a saúde tem o trabalho como um dos fatores determinantes ou condicionantes.

À população brasileira é assegurada, nos termos do artigo 7º, inciso II dessa lei, a integralidade da assistência, cuja efetivação exige a “[...] articulação de um conjunto de ações contínuas, preventivas e curativas, individuais e coletivas, exigidas para cada caso em particular, em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde” (BRASIL, 1990a).

Com esse argumento ficaram atendidas exigências legais de incorporação das ações de Saúde do Trabalhador entre o conjunto de ações do SUS, em todas as esferas de governo e em todas as unidades prestadoras de serviços de saúde, conforme estabelece o Art. 200, inciso II, da Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1988).

A Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990a) conceituou Saúde do Trabalhador na perspectiva da atenção integral à saúde, atribuindo ao Ministério da Saúde a coordenação da política na área. No art. 6º, parágrafo 3º, determina que as ações de Saúde do Trabalhador incluam ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, abrangendo: a assistência aos trabalhadores vitimizados por acidentes de trabalho, doenças profissionais e do trabalho; a participação em estudos e pesquisas na área dos riscos e agravos potenciais à saúde dos trabalhadores presentes no processo de trabalho; a avaliação do impacto à saúde provocado pelas novas tecnologias; o acesso à informação de indicadores estatísticos relacionados ao trabalho, entre outros (BRASIL, 1990a).

A referida Lei foi complementada pela Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b) e posteriormente pelas Normas Operacionais Básicas (NOB 01/93 e NOB 01/96) que determinaram a implantação de um processo de intensa

3 Referencial Teórico

descentralização, transferindo para os estados e, sobretudo, para os municípios, um conjunto de responsabilidades e recursos voltados para a operacionalização do SUS (BRASIL, 1996c; OLIVEIRA, 2004).

Seguidamente, foram implantadas pelo Ministério da Saúde (MS) as Normas Operacionais detalhadas para áreas determinadas, a exemplo da Norma Operacional da Assistência à Saúde — NOAS 1/02 — (BRASIL, 2002c) e a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador — NOST-SUS — (BRASIL, 1998c).

A NOAS 1/02 teve como objetivo: a implementação da regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde e a redefinição de atribuições das três esferas do governo, com ênfase nas responsabilidades dos estados na condução das políticas regionais, na promoção da equidade quando da alocação de recursos e no acesso às ações e serviços de saúde para toda a população, tanto na assistência primária e secundária quanto na terciária (OLIVEIRA, 2004).

A NOST—SUS estabeleceu procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de Saúde do Trabalhador no SUS, urbano ou rural, considerando ainda as diferenças de gênero existente na população trabalhadora. Tem como pressupostos básicos os princípios da universalidade, equidade, integralidade das ações, direito à informação sobre saúde, controle social, regionalização e hierarquização das ações de Saúde do Trabalhador, utilização de critérios epidemiológicos e de avaliação de riscos para embasar o planejamento e avaliação da assistência prestada, definindo:

[...] saúde do trabalhador como um conjunto de ações de vigilância e assistência, visando à promoção, à proteção, à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos advindos do processo de trabalho (BRASIL, 1998c).

A referida Norma foi precedida pela Portaria nº. 3120 de 1º de julho de 1998, denominada Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador, que trouxe os princípios básicos para o desenvolvimento de Ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, objetivando instrumentalizar as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na incorporação de práticas e mecanismos de análise e na intervenção sobre os processos e os ambientes de trabalho. Como esperado, a epidemiologia foi apresentada como instrumento para o planejamento, desenvolvimento e avaliação dos processos de intervenção a serem implantados (BRASIL, 1998b).

Um dos desdobramentos desta política é a instituição da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), por meio da Portaria nº 1.679/GM de 19 de setembro de 2002. Esta dispõe também sobre a criação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRSTs) com o objetivo de combater, de forma mais eficiente, problemas de saúde coletiva como mortes, acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, lesões por esforço repetitivo (LER), doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT) e ainda, sobre a participação efetiva das organizações de trabalhadores urbanos e rurais no SUS (BRASIL, 2002b).

A criação da RENAST objetivou assegurar a assistência integral aos trabalhadores do setor formal e informal com problemas de saúde relacionados ao trabalho urbano e rural, incluindo ações de vigilância em saúde, conforme estabelecido na NOST SUS. Objetivou promover articulação de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores acidentados ou com doenças do trabalho; garantindo o registro de todos os casos de acidentes e doenças do trabalho atendidos nas suas unidades, bem como o encaminhamento previdenciário respectivo.

Outra frente de trabalho da RENAST está centrada na área educativa, por meio da capacitação e formação de recursos humanos para a disseminação de uma nova cultura da saúde do trabalhador no SUS.

Por todo o contexto da Saúde do Trabalhador no Brasil, é necessário considerar que, enquanto política pública, ainda está em plena estruturação, devendo abrir mais espaços de atuação sinérgica, coletiva, de grupos organizados, sindicatos, trabalhadores, gestores dos serviços, profissionais de saúde, usuários dos serviços para a construção de atendimento digno e humanizado a todos os cidadãos, em todas as áreas de atendimento.

A Saúde do Trabalhador tem como características básicas a busca da compreensão da relação existente entre o trabalho e o processo saúde-doença dos trabalhadores, a busca de mudanças nas condições de trabalho, a abordagem multidisciplinar e intersetorial da atenção à saúde com vistas a ações integradas e coordenadas, e, sobretudo, a participação dos trabalhadores como sujeitos de todos os processos (MENDES; WAISSMANN, 2005).

Contudo, é preciso admitir que o setor saúde tem sido amplamente atingido pelas transformações econômicas e sociais por que tem passado o país nos últimos anos, provenientes do modelo neoliberal e marcadas por serviços de saúde de

baixa qualidade, muito aquém do SUS planejado, instituído, defendido e sonhado por todos.

Enquanto por um lado se vislumbra um movimento em favor de melhores condições de vida, saúde e valorização do trabalhador, por outro há a pressão da sociedade capitalista, pautada na lógica do lucro, com crescente aumento das desigualdades sociais, econômicas e culturais.

Considerando-se que o trabalho é um grande mediador entre os indivíduos e a natureza e dos indivíduos entre si, na realização de seus objetivos, a construção de um modelo que vá ao encontro da saúde no trabalho, além de ser um problema humano e social, é também técnico e político. Sendo assim, há que se passar por todos estes cenários na construção da saúde dos trabalhadores (BREILH, 1991).

Trata-se de desafio que requer persistência dos construtores, num trabalho contínuo, incansável, vigilante e ético.

[...] Mas o sonho antecede a realidade, e esta somente pode ser transformada se houver o sonho. E a ação. Aqui o sonho é trabalhar sem necessariamente adoecer e morrer em decorrência do trabalho. Isto é mais que uma crença, um sonho. É uma possibilidade concreta, num mundo em rápida transformação (MENDES; WAISSMANN, 2005, p. 36).

3.3 O TRABALHO E PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM HOSPITALAR

Considerando-se o referencial teórico desenvolvido por Laurell, sob a luz do materialismo histórico, que tantas repercussões apresentou para a relação entre saúde e trabalho na América Latina e no desenvolvimento da política de saúde no Brasil, buscou-se a relação entre este e a situação de vida e trabalho dos trabalhadores de enfermagem.

Por tratar-se de uma profissão eminentemente ligada ao cuidado, à busca de promover a saúde dos outros, por vezes tida como um grande projeto de vida, de doação incondicional, com forte apelo religioso e marcado pela expectativa da sociedade em relação ao desempenho da mulher, a perspectiva de analisar este processo seguido de tomadas de decisão efetivas na área, torna o assunto de especial interesse.

Sendo assim, acredita-se que os profissionais de enfermagem estão na busca da maturidade, de conhecer a sua essência e se posicionar como sujeitos da sua história, comprometidos com a saúde e com a justiça social, na perspectiva do bem coletivo, sem se furtarem a defender as suas próprias vidas e as dos seus.

É fato que os trabalhadores de enfermagem representam uma expressiva parcela daqueles que se ocupam da atenção à saúde da população, que têm relações conflituosas e hierárquicas com outras categorias profissionais, que buscam atender as necessidades da sociedade, tanto do ponto de vista técnico quanto social, de acordo com o modo como desenvolvem o seu processo de trabalho, que tem atuação política (ALMEIDA; ROCHA, 1997a).

Expressivo contingente de trabalhadores da área da saúde, de maneira particular os da enfermagem, desenvolvem o seu trabalho segundo os princípios da administração científica de Taylor e Ford no modelo clássico, em que há a divisão do trabalho a partir de quem o concebe e de quem o executa. Também, utilizam a teoria da Burocracia de Weber, com a normatização de procedimentos, estabelecimento de rotinas e organogramas, tendo destaque a competência profissional e técnica. A teoria clássica de Fayol, por sua vez, mostra-se com a divisão do trabalho com as especialidades, com a disciplina rígida e a adoção das fases do modelo tradicional da administração, desde o planejamento, organização, direção, controle e avaliação (GELBCKE, 2003).

Embora haja várias iniciativas em direção à adoção de novas metodologias para a organização dos serviços de enfermagem, estes não têm convergido para uma maior autonomia dos trabalhadores e maior flexibilidade no desenvolvimento do processo de trabalho ou para o seu desenvolvimento pessoal, reiterando-se que a expectativa existente quanto ao pessoal de enfermagem é que produzam serviços de boa qualidade, sem apresentar questionamentos ou resistências (GELBCKE, 2003).

Entre essas novas formas de organizar o trabalho de enfermagem com o intuito de buscar eficiência, sobretudo na assistência de enfermagem, está o Método dos Cuidados Integrais de Enfermagem, que é uma modalidade de cuidados em que os trabalhadores ficam responsáveis pelo atendimento integral ao paciente em seu turno de trabalho. Esse tipo de atenção possibilita uma visão mais global do paciente, rompe com o tradicional fracionamento das atividades e possibilita um

envolvimento do profissional de enfermagem com a totalidade da atenção necessária ao paciente (GAÍVA; SCOCHI, 2004).

Outro método é o *Primay Nursing*, que tem por princípio elevar a autonomia do enfermeiro, tornando-o responsável pelo paciente nas 24 horas do dia, num efetivo comprometimento deste com o planejamento e a realização da assistência de enfermagem (CARMONA; LALUNA, 2002).

Não é possível desvincular o panorama em que o trabalho de enfermagem hoje é desenvolvido no Brasil, nem tampouco o trabalho da enfermagem atuante nos Hospitais, da sua historicidade e da sua articulação com os processos sociais que estiveram e estão em interface com o nascimento e o desenvolvimento da profissão.

Historicamente, a enfermagem nasceu da prática social vinculada às atividades do lar, fruto do saber baseado na experiência das mães de família, do saber de mulheres religiosas dedicadas aos monastérios ou, de escravos, atividades estas embasadas em conhecimento empírico. Daí a origem das características do trabalho feminino, manual, não especializado, despojado de poder ou prestígio, disciplinado e obediente, qualidades incorporadas na área até os nossos dias (SILVA, 1986).

Com respeito ao cuidado à saúde prestado em ambiente hospitalar, este surgiu com a implantação dos primeiros Hospitais na França e na Inglaterra, ainda no Séc. XIII, com a redescoberta da história clínica pela Medicina e a adoção da quarentena como estratégia de contenção de epidemias, especialmente a hanseníase (SILVA, 1986; TREVIZAN, 1988).

Contudo, é a partir do século XVII que estas instituições têm maior incremento, porquanto a profissão médica, que já se havia se deslocado dos mosteiros para as universidades, passa a ser incorporada nos Hospitais, visando o ensino de sua prática além do estudo das doenças. Estas instituições tornam-se a referência para a cura e para o nascimento da clínica e da assistência individual (SILVA, 1986; TREVIZAN, 1988).

Nessa fase da história, a organização do hospital foi necessária para possibilitar a implementação do conhecimento clínico, por meio da instauração de um espaço coletivo e homogêneo que possibilitava a efetivação do atendimento à saúde, da experiência e do saber (FOUCAULT, 1977).

Com a Renascença deu-se a gradativa desvinculação dos religiosos

dos Hospitais, ficando estes sob a responsabilidade das organizações governamentais e vindo a passar por um período de grandes dificuldades na primeira metade do Séc. XIX. Assistiu-se a uma situação de degradação institucional, desde as condições de higiene e segurança até a qualificação pessoal daqueles que se ocupavam da assistência aos pacientes (TREVIZAN, 1988).

Novos horizontes, porém, abriram-se com a presença de Florence Nightingale no cenário das instituições hospitalares e da enfermagem. É possível dizer que a história da enfermagem como profissão originou-se na Inglaterra, pela atuação desta mulher, ainda na segunda metade do século XIX, durante a guerra da Criméia, cujos resultados terminaram por diminuir de 40 para 20% os índices de mortalidade dos combatentes. Nightingale, retornando ao seu país e gozando de reconhecimento social e político, deu início ao processo de instituição do ensino de enfermagem hospitalar, organizando uma escola cujo objetivo era o preparo tanto das denominadas *nurses* para exercer os serviços de enfermagem hospitalar e domiciliar, quanto de pessoas mais qualificadas, as chamadas *ladies nurses*, para as atividades de supervisão, administração e ensino (SILVA, 1986; TREVIZAN, 1988; GOMES et al., 1997).

A enfermagem no modelo de Nightingale surge sob o modo de produção capitalista e, como esperado, objetiva participar da assistência à saúde da população para manter a força de trabalho atuante, instrumentos para a produção de mercadoria e, conseqüentemente, acumulação de capital (SILVA, 1986).

O médico liderava o modelo clínico, centrado nos saberes que a Medicina vinha desenvolvendo, especialmente os da anatomia e fisiologia, visando a recuperação do corpo individual que se apresentava como objeto do seu trabalho. Ele, utilizando meios próprios de trabalho e gozando de grande poder decorrente do saber da clínica, estabelecia ações no corpo dos indivíduos, com o objetivo de recuperá-lo (ALMEIDA; ROCHA, 1997b).

Os Hospitais do Século XVI até este período do Século XIX, destinavam-se ao atendimento dos necessitados e doentes, em colaboração com a ordem social, sendo os pacientes com mais recursos tratados em seus domicílios (TREVIZAN, 1988).

Expressivas transformações, portanto, ocorreram subseqüentemente, até a apresentação do formato destas referidas instituições nos dias atuais, uma vez que seu objetivo primordial é o cuidado médico, regido por normas científicas e

tecnológicas, pautados por requisitos de racionalidade e economia (TREVIZAN, 1988).

Dado o aumento da complexidade do cuidado em saúde e das demandas por atendimento hospitalar apresentadas pela sociedade, fez-se necessária a gradativa incorporação de pessoal médico e de enfermagem cada vez mais qualificado para a realização das atividades. Também, faz-se indispensável a incorporação de outros profissionais de apoio à equipe hospitalar, além de materiais e equipamentos específicos à assistência (TREVIZAN, 1988; ALMEIDA; ROCHA, 1997b).

Contudo, permaneceu hegemônico o poder médico sobre o conjunto dos outros trabalhos em saúde, dado que o momento mais intelectual da atividade, que é o diagnóstico e a terapêutica, continua no seu espaço de atuação. “[...] A enfermagem, portanto, neste modelo clínico de saúde, é parte deste processo, é parte do trabalho médico; sua ação é um instrumento que cuidará ou fará cuidar do corpo doente” (ALMEIDA; ROCHA, 1997b, p. 20).

A enfermagem consolidada no Brasil de hoje, por sua vez, com variados campos de atuação, inclusive o hospitalar, teve origem semelhante àquela de outros países do mundo. Nasceu ainda na época da sua colonização e foi praticada por religiosas, curandeiras e parteiras, pessoas dedicadas à cura e à espiritualidade, situação que perdurou até a década de 1920 (SILVA, 1986).

Contudo, a enfermagem profissional no país, significando a categoria de *enfermeiras profissionais* (SILVA, 1986), teve origem nas demandas do sanitarismo campanhista implementado no país, que objetivava: conter as epidemias como a malária, febre amarela, peste bubônica, tuberculose, entre outras; realizar campanhas de vacinação; desenvolver ações iniciais de vigilância sanitária; promover o saneamento dos portos e das cidades, visando, sobretudo, salvaguardar as exportações da agroeconomia e a imigração de mão-de-obra para a constituição do mercado de trabalho capitalista (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JR., 2001).

Em 1922, diante da escassez de profissionais de saúde qualificados para atuar nesta área, Carlos Chagas, então diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, com o objetivo de organizar o serviço de enfermagem, conseguiu trazer para o Brasil um grupo de enfermeiras norte-americanas, que fundaram a Escola de Enfermeiras Ana Néri no Rio de Janeiro. Esta escola representa marco histórico fundamental da estruturação da enfermagem como profissão no país (SILVA, 1986; PIRES, 1989).

A Escola Ana Néri, embora se pautasse no modelo preconizado por Nightingale, trouxe no seu bojo forte influência da cultura norte-americana, cuja vinculação com os Hospitais particulares era direta. Assim, o modelo estava ajustado para os interesses de provisão de mão-de-obra hospitalar e na redução dos custos institucionais, redundando no aumento de atividades práticas, na área, para as alunas e preparando-as para as atividades de administração, supervisão e ensino de enfermagem (SILVA, 1986).

Parece que, embora a intenção fosse atender as demandas da saúde pública no Brasil, esta iniciativa não respondeu exatamente a este objetivo, visto que a educação formal ministrada não preparava profissionais para o trabalho em saúde pública, tendo como tônica o modelo biomédico, centrado na assistência individual e no ambiente hospitalar (SILVA, 1986).

Investimentos governamentais expressivos na formação das enfermeiras profissionais foram realizados, contemplando a população feminina proveniente das classes sociais mais abastadas, enquanto ao proletariado coube o provimento de mulheres para a função de atendente ou auxiliar de enfermagem, consideradas as categorias ocupacionais de enfermagem (SILVA, 1986).

Enquanto nas décadas de 1920 e 30 assistiu-se no Brasil à implantação da enfermagem profissional, nos anos 40 e 50 verificou-se a sua consolidação, impulsionada pelo processo intenso de modernização e expansão dos Hospitais e pelo elevado ritmo da urbanização (SILVA, 1986).

Conforme já discorrido previamente, a Medicina curativa e individual consolidou-se no modelo médico privatista assistencial e especializado, tendo como alvo a classe trabalhadora assalariada, que se consolida com a promulgação da Lei Elói Chaves, que previa assistência médica, fornecimento de medicamentos e outros benefícios, especialmente àqueles vinculados ao setor urbano do complexo industrial (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JR., 2001).

Embora se tenha previsto, ainda na década de 1970, um expressivo movimento da Saúde Pública em busca da alteração deste modelo, inspiradas na nova corrente preventista emergente nos Estados Unidos da América e de discussões que convergiam para a atenção primária à saúde, focada na sua prevenção e promoção à saúde, as exigências pela presença de enfermeiros na assistência hospitalar perduraram e foram potencializadas dia a dia, dada a importante contribuição destes

profissionais na área (RAMOS, 2002).

A consolidação do SUS, com a Constituição Federal de 1988 e legislação complementar, implementou a atenção no campo da prevenção de doenças e promoção à saúde na perspectiva da coletividade.

Trata-se, portanto, do modelo epidemiológico, marcado pelo conhecimento da saúde e da doença e visto na perspectiva da coletividade, que se contrapõe ao modelo clínico, privatista, biologicista, centrado na assistência individual e especializada, hegemônico até então (GONÇALVES, 1994).

Contudo, estes dois pólos devem complementar-se, uma vez que:

[...] a polarização analiticamente realizada entre a epidemiologia e a Clínica não se realiza como oposição de qualidades radicalmente incongruentes, mas como diversidade de uma unidade básica cujo movimento tende menos para o primado de uma sobre a outra do que para a superação de ambas, enquanto estruturas de conhecimento e prática historicamente determinadas como complementares (GONÇALVES, 1994, p. 87).

As novas concepções do sistema de saúde no Brasil, com a implantação do SUS, trouxeram consequências para o trabalho desenvolvido pelos trabalhadores de enfermagem.

O espaço da Saúde Coletiva, que marca o SUS, tem apresentado muitas propostas aos trabalhadores de enfermagem, para a participação nos programas de saúde, na busca do atendimento a uma pluralidade de necessidades, que vão desde as demandas existentes nos espaços dos lares, dos locais de trabalho, até as por procedimentos especializados e de alta complexidade, próprios dos ambientes hospitalares, com o objetivo de promover a saúde da população (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

Trata-se da participação na construção do novo modelo de assistência à saúde, por meio da utilização de vários instrumentos de trabalho como a clínica, as políticas sociais, o saneamento ambiental, a sociologia, a educação em saúde e outros, que vêm se incorporar ao conhecimento epidemiológico e estabelecer ações além do corpo individual, com vistas a promover a saúde da população, controlando a ocorrência de doenças e outros agravos (ALMEIDA; ROCHA, 1997b).

A despeito da contraposição explícita entre o modelo clínico e o

modelo epidemiológico no Brasil, da enfermagem de saúde pública e da enfermagem hospitalar, o fato é que os trabalhadores da área mantiveram-se presentes em todas as esferas da atenção à saúde, quer na atuação curativa, por meio da enfermagem hospitalar, quer na construção dos pilares do novo modelo proposto pelo SUS.

É notório o expressivo contingente quantitativo e qualitativo do pessoal de enfermagem, com capacitação crescente desses profissionais, com sua presença efetiva nas atividades assistenciais dos serviços de saúde nosocomial e da área preventiva, tanto na esfera pública quanto na privada, no desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais e educativas, participação em órgãos diretivos do setor público, nos avanços da pesquisa em enfermagem, entre outras frentes de trabalho.

O Ministério da Saúde (MS), apresentando o Plano Nacional de Saúde para o triênio 2004-2007 (Plano Plurianual) informa que a força de trabalho em saúde no Brasil, em 2002, era de 2.200.000 (dois milhões e duzentos mil) empregos vinculados aos estabelecimentos de saúde, sendo 54,7% no setor público (em torno de 1.200.000 — um milhão e duzentos mil empregos) e 45,3% (1.000.000 — um milhão) no setor privado (BRASIL, 2004a).

Neste cenário, foram muitos os trabalhadores de enfermagem contratados nos programas governamentais nos últimos anos, tais como na Estratégia de Saúde da Família, que totaliza cerca de 15.000 (quinze mil) equipes atuantes que contam com 45.000 (quarenta e cinco mil) trabalhadores de enfermagem, aproximadamente (GELBCKE, 2003).

Há também os Programas de Interiorização do Trabalho na Saúde e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), conquanto estes estejam empregando um grande contingente de trabalhadores para executar ações de enfermagem prescindindo da exigência de formação específica, o que se revela uma grande preocupação quanto à qualidade da assistência prestada, já que está oficialmente autorizada pelo MS.

Dada a crescente oferta de postos de trabalho na área de enfermagem, mostrou-se crescente também o número de escolas de enfermagem que atendesse tanto ao nível técnico quanto à graduação. Como esperado, deu-se aumento do número de profissionais habilitados para o exercício da atividade com a vinculação ao Conselho Federal de Enfermagem, por meio dos Conselhos Regionais de Enfermagem, presentes nos diversos estados da Federação (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2005a).

3 Referencial Teórico

A Tabela 3.1 demonstra o aumento expressivo do quantitativo dessa força de trabalho, tendo aumentado expressivamente, em uma década, o número de trabalhadores, especialmente na categoria de técnicos de enfermagem.

TABELA 3.1 — Distribuição dos trabalhadores de enfermagem no Brasil, ano a ano, por categoria profissional*. Londrina, 2005.

ANO	ENFERMEIRO	%	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	%	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	%	TOTAL	%
1994	44.940	19,9	36.156	16,0	144.764	64,1	225.860	100
1995	48.319	18,9	41.172	16,1	165.885	65,0	255.376	100
1996	55.349	18,2	50.329	16,6	197.940	65,2	303.618	100
1997	61.670	17,9	55.748	16,2	226.273	65,8	343.691	100
1998	66.376	17,2	62.092	16,1	257.690	66,7	386.158	100
1999	71.933	16,4	69.868	16,0	296.203	67,6	438.004	100
2000	77.352	15,8	80.466	16,4	332.080	67,8	489.898	100
2001	83.503	15,1	97.772	17,7	372.411	67,3	553.686	100
2002	90.478	14,4	122.512	19,5	414.084	66,0	627.074	100
2003	98.212	14,0	153.321	21,8	450.244	64,2	701.777	100
2004	...	...	...	...	...	...	...	...
2005	116457	13,7	228030	26,9	504885	59,4	849372	100

FONTE: CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2005a.

*Foram considerados somente registros de profissionais com inscrição definitiva válida (Ativa) no dia 31 de dezembro de cada ano da série.

Ainda que o MS tenha declarado que o pessoal de enfermagem corresponde a 49,6% do Setor Saúde, dos quais 57% corresponde ao pessoal auxiliar ou técnicos de enfermagem (BRASIL, 2003), é preciso considerar a precarização do trabalho de enfermagem, a despeito de todas as perspectivas aparentemente boas, com vistas à valorização dos trabalhadores da área.

Um dos indicadores dessa realidade desfavorável relacionada às condições de trabalho do pessoal de enfermagem refere-se ao contingente de pessoal com duplo emprego, que chega a 70% do quadro (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2005b). Certamente, isto não ocorre por definitiva opção pessoal, mas pelas dificuldades advindas de uma profissão pouco valorizada socialmente, com remuneração insatisfatória, que obriga o trabalhador a adequar horários, plantões, jornadas, muitas vezes conciliados com as responsabilidades domésticas, quando não com a dedicação ao estudo, como única perspectiva para uma almejada ascensão social.

Em que pese a relevância das ações preventivas explicitamente relacionadas ao “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízos dos serviços assistenciais” do artigo 198, inciso II da Constituição Federal Brasileira, a assistência hospitalar também tem merecido destaque no desenvolvimento das políticas de saúde do SUS.

O espaço hospitalar apresenta-se como local hegemônico em que a enfermagem atua na atenção à saúde segundo o modelo clínico, no cuidado curativo tão necessário à assistência à saúde dos usuários dos serviços.

O MS conceitua o hospital como o estabelecimento de saúde dotado de internação, de meios diagnósticos e terapêuticos, cujo objetivo é prestar assistência médica curativa e de reabilitação, podendo atuar também nas áreas de prevenção, ambulatorial, de urgência e emergência e de ensino e pesquisa (BRASIL, 2002a). As referidas instituições são classificadas pelo Ministério de acordo com a complexidade da assistência que presta e o número de leitos disponíveis.

Sabidamente, os Hospitais destacam-se no setor terciário da economia capitalista, instrumento de trabalho e *meio de consumo coletivo*, que congrega em si um arsenal de outros instrumentos de trabalho necessários à produção de serviços demandados pela sociedade (GONÇALVES, 1979).

Os trabalhadores de enfermagem atuantes nessas unidades

assistenciais participam de maneira expressiva da força de trabalho em saúde. Trata-se de prestar assistência à saúde diuturnamente, de maneira individualizada, especializada, quer na área preventiva e curativa quer de reabilitação, especializada, utilizando para isso um aporte tecnológico crescente. Essa assistência tem o cuidado como tônica, a humanização e o comprometimento ético, devendo ir além da dimensão profissional e técnica.

Na área hospitalar, esses trabalhadores precisam estabelecer uma articulação interna com os pares, com aqueles que têm outras atribuições na área, com os demais profissionais de saúde, com outros profissionais participantes do complexo empresarial que é o Hospital, com o empregador, com alunos em processo de formação profissional nos diversos cursos da área da saúde. Ao mesmo tempo, necessitam estabelecer uma relação com os usuários dos serviços, grande parte das vezes em situação de extrema fragilidade proveniente de agravo à saúde instalado, assim como seus familiares, com os processos estruturais e políticos da sociedade, com aquilo que socialmente espera-se de um profissional categorizados pelo devotamento e subserviência.

Para a produção de serviços de enfermagem hospitalar, o processo de trabalho em enfermagem tem particularidades, dada a maneira como é organizado e desenvolvido. Na busca de definir processo de trabalho de enfermagem, a seguir serão apresentados os conceitos fundamentais do processo de trabalho em saúde.

Conforme já apontado previamente, o processo de produção capitalista desdobra-se em dois pólos: processo de valorização do capital e processo de trabalho. O primeiro pauta-se na busca do lucro, obtido pela produção de bens e serviços por meio do processo de trabalho. O processo de trabalho, por sua vez, inserido em uma determinada organização e divisão da atividade, é caracterizado pela transformação de um objeto de trabalho em um produto final, por meio de instrumentos (MARX, 1983).

Especificamente na área da saúde, o processo de valorização tem como produto comercializável a produção de serviços de saúde.

O processo de trabalho em saúde caracteriza-se pela prestação de assistência na área aos usuários dos serviços, realizada pelos seus trabalhadores com as mais diversas qualificações. Tem, no modelo clínico, como objeto de intervenção o ser humano, com todas as suas particularidades biológicas, psíquicas, sociais e

culturais; quando no modelo epidemiológico, tem como objeto o corpo coletivo, a realidade de grupos populacionais. Os instrumentos de trabalho utilizados são todos os ambientes ambulatoriais e hospitalares, medicamentos, materiais e equipamentos, intervenções terapêuticas, exames, a tecnologia direta e indireta empregada, o conhecimento, a organização e a força de trabalho inserida nestes processos. Os trabalhadores da área da saúde envolvidos na atenção à saúde constituem a força de trabalho, que emprega energia vital e criativa no processo, e desgasta-se na atividade desenvolvida (GONÇALVES, 1979; SILVA; KURCGANT; QUEIROZ, 1998; SILVA et al., 2000).

O processo de trabalho em saúde na área hospitalar, centrado na atenção individual ao paciente/cliente, família e comunidade é desenvolvido num contexto organizacional, com vários níveis hierárquicos articulados e com uma gama de atividades profissionais de diferentes formações. Esse processo conta com um corpo de profissionais desde os da área. Há desde o pessoal da área médica e acadêmica do campo da saúde, tais como médicos, trabalhadores de enfermagem, farmacêuticos, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas e pessoal de laboratórios até os técnico-administrativos, os dos serviços de engenharia, manutenção, zeladoria, limpeza, lavanderia, capelania, entre outras.

Destaca-se, no entanto, que todo o processo continua tendo como núcleo o médico, que mantém hegemonia e poder sobre o conjunto das ações de saúde, dado a característica da atividade (ALMEIDA; ROCHA, 1997b; GELBCKE, 2003).

O processo de trabalho em enfermagem, segundo a Associação Brasileira de Enfermagem, apresenta como objetivos de maior relevância os de assistir/cuidar, gerenciar, pesquisar e ensinar, desenvolvendo e qualificando a força de trabalho, objetivos estes que demandam finalidades, meios e instrumentos específicos para cada vertente (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 1997)

A enfermagem hospitalar tem como finalidade maior prover assistência na área ao usuário dos serviços, sua matéria-prima, sendo a tônica o cuidado, a assistência integral, individualizada e humanizada, incluindo a família dos indivíduos. Os instrumentos de trabalho envolvem o conhecimento técnico e científico da área, o conhecimento gerencial e institucional, as instalações físicas, os materiais e equipamentos utilizados, o diagnóstico de enfermagem e diagnóstico médico, a

prescrição de enfermagem, a tecnologia em saúde e em enfermagem, a maneira como o serviço é dividido e organizado entre os prestadores da assistência.

Acrescenta-se, ainda, que é notória a participação da enfermagem nos processos administrativos das referidas instituições, nas atividades de ensino e de pesquisa, especialmente naqueles com características de Hospitais de Ensino.

O processo de trabalho de enfermagem hospitalar tem na atuação dos enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem a força de trabalho, uma vez que estas empregam força física, intelectual e emocional no desempenho das atividades.

Para tanto, têm de suportar o desgaste físico e psíquico da lida com a dor e o sofrimento, do imprevisto das salas de emergência e cirúrgicas, com a necessidade de adaptação a novas tecnologias e alteração na produção dos serviços, do cotidiano que necessita compatibilizar a profissão pouco reconhecida e mal remunerada com a própria manutenção e a de seus dependentes. Para tanto, assumem uma postura de resistência, num processo adaptativo para superar as dificuldades.

De fato, no desenvolvimento da atividade de assistir em enfermagem, na prestação da assistência, as conseqüências do trabalho em saúde presentes no processo saúde-doença específico do grupo social sobrepõem-se ao trabalhador. Assim, a interação com os clientes, familiares, outros profissionais, alunos, tanto na parte física como emocional, o estresse decorrente do convívio com o sofrimento e a dor, o risco de contrair doenças infecciosas graves e determinantes para a vida e saúde, a necessidade de crescente preparo técnico e científico, o manuseio e o contato com novas tecnologias, a competitividade do mercado de trabalho, o baixo reconhecimento pessoal e profissional por parte da sociedade, traduzem-se em cargas de trabalho que revertem em desgaste para o trabalhador.

As cargas presentes no processo de trabalho de enfermagem e que se sobrepõem aos trabalhadores foram estudadas por alguns pesquisadores da área (SILVA, A., 1996; SILVA, V., 1996, SILVA; KURCGANT; QUEIROZ, 1998; ROCHA, 2003; SANTOS; ARAÚJO, 2003; FELLI; TRONCHIN, 2005).

As de materialidade externa são as cargas:

- **BIOLÓGICAS:** presentes no risco diário pela exposição a doenças infecciosas de variadas naturezas, que podem trazer conseqüências graves para a vida e saúde do trabalhador, tais como bactérias, vírus, fungos, parasitas e fibras vegetais, entre outros. Derivam, principalmente, do objeto de trabalho e das

condições de higiene ambiental em que ocorre a realização do trabalho. Podem trazer como consequência as doenças infecto-contagiosas como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), as Hepatites B e C, entre outras.

- **FÍSICAS:** expressas no ruído, nas vibrações provenientes da maquinaria, nas altas temperaturas, na umidade, na ventilação e iluminação inadequadas, na radiação das Unidades de Radiologia, Hemodinâmica, Eletroimagem, no Centro Cirúrgico (CC), entre outros, em que os trabalhadores se expõem pela necessidade de prestar assistência direta aos pacientes. Caracterizam determinado ambiente de trabalho e decorrem, principalmente, das exigências técnicas para a transformação do objeto de trabalho. expressam-se por meio dos choques elétricos, exposição à radiações ionizantes, ao fogo, entre outros.
- **QUÍMICAS:** presentes cotidianamente nas atividades de administração de medicamentos, com destaque para os quimioterápicos, no manuseio de produtos químicos, desinfetantes, desincrostantes, nos gases e vapores, etc. São derivadas, principalmente, do objeto de trabalho e dos meios envolvidos em sua transformação e se apresentam por meio de queimaduras, alergias e outros agravos de difícil caracterização, embora muitas substâncias sejam, sabidamente, muito nocivas à saúde do trabalhador.
- **MECÂNICAS:** presentes nas atividades de transporte e movimentação de pacientes, muitas vezes agressivos e/ou com distúrbios de comportamento, no transporte de equipamentos e materiais de uso para o atendimento, na utilização de macas, camas e cadeiras, no mobiliário e pisos inadequados, nas condições de instalação e manutenção dos meios de produção. Trazem como consequência as contusões, preensão dos dedos das mãos, perfurações com agulhas, fraturas, cortes, sendo facilmente reconhecidas como ATs.

Por sua vez, as cargas de materialidade interna são as:

- **FISIOLÓGICAS:** resultantes do trabalho em turnos, da dupla ou até tripla jornada a que se submetem os trabalhadores em razão dos baixos salários e da pouca valorização profissional, do desempenho de atividade em pé, do trabalho em turnos, da realização de horas-extras, da sobrecarga de atividades pela exigência da produtividade e dos esforços físicos e posições assumidas para a prestação da assistência, dos movimentos exigidos pelas tarefas. As consequências são as dores de coluna, alteração nos ritmos biológicos, dores nos membros inferiores, ente outras.

- **PSÍQUICAS:** advindas do estresse no trabalho, das atividades emergenciais ou de urgência, do convívio com a dor, o sofrimento e a morte, da intensificação das tarefas, da necessidade de manter-se atualizado numa atividade com mercado de trabalho competitivo, das relações de poder com a chefia e diversos saberes relacionados a atividade de enfermagem, da organização e a divisão do trabalho. Essas cargas acarretam estresse, fadiga, alterações de humor, distúrbios psíquicos.

Nessa caracterização, entre os muitos agravos que atingem os trabalhadores de enfermagem, estão aqueles ocasionados pelos acidentes de trabalho (ATs) ocorridos no ambiente de trabalho, os denominados acidentes de trabalho típicos (ATTs).

Sabidamente, os ATs sobrevivem de maneira abrupta ou insidiosa no corpo dos trabalhadores, em decorrência do desgaste sofrido e provocado pela exposição às cargas de trabalho existentes nos processos de trabalho dos serviços de saúde.

Na análise dos ATs faz-se absolutamente necessário o conhecimento da realidade dos centros de trabalho para o estabelecimento de estratégias e medidas concretas de transformação e promoção das condições de vida dos trabalhadores, contando-se com as forças sociais empenhadas nesta causa (LAURELL, 1985).

O acidente, ao ser analisado na dinâmica do processo de produção, apresenta novos elementos causais com articulação distinta entre eles. Ainda, considerando-se que as cargas sintetizam a mediação entre o trabalho e o desgaste sofrido em consequência do trabalho, a dinâmica do acidente envolve, na maioria das vezes, várias cargas, tendo cada caso uma forma de apresentação particular. As cargas não somente se somam, mas, potencializam-se e dão consistência ao processo de produção, caracterizando-o de maneira específica (LAURELL; NORIEGA, 1989).

Nessas condições, portanto, a ocorrência do AT não pode ser atribuída ao *ato inseguro*, ou ao também denominado *descuido*, em que a culpa passa a ser da vítima, mas deve ser considerada como “produto de uma combinação de cargas determinada pela lógica global do processo de trabalho” (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 114).

É fato que a Epidemiologia caracteriza-se pela busca de esclarecer os determinantes da saúde dos grupos populacionais, de descrever a distribuição das

doenças e outros agravos à saúde apresentados, de expressar o desgaste apresentado pelos grupos de trabalhadores.

Entretanto, o estudo epidemiológico não se limita a reunir dados estatísticos e estabelecer comparações das evidências apresentadas, mas persegue o conhecimento das relações entre os diferentes aspectos da vida social e os problemas de saúde da população, na tentativa de compreender o processo saúde-doença do coletivo (FACCHINI, 1994b).

A Epidemiologia entende a heterogeneidade da população e a distinção existente entre os diversos grupos sociais, de acordo com a classe a que pertencem. O referencial teórico da Saúde do Trabalhador, centrado no materialismo histórico, apresenta-se na perspectiva de explicar os contrastes existentes na relação trabalho e saúde da coletividade. E foi eleito como marco teórico central deste estudo, considerando-se a pertinência em desvelar o contexto dos ATs que atingem os trabalhadores de enfermagem de instituição hospitalar, uma vez que não se tratam apenas de números apresentados, mas, revelam contextos e relações intrincadas no seu bojo.

3.4 ACIDENTES DE TRABALHO (ATs) E A EQUIPE DE ENFERMAGEM

A enfermagem, sob o ponto de vista do cuidado, é uma das profissões da área da saúde que tem em sua essência o cuidado com o ser humano, responsabilizando-se pelo seu conforto, por seu bem-estar e acolhimento (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

O *cuidar em enfermagem*, contudo, acarreta conseqüências sobre o corpo do trabalhador, deixando *marcas*, expressas tanto no seu físico quanto no seu estado emocional.

Os ATs sofridos pelo pessoal de enfermagem, especialmente os decorrentes das tarefas do cuidado em saúde, são promotores de muitas dessas *marcas*, trazendo conseqüências variadas no âmbito profissional, pessoal e social.

A legislação sobre ATs no Brasil, que atende aos trabalhadores e demais segurados vinculados ao Regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), entre as quais figura parcela expressiva dos trabalhadores de enfermagem, está

expressa na Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991 (BRASIL, 1998a).

Essa Lei dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social, assegurando aos beneficiários do Instituto Nacional de Previdência Social (INSS), órgão vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), as condições indispensáveis para a sua manutenção, quando da ocorrência de incapacidades, idade avançada, desemprego involuntário, tempo de serviço, prisão ou morte de provedores, incapacidade, encargos familiares.

O artigo 19º. da legislação supra citada define:

[...] Acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados [...] provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho (BRASIL, 1998a).

São eventos bem definidos no tempo e no espaço, que apresentam conseqüências imediatas na maioria das vezes, permitindo que se estabeleça o nexo causal com o trabalho. O trabalhador acidentado freqüentemente os encara como resultado da falta de sorte, da infelicidade de um momento, ou, do seu próprio descuido (BINDER; ALMEIDA, 2005).

Entretanto, é necessário considerar que, na quase totalidade dos casos, os fatores desencadeantes dos ATs já estavam presentes no contexto do processo de trabalho, muito tempo antes da ocorrência, e mantêm-se presentes mesmo depois do evento, mostrando tratar-se de *fenômenos previsíveis*, eventos passíveis de prevenção por meio da sua eliminação, ou mesmo neutralização evitando-se, assim, o seu acontecimento (BINDER; ALMEIDA, 2005).

Também são equiparados aos ATs, segundo a mesma Lei:

- o acidente ocorrido no trajeto, da residência ao local de trabalho do segurado, ou deste para aquela;
- o acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a sua única causa, tenha contribuído diretamente para a morte do trabalhador, para a redução ou perda da sua capacidade para o trabalho, ou que tenha produzido lesão que exija atenção médica para a sua reabilitação (BRASIL, 1998a).

Um segundo grupo de agravos à saúde do trabalhador relacionado

com a atividade laboral diz respeito àqueles que se manifestam no seu corpo de modo insidioso, que são:

- a doença profissional, caracterizada como aquela que foi produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho inerente à determinada atividade;
- a doença do trabalho, aquela adquirida ou desencadeada em decorrência de condições especiais em que o trabalho é realizado, relacionando-se com ele diretamente (BRASIL, 1998a).

Considerando-se a dificuldade de diferenciação entre as doenças profissionais e as do trabalho presente no texto legal, por meio de consenso entre o MS e o MPAS, foi adotada a denominação de **doença relacionada com o trabalho**, para designar os agravos originados no processo de trabalho, tanto para o uso clínico quanto para o epidemiológico (MENDES, 2005).

Estas doenças constam da legislação brasileira no Anexo II do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6/5/1999 (BRASIL, 1999a) e na Portaria nº. 1.399/Gabinete do Ministro (GM) do MS (BRASIL, 1999c), por meio de duas listas, a saber:

- **LISTA A** – que traz a relação de agentes ou fatores de risco de natureza ocupacional com as respectivas doenças que podem estar com eles relacionadas (Lista organizada a partir do Anexo II do Regulamento dos Benefícios da Previdência Social);
- **LISTA B** – que apresenta a relação de **doenças relacionadas ao trabalho** elaborada a partir da Lista A, baseada na relação de agentes etiológicos ou fatores de risco de natureza ocupacional constantes no Anexo II do Regulamento dos Benefícios da Previdência Social, ampliada e atualizada, e disposta segundo a taxonomia, nomenclatura e codificação da CID-10 (BRASIL, 1999c; MENDES, 2005).

A lista A é muito utilizada por médicos do trabalho e médicos peritos do INSS, que a partir dos agentes causais ou fatores de risco identificam as patologias causalmente relacionadas com os referidos agentes e fatores de risco. A lista B é mais utilizada por médicos do Sistema de Saúde que atendem os trabalhadores, partindo da identificação da *doença* para chegar aos prováveis agentes causais ou aos fatores de risco de natureza ocupacional (MENDES, 2005).

Contudo, se a investigação for realizada com base na profissão e não

na doença, com a finalidade de verificar **de que adoecem e morrem os trabalhadores**, conforme bem pesquisou Ramazzini, fica consolidado o real conceito de doença relacionada ao trabalho, sendo esta a nova proposta em pauta para a caracterização dos agravos que incidem sobre os trabalhadores (MENDES, 2005).

Destaca-se que não são consideradas como doenças do trabalho as doenças degenerativas, as inerentes ao grupo etário, as que não produzam incapacidade laborativa e as doenças endêmicas adquiridas por “segurado habitante da região em que ela se desenvolva, salvo comprovação de que é resultante de exposição ou contato direto determinado pela natureza do trabalho” (BRASIL, 1998a).

No art. 21, a referida Lei nº 8.213 assevera que são equiparados ao AT:

- os acidentes que, não obstante o trabalho não ter sido a única causa da ocorrência, tenham contribuído para perda ou redução da capacidade do segurado para o trabalho, lesão, que demande assistência médica para a sua recuperação ou até mesmo a sua morte.
- os acidentes sofridos pelo segurado no local e horário do trabalho, em consequência de: ato de agressão, terrorismo ou sabotagem provocados por companheiro de trabalho ou até mesmo por terceiro; ato de imprudência, de negligência ou de imperícia de companheiro ou de terceiro; ofensa física intencional, motivada por disputa relacionada com o trabalho; catástrofes, desabamentos, além de outros;
- a doença proveniente de contaminação acidental do segurado no exercício de sua atividade;
- os acidentes sofridos fora do local e horário de trabalho, na execução de tarefas ou na realização de serviço sob a ordem da empresa; na prestação espontânea de serviço qualquer à empresa objetivando evitar prejuízo ou proporcionar ganho; em viagem a serviço da empresa, inclusive para estudos, quando custeada por esta, dentro de seus planos para melhor capacitação da mão-de-obra, independentemente do meio de transporte utilizado, inclusive veículo de propriedade do segurado; no trajeto da residência para o local de trabalho ou deste para aquela localidade, qualquer que seja o meio de locomoção, não se excluindo o veículo de propriedade do próprio segurado (BRASIL, 1998a).

A legislação determina que a adoção e uso de medidas preventivas para proteção e segurança da saúde dos trabalhadores são encargos de responsabilidade das empresas. Para tanto, é fundamental que haja investigações das

ocorrências de ATs, com a finalidade de explicitar as falhas no sistema, que ocasionaram essas ocorrências e prevenir novos casos.

Na prática, contudo, o que se tem verificado é que a falta de definição clara do objetivo da referida averiguação tem sido elemento complicador da análise dos ATs, uma vez que, quando se buscam esclarecimentos a respeito dos fatores causais e dos responsáveis, o caso tende a ser encerrado. Isso sem contar o fato ainda mais grave de que os trabalhadores, temendo represálias por parte do empregador, são por vezes induzidos a omitir informações (BINDER; ALMEIDA, 2005).

Todo AT que atinge o trabalhador possuidor de carteira assinada ou qualquer outro tipo de vínculo com o Regime Geral da Previdência Social deve, necessariamente, ser notificado ao INSS, por meio da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), instrumento legal para a sua devida documentação do mesmo. Empresas previdenciárias privadas ou vinculadas ao serviço público também têm utilizado a mesma denominação para os seus registros de ATs.

A CAT fornece informações referentes à identificação do acidentado, ocupação, informações sobre a empresa empregadora, tipo de atividade econômica, horário de ocorrência do acidente, agente causador da lesão, além de breve descrição de como se deu o evento. Também, disponibiliza espaço onde há o atestado do médico assistente que informa sobre a unidade que prestou assistência, descreve a lesão, sua natureza, diagnóstico provável com respectivo código de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID) e faz-se necessário o afastamento da atividade laboral.

Considerando que o acidente pode ter como consequência o afastamento simples do trabalhador, a perda ou redução da sua capacidade para o trabalho ou a morte, o INSS, por meio da perícia médica, analisa a situação e disponibiliza os seguintes benefícios ao segurado, de acordo com o Decreto 3.048/99 (BRASIL, 1999a):

- Auxílio-doença: benefício previdenciário aos enquadrados com incapacidade laborativa em curto prazo (Art. nº. 71 a 80);
- Auxílio-acidente: concessão atribuída ao segurado, exceto o doméstico, ao segurado especial e também ao médico-residente, quando da existência de seqüela definitiva decorrente do acidente (Art. 104);
- Aposentadoria por invalidez: quando o segurado é considerado incapacitado para o trabalho e impossibilitado de exercer atividade que lhe garanta a subsistência (Art. Nº. 43 a 50).

Reitera-se que o médico perito do INSS deverá realizar o reconhecimento do nexo causal entre o acidente e a lesão sofrida pelo acidentado, entre a doença apresentada e o trabalho desenvolvido, entre a causa da morte e o AT (BRASIL, 1998a).

A legislação trabalhista estabelece que a empresa deve comunicar o AT, por meio da CAT, ao INSS até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência e em caso de morte, esta deve ser feita imediatamente à autoridade policial (BINDER; ALMEIDA, 2005; BRASIL, 1998a).

No caso da instituição empregadora eximir-se de proceder à comunicação, o próprio acidentado, seus dependentes, o sindicato, o médico assistente ou qualquer outra autoridade pública poderá fazê-lo (BRASIL, 1998a).

Os servidores públicos titulares de cargos efetivos, civis e militares, embora não estejam vinculados ao INSS; estão filiados aos regimes próprios de previdência, instituídos e organizados pelos respectivos municípios, estados ou da União, cujos preceitos legais que controlam esses regimes possuem fundamento no Art. 40, da Constituição Federal, e são diferentes daqueles aplicados ao Regime Geral da Previdência Social (BRASIL, 2005b).

Sendo assim, não participam das estatísticas oficiais dos ATs, assim como os profissionais liberais, proprietários, trabalhadores autônomos, empregadas domésticas e trabalhadores da economia informal, quando acidentados (BINDER; ALMEIDA, 2005).

A respeito das estatísticas dos ATs no Brasil, é fato que as Declarações de Óbito e as CATs configuram-se como os instrumentos mais fidedignos de informação das ocorrências e com base nelas é que as estatísticas oficiais são elaboradas.

Há uma crítica em torno da CAT, dizendo-se que ela é um instrumento para a obtenção de benefícios securitários e não, necessariamente, para controle epidemiológico, para o conhecimento da situação de vida e saúde da população e posterior desencadeamento de ações preventivas (NAPOLEÃO, 1999).

Segundo os dados do MPAS, a população brasileira em 2003 era de 173.966.052 pessoas, sendo que a população economicamente ativa (PEA) registrada somava 87.787.660, das quais 79.250.627 estavam ocupadas e 8.537.033 desocupadas. Ainda, 43.089.178 estavam empregados, sendo 23.704.107 com carteira

assinada, 5.231.897 empregados no funcionalismo públicos estatutários e militares; 6.0811.879 trabalhadores domésticos, 17.709.344 em atividades autônomas e 3.323.943 de empregadores (BRASIL, 2005a).

Só em 2003, a Previdência Social registrou o número de 30.219.463 trabalhadores formais (34,5% da PEA), ou seja, trabalhadores portadores de carteira assinada, com a cobertura da legislação trabalhista e do SAT (BRASIL, 2005a).

Quanto aos servidores públicos ativos e inativos, dados da Previdência Social, apenas do ano 2000, deram a conhecer o total de 2.560.958 trabalhadores ativos, 1.035.576 inativos e 514.173 pensionistas, perfazendo a relação de 1,65 servidor ativo para cada inativo. Não há referência do quantitativo de ATs ocorridos ente esses (BRASIL, 2005b).

As estatísticas da Previdência Social, por apresentarem apenas e tão-somente os dados referentes aos trabalhadores que são contribuintes e assegurados pelo SAT, com base na CAT e no Sistema Único de Benefícios, por não possibilitarem o conhecimento dos casos em que o afastamento do trabalhador é pequeno, ou nem mesmo ocorre e por não contemplarem os eventos que envolvem os trabalhadores informais e aqueles vinculados a outros órgãos previdenciários, realmente, não refletem a realidade dos ATs no Brasil. Contudo, devem ser consideradas, levando-se em conta que possibilitam o conhecimento da realidade de uma parcela expressiva dos trabalhadores, bem como das repercussões dos infortúnios sofridos por eles.

As repercussões dos agravos à saúde dos trabalhadores podem ser não somente imponderáveis como também irreversíveis e impagáveis. Imponderáveis são identificadas como aquelas de natureza essencialmente subjetiva, de difícil caracterização, como os casos de fadiga, da Síndrome do Esgotamento Profissional (Síndrome de Burnout), do estresse, dos danos morais causados ao trabalhador, cuja quantificação para reparação financeira integral não é possível. Entre os danos impagáveis, por sua vez, estão as incapacidades permanentes, decorrentes de graves lesões físicas e/ou casos de danos funcionais como seqüelas neurológicas, amputações, cegueira, entre outros, assim como os casos extremos, a morte do acidentado (MENDES, 2005).

Nesta perspectiva, é grande o desafio dos profissionais de saúde de conhecer a realidade e, sobretudo, atuar sobre ela em busca de sanar ou diminuir, tanto quanto possível, os impactos da insalubridade do trabalho no corpo e na mente do

trabalhador. Quando se trata de atuar exatamente sobre a população dos próprios trabalhadores da saúde, este desafio se torna ainda maior, pela proximidade que os profissionais têm com a atividade laboral. Afinal, quem cuida da Saúde dos Trabalhadores da Saúde?

A Norma Regulamentadora nº 4 (NR-4), sobre Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), com a Classificação Nacional de Atividades Econômicas, publicada pelo IBGE, apresenta o grupo Saúde e Serviços Sociais, ao qual foi atribuído o grau de risco dois (BRASIL, 1995a).

Neste grupo foi registrado, em 2003, o total de 25.202 acidentes (6,4% do total nacional), dos quais 12.800 geraram incapacidade temporária e 21 mortes. Os acidentes atingiram a faixa etária até 34 anos em 51% dos casos representados por 12.952 registros. As atividades de atendimento hospitalar, constante deste grupo, apresentaram, em 2003, a cifra de 20.208 acidentes (80% do total do Setor), dos quais 9.541 geraram incapacidade temporária e 12 mortes. Os acidentes atingiram a faixa etária entre 16 e 34 anos em 51% dos casos representados por 10.350 registros (INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE NO TRABALHO, 2005).

O registro da alta incidência de acidentes e doenças do trabalho que acometem os profissionais de saúde, empenhados em promover a saúde dos usuários dos serviços, representa uma situação extremamente grave e comprometedora.

Os estabelecimentos de assistência à saúde (EAS), especificamente os hospitalares, que deveriam ser modelo de atenção à saúde dos trabalhadores, a começar dos que neles trabalham, mostram-se com problemas sérios de infra-estrutura, com planta física inadequada, com profissionais sobrecarregados e com cobranças de eficiência e eficácia no contexto da economia capitalista.

Acresce que as novas tecnologias em saúde, muitas vezes, estão acima das possibilidades técnicas e operacionais dos trabalhadores, sendo evidente a necessidade de atualização constante, já que os riscos ocupacionais são os mais diversos, incluindo-se o contato com doenças infecciosas graves, exposição a radiações e produtos químicos, entre outros.

Riscos ocupacionais presentes na atividade hospitalar dos trabalhadores são destacados por Bulhões (1994), MS (BRASIL, 1995b), Marziale, Kourrouski e Robazzi (1999), Oliveira e Murofuse (2001), Robazzi e Marziale (2004),

3 Referencial Teórico

Mendes (2005), entre outros. Os autores abordam os riscos químicos, físicos, biológicos, psicossociais e ergonômicos.

O pessoal de limpeza hospitalar está exposto aos riscos presentes no contato com produtos químicos, materiais biológicos, sujidades de variadas naturezas, transporte de equipamentos pesados, esforço físico intenso, contato com lixo hospitalar, trabalho em turnos.

Os auxiliares de lavanderia também têm contato com matérias biológicas de fonte desconhecida, agulhas perdidas em meio à roupa destinada à lavagem, com sujidades variadas presentes nessas roupas, que vão desde sangue a secreções e excretas, envidam esforço físico intenso no transporte de carrinhos pesados, além de desempenharem seu trabalho em ambiente com exposição a temperaturas altas e com ruídos intensos.

O pessoal de cozinha por sua vez está expostos ao calor, a um trabalho intenso, a altas temperaturas em torno dos fogões e chapas para frituras, a riscos de incêndios e explosões, a trabalho diurno, em pé, utilizando às vezes materiais inadequados.

O pessoal de farmácia e almoxarifados também carrega pesos, trabalha em turnos, obriga-se a posturas inadequadas, é responsável por medicamentos psicotrópicos, quimioterápicos, entre outros, está sujeito ao estresse emocional por sua responsabilidade em não deixar faltar os medicamentos necessários ao atendimento dos pacientes.

O pessoal administrativo, que se relaciona com pessoas das mais variadas classes sociais, deve compatibilizar os atendimentos, as visitas, as solicitações do pessoal médico, da enfermagem, de alunos, de copeiras, da farmácia, o faturamento hospitalar, as estatísticas, os prontuários, numa atividade de responsabilidade e altamente estressante, em que assumem posturas viciosas, além do risco das LER/DORT.

Os trabalhadores da radiologia, expostos à radiação, têm como contrapartida, o adicional de periculosidade, que, no entanto, é irrisório diante da insegurança e da possibilidade da perda da saúde, quando a atuação se dá em estabelecimentos que não prezam o atendimento das normas de segurança preconizadas.

Especificamente com relação ao pessoal de enfermagem é preciso destacar o trabalho diuturno, o contato ininterrupto e muito próximo com pacientes e familiares, o convívio com a dor que a morte, o manuseio de fômites contaminados com sangue e outros fluidos corporais potencialmente infectantes, preparo de medicamentos e a utilização de produtos químicos variados, os baixos salários e o baixo prestígio social, a necessidade de duplo vínculo empregatício, quando não triplo, o convívio com situações de urgência/emergência com o inesperado, o enfrentamento de relações de trabalho conflituosas nas esferas do poder, a necessidade de resistir sempre.

Robazzi e Marziale (2004, p. 835) denunciaram esta realidade.

No cotidiano do trabalho de enfermagem é comum observar-se situações de risco, tais como: administração de banhos no chuveiro nos pacientes, com os trabalhadores utilizando sacos de lixo amarrados nos pés, para protegê-los, devido à ausência de EPI apropriados; após a realização de coletas de sangue e outros líquidos corpóreos veiculadores de microrganismos patogênicos, muitos trabalhadores transportam seringas, agulhas e outros instrumentos pelos corredores dos EAS, sem proteção, até esses serem depositados em caixas de descarte, localizadas longe dos locais das coletas e muitas vezes com a capacidade esgotada, não sendo observados os limites estipulados pelo fabricante. Há a presença de trabalhadores com calçados abertos, bem como portando adornos os quais lhes facilitam a possibilidade de contaminação. Além disso, sofrem quedas e conseqüentes AT por escorregarem em chão lisos dos estabelecimentos de saúde; trabalhadores trajando uniformes desses EAS deslocam-se dos seus locais de trabalhos até os meios de transporte coletivos e daí para suas casas, sem ter tido oportunidades de mudar as suas roupas após a jornada laboral.

É fato que o regime de trabalho intenso anteriormente discutido, com altas cargas de trabalho físicas, químicas, biológicas, fisiológicas, mecânicas e psíquicas, predispõe o trabalhador à ocorrência de acidentes e doenças ocupacionais, e que muitos desses são previsíveis e, portanto, passíveis de prevenção.

É importante esclarecer que outros infortúnios podem ocorrer mesmo na vigência da adoção de medidas de segurança, que são as situações imprevisíveis. Trata-se de acidentes que acontecem por atitudes inadvertidas e violentas de pacientes, esbarrão de colega de trabalho, quebra de um equipamento durante o manuseio, entre outros.

Sendo assim, o esperado é que, minimamente, haja esforços no sentido de prevenir os casos de agravos previsíveis.

Os problemas inerentes ao processo de trabalho de enfermagem são encarados como normais, como *mal necessário* da profissão, como situação que faz

parte do contexto do trabalho e à qual o trabalhador acaba se submetendo e com ela se conformando.

A maneira como o trabalho é desenvolvido e organizado apresenta repercussões no convívio familiar, no sono, nos projetos de futuro, no *modo de andar a vida* dos trabalhadores de enfermagem.

O advento da AIDS parece ser o elemento propulsor da atenção à saúde dos trabalhadores dos EAS, uma vez que o risco ocupacional decorrente da exposição aos pacientes portadores do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV), tornou o assunto de interesse especial.

Os agentes biológicos, representados pelos microorganismos e parasitas infecciosos vivos, bem como os seus produtos, são agentes patogênicos de doenças profissionais. Podem provocar a ocorrência de doenças como a hepatite B e a tuberculose pulmonar, a AIDS, lesões por herpes simples, herpes zoster, rubéola, difteria, meningite, parotidite, febre tifóide, gastroenterite infecciosa, queratoconjuntivite epidêmica, infecções respiratórias, além das temidas infecções hospitalares por *Pseudomonas*, *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Salmonellas*, *Streptococcus*, entre outros (BULHÕES, 1994).

Em pesquisa que objetivou conhecer as maneiras que o trabalhador de enfermagem hospitalar encontra para promover o autocuidado durante a atuação profissional identificou-se que o *cuidar de si* para os trabalhadores de enfermagem significa prevenir doenças, ter cuidados com o corpo para proteger a própria vida. Os trabalhadores, portanto, utilizam-se dos conhecimentos de transmissão de doenças, de microbiologia, para o autocuidado e prevenção de enfermidades, estando relacionado de maneira preponderante com o “cuidado da própria saúde física para ter condições, energias e forças para exercer o seu trabalho de cuidar do outro”, para ter o corpo como *ferramenta* em condições de trabalho (COSTA; RAMOS, 2004).

O trabalho, para os trabalhadores de enfermagem, é sempre priorizado em detrimento deles próprios. A escassez de recursos humanos, na maioria das instituições de saúde, os leva a realizar as atividades com pressa; na dupla e tripla jornada de trabalho que extenua suas forças e contribui para restringir a visão do cuidado de si na realização do mesmo (COSTA; RAMOS, 2004).

Portanto, ainda há muito que amadurecer na relação entre o trabalhador e o seu mundo, entre o que ele deseja, sua esperança, e o mundo do

trabalho, o que dele é esperado e cobrado, o que lhe consome as forças.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT), discorrendo sobre o trabalho da enfermagem hospitalar e a ergonomia, desde a década de 40, tem atuado em relação ao problema das inadequadas condições de trabalho nos Hospitais, apresentando recomendações sobre a higiene e segurança no trabalho (MARZIALE; ROBAZZI, 2000).

A Norma Regulamentadora 32 (NR-32) de Segurança e Saúde no Trabalho em EAS, apresenta-se como uma proposta positiva para estabelecer procedimentos e medidas protetoras relacionadas às condições de trabalho, uma vez que não existe legislação específica que trate dos problemas de segurança e saúde na área (ROBAZZI; MARZIALE, 2004; ROBAZZI; BARROS JR., 2006).

Ela foi instituída por meio da Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005, e estabelece os requisitos mínimos e as diretrizes básicas para implementar as medidas de proteção a profissionais da área de saúde que trabalham em Hospitais, Clínicas, Laboratórios, ou, sua promoção, ensino e pesquisa desenvolvidos em Universidades e nos serviços médicos ocupacionais existentes dentro das empresas (BRASIL, 2005c).

A produção científica no Brasil, na área de enfermagem que tem discutido a relação entre saúde e trabalho na enfermagem, segundo Silva (1996) e Oliveira e Lisboa (2004), estiveram em sua maioria, na década de 1970 e 1980, ligados à concepção de Saúde Ocupacional, à ergonomia tradicional, em que o trabalhador de enfermagem é considerado objeto de ações educativas e curativas no domínio da empresa.

Na década de 1990 ocorreu um crescimento de estudos na área Saúde do Trabalhador, fruto da expansão dos cursos de pós-graduação em nível de mestrado e doutorado. No final desse período é que surgiram os primeiros estudos, em número de cinco, voltados para a temática subjetividade e trabalho, reconhecendo a devida importância do assunto para a compreensão dos processos que envolvem a vida desses trabalhadores (OLIVEIRA; LISBOA, 2004).

De fato, é facilmente constatado o crescente número de abordagens metodológicas apresentadas pela área de pesquisa da Saúde do Trabalhador de Enfermagem.

Especificamente, as pesquisas brasileiras indexadas nas bases de dados *Medline*, *Lilacs*, *Bdenf*, *Scielo* que abordam a temática dos acidentes ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem comprovam esta proposição. Utilizando-se os descritores *acidentes de trabalho*, *occupational accidents*, *enfermagem*, *nursing*, *hospitais*, *hospitals* para a pesquisa da relação entre os acidentes de trabalho e os descritores *materialismo*, *marxism* na avaliação da abordagem referente ao materialismo histórico, foram evidenciados vários estudos.

Um dos mais tradicionais é um artigo de Oliveira, Makaron e Morrone (1982) sobre a epidemiologia dos ATs em Hospital Geral, durante o ano de 1979. O estudo procurou levantar indicadores relacionados aos acidentes. Concluiu-se que os funcionários pertencentes às menores faixas salariais, tais como cozinheiros, pessoal de zeladoria, de nutrição e de lavanderia, marceneiros e mecânicos, além dos atendentes de enfermagem, eram os mais acometidos por ATs. Destacou-se como importante causa de acidentes aqueles decorrentes do trânsito intra-hospitalar, como transporte de alimentos, roupas e pacientes, bem como as quedas em razão de pisos escorregadios, com saliências e depressões.

Chama a atenção na pesquisa o fato de que apenas 1,9% (3) de ocorrências se deu por instrumentos perfurocortantes. Abordaram-se as questões de riscos dos ATs de acordo com a função e enfatizou-se a necessidade de adoção de estratégias de prevenção de novos casos.

O pessoal de enfermagem não foi representativo nos casos de ATTs, ficando em quarto lugar, na avaliação referente à atividade tipicamente industrial que caracterizou os casos.

Monteiro, Carnio e Alexandre (1987) publicaram, na Revista Brasileira de Enfermagem um artigo em que analisam os eventos ocorridos em um Hospital Universitário, segundo a categoria funcional do pessoal de enfermagem; o local de ocorrência; a região do corpo atingida, a natureza da lesão e o turno de ocorrência. No referido estudo, chama a atenção o fato de que as contusões foram as lesões mais freqüentes, perfazendo 31,91% (15) dos eventos enquanto as provocadas por perfurantes e cortantes, vidros quebrados, lâminas de bisturi, giletes e agulhas, ficaram em segundo lugar, com o índice de 27,66% (13). Mostra claramente que ainda não há uma atenção especial com os acidentes que envolvem perfurocortantes que tiveram contato com materiais biológicos potencialmente contaminados.

3 Referencial Teórico

Há outros autores, destacando-se a autora que apresentou dissertação de mestrado à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) com o título: *Estudo sobre acidentes de trabalho ocorridos com trabalhadores de enfermagem de um hospital de ensino* (SILVA, 1988). Este estudo, utilizando abordagem quantitativa, analisou a população de trabalhadores de enfermagem de Hospital Geral Universitário, que estava exposta a riscos de afastamento por ATs entre os anos de 1983 e 1986; discriminou os acidentados segundo as características pessoais e a função exercida, segundo as características do acidente e dos afastamentos decorrentes dos mesmos.

Como resultado constatou que o coeficiente de risco (CR) do pessoal de enfermagem era elevado, que as mulheres eram mais acometidas pelas ocorrências e que as causas mais comuns de afastamento eram acidentes típicos, com ferimentos, contusões e torções. A autora analisou as ocorrências também de acordo com o ano, dia da semana e horário. Concluiu apontando a necessidade de desenvolvimento de programas educativos para os trabalhadores de enfermagem, com o objetivo de discutir e analisar as condições de trabalho e medidas preventivas necessárias para preservá-los de novos ATs.

O referido estudo foi um marco na produção científica na área e tem sido referência para todos os estudiosos do assunto, sem contar o desdobramento que a própria autora deu ao tema com novos estudos importantes.

Estudo sobre ATs com exposição a material potencialmente contaminado, enfocando a discussão sobre a emergência dos problemas advindos do atendimento aos pacientes portadores do HIV nos Hospitais foi publicado por Gir, Costa e Silva (1988). Concluíram que as precauções padrão (PP) não estavam sendo adequadamente utilizadas e recomendaram a implementação de medidas educativas.

Artigos sobre ATTs que acometeram trabalhadores de enfermagem hospitalar foram publicados por Santos et al. (1989) e Santos e Pelá (1989). Os autores concluíram que 3,4% (48) dos trabalhadores do Hospital que se acidentaram eram da equipe de enfermagem, sendo a maioria atingida por perfurações nos dedos das mãos, e que a ocorrência se deu no Centro de Material (CM) e nas unidades de internação cirúrgicas e, ainda, que a desatenção do trabalhador foi mais determinante do que a fadiga na ocorrência dos acidentes.

Os anos da década de 1990 foram profícuos na produção científica

referente aos ATs que acometeram trabalhadores de enfermagem, conforme se pode ver a seguir.

Um estudo realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, Gelbcke (1991) propôs-se a analisar o processo saúde-doença e o processo de trabalho na visão dos trabalhadores de enfermagem de um Hospital Escola. Utilizou a abordagem teórico-metodológica qualitativa e entre os resultados, destacou que os trabalhadores de enfermagem percebem baixos salários, têm dificuldades de acesso aos bens de consumo e serviços e apresentam, no perfil de morbidade, sinais e sintomas de fadiga, estresse, problemas de coluna, cefaléia, inferindo que estes decorrem do processo de trabalho e da sua organização, podendo alguns deles estar associados ao processo de alienação dos trabalhadores. Concluiu, ainda, que os trabalhadores identificam as cargas de trabalho de maneira significativa e que há nítida diferença entre os padrões de morbidade de acordo com a categoria profissional a que o trabalhador pertence, sendo os de nível médio, responsáveis pelo *fazer* da enfermagem, os que apresentam maiores desgastes.

A opinião dos trabalhadores sobre as formas de prevenir acidentes desta natureza foi estudada por Figueiredo (1992), o qual concluiu que os resultados que os ATs teriam como causa a displicência no uso de material, que não eram notificados adequadamente e que a capacitação e a identificação do pessoal displicente seriam medidas importantes para a prevenção de casos que envolvem perfurocortantes.

A relação entre a ocorrência de acidentes e o não-uso de precauções universais foi investigada por Souza e Vianna (1993). Nesse estudo, os trabalhadores atribuíram o acidente à fatalidade, ao descuido ou imprudência dos profissionais médicos e ao reencape de agulhas. Detectaram os autores que 57% dos casos em que os olhos do funcionário foram atingidos por secreção, houve o desenvolvimento de conjuntivite e em um dos casos a hepatite B. A maioria dos acidentes poderia ter sido evitada se as PP tivessem sido adotadas.

Tratando a respeito das questões relacionadas à capacitação dos trabalhadores para se prevenirem dos ATs e enfrentarem a sua ocorrência, Jansen (1997), em estudo realizado em Hospital Público em Minas Gerais, encontrou o índice de 37,4% (298) de trabalhadores de enfermagem da amostra (constituída por 89,1% do total de 893 componentes da equipe), que haviam sofrido ATs, totalizando 443 ocorrências no período de 3 anos. Do total do pessoal, 10 trabalhadores sofreram mais

de 6 acidentes no período dos 3 anos do estudo, 1 sofreu 5 acidentes, 11 sofreram 4 acidentes, 27 sofreram 3 acidentes, 59 sofreram 2 acidentes e 189 sofreram 1 acidente apenas. A autora constatou que em 57% dos casos o registro oficial não foi realizado.

Também a respeito de ATs cujos casos foram provocados por perfurocortantes, Brandi, Benatti e Alexandre (1998) e Sarquis (1999) publicaram estudos, destacando a relevância desses instrumentos como fatores de risco para os trabalhadores de enfermagem, avaliando CRs e enfatizando a necessidade do estabelecimento de medidas preventivas para tão importante agravo à saúde dos trabalhadores.

Sobre ATs que afetam a coluna vertebral dos trabalhadores de Hospital Universitário há o estudo de Parada, Alexandre e Benatti (2002). As autoras detectaram que as atividades de transporte de pacientes e equipamentos foram as maiores causas de acidentes que atingiram o pessoal de enfermagem daquela instituição, além de quedas decorrentes de pisos escorregadios.

Estudo com abordagem quali-quantitativa sobre o desgaste sofrido pelo trabalhador de enfermagem decorrente da atividade profissional foi realizado por Silva, Kurcgant e Queiroz (1998). O estudo buscou compreender o processo saúde-doença da equipe, apresentado pela atividade laboral, por meio das intermediações processo de valorização, processo de trabalho, cargas de trabalho e desgaste, e, conseqüentemente, chegar à explicação do perfil de morbidade do grupo. Todo o trabalho foi pautado na Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, desenvolvido por Laurell e Noriega (1989).

Abordando a experiência da implantação de um kit para comunicação de acidente do trabalho, denominado KIT-CAT, na Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, Porto et al. (1999) tiveram como objetivo facilitar o atendimento do acidentado no trabalho com perfurocortantes potencialmente contaminados.

Na área de capacitação profissional sobre a exposição aos materiais biológicos em unidade hospitalar há a investigação de Prado et al. (1999), que identificaram as deficiências dos profissionais de saúde na área, bem como a necessidade de desenvolvimento de programas educativos.

Utilizando abordagem teórico-metodológica qualitativa Silva, Cabral e Zeitoune (1999) realizaram investigação sobre a conscientização do trabalhador de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em relação ao risco

ocupacional.

Estudando a relação entre a ocorrência de ATs com lesão de trabalhadores de enfermagem e múltiplos fatores de risco decorrentes da condição do trabalho e da existência desses profissionais, Benatti (1997) considerou como variáveis associadas a falta de tempo para o lazer, o esquema incompleto de vacinação, a adoção de posturas cansativas durante a atividade laboral, entre outros, abrindo perspectivas para novos estudos.

A exposição dos trabalhadores da área hospitalar, máxima dos trabalhadores de laboratório e de enfermagem, às substâncias químicas, foi investigada por Barbosa (1989), que identificou 145 produtos diferentes na atividade laboral, especialmente as drogas citostáticas, os antibióticos, os germicidas, os ácidos, os gases anestésicos, além de outros.

Souza (1999) estudou os ATs e a situação de risco a que estão sujeitos os trabalhadores de enfermagem de cinco Hospitais, Públicos e Privados, da cidade de São Paulo, em abordagem qualiquantitativa. Estimou em 91,9/mil o CR em Hospitais da rede privada e 33,2 nos da rede pública. Estudou as variáveis relativas ao trabalhador, ao tempo e ao espaço das ocorrências e concluiu que os fatores de risco que interferiram nos casos estiveram ligados aos riscos real, suposto e residual, conforme o aporte do referencial teórico adotado.

Digno de nota é que a expressiva maioria dos estudos utiliza-se de metodologia quantitativa, com ênfase nos ATs que envolvem exposição aos perfurocortantes. De fato, estes acidentes despertaram maior atenção em razão da assistência prestada aos pacientes soropositivos para o HIV nos Hospitais, significando riscos potenciais aos trabalhadores envolvidos nesse atendimento de enfermagem, quer de maneira direta, pelo cuidado, quer de maneira indireta, pela manipulação de fômites, por exemplo.

Esta perspectiva aflorou ainda mais a partir do ano 2000. Confirmação disto são os estudos de Benatti (1997), Canini (2000), Nicolete (2001), Brevidelli e Cianciarullo (2002), Canini et al. (2002), Marziale, Nishimura e Ferreira (2004), sobre ATs provocados por perfurocortantes contaminados com sangue na equipe de enfermagem de unidades hospitalares.

ATs por perfurocortantes e causas de subnotificação em dois Hospitais Gerais foram estudados por Marziale (2003b) e por Napoleão e Robazzi

(2003), que investigaram ATs totais na enfermagem hospitalar e subnotificação dos eventos. Na mesma linha, Sarquis (1999) o fez em Hospital do interior paulista.

Pesquisas sobre ATs por material biológico sofridos pelos trabalhadores de enfermagem de Hospitais Gerais foram desenvolvidas por Balsamo, Barrientos, Rossi (2000), Braga (2000), Azambuja, Kerber, Vaz (2001), Bálsamo (2002), Querez-Andrade, Tavares-Neto (2002), e Secco (2002).

Estudo importante sobre acidentes em Hospitais foi feita por Reis, Gir e Canini (2004) que abordou casos em que os acometidos foram estudantes de enfermagem, envolvido em atividades práticas. Não se trata de ATs, propriamente ditos, por não haver vínculo empregatício. Contudo, diante do número expressivo de casos, são necessários estudos mais aprofundados sobre as medidas cabíveis tanto para a prevenção efetiva dos casos como para as implicações ético-legais dessas instituições hospitalares e para as Escolas de Enfermagem.

Outra pesquisadora do próprio HU investigou os aspectos teóricos da formação e a opinião de docentes e discentes sobre os acidentes de trabalho com material biológico. Enfatizou a importância da abordagem do tema o mais precocemente possível durante a formação acadêmica, uma vez que o contato do aluno com o campo ocorre já no primeiro ano do curso possibilita a ocorrência de exposições dessa natureza, situações para as quais ainda não está preparado (BELEI, 2003).

Estudos de revisão bibliográfica foram apresentados por Marziale, Kourrouski, Robazzi (2000) sobre acidentes de trabalho na equipe de enfermagem de CC, por Marziale e Rodrigues (2002) sobre os ATs por instrumentos perfurocortantes que acometem os trabalhadores de enfermagem e por Xelegati e Robazzi (2003) sobre riscos químicos a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem.

Sobre ATs e cargas químicas, Costa (2002) encontrou casos que estão relacionados à utilização de sabões, hipoclorito de sódio, desinfetantes, benzina, éter, glutaraldeído, detergente, formol, óxido de etileno, entre outros, que afetam a pele, sistemas respiratório, nervoso, órgãos do sentido, circulatório, digestivo, imunológico, reprodutor e urinário.

Especificamente sobre os riscos potenciais dos trabalhadores de enfermagem que manipulam quimioterápicos antineoplásicos foram investigadas por Rocha, Marziale e Robazzi (2004). Os resultados evidenciaram que a maioria dos trabalhadores considerou nociva à sua saúde a manipulação destes produtos, embora

não se tenham mostrado capazes de identificar com clareza os riscos que correm desempenhando tal atividade.

A utilização de equipamentos de proteção individual pelos trabalhadores de enfermagem que se acidentaram com perfurocortantes em Hospital do interior de do Estado de São Paulo foi avaliada por Sarquis e Felli (2000). Os resultados mostraram que o trabalhador de enfermagem muitas vezes não utiliza equipamentos de proteção individual (EPIs), mesmo estando estes disponibilizados no ambiente de trabalho.

Estudos sobre os riscos ocupacionais no trabalho da enfermagem de UTI foram realizados por Silva (2000) e Nishide, Benatti e Alexandre (2004) e tendo este adotado abordagem qualitativa já iniciada em estudo prévio.

Estudo sobre as CATs que apresentaram casos de lesões ocupacionais de coluna vertebral de pessoal de enfermagem de HU, no período de 1990 a 1997, bem como as características dos eventos foi realizado por Parada, Alexandre e Benatti (2002) e Murofuse e Marziale (2005).

Sobre a adesão à quimioprofilaxia pós-exposição ocupacional aos acidentes com material biológico, Almeida (2003) realizou estudo entre os casos atendidos de trabalhadores de Regional de Saúde do Estado de São Paulo, que abrange 21 municípios, no biênio 2000 e 2001. A autora destacou que 68% dos casos do primeiro ano e 74% dos do segundo eram do pessoal de enfermagem. Miola (2005), por sua vez, também estudou o referido assunto tendo como população os auxiliares de enfermagem que foram atendidos na Diretoria de Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho do Instituto de Infectologia Emílio Ribas. Sailer (2004) também desenvolveu investigação na área, por meio de abordagem quantiquantitativa, estudando o assunto entre trabalhadores de enfermagem de um Hospital paulista.

É possível verificar que na última década foram realizados estudos que se utilizaram da abordagem metodológica qualitativa, ou, qualitativa e quantitativa para o maior conhecimento do processo saúde-doença dos trabalhadores, do processo de trabalho empreendido pela equipe de enfermagem nas unidades hospitalares.

ATs e cargas de trabalho identificadas por trabalhadores de enfermagem de Unidades de CM de Hospitais Públicos do município de São Paulo, foi estudado por Silva, A. (1996). A pesquisa demonstrou que cargas químicas estavam

relacionadas às substâncias utilizadas na limpeza e desinfecção de materiais e equipamentos da unidade, assim como no talco utilizado para processamento de luvas e no mercúrio inorgânico; cargas físicas estavam ligadas à pouca ventilação e a altas temperaturas; cargas biológicas estavam presentes na manipulação de material contaminado e roupas sujas recolhidas no tempo pós-cirúrgico; mecânicas estavam relacionadas principalmente com o manuseio dos perfurocortantes, o maquinário e o mobiliário, além das fisiológicas, decorrentes da manipulação de peso excessivo e da área física pequena e inadequada daquele Setor.

Pesquisa epidemiológica descritiva sobre o processo de trabalho e sobre a saúde dos trabalhadores de diferentes Setores de Hospital Universitário, que avaliou cargas de trabalho, riscos de acidentes, doenças profissionais, entre outros, foi desenvolvida por Santos e Araújo (2003). Os resultados mostraram que as cargas biológicas, ergonômicas e físicas foram as mais relevantes e que os instrumentos perfurocortantes foram aqueles que acarretaram maiores riscos. Foram registrados índices expressivos de licenças médicas, doenças profissionais e acidentes de trabalho no período da pesquisa. Muitos dos problemas de saúde estavam relacionados à necessidade de melhora das condições de trabalho e de promoção da saúde dos trabalhadores.

Por meio de abordagem quantiquantitativa, Ribeiro (2004) estudou os ATs com trabalhadores de enfermagem de um Hospital Escola do Distrito Federal referente ao ano de 2002. Estimou em 4,3 o CR de ATs dos trabalhadores de enfermagem com maiores indicadores para a Clínica Médica, o Centro de Pronto Atendimento, a Maternidade; a Clínica Cirúrgica; o Pediatria Clínica e o CC. Os acidentes com perfurocortantes, quedas, exposição a materiais biológicos e contusões foram os de maior frequência. Concluiu que os trabalhadores, no processo de trabalho, expõem-se a cargas químicas, físicas, biológicas, fisiológicas, psíquicas, mecânicas. A falta de EPIs, de capacitação dos profissionais, além de insuficiência de recursos humanos e materiais aumentam a exposição a essas cargas.

Os estudos ora apresentados dão mostra da importância do tema para a enfermagem brasileira, bem como o empenho dos pesquisadores, cada qual com suas especificidades, em buscar conhecer o trabalho realizado pela enfermagem e, sobretudo, em minimizar o quanto possível os agravos decorrentes da atividade laboral.

A tese de doutorado *O desgaste do trabalhador de enfermagem: relação trabalho de enfermagem e Saúde do Trabalhador* (SILVA, V., 1996) e em 2002

com a tese de livre-docência *A saúde do trabalhador e o gerenciamento em enfermagem* (FELLI, 2002), desenvolvendo estudos na área de Saúde do Trabalhador de Enfermagem, constituíram-se marco importante na operacionalização teórico-metodológica do materialismo-histórico desenvolvido por Laurell e Noriega.

No primeiro, a autora objetivou compreender o processo saúde-doença vivenciado pelos trabalhadores de enfermagem de HU no desempenho de seu trabalho. O estudo mostrou que a interação do trabalhador de enfermagem com as cargas de trabalho presentes no processo de trabalho o expõe às cargas biológicas, físicas, químicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas. Dessas cargas decorrem danos biopsíquicos, desde a morbidade referida pelos trabalhadores, como os ferimentos por exposição aos perfurocortantes e doenças osteomusculares até a morbidade registrada nos documentos da instituição como no caso dos ATs (SILVA, V., 1996).

Na segunda pesquisa a autora buscou estudar as formas como a organização do trabalho de enfermagem gera processos de saúde-doença e as possíveis estratégias de intervenção, partindo de inovações no gerenciamento de enfermagem. Propõe a tomada de novos modelos gerenciais promotores de mudanças e da efetiva contraposição ao modelo capitalismo globalizado, marcado pelas políticas tradicionais vigentes no modelo neoliberal (FELLI, 2002).

Outros importantes estudos se seguiram, desenvolvendo a pesquisa qualitativa em enfermagem, a análise do processo de trabalho e do impacto deste na saúde dos trabalhadores de enfermagem, assim como os aspectos gerenciais que envolvem a atuação do enfermeiro como gerente da assistência e do processo de trabalho da enfermagem (ELIAS, 2002; ROCHA, 2003).

Rocha (2003) estudou a visão da gerência de enfermagem a respeito da Saúde do Trabalhador, com o objetivo de analisar as ações gerenciais desenvolvidas pelas enfermeiras e as implicações no processo saúde-doença dos trabalhadores da equipe. Focando-se no referencial teórico do materialismo histórico e dialético e na sistematização teórico-metodológica de Laurell e Noriega, a autora deu a conhecer que o processo de trabalho no hospital é determinado pelas políticas econômicas, com base na lógica de mercado centrada no modelo clínico e que a organização e divisão do trabalho, que se apresenta parcelado e hierarquizado, atende à finalidade de gerar produtividade e está subordinada ao trabalho médico e, ainda, que o trabalho evidencia uma ruptura entre o planejamento e a realização do cuidado.

É importante destacar que Núcleos/Grupos de Estudos de Saúde do Trabalhador de Enfermagem tem sido constituído na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), na Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, na Faculdade de Ciências Médicas — Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas, na Universidade Federal do Rio grande do Sul, na Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, entre outros estabelecimentos.

O aumento do número de dissertações de mestrado e teses de doutorado tem ocorrido, dado o avanço dos cursos *stricto sensu* no país, os quais contribuem para a expansão da produção científica da enfermagem brasileira.

Outro ponto de especial relevância está relacionado às publicações contempladas em revistas de reconhecido valor científico como a Revista Latino-Americana de Enfermagem, a Revista Brasileira de Enfermagem, a Revista de Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, a Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, a Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, a Acta Paulista, entre outras.

Diante do exposto, o presente estudo tem a finalidade de estudar os ATs que vitimaram os trabalhadores de enfermagem, no referencial teórico do materialismo-histórico desenvolvido por Laurell e Noriega (1989), evidenciando as características do processo de trabalho que determinam a sua ocorrência, com conseqüências para o processo saúde-doença deste grupo social, que tanto se ocupa da saúde dos outros, mas, por sua vez, necessita que outros cuidem da sua.

4 Material e Métodos

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa epidemiológica, com abordagem quantitativa e qualitativa, sob o referencial teórico e metodológico da Epidemiologia Descritiva (ROUQUAYROL, 1999) e da Epidemiologia Social, este último desenvolvido por Laurell e Noriega (1989), pautado no materialismo histórico e dialético.

Na Pesquisa Epidemiológica Clássica são produzidos dados por meio da observação e de eventual quantificação das doenças ou outros agravos relacionados à saúde das comunidades, na busca da identificação das possíveis causas, determinantes, ou, dos possíveis efeitos do processo saúde-doença vivenciado pelos indivíduos (ROUQUAYROL, 1999; ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 1999).

Os indicadores epidemiológicos expressam o resultado da média da realidade de uma determinada população, e, embora a *média* esconda as desigualdades, esses indicadores constituem-se em instrumentos valiosos para o acompanhamento da evolução da ocorrência de eventos relacionados à saúde das populações (FACCHINI, 1994a).

Por sua vez, a abordagem teórico-metodológica da Epidemiologia Social, dotada em seu arsenal dos conhecimentos de Sociologia, tem caráter histórico e reflete a realidade, retratando a dinâmica social e as particularidades de classes e de grupos determinados (MINAYO, 1999).

O modelo da determinação social da doença, teoria que embasa a Epidemiologia Social, é proposto como alternativa às limitações das abordagens quantitativas da Epidemiologia para a explicação do processo saúde-doença das populações, porque o concebe como um processo social e se utiliza, para isso, dos conhecimentos das ciências sociais, que passam a ser associadas ao arsenal já consolidado das ciências naturais na área (FACCHINI, 1994a).

As abordagens teórico-metodológicas que estudam qualitativa e quantitativamente as questões da área da saúde têm por fim levar a compreender, em profundidade, os valores, as práticas de ação, os hábitos relativos à saúde, a doença, as crenças, as terapêuticas utilizadas, as políticas e programas de saúde desenvolvidos, a explicação de como esses sujeitos ou grupos sociais ficam expostos aos riscos em saúde, de como eles adoecem e de como demandam por atenção (DESLANDES; ASSIS, 2002).

A complementaridade dos métodos foi estabelecida no presente estudo por ter-se mostrado adequada para o alcance dos objetivos propostos.

A presente investigação foi realizada em **DUAS FASES ASSIM DEFINIDAS**:

FASE 1: ABORDAGEM METODOLÓGICA QUANTITATIVA – ESTUDO DOS REGISTROS DOS ACIDENTES

Para atender aos três primeiros objetivos foi realizado um estudo epidemiológico, com base no referencial da Epidemiologia Descritiva, com delineamento do tipo transversal não controlado (ROUQUAYROL, 1999), cujo objeto foram os **349 ATTs que vitimaram a média anual de 634,5 trabalhadores de enfermagem da DE do HU, entre os anos de 1997 e 2002** e notificados oficialmente por meio das CAT (Anexo A) e das NATMB (Anexo B), no período de 1997 a 2002.

A definição deste período estudado deu-se pelas seguintes razões:

- os dois tipos de notificações realizadas no período (CAT e NATMB) foram feitas por meio dos mesmos tipos de impressos, respectivamente, o que possibilitou maior uniformidade e rigor na coleta de dados;
- houve a continuidade do trabalho prévio realizado pela autora no Mestrado em Saúde Coletiva;
- a necessidade de cumprimento do cronograma estabelecido para a pesquisa, uma vez que o adequado desenvolvimento da primeira fase era condição indispensável para a realização da segunda, possibilitando a conclusão do estudo conforme o planejado.

FASE 2: ABORDAGEM METODOLÓGICA QUALITATIVA – ESTUDO DOS DEPOIMENTOS

Para atender ao quarto, quinto e sexto objetivos foi realizado estudo com base no referencial da Epidemiologia Social, de acordo com a construção teórica e metodológica desenvolvida por Laurell e Noriega (1989), cuja abordagem investigativa é específica da área da Saúde do Trabalhador.

Esta fase teve por base os depoimentos apresentados pelas informantes-chave, além de documentos institucionais, da observação e vivência da

pesquisadora no Hospital estudado. Nas entrevistas foram abordadas as contribuições que o Relatório dos ATTs trouxe para o Serviço de Enfermagem da Instituição e buscou-se a identificação das cargas de trabalho presentes nos processos de trabalho da equipe de enfermagem da DE e que possibilitam a ocorrência dos infortúnios, analisando-se a relação entre estes e as cargas de trabalho biológicas, físicas, químicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas. Também, foram sugeridas medidas preventivas de ATTs passíveis de implementação.

4.2 CAMPO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizado no HU situado na cidade de Londrina -PR. Trata-se de órgão suplementar da Universidade Estadual de Londrina (UEL), vinculado administrativamente à Reitoria e academicamente ao Centro de Ciências da Saúde (CCS), tendo sido ativado como HU em 1971. É o único Hospital Público de grande porte no norte do Paraná, considerado o 3º maior Hospital Escola em todo o Sul do País. Constitui-se Centro de Referência Regional para o SUS em praticamente todas as especialidades médicas (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2004d).

FIGURA 4.1 – Foto aérea do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná. Londrina, 2002.

O HU possui cerca de 32.500 m² de área edificada, em um terreno com cerca de 100.000 m², além de constar com as do Ambulatório do Hospital de

Clínicas, no Campus da UEL, com área construída de cerca de 10.500 m² (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2004d).

Apresenta estrutura regimental própria; sua administração é gerida pelo Conselho Diretor e 4 diretorias a saber: Diretoria Superintendente, Diretoria Clínica, Diretoria Administrativa e Diretoria de Enfermagem (DE). Estas são eleitas pela comunidade universitária e por todo o contingente de funcionários que trabalham na Instituição.

A capacidade de internação do HU é de 289 leitos, distribuídos pelas diversas especialidades médicas, totalmente à disposição do SUS. Conta com mais 44 leitos disponibilizados na Maternidade Municipal de Londrina, que atua de forma integrada com o Hospital, de acordo com o convênio mantido com a Prefeitura local.

O HU integra diversos sistemas de alta complexidade do SUS, sistemas estaduais de referência para atendimento de urgência/emergência e de referência para atendimento à gestante de alto risco.

Realiza todo mês cerca de 1.000 internações, 11.000 atendimentos ambulatoriais, 5.000 atendimentos de PS e 600 cirurgias. Para isto, conta com 7 salas cirúrgicas, 120 salas de consultas no AHC, PS em regime de plantão permanente, oferecendo atendimentos gerais e especializados em todas as áreas médicas e cirúrgicas, inclusive as de alta complexidade em cardiologia e traumato-ortopedia (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA; 2004c, 2004d).

O HU serve de campo de estágio direto para 4 cursos de graduação, sendo: Medicina, Farmácia Bioquímica, Enfermagem e Fisioterapia, além de programas de estágio de outras áreas como Serviço Social e Administração de Empresas. Oferece residência médica em 30 especialidades, Residência em Enfermagem em 4 áreas e Residência em Fisioterapia em 2 áreas, além de mais 11 outros cursos de pós-graduação *stricto e lato sensu* (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2004d).

Por todas essas razões, a participação do Hospital é estratégica no desenvolvimento da política local e regional de saúde, fazendo parte da estrutura hierarquizada do SUS na qualidade de hospital terciário, ou, de alta complexidade.

A DE está diretamente subordinada à Diretoria Superintendente da Instituição. Trata-se de órgão de planejamento, execução e avaliação das atividades de enfermagem no HU, e deve: desenvolver todas as ações de assistência de enfermagem

aos usuários dos diversos serviços, atuar em parceria com as instituições formadoras de profissionais da área da saúde, especialmente os de enfermagem; implementar o avanço da pesquisa e da extensão na área da saúde, especialmente na área de enfermagem; e representar a equipe do HU junto aos órgãos de classe e às demais instâncias jurídicas (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA; 1996, 2005).

Essa Diretoria é gerenciada pelo Diretor de Enfermagem e pelo Conselho Setorial de Enfermagem, estrutura organizacional formada por 14 enfermeiros, de caráter consultivo, e dotada da seguinte formação específica: Diretor de Enfermagem, Assessor Técnico de Enfermagem, Chefe de Divisão de Atendimento, Chefe de Divisão de Internamento Adulto, Chefe de Divisão Materno-infantil, Chefe de Divisão de Pronto Socorro; Chefe de Divisão de Terapia Intensiva Adulto, Chefe de Divisão de Centro Cirúrgico e Centro de Material, Encarregado de Seção de Higiene Hospitalar, Gerência de Enfermagem do Ambulatório Hospital de Clínicas (AHC), Encarregado de Seção de Orientação e Treinamento, Encarregado de Seção de Pesquisa em Enfermagem, Encarregado de Seção do Controle da Qualidade da Assistência de Enfermagem, Encarregado de Seção no Controle de Recursos Materiais e Parecer Técnico, Encarregado de Seção da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e Encarregado de Seção de Supervisão Noturna.

A DE possui 6 Divisões de Enfermagem no HU e mais a Gerência do AHC, com o mesmo nível gerencial das Divisões, totalizando 7 instâncias desta natureza.

Observe-se que os demais Setores como as Assessorias de Enfermagem, o Curso Técnico de Enfermagem, o Serviço de Transporte de Pacientes, a Seção de Distribuição de Materiais Médico-Hospitalares são estruturas organizacionais que compõem os Serviços de Apoio e não estão diretamente ligados às Divisões de Enfermagem.

Na DE, além dos trabalhadores de enfermagem que são os enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem, também estão lotados em sua estrutura administrativa outros trabalhadores nas funções de técnico-administrativo, zelador hospitalar e contínuo. Por essa razão, respondeu pelo gerenciamento da média de 46,6% (796) do total médio anual de 1709,8 servidores do quadro do HU nos anos do estudo (1064 em 1997, 1087 em 1998, 1069 em 1999, 1068 em 2000, 1070 em 2001 e 1094 em 2002).

Para melhor esclarecer a expressão dos trabalhadores de enfermagem, sujeitos da presente investigação, no contexto da DE e do HU, a Figura 4.2 apresenta visão esquemática da média anual dos trabalhadores em cada uma dessas instâncias administrativas.

FIGURA 4.2 – Distribuição esquemática do número médio de trabalhadores de enfermagem da DE, número médio de trabalhadores da DE e número médio de trabalhadores do HU, de 1997 a 2002. Londrina, 2004.

Com o mesmo objetivo de esclarecimento, a Tabela 4.1 mostra a distribuição anual de todo o pessoal dessa Diretoria, tanto os de enfermagem quanto os de serviços de apoio, de acordo com a função exercida, e a Tabela 4.2 apresenta o quantitativo anual dos trabalhadores de enfermagem por Divisão e por Setor de Trabalho, o que possibilitou estimar os indicadores de risco dos ATs nos dois casos.

TABELA 4.1 – Distribuição do número de trabalhadores de enfermagem e de áreas de apoio da DE do HU, de 1997 a 2002. Londrina, 2004.

DIRETORIA DE ENFERMAGEM		1997	1998	1999	2000	2001	2002	MÉDIA ANUAL
Trabalhadores de Enfermagem	Enfermeiro	94	97	96	97	96	96	96,0
	Técnico de Enfermagem	6	6	6	6	6	6	6,0
	Auxiliar de Enfermagem	524	520	486	526	520	533	518,2
	Atendente de Enfermagem	17	15	15	13	13	13	14,3
SUB- TOTAL 1*		641	638	603	642	635	648	634,5
Trabalhadores de áreas de apoio	Técnicos - Administrativos	45	44	46	47	47	44	45,5
	Contínuos	12	12	12	11	11	12	11,7
	Zelador	132	101	100	96	98	99	104,3
SUB- TOTAL 2		189	157	158	154	156	155	161,5
TOTAL		830	795	761	796	791	803	796,0

FONTE: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2004b.

TABELA 4.2 – Distribuição do número de trabalhadores de enfermagem, por Divisão e por Setor de trabalho da DE, de 1997 a 2002. Londrina, 2004.

DIVISÃO/SERVIÇOS DE ENFERMAGEM	SETOR DE TRABALHO	1997	1998	1999	2000	2001	2002	MÉDIA ANUAL	%
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM AMBULATORIO HOSPITAL DE CLÍNICAS (AHC)***	AHC - Enfermagem	48	48	48	48	44	45	46,8	7,4
	TOTAL	48	48	48	48	44	45	46,8	
DIVISÃO DE ATENDIMENTO*	Endoscopia	2	2	3	2	2	2	2,2	0,3
	Hemocentro	11	11	11	11	11	11	11,0	1,7
	CCIH	3	4	3	3	3	3	3,2	0,5
	Quimioterapia	3	5	3	3	3	3	3,3	0,5
	Ambulatório	12	11	10	11	11	9	10,7	1,7
	Tratamento Dialítico	12	11	11	10	10	8	10,3	1,6
	Radiologia	7	13	12	12	12	14	11,7	1,8
	TOTAL	50	57	53	52	52	50	52,3	
DIVISÃO DE CENTRO CIRÚRGICO *	Centro Cirúrgico (CC)	39	40	38	41	41	41	40,0	6,3
	Centro de Material (CM)	39	36	39	37	37	35	37,2	5,9
	TOTAL	78	76	77	78	78	76	77,2	
CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM (CTE)**	CTE	3	3	3	3	2	3	2,8	0,4
	TOTAL	3	3	3	3	2	3	2,8	
DIVISÃO DE INTERNAMENTO ADULTO*	Moléstias Infecciosas (MI)	39	38	39	35	32	31	35,7	5,6
	Unidade Masculina	63	65	60	62	62	61	62,2	9,8
	Unidade Feminina	42	43	41	42	42	43	42,2	6,7
	Tisiologia	8	7	8	3	4	4	5,7	0,9
	TOTAL	152	153	148	142	140	139	145,7	

Continua...

...continuação

TABELA 4.2 – Distribuição do número de trabalhadores de enfermagem, por Divisão e por Setor de Trabalho da DE, de 1997 a 2002. Londrina, 2004.

DIVISÃO/SERVIÇOS DE ENFERMAGEM	SETOR DE TRABALHO	1997	1998	1999	2000	2001	2002	MÉDIO ANUAL	%
DIVISÃO MATERNO-INFANTIL*	Maternidade	22	23	23	26	26	27	24,5	3,9
	UTI Pediátrica	27	25	24	21	21	21	23,2	3,7
	Pediatria	43	42	41	41	41	41	41,5	6,5
	UTI Neonatal	20	21	21	22	20	22	21,0	3,3
	Cuidados Intermediários Neonatal (UCI NEO)	19	18	17	17	17	17	17,5	2,8
	TOTAL	131	129	126	127	125	128	127,7	
DIVISÃO DE PRONTO SOCORRO*	Pronto Socorro (PS)	80	81	79	87	88	86	83,5	13,2
	TOTAL	80	81	79	87	88	86	83,5	
SERVIÇOS DE APOIO**	Distribuição de Material Médico-Hospitalar	0	0	0	6	11	13	5,0	0,8
	Transporte	7	8	6	7	6	5	6,5	1,0
	Outros	30	22	3	33	29	40	26,2	4,1
	TOTAL	37	30	9	46	46	58	37,7	
DIVISÃO DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) ADULTO	UTI Adulto	65	64	63	62	62	66	63,7	10,0
	TOTAL	65	64	63	62	62	66	63,7	
TOTAL GERAL		641	638	603	642	635	648	634,5	100

FONTE: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2004b.

*Divisões de Enfermagem. / ** Outros Setores ou Serviços de Apoio. / *** Gerência de Enfermagem

A Tabela 4.3 apresenta o perfil sócio-demográfico dos trabalhadores de enfermagem da DE, objetivando dar a conhecer algumas das características do referido grupo.

TABELA 4.3 – Perfil sócio-demográfico dos trabalhadores de enfermagem do HU, referente ao ano de 2002. Londrina, 2004.

CARACTERÍSTICAS		n	%	MÉDIA
SEXO				
	Feminino	510	78,7	
	Masculino	138	21,3	
	TOTAL	648	100	
IDADE				
	20 ——— 30	17	2,6	
	30 ——— 40	183	28,2	
	40 ——— 50	279	43,1	
	50 ——— 60	136	21,0	
	60 ——— 70	33	5,1	
	TOTAL	648	100	
FUNÇÃO				
	Enfermeiro	96	14,8	
	Técnico (Tec. Enf.) / Auxiliar de Enfermagem (Aux. Enf.)	539	83,2	
	Atendente de Enf.	13	2,0	
	TOTAL	648	100	
TEMPO DE TRABALHO NO HU				
	Até 5 anos	118	18,2	
	5 ——— 10	84	13,0	
	10 ——— 15	256	39,5	
	15 ——— 20	59	9,1	
	20 ——— 25	46	7,1	
	25 ——— 30	71	11,0	
	≥ 30 anos	14	2,2	
	TOTAL	648	100	
IDADE MÉDIA				
	Enfermeiros			41,7
	Téc. Enf. / Aux. Enf.			45,1
	Atendentes de Enf.			55,8
	TOTAL MÉDIO			44,8
READEQUAÇÃO/READAPTAÇÃO FUNCIONAL				
	Enfermeiros	0	0	
	Téc. Enf. / Aux. Enf.	40	64,3	
	Atendentes de Enf.	2	35,7	
	TOTAL	42	100	
ATUAÇÃO EM OUTRO EMPREGO				
	Sim	134	20,7	
	Não	514	79,3	
TOTAL		648	100	

FONTE: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA; 2004a, 2004b.

Enf. - Enfermagem

Os trabalhadores de enfermagem do HU, no período do estudo, eram do sexo feminino em sua maioria (78,7% = 510). O total de 43,1% (279) das pessoas estavam na faixa etária entre 40 e 50 anos e 26,1% (169) já se apresentavam com mais de 50 anos. A rotatividade apresentada no Hospital é baixa, possivelmente em razão da estabilidade no emprego que o serviço público assegura ao trabalhador, assim como o fato do salário estar compatível com a realidade regional. Conseqüentemente, a tendência do envelhecimento da população é presumível, assim como as repercussões esperadas dessa fase da vida, pela emergência de problemas de saúde decorrente dos desgastes naturais que o próprio trabalho apresenta nos componentes da equipe.

É notório o maior contingente de trabalhadores do nível médio no Hospital. Os enfermeiros, em menor número (14,8% = 96), ficam encarregados das tarefas gerenciais, havendo grupos hierarquicamente definidos, sendo os enfermeiros de campo subordinados aos Chefes de Seção (responsáveis pelos diversos Setores de Trabalho), seguindo-se na escala hierárquica os Chefes de Divisão e ao Diretor de Enfermagem, sendo estes últimos, sujeitos da segunda fase da pesquisa.

Quanto ao tempo de trabalho na Instituição, o fato de 68,8% (446) do pessoal ter mais de 10 anos de atividade no HU faz com que se possa aventar a existência de um grupo estável, conhecedor da política institucional, da sua trajetória histórica e social, cuja cultura organizacional possibilita o desenvolvimento de políticas de trabalho bem definidas. Sendo assim, mesmo havendo alguma rotatividade de pessoal, há grupos bem definidos na estrutura da organização que, ao mesmo tempo em que lhe dá segurança, podem contribuir para a manutenção de um estilo tradicional no desenvolvimento do trabalho.

O total de 6,4% (42) dos trabalhadores estavam em situação de readequação/readaptação funcional formalizadas, sendo 7,6 (40) do total de técnicos/auxiliares de enfermagem e 15,4 (2) dos atendentes de enfermagem (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2004a).

O Programa de **Readequação e/ou Readaptação Funcional** trata-se de um processo institucional da Universidade que tem o objetivo de promover a adequação da capacidade funcional dos servidores com saúde abalada para atividades compatíveis e cujo agravo à saúde não se caracteriza em motivo para aposentadoria ou licença com afastamento. Na **readequação** o trabalhador permanece na mesma função, com atividades diferenciadas, enquanto na **readaptação funcional** ele muda de função. Nas duas situações o trabalhador mantém os mesmos direitos trabalhistas

como se estivesse atuando na função original para a qual foi contratado. Observe-se que esse processo é todo conduzido pelo Serviço de Medicina Ocupacional do Hospital, que segue o caso com revisões periódicas (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2000).

Uma das repercussões dessa política é o fato de que os trabalhadores que permanecem nos postos de trabalho ficam sobrecarregados, uma vez que as vagas daqueles readequados e/ou readaptados não são preenchidas por outros funcionários enquanto o processo se desenrola. Por outro lado, as atividades referentes a estes postos de trabalho, quando não aumentam, permanecem as mesmas, o que sobrecarrega os demais que continuam atuantes.

Quanto ao duplo emprego formal, sem contar as atividades domésticas inerentes à situação da mulher, foi possível constatar que 20,7% (134) dos trabalhadores possuíam duplo emprego formal, o que significa pelo menos o quantitativo de atuação de 72 horas de trabalho semanais, muitas vezes em regime de plantões noturnos seguidos (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2004a). Digno de nota é que este quantitativo refere-se apenas ao trabalho formal, não estando contados os do informal e nem as atividades domésticas que tanto consomem o trabalho e a atenção das mulheres, principalmente.

4.3 FASE 1 — ESTUDO DOS REGISTROS DOS ACIDENTES

Conforme já apresentado previamente, essa fase, de abordagem metodológica quantitativa, representou o atendimento do **PRIMEIRO, SEGUNDO e TERCEIRO OBJETIVOS ESPECÍFICOS**.

Nesta fase caracterizou-se os acidentes sofridos pelos trabalhadores de enfermagem e que foram notificados, avaliou-se a sua expressão no contexto de todos os ATs do HU, elaborou-se o Relatório de ATTs que vitimaram esses trabalhadores, analisou-se o perfil epidemiológico dos referidos acidentes, segundo as variáveis relativas à pessoa, ao tempo e ao espaço, quantificou-se os indicadores de risco e identificou-se as 5 Divisões que apresentaram os maiores índices acidentários.

4.3.1 POPULAÇÃO ESTUDADA

Trata-se das **349 ATTs** das 392 notificações de ATs ocorridos no HU entre os anos de 1997 a 2002.

4.3.2 INSTRUMENTOS, COLETA DE DADOS E PRODUÇÃO DOS RELATÓRIOS DE ATTs

A coleta de dados para produção dos Relatórios de ATTs foi realizada a partir da atualização do Banco de Dados previamente confeccionado pela autora, por meio do Programa Epi Info, versão 6.04 C (SÊCCO, 2002), que contém o conjunto das variáveis elencadas para o estudo, além de outras informações contidas nas notificações (Apêndice A).

Os instrumentos utilizados na referida coleta foram:

- Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), referente aos anos de 1997 a 2002, fonte primária da investigação;
- Notificação de Acidentes de Trabalho com Material Biológico (NATMB), referentes aos anos de 1998 a 2002 (em outubro de 1988 é que se deu a implantação do Programa de Acidentes de Trabalho com Material Biológico (PATMB) na Instituição);
- Dados complementares necessários disponibilizados pela Diretoria do HU, por meio da Divisão de Recursos Humanos do HUI e da Assessoria Técnica de Enfermagem (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA; 2004a, 2004b).

Foi solicitado junto ao Núcleo de Bem Estar da Comunidade (NUBEC), hoje Serviço de Bem-Estar à Comunidade (SEBEC), Órgão Suplementar da UEL onde está lotada a Divisão Higiene e Segurança no Trabalho (DHST), autorização para acesso às CATs e NATMBs referentes aos anos de 2001 e 2002, que foram acrescentadas ao banco de dados já existente.

Salienta-se que o banco de dados contemplou os anos de 1997 a 2002. Os lançamentos e checagem dos dados foram feitos pela própria autora, em estratégia para confrontação dos dados.

As variáveis estudadas no Relatório de ATTs, por Divisão de Enfermagem e por ano, foram relativas à função do acidentado, à natureza do acidente,

à parte do corpo atingida, natureza da lesão, atividade desempenhada no momento, à hora do acidente e ao número de horas trabalhadas até a sua ocorrência, ao Setor da ocorrência do ATT e à Divisão de Enfermagem de lotação do trabalhador acidentado.

A presente investigação exigiu a preparação e apresentação de 6 (seis) documentos distintos: o Relatório dos ATTs da DE e os Relatórios das 5 Divisões que apresentaram maiores indicadores epidemiológicos de ATs, que foram encaminhados à Direção do HU e às instancias de interesse.

Trata-se dos seguintes documentos:

1. Relatório de ATTs dos Trabalhadores de Enfermagem da DE do HU – 1997 a 2002: com os dados completos, analisados anualmente nos 5 anos do estudo (Apêndice B);
2. Relatório de ATTs dos Trabalhadores de Enfermagem da Divisão de Pronto Socorro do HU - 1997 a 2002;
3. Relatório de ATTs dos Trabalhadores de Enfermagem da Divisão de Centro Cirúrgico do HU - 1997 a 2002
4. Relatório de ATTs dos Trabalhadores de Enfermagem da Divisão de UTI Adulto do HU - 1997 a 2002;
5. Relatório de ATTs dos Trabalhadores de Enfermagem da Divisão de Internamento do HU - 1997 a 2002;
6. Relatório de ATTs dos Trabalhadores de Enfermagem da Divisão Materno-Infantil do HU - 1997 a 2002.

O conjunto completo dos 6 Relatórios dos ATTs notificados pelos trabalhadores de enfermagem foi entregue à Diretora de Enfermagem e à Enfermeira da CCIH, por estarem em contato com a realidade global do Hospital, cada qual na especificidade de sua função, em janeiro de 2004.

No mesmo período a enfermeira chefe de cada uma das 5 Divisões que apresentaram maiores indicadores de risco médio anual, por sua vez, recebeu o relatório da respectiva Divisão.

Embora tenha sido encaminhado uma carta de apresentação do Relatório, que detalhava os seus objetivos e a metodologia empregada, a pesquisadora orientou a todas pessoalmente, visando sanar possíveis dúvidas.

Após 3 meses dessa data, as mesmas foram convidadas a participar da segunda fase da investigação, a da entrevista, assim como a Diretora de Enfermagem e a Enfermeira da CCIH, tendo este sido aceito de maneira unânime.

O mês de janeiro de 2004 foi o de escolha para a entrega dos Relatórios, e os meses de abril e maio foram dedicados às entrevistas.

4.3.3 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Uma vez preparado o banco de dados, a tabulação e a análise estatística foram realizadas também com a utilização do Programa *Epi-Info* versão 6.04 C, anteriormente já citado, e da Planilha *Microsoft Excel* 2000, série *Windows* (MICROSOFT, 1999).

Foram estimados todos os possíveis indicadores, ou, o coeficiente de risco (CR) de ATs, com vistas a fornecer os indicadores que poderiam contribuir para a avaliação dos acidentes ocorridos.

O CR, segundo Pereira (1995) apresenta a razão entre o número de ATs ocorridos em determinado tempo e a população exposta ao risco, no mesmo período de tempo e local. Desse modo, adequando-se a cada variável em que este indicador mostrou-se possível ser calculado, o CR foi operacionalizado pela seguinte fórmula:

$$CR = \frac{\text{Nº de AT na equipe de enfermagem segundo a variável, no ano}}{\text{Nº de trabalhadores de enfermagem expostos, no ano}} \times 100$$

FONTE: PEREIRA, 1985.

A Razão de Risco (RR), por sua vez é a representação de quantas vezes um risco em um grupo é maior que outro, calculado pela razão entre duas taxas de incidência ou coeficientes de risco (PEREIRA, 1995).

Este indicador é também chamado de razão de CR1/CR2 no presente trabalho, e foi calculado para variáveis que se aplicava, sendo operacionalizado pela seguinte fórmula:

$$\text{RR (Razão CR1/CR2)} = \frac{\text{CR anual dos ATMB segundo a variável (CR1)}}{\text{CR anual dos AT de outra natureza segundo a variável (CR2)}}$$

FONTE: PEREIRA, 1995.

Denominou-se coeficiente de risco médio anual (CRMA) a média do CR dos 6 anos do estudo e razão de risco médio anual (RRMA) a média dos CR do mesmo período (CRMA1 / CRMA2) para a variável em estudo.

Outra variável ligada ao tempo utilizada pela Epidemiologia é o estudo da **TENDÊNCIA** apresentada por determinados indicadores, tais como os de doença, de mortalidade e morbidade. Estes, quando observados por longos períodos de tempo, podem apresentar estabilidade, aumento ou decréscimo de incidência, produto da apresentação do próprio fenômeno ou do tempo em que este foi estudado (ROUQUAYROL; BARRETO, 2003).

A análise e a discussão das frequências absolutas e relativas e dos CRs e RRs foram realizadas de acordo com as variáveis da proposta do estudo já apresentadas e foram explicitadas por meio de tabelas e gráficos.

Destaca-se que a **FASE 1 DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO** do presente trabalho atendeu aos três primeiros objetivos propostos na investigação.

4.4 FASE 2 — ESTUDO DOS DEPOIMENTOS

Esta fase de abordagem qualitativa teve por meta o atendimento do **QUARTO, QUINTO e SEXTO OBJETIVOS ESPECÍFICOS**.

Objetivou descrever as contribuições que o Relatório dos ATTs trouxe para o Serviço de Enfermagem do HU, identificando as cargas de trabalho biológicas, físicas, químicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas presentes nos processos de trabalho da enfermagem que acarretam ATTs, além de sugerir medidas preventivas passíveis de implementação.

4.4.1 POPULAÇÃO ESTUDADA

Para a definição do conjunto dos sujeitos participantes da pesquisa Laurell (1985, 1993) esclarece que, na investigação do campo da saúde dos trabalhadores é necessário selecionar um grupo, tendo-se como base as suas características sociais e a maneira como se relaciona com os demais grupos no processo de trabalho da sociedade. É isso que possibilita a análise do conjunto e das características do grupo e não a dos indivíduos na sua singularidade individual.

Pessoas-fonte são aquelas que pela sua participação, ou pelo estudo, adquiriram competência específica sobre um determinado problema (CHIZZOTTI, 2000). Dever (1988) e Tasca et al. (1993) chamam de *informantes-chave* aquelas pessoas que, dada a longa experiência na área ou tema em questão, são identificadas e escolhidas para participarem do estudo. A definição dos sujeitos da pesquisa teve por base estes pressupostos, tratando-se das pessoas que têm a atribuição e competência do conhecimento global da realidade do campo em estudo.

A população desta fase teve a seguinte composição:

- a Diretora de Enfermagem da Instituição;
- as Enfermeiras Chefes das 5 Divisões da DE que apresentaram maiores indicadores de risco médio anual de ATTs;
- a Enfermeira da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

Os critérios de inclusão como informantes-chave deram-se pelo fato de que essas profissionais, em razão da sua atividade, possuem efetiva responsabilidade e necessidade de conhecimento dos processos de trabalho que envolvem os trabalhadores de enfermagem dos Setores de Trabalho sob sua coordenação, ou, no seu campo de atuação, como no caso da Enfermeira da CCIH. Ainda, dado o cargo que ocupam, foram elas que receberam, formalmente, os Relatórios Gerenciais de ATTs, produto do presente estudo.

As 5 Divisões indicadas foram aquelas que apresentaram maiores indicadores de risco ATTs (CR). Como o esperado, referem-se aos Setores em que são executadas atividades de enfermagem no atendimento de pacientes internados e também naqueles que atendem pacientes de maior risco, como é o caso do CC.

Contudo, aventando-se a possibilidade de não ser possível chegar ao esgotamento do quadro empírico, objeto da pesquisa, utilizando-se apenas o relato dos gerentes, foi planejada a inclusão de outros informantes, ou seja, as chefias imediatas dos Setores que apresentassem maiores *indicadores de risco* em cada Divisão. Isso não se deu porque a autora considerou que o estágio de *reincidência de informações*, apresentado por Minayo (1999), ocorreu apenas com a realização das entrevistas previstas.

Esses cuidados foram tomados levando-se em consideração os critérios básicos para constituição de grupos de amostragem propostos por Minayo (1999), que adverte seja definido claramente o grupo social mais relevante para a manutenção da investigação, e que novos informantes sejam incluídos progressivamente, para possibilitar a multiplicação de novas fontes de abordagem, até que se chegue à *reincidência de informações*.

Minayo (1999) esclarece que, na investigação metodológica qualitativa, a abertura, a capacidade de observação, a flexibilidade e a interação são fundamentais ao investigador.

4.4.2 INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS — REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Para essa segunda fase foi utilizada a técnica da entrevista semi-estruturada. A entrevista, como fonte de informação, fornece dados referentes a fatos, crenças, maneiras de pensar, opiniões, sentimentos, maneiras de atuar, conduta ou comportamento (MINAYO, 1999).

A entrevista semi-estruturada, aberta, ou não-estruturada, é aquela realizada a partir de um roteiro prévio, conforme o preparado para o presente estudo. Objetiva apresentar, da maneira mais abrangente possível, as questões que o pesquisador quer abordar no campo da pesquisa, levando em conta os pressupostos ou hipóteses delineadas a partir da eleição do objeto de investigação. O roteiro serve para *balizar* o pesquisador, sem contudo, cercear o entrevistado na sua expressão verbal (MINAYO, 1999).

Um dos objetivos da entrevista não-estruturada é a compreensão das especificidades culturais mais profundas dos grupos, o que justifica a opção por esse

procedimento no presente estudo. Procura-se atingir essas metas tentando se manter a margem de movimentação dos informantes tão ampla quanto possível, num relacionamento informal e aberto dentro das limitações já conhecidas. O entrevistador libera-se de formulações prefixadas, para introduzir perguntas ou fazer intervenções que visam a abrir o campo de explanação do entrevistado ou a aprofundar o nível de informações ou opiniões (MINAYO, 1999).

A autora assevera que o roteiro de entrevista deve compor-se de poucas questões em conformidade com o objeto, deve orientar o diálogo entre o sujeito e o entrevistador como elemento facilitador e deve possibilitar a amplitude e a profundidade da comunicação (MINAYO, 1999).

Com vistas a manter o rigor científico necessário, o referido roteiro inicial foi submetido à consulta de 3 docentes do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, especialistas na área de Metodologia de Pesquisa em Enfermagem.

Feitos os ajustes necessários e atendidas as observações dos especialistas, além da realização um pré-teste com a participação de um enfermeiro do próprio hospital, que já havia respondido previamente por Chefia de Divisão na Instituição, foi possível estabelecer o documento final (Apêndice C).

Na realização do pré-teste alertou-se para a necessidade de um pequeno roteiro que norteara a classificação das cargas de trabalho a que os trabalhadores de enfermagem estavam submetidos no cotidiano, com o objetivo de organizar e coordenar melhor as idéias. Foi o que fez a autora, preparando a base nos escritos de FACCHINI (1994b) — (Apêndice C).

As entrevistas foram feitas com os sujeitos, conforme os critérios de inclusão, nos meses de maio a julho de 2004, atendendo-se a disponibilidade de cada um e obedecendo-se ao prazo previsto, vale dizer, de pelo menos 3 meses depois da data de entrega do Relatório dos ATTs. Foram gravadas, com a devida autorização dos informantes, num total de onze horas e dez minutos (média uma hora e trinta por entrevista), com o objetivo de otimizar o trabalho, bem como possibilitar melhor análise dos dados.

Reitera-se que, para a realização da entrevista, foi apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D) aos informantes, em concordância com a Resolução nº 196/96 do MS (BRASIL, 1996a).

4.4.3 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

De posse do conteúdo transcrito das entrevistas, estas foram lidas exaustivamente.

A fase de tratamento dos dados foi operacionalizada conforme preconiza Minayo (1999), por meio da ordenação e classificação dos dados para posterior análise.

Para atender, com o máximo rigor possível, aos requisitos da imparcialidade, opto-se pela utilização do Programa Informatizado *The Ethnograph v. 5.0*, com vistas a operacionalizar tanto a ordenação e separação das estruturas de relevância e das categorias analíticas e empíricas, quanto para realizar o posterior reagrupamento dos dados em blocos temáticos.

O programa *The Ethnograph* permite a codificação de segmentos do texto e seu agrupamento por unidades temáticas, de acordo com a classificação estabelecida pelo pesquisador previamente. Permite, ainda, revisões sistemáticas, facilitando o processo de construção e interpretação dos resultados.

O referido programa, cujo manejo não prescinde o raciocínio analítico do pesquisador, é bastante utilizado para codificação e classificação de dados qualitativos, uma vez que as reflexões teóricas e análise conceitual se fazem necessárias durante todos os momentos da codificação dos dados. O programa não substitui a *criatividade* e esmero do autor na análise dos dados (CASSIANI; ZAGO, 1997).

Com a intenção de garantir o anonimato e facilitar a leitura, cada citação de depoimento veio seguida de uma indicação seqüencial numérica, sendo os números de 1 a 7 correspondem a cada uma das 7 participantes.

A análise dos dados foi fundamentada na perspectiva da hermenêutica dialética, em consonância com o referencial teórico-metodológico dessa investigação, o que permite a busca de dados empíricos com as suas particularidades, sem se perder de vista a compreensão da realidade em que se vive e a sua correlação com a perspectiva histórico-social.

A hermenêutica dialética é um método de análise das ciências humanas e sociais, ou seja, é um método de análise qualitativa. Discute a pesquisa

qualitativa não apenas quanto ao *como fazer* mas também quanto ao *como pensar*, levando o leitor a se inserir nesta proposta da busca do conhecimento. A hermenêutica concentra a sua atenção no *compreender* a realidade, considerando duas questões fundamentais que são “a subjetivação do objeto e a objetivação do sujeito” (MINAYO, 2002, p. 83).

E “compreender é, em princípio, entendimento, e compreender significa uns se entenderem com os outros” (GADAMER, 1999 *apud* MINAYO, 2002, p. 85).

Na busca da relação, da complementaridade da hermenêutica e da dialética, Minayo afirma que a hermenêutica se pauta na:

[...] compreensão como a categoria metodológica mais potente no movimento e na atitude de investigação [...] e no significado, que é o símbolo, a intencionalidade e a empatia como orientadores do pensamento. Por sua vez, a dialética é desenvolvida por meio da articulação da crítica, da negação, da “transformação da natureza e da realidade social” (MINAYO, 2002, p. 83-4).

A hermenêutica está diretamente ligada à *arte de compreender*, à capacidade do pesquisador colocar-se no lugar do sujeito histórico-social, no tempo presente, estabelecendo a correlação, por meio da linguagem, entre o que passou e o que poderá vir a ser no futuro. Trata-se de compreender, que significa compreender e compreender-se, expondo-se inclusive aos erros na elaboração dos juízos, uma vez que existe “polaridade entre familiaridade e estranheza”, sendo essa a base da hermenêutica, na tarefa de esclarecer as condições sob as quais surge o depoimento do indivíduo com quem se interage (MINAYO, 2002, p. 92).

Com referência à relação entre a dialética e o marxismo, em que há a concepção de que as idéias, as instituições, as categorias não são estáticas, existe permanente transformação, Minayo (2002) aponta que, no marxismo, a dialética se transformou numa maneira dinâmica de interpretar o mundo, os fatos históricos e econômicos, as idéias, sob o referencial teórico do materialismo histórico. Também, que “a dialética está presente como método de transformação do real, que por sua vez modifica a mente criando as idéias” (MINAYO, 2002, p. 94).

Minayo (2002, p. 100-1) esclarece que enquanto a hermenêutica busca a compreensão, a dialética estabelece uma atitude crítica e que “o marxismo

reafirma que toda a vida humana é social e está sujeita às leis históricas”. Trata-se do exercício de interpretar, explicar, compreender determinado objeto de estudo.

Nessa perspectiva, optou-se pela hermenêutica dialética como método de abordagem e de análise do conteúdo das entrevistas já que propicia a análise do componente social do processo saúde-doença e dos fenômenos a ele associados. A cultura faz a mediação dos fenômenos biológicos, e a combinação entre hermenêutica e dialética pode contribuir para a compreensão desta complexa abordagem (MINAYO, 2002).

A denominação categoria é dada aos conceitos mais importantes dentro de uma teoria. O termo *categoria* foi utilizado por Marx para indicar conceitos relacionados à realidade histórica, expressando os principais aspectos das relações dos homens entre si e com a natureza, expressando também as unidades de relações entre o histórico e o lógico (MINAYO, 1999).

As categorias podem ser classificadas em:

- **ANALÍTICAS** – “[...] aquelas que retêm historicamente as relações sociais fundamentais e podem ser consideradas balizas para o conhecimento do objeto nos seus aspectos gerais” (MINAYO, 1999, p. 94), comportando distintos graus de abstração, de generalização e de aproximação.
- **EMPÍRICAS** – aquelas que são construídas com o objetivo operacional para organizar o trabalho de campo, ou seja, a fase empírica, ou são construídas a partir desse trabalho; as categorias empíricas “[...] têm a propriedade de conseguir apreender as determinações e as especificidades que expressam a realidade empírica” (MINAYO, 1999, p. 94).

Uma vez claramente definido o objeto científico específico da pesquisa, a construção teórica deve desenvolver-se no sentido de definir quais são as categorias analíticas que permitem o seu entendimento, isto é, que permitem explicitar as articulações internas e externas do objeto ao nível do pensamento (LAURELL, 1985).

No presente estudo, para a apreensão do objeto nos aspectos da realidade, ou seja, a relação entre os ATTs e as cargas de trabalho sofridas pelos

trabalhadores de enfermagem, elegeu-se como categoria analítica o *ATTs e o processo de trabalho de enfermagem hospitalar* e como categoria empírica as *ATTs e as cargas de trabalho de enfermagem*. Por sua vez, como subcategorias dessas foram consideradas as cargas biológicas, físicas, químicas, mecânicas, fisiológicas e psicossociais.

Como construção no campo da saúde, enseja-se a inserção nesse universo complexo, que necessita de compreensão, de intervenções e, sobretudo, de transformações na prática diária dos trabalhadores.

4.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS NA PESQUISA

O projeto do estudo foi elaborado de acordo com os princípios éticos da pesquisa com seres humanos apresentados na Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996a). Foi devidamente submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do HU, que apresentou parecer favorável em 03/04/2003 (Anexo C).

Conforme já mencionado no item 4.4.2, aos entrevistados foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) solicitando-se sua autorização para a utilização dos resultados do trabalho na pesquisa.

O caminho metodológico obedeceu ao seguinte fluxo apresentado na Figura 4.3, a seguir.

FIGURA 4.3 – Caminho metodológico da pesquisa.

5 Resultados

5.1 RESULTADOS — FASE 1: ESTUDO DOS REGISTROS DOS ACIDENTES

5.1.1 CARACTERIZAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE ACIDENTES DE TRABALHO (ATs) DOS TRABALHADORES DO HU E DAS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO GERAL, DE 1997 A 2002

Esta primeira fase da investigação visou atender aos três primeiros objetivos específicos da investigação ora apresentada, com vistas a caracterizar os ATTs que vitimaram e foram notificados pelos trabalhadores de enfermagem do HU por meio das CATs e das NATMBs, durante os anos de 1997 a 2002, analisar o perfil epidemiológico desses acidentes e estimar os indicadores de risco segundo as variáveis em estudo, para todos os trabalhadores de enfermagem da DE, e, por Divisão e Setor, além de identificar as 5 Divisões que apresentaram os maiores CRs. Também, elaborar o Relatório de ATTs dos Trabalhadores de Enfermagem da DE e das Divisões de Enfermagem com maiores indicadores de risco.

Objetivou ainda, servir de instrumento para as chefias e para os trabalhadores das diversas unidades gerenciais do Hospital, bem como para demais instâncias interessadas, na análise dos eventos ocorridos e, sobretudo, sugerindo estratégias passíveis de serem implementadas nos processos de trabalho, de maneira a prevenir novos casos.

Para o conhecimento do contexto das ocorrências dos ATs notificados que acometeram os trabalhadores de enfermagem, a Tabela 5.1 mostra como se distribuíram as ocorrências no HU, ano a ano do estudo, com o respectivo CR. Destaca-se que, neste total, estão computados todos os ATs, ou seja, os ATTs, os casos de acidentes de trajeto e os de doença ocupacional.

TABELA 5.1 – Distribuição anual do número de trabalhadores do HU, notificações de ATs e CR respectivo, de 1997 a 2002. Londrina, 2004.

ANO	NÚMERO DE TRABALHADORES*	ATs		
		n	%	CR**
1997	1705	113	15,8	6,6
1998	1725	148	20,6	8,6
1999	1672	118	16,5	7,1
2000	1710	153	21,3	8,9
2001	1705	75	10,5	4,4
2002	1742	110	15,3	6,3
TOTAL		717	100	
MÉDIA ANUAL	1709,8	119,5		7,0

FONTE: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2004b.

Teste de $\chi^2 = 35,97$; 5 graus de liberdade; $p < 0,0001$

n = Número de ATs.

*Número de Trabalhadores = número de trabalhadores atuantes no HU

** CR: coeficiente de risco – razão entre o número médio anual de ATs e o número médio de trabalhadores expostos; dá a conhecer a probabilidade da ocorrência do acidente.

Como é possível verificar, no HU foram formalizados oficialmente 717 ATs, dos quais apenas 25,8% (185) correspondem ao último biênio da pesquisa. Os valores variaram de 75 em 2001 a 153 em 2000.

O Coeficiente de Risco Médio Anual (CRMA) apresentado foi de 7,0 acidentes para cada 100 trabalhadores, ficando entre 4,4 em 2001 e 8,9 em 2000.

Os resultados mostraram claramente a diminuição do risco nos dois últimos anos.

O detalhamento da evolução desses indicadores de risco para todos os trabalhadores do HU, nos anos do estudo, está apresentado na Figura 5.1, que mostrou também uma linha de tendência negativa.

FIGURA 5.1 — Distribuição do CR anual das notificações de ATs ocorridos com os trabalhadores do HU, de 1997 a 2002. Londrina, 2004.

A Tabela 5.2 apresenta a distribuição anual das notificações dos ATs ocorridos com os trabalhadores de enfermagem comparando-se com as notificações dos ATs ocorridos com os demais trabalhadores do HU, permitindo explicitar a relevância que tem equipe de enfermagem quanto ao risco de ocorrências de ATs no HU, assim como tem sido apresentada em muitos outros estudos brasileiros.

TABELA 5.2 – Distribuição das notificações de ATs com os trabalhadores de enfermagem e com os demais trabalhadores do HU, de 1997 a 2002. Londrina, 2004.

ANO	TRABALHADORES DE ENFERMAGEM				OUTROS TRABALHADORES				TOTAL				
	Nº. TRAB.*	n	%	CR 1	Nº. TRAB.*	n	%	CR 2	Nº. TRAB.*	n	%	CR	RR (CR1/CR2)
1997	641	56	14,3	8,7	1064	57	17,5	5,4	1705	113	15,8	6,6	1,6
1998	638	93	23,7	14,6	1087	55	16,9	5,1	1725	148	20,6	8,6	2,9
1999	603	61	15,6	10,1	1069	57	17,5	5,3	1672	118	16,5	7,1	1,9
2000	642	88	22,4	13,7	1068	65	20	6,1	1710	153	21,3	8,9	2,2
2001	635	41	10,5	6,5	1070	34	10,5	3,2	1705	75	10,5	4,4	2,0
2002	648	53	13,5	8,2	1094	57	17,5	5,2	1742	110	15,3	6,3	1,6
TOTAL		392	100			325	100			717	100		
MÉDIA ANUAL	634,5	65,4		10,3	1075,3	54,1		5,0	1709,8	119,5		7,0	2,1

FONTE: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2004b.

*Nº Trab. = número de trabalhadores atuantes no HU

Os dados apresentados mostraram que, dos 717 ATs registrados no HU, 392 (54,7%) atingiram os **TRABALHADORES DE ENFERMAGEM** (enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes), pessoal este que correspondeu à média de 37,1% (634,5) do quadro total de 1709,8 servidores do HU e 79,7% de todos os 796 trabalhadores da própria DE.

Conforme apresentado na Tabela 4.1, este total de 796 trabalhadores da DE, incluem, além dos trabalhadores de enfermagem, também os técnicos-administrativos da área, os contínuos e os zeladores, número que totaliza 46,6% de todo o pessoal do HU.

Os resultados apresentados nesse estudo sugeriram, portanto, a existência de uma maior exposição real dos trabalhadores de enfermagem do HU a acidentes no exercício da atividade laborativa.

A Figura 5.2 mostra a evolução do CR dos ATs que acometeram a equipe de enfermagem, de 1997 a 2002, com o objetivo de facilitar a avaliação desses indicadores.

FIGURA 5.2 — Distribuição do CR e RR anual das notificações de ATs ocorridos entre os trabalhadores de enfermagem e os demais trabalhadores do HU, de 1997 a 2002. Londrina, 2004.

O valor do CRMA referente à totalidade dos ATs com o pessoal de enfermagem foi igual a 10,3 acidentes para cada 100 trabalhadores, com variações entre 6,5 em 2001 e 14,6 em 1998.

Verificou-se que a linha de tendência do CR do pessoal de enfermagem foi negativa. Por outro lado, a tendência do risco de ATs a que estão sujeitos todos os demais trabalhadores do HU manteve-se com pequena variação nos anos do estudo.

A RRMA estimada da incidência de ATs do pessoal de enfermagem em relação aos demais trabalhadores da Instituição apresentou o valor de 2,1 (10,3/50), tendo variado de 1,6 em 1997 e 2002 e 2,9 em 1998. Essa RRMA de 2,1 mostrou que o risco de ATs para os trabalhadores de enfermagem foi pouco mais que o dobro em relação ao risco dos demais trabalhadores do HU.

5.1.2 CARACTERIZAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE ATs DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO HU

Definida a expressão dos ATs que vitimaram os trabalhadores de enfermagem no contexto da Instituição, os resultados a seguir dizem respeito, especificamente, aos trabalhadores de enfermagem.

A Tabela 5.3 apresenta a distribuição dos ATs notificados por eles, segundo o tipo, objetivando esclarecer o quadro geral das ocorrências.

TABELA 5.3 – Distribuição das notificações de ATs com os trabalhadores de enfermagem do HU, segundo o tipo, de 1997 a 2002. Londrina, 2004.

ANO	Nº. TRAB.*	AT TÍPICO			ACIDENTE DE TRAJETO			DOENÇA PROFISSIONAL			TOTAL		
		n	%	CR	n	%	CR	n	%	CR	n	%	CR
1997	641	53	94,6	8,3	3	5,4	0,5	0	0,0	0,0	56	100,0	8,7
1998	638	92	98,9	14,0	1	1,1	0,2	0	0,0	0,0	93	100,0	14,6
1999	603	55	90,2	9,1	6	9,8	1,0	0	0,0	0,0	61	100,0	10,1
2000	642	81	92,0	13,0	7	8,0	1,1	0	0,0	0,0	88	100,0	13,7
2001	635	36	87,8	5,7	4	9,8	0,6	1	2,4	0,2	41	100,0	6,5
2002	648	32	60,4	4,9	5	9,4	0,8	16	30,2	2,5	53	100,0	8,2
TOTAL		349	89,0		26	6,6		17	4,3		392	100,0	
MÉDIA ANUAL	634,5	58,2		9,2	4,3		0,7	2,8		0,4	65,4		10,3

FORTE: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2004b.

* Nº Trab. = número de trabalhadores atuantes no HU

Os ATTs, como era de se esperar, apresentaram maior frequência, totalizando 89,0% (349) das notificações, que variaram entre 60,4% (32) em 2002 e 98,9% (92) em 1998.

Os acidentes de trajeto representaram 6,6% (26) dos eventos, tendo variado entre 1,1% (1) em 1998 e 9,8% (4) em 2001.

O diagnóstico de doença profissional, conforme o apresentado oficialmente na CAT, foi dado a conhecer em 30,2% (16) dos casos em 2002, referentes a surto de escabiose norueguesa que acometeu os profissionais de enfermagem, além de 1 caso de tuberculose pulmonar em 2001. Os 18 casos totalizaram 4,3% (17) dos registros de doença profissional para o período estudado.

Quanto aos CRs, os ATTs foram os que apresentaram os maiores índices, com CRMA igual a 9,2 acidentes para cada 100 trabalhadores, ficando entre 4,9 em 2002 e 14,0 em 1998, tendo apresentado queda expressiva no último biênio do estudo. O diagnóstico de doença profissional mostrou CRMA de 0,4, que foi nulo de 1997 a 2000 e de 2,5 em 2002. Os acidentes de trajeto, por sua vez, apresentaram CRMA de 0,7, ficando entre 0,2 em 1998 e 1,1 em 2000.

A RRMA dos acidentes típicos em relação aos de trajeto foi de 13,1 (9,2/0,7), ou seja, é mais de 13 vezes maior o risco da ocorrência de um evento de ATT do que de um acidente de trajeto para o pessoal de enfermagem.

A Figura 5.3 apresenta a evolução dos referidos indicadores de risco para a equipe de enfermagem, ano a ano.

FIGURA 5.3 – Distribuição do CR anual das notificações de ATs com os trabalhadores de enfermagem do HU, segundo o tipo, de 1997 a 2002. Londrina, 2004.

Observou-se que a linha de tendência dos ATs com o pessoal de enfermagem, foco da presente investigação, mostrou-se descendente nos anos por ela compreendidos.

5.1.3 CARACTERIZAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE ATs DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO HU, SEGUNDO A FUNÇÃO

A Tabela 5.4 apresenta os ATs de acordo com a função exercida pelo trabalhador no HU.

TABELA 5.4 – Distribuição das notificações de ATTs com trabalhadores de enfermagem do HU, segundo a função, de 1997 a 2002. Londrina, 2004.

FUNÇÃO	1997		1998		1999		2000		2001		2002		Total		TOTAL MÉDIO ANUAL		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	Nº DE TRAB.*	CR
Técnico / Auxiliar de Enfermagem	52	98,1	85	92,4	51	92,7	76	93,8	32	88,9	32	100,0	328	93,9	54,7	524,2	10,4
Atendente de Enfermagem	1	1,9	1	1,1	1	1,8	1	1,2	0,0	0,0	0	0,0	4	1,2	0,7	14,3	4,7
Enfermeiro	0	0,0	6	5,8	3	4,8	4	4,3	4	8,9	0	0,0	17	4,9	2,8	96,0	3,0
TOTAL	53	100	92	100	55	100	81	100	36	100	32	100	349	100	58,2	634,5	9,2

* Nº trab. = número de trabalhadores atuantes no HU

Do total de **349 ATTs que vitimaram os trabalhadores de enfermagem do HU**, os técnicos/auxiliares foram acometidos por 93,9% (328) dos casos, com valores entre 88,9% (32) em 2001 e 100% (32) em 2002, os atendentes de enfermagem por 1,2% (4), com nenhum evento em 2002 e 1,1% (1) em 1998 e os enfermeiros, por sua vez, com 4,9% (17) das notificações, tendo apresentado ausência de registros nos anos de 1997 e 2002, e 8,9% (4) em 2001.

Destaca-se que deste quantitativo de 349 acidentes, 84,2% (294) envolveram as mulheres e 15,8% (55) os homens, valores já esperados, em razão do contingente feminino predominante entre os trabalhadores de enfermagem. Conforme já descrito, no ano de 2002 a equipe de enfermagem esteve constituída por 78,7% (510) de mulheres e 21,3% (138) de homens (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2004b), ou seja, aproximadamente 4 vezes mais mulheres que homens, o que confirma a predominância do sexo feminino e o esperado quantitativo maior de ATs entre elas.

Com o objetivo de melhor analisar o risco de ATTs para o pessoal de enfermagem de acordo com a função, a Figura 5.4 apresenta o CR, ano a ano, mostrando a diminuição expressiva desse indicador no último biênio do estudo, com linha de tendência descendente, especialmente para os atendentes e técnicos de enfermagem.

FIGURA 5.4 – Distribuição do CR anual das notificações de ATTs com a equipe de enfermagem do HU, segundo a função, de 1997 a 2002. Londrina, 2006.

Na avaliação do CR, conforme o esperado, foi possível identificar que os técnicos apresentaram os maiores CRs em todos os anos. O CRMA estimado para estes trabalhadores foi de 10,4, ficando entre 5,9 em 2002 e 16,2 em 1998.

Os atendentes de enfermagem apresentaram CRMA de 4,7, com valores que variaram entre 0,0 em 2000 e 2001 e 7,7 em 2000.

O CRMA dos enfermeiros, por sua vez, foi igual a 3,0, com valores entre 0,0 em 1977 e 2002 e 6,2 em 1998.

A RRMA dos técnicos/auxiliares de enfermagem em relação aos enfermeiros foi de 3,5 (10,4/3,0), o que equivale dizer que o risco de ocorrência de ATTs com os técnicos/auxiliares foi aproximadamente 4 vezes maior.

Também a RRMA dos técnicos/auxiliares de enfermagem em relação aos atendentes foi de 2,2 (10,4/4,7), o que possivelmente esteja revelando que os técnicos correm aproximadamente duas vezes mais riscos de acidentes que os atendentes.

Digna de nota é a ausência de notificações dos enfermeiros nos anos de 1997 e 2002, o que sugere a possibilidade de subnotificação.

A avaliação da tendência dos indicadores de risco mostrou que esta foi negativa no período, tanto no caso dos técnicos/auxiliares quanto no dos atendentes de enfermagem. O mesmo se diga do resultado apresentado pelos enfermeiros, que também mostrou linha de tendência negativa, embora de maneira mais discreta.

5.1.4 CARACTERIZAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE ATTs DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO HU, SEGUNDO A NATUREZA DO ACIDENTE

A Tabela 5.5 apresenta os resultados dos ATTs ocorridos com a equipe de enfermagem do HU segundo a natureza do acidente, evidenciando a relevância dos ATMBs no processo de trabalho.

TABELA 5.5 – Distribuição das notificações de ATTs com trabalhadores de enfermagem do HU, segundo a natureza do acidente, de 1997 a 2002. Londrina, 2004.

NATUREZA DO ACIDENTE	1997		1998		1999		2000		2001		2002		TOTAL		TOTAL MÉDIO ANUAL		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	Nº DE TRAB.*	CR
Contato com Material Biológico	22	41,5	62	67,4	42	76,4	53	65,4	27	75,0	18	56,3	224	64,2	37,3	634,5	5,9
Impactos	12	22,6	11	12,0	2	3,6	13	16,0	2	5,6	6	18,8	46	13,2	7,7	634,5	1,2
Contato Material Médico-Hospitalar	14	26,4	17	18,5	6	10,9	6	7,4	1	2,8	1	3,1	45	12,9	7,5	634,5	1,2
Esforço Excessivo / Inadequado	2	3,8	2	2,2	2	3,6	3	3,7	4	11,1	5	15,6	18	5,2	3,0	634,5	0,5
Quedas	1	1,9	0	0,0	1	1,8	4	4,9	2	5,6	2	6,3	10	2,9	1,7	634,5	0,3
Outros	2	3,8	0	0,0	2	3,6	2	2,5	0	0,0	0	0,0	6	1,7	1,0	634,5	0,2
TOTAL	53	100	92	100	55	100	81	100	36	100	32	100	349	100	58,2	634,5	9,2

* Nº de Trab. = número de trabalhadores atuantes no HU

No presente estudo, quando estudados os ATTs segundo a sua natureza, verificou-se que, de maneira expressiva, os acidentes em que houve exposição do trabalhador de enfermagem a materiais biológicos ocorreram em 64,2% (224) das casos, variando de 41,5% (22) em 1997 a 76,4% (42) em 1998. Seguidamente, os acidentes com maior expressão foram aqueles decorrentes de impactos, de contato com material médico-hospitalar ou de esforços excessivos despendidos durante a atividade laboral.

A Figura 5.5 apresenta a evolução do CR dos ATMB em relação a de todos os demais ATTs, segundo a sua natureza, mostrando a gravidade desses infortúnios para os trabalhadores de enfermagem do HU.

FIGURA 5.5 – Distribuição do CR anual das notificações dos ATTs com os trabalhadores de enfermagem do HU, segundo a sua natureza, de 1997 a 2002. Londrina, 2004.

O CR para os ATMB apresentou valores entre 3,4 em 1997 e 9,7 em 1998, com CRMA de 5,9.

Na avaliação da variação dos indicadores de ATMB ano a ano, foi possível verificar que, em 1998, o CR foi de 9,7, com aumento de 2,9 vezes em relação a 1997, cujo CR foi de 3,4. De fato, o número de notificações passou de 22 em 1997 para 62 em 1998.

A RRMA de ATMB, em relação aos demais ATTs, foi de 1,8 (RRMA = 5,9/3,3), ou seja, o risco de ocorrer um ATMB foi 1,8 vezes maior do que o de ocorrer qualquer outro tipo de acidente para os trabalhadores de enfermagem. Estes valores variaram de 0,7 em 1997 a 3,9 em 1999, com linha de tendência discretamente ascendente, reafirmando a gravidade dos acidentes desta natureza para o referido pessoal.

Sabidamente, a gravidade desse tipo de acidente se dá pela possibilidade da aquisição de doenças graves como a AIDS e as hepatites B e C, com consequências graves para o trabalhador e todo o contexto social em que ele vive.

Para a notificação dos referidos eventos que envolvem exposição a materiais biológicos, a partir de outubro de 1998, foi implantado no HU o Programa de Acidentes de Trabalho com Material Biológico (PATMB), em atendimento à normatização estabelecida pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Esta por sua vez, seguiu as diretrizes do MS, que seguiu as recomendações de 1996 dos Centers for Disease Control and Prevention dos Estados Unidos da América (BRASIL, 1996b; PARANÁ, 1998).

Sendo assim, o ATMB passou a ser notificado sob as duas formas, ou seja, pela CAT e pela NATMB, do referido PATMB, para o registro oficial do evento na unidade previdenciária específica do trabalhador, assegurando-lhe o respaldo legal necessário.

Nessa perspectiva, a Tabela 5.6 apresenta os resultados referentes ao tipo de notificação realizada, CAT e/ou NATMB, com o propósito de elucidar melhor esta situação no HU e mostrar como os eventos se oficializaram.

TABELA 5.6 – Distribuição das notificações de ATTs com trabalhadores de enfermagem do HU, segundo o tipo de notificação realizada após a implantação do PATMB, de 1999 a 2002. Londrina, 2004.

TIPO DE NOTIFICAÇÃO	1999		2000		2001		2002		TOTAL	
	n	%		%	n	%	n	%	n	%
NATMB	4	9,5	23	43,4	18	66,7	8	44,4	53	37,9
CAT	28	66,7	4	7,5	1	3,7	3	16,7	36	25,7
NATMB e CAT	10	23,8	26	49,1	8	29,6	7	38,9	51	36,4
TOTAL	42	100	53	100	27	100	18	100	140	100

Note-se que, enquanto em 2000 foram notificados 53 casos de ATTs envolvendo a exposição a materiais biológicos, em 2001 foram 27 e em 2002 apenas 18, conferindo, respectivamente, o CR de 4,1 – 2,1 – 1,5.

Digno de nota é que em apenas 36,4% (51) as notificações foram feitas conforme o preconizado, sob as duas formas de registro, merecendo atenção para a regularização dessa situação.

Os ATTs provocados por impactos deram-se em 13,2% (46) dos eventos, estando entre 3,6% (2) em 1999 e 22,6% (12) em 1997 o que representou um CRMA de 1,2. Os casos ocorreram durante o manuseio de equipamentos e de manivela das camas, pelo impacto do corpo com o mobiliário em ambientes com espaço de trânsito exíguo, pela prensagem do dedo por macas que precisam passar por corredores estreitos, e acometeram, na maioria das vezes, a mão do trabalhador. Dois dos casos deram-se por agressão ao trabalhador de enfermagem por parte de paciente com agitação psicomotora.

A exposição a outros materiais médico-hospitalares não contaminantes, teve, por sua vez, a frequência de 12,9% (45) dos ATTs no presente estudo, com valores entre 3,1% (1) em 2001 e 26,4% (14) em 1997, o que representou um CRMA de 1,2. Essas ocorrências caracterizaram-se por acidentes com agulhas esterilizadas, com bisturis recém retirados da embalagem e outros, que, embora pudessem provocar lesões no corpo do trabalhador, teriam menor gravidade por não serem vetores de doenças infecto-contagiosas.

Os casos de esforço excessivo ou inadequado, com frequência entre 2,2% (2) em 1997 e 15,6% (5) em 2002, representando o CRMA de 0,5, estiveram relacionados, em grande parte das vezes, com as dores de coluna vertebral, pelo transporte e atendimento de pacientes pesados, pela sua mobilização em camas, pela transferência de paciente da cama ou mesa cirúrgica para a maca e vice-versa, pela utilização de cadeira de rodas de difícil manejo e de cadeiras de banho frágeis, com problema no rodízio das rodas, entre outros. Do total das 18 notificações (5,2% do total de ATTs), 10 foram referentes a estes problemas.

Os casos de quedas estiveram relacionados com pisos molhados ou escorregadios, com a utilização de escadas ou bancos para pegar material em armários e com a pressa ao subir ou descer escadas.

5.1.5 CARACTERIZAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE ATTs NA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO HU, SEGUNDO A PARTE DO CORPO ATINGIDA

A Tabela 5.7 apresenta a distribuição dos ATTs ocorridos com a equipe de enfermagem, de acordo com a parte do corpo atingida em razão do acidente.

TABELA 5.7 – Distribuição das notificações de ATTs com os trabalhadores de enfermagem do HU, segundo a parte do corpo atingida, de 1997 a 2002. Londrina, 2004.

PARTE DO CORPO ATINGIDA	1997		1998		1999		2000		2001		2002		TOTAL		TOTAL MÉDIO ANUAL		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	Nº DE TRAB.*	CR
Mãos	40	75,5	70	76,1	38	69,1	57	70,4	22	61,1	19	59,4	246	70,5	41,0	634,5	6,5
Olhos	3	5,7	12	13,0	7	12,7	7	8,6	8	22,2	4	12,5	41	11,7	6,8	634,5	1,1
Membros Inferiores	6	11,3	2	2,2	1	1,8	3	3,7	2	5,6	1	3,1	15	4,3	2,5	634,5	0,4
Tronco	2	3,8	2	2,2	2	3,6	1	1,2	4	11,1	6	18,8	17	4,9	2,8	634,5	0,4
Outras partes do corpo**	2	3,8	6	6,6	7	12,7	13	16,1	0	0,0	2	6,3	30	8,6	5,9	634,5	0,8
TOTAL	53	100	92	100	55	100	81	100	36	100	32	100	349	100	58,2	635	9,2

* Nº de Trab. = número de trabalhadores atuantes no HU

** Diz respeito à cabeça, exceto olhos e membros superiores, exceto as mãos.

As mãos dos trabalhadores estiveram mais expostas a ATTs em todos os anos do estudo, envolvidos que foram em 70,5% (246) dos eventos, na frequência de 59,4% (19) em 2002 e 76,1% (70) em 1998. O CRMA anual apresentado foi de 6,5 acidentes para cada 100 trabalhadores, não diferindo do que ocorre com as demais áreas produtivas. De fato a enfermagem é uma profissão dedicada em grande parte ao cuidado do paciente, cujo contato direto exige a atividade manual, o que aumenta a exposição a ocorrências acidentais.

A RRMA dos acidentes que envolveram as mãos desses trabalhadores com relação às demais partes do corpo foi de 2,4 (6,5/2,7), o que reforça a relevância do problema no contexto dos ATTs que afetam a enfermagem.

Chamou a atenção o número de 47 (11,7%) casos de acidentes que acometeram os olhos do trabalhador, principalmente aqueles que se deram por contato com material biológico, que somaram 35 (85,4%) destes.

Ainda sobre a exposição ocular, nas especificações apresentadas nas notificações foi possível constatar que em 13 casos (37,1%) houve contato direto com sangue, em 2 das quais o paciente era soropositivo para HIV e o outro soropositivo para o vírus da hepatite B. Em 3 casos (8,6%) a mucosa ocular foi atingida por secreção pulmonar. Em outros 3 eventos (8,6%) o material respingado no olho do trabalhador foi urina, no momento em que este desprezava o conteúdo dos coletores urinários, sendo um dos pacientes portador do vírus da hepatite B.

A Figura 5.6 apresenta a distribuição dos ATTs pelas partes do corpo dos trabalhadores de enfermagem para melhor avaliação.

FIGURA 5.6 – Distribuição das notificações de ATTs com os trabalhadores de enfermagem do HU, segundo a área do corpo atingida no acidente, de 1997 a 2002. Londrina, 2004.

5.1.6 CARACTERIZAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE ATTs DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO HU, SEGUNDO NATUREZA DA LESÃO

A seguir, na Tabela 5.8, estão apresentados os resultados referentes à natureza da lesão sofrida pelo trabalhador de enfermagem quando da ocorrência do ATTs.

TABELA 5.8 – Distribuição das notificações de ATTs com trabalhadores de enfermagem do HU, segundo a natureza da lesão, de 1997 a 2002. Londrina, 2004.

NATUREZA DA LESÃO*	1997		1998		1999		2000		2001		2002		TOTAL		TOTAL MÉDIO ANUAL		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	Nº DE TRAB.*	CR
Perfuração	23	43,4	57	62,0	33	60,0	47	58,0	18	50,0	11	34,4	189	54,2	31,5	634,5	5,0
Corte	13	24,5	13	14,1	3	5,5	8	9,9	3	8,3	5	15,6	45	12,9	7,5	634,5	1,2
Contusão	6	11,3	3	3,3	3	5,5	9	11,1	4	11,1	3	9,4	28	8,0	4,7	634,5	0,7
Irritação nos olhos	1	1,9	3	3,3	2	3,6	1	1,2	8	22,2	5	15,6	20	5,7	3,3	634,5	0,5
Entorse ou Torção	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2	2	5,6	4	12,5	7	2,0	1,2	634,5	0,2
Escoriação	2	3,8	1	1,1	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	1,1	0,7	634,5	0,1
Distensão muscular	0	0,0	1	1,1	0	0,0	2	2,5	1	2,8	0	0,0	4	1,1	0,7	634,5	0,1
Luxação	2	3,8	0	0,0	0	0,0	2	2,5	0	0,0	0	0,0	4	1,1	0,7	634,5	0,1
Outros	6	11,3	14	15,2	13	23,6	11	13,6	0	0,0	4	9,4	48	13,8	8,0	634,5	1,2
TOTAL	53	100	92	100	55	100	81	100	36	100	32	100	349	100	58,2	634,5	9,2

FONTE: PARANÁ, 1997.

* Nº de trab. = número de trabalhadores atuantes no HU

Perfuração: quando um objeto pontiagudo, como agulha, penetra através da pele.

Corte: quando algum objeto produz corte no corpo, com perda de sangue.

Irritação nos olhos: quando os olhos são atingidos por agentes químicos ou objetos, sem conseqüências mais graves.

Entorse ou torção: quando o acidente causa uma distensão de ligamentos com dor.

Escoriação: quando o corpo sofre arranhões ou raspagem.

Distensão muscular: quando o acidente causa uma distensão no músculo.

Luxação: quando o acidente desloca o osso, deixando-o fora do lugar.

Outros: Neste grupo foram agrupados os acidentes cuja natureza da lesão não foi dado a conhecer, ou, com freqüências baixas, tais como choque elétrico, hematomas e laceração.

Conforme o esperado, as lesões com perfurações foram as que vitimaram com mais frequência os trabalhadores de enfermagem do HU, estando ligadas diretamente ao manuseio de agulhas tanto na assistência direta aos pacientes, quanto nas tarefas de preparo de materiais e seu descarte.

De fato, do total de 349 ATTs ocorridos com a população estudada, 48,4% (169) foram provocados por agulhas, variando sua frequência de 34,4% (11) em 2002 a 62% (57) em 1998. Ainda, deste total de 169 acidentes com os referidos instrumentos, verificou-se que em 14 eventos (8,2%) estas foram utilizadas na rede venosa de pacientes já reconhecidamente soropositivos para o HIV, em 1 caso foi utilizada em paciente portador do vírus hepatite C e HIV, simultaneamente, e em 1 caso em paciente soropositivo para o vírus da hepatite C.

O CRMA igual a 5,0 foi o encontrado referente as lesões com perfurações que atingiram o corpo do trabalhador, de maneira especial as mãos. As perfurações em relação aos cortes, segundo tipo de lesão mais freqüente notificada, apresentaram a RRMA de 4,2 (5,0/1,2), o que significa que a probabilidade de uma lesão por perfuração mostrou-se quatro vezes maior do que a probabilidade de uma lesão por corte na equipe de enfermagem, demonstrando a relevância deste tipo de acidente para esse pessoal.

Ainda, as perfurações em relação às demais lesões provocadas pelos ATTs apresentaram a RRMA de 1,2 (5,0/4,2), o que expressa um risco 20% maior de haver um acidente com perfuração do que qualquer outro dia de lesão.

5.1.7 CARACTERIZAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE ATTs DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO HU, SEGUNDO A ATIVIDADE DESENVOLVIDA NO MOMENTO DO ACIDENTE

A Tabela 5.9 apresenta os resultados dos ATTs em relação à atividade que o trabalhador desempenhava no momento do acidente, visando esclarecer melhor o contexto em que ocorreram.

TABELA 5.9 – Distribuição das notificações de ATTs com trabalhadores de enfermagem do HU, segundo a atividade desenvolvida no momento do acidente, 1997 a 2002. Londrina, 2004.

ATIVIDADE DESENVOLVIDA NO MOMENTO DO ACIDENTE	1997		1998		1999		2000		2001		2002		Total		TOTAL MÉDIO ANUAL		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	Nº DE TRAB.*	CR
Manuseio de material contaminado	11	20,8	15	16,3	4	7,3	9	11,1	4	11,1	5	15,6	48	13,8	8,0	634,5	1,3
Punção venosa	6	11,3	16	17,4	5	9,1	11	13,6	7	19,4	4	12,5	49	14,0	8,2	634,5	1,3
Administração de medicamentos	6	11,3	13	14,1	6	10,9	9	11,1	3	8,3	2	6,3	39	11,2	6,5	634,5	1,0
Descarte de agulha contaminada	3	5,7	6	6,5	3	5,5	4	4,9	0	0,0	1	3,1	17	4,9	2,8	634,5	0,4
Punção para glicemia de polpa digital	0	0,0	6	6,5	3	5,5	4	4,9	3	8,3	1	3,1	17	4,9	2,8	634,5	0,4
Manuseio de material limpo	5	9,4	7	7,6	1	1,8	3	3,7	0	0,0	0	0,0	16	4,6	2,7	634,5	0,4
Instrumentação cirúrgica	0	0,0	6	6,5	1	1,8	2	2,5	1	2,8	0	0,0	10	2,9	1,7	634,5	0,3
Retirada de venóclise	1	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	13,9	0	0,0	6	1,7	1,0	634,5	0,2
Encape de agulha	0	0,0	1	1,1	0	0,0	2	2,5	0	0,0	0	0,0	3	0,9	0,5	634,5	0,1
Outros procedimentos de enfermagem**	15	28,3	18	19,6	30	54,5	33	40,7	9	25,0	18	56,3	123	35,2	20,5	634,5	3,2
Sem referência	6	11,3	4	4,3	2	3,6	4	4,9	4	11,1	1	3,1	21	6,0	3,5	634,5	0,6
TOTAL	53	100	92	100	55	100	81	100	36	100	32	100	349	100	58,2	634,5	9,2

*Nº de Trab. = número de trabalhadores atuantes no HU.

** Outros procedimentos de enfermagem referem-se a atividades como banho no leito, auxílio na deambulação, levantar a cabeceira da cama com a manivela, transporte de pacientes, entre outros não listados nos itens anteriores.

Conforme apresentado na Tabela 5.9, as atividades que mostraram risco de ATTs com os trabalhadores de enfermagem do HU foram aquelas relacionadas ao manuseio de materiais perfurocortantes e contaminados, às punções venosas e outros procedimentos de enfermagem, como era esperado, uma vez que há uma gama de atividades que exigem proximidade entre o profissional e o paciente e são responsáveis por muitos acidentes.

A forma como o trabalho é organizado e dividido, com o fracionamento das atividades, realizadas por tarefas e não visando a totalidade da assistência, objetivando a maior produtividade com o contingente de pessoal disponível parece ser a tônica que envolve as ocorrências dos ATTs. Avaliação mais aprofundada deste contexto está apresentada na segunda fase da presente investigação.

5.1.8 CARACTERIZAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE ATTs DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO HU, SEGUNDO A HORA DA OCORRÊNCIA E O NÚMERO DE HORAS TRABALHADAS ATÉ O MOMENTO DO ACIDENTE

O HU dispõe de diversos serviços de internação e ambulatoriais, o que exige o cumprimento de horários variados por parte do pessoal de enfermagem, de acordo com o Setor de Trabalho.

No ano de 2002, 60,5% (392) dos trabalhadores de enfermagem estiveram escalados pelo sistema de turnos de 6 horas diárias com um plantão de 12 horas aos sábados ou aos domingos, denominados de turno da manhã (7 as 13 horas) e turno da tarde (13 as 19 horas), respectivamente, e 31,1% (206) pelo sistema de turnos de 12 horas com 36 de descanso, chamado de período noturno (das 19 às 7 horas); estes, portanto, atuaram em Setores do Hospital que requerem atendimento ininterrupto aos usuários do serviços. Os demais 8,4% (54) permaneceram lotados em Setores que têm horário diurno de 8 horas, que funcionam de segunda a sexta-feira, tais como o Ambulatório, o AHC, o Setor de Radiologia, a Quimioterapia, entre outros (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2004b).

A Figura 5.7 apresenta os resultados relativos à hora da ocorrência do acidente conhecida de 332 das 349 notificações de ATTs que vitimaram os trabalhadores de enfermagem. Os horários de maior ocorrência de ATTs deram-se

entre 9 e 10 horas da manhã e às 12, 15, 16, 18, 22 e 6 horas, possivelmente em razão de serem horários de maior volume de atividades. Destaca-se que os horários próximos às trocas de turnos (12, 18 e 6 horas), apresentaram aumento dos eventos, possivelmente em razão do esforço realizado em finalizar as tarefas.

FIGURA 5.7 – Distribuição das notificações dos ATTs (n=332) com trabalhadores de enfermagem do HU, segundo a hora da ocorrência do acidente, de 1997 a 2002. Londrina, 2004.

A Figura 5.8 mostra o quantitativo dos ATTs de acordo com o turno. O período noturno foi dividido em duas partes, para tornar possível a avaliação do número das ocorrências das **PRIMEIRA 6 HORAS** (das 19 às 0, 59 h.) e das **ÚLTIMAS 6 HORAS** (da 1 às 6, 59 h).

FIGURA 5.8 – Distribuição das notificações dos ATTs (n= 315) com a equipe de enfermagem do HU, segundo o turno de trabalho (matutino, vespertino e noturno dividido em duas partes – as primeiras 6 horas e as últimas 6 horas). Londrina, 2004.

Os dados mostraram que os turnos manhã e tarde apresentam, possivelmente, situações similares quanto ao volume e ritmo do trabalho. Quanto ao período noturno, as primeiras 6 horas apresentaram 48,6% a mais de notificações de ATTs quando comparado às últimas 6 horas, o que permite deduzir que o trabalho é mais intenso na primeira parte do plantão, reduzindo-se nas horas subsequentes.

A Figura 5.9 apresenta a distribuição dos ATTs relacionados ao número de horas trabalhadas até a ocorrência do acidente, objetivando explicitar melhor a realidade das ocorrências.

FIGURA 5.9 – Distribuição das notificações dos ATTs (n = 315) com os trabalhadores de enfermagem do HU, segundo o número de horas trabalhadas até a ocorrência do acidente, de 1997 a 2002. Londrina, 2004.

Verificou-se que 315 dos 349 ATTs notificados pelos trabalhadores de enfermagem do HU deram a conhecer o número de horas trabalhadas até a ocorrência do acidente, reiterando que a maior freqüência dos eventos deu-se na 3ª, 4ª e 5ª hora trabalhada. Considerando que a maioria do contingente de pessoal atua em turnos de 6 horas, esse resultado parece revelar maior volume a partir da segunda metade do horário, visando a conclusão das tarefas.

Quanto ao período noturno, essa situação ocorre nas 3 últimas horas da primeira parte do plantão, ou seja, entre as 22 e 24 horas, período em que costumeiramente o pessoal se ocupa da finalização das atividades visando, especialmente, o repouso dos pacientes.

5.1.9 CARACTERIZAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE ATTs DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO HU, SEGUNDO A DIVISÃO, SETOR DE TRABALHO OU SETOR DE APOIO DE ENFERMAGEM

Os diversos setores do HU estão agrupados em Divisões de Enfermagem, sendo gerenciados pela DE, conforme já apresentado. A Tabela 5.10 mostrou estas Divisões com os respectivos CRMA.

TABELA 5.10 – Distribuição das notificações dos ATTs com os trabalhadores de enfermagem do HU, segundo a Divisão e Setor de Trabalho, de 1997 a 2002. Londrina, 2004.

DIVISÃO	SETOR DE TRABALHO E SETORES DE APOIO	1997		1998		1999		2000		2001		2002		Total		MÉDIA ANUAL 1997-2002		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	Nº. DE TRAB*	CR
Pronto Socorro	PS	11	100	18	100	9	100	28	100	9	100	5	100	80	100	13,3	84	16,0 (2º)
Centro Cirúrgico e Centro de Material	CC	8	44,4	17	73,9	6	75,0	9	69,2	2	40,0	4	100	46	64,8	7,7	40	19,2 (1º)
	CM	10	55,6	6	26,1	2	25,0	4	30,8	3	60,0	0	0,0	25	35,2	4,2	37	11,2 (7º)
	Total	18	100	23	100	8	100	13	100	5	100	4	100	71	100	11,8	77	15,3
UTI	UTI	3	100	5	100	13	100	6	100	5	100	5	100	37	100	6,2	64	9,7 (9º)
Internamento Adulto	Moléstias Infecciosas	4	36,4	9	47,4	5	45,5	5	27,8	3	42,9	1	14,3	27	37,0	4,5	36	12,6 (4º)
	U. Feminina	3	27,3	5	26,3	0	0,0	6	33,3	1	14,3	2	28,6	17	23,3	2,8	42	6,7 (11º)
	U. Masculina	4	36,4	4	21,1	4	36,4	7	38,9	3	42,9	3	42,9	25	34,2	4,2	62	6,7 (11º)
	Tisiologia	0	0,0	1	5,3	2	18,2	0	0,0	0	0,0	1	14,3	4	5,5	0,7	6	11,8 (6º)
	Total	11	100	19	100	11	100	18	100	7	100	7	100	73	100	12,2	146	8,4

Continua...

...continuação

TABELA 5.10 – Distribuição das notificações dos ATTs com os trabalhadores de enfermagem do HU, segundo a Divisão e Setor de Trabalho, de 1997 a 2002. Londrina, 2004.

DIVISÃO	SETOR	1997		1998		1999		2000		2001		2002		Total		MÉDIA ANUAL 1997-2002		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	Nº. DE TRAB*	CR
Materno-Infantil	Maternidade	0	0,0	2	8,7	6	54,5	4	44,4	1	20,0	5	62,5	18	29,0	3,0	25	12,2 (5º)
	Uti Pediátrica	2	33,3	8	34,8	1	9,1	2	22,2	0	0,0	1	12,5	14	22,6	2,3	23	10,1 (8º)
	Pediatria	3	50,0	9	39,1	0	0,0	2	22,2	2	40,0	2	25,0	18	29,0	3,0	42	7,2 (10º)
	UCI Neonatal	1	16,7	2	8,7	2	18,2	0	0,0	1	20,0	0	0,0	6	9,7	1,0	18	5,7 (16º)
	UTI Neonatal	0	0,0	2	8,7	2	18,2	1	11,1	1	20,0	0	0,0	6	9,7	1,0	21	4,8 (13º)
	Total	6	100	23	100	11	100	9	100	5	100	8	100	62	100	10,3	128	8,1
Atendimento	Endoscopia	0	0,0	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	1	50,0	2	15,4	0,3	2	15,4 (3º)
	Hemocentro	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	75,0	0	0,0	1	50,0	4	30,8	0,7	11	6,1 (12º)
	CCIH	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,7	0,2	3	5,3 (14º)
	Hemodiálise	1	33,3	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	15,4	0,3	10	3,2 (20º)
	Ambulatório	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100	0	0,0	2	15,4	0,3	12	3,1 (19º)
	Radiologia	1	33,3	0	0,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	2	15,4	0,3	12	2,9 (21º)
	Total	3	100	1	100	1	100	4	100	2	100	2	100	13	100	2,2	52	4,1
AHC	AHC - Enf	0	0,0	3	100	2	100	3	100	2	100	0	0,0	10	100	1,7	47	3,6 (17º)
Outros	Transporte	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100	2	66,7	0,3	7	5,1 (18º)
	DMMH	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100	0	0,0	1	33,3	0,2	5	3,3 (15º)
	Total	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100	1	100	3	100	0,5	38	1,3
TOTAL GERAL		53	100	92	100	55	100	81	100	36	100	32	100	349	800	58,2	634,5	9,2

*Nº de trab. = número de trabalhadores atuantes no HU

Estimou-se os maiores indicadores de risco de ATTs (CR médio anual) para as Divisões de PS, CC, e UTI Adulto, mostrando que necessitam de especial atenção no quadro geral da DE. Com exceção do CM, as referidas Divisões apresentam características bastante particulares, na prestação de assistência à saúde a pacientes de maior gravidade, com maiores riscos de morte, pela convivência com situações estressantes nas urgências e emergências vivenciadas cotidianamente.

É fundamental o seguimento dos indicadores de risco de ATs por Setor, com o maior grau de detalhamento possível, com vistas a respaldar o gerenciamento das ações que dizem respeito à promoção da saúde dos trabalhadores de enfermagem. As peculiaridades dos processos de trabalho devem ser, necessariamente, consideradas.

5.2 RESULTADOS — FASE 2: ESTUDO DOS DEPOIMENTOS

5.2.1 ATTs E O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM HOSPITALAR

Persistindo no interesse de investigar a relação entre a ocorrência dos ATTs e o trabalho desenvolvido pelo pessoal de enfermagem do HU, a segunda fase do presente estudo objetivou atender aos três últimos objetivos específicos da investigação ora apresentada, com vistas a:

- descrever as contribuições que o Relatório dos ATTs trouxe para o Serviço de Enfermagem da Instituição;
- analisar a relação entre as ocorrências de ATTs e as cargas de trabalho biológicas, físicas, químicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas presentes nos processos de trabalho da enfermagem da DE;
- descrever medidas preventivas institucionais de ATTs passíveis de implementação.

Algumas enfermeiras do grupo gerencial da equipe de enfermagem foram procuradas para fornecer informações a fim de dar a conhecer a realidade das cargas de trabalho presentes no processo de trabalho de enfermagem e que responsáveis por provocar ATTs.

Conforme já descrito anteriormente, constituíram-se da Diretora de Enfermagem, das Enfermeiras que ocupam cargos de Chefe das 5 Divisões de Enfermagem com os maiores indicadores de risco e da Enfermeira da CCIH. Portanto, essas enfermeiras têm destaque na Instituição pela responsabilidade no gerenciamento de grupos de profissionais da área com vários níveis de qualificação, bem como no gerenciamento administrativo das unidades de trabalho propriamente ditas.

A escolha do grupo de observação e informação foi seguida de acordo com os pressupostos da pesquisa social, que deve ser feita de tal forma que os sujeitos tenham domínio sobre o conjunto das experiências e das expressões contidas nos objetivos da pesquisa. Numa abordagem metodológica qualitativa deve-se buscar a escolha dos sujeitos com critério adequado ao aprofundamento e à compreensão global de um grupo social, de uma instituição, de uma representação ou política. A amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade da realidade em todas as suas dimensões (MINAYO, 1999).

A pesquisa social considera sujeito do estudo “gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados”, cujo objeto está em permanente mudança, permeado de contradições, não se direcionando para o acabado (MINAYO, 1999, p. 22) e que vive uma determinada situação que se quer estudar, ou seja, um fenômeno.

A entrevista apresenta-se como instrumento de grande abrangência para a coleta de dados e mostrando-se adequada para o atendimento dos objetivos propostos.

O que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (MINAYO, 1999, p. 110).

Nessa perspectiva buscou-se conhecer qual a relação entre os ATTs e o processo de trabalho de enfermagem do HU, quais as expressões deste no processo saúde-doença dos trabalhadores, na opinião das chefias, quais as características das cargas de trabalho presentes no ambiente laboral responsáveis pela ocorrência dos referidos acidentes, e ainda, quais as medidas preventivas possíveis de serem implantadas.

Partiu-se do pressuposto de que as cargas próprias dos processos de trabalho, que atendem à necessidade de valorização capitalista, são determinantes para o desgaste dos trabalhadores (LAURELL; NORIEGA, 1989).

A avaliação dos ATTs entre trabalhadores de enfermagem do HU, por meio do julgamento das Chefias de Enfermagem do grupo gerencial mais alto, considera a prática de ouvir o trabalhador e dar voz a quem vive a experiência diária do trabalho.

Conhecer a apreciação que os trabalhadores fazem das características do processo de trabalho é conhecer um retrato mais verdadeiro das reais condições de sua saúde e de seu trabalho (LAURELL, 1985). O conhecimento desses sujeitos lhes dá a competência necessária para a participação como pessoas-fonte do estudo (CHIZZOTTI, 2000).

A seguir, a Tabela 5.11 apresenta o perfil sociodemográfico das informantes, que, por meio de seus depoimentos, possibilitaram chegar aos objetivos propostos para esta fase da investigação.

❑ PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DAS INFORMANTES-CHAVE (I1 A I7)

TABELA 5.11 – Perfil sócio-demográfico das Informantes-chave participantes da pesquisa. Londrina, 2004.

CARGO	n	%
Chefes de Divisão de Enfermagem	5	71,4
Diretora de Enfermagem	1	14,3
Enfermeira da CCIH	1	14,3
TOTAL	7	100
MAIOR TITULAÇÃO		
Especialista	4	57,1
Mestre	3	42,9
TOTAL	7	100
TEMPO DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL		
10 — 15 anos	1	14,3
15 — 20 anos	3	42,9
20 — 25 anos	3	42,9
TOTAL	7	100

Continua...

...continuação

TABELA 5.11 – Perfil sócio-demográfico das Informantes-chave participantes da pesquisa. Londrina, 2004.

CARGO	n	%
TEMPO DE ATUAÇÃO NO HU		
10 — 15 anos	3	42,9
15 — 20 anos	2	28,6
20 — 25 anos	1	14,3
20 — 25 anos	1	14,3
TOTAL	7	100
TEMPO DE ATUAÇÃO NO CARGO ATUAL		
2 — 4 anos	4	57,1
4 — 6 anos	0	0,0
6 — 8 anos	2	28,6
8 — 10 anos	1	14,3
TOTAL	7	100
EXISTÊNCIA DE OUTRO EMPREGO		
Sim	2	28,6
Não	5	71,4
TOTAL	7	100
IDADE		
30 — 40	1	14,3
40 — 50	6	85,7
TOTAL	7	100
NÚMERO DE FILHOS		
Nenhum	1	14,3
1	0	0,0
2	4	57,1
3	2	28,6
TOTAL	7	100

Os dados revelaram que as enfermeiras participantes da presente pesquisa eram, na sua maioria, detentoras do título de especialista, embora 42,9% (3) delas já tivessem concluído pós-graduação no nível de Mestrado, sendo que uma delas já se encontrava em fase final de Doutorado. Os dados pareceram revelar preocupação do grupo no aprimoramento profissional, fato importante para o quadro de

um HU, que tem compromissos não só com a assistência, mas também com o ensino e a pesquisa.

A maioria das informantes-chave tinha pelo menos 15 anos de atuação profissional na época da coleta de dados e 42,9% (3) já somavam entre 20 e 25 anos, o que demonstra a importante experiência do grupo na área.

No que se refere ao tempo de atuação no Hospital, foi possível observar que as enfermeiras participantes tinham pelo menos 10 anos de atividade, estando no cargo diretivo há pelo menos 2 anos. Esse fato era esperado, uma vez que o mandato da atual Diretora de Enfermagem estava no terceiro ano da gestão e as titulares de alguns cargos tinham sido empossadas no cargo após essa assumir a DE.

Outro fato importante é que apenas 28,8% (2) das informantes tinham uma segunda atividade profissional formal, por atuarem na docência na área de enfermagem. É possível que a complexidade da atividade seja o fator limitante do desenvolvimento de atividades paralelas da maioria dos membros do grupo.

A maioria encontrava-se na faixa etária entre 40 e 50 anos, o que demonstra maturidade para a vida pessoal, e, conseqüentemente, também para a atividade profissional.

No que concerne ao número de filhos, 57,1% (4) tinha 2 na data da entrevista e 28,6% (2) tinham 3. A maioria tinham, portanto, que compatibilizar a atividade profissional de expressiva relevância no contexto do Hospital, com as de mãe e dona-de-casa, peculiaridades relacionadas ao gênero e que trazem inúmeras influências no exercício de atender as demandas da família e do trabalho.

O senso de responsabilidade, a necessidade de ser eficiente, inclusive a participar na investigação aqui proposta, pareceu trazer uma certa inquietação para algumas das entrevistadas.

Essa situação apresentou-se, na percepção da pesquisadora, como mais uma das cargas de trabalho próprias da gerência de enfermagem, em que a chefia parece sentir-se na obrigação de responder por todos os processos de trabalho da sua área gerencial, como se dependesse unicamente de si a melhor resolução de muitos dos casos problemáticos relacionados à assistência à saúde dos clientes, ao gerenciamento dos processos de trabalho da enfermagem e da relação desses com outros das áreas da administração e da academia.

Os cargos ocupados por todas as participantes da pesquisa são de confiança e têm, de alguma forma, um contingente histórico e político. Há remuneração específica para tal atividade, denominada de função gratificada, com possibilidade de substituição a cada quatro anos, havendo, então, nova eleição para o cargo de Diretor de Enfermagem, ou mesmo antes, diante da necessidade de qualquer readequação organizacional da diretoria.

O Diretor, quando eleito, estabelece os critérios para nomear os Chefes de Divisão de Enfermagem. Tradicionalmente, a formação específica na área tem sido o fator decisivo para essas indicações entre os enfermeiros, somado ao preparo gerencial e à sua consonância com o projeto técnico e político do Diretor de Enfermagem.

Na gestão vigente no período do estudo, a Diretora de Enfermagem, que também esteve entre as Informantes da pesquisa nessa segunda fase, estabeleceu como critério norteador de escolha para a Chefia de Divisão o reconhecimento do grupo de trabalho, ou seja, dos funcionários da respectiva Divisão: Atendimento, CC, Materno-Infantil, PS, UTI Adulto.

A nomeação da Enfermeira da CCIH, que também detém função gratificada, normalmente é feita pela Chefe de Divisão de Atendimento, a qual considera o caráter técnico do cargo, visto que o profissional lotado nessa comissão deve atender às exigências do desenvolvimento das suas atividades.

Como resultado tem-se a formação de um grupo gerencial na DE, com poderes e responsabilidades diferenciadas, grupo este que integra o Conselho Setorial de Enfermagem, junto a outros serviços de assessoria (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2005).

Na presente investigação, no momento das entrevistas individualizadas, os objetivos foram explicitados, com a garantia de que a investigação estava devidamente autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HU. Pareceu que essa explanação tenha contribuído para uma melhor comunicação, dado que as enfermeiras reconheceram ter conhecimento pleno do objeto do estudo.

Procurou-se estar em consonância com a proposta da hermenêutica dialética, que preconiza a adoção de uma postura respeitosa e acolhedora por parte do pesquisador em relação ao entrevistado, objetivando captar o conteúdo daquilo que é

dito e daquilo que não é dito, da maneira mais condizente possível com a realidade (MINAYO, 2002).

Na avaliação do Relatório de ATTs observou-se que as participantes consideraram-no importante para a administração das atividades de enfermagem no HU, bem como para implementação de ações preventivas. Os problemas decorrentes dos acidentes são rotineiramente vivenciados por elas, por apresentar impacto no estado emocional do trabalhador e da equipe, além de acarretar ausências nos postos de trabalho, em razão dos atestados médicos.

Constatou-se que existe uma consciência efetiva da importância dos indicadores para o gerenciamento em enfermagem, na quantificação dos ATTs, que possibilita substituir o conhecimento baseado na experiência do cotidiano pelo conhecimento formalizado, passível de seguimento e avaliação. Uma das investigadas apresentou o seguinte depoimento:

Eu acho que o Relatório é um instrumento gerencial bastante Importante, porque, na realidade, não tínhamos ainda isso mensurado. Havia o conhecimento informal, da vivência, da experiência; mas não tínhamos um registro. A partir do momento que você tem um relatório dessa natureza, ele se torna um instrumento gerencial, possibilitando a administração das possíveis causas, a intervenção da Medicina do Trabalho ou do próprio Seção de Educação e Treinamento, na busca de caminhos para realizar a intervenção, procurando prevenir os ATs (ENF. 1).

Sobre a divulgação ou não dos resultados do Relatório, verificou-se que algumas chefias o apresentaram à equipe de maneira informal, enquanto outras não haviam iniciado qualquer ação até aquele momento.

Especificamente na CCIH, foi constatado que o mesmo serviu como instrumento para comprovação da existência de gerenciamento dos indicadores de ATs no Hospital quando da inspeção realizada pelo Serviço de Vigilância Sanitária do Município, já que esse órgão exige a comprovação desse acompanhamento. Também, foi utilizado como tema de análise feita pelos alunos de graduação e estagiários da CCIH, que puderam discutir os problemas relacionados a esses acidentes bem como constatar a sua relevância para os trabalhadores de enfermagem e de todo os demais servidores do Hospital.

A pequena divulgação do Relatório evidenciada talvez se deva à complexidade apresentada pelo mesmo, ou ao volume do trabalho do cotidiano, das inúmeras tarefas que as chefias e a enfermagem têm, que tornam exíguo o tempo para

pensar a realidade, para avaliar os rumos do serviço, para planejar estratégias passíveis de realização e analisar desempenhos, periodicamente.

Houve uma crítica por parte de algumas participantes de que o Relatório dos ATTs teve uma apresentação complexa para o entendimento e que necessitaria ser preparado de uma maneira mais sintética e objetiva. Apreende-se, então, que não basta que esse relatório seja completo, apresentando informações precisas; ele precisa estar em linguagem adequada à necessidade da gerência e do serviço, para que tenha real aplicabilidade.

A fala de uma das participantes da pesquisa traduziu esta ponderação:

Eu achei o trabalho bastante completo, mas, complexo. E isso me preocupa, porque considero que tanto esse Relatório dos ATs quanto outros que são produzidos na DE e no HU, devem ser preparados de forma prática para que os resultados possam ser utilizados para a mudança da prática. Eu sei que fazer um relatório desse dá muito trabalho... Por isso eu acho que ele deve ser adotado como uma ferramenta de trabalho mesmo. E, para que isso ocorra, é necessário estabelecer alguma estratégia (ENF. 30).

Possivelmente essa percepção esteja em conformidade com o ritmo intenso do trabalho, que requer uma informação mais consistente e mais direta, a fim de que possa contribuir para tomadas de decisão mais rápidas.

A importância da continuidade da produção dos relatórios e seguimento dos indicadores de risco foi bastante enfatizada. O fato dos resultados serem compatíveis com o expressivo volume de atividades de algumas unidades, confirmando o peso do trabalho sobre a equipe de enfermagem naqueles Setores, apresentou-se como mais uma das evidências da necessidade de ações administrativas efetivas, tais como a viabilização do aumento da quantidade de pessoal e a ampliação do serviço de atendimento médico do Hospital, especialmente os relacionados às doenças crônicas e degenerativas, posto que há um contingente expressivo do pessoal com idade mais avançada.

Outro ponto levantado por uma das informantes esteve relacionado aos casos de subnotificação dos acidentes. Observou-se uma preocupação com o fato dos indicadores não expressarem a realidade na sua totalidade. Uma das possíveis causas de ausência de notificação estaria relacionada ao constrangimento pelo qual o trabalhador vinha passando quando se acidentava com exposição aos materiais

biológicos, dadas as dificuldades de atendimento do PATMB, assunto esse já amplamente abordado anteriormente.

A entrevistada da Divisão de CC, Setor que apresentou altos valores de CRs, enfatizou que orienta rotineiramente a equipe para a necessidade da notificação dos acidentes, principalmente quando envolvem perfurocortantes contaminados com materiais biológicos potencialmente infectantes, para a valorização do auto-cuidado, da auto-estima e do lazer. Diante do exposto, pareceu possível aventar que os valores dos CRs apresentados podem ter sido influenciados também pela especial atenção que é dada ao problema na referida Divisão e ao fato do Setor encontrar-se em uma área física fechada, condição que facilita a comunicação entre os trabalhadores do grupo.

Sobre as possíveis causas dos ATTs, foi possível constatar que todas as entrevistadas tinham expressivo conhecimento das unidades de trabalho que estavam gerenciando. Foi visível a preocupação com os processos de trabalho, com a organização e divisão das atividades, com os ambientes em que a assistência é realizada e com a saúde dos trabalhadores do próprio grupo.

A avaliação da relação entre os ATTs e as cargas de trabalho presentes nos processos de trabalho do pessoal de enfermagem do HU, apreendidas nas entrevistas realizadas, é apresentada a seguir.

5.2.2 ATTs E AS CARGAS DE TRABALHO DE ENFERMAGEM

Conforme já comentado, as cargas de trabalho são classificadas em dois grupos distintos, de acordo com as suas características específicas: as de materialidade externa ao corpo do trabalhador, que são as biológicas, físicas, químicas e mecânicas e as de materialidade interna, inerentes à dinâmica do corpo humano, que são as fisiológicas e psíquicas (LAURELL; NORIEGA, 1989; LAURELL, 1993; FACCHINI, 1994b).

As cargas de trabalho são:

[...] os elementos que interatuam dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador, gerando aqueles processos de adaptação que se traduzem em desgaste, entendido como perda da capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica. Vale dizer, o conceito de carga possibilita uma análise do processo de trabalho que extrai e sintetiza os elementos que determinam de modo importante o nexu biopsíquico da coletividade

operária e confere a esta um modo histórico específico de “andar a vida” (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 110).

A análise das cargas de trabalho que pesam sobre os trabalhadores de enfermagem do HU levou a considerar que as **CARGAS BIOLÓGICAS** são aquelas que provocam maior preocupação, tendo sido enfatizadas pelas entrevistadas, de maneira unânime, como o maior fator de apreensão e sofrimento para a equipe.

O risco de ser acometido por doenças graves como hepatite B e C, e, sobretudo, pela AIDS, traz expressiva inquietação ao pessoal que atua na assistência direta aos pacientes, bem como para aqueles (entre os quais os trabalhadores encarregados do cuidado com o material nos diversos Setores de Enfermagem, os do CM, da zeladoria e da lavanderia), que manipulam materiais e equipamentos contaminados com fluidos corporais, especialmente sangue.

Há consciência de que o cuidado é atribuição da profissão de enfermagem, cabendo então a essa equipe prestar a assistência direta aos pacientes. Entretanto, a possibilidade de contrair doenças infecciosas graves como a AIDS atemoriza a todos.

Em relação a esta problemática, um dos depoimentos mostrou as dificuldades vividas pelo pessoal de enfermagem para atender crianças soropositivas para o HIV ou doentes de AIDS. Expressou o conflito entre prestar assistência e manter uma atitude compatível com a própria proteção.

[...] sempre causa impacto quando você recebe a informação de que uma criança está com AIDS. E eu percebo que são mobilizados dois sentimentos, a questão da prevenção em razão da transmissibilidade e da piedade... Quando é a criança que tem a doença, um bebê, a sensibilização é maior do que quando se trata de um adulto, talvez por este já ter vivido mais. Mas, a doença em uma criancinha de oito meses, um ano, um ano e pouco, três anos, traz um sentimento diferente, é mais complicado, dá uma tristeza... (ENF. 1).

Por outro lado, no que diz respeito às medidas preventivas, que muitas vezes não são seguidas adequadamente durante a atividade laboral, parece que algumas informantes-chave supuseram que esse comportamento se deve ao estigma religioso e à cultura do pessoal de enfermagem, conforme a qual o profissional estará livre de acidentes e doenças, porque o seu trabalho consiste em “fazer o bem ao outro” e sempre vai haver a proteção divina pela sua boa intenção em cuidar das pessoas. Parece haver a compreensão de que a contrapartida divina desse desprendimento é,

portanto, a proteção de todos os perigos.

Uma situação relatada por uma das entrevistadas diz respeito ao uso inadequado de luvas pelo pessoal de enfermagem durante procedimentos em que o seu uso é indicado. Havia, em suas palavras, o tom de indignação contra a resistência da equipe àquilo que cientificamente é comprovado, pois que o risco existe de fato.

Sobre o mesmo assunto, outra participante revelou que raramente observa a utilização de luvas durante o procedimento de punção venosa. Complementou, afirmando que considera que esta resistência se deve à maior dificuldade prática pela diminuição da sensibilidade da mão do profissional no toque ao cliente, no momento de realizar a punção. Outro ponto levantado é que há uma maior adesão ao seu uso apenas quando o paciente é reconhecidamente portador de alguma doença veiculada pelo sangue ou está internado no Setor de MI, e também em razão de uma cobrança mais intensa por parte das enfermeiras daquela unidade de trabalho.

Sobre o uso de luvas para punção venosa eu tenho que dizer que é difícil punccionar com elas e creio que é por isso que há tanta resistência por parte do pessoal de enfermagem. Raramente vejo o funcionário usando... É diferente quando o paciente é sabidamente soropositivo para o HIV, situação em que todos se protegem... Eu acho que é preciso valorizar quando o trabalhador diz: "eu não consigo pegar uma veia difícil com luva, ela enrosca no garrote, eu acabo perdendo a punção..." (ENF. 3).

A resistência à utilização de luvas nas punções venosas foi notificada por outra participante. É entendimento geral que elas não impedem a perfuração, embora sabidamente, possibilitem a diminuição da quantidade de material inoculado no indivíduo acidentado. Lembrou que, em muitos membros da equipe, há o sentimento de autoconfiança, de domínio da técnica que é realizada várias vezes por dia, de segurança na sua realização, situação que parece estar relacionada, também, à formação profissional adquirida ainda nos bancos escolares.

De fato, a rotatividade do pessoal de enfermagem no HU é baixa e, conseqüentemente, o grupo é constituído por um contingente grande de trabalhadores com muitos anos de atuação na Instituição. No período da pesquisa, cerca de 68,8% (446) dos trabalhadores já somavam mais de 15 anos de profissão (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2004b), tendo sido formados ainda na década de 80, quando o uso de luvas era bastante restrito em muitas instituições hospitalares, sob a alegação da necessidade de fazer economia e das dificuldades de processamento na reesterilização, entre outras. Essa realidade também foi vivenciada pela pesquisadora, ainda no início da sua carreira profissional.

Uma das enfermeiras lembrou que, atualmente, há total disponibilidade de EPIs no Hospital e que isto pode contribuir para a prevenção dos ATMBs. Por outro lado, houve outro depoimento contraditório, relatando a enfermeira que a capacitação que realizou sobre o uso de aventais foi inviabilizada por problemas operacionais, dada a falta de provimento desse material para uso nos Setores.

Uma delas destacou que não entende a resistência da equipe ao uso das técnicas adequadas de biossegurança durante a atividade laboral, enfatizando que, de fato, a AIDS apresentou-se como um grande sinal de alerta no cotidiano da enfermagem, desencadeando uma série de ações coletivas. Entretanto, ponderou que parece que essas ações logo se perdem, caem no esquecimento, talvez pelo dinâmico ritmo das atividades diárias, que exigem efetividade nos serviços.

Um dos questionamentos foi a respeito das dificuldades relacionadas à prática da lavagem de mãos no Hospital, mesmo em Setores críticos, onde, tecnicamente, há quantitativo razoável de pessoal. A enfermeira questionou:

O que acontece, por quê tamanha resistência? É impossível que a pessoa deixe de lavar a mão em sã consciência... Eu acho que isso é uma defesa, é desconsiderar o risco, fazer de conta que ele não existe para se fortalecer e continuar (ENF. 4).

O PATMB implantado no HU foi fundamental para a introdução de muitas estratégias de prevenção dos eventos, por meio da divulgação, educação permanente, capacitação dos trabalhadores, docentes e alunos que atuam no HU. O pessoal de enfermagem esteve envolvido de maneira particular, pela existência da Seção de Orientação e Treinamento, estrutura educativa específica da área, que se somou às iniciativas da CIPA e da CCIH.

É fato que houve falhas importantes e comprometedoras no fluxo de atendimento do trabalhador acidentado com material biológico, realizado por meio do PATMB, conforme já referido anteriormente. A crítica à situação foi unânime entre as entrevistadas, que chamaram a atenção para a necessidade de reestruturação do próprio Programa, bem como do atendimento realizado pelo Serviço de Medicina Ocupacional do Hospital.

Uma das entrevistadas informou que considera que os ATMBs parecem ter menor destaque nos Setores fechados, tais como a UTI Adulto, possivelmente pelo fato de existir uma maior organização do Setor, maior qualificação do pessoal, maior rigor no seguimento das técnicas e regularidade no volume de

trabalho, mesmo em se tratando de Setor de alta complexidade. Nesse local, o número de pacientes por funcionário para o cuidado é praticamente fixo, estabelecido inclusive pela legislação brasileira, o que significa existir volume mais regular do trabalho a ser realizado. Contudo, a possibilidade de subnotificação dos eventos foi aventada como uma possibilidade.

A presença de alunos da área de saúde em todos os Setores do Hospital faz com que a Instituição tenha características especiais, porquanto que os procedimentos nas Unidades de PS, CC, Salas de Exames tendem a ter um tempo mais longo para a sua realização, além de diferencial na organização do material e equipamentos, considerando-se que os estudantes não têm a mesma habilidade para a realização dos procedimentos técnicos que os profissionais da área, atuantes há muitos anos.

Sobre esse assunto uma das informantes, discorrendo sobre o CC, declarou que a característica de Hospital de Ensino traz conseqüências no processo de trabalho e desencadeia cargas especiais, inclusive biológicas.

Quando é o pessoal de enfermagem que instrumenta a cirurgia, ao final do procedimento, a mesa do instrumental fica organizada, o material fica limpo. Por outro lado, quando é o aluno quem instrumenta, tudo fica muito desorganizado e é aí que o material perfurocortante, misturado com outros, termina por propiciar que o acidente aconteça com o funcionário da enfermagem, na hora em que ele vai organizar tudo. Pela correria rotineira, ele está sempre sobrecarregado e com pressa, porque tem outra cirurgia pra entrar, porque tem o paciente para encaminhar para a recuperação, tem os relatórios para concluir e assim por diante (ENF. 6).

A entrevistada continuou afirmando que naquele Setor especificamente, a falta de pessoal faz com que não seja possível manter um instrumentador e um circulante da equipe de enfermagem em cada sala cirúrgica, simultaneamente. Caso isso fosse possível, melhoraria o desenvolvimento do trabalho e a divisão das tarefas, com conseqüente prevenção de acidentes com perfurocortantes.

A depoente ainda revelou que, após concluída a cirurgia, o instrumentador sente-se temeroso: ao manipular o instrumental utilizado para encaminhá-lo ao processamento no CM; ao descartar os perfurocortantes, as lâminas de bisturi e as bolsas de sangue; ao preparar o material que vai para o laboratório, as peças das amputações, os órgãos retirados para doação, entre outros.

As situações de urgência e emergência vivenciadas, diuturnamente, no Setores como CC e PS, desencadeadoras de estresse, foram declarados como propícios para as ocorrências de ATMBs, ponto a ser considerado, dado que foram as unidades que, na análise quantitativa do presente estudo, foram apontadas como de maior risco de ATTs e de ATMBs.

De fato, as cargas biológicas parecem ser uma das mais intensas que o trabalhador da saúde enfrenta na atividade laboral. Uma das enfermeiras assim resume essa percepção:

Fico preocupada com a exposição da enfermagem no cotidiano do trabalho, em relação às bactérias, vírus, fungos, a tudo que possa causar doenças. E hoje, cada vez mais, com o uso inadequado de antibióticos, esses organismos se tornam multirresistentes, desencadeando uma carga bacteriana ou viral mais intensa, mais difícil de ser tratada, com maiores riscos para a saúde e com maior período de recuperação para os trabalhadores acometidos. Esse fator é extremamente importante, porque gera instabilidade emocional, tira o trabalhador da atividade, prejudicando e aumentando a sobrecarga de trabalho daqueles que continuam atuantes (ENF. 1).

O quantitativo crescente de pacientes portadores de infecções por bactérias multirresistentes foi apresentado como fator de preocupação também para outras entrevistadas, assim como a permanência de pacientes com tuberculose, especialmente no PS e UTI Adulto, aguardando a confirmação diagnóstica, antes de serem encaminhados para o Setor de Tisiologia.

Uma das pessoas-fonte declarou que o fato do HU atender a todas as especialidades médicas, chegando a ser referência para doenças infecciosas como tuberculose, AIDS, meningite e outros, torna necessária uma estrutura mais adequada a esse atendimento. Em consequência da falta de uma área física adequada, consultórios são interditados para o isolamento do paciente com suspeita de doença infectocontagiosa, o que desencadeia transtornos aos usuários dos serviços, com aumento do tempo de espera daqueles que estão aguardando.

O fato das cargas biológicas serem, de fato, marcantes para todo o pessoal de enfermagem, de alto risco para os ATTs, faz com que elas devam se constituir em tema de especial atenção para a equipe e para todos os envolvidos na dinâmica do Hospital.

Os depoimentos revelaram a existência desses muitos entraves presentes no processo de trabalho, influenciados pela organização institucional, pela

forma como se entrelaçam as questões educativas, políticas e estruturais do HU, e que terminam por comprometer o seu enfrentamento, trazendo à tona grande expectativa e inquietação para todos, também para as chefias participantes da investigação.

As **CARGAS FÍSICAS**, presentes nas condições do ambiente e da crescente introdução de novas tecnologias nos hospitais, que trazem a emissão de radiações, ruídos, poeiras, entre outros, têm se mostrado como fonte de cargas de trabalho também para os trabalhadores de enfermagem do hospital, considerando-se a necessidade de adaptação, atualização e capacitação técnico-científica para a prestação da assistência de enfermagem.

É preciso considerar que a Instituição em estudo, por não ter sido planejada para ser um Hospital Geral, teve seus espaços ampliados paulatinamente, de maneira improvisada, de acordo com as necessidades emergentes que o serviço de saúde local passou a demandar ao longo dos anos. Essas áreas, muitas vezes, oferecem pouca ventilação, são exíguas, possuem iluminação inadequada, o que traz repercussões no processo de trabalho do pessoal de enfermagem, sem considerar o desconforto para os usuários dos serviços e demais integrantes da equipe de saúde.

Nos últimos anos ocorreu no HU, alagamento em vários Setores, durante as chuvas e houve problemas nas calhas do prédio. Assim, postos de enfermagem, corredores, enfermarias, foram inundados, causando grandes transtornos. A informante deduziu que essas situações favoreceram ocorrências de ATTs, além de causar insatisfação aos trabalhadores e usuários dos serviços.

A existência de Setores totalmente fechados tais como as UTIs, CC, espaços nem sempre climatizados, com pequenas janelas próximas ao teto, faz com que os trabalhadores de enfermagem tenham acréscimo de desconforto na atividade laboral em razão dessas inadequadas condições ambientais.

Medidas têm sido tomadas buscando-se alterar esse quadro. Uma das entrevistadas abordando a situação da UTI Adulto, lembrou que a instalação de grandes janelas no Setor, realizada na última reforma, tornou o ambiente mais confortável. Assim, o desconforto pareceu ter-se reduzido.

Depois da instalação de janelas na UTI, passamos a saber quando era dia e quando era noite, se chove ou faz sol... Passamos a perceber uma maior satisfação na fisionomia das pessoas da equipe, todos passaram a se sentir melhor. O próprio paciente também sentiu melhora; nós percebemos que diminuiu o número de pacientes idosos com crise de agitação no Setor; a localização do doente no tempo e espaço contribui para a sua melhora (ENF. 2).

Essa depoente ressaltou ainda que as janelas ajudam também quando um paciente exala algum odor característico; a possibilidade de abrir as janelas diminui o incômodo para todos os presentes na unidade de trabalho.

Apontou-se também a falta de janelas no CM como ponto desfavorável para a área física do Setor, pois que isso impede o trabalhador de conhecer as condições do tempo do lado de fora, *perde-se a noção do tempo* (ENF. 6). Continuou destacando que espaço pequeno para circulação é fator relevante de cargas de trabalho para o pessoal de enfermagem que lá atua. Também, que o local destinado para fechar as caixas de instrumental cirúrgico é muito apertado, não propiciando condições necessárias para que o trabalhador fique tranqüilo para conferir os instrumentais e a listagem de cada peça de acordo com a numeração.

Outra depoente relatou que há muitos espaços na Instituição que precisam de reformas urgentes; há pisos soltos nas unidades, pisos irregulares por onde os funcionários passam com as macas para transportar os pacientes, rampas com a proteção de borracha danificada, banheiros sem barras em que o paciente possa apoiar-se.

A inadequação da ventilação dos Setores foi citada de maneira unânime pelas entrevistadas, que a consideraram inadequada para o atendimento dos usuários e para toda a equipe que atua no HU. O clima da cidade apresenta a temperatura média de 22º C (LONDRINA, 2006) e é considerado quente para a população local; esse fator repercute na resistência dos trabalhadores ao uso dos aventais de isolamento, tão necessários durante o atendimento aos portadores de microorganismos multirresistentes ou de doenças infecciosas, em que seu uso é indicado.

Uma das informantes parece ter resumido com propriedade a problemática da área física na Instituição, momento em que foi possível constatar uma certa expressão de angústia:

No PS o fluxo de pessoas é muito grande. Atendemos pessoas de todas as classes sociais, temos os andarilhos, os fumantes nas áreas em que há a rede de oxigênio, os presidiários, os pacientes encaminhados dos consultórios médicos ou que são “conhecidos” de alguma pessoa do quadro de trabalhadores ou docentes. A planta física é inadequada, restrita, nós temos de realizar o atendimento de emergência numa sala muito pequena. Os atendimentos requerem o seguimento de protocolos sistematizados. É difícil dar conta de tudo num espaço tão pequeno... (ENF. 7).

Não se podem dispensar a utilização de materiais e equipamentos na assistência à saúde dos usuários, mas, mais indispensável que eles é o cuidado direto, à cabeceira do leito, que permanece sendo um trabalho que deve ser prestado com delicadeza e paciência, interagindo o cuidador com aquele que é cuidado. Entretanto, faz-se necessário admitir que as novas tecnologias incorporadas às tarefas de assistência à saúde também demandam cuidados de enfermagem.

Foi possível verificar, nos depoimentos, que o pessoal do CC fica mais exposto cotidianamente às cargas de trabalho físicas e aos acidentes graves de cuja ocorrência elas são causas expressivas. Entre as ilustrações utilizadas pela entrevistada para dar a idéia das ocorrências de acidentes durante o processo de trabalho do Setor, ela destacou que um desfibrilador cardíaco pegou fogo, que já aconteceu de água da chuva entrar pela tubulação elétrica, que muitos foram os choques sofridos durante o manuseio de bisturi elétrico. Também lembrou que a existência de número excessivo de aparelhos ligados à tomada e os muitos fios no chão provocam quedas em momentos em que há necessidade de maior agilidade e rapidez.

Situação igualmente reveladora dos problemas relacionados às cargas físicas no CC foi apresentada no comentário feito a respeito de um problema elétrico em uma fonte de luz, com saída de fogo pela tomada; a correria em busca do extintor foi geral, sem contar que, na referida sala, havia rede de oxigênio que poderia ter causado uma explosão.

De fato gases como oxigênio, nitrogênio, ar comprimido, anestésicos, apresentam riscos para todo o pessoal.

Outra enfermeira, relatando sobre o assunto, revelou ter a percepção de que a equipe, a partir de um determinado momento, não sente mais os riscos desses produtos no Setor, de quão nocivos são para a saúde.

[...] Eu acredito que as pessoas não tenham noção do risco que tem uma concentração muito alta de oxigênio, de anestésico. Eu percebo que elas estão mais preocupadas com o aumento do custo provocado pelo vazamento, com a economia para o Hospital e não têm noção do risco para a sua saúde (ENF. 4).

As entrevistadas falaram da existência de muito barulho durante os processos de trabalho da enfermagem, os quais acrescentam mais desconforto ao profissional da área. Uma delas declarou que há um trânsito de cerca de três mil e

duzentas pessoas no HU, por dia, entre pacientes, alunos, visitantes, funcionários, professores, fornecedores, representantes comerciais; que esse quantitativo de pessoas circulando é a razão do inevitável ruído.

A mesma asseverou que também a UTI Adulto, que tem a característica de Setor fechado, sofre a problemática do ruído durante a atividade laboral, emanado da aparelhagem em funcionamento, dos alarmes sonoros, do som dos respiradores em uso, das bombas infusoras, do alarme do oxímetro, do telefone, das enceradeiras utilizadas na limpeza dos pisos, das chamadas no som do Hospital, todas situações que trazem estresse e cansaço à equipe de enfermagem e comprometem a concentração do pessoal durante a execução das tarefas.

Uma outra informante lembrou que as unidades de internação e as enfermarias do próprio PS possibilitam que até 14 pacientes fiquem internados em grandes espaços comuns, muitos deles graves, monitorizados, sob assistência ventilatória mecânica. Como consequência, os trabalhadores de enfermagem responsáveis pelo atendimento desses enfermos vêm-se sobrecarregados, gerenciando os alarmes e a gravidade dos pacientes, que requerem cuidados intensivos próprios de uma UTI.

Considerou, ainda, que esses ruídos e movimentação fazem com que o paciente que está mais lúcido, orientado, fique atento, preocupado, assustado. *Que barulhão é aquele que o pessoal faz atrás da cortina, quando um paciente passa mal?* (ENF. 7), foi uma das falas da informante, reproduzindo o fala do paciente que vê e ouve situações inusitadas, como nas ocasiões em que ocorre o atendimento de uma parada cardiorrespiratória nessas grandes enfermarias.

No CM, que tem pouca ventilação, a temperatura das autoclaves gera muito calor e umidade. Com o objetivo de melhorar o conforto dos trabalhadores foram instaladas “cortinas de ar” para tentar melhorar a circulação, mas, o ruído desencadeado foi tamanho que, segundo a participante da pesquisa, o pessoal preferiu passar calor a ter que suportar o barulho provocado por essas cortinas. Portanto, é relevante o desconforto proveniente do ruído para o pessoal de enfermagem daquele Setor.

Ainda em relação às cargas físicas que acarretam desconforto aos funcionários durante o desenvolvimento do trabalho, há a questão das radiações advindas dos Setores de Radiologia, nas cirurgias que utilizam Raio X, do Setor de

Hemodinâmica e Litotripsia. As enfermeiras entrevistadas demonstraram preocupação com a proteção do pessoal, com o uso de EPI, bem como pelo reconhecimento da periculosidade do trabalho desenvolvido pelo pessoal naquele Setor.

Um ponto importante levantado por uma das informantes foram os procedimentos no CC, em que o Raio X é utilizado com frequência e cuja periculosidade e, conseqüentemente, retorno financeiro, foi reconhecida para a equipe médica e não para a de enfermagem. Essa situação deixou o grupo insatisfeito, por sentir que a Instituição tratou de modo diferente os trabalhadores de acordo com a categoria profissional. O relato a respeito dessa situação apontou para a diferença de classes revelada e reconhecida institucionalmente.

Verificou-se, na fala da informante, a insatisfação e a frustração diante do caso vivenciado, em que ficou visível a discriminação entre o trabalho de enfermagem e o do médico.

Contudo, foi possível notar nos depoimentos uma necessidade grande de manter a perspectiva de que os processos de trabalho vão melhorar, que as condições do ambiente um dia serão favoráveis.

Quando pudermos ter enfermarias mais arrumadas, de dois leitos, climatizadas, um ambiente mais agradável, isso tudo vai ajudar a melhorar o clima, as pessoas vão trabalhar com mais prazer, vão aderir mais às normas de proteção individual. Vai faltar a questão salarial, que não tem como nós interferirmos... (ENF. 3).

Trata-se, supõe-se, de um misto de desesperança e resistência. Parece haver reconhecimento do problema, do perfeito cenário da realidade da enfermagem, da falta de governabilidade para resolver muitos dos problemas, ao mesmo tempo que se busca uma grande força interna para resistir e continuar.

As **CARGAS QUÍMICAS** presentes na atividade laboral do pessoal de enfermagem, pelo manuseio de substâncias de variadas naturezas, desde quimioterápicos, antibióticos, álcoois, desincrostantes, polivinilperolidona 10% iodo 1% (PVPI), clorohexidina, glutaraldeído, talco de luvas, formol, detergente enzimático, desinfetantes, entre outros, fazem parte da sua rotina diária. Como conseqüência há os ATTs, as alergias, as rinites e outros agravos, muitas vezes imperceptíveis no curto prazo.

Entre as referências feitas pelas entrevistadas, pareceu ser o formol a substância que causa maior desconforto, pelo lacrimejar dos olhos, pelo fato das

peessoas sentirem-se mal ao manipular as peças para exames, as quais necessitam ser conservadas nessas substâncias, entre outras situações.

Verificou-se a preocupação das informantes com o acesso facilitado a produtos como entorpecentes, álcool, éter, substâncias que podem ser utilizadas como drogas ou narcóticos. Isso diz respeito a tanto aos trabalhadores do Hospital de todas as áreas, quanto aos pacientes que, por serem submetidos a internações repetidas, terminam por conhecer os fluxos de pessoal e material, bem como as fragilidades de controle de acessos da Instituição.

Uma enfermeira, discorrendo sobre o assunto das cargas químicas, revelou que considera alarmante a manipulação de quimioterápicos por pessoal nem sempre habilitado, o que possibilita a ocorrência de ATTs. Segundo ela, em situações especiais, quando o Setor de Quimioterapia não está funcionando, fica a cargo do pessoal do PS a realização do preparo e administração desses produtos. Essa situação a preocupa enormemente, pois, no seu entender, a equipe não está devidamente capacitada para os procedimentos, e isso expõe o trabalhador aos riscos químicos.

A mesma lamentou a dificuldade de tem para gerenciar a sua Divisão, considerando que o Setor de PS fica costumeiramente superlotado, com alta taxa de ocupação, com pacientes internados em cadeiras e em macas improvisadas, sempre aguardando, com o pessoal de enfermagem que o atende, também aguardando, esperando que chegue o momento de alguma solução (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2004c).

Observou-se, pelos dados coletados, que as cargas químicas parecem não ser de grande preocupação por parte do pessoal de enfermagem, incorporadas que estão em seu cotidiano laboral. Parecem ser menos visíveis à equipe, com exceção das substâncias que provocam queimaduras, lesões mais graves ou aparentes, o que pode refletir a falta de conhecimento a respeito do assunto.

Assim, muitos outros problemas possivelmente estejam ocorrendo e devem ser devidamente analisados. Constatou-se, durante as entrevistas, que esse fator preocupa as enfermeiras, como um ponto a mais de responsabilidade e de peso sobre os seus ombros, pelo volume de atividades e responsabilidades que elas têm na condição de chefes de grupos tão grandes e tão expostos às cargas de trabalho, no desenvolvimento das atividades de enfermagem.

Em contrapartida, as **CARGAS MECÂNICAS** estão muito presentes no

processo de trabalho do pessoal de enfermagem do HU, repercutindo de maneira evidente no corpo do trabalhador.

Segundo as entrevistadas, o atendimento aos pacientes, especialmente aqueles em situação de urgência e emergência, exige esforço físico com conseqüente desgaste, assim como a atividade de transportá-los dentro e fora do Hospital. As cargas que isso provoca decorrem das posições inadequadas e anti-ergonômicas dos profissionais durante o trabalho, da necessidade de autoproteção contra a agressão de usuários com distúrbios de comportamento, do manuseio de materiais e equipamentos pesados, da utilização de cadeiras de rodas com defeito nos rodízios, do empurrar macas que *andam tortas*, das manobras necessárias para passar com macas ocupadas por corredores apertados e repletos de outros pacientes e demais pessoas que circulam pelo Hospital.

De fato, a assistência de enfermagem ao paciente propicia volume expressivo de cargas de trabalho mecânicas para os trabalhadores de enfermagem, com repercussões importantes em seu processo saúde-doença, facilitando a ocorrência de muitos acidentes e agravos a esse grupo laboral.

Sobre o esforço físico empreendido para transportar e movimentar pacientes, uma enfermeira relatou que essa atividade tem levado os trabalhadores a fazer reclamações. Contudo, destacou que, para movimentar os pacientes obesos, que sofreram uma gastroplastia, por exemplo, todo o grupo se ajuda, há uma colaboração coletiva e o esforço parece ser menor quando comparado ao que é exigido para movimentar um paciente que tem peso mediano. Nessas ocasiões o trabalhador acaba assumindo sozinho a movimentação, tendo que empregar mais esforço, visto que os colegas estão sempre ocupados.

Outro ponto levantado pela entrevistada diz respeito às ausências imprevistas que obrigam à nova divisão das tarefas, o que sobrecarrega quem está em atividade.

Sobre o assunto, outra enfermeira esclareceu:

No PS, frequentemente, nós temos pacientes obesos que chegam passando mal e que exigem um esforço extremo do pessoal de enfermagem para realizar o atendimento. Há muitas emergências com essas características e isto traz sobrecarga, sem contar os deficientes físicos, que muitas vezes vêm e precisam de cuidados especiais (ENF. 7).

Outra entrevistada afirmou que o pessoal de enfermagem da UTI tem nas cargas mecânicas, a maior fonte de problemas de saúde, porque essas cargas propiciam a ocorrência de ATTs e doenças profissionais. Naquela unidade, os pacientes são totalmente dependentes, muitas vezes encontram-se sedados ou em coma e não têm condições de auxiliar na mudança de decúbito, no banho, na hora de trocar o lençol e assim por diante.

Destacou que um funcionário rompeu o plexo braquial durante o trabalho, outro está com hérnia de disco, outro teve lesão da coluna lombar, outro levou um chute de paciente com agitação psicomotora, cujas conseqüências foram os óculos quebrados, lesão na face e afastamento do trabalho em razão do acidente.

De fato, no referido Setor, muitos funcionários foram acometidos por problemas osteomusculares graves, inclusive com readaptação ou readequação funcional. A enfermeira destacou que essas lesões são prova visível do desgaste sofrido pelos trabalhadores, as quais, com o envelhecimento, ficam cada vez mais graves; lembrou que vários deles têm demonstrado que não estão bem, que estão sentindo o acúmulo de atividades. Também, que as cargas mecânicas superam a expressão de todas as demais no Setor, como as fisiológicas, biológicas e psíquicas.

A mesma depoente chamou a atenção para o fato de que essas cargas mecânicas, quando analisadas sob o aspecto do gênero na UTI Adulto, parecem ser mais intensas nas mulheres, uma vez que elas é que foram acometidas na quase totalidade dos casos apresentados nos últimos anos. É preciso considerar que a taxa de homens que lá atuavam, no período da investigação, era de 33,3% (21), valor considerável quando comparado à maciça presença do contingente feminino na enfermagem de outros Setores (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2004b). A entrevistada considerou que esse fato deve-se à mais frágil estrutura física da mulher, muito exigida para suportar um trabalho que necessita de muita força.

Sobre o trabalho feminino na enfermagem do HU, dado que o contingente delas representa em torno de 78,7% (510) do total de trabalhadores da equipe, total quatro vezes maior que o contingente masculino (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2004b), verificou-se, na fala das entrevistadas, que existe no grupo um sentimento de que as mulheres superam as suas restrições físicas. Parece haver o enfrentamento das situações, que é realizado com a ajuda mútua, uma vez que [...] *elas fazem as atividades, independente de ter ou não físico para isto* (ENF. 3).

Entre as providências tomadas, referidas por outra informante-chave para minimizar a sobrecarga mecânica da equipe da UTI Adulto, houve a adoção de um equipamento tipo elevador, que deveria ser utilizado para levantar o paciente da cama, auxiliando na sua movimentação. Contudo, o mesmo não foi aprovado pelo grupo, no uso diário, com a alegação de que o seu manuseio dificultava ainda mais o andamento do trabalho.

Essa iniciativa não funcionou aqui, eu não sei qual foi a dificuldade, se era desligar o equipamento após o uso, se era chegar com o equipamento perto da cama, se dava muito trabalho posicioná-lo.; parece que o que mais conta para a equipe é fazer logo o serviço e ficar livre dele. Tudo o que pode aumentar, prolongar este trabalho, termina por não ser aceito, mesmo que este contribua para preservar a saúde física do trabalhador (ENF. 4).

Reitera-se que é preciso considerar, no contexto das cargas mecânicas, que os trabalhadores sofrem violência sofrida durante o atendimento de pacientes agressivos por diversas razões, sem contar a agressão emocional cotidiana, feita por paciente e por outros membros da equipe de saúde, de forma direta ou indireta. Há os pacientes desferem socos e pontapés, atingindo quem está mais próximo, e, invariavelmente, o pessoal de enfermagem, provocando-lhe sofrimento. Foi possível verificar grande angustia no relato, um sentimento de impotência diante do quadro apresentado.

Sobre o mesmo assunto, outra enfermeira ponderou que, no Setor de PS, são freqüentes os casos de agressão do pessoal de enfermagem, uma vez que no Setor são atendidos muitos usuários que estão vivendo situações estressantes, que ficam insatisfeitos com o serviço prestado, que querem ser priorizados na atenção. Há também os portadores de doenças infecciosas, que são tratados no HU há anos e que exigem atenção diferenciada, assim como aqueles que estão alcoolizados e agitados, exigindo esforço do pessoal de enfermagem para serem contidos.

A disposição do mobiliário do Setor é um dos fatores que contribuem para a sobrecarga física do pessoal. Uma enfermeira, falando das pranchas onde ficam os monitores de um dos Setores da sua Divisão, declarou que elas foram instaladas muito alto e o pessoal tem que usar uma escadinha para alcançar os equipamentos, com risco de queda, inclusive.

Alguns Setores que foram reformados já mostraram que o planejamento das instalações, fundamentado na ergonomia, é importante para o processo de trabalho. Uma informante salientou que a UTI Adulto foi um exemplo,

porque a equipe participou do planejamento dos espaços do Setor, junto aos engenheiros e arquitetos.

Outro Setor evidenciado pela exigência de grande vigor físico para os trabalhadores de enfermagem foi o CM. Uma das entrevistadas asseverou que as caixas de instrumental são pesadas, a exemplo das da ortopedia, da cirurgia torácica e da cirurgia geral. Esse peso exige esforço desde o momento em que o referido material, já utilizado no ato cirúrgico, chega sujo no expurgo para a lavagem e desinfecção, continuando durante o seu preparo e processo de esterilização em autoclave, até a colocação no armário e sua retirada, para atendimento de um novo pedido do CC.

Assim, segundo ela, mesmo com a utilização do carrinho de transporte, chega uma hora em que é preciso despende maior esforço físico para levantar a caixa de instrumental e levá-la de um lugar para outro, o que traz sobrecarga mecânica para o pessoal.

Há também a roupa que vem da lavanderia para o CM. São pacotes grandes, difíceis de manipular.

Outro agravante, citado pela entrevistada, são as dificuldades no CM com respeito à operacionalização das autoclaves. As tarefas de abrir e fechá-las demandam muito esforço físico por parte do pessoal que atua naquele Setor, sem contar os esforços repetitivos realizados no preparo de materiais como compressas, por exemplo, que terminam por provocar as LER/DORT em quem as manuseia.

A entrevistada afirmou que há sobrecarga para o funcionário e é preciso capacitar a todos quanto à ergonomia, desenvolvendo estratégias de fisioterapia na área preventiva e de correção postural, entre outros.

Prova dessa sobrecarga no CM é, possivelmente, o fato de que 17,1% (6) dos trabalhadores estão com processo de readequação/readaptação funcional formalizado junto à Instituição (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2004b).

Por todas essas razões, é admissível afirmar que as cargas mecânicas têm expressiva participação nas cargas de trabalho do pessoal de enfermagem e, conseqüentemente, no seu desgaste físico, exigindo que os processos laborais sejam devidamente reavaliados e reorganizados, sob pena de haver um desgaste precoce do trabalhador, com importantes repercussões no modo como a sua vida é conduzida.

As **CARGAS DE TRABALHO FISIOLÓGICAS** apresentam-se expressivamente na atividade de enfermagem e são consequência da sobrecarga de peso que é necessário sustentar na prestação da assistência de enfermagem, da necessidade de manter a vigilância, especialmente no caso do pessoal que atua no trabalho noturno, do fato de trabalhar em pé assumindo posições inadequadas, do mobiliário inadequado para a execução das tarefas, da falta de tempo para ir ao banheiro, da sobrecarga física pelas horas extras necessárias para complementar a renda, devido aos baixos salários, entre outros.

É fato, de acordo com os depoimentos das entrevistadas, que as horas extraordinárias têm particular relevância no contexto do processo saúde-doença dos trabalhadores de enfermagem do HU, por contribuir, e muito, para o aumento das cargas fisiológicas de trabalho sofridas, bem como para a ocorrência de ATTs.

Segundo uma das informantes, os trabalhadores têm de cumprir o horário extraordinário. Algumas vezes eles são praticamente intimados, sob o argumento, verdadeiro, do compromisso com a vida do paciente. Essas horas são imprescindíveis, sem as quais não é possível prover a assistência necessária aos bebês da UTI Neonatal, por exemplo, cuja taxa de ocupação chega a 160% (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2004c).

[...] As horas-extras são uma carga de trabalho bem grande que interfere na fisiologia do pessoal de enfermagem. Temos uma equipe de enfermagem que está reduzida; que tem que fazer horas extras para suprir a necessidade dessa deficiência de recursos humanos. E ainda tem um agravante que é, muitas vezes, a existência de outra jornada de trabalho que o funcionário tem fora, um segundo emprego. O pouco tempo que ele teria para descansar, ele está fazendo as horas-extras, por inúmeras causas, mas, a principal é a necessidade financeira (ENF. 1).

Outra informante confirmou que muitos da equipe dispõem-se a realizar horas extras, mesmos sem condições físicas, pela necessidade financeira apresentada e que considera que a ocorrência de ATTs se deve ao cansaço, responsável também pela consequente falta de concentração no trabalho.

Varias das enfermeiras salientaram que essas horas extraordinárias, muitas vezes, não são remuneradas na vigência do mês, em razão da normatização da Instituição, que libera o pagamento de horas extras apenas dentro de uma cota definida previamente, independentemente dos imprevistos vivenciados no Hospital, tais como o desligamento de funcionários, ausências por adoecimento com atestado médico, licenças de gestação, aposentadorias, óbitos, entre outros. A reposição de pessoal no

quadro de recursos humanos não é automática, o número de trabalhadores diminui e o volume de trabalho, quando não permanece o mesmo, na maioria das vezes, ainda aumenta, provocando cargas fisiológicas nos que permanecem atuantes.

Toda essa problemática torna o quadro de recursos humanos de enfermagem insuficiente para o desenvolvimento das atividades, cuja reserva técnica para cobertura de férias, licenças e outros já foi absorvida há tempos, na tentativa de resolver as situações inesperadas já mencionadas.

Por essa contingência, as horas excedentes, muitas vezes, devem converter-se em folgas para o mês seguinte, dada a impossibilidade do seu pagamento em razão da cota estabelecida previamente. Contudo, uma enfermeira questionou:

[...] como folgar, se a hora-extra foi necessária exatamente porque não havia pessoal para manter o número mínimo de técnicos e auxiliares para atender a demanda do Setor? (ENF. 1).

A fala da enfermeira revelou insatisfação com o critério técnico estabelecido para o pagamento das horas extraordinárias no HU, que desconsidera as necessidades e os imprevistos vivenciados no cotidiano da equipe de enfermagem.

Outra informante destacou que a superlotação do PS não tem como ser prevista ou refreada, as ausências de trabalhadores de enfermagem que estão amparados por atestado médico não têm como ser adiadas. Assim, considerou que deve existir uma maleabilidade administrativa que, mediante justificativa, possibilite a liberação de horas extras ou contratação do pessoal necessário para a atividade, quando da ocorrência de situações especiais.

Ainda sobre as repercussões fisiológicas do trabalho na equipe de enfermagem, uma das participantes relatou que alguns apresentaram rinite e acredita que os sintomas estejam relacionados com a exposição aos agentes químicos como alguns medicamentos, como hipoclorito, amoníaco, entre outros. Também informou que muitos reclamam dos odores característicos do Hospital, das dedetizações realizadas, das quais é necessário proteger também os pacientes.

Uma entrevistada mostrou-se preocupada com os movimentos exigidos para a manipulação das manivelas das camas. Referiu que se trata de problema para aqueles que têm a tarefa manual de abaixar e subir a cabeceira dos leitos, visando o conforto do paciente. Reforçou que muitos dos trabalhadores de enfermagem da Divisão sob sua responsabilidade apresentaram tendinites nos

membros superiores, cujo agravo não foi caracterizado como DORT, embora ela considere que tais problemas tinham relação com a prática dessa atividade, especificamente.

Outra depoente acrescentou que percebeu, na Divisão em que atua, que os profissionais portadores dos problemas de coluna são, coincidentemente, os mesmos que têm outro emprego formal na enfermagem. Eles, em sua maioria, trabalham no turno da noite, período disputado pelo pessoal em razão do adicional noturno, que lhes traz um acréscimo salarial expressivo. Ou seja, mais uma vez percebe-se que o salário determina a situação de vida e trabalho do profissional, que se submete à atividade mais desgastante pela necessidade de atender aos compromissos seus e da família.

Digno de nota é que esse fato não se dá com a mesma frequência entre os enfermeiros, pois as vagas do serviço noturno não são tão disputadas. Possivelmente, isso se deve à maior estabilidade financeira desses em relação ao grupo de auxiliares e técnicos de enfermagem.

O desgaste físico do pessoal de enfermagem, além do emocional, foi bastante enfatizado nos depoimentos, como diferenciado do de outras profissões. Uma das enfermeiras declarou que considera que esse desgaste faz com que a vida útil do trabalhador de enfermagem fique encurtada. Ela continuou:

[...] se não tivermos os cuidados necessários com essa população trabalhadora, pela negação ou por desconhecimento mesmo; e eu falo isso com tristeza, estaremos condenando um grupo a perder a saúde precocemente. Nós temos que fazer alguma coisa... [...]. O trabalho é pesado e quando temos a noção de que a carga de trabalho é maior do que aquela que o grupo que está trabalhando consegue suportar, é muito triste. O desgaste vai acontecer muito mais rápido do que aconteceria se nós estivéssemos atuando em condições mais adequadas. O desgaste está acontecendo e vai aumentar... (ENF. 4).

No caso de desgaste emocional, é fato que muitas são as **CARGAS PSÍQUICAS** que vitimam os trabalhadores de enfermagem, possibilitando a ocorrência de angústia, estresse e variados distúrbios físicos e emocionais relacionadas com o trabalho que podem terminar com eventos de ATTs. Uma das enfermeiras declarou:

Eu não sei se é o fato da enfermagem estar impregnada de uma filosofia cristã, em que o sofrimento faz parte da vida e o trabalho, sem sofrimento, não teria nenhum benefício... (ENF. 4).

A questão maior, pelos depoimentos obtidos, diz respeito ao convívio com a dor e a morte apresentadas na vida dos pacientes.

Sobre esse assunto, outra enfermeira lembrou que o desgaste emocional é um peso grande para os trabalhadores da sua Divisão. O contato com o sofrimento do paciente, com suas angústias e dificuldades, traz conseqüências para a sua saúde mental. Lembrou que houve um dia em que uma funcionária, tida como mais comedida nas suas emoções, disse-lhe, quase chorando, que a paciente com leucemia, de que ela estava cuidando, tinha “a boca igual à da sua filhinha”, e que isso lhe havia trazido uma grande angústia.

Outra informante, abordando o assunto do sofrimento do trabalho, relatou:

A parte da presença da morte na UTI é o que mais angustia o pessoal de enfermagem. Morre-se mais na UTI do que nos outros Setores de internação. O sofrimento é maior quando temos pacientes mais jovens, um que tem um tumor cerebral, outro que se acidentou com moto, criança atropelada, por exemplo; toda a equipe estabelece uma defesa... mas, sofre... A convivência com a família que está sofrendo é muito estressante (ENF. 2).

Esclareceu que uma das situações que tem trazido bastante angústia para a equipe relaciona-se à abordagem da família do paciente potencial doador de órgãos, no intuito de obter autorização para a captação dos mesmos e assim atender ao Programa de Transplantes. Nessas ocasiões, a família toma consciência de que a morte é inevitável e sofre muito com isso; conseqüentemente, toda a equipe também sofre.

Outra depoente, falando sobre o atendimento da enfermagem nos processos de captação de órgãos para transplante destacou:

É estressante. No último transplante que teve, nós tínhamos numa sala a retirada do coração que havia sido doado e em outra sala estava nascendo uma criança. Quando o anestesista comentou que coincidiu o horário, todos ficaram abalados, meio sem jeito... São sentimentos opostos, você tem a morte, você tem a vida e este antagonismo é muito estressante (ENF. 6).

Uma outra relatou que doenças graves em crianças, como a AIDS, por exemplo, mobilizam muito o emocional do pessoal que atua com essa faixa etária na Pediatria, UTI e UCI Neonatal, e UTI Pediátrica. E complementou:

As cargas psíquicas na minha Divisão são muitas. Eu não sei se é porque se trabalha mais com crianças e com a mãe, no momento sublime da maternidade, envolvendo uma carga emocional maior... Tivemos, por exemplo, uma criança de 6 anos vítima de acidente grave, que teve os dois bracinhos amputados pelo trator dirigido pelo pai. Foi um grande sofrimento lidar com aquela menininha. A família sofria, todos se compadeceram com a dor do pai que se culpava pelo ocorrido.. O que me marcou muito foi que eu estava passando e ela disse: “ tia, tia, vem aqui, coça meu nariz”... Isso me fez sofrer muito (ENF. 1).

Sensibilizada, a enfermeira referiu muitas das situações vivenciadas no cotidiano da equipe de enfermagem que ela coordena e disse que, por mais que se tente desenvolver estratégias defensivas, o nível de sofrimento é muito grande durante o convívio com a criança e com a dor da família, na hora em que se é colocado de frente com a finitude da vida.

Também informou que, na Divisão que gerencia, há várias funcionárias que sofrem de síndrome do pânico, de depressão; que outras estão tendo atitudes agressivas, sem uma causa definida, gerando conflitos por qualquer incidente. Destacou que muitas emoções estão sendo afloradas repentinamente.

Outra enfermeira, fazendo alusão também aos trabalhadores em tratamento por doenças de ordem emocional, considerou que esses distúrbios podem ter como causa o trabalho em ambiente insalubre, em que se tem contato com vírus, bactérias, se trabalha em atividade de risco profissional e há que se adaptar a tudo, pois, o trabalho é indispensável.

Uma das entrevistadas perguntou por que há resistência em oferecer aos trabalhadores um mínimo de conforto, um ambiente adequado para uma pausa, um lugar para um descanso rápido após o almoço ou ceia do noturno, uma copa ou refeitório adequado para um lanche, sanitários adequados, pequenas atenções que contribuiriam para minimizar as cargas psíquicas dos trabalhadores.

Os conflitos existentes em torno da equipe foram destacados pelas entrevistadas como elemento estressante para o pessoal de enfermagem.

Uma delas enfatizou que, quando se trabalha em Hospital privado, os funcionários são escalados para aquele trabalho específico e é formada uma equipe que permanece atuando muito tempo junto. Conseqüentemente, o desgaste acontece, mas, numa rotina que é adaptada a eles. No caso de HUs, no entanto, as variáveis são outras e daí surgem as dificuldades que chegam a afetar o equilíbrio emocional do pessoal de enfermagem participante desse processo de formação profissional. Isso

porque as mesmas orientações precisam ser repetidas inúmeras vezes para clientelas diferentes e a vigilância precisa ser mantida redobrada visando assegurar os processos de trabalho e assim por diante.

Discorrendo sobre a relação conflituosa entre a equipe médica e a de enfermagem, a enfermeira asseverou:

O conflito entre a equipe médica e a de enfermagem é uma coisa que vivenciamos cotidianamente e, pelo caráter feminino da profissão, é necessário lutar o tempo inteiro pra expor as idéias, os projetos e para se impor perante o grupo de trabalho multiprofissional. É um desgaste sem tamanho provar a competência, defender o grupo de trabalho, explicitar a necessidade de valorização do pessoal de enfermagem (ENF. 4).

A presença de múltiplos comandos a que estão sujeitos os trabalhadores de nível médio provoca-lhes cargas psíquicas, como foi apontado nas entrevistas. Esses trabalhadores têm de acatar as decisões da chefia de enfermagem direta, do aluno que estagia nas disciplinas de Administração de Enfermagem, por exemplo, da equipe médica, do pessoal da fisioterapia que chega e pede para tirar o paciente da cama, entre outros. Essa situação desgasta os trabalhadores e coloca-os em situação difícil no exercício de atender a todos e, de maneira particular, ao paciente.

A entrevistada também esclareceu que os problemas financeiros, enfrentados por grande parte dos trabalhadores de enfermagem, estão entre as mais freqüentes causas de angústia e sofrimento para estes. Disse que se sente penalizada quando observa que as pessoas que não têm condições de comprar um bom uniforme, que estão há anos sem reajuste salarial, que precisam conviver com a alta do custo de vida, e, muitas vezes, com a situação de dívidas.

De fato, as dificuldades pessoais dessa classe trabalhadora tão sofrida, aliadas à baixa remuneração e ao pouco prestígio social, somam-se aos muitos problemas do processo de trabalho em si.

Uma das entrevistadas lembrou:

Acho que o problema já vem de casa, um deles está com um filho preso, outras com os filhos envolvidos com as drogas, outras têm o marido alcoolizado, com muitas dificuldades financeiras, sem o arroz e feijão para colocar na mesa. Isso tudo compromete o andamento do trabalho, o pessoal já vem abalado de casa. Ao mesmo tempo, tem a sobrecarga do Setor, tem o pessoal afastado por doença, tem a sobrecarga dos problemas pessoais dos colegas que terminam por atingir a todos, porque ele chega, conversa com o outro, chora porque está tudo ruim na casa dele, porque está sofrendo... Então, além dos problemas que ele já tem, o colega fica mais deprimido pelo problema do amigo. É uma tristeza só (ENF. 6).

Outra declarou que considera que o trabalhador carrega a carga emocional da história de vida, da questão salarial, da maneira como cada um lida com o sofrimento humano e complementou dizendo que o cotidiano da enfermagem *machuca um pouco todo dia...* (ENF. 4).

O atendimento aos presidiários da penitenciária e dos distritos policiais é realizado no HU sempre, pois a Instituição é referência para essa população. Este fato também traz dificuldades emocionais para o pessoal que atende, principalmente no PS. Com frequência os policiais chegam até este Setor, fortemente armados, acompanhando o detento adoentado; muitos ficam dentro e outros fora do Hospital, e sua movimentação traz apreensão à equipe.

No Hospital, conforme já referido, há muitos funcionários com processo de readequação e readaptação funcional. Há o reconhecimento da limitação física e/ou emocional do colega que está nesse processo, mas a parte do trabalho que caberia a ele recai sobre os demais. Isso também traz sobrecarga física e emocional. As entrevistadas relataram que esse é um problema que tem repercutido, física e emocionalmente, nos trabalhadores que permanecem em atividade plena.

Os casos de afastamento e readequação funcional estão aumentando dia a dia. Nós temos um grupo de trabalho mais envelhecido, o serviço proporciona uma segurança maior para o profissional e quem arca com as consequências disso é a gerência e o pessoal que atua lá na ponta e que tem que fazer o serviço. É como uma mãe, a gente gosta muito, continua gostando e ela fica doente, dá mais trabalho, fica mais pesado para quem cuida. Considero que essa é a grande dificuldade dos nossos dias e eu acho que esse é o desgaste emocional que a enfermagem passa (ENF. 4).

Outra situação importante é que os Setores, menos a UTI e UCI Neonatal, têm o seu quantitativo de leitos claramente determinados, ou seja, as internações são interrompidas quando há a ocupação total dos leitos.

No caso do PS, isso não ocorre, pois, independentemente de haver ou não vaga, há a obrigatoriedade de acomodar o paciente, atendê-lo da melhor maneira possível, mesmo que ele tenha que dormir sentado em uma cadeira de braços.

De fato, o PS do HU tem peculiaridades. Uma das entrevistadas destacou que todo o grupo de enfermagem está capacitado para atender as situações de urgência e emergência, mas que há um agravante, pois, além de atender as emergências, eles atendem também as internações prolongadas, os pacientes graves que aguardam UTI, entre outros problemas, conforme já foi referido neste estudo.

Portanto, o fato de haver no Setor pacientes que necessitam de cuidados como aqueles de uma unidade de internação médico-cirúrgica de média ou longa permanência, de cuidados paliativos, de cuidados intensivos, de assistência social, sobrecarrega muito o grupo, com o agravante do quantitativo de pessoal não atender as reais necessidades (CHENSO et al. 2004).

Diante da problemática, a sobrecarga psíquica dos trabalhadores da unidade é compreensível e demanda ações administrativas para minorar essas dificuldades e promover melhores condições de trabalho no Setor.

Sobre **AS POSSÍVEIS MEDIDAS PREVENTIVAS QUE POSSAM SER IMPLEMENTADAS** no HU, tanto para prevenir ATs quanto para minorar as cargas de trabalho que se pesam sobre os trabalhadores de enfermagem, foram apresentadas pelas informantes-chave as seguintes propostas:

- adequar as áreas físicas do Hospital;
- adequar o quantitativo de pessoal às necessidades de cada Setor;
- implementar o atendimento dos trabalhadores no Serviço de Medicina Ocupacional;
- desenvolver atividades de ginástica laboral para os trabalhadores de todos os turnos e outras atividades que promovam lazer;
- implementar o atendimento dos acidentados com materiais biológicos por meio do PATMB;
- realizar o acompanhamento dos trabalhadores em situação de readequação/readaptação funcional pelo Serviço de Medicina Ocupacional do Hospital;
- considerar a situação de envelhecimento dessa população e desenvolver programas específicos para atendimento aos trabalhadores nessa especial fase da vida;
- conhecer os processos de trabalho específicos de cada área de trabalho;
- desenvolver ações de educação permanente em saúde para todos os trabalhadores abordando o assunto dos ATs periodicamente;
- implementar a capacitação dos trabalhadores recém-admitidos, especialmente na atividade de administração de medicamentos;

- reorganizar o fluxo de atendimento no PS;
- realizar manutenção preventiva de equipamentos e da rede de gases;
- prover espaços de lazer para o pessoal;
- proporcionar ambientes de descanso melhor preparados;
- implantar um serviço de psicologia organizacional.

Os resultados, ora apresentados, permitem conhecer os relatos das participantes dessa fase da pesquisa, na construção da categoria empírica **“ATTs E AS CARGAS DE TRABALHO DE ENFERMAGEM”**.

Foi possível verificar o grande leque de variáveis que compõem as cargas de trabalho presentes nos processos de trabalho da equipe de enfermagem do HU e que devem ser analisadas detidamente, uma vez que não se pode conceber a idéia de que aqueles que cuidam tanto dos outros não sejam, minimamente, cuidados na preservação da sua saúde física e mental.

6 Discussão

6.1 DISCUSSÃO — FASE 1: ESTUDO DOS REGISTROS DOS ACIDENTES

O estudo dos ATs, especialmente os ATTs que acometem os trabalhadores de enfermagem, apresenta-se como importante instrumento de vigilância epidemiológica, devendo respaldar o planejamento e gerenciamento dos serviços de saúde no provimento de condições dignas de trabalho para aqueles que prestam esse serviço à sociedade. Este interesse justificou a realização da presente investigação.

A atenção à saúde no âmbito hospitalar é um trabalho coletivo, que envolve a atuação de profissionais com saberes e práticas específicas das ciências relacionadas à área da saúde e outras afins. Processos de trabalho interdependentes se agilizam nesse sentido.

A enfermagem, de maneira particular, que no Brasil soma aproximadamente 50% do contingente de profissionais atuantes no setor da saúde (BRASIL, 2003a), participa desse processo por meio de atividades relacionadas ao cuidado em saúde, intervindo no processo saúde-doença da coletividade, tanto na dimensão do modelo epidemiológico, quanto na dimensão do modelo médico assistencial, cujo foco se concentra no cuidado individual.

Os processos de trabalho da enfermagem hospitalar, ou seja, a forma como o trabalho de *cuidar da saúde dos outros* é dividido e organizado, provocam danos à integridade física e mental daqueles que provêem estes cuidados, causando-lhes desgastes determinados, de variadas naturezas e que, muitas vezes, trazem transtornos graves com repercussões pessoais e sociais de expressiva monta. Entre os principais problemas decorrentes da atividade laboral estão os ATs.

A contribuição dada pelo estudo dos ATs que afetam os trabalhadores de um Hospital e a expressão que tem a equipe de enfermagem neste contexto permitem o reconhecimento de uma realidade que, conquanto não a expresse em sua totalidade, possibilita estimar indicadores importantes da situação de trabalho na Instituição. Os indicadores de risco constituem-se ponto inicial para a análise das cargas de trabalho presentes no processo de trabalho desenvolvido.

São poucos os estudos que relatam a totalidade de ATs de que são vítimas os trabalhadores hospitalares. Possivelmente este fato se deve aos muitos processos de trabalho existentes nos Hospitais, que incluem atividades de:

- apoio técnico e logístico, muitos de caráter industrial, tais como os apresentados nos serviços de nutrição e dietética, lavanderia, marcenaria, armazenamento e dispensação de materiais e equipamentos;
- serviços administrativo-gerencial, que incluem o gerenciamento administrativo-financeiro, estabelecimento de convênios, compra de materiais e equipamentos;
- serviços assistenciais, que envolvem a assistência direta ao paciente/usuário e família e vão desde a prevenção de agravos, assistência à doença e a reabilitação, até as situações que terminam com o óbito do doente.

É preciso levar em conta, ainda, que os HUs possuem a especial particularidade de estarem compromissados com a pesquisa de novas tecnologias no campo da saúde e com a formação técnico-científica, humanística e ética dos seus futuros profissionais, o que representa uma grande relevância social.

Pesquisadores uruguaios analisando os ATs ocorridos em HU da capital, também lamentaram a falta de estudos sobre os ATs ocorridos nessas instituições. Em sua pesquisa, encontraram o total de 299 notificações ocorridas entre os anos de 1996 e 1999. Discutiram o fato de não disporem de dados para apresentarem indicadores possíveis de serem monitorados e avaliados posteriormente; contudo, mostraram a importância desses estudos e o seu prosseguimento por meio de ações de vigilância epidemiológica, com vistas a abrir caminho para novas investigações, planejamento e efetivação de ações que vão ao encontro da melhora do quadro apresentado (TOMASINA; GÓMEZ ETCHEBAME, 2001).

Entre as publicações pioneiras sobre ATs no âmbito hospitalar está uma da Revista Brasileira de Saúde Ocupacional; trata-se de estudo epidemiológico realizado em 1979, que analisou 162 ATs ocorridos em um Hospital Geral de São Paulo e que fez abordagem sobre os riscos ocupacionais da totalidade dos trabalhadores. Os autores destacaram o caráter industrial dos ATs e mostraram que o pessoal de enfermagem foi bastante vitimado, apresentando a frequência de 40,1% (65) dos casos. Chamaram a atenção aos problemas osteomusculares decorrentes dos eventos e ao fato de apenas 1,9% (3) dos acidentes referirem-se a lesões provocadas por perfurantes ou cortantes em trabalhadores (OLIVEIRA; MAKARON; MORRONE, 1982).

Outro estudo epidemiológico realizado em HU sobre ATs de que foi vítima a equipe de enfermagem também mostrou esta realidade, visto que 80,21 (33)

dos casos foram lesões como lombalgias, entorses e contusões e apenas 27,66% (13) dos casos foram lesões provocadas por perfurantes (MONTEIRO; CARNIO; ALEXANDRE, 1987).

Pesquisa realizada em HU da cidade de São Paulo, sobre os ATs ocorridos em um período de 7 anos, identificou 1.395 ATs registrados, 41,9% (584) dos quais ocorreram com os trabalhadores de enfermagem e 58,1% (811) deram-se com as demais categorias, o que revela, também nesta realidade, a gravidade dos ATs para a equipe de enfermagem (BREVIDELLI; CIANCIARULLO, 2002).

Já na década de 90, a emergência da AIDS e as notícias de casos de AIDS ocupacional notificados trouxeram nova atenção ao contexto do trabalho hospitalar e, particularmente, ao trabalho do pessoal da enfermagem, pela proximidade que a atividade tem com o paciente potencial portador da infecção e pelos possíveis riscos ocupacionais que esse cuidado possibilita. Além desses fatores, pondere-se, também, que tal doença em si caracteriza-se como estigma e traz consigo um forte apelo discriminatório e preconceituoso, que repercute nas formas do trabalhador e de toda a sociedade encararem o problema.

O vírus da hepatite B, no entanto, embora represente risco de contágio maior que o do HIV, com repercussões também importantes para a saúde do portador, e seja conhecido há mais tempo que o HIV, não desperta até hoje tão grande apelo de prevenção entre os profissionais de saúde quanto aquele do HIV.

É preciso considerar que muitos foram os pesquisadores dedicados a estudar os ATs que acometem a equipe de enfermagem no contexto do seu processo de trabalho: Silva (1988), Santos et al. (1989), Santos e Pelá (1989), Figueiredo (1992), Silva, V. (1996), Benatti (1997), Brandi, Benatti e Alexandre (1998), Gir e Costa e Silva (1998), Silva, Kurcgant e Queiroz (1998), Sarquis (1999), Souza (1999), Silva (2000), Benatti (2001), Nicolete (2001), Brevidelli e Cianciarullo (2002), Canini et al. (2002), Felli (2002), Parada, Alexandre e Benatti (2002), Marziale (2003a, 2003b), Santos e Araújo (2003), Duran e Cocco (2004), Marziale e Robazzi (2004), Nishide, Benatti e Alexandre (2004), Ribeiro (2004), Murofuse, Abranches e Napoleão (2005), Murofuse e Marziale (2005), entre outros.

Também no HU, campo da presente investigação, foram desenvolvidos diversos estudos abordando a temática dos ATs que vitimaram os trabalhadores de enfermagem e outros específicos da área acadêmica, dada a

gravidade dos eventos que acometem alunos dos cursos de Graduação em Enfermagem e outros cursos da área da saúde (MARCHESE et al., 2000; BELEI, 2001; SECCO, 2002; SECCO; GUTIERREZ; MATSUO, 2002; BELEI, 2003; SECCO et al., 2003; SÊCCO et al., 2003/2004; SÊCCO; ROBAZZI; SHIMIZU, 2005).

O estudo ora apresentado deu a conhecer que, no âmbito do HU, os trabalhadores de enfermagem estiveram mais expostos às ocorrências de ATs e, portanto, são merecedores de atenção especial na busca da prevenção das ocorrências.

Como resultado foi estimado um CRMA igual a 7,0 acidentes para cada 100 trabalhadores do HU, o que revela a exposição existente, sem contar ainda com a possibilidade de casos que possivelmente tenham ocorrido e não tenham sido notificados.

De fato, verificou-se nos últimos anos empenho por parte das instâncias educativas da estrutura administrativa do próprio Hospital, como a Seção de Orientação e Treinamento, Seção de Pesquisa em Enfermagem, Seção de Treinamento Institucional, a CCIH, a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), a Divisão de Higiene e Segurança no Trabalho com o Serviço de Medicina Ocupacional, para capacitar os trabalhadores da Instituição. Entre os principais temas abordados estiveram o uso de EPI, a prevenção de infecções hospitalares, a boa utilização de equipamentos, a prevenção de incêndios, a separação e destino adequado dos resíduos dos serviços de saúde, aspectos legais e éticos quando da ocorrência de ATs.

Possivelmente a paralisação parcial dos funcionários entre os meses de setembro de 2001 e fevereiro de 2002 também repercutiu nestes dados. Contudo, deve ser considerado que a redução dos serviços neste período esteve em torno de 35% apenas em 2 meses de cada ano para os serviços ambulatoriais e eletivos, o que, aparentemente, não justifica por si só a redução apresentada, sugerindo que outros fatores devem ter interferido nos resultados ora apresentados.

É necessário considerar ainda a hipótese de sub-registro dos eventos para os resultados do último biênio do presente estudo em relação aos três anos anteriores (1998, 1999 e 2000), dada a possibilidade de ausência de notificação dos ATs por parte dos trabalhadores e da própria Instituição.

Entre os problemas que afetaram visivelmente a equipe de enfermagem em decorrência dos ATs destacam-se aqueles provocados por exposição

a materiais biológicos. Estes representam riscos expressivos aos trabalhadores, são inerentes à atividade profissional e estão presentes nas cargas do trabalho diário, no exercício da assistência direta aos pacientes, no trabalho em equipe com outros profissionais da área, no manuseio de materiais e equipamentos contaminados por sangue e outros fluidos corporais, entre outras causas possíveis.

O risco de contaminação ocupacional por doenças infecciosas, como a AIDS e hepatite B ou C, devem ser encarados como urgência absoluta para a saúde do trabalhador da área da saúde, dadas as conseqüências que tais doenças podem trazer para a sua vida social e profissional (ROWE; GIUFFRÉ, 1991; BRASIL, 1999b; SYSTCHENKO; VOLKMANN; SAYURY, 1996; CARDO; BELL, 1997; FONSECA, 2004).

De fato, toda a atenção por parte dos administradores, da equipe de saúde e do próprio trabalhador, objetivando desenvolver estratégias efetivas de prevenção e promoção à saúde dos profissionais de enfermagem, é absolutamente necessária (BRASIL, 1999b; CARDO; BELL, 1997).

Especificamente no que se refere aos trabalhadores de enfermagem do HU, foi possível verificar que esses estão expressivamente mais expostos à ocorrência de ATT quando comparados com os demais trabalhadores, situação confirmada pelos mais altos valores dos indicadores de risco.

A maior exposição dos trabalhadores de enfermagem aos ATTs foi confirmada por muitos estudos (MONTEIRO; CARNIO; ALEXANDRE, 1987; SANTOS et al., 1989; SANTOS; PELÁ, 1989; BENATTI, 1997; SARQUIS, 1999; TOMASINA; GÓMEZ ETCHEBAME, 2001; BREVIDELLI, CIANCIARULLO, 2002; MARZIALE, 2003a; SÊCCO et al., 2003/2004; VALENZUELA et al., 2003).

O Quadro 6.1 apresenta o resumo de alguns estudos nos quais os autores apresentaram CRs da totalidade dos ATs e/ou dos ATs com perfurocortantes ou ATMBs, com o respectivo período compreendido pela investigação. Essa produção científica tem colaborado expressivamente para o conhecimento da problemática que envolve o pessoal de enfermagem acidentado no trabalho, bem como para o estabelecimento de medidas preventivas eficazes.

Naturalmente, é necessário considerar as diferenças metodológicas existentes nos estudos, bem como a realidade vivida pelos trabalhadores de enfermagem nas diferentes instituições.

AUTOR (ES)	ANO	ESTUDO / POPULAÇÃO / CAMPO	TEMPO DE REFERÊNCIA DO INDICADOR	CR / 100 TRABALHADORES		
				ATMB/ PERFUCORTANTES CONTAMINADOS	ATTS	TOTALIDADE DE ATs
Silva	1988	ATs com trabalhadores de enfermagem de HU	4 anos			**12,54
Santos et al.	1989	ATs com trabalhadores de enfermagem de HU	Semestral		3,4	
McCormick et al.	1991	ATs com trabalhadores de enfermagem de HU	Anual	19,65		
Silva	1996c	ATs com trabalhadores de enfermagem de HU	Anual			19,00
Benatti	1997	ATs com trabalhadores de enfermagem de HU	Semestral			8,20
Jansen	1997	ATs com trabalhadores de enfermagem de Hospital Geral	3 anos			55,6
Brandi, Benatti e Alexandre	1998	ATs com trabalhadores de enfermagem de HU	7 meses	3,8		
Napoleão	1999	ATs com trabalhadores de enfermagem de Hospital de Pequeno Porte	2 anos			80,4
Sarquis	1999	ATs e ATs com perfurocortantes com trabalhadores de enfermagem de HU	Anual	7,6		13,26
Souza	1999	ATs com perfurocortantes com trabalhadores de enfermagem de Hospitais Públicos e Privados	Anual	5,7 (3,3 nos Hospitais Públicos e 9,2 nos Privados)		
Nicolete	2001	ATs com trabalhadores de enfermagem de Hospital Geral	5 anos			61,5
Secco; Gutierrez	2001b	ATs e ATMBs com trabalhadores de enfermagem de HU	Anual	5,9	11,1	
Marziale	2003a	ATs com perfurocortantes com trabalhadores de enfermagem de 4 Hospitais.	Anual		6,4	7,04
Valenzuela et al.	2003	ATs com trabalhadores de enfermagem – Chile	2 anos			22,6
Marziale; Robazzi	2004	ATs com perfurocortantes com trabalhadores de enfermagem de 4 Hospitais	Anual	2,70		
Ribeiro	2004	ATs com trabalhadores de enfermagem de HU	4 anos			4,3
Secco*	2006	ATs com trabalhadores de enfermagem de HU	Anual	5,9	9,2	10,3

* Dado do presente estudo.

** CR de afastamento por AT.

QUADRO 6.1 — Distribuição do CR de ATMBs ou ATs por perfurocortantes contaminados ou ATs na totalidade, em estudos de ATs ocorridos com os trabalhadores de enfermagem.

O Quadro 6.1 mostra disparidade dos indicadores, conforme se previa. Um dos estudos, que apresentou CR igual a 80,4%, encontrou subnotificação de 91,9% na mesma investigação (NAPOLEÃO; ROBAZZI, 2003). Possivelmente esses resultados se devem ao fato de que a autora utilizou como fonte de dados o depoimento dos próprios trabalhadores e não os registros oficiais.

Por outro lado, as investigações que levaram em conta as notificações de ATs mostraram CR de até 19 acidentes para cada 100 trabalhadores (SILVA, V., 1996).

De fato, as questões em torno da subnotificação dos acidentes têm sido motivo de grande preocupação dos pesquisadores da área da enfermagem. O Quadro 6.2 apresenta alguns desses estudos, com as respectivas taxas de acidentes não notificados apresentadas.

AUTOR (ES)	ANO	ESTUDO / POPULAÇÃO / CAMPO	SUBNOTIFICAÇÃO (%)
Silva, A.	1996	ATs em Unidades de Centro de Material	40,0 – 60,0
Benatti	1997	ATs em HU	49,5
Jansen	1997	ATs em Hospital Público	57,0
Belei et al.	1998	ATMBs em HU	69,5
Gir, Costa e Silva	1998	ATs por perfurocortantes em HU	45,34
Brandi; Benatti; Alexandre	1998	ATs por perfurocortantes em HU	69,5
Kuchenbecker	1999	ATMBs com trabalhadores de 6 Hospitais	74,1
Sarquis	1999	ATs e ATs com perfurocortantes com trabalhadores de enfermagem de HU	65,95
Secco; Gutierrez	2001a	ATMBs em HU	39,13
Queroz-Andrade; Tavares-Neto	2002	ATMBs com trabalhadores de enfermagem de nível médio	84,6
Marziale	2003b	ATs com perfurocortantes com trabalhadores de enfermagem de 4 Hospitais	37,6
Napoleão; Robazzi	2003	ATs com trabalhadores de enfermagem de Hospital Geral.	91,9

QUADRO 6.2 – Distribuição das taxas de subnotificação em estudos de ATs ocorridos com trabalhadores de enfermagem/saúde.

De fato, a ausência de notificação dos ATs, especialmente com respeito aos ATMBs, tem prejudicado o conhecimento da realidade dos casos, assim

como a adoção das medidas preventivas necessárias para o enfrentamento do problema (MARZIALE; ROBAZZI, 2004).

Considera-se que são várias as razões apresentadas para a subnotificação dos ATs que atingem trabalhadores da equipe de enfermagem hospitalar apresentada na literatura (BRANDI; BENATTI; ALEXANDRE, 1998; SARQUIS, 1999; MARZIALE; KOURROUSKI; ROBAZZI, 2000; SÊCCO, 2002; KRUG; SOMAVILLA, 2004).

Mencionam-se, entre essas:

- a desconsideração da gravidade dos acidentes por perfurocortantes, dada sua alta frequência, ou mesmo uma atitude que nega este risco;
- o descaso, a falta de respeito e atendimento humanizado ao acidentado por parte da instituição empregadora;
- a presença de constrangimento, intimidação e má interpretação por parte da chefia e de colegas quando ocorrem acidentes, principalmente quando há a necessidade de afastamento do trabalhador;
- a falta de tempo para comunicação em razão do ritmo acelerado do trabalho, e da necessidade de corresponder à responsabilidade assumida;
- o fato de que muitos trabalhadores possuem dupla jornada de trabalho, não dispondo de tempo para cumprir todas as etapas do processo de notificação, coleta de exames, atendimento médico, sem se atrasar para o outro emprego;
- a burocracia em torno do procedimento para o registro do acidentes por meio da CAT e da NATMB, aliada à desinformação de agentes do processo, como pessoal de atendimento no Setor de recursos humanos, pessoal médico e de enfermagem sem a devida informação e formação;
- problemas no fluxo de atendimento dos acidentes nas instituições hospitalares;
- a negação do risco, característico da atividade profissional;
- a falta de empenho das instituições empregadoras para o procedimento de notificação, uma vez que esta implica dispêndio financeiro e compromisso social com o acidentado;
- a falta de efetiva atuação do SESMT para o adequado registro das notificações de ATs, dada a necessidade de maior qualidade das informações.

Há unanimidade entre os autores a respeito da necessidade de implementação de programas de educação permanente como principal meio de alterar a realidade atual relacionada à prevenção de acidentes e à promoção da saúde do trabalhador.

Notoriamente, é absolutamente necessária a agilização e conscientização ampla de toda a classe trabalhadora da área da saúde para a notificação dos eventos. Contudo, o conhecimento do que já está devidamente notificado, embora não retrate a realidade em sua totalidade, deve ser valorizado. Este pode e deve contribuir para o estabelecimento de estratégias que ajudam a entender a realidade da atividade laboral do pessoal de enfermagem, possibilitando tomadas de decisão necessárias para o provimento de melhores condições de trabalho dessa população.

Verificou-se no HU uma maior exposição dos técnicos de enfermagem aos ATTs em comparação com os demais trabalhadores da equipe de enfermagem. Eles apresentaram os maiores CRs em todos os anos, cujo valor estimado foi de 10,4, ficando entre 5,9 em 2002 e 16,2 em 1998.

Os resultados sugerem que a divisão social e técnica do trabalho dos enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendente de enfermagem se reflete nos episódios de ATTs, e conseqüentemente, no processo saúde-doença vivenciado pelos trabalhadores de enfermagem.

De fato, as cargas de trabalho são caracterizadas pela maneira como as atividades são divididas e organizadas, pelo grande volume de tarefas, pela repetitividade de procedimentos e podem levar os trabalhadores a sentir no próprio corpo o peso da atividade, o desgaste físico e emocional (LAURELL; NORIEGA, 1989).

A emergência do capitalismo trouxe o afastamento da enfermeira do cuidado do paciente, em razão das atribuições diferenciadas, de cunho gerencial, que lhe foram confiadas pelo sistema. Por essa razão, utilizando-se do poder conferido pelo seu conhecimento, passou a gerenciar o processo de trabalho, e suas atividades foram subdivididas, parceladas, executadas por pessoal auxiliar, que passou a agir de maneira alienada (ALMEIDA, 1985).

O seu maior grau de escolarização lhe trouxe a atribuição de organizar os processos de trabalho, supervisionando-os diretamente. A enfermeira

passou a exercer o papel intelectual na enfermagem, garantindo-lhe, então, uma posição privilegiada na divisão do trabalho (ALMEIDA, 1985).

Não se pode dizer que essa realidade esteja totalmente ultrapassada, embora verifique-se que novas perspectivas têm surgido com o trabalho do enfermeiro em diferentes frentes de trabalho, especialmente no modelo epidemiológico adotado pelo Sistema de Saúde no Brasil, a partir da instituição do SUS.

O distanciamento do enfermeiro do cuidado direto ao paciente, possivelmente, seja o fator preponderante que o livra de grande parte dos ATTs. Em contrapartida, o pessoal técnico e auxiliar, encarregado maximamente das atividades manuais, fica mais exposto às essas ocorrências.

Outra possibilidade para justificar estes resultados está em que os enfermeiros, detentores de maior capacitação técnico-científica, estariam menos sujeitos aos acidentes. Contudo, verificou-se que os ATs que acometeram os enfermeiros deram-se exatamente nas unidades em que estes têm maior contato com os pacientes, realizam assistência direta, como no PS, CC e as UTI, o que, provavelmente, sugere que o diferencial esteja ligado ao tipo de tarefa desenvolvida e não necessariamente à função exercida na Instituição.

Vários pesquisadores têm reiterado que a natureza e frequência com que a tarefa é desempenhada e o grau de exposição é que influenciam na ocorrência dos ATs e não a qualificação profissional (SANTOS et al., 1989; SILVA, V., 1996; BRANDI; BENATTI; ALEXANDRE, 1998; SARQUIS, 1999; SECCO et al., 2003/2004).

Ainda sobre a relação à exposição ocupacional e a qualificação profissional, um estudo sobre acidentes graves de trabalho em grande centro urbano-industrial considerou que eles ocorrem em todas as profissões, independentemente da qualificação do trabalhador; sua maior qualificação não é suficiente para protegê-lo dos riscos de acidentar-se gravemente, dependendo do tipo de trabalho e das condições em que esse é executado (COHN et al., 1985).

É preciso considerar que pesquisas realizadas em Hospitais Gerais brasileiros indicaram que os trabalhadores ligados a funções de mais baixos salários foram mais acometidos, citando cozinheiros, zeladores, pessoal de lavanderia, marceneiros e mecânicos, além dos auxiliares, atendentes de enfermagem, pessoal de laboratório, pessoal de cozinha, entre outros, destacando as atividades manuais,

inclusive as de caráter industrial, como as de maior risco (OLIVEIRA; MAKARON; MORRONE, 1982; SECCO; ROBAZZI; SHIMIZU, 2005).

Pesquisas realizadas sobre os ATs ocorridos em Hospitais Sul-americanos também parecem refletir a mesma realidade brasileira. O HU de Montevideo (Uruguai), Hospital de Referência Nacional para assistência à saúde de média e alta complexidade, apresentou o total de 299 notificações ocorridas entre os anos de 1996 e 1999. Deste total, 42,8% (128) referiu-se a trabalhadores que atuavam na função de técnicos de enfermagem. Os autores também atribuíram como principal causa dos ATs a assistência direta aos pacientes, que sofreram lesões por perfuração em 50% (150) dos casos. Não foi possível estimar os indicadores de risco para os trabalhadores da Instituição, uma vez que o quantitativo de trabalhadores não foi informado (TOMASINA; ETCHEBARNE, 2001).

Estudo realizado em Concepción, Chile, em dois Hospitais, a respeito dos ATs com trabalhadores de enfermagem também evidenciou que o pessoal ligado ao atendimento direto e ao transporte dos pacientes foi o mais exposto (VALENZUELA et al., 2003).

Sendo assim, as atividades eminentemente manuais, do cuidado direto aos pacientes, a proximidade física com o paciente tornam os trabalhadores ligados diretamente ao cuidado mais vulneráveis aos riscos ocupacionais nos Hospitais e, conseqüentemente, aos ATs e seus agravos (SANTOS et al., 1989; SANTOS; PELÁ, 1989; MACHADO et al., 1992; BENATTI, 1997; TOMASINA; ETCHEBARNE, 2001; SECCO; ROBAZZI; SHIMIZU, 2005).

Trata-se das tarefas de higienização, administração de medicamentos, participação efetiva com a equipe de saúde para prestar assistência a pacientes que se encontram em situação de urgência ou emergência, pacientes muitas vezes agressivos ou em estado de desequilíbrio emocional, manuseio e preparo de instrumentos cirúrgicos após a utilização, manuseio de excreções e fômites contaminados, são atribuições delegadas, em grande parte, aos auxiliares/técnicos de enfermagem. Portanto, são muitas as circunstâncias que predis põem os trabalhadores de enfermagem da assistência direta a maiores riscos de ATs.

É importante lembrar que a estes fatores, muitas vezes, estão associados o excesso de autoconfiança, o alto grau de responsabilidade e de tensão emocional, o compromisso maior com a vida e a segurança dos outros, mesmo que

com risco da sua própria, dado o alto grau de religiosidade e altruísmo que permeia a profissão.

Com relação à divisão social do trabalho de enfermagem, é fato que a própria Lei do Exercício Profissional 7.498 de 1986 (LEP), regulamentada por meio do Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987 (BRASIL, 1987) confirmou esta diferenciação entre as categorias profissionais. Considerou habilitados para o exercício da enfermagem e atividades auxiliares somente enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e parteiras, respeitando-se os devidos graus de capacitação.

A LEP estabeleceu também, como atividades privativas dos enfermeiros, a direção de órgãos de enfermagem, bem como de todos os serviços e unidades que prestam assistência de enfermagem, através do planejamento, organização, execução e avaliação destes serviços. Determinou ser exclusivo destes profissionais a atribuição de prescrição da assistência de enfermagem, de cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave e que correm risco de morte, de cuidados de enfermagem que envolvem maior complexidade técnica e que exigem conhecimentos científicos e capacidade de tomar decisões imediatas, entre outros.

Por sua vez, conferiu aos técnicos de enfermagem tarefas de maior complexidade técnica, como a execução de ações assistenciais de enfermagem, as quais devem ser sempre supervisionadas por enfermeiro(s).

Para os auxiliares foram atribuídas as tarefas de menor complexidade, sempre ligadas à higiene e ao conforto de pacientes, a observação, o reconhecimento e descrição de sinais e sintomas e outras ações de tratamento simples, também sob supervisão do profissional enfermeiro.

O teor da Lei caracteriza a dúplici face do trabalho, o **INTELECTUAL** e o **MANUAL**, na qual são atribuídas tarefas diferenciadas aos enfermeiros, as quais vão desde o cuidar, ao educar e ao gerenciar. O que se tem verificado no HU é a atribuição sempre crescente aos enfermeiros da assistência direta aos pacientes, especialmente nas unidades críticas, nas 24 horas do dia, tais como nas UTIs Adulto, Pediátrica e Neonatal, o PS, o CC, Hemodinâmica e Tratamento Dialítico, além das educativas e gerenciais tradicionalmente realizadas.

Quanto aos atendentes de enfermagem, esta Lei, no Art. 23, parágrafo único, definiu que os profissionais que, naquela ocasião, estavam exercendo atividades de enfermagem nas unidades de saúde, em razão da carência de recursos

humanos em nível médio, poderiam continuar a realizá-las apenas nas *atividades* elementares de enfermagem, sempre sob supervisão do enfermeiro. Foi estabelecido também, o prazo de 10 anos a contar da promulgação da referida Lei, para que eles regularizassem a sua situação quanto à categoria profissional, capacitando-se.

É importante salientar que no Hospital ocorreram alterações substanciais no grupo dos atendentes de enfermagem do quadro de pessoal em razão de um movimento ocorrido na Instituição com vistas à capacitação de todo o pessoal atendente para auxiliar de enfermagem (HADDAD; LOPES; GUARIENTE, 1999). Estes foram reduzidos de 16,4% (95) em 1995 para 2,7% (17) em 1997 e 2,0% (13) do total em 2000 e 2002 (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2004b). Por conseguinte, o número de trabalhadores da função expostos diminuiu expressivamente, e, conseqüentemente, houve diminuição do número de ocorrências neste grupo.

Aos poucos trabalhadores que não se profissionalizaram como auxiliares de enfermagem foram, gradativamente, delegadas tarefas compatíveis com a qualificação, em postos de trabalho onde se desenvolviam atividades elementares de enfermagem, tais como: manuseio de materiais contaminados para envio ao CM, distribuição de materiais médico-hospitalares, distribuição de kits de roupas para os Setores, cuidado com materiais e equipamentos, controles de equipamentos para manutenção, e outros, conforme estabeleceu a legislação, complementada pela Resolução do COFEN nº 186, de 20 de julho de 1995 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1995). As referidas tarefas substituíram, portanto, as atividades de assistência direta aos pacientes, outrora realizadas por atendentes de enfermagem.

Novas perspectivas abriram-se a partir de 2001 no HU, quando se iniciaram novas ações em busca da capacitação técnica dos auxiliares para técnicos de enfermagem, a exemplo da outra experiência vivenciada na década de 90, quando a meta foi a profissionalização dos atendentes para auxiliares de enfermagem. Tal iniciativa também teve a finalidade de atender as exigências da LEP, além de contribuir para o desenvolvimento das potencialidades individuais dos trabalhadores bem como para implementação da qualidade da assistência de enfermagem.

Os resultados mostraram que, até o ano de 2005, 67,8% (397) dos 586 trabalhadores de nível médio do HU foram devidamente capacitados, mediante o Curso Técnico de Enfermagem do HU e outros programas governamentais como o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem do Ministério

da Saúde — PROFAE — (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2004b).

Doravante, a tendência no HU é que, nas unidades críticas, de alta complexidade, a equipe de enfermagem seja constituída integralmente por técnicos de enfermagem e enfermeiros, tais como as UTIs, CC, PS, Tratamento Dialítico, entre outras.

O presente estudo alinha-se nos de vários outros autores que estudaram os ATs ocorridos com profissionais da equipe de enfermagem, e que, da mesma forma, encontraram em seus achados uma maior exposição dos auxiliares aos infortúnios dos ATTs (SILVA, 1988; MACHADO et al., 1992; BRANDI; BENATTI; ALEXANDRE, 1998; GIR; COSTA; SARQUIS, 1999; SÊCCO, 2002).

Alguns autores que realizaram investigações mais abrangentes, contemplando toda a equipe de saúde, igualmente encontraram valores expressivos destes acidentes de que foram vitimados os referidos trabalhadores (KUCHENBECKER, 1999; OKUMOTO et al., 2000).

Surgiram, nos últimos anos, muitos estudos a respeito do risco de ATs por perfurocortantes, em razão das conseqüências dos mesmos para a vida e a saúde do trabalhador de enfermagem.

Entre essas pesquisas que avaliaram os CR dos acidentes ocorridos com a equipe, analisando os resultados sob a ótica da função desenvolvida por seus membros, destaca-se um estudo sobre acidentes por objetos perfurocortantes, que quantificou o CR de 5,7 (373) acidentes para cada 100 trabalhadores de enfermagem, sendo que os enfermeiros apresentaram o valor de 3,4 (32), os técnicos de enfermagem o de 1,5, os auxiliares o de 7,0 (272) e os atendentes o de 4,5 (65) (SOUZA, 1999).

O presente estudo encontrou valores semelhantes na avaliação dos acidentes com os auxiliares e menores alusivos aos enfermeiros e atendentes de enfermagem.

Outro trabalho realizado em HU quantificou o CR dos ATs por perfurocortantes, num total de 46 acidentes, o qual apresentou valores maiores referentes aos acidentes com os enfermeiros e menores tanto com os auxiliares quanto com os atendentes de enfermagem. O CRMA apresentado foi de 3,8 acidentes para

cada 100 trabalhadores da equipe de enfermagem, tendo o valor de 4,9 o CRMA dos enfermeiros, 1,9 o dos técnicos, 4,5 o dos auxiliares e 1,4 o dos atendentes e enfermagem (BRANDI; BENATTI; ALEXANDRE, 1998).

O Quadro 6.3 compila resultados dos CRs apresentados em estudos que deram a conhecer indicadores de risco por categoria profissional.

AUTOR (ES)	ANO	ESTUDO / POPULAÇÃO / CAMPO	TEMPO DE REFERÊNCIA DO INDICADOR	FUNÇÃO				TOTAL
				ENFERMEIRO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	ATENDENTE DE ENFERMAGEM	
Santos et al.	1989	ATs com trabalhadores de enfermagem de HU	6 meses	3,7	3,0	3,2	3,5	
Silva, V.	1996	ATs com trabalhadores de enfermagem de HU	Anual	11,83	23,08	22,35	20,58	19,0
Benatti	1997	ATs com trabalhadores de enfermagem de HU	6 meses	7,7	9,3	8,6	7,7	9,2
Brand; Benatti; Alexandre	1998	ATs com trabalhadores de enfermagem de HU	7 meses	4,9	1,9	4,5	1,4	3,8
Sarquis	1999	ATs com perfurocortantes com trabalhadores de enfermagem de HU	Anual	2,12	...	10,09	1,48	7,60
Souza	1999	ATs com perfurocortantes com trabalhadores de enfermagem de Hospitais Públicos e Privados	Anual	3,4	1,5	7,0	4,5	5,7
Nicolete	2001	ATs com trabalhadores de enfermagem de Hospital Geral	5 anos	58,0	68,0	60,0	...	61,5
Secco; Gutierrez	2001b	ATs e ATMBs com trabalhadores de enfermagem de HU	Anual	4,4	...	12,6	8,8	5,9
Marziale	2003a	ATs e ATs com perfurocortantes com trabalhadores de enfermagem de 4 Hospitais	Anual	2,5	2,8	2,7	8,9	3,2
Marziale; Robazzi	2004	ATs com perfurocortantes com trabalhadores de enfermagem de 4 Hospitais	Anual	2,10	2,80	2,30	8,10	2,70
Sailer	2004	ATMBs com trabalhadores de enfermagem de Hospital Geral		50,0	100,0	44,8		
Secco *	2006	ATTs com trabalhadores de enfermagem de HU	Anual	3,0		10,4	4,7	9,2

* CR para cada 100 trabalhadores.

** Dados do presente estudo.

QUADRO 6.3 – Distribuição dos CRs de ATMBs ou ATs com perfurocortantes contaminados em estudos de ATs ocorridos com os trabalhadores de enfermagem, por categoria profissional.

Ressalta-se que estes indicadores, como esperado, sofreram as influências particulares dos métodos utilizados nos diferentes estudos. Contudo, constituem-se importante instrumento gerencial, possibilitando a avaliação das diferentes equipes de enfermagem e da situação que envolve o processo de trabalho empreendido nas respectivas instituições.

Os casos de ATTs com exposição aos materiais biológicos foram mais freqüentes entre as ocorrências no HU, em todos os anos do estudo, apresentando os maiores indicadores de risco.

Esses eventos tiveram grande peso na avaliação dos riscos de ATTs, considerando-se a alta freqüência dessas ocorrências. Repercutiram no alto índice do CR dos ATTs apresentado no ano de 1998, uma vez que nesse ano é que foi implantado o PATMB e toda a comunidade interna do HU foi sensibilizada para a importância da notificação. Tais fatores, possivelmente, contribuíram de forma positiva para o aumento dos registros.

Na avaliação das notificações segunda as duas formas preconizadas para os acidentes envolvendo exposição aos materiais biológicos, ou seja, CAT e NATMB, chamou a atenção o fato que esses registros, mesmo que realizadas sem atender devidamente a legislação, ou seja, realizadas em apenas um dos dois instrumentos de notificação, mostraram-se em número muito reduzido nos anos de 2001 e 2002, quando comparados com o de 2000, repercutindo na quantificação do CR dos ATTs.

É possível que a diminuição do número de casos notificados no último biênio esteja relacionada com a melhora nos processos de trabalho e/ou relacionada com a prevenção dos acidentes, como já discorrido previamente.

Entretanto, é preciso considerar que o PATMB trouxe várias dificuldades para o processo de registro dos ATs. Além da exigência de mais um instrumento de notificação, o HU, por tratar-se de Hospital de Ensino, possui um maior número de pessoas envolvidas no atendimento, entre docentes, alunos e outros profissionais, apresentando fluxo diferenciado nos processos de assistência ao acidentado.

Outro ponto a ser lembrado é que os procedimentos da assistência a este trabalhador foram atribuídos ao Setor de PS, unidade característica com volume e

ritmo de trabalho exacerbados e com dinâmica bastante própria, repercutindo negativamente na prestação do atendimento.

A possibilidade de subnotificação pode estar relacionada a estes elementos dificultadores. Atenção redobrada deve ser dispensada a estas contingências para averiguar os fatos, fazer avaliação e adotar a conduta adequada.

Em síntese, é necessário admitir que os ATMBs no HU requerem um enfrentamento diferenciado por parte de todos os envolvidos, para diminuir tanto quanto possível a exposição dos trabalhadores, especialmente os mais vulneráveis que são os de enfermagem. O risco não pode ser considerado inerente à atividade profissional, numa atitude conformista. Ao contrário, dado o desafio do problema, exige que atitudes concretas sejam tomadas para a sua minoração.

A problemática referente a esses acidentes, especialmente a aqueles que envolvem a presença de perfurocortantes contaminados com sangue ou outros fluidos corporais, mereceu a atenção de renomados pesquisadores, tais como Rowe e Giuffre (1991), Machado et al. (1992), Kuchenbecker (1999), Prado et al. (1999), Pungpapong et al. (1999), Braga (2000), Caetano, Loja e Lima (2000), Chaves et al. (2000), Canini (2000), Marziale, Kourrouski, Robazzi (2000), Azambuja, Kerber e Vaz (2001), Bálsamo (2002), Brevidelli e Cianciarullo (2002), Canini et al. (2002), Marziale e Rodrigues (2002), Querosz-Andrade e Tavares-Neto (2002), Secco (2002), Marziale (2003a, 2003b), Marziale e Robazzi (2004), Marziale, Nishimura e Ferreira (2004), Almeida, Pagliuca e Leite (2005), entre outros.

Sobre estratégias de prevenção de acidentes é possível dizer que há unanimidade entre os estudiosos do assunto em enfatizar a necessidade de implementação de medidas educativas para todos os trabalhadores de enfermagem (FIGUEIREDO, 1992; SOUZA; VIANNA, 1993; BREVIDELLI; ASSAYAG; TURCATO JR., 1995; RODRIGUES; MAGALHÃES; SALES, 1995; BENATTI, 1997; LOPES, 1997; SILVA; KURCGANT; QUEIROZ, 1998; PRADO et al., 1999; SILVA; CABRAL; ZEITOUNE, 1999; SARQUIS; FELLI, 2000; BREVIDELLI; CIANCARULLO, 2002; MARZIALE; 2003a, 2003b; MARZIALE; ROBAZZI, 2004; RIBEIRO, 2004).

A adesão da equipe de enfermagem às precauções universais (PU), com a incorporação da prática de utilização do descarte adequado de seringas e agulhas, uso de calçados fechados, manuseio adequado do lixo perfurocortante e o definitivo abandono da prática de reencape de agulhas é fundamental para a prevenção

dos eventos. Assim novas estratégias de abordagem educativa com vistas à efetiva conscientização dos trabalhadores de enfermagem sobre os riscos que correm pela possibilidade de contaminação por material biológico devem ser implementadas em todas as instituições que prestam assistência à saúde.

O comportamento inadequado dos profissionais que, mesmo tendo sido devidamente capacitados, permanecem usando agulhas sem o devido cuidado é mostrado em algumas pesquisas e constitui-se motivo de preocupação (BREVIDELLIE; CIANCIARULLO, 2002; SARQUS; FELLI, 2000).

É preciso indagar quais são as razões que levam os profissionais a não aderir às normas de biossegurança. Atribuir ao trabalhador toda a culpa pelos ATs é atitude que só se presta a eximir as instituições e a organização do trabalho da sua responsabilidade em expor os trabalhadores a fatores de risco e a cargas de trabalho, o que não contribui em nada para a resolução dos problemas presentes nos ambientes de trabalho.

De fato é difícil mudar uma prática de muitos anos. Os mais jovens, inclusive, tem o risco de acabar absorvendo para si os hábitos menos recomendados dos mais experientes, muitas vezes pela necessidade de operacionalizar o trabalho, que deve ser realizado em tempo exíguo, ou, para concluir a tarefa árdua apresentada, ficando livre dela o mais rápido possível.

Outra situação preocupante relacionada aos ATMBs, mais especificamente com o risco de contaminação pelo HIV, diz respeito à dificuldade de adesão dos acidentados à quimioprofilaxia pós-exposição ocupacional, realizada com a utilização de medicamentos anti-retrovirais.

O Quadro 6.4 apresenta as taxas de abandono do tratamento com a quimioprofilaxia apresentadas por alguns estudos realizados com o pessoal de enfermagem ou com trabalhadores dos EAS.

AUTOR(ES)	ANO	ESTUDO / POPULAÇÃO / CAMPO	ABANDONO DA QUIMIOPROFILAXIA (%)
Belei et al.	2001	ATMBs -atendimentos de trabalhadores, estudantes e docentes de HU realizados no PATMB	70
Bálsamo	2002	ATMBs com os trabalhadores de saúde de HU	48
Almeida	2003	ATMBs no PATMB referente aos trabalhadores de saúde de Regional de Saúde com 21 municípios do Estado de São Paulo	42,1 (em 2000) e 40,3 (em 2001)
Sailer	2003	ATMBs com os trabalhadores de enfermagem de Unidade de Tratamento de Doenças Infecciosas	34,3 (12)
Miola	2005	ATMBs com os auxiliares de enfermagem atendidos na SESMT de Hospital de Infectologia	33,3 (21)

QUADRO 6.4 – Distribuição das taxas de abandono de quimioprofilaxia pós-exposição a materiais biológicos, em estudos brasileiros, de 2001 a 2005.

Entre as causas mais frequentes de não-adesão ao tratamento ou do seu abandono estão os efeitos colaterais das medicações utilizadas na quimioprofilaxia (BELEI, 2001; BÁLSAMO, 2002; MARZIALE et al., 2004) e o fato do acidentado não se sentir ameaçado pelo risco de adquirir a doença, ou, susceptível a ela, principalmente a AIDS, o que se constitui um grande campo de pesquisa sobre os aspectos culturais e sociais que esta postura envolve.

Atenção especial deve ser dada também aos ATMBs que acometem estudantes dos cursos da área da saúde, especialmente os de enfermagem, no desenvolvimento de atividades praticas referentes à área, (REIS; GIR; CANINI, 2004). Embora não se trate especificamente de ATTs, por não haver vínculo empregatício, os infortúnios constituem sério problema para os alunos e as Escolas de Enfermagem, uma vez que a falta de destreza manual e de habilidade técnica no manuseio de instrumentos contaminados com sangue, por exemplo, possibilitam as ocorrências em maior número. De fato, são necessários estudos mais aprofundados sobre medidas preventivas, assim como a respeito das implicações ético-legais em casos de acidentes envolvendo a referida população.

Ainda, no que se refere à natureza do acidente, é sabido que existe semelhança entre os casos que ocorrem no ambiente hospitalar e os que ocorrem na

indústria, tais como queimaduras, quedas, lesões por carregamento de peso excessivo (BENATTI, 1997).

No presente estudo, os ATTs provocados por impactos deram-se em 13,2% (46) dos eventos, totalizando um CRMA igual a 1,2.

Maior significância deste tipo de acidente na enfermagem hospitalar foi apontada em estudo publicado em 1982, que, possivelmente, pela pouca expressão da problemática que envolvia os perfurocortantes contaminados com material biológico na época, apresentou como as lesões de maior relevância as contusões, entorses ou torções, conforme já mencionado (OLIVEIRA; MAKARON; MORRONE, 1982). Nesta mesma linha, outro trabalho realizado em HU do Estado de São Paulo, em 1987, deu a conhecer que as contusões, com 31,91% (15), e as lesões perfurantes, com o total de 27,86 (13) dos ATs foram as lesões mais freqüentes apresentadas pelos trabalhadores de enfermagem (MONTEIRO; CARNIO; ALEXANDRE, 1987).

Chama a atenção um estudo chileno que avaliou os ATs ocorridos durante os anos de 1997 e 1998 na equipe de enfermagem de Hospital Geral, por mostrar que a maior freqüência de notificações teve como causa as quedas sofridas pelos trabalhadores, as quais totalizaram 15,3% (47) do total de acidentes. Os autores destacaram os problemas relacionados à estocagem dos soros em locais de difícil alcance nos armários, à disposição dos objetos no ambiente hospitalar, ao espaço exíguo para a mobília, a pisos escorregadios, entre outros. As notificações dos acidentes com agulhas mostradas no estudo somaram apenas 11,4% (35) dos eventos, e os autores reconheceram que esses são, muitas vezes, desconsiderados e subestimados pelos trabalhadores de enfermagem (VALENZUELA et al., 2003).

A exposição a outros materiais médico-hospitalares não contaminantes, conferindo um CRMA igual a 1,2 e os casos de acidentes provocados por esforço excessivo ou inadequado, cujo CRMA quantificado foi de 0,5, também se mostraram relevantes nos achados da presente investigação.

Os resultados confirmaram outros estudos que admitem a relevância dos problemas osteomusculares decorrentes das atividades de risco que os trabalhadores de enfermagem executam no exercício de sua profissão (JANSEN, 1997; ALEXANDRE; BENATTI, 1998; PARADA; ALEXANDRE; BENATTI, 2002; MARZIALE; 2003a; VALENZUELA et al., 2003; RIBEIRO, 2004).

A respeito da parte do corpo atingida nos ATTs, conforme o esperado,

os achados mostraram que as mãos dos trabalhadores de enfermagem foram acometidas em 70,5% (246) dos casos, estimando um CRMA de 6,5. Elas foram acometidas, de maneira especial, em decorrência do manuseio de perfurocortantes contaminados com sangue ou outros fluidos corporais.

Também os olhos apresentaram-se como motivo de preocupação, principalmente pela exposição a esses mesmos elementos. A presente investigação corrobora com outros estudos que se ocuparam dessa temática.

Um deles, realizado em Hospital Geral de São Paulo, mostrou que em 57% dos casos em que os olhos foram atingidos por secreção houve o desenvolvimento de conjuntivite, e em 1 deles houve a infecção por hepatite B (SOUZA; VIANNA, 1993).

Outro estudo sobre esses acidentes envolvendo os olhos, realizado em uma maternidade pública entre os anos de 2002 e 2003, deu a conhecer que 1 enfermeira, 2 técnicas e 7 auxiliares de enfermagem foram vitimados. Ocorreram 10 eventos, sendo 4 com substâncias químicas, 3 com medicamentos, 1 por trauma mecânico, 1 com escalpe e 1 com urina (ALMEIDA; PAGLIUCA; LEITE, 2005).

O presente estudo encontrou resultados diferentes da referida investigação, pois constatou em 85,4% (35) dos casos a exposição a materiais biológicos, como sangue (37,1% = 15), havendo acidentes em que o paciente era reconhecidamente soropositivo para o HIV e o vírus da hepatite B; também, houve casos de exposição a secreção pulmonar e à urina.

Destaca-se que esses acidentes são considerados evitáveis graças ao simples uso das PP, por meio de óculos de proteção no momento da aspiração de secreções, da instrumentação cirúrgica, no auxílio ao parto, no desprezar dejetos ou fluidos contaminados.

Sobre o acometimento das mãos dos trabalhadores por ATs em EAS, o Quadro 6.5 apresenta as taxas informadas em estudos brasileiros.

AUTOR (ES)	ANO	ESTUDO / POPULAÇÃO / CAMPO	ATs EM QUE AS MÃOS DO TRABALHADOR FOI ATINGIDA (%)
Monteiro; Carnio; Alexandre	1987	ATs com os trabalhadores de HU	25,53
Santos et al.	1989	ATTs com os trabalhadores e enfermagem de HU	66,66
Machado et al.	1992	ATs com os trabalhadores de HU	47,20
Jansen	1997	ATs com trabalhadores de enfermagem de Hospital Geral	61,7*
Silva, M.	1996	ATs com os trabalhadores de enfermagem de HU	54,48
Brandi; Benatti; Alexandre	1998	ATs por perfurocortantes com os trabalhadores de enfermagem de HU	95,8
Caetano; Loja; Lima	2000	ATMBs com os trabalhadores hospitalares de HU	83,70
Belei et al.	2001	ATMBs com os profissionais de saúde e alunos de HU	85,00
Secco	2002	ATMBs com os trabalhadores de enfermagem de HU	66,2
Marziale	2003a	ATs com perfurocortantes com trabalhadores de enfermagem de 4 Hospitais	94,3
Marziale; Robazzi	2004	ATs com perfurocortantes com trabalhadores de enfermagem de 4 Hospitais	93,4
Secco	2006	ATTs com os trabalhadores de enfermagem de HU	70,5

*Refere-se aos acidentes que atingiram os membros superiores (não há informação sobre a taxa relativa especificamente às mãos).

QUADRO 6.5 – Distribuição dos estudos sobre ATs com os trabalhadores de enfermagem com as respectivas taxas de acometimento das mãos.

Ressalta-se que os resultados encontrados no presente estudo relativos aos acidentes com acometimento das mãos dos trabalhadores de enfermagem são ainda mais graves do que os resultados apresentados dos trabalhadores do quadro geral do Ministério da Previdência Social (MPS) (BRASIL, 2004b).

As taxas médias de registros do MPS dos ATs com acometimento das mãos, de 2002 a 2005, representaram em torno de 32,6% (407.359) do total dos casos, conforme apresentado na Tabela 6.1, enquanto que os valores relativos aos trabalhadores de EAS, ou, especificamente de enfermagem, nos estudos apresentados no Quadro 6.5, representaram entre 54,48 e 70,5%.

Estes valores parecem denotar a relevância do trabalho manual característico da profissão, o quanto ele é expressivo na atividade de prestação de assistência nos serviços de saúde.

TABELA 6.1 – Distribuição dos registros de ATs do MPS, com acometimento da mão do trabalhador ou de outras partes do corpo, de 2002 a 2004.

ANO	MÃO		OUTRAS PARTES DO CORPO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
2002	127.047	32,3	266.024	67,7	393.071	100
2003	130.047	32,6	269.030	67,4	399.077	100
2004	150.265	32,7	308.691	67,3	458.956	100
TOTAL	407.359		843.745		1.251.104	
MÉDIA ANUAL	135.786,3	32,6	281.248,3	67,4	417.034,7	100

FONTE: BRASIL, 2004b.

Os resultados do estudo ora apresentado mostraram que as perfurações foram as lesões que apresentaram maior CRMA em todos os anos, trazendo a grande problemática dos acidentes com perfurocortantes contaminados com sangue. Especial atenção deve ser dada aos acidentes cuja fonte de contaminação é desconhecida, principalmente aqueles em que o paciente-fonte da contaminação é desconhecido.

Sabidamente, o risco de infecção pós-exposição ocupacional a material biológico perfurante é de 0,25 a 0,4% pelo vírus HIV, de 6 a 30% pelo vírus da hepatite B (HBV) e de 0,4 a 1,8% pelo vírus da hepatite C (HCV) (INTERNATIONAL HEALTH CARE WORKER SAFETY-CENTER, 1998; FONSECA, 2004).

No Brasil, há um caso notificado de AIDS ocupacional ocorrido no Estado de São Paulo, em 1996 (BRASIL, 2005d). Desde o início da epidemia, de 1981 até 1999, foram identificados, em todo o mundo, 100 casos comprovados e 213 prováveis de contaminação de profissionais de saúde pelo HIV em decorrência de ATs, sendo os Estados Unidos o país responsável pelo maior número dos casos investigados (RAPPARINI, 2005).

Este fato é importante, dado o número de casos de ATMBs que ocorrem com os trabalhadores de enfermagem, acontecimentos muitas vezes considerados como eventos sem importância, comuns à atividade profissional, em uma atitude de negação do risco e da própria situação de vida e saúde.

Como já relatado anteriormente, vários estudos estimaram os CRs dos ATs por perfurocortantes, os quais variaram de 2,7 (MARZIALE; ROBAZZI, 2004) a 7,6 (SARQUIS, 1999), embora seja necessário considerar as diferenças relativas aos delineamentos metodológicos apresentados nas investigações.

É incontestável a necessidade de implementação de medidas preventivas relacionadas à utilização de objetos perfurantes e cortantes na atividade laboral de enfermagem.

No presente estudo, as lesões com cortes estiveram relacionadas, na maioria das vezes, com o preparo de material contaminado nos Setores de trabalho ou mesmo no CM, na limpeza e no processamento da esterilização. Apresentaram o CRMA igual a 1,2.

Em estudo abrangendo todos os ATs ocorridos em Hospital Geral uruguaio, constatou-se que 45,5% (136) dos casos foram de perfuração por agulhas, sendo que o pessoal mais atingido foi o de enfermagem. Constatou-se também que, a não ser a categoria dos cozinheiros, todos os demais tiveram nas agulhas o instrumento responsável pelas lesões apresentada no acidente (TOMASINA; GÓMEZ ETCHEBARNE, 2001).

Pesquisa realizada na própria Instituição em que se desenvolveu o presente estudo, também sobre os ATs ocorridos com todos os trabalhadores do HU, mostrou que as agulhas foram responsáveis por 35,70% (282) dos casos e que em 23,8% (188) delas estavam comprovadamente contaminadas por materiais biológicos. Ficou reafirmada a gravidade desses acidentes, não apenas para os trabalhadores de enfermagem, mas também para todos os demais trabalhadores da área, que, de alguma maneira, estão expostos a estes materiais no ambiente hospitalar, tais como os transportadores do lixo hospitalar e o pessoal de higiene e de lavanderia (SECCO; GUTIERREZ, 2001).

Os problemas osteomusculares provocados pelos ATs apresentados nas notificações da presente pesquisa totalizaram: 28 por contusão, 1 por fratura, 7 por entorse, 4 por luxação, 4 por distensão muscular. Somaram 12,6% (44) dos casos de

ATTs, cujo CR foi estimado em 1,1.

Conforme já se mencionaram, os riscos que oferecem o ambiente de trabalho, o manuseio e transporte de equipamentos pesados, e, sobretudo, a assistência direta ao paciente, expõem os trabalhadores de enfermagem aos riscos de acidentes que geram problemas osteomusculares (SILVA, 1988; GELBCKE, 1991; BENATTI, 1997; JANSEN, 1997; ALEXANDRE; BENATTI, 1998; PARADA; ALEXANDRE; BENATTI, 2002; MARZIALE; 2003a; VALENZUELA et al., 2003).

Digno de nota é que, ao contrário das perfurações, que são consideradas muitas vezes de pouca importância, a dores na coluna advindas de movimentos bruscos, pela necessidade de segurar com força ou mesmo amparar um paciente para que não caia, as quedas, os impactos sofridos, apresentam-se de maneira mais expressiva no corpo do trabalhador. Esta relevância maior do acidente leva-o a registrar o fato, pois, muitas vezes lhe acarreta a impossibilidade de continuar a desenvolver o trabalho.

Estudo realizado em 1988, em HU de São Paulo, sobre esses afastamentos encontrou, como primeiras causas de afastamento do trabalhador de enfermagem do trabalho, as lacerações e feridas, com CR igual a 3,89, as contusões, com CR igual a 3,81 (portanto, valores bem próximos) e as torções com CR igual a 1,81. Esses agravos constituem-se, portanto, importante problema de saúde para o trabalhador de enfermagem (SILVA, 1988).

O Quadro 6.6 apresenta a frequência dos ATs ocorridos com os trabalhadores de enfermagem ou hospitalares verificada pelos diversos pesquisadores e mostra as taxas dos ATs envolvendo materiais biológicos em contato direto com o corpo do trabalhador, ATs com lesões perfurantes ou cortantes e ATs com acometimento osteomuscular.

Apesar de haver diversidade nas abordagens metodológicas dos estudos, número expressivo deles, especialmente os mais recentes, dão a conhecer que as lesões por perfurantes ou cortantes são as mais frequentes, seguidas pelas que acometem as estruturas osteomusculares. Estes resultados podem, então, orientar os programas de atenção ao trabalhador de enfermagem visando a prevenção de tais infortúnios, bem como a reorganização do processo de trabalho, de maneira a estabelecer mecanismos que minimizem, ao máximo, as possibilidades de ocorrências de acidentes.

AUTOR(ES)	ANO	ESTUDO/POPULAÇÃO /CAMPO	TIPO DE LESÃO		
			ATMBs – CONTATO DIRETO COM O CORPO(%)	ATs COM LESÕES POR PERFURANTES OU CORTANTES (%)	ATs COM ACOMETIMENTO OSTEOMUSCULAR (%)
Monteiro; Carnio; Alexandre	1987	ATs com trabalhadores de enfermagem de HU	6)	27,66	70,2
Santos et al.	1989	ATTs com trabalhadores de enfermagem de HU		54,0	23,0
Silva, A.	1996	ATs totais com trabalhadores de enfermagem de Centro de Material	2,6	47,4	26,8
Benatti	1997	ATs totais com trabalhadores de enfermagem de HU	10,2	32,3	29,9
Napoleão	1999	ATs totais com trabalhadores de enfermagem de Hospital Geral	14,1	34,4	35,9
Sarquis	1999	ATs e ATs com perfurocortantes com trabalhadores de enfermagem de HU	5,7	57,4	29,9
Nicolete	2001	ATs com trabalhadores de enfermagem de Hospital Geral	2,1,0	43,9	18,7
Tomasina; Gómez Etchebarne	2001	ATs em Hospital Geral*	7,4	60,9	17,1
Secco	2002	ATMBs com trabalhadores de enfermagem de HU	10,7	42,8	...
Marziale	2003a	ATTs com perfurocortantes com trabalhadores de enfermagem de 4 Hospitais	...	50	30,2
Valenzuela et al.	2003	ATs totais em Hospital Geral (Chile)	...	25,3	36,7

* Estudo sobre todos os ATs de Hospital Geral

QUADRO 6.6 – Distribuição de estudos sobre ATs com os trabalhadores de enfermagem com as taxas de ATMBs por contato direto com o corpo do trabalhador, ATs com lesões perfurantes ou cortantes e ATs com acometimento osteomuscular.

É preciso considerar que os danos, ora apresentados, decorrentes dos ATs são aqueles que *marcam* o corpo físico do trabalhador. Contudo, aqueles que provocaram marcas no *corpo psíquico*, que dizem respeito às doenças de ordem emocional que acometem o pessoal de enfermagem e as marcas do *corpo social*, presentes nas insatisfatórias condições de trabalho e de vida (BULHÕES, 1994).

Importante estudo sobre o processo saúde-doença dos trabalhadores de enfermagem de HU deu a conhecer que 50,9% dos membros da equipe sofrem de estresse/fadiga; destaca que tanto os enfermeiros, em razão do excesso de responsabilidade intelectual e da organização do trabalho, quanto os trabalhadores de nível médio, pelo excesso de tarefas, pelas pressões do trabalho e pela desvalorização na sociedade, sofrem grande desgaste (GELBCKE, 1991).

As atividades desenvolvidas pelos trabalhadores de enfermagem, constituem-se em elementos do processo de trabalho que devem ser detidamente analisados, em busca de estabelecer tantas estratégias quantas forem necessárias para melhorar os ambientes de trabalho e as formas do assistir em enfermagem.

Na análise da tarefa que estava sendo realizada no momento da ocorrência do acidente, como esperado, verificou-se que aquelas relacionadas ao manuseio de materiais contaminados, punções venosas, administração de medicamentos e as atividades da assistência direta, caracteristicamente manuais, foram as que apresentaram maiores riscos de ATTs.

Em um estudo sobre esses eventos, as autoras deram a conhecer que a maioria dos acidentes que provocaram lesões de coluna vertebral ocorreu no próprio quarto do paciente, no exercício da assistência direta, na atividade de manipulação de equipamentos, em decorrência de pisos escorregadios, no atendimento de pacientes obesos e dependentes da enfermagem. O estudo abordou a importância da ergonomia para nortear o trabalho de enfermagem, no cuidado com os pacientes, com o ambiente de trabalho e com os equipamentos utilizados. (PARADA; ALEXANDRE; BENATTI, 2002).

O expressivo número de ocorrências de acidentes pelo manuseio de materiais contaminados relacionados às atividades de processamento de instrumental e de reutilizáveis, como os desenvolvidos nas salas de desinfecção de materiais dos Setores de Trabalho e do CM, totalizou 13,8% (48) dos casos na presente pesquisa, cujo CRMA foi igual a 1,3.

Estes indicadores chamam a atenção para a necessidade de medidas que visem prevenir as ocorrências que atingem os trabalhadores encarregados dessas tarefas especiais, principalmente aqueles que manipulam bisturis e instrumentais sujos de sangue, frascos de aspirador com diferentes líquidos corporais, circuitos de respiradores mecânicos com sujidades, organização e limpeza de mesas cirúrgicas e materiais de anestesia, entre outros.

Outro agravante desta situação é que, em muitos casos, o acidente ocorreu por agulhas deixadas inadvertidamente em meio aos campos cirúrgicos, misturadas ao material na mesa cirúrgica ou nos pacotes de curativos, que terminam por ferir o trabalhador; este, mesmo utilizando EPI, acaba se acidentando, uma vez que o instrumento perfurocortante ultrapassa a barreira da luva.

Estes acidentes ocorridos durante o manuseio de material contaminado teve a mesma expressão que o CR das tarefas de administração de medicamentos e punções venosas, já reconhecidas como atividades de alto risco de ATs para o pessoal de enfermagem, apresentando CR igual a 1,3 acidentes para cada 100 trabalhadores.

Também as atividades de manuseio de materiais limpos ou esterilizados conferiram risco de ATs para os trabalhadores de enfermagem, já que 4,6% (16) de ocorrências tiveram estas como causa do acidente, com CRMA de 0,4.

Grande parte dos eventos estiveram relacionados às atividades de administração de medicamentos por via endovenosa, envolvendo todos os passos do processo de trabalho, que abrangem a punção venosa, o descarte das agulhas, a própria retirada do acesso venoso quando da sua perda ou da suspensão da terapêutica por esta via, como comprovam muitos outros estudos (SARQUIS, 1999; SOUZA, 1999; CANINI et al., 2002; SÊCCO, 2002).

Os dados revelam que, aparentemente, a prática de reencape de agulha após a utilização tem apresentado valores diminuídos nos últimos anos em comparação com outros estudos já realizados no HU, o que leva a crer que as novas técnicas estão incorporadas à prática nos processos de trabalho do pessoal de enfermagem.

Estudo destaca a questão da necessidade de habilidade para o manuseio de materiais perfurocortantes no cotidiano da enfermagem, salientando a inexperiência como fator importante para a ocorrência de ATs (MARZIALE, 2003a).

Assim, como medida preventiva é possível recomendar, quando da lotação dos trabalhadores nas diferentes unidades do Hospital, por ocasião de sua admissão, que seja considerada a situação dos menos experientes, que eles permanecem em postos de trabalho mais calmos até se habituarem e se capacitarem. Contudo, na prática isso não ocorre, uma vez que a penosidade do trabalho e o desgaste dos trabalhadores fazem com que as chefias sejam impelidas a transferir aqueles de mais idade, os mais cansados, para os Setores de menor volume de trabalho, destinando aos novos contratados aos Setores de Trabalho que requerem maior vigor físico, maior disposição para o trabalho, como PS, Unidades Médico-cirúrgicas adulto e as UTIs.

É preciso considerar também outro estudo que revelou que os trabalhadores que têm maior tempo de formação profissional, por terem interiorizadas técnicas e comportamentos próprios da profissão, pelo excesso de autoconfiança, pelas dificuldades para mudar hábitos, expõem-se mais aos riscos e à ocorrência dos acidentes (SARQUIS, 1999).

Na análise da hora, turno de trabalho e horas trabalhadas até a ocorrência dos ATTs verificou-se que os horários de maior ocorrência foram entre 9 e 10 horas da manhã e às 12, 15, 16, 18, 22 e 6 horas, o que parece revelar que esses são os horários de maior volume de atividades para o pessoal de enfermagem. Verificou-se também que houve elevação no número de ocorrências em horários próximos à passagem de plantão (12, 18 e 6 horas), possivelmente em razão do acúmulo de tarefas desses momentos.

Observou-se que 72,3% (240) dos acidentes aconteceram com trabalhadores que exerciam atividade entre 7 e 19 horas, período correspondente ao turno entre a manhã e tarde. Também foi verificado que 92,6% (323) do total de ATTs atingiram trabalhadores que atuam em turnos nos Setores de atendimento ininterrupto nas 24 horas do dia (manhã, tarde ou noite). Apenas 7,4% (26) dos eventos acometeram o pessoal que atua em horário comercial, ou realizando 8 horas diárias, com folgas nos finais-de-semana.

No que se refere ao número de horas trabalhadas até o momento do acidente, verificou-se que a maioria dos casos ocorreu entre a 3ª e 5ª hora trabalhada (no horário das 9 às 12 horas e das 15 às 18 horas), o que mostra, possivelmente, maior volume e ritmo do trabalho nesses momentos.

A terceira e a quarta hora do turno da noite também apresentaram aumento das notificações. Convém destacar que nesse horário o trabalho é intensificado em razão dos atendimentos do PS, do retorno dos pacientes do CC que foram submetidos a procedimentos no período da tarde e do grande número de medicamentos que devem ser administrados nesses horários para poupar o paciente de incômodos durante o sono, nas horas mais tardias. Também, é necessário preparar o Setor para o horário de descanso dos profissionais de enfermagem, que deve ser usufruído entre as 23 horas e a 1 hora da manhã. Tudo é assim disposto para não sobrecarregar os colegas que permanecem em atividade enquanto outros descansam.

O fato da primeira e segunda hora de trabalho terem apresentado menor número de ocorrências, possivelmente se deve ao fato de que, nesse período, os trabalhadores de enfermagem estão se reencontrando, interagindo, organizando o trabalho a ser realizado, distribuindo as tarefas, ajeitando o material necessário e preparando-se para o enfrentamento dos momentos mais intensos que pode ser considerado como um aquecimento preparatório.

Resultados semelhantes foram apresentados por outros estudos, em que foram revelados os picos das ocorrências entre a terceira e a quarta hora trabalhadas (SILVA, A., 1996; BENATTI, 1997).

Outro estudo a respeito da referida variável, realizado em Hospitais Públicos e privados de São Paulo, mostrou que 55,6% (279) dos acidentes ocorreram com trabalhadores após 4 horas trabalhadas. Os trabalhadores acidentados relataram que a causa estava associada à fadiga decorrente da sobrecarga de trabalho e mostraram-se preocupados com o risco que isso poderá significar para a assistência aos pacientes (SOUZA, 1999).

O resultados encontrados no presente estudo deram conta que as notificações mostraram índices menores de ATTs nas horas mais avançadas da noite, horário que tem ritmo de trabalho diminuído, caracteristicamente. Apenas nos período entre 5 e 6 horas da manhã, ao término do turno da noite, é que a situação se reverte, com a agitação da preparação para a troca da equipe. Ainda, é preciso levar em conta o cansaço da noite indormida, possivelmente responsável por aumentar o risco de acidentes.

O quanto é nocivo para a saúde do trabalhador de enfermagem o trabalho noturno em Hospitais é temática de interesse de muitos estudiosos. É da

máxima importância a presença do profissional junto ao paciente durante a noite, mas o estado de alerta da pessoa nesse turno interfere no seu ritmo biológico e no seu estado de espírito, tornando-se também esse importante fator de risco de ATTs, além de afetar a vida familiar e social (BULHÕES, 1994).

Diferentes valores foram encontrados em estudo realizado em outros Hospitais, onde a maior frequência dos ATs deu-se no período da manhã (MONTEIRO; CARNIO; ALEXANDRE, 1987; SILVA, 1988; SANTOS et al., 1989; ALEXANDRE; BENATTI, 1998; BRANDI; BENATTI; ALEXANDRE, 1998; SOUZA, 1999, TOMASINA; ETCHEBARNE, 2001; BÁLSAMO, 2002; VALENZUELA et al., 2003; MARZIALE, 2003a; NISHIDE; BENATTI; ALEXANDRE, 2004).

Investigação realizada em 4 instituições da região Nordeste do Estado de São Paulo atribuiu este fato ao maior contingente de profissionais neste período, em razão das rotinas relacionadas às atividades de higiene e conforto, ao maior número de exames e cirurgias, entre outras causas. O estado de cansaço dos trabalhadores de enfermagem pode ter sido a causa dos eventos, uma vez que eles chegam ao trabalho já fatigados pela dupla ou tripla jornada de trabalho, são submetidos ao excesso de atividades além dos problemas advindos das inadequadas formas de organização do trabalho (MARZIALE, 2003a).

Outro estudo realizado em Hospital do Estado de São Paulo estimou um maior CR de ATs com o pessoal de enfermagem do turno da tarde (CR = 13,1) quando comparado ao turno da manhã (CR = 6,8) e ao da noite (CR = 5,2). A hipótese é de que isto se deva ao fato dos trabalhadores chegarem ao trabalho já cansados das tarefas domésticas realizadas no período da manhã e ao fato de haver nesse período um contingente menor de trabalhadores, além do ritmo acelerado das atividades, entre outros (BENATTI, 1997).

Pesquisa realizada em Londrina (PR), no próprio HU, apontou maior frequência de ATMBs no turno da tarde, igual a 41% (86), atribuindo-os, possivelmente, à inexperiência dos recém-contratados que, habitualmente, são lotados nesse turno de trabalho (SECCO, 2002).

Em contrapartida, estudo realizado em Hospitais do Estado de São Paulo apontou maior frequência de ATs no período noturno. As autoras asseveraram que o trabalho em turnos, e no noturno especificamente, é responsável por muitos danos físicos e mentais aos trabalhadores de enfermagem, podendo contribuir para a

ocorrência de acidentes (MARZIALE; ROBAZZI, 2004).

Em síntese, observou-se que as realidades de trabalho diferem muito umas das outras, dependendo da maneira como é realizado nas instituições e como estão constituídas as equipes de trabalho, fazendo-se necessário o conhecimento das cargas específicas de trabalho para a identificação dos riscos e, conseqüentemente, para desenvolver estratégias preventivas adequadas no processo de trabalho.

Na análise da ocorrência de ATTs quanto à Divisão de Enfermagem e Setores em que ocorreram os ATTs notificados, constatou-se que as Divisões de PS, CC e UTI Adulto foram as que apresentaram maiores CRMAs.

Trata-se, portanto, de Setores cujo ritmo de trabalho é muito intenso, com concentração de pacientes que requerem constantes cuidados de enfermagem e com a agilização de procedimentos de maior complexidade técnica em que se faz necessário o manuseio de número variado de materiais e equipamentos. O processo de trabalho exige do trabalhador maior preparo técnico-científico e maior precisão nos procedimentos, agilidade, rapidez e, sobretudo, maior controle emocional; ele deve saber manejar aparelhos com tecnologias novas e variadas, ter destreza manual e raciocínio rápido e manter o Setor organizado para o atendimento de situações de risco para o paciente. Há, também, a exigência de que o trabalhador se relacionem bem com toda a equipe de saúde e com familiares dos pacientes, requisitos que contribuem para diminuir a carga emocional do grupo de trabalho.

O PS, pelo tamanho e complexidade dos processos de trabalho que nele se desenvolvem, constitui uma importante Divisão no contexto do HU. Com o CRMA de 16,0, apresentou o maior indicador de risco de acidentes típicos, que esteve com 5,8 em 2002 e com 32,2 em 2000. Do total de 84 ATTs, 68,8% (55) deu-se por exposição aos materiais biológicos, especialmente na presença de perfurocortantes, durante a atividade de administração de medicamentos e retirada de venóclise. Em 13,8% (11) dos eventos houve impacto contra o corpo do trabalhador, possivelmente em razão das dificuldades apresentadas pela sua área física, pelo imprevisto de acomodação de pacientes e acompanhantes, pela necessidade de inserção de macas e cadeiras extras, que terminam por apresentar o total de 160% de taxa de ocupação, constantemente veiculada nos meios de comunicação (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2004c).

É fato que, a despeito de todas as dificuldades vivenciadas pelos

usuários, trabalhadores, docentes e alunos atuantes no PS do HU, o Setor é Referência de atendimento de urgência e emergência em todas as especialidades médicas, inclusive de politraumatizados resgatados pelos serviços de atendimento móvel realizado pelo Corpo de Bombeiros (Sistema de Informação de Acidentes de Trânsito — SIAT), pelos diversos serviços de atendimento de vítimas das rodovias próximas a Londrina, e, desde 2003, também pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência — SAMU — (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2004d).

Ainda, o HU é referência para gestação de alto risco e participa do Sistema Nacional de Transplantes do Ministério da Saúde, vinculada diretamente à Central Regional de Transplantes Norte/Londrina, situação que demanda uma série de responsabilidades no atendimento deste mesmo PS.

Por todos estes motivos, o Setor apresenta, diuturnamente, dificuldades de acomodação e atendimento dos usuários dos serviços bem como os problemas advindos da necessidade de participação nos processos de ensino dos alunos de diferentes cursos da área da saúde.

Nele concentra-se um grande arsenal de problemas que afetam a Instituição, ou seja:

- o paciente grave que precisa de UTI, fica no PS aguardando vaga ou transferência para outro Hospital, o que rotineiramente não acontece;
- o paciente que precisa ser internado para procedimento cirúrgico eletivo e, por não haver vaga nos Setores de internação, permanece no PS aguardando até que o leito hospitalar surja;
- o presidiário que precisa de atendimento é trazido para o PS, por ser o HU o Hospital de Referência para ele;
- a gestante de risco é encaminhada ao PS para avaliação;
- a criança grave, atendida nas Unidades Básicas de Saúde ou Pronto Atendimento Infantil, ou mesmo nos Hospitais Secundários ou de Pequeno Porte da região, vem para o PS para avaliação;
- os pacientes que vêm para o atendimento ambulatorial no HU ou AHC e que passam por intercorrência ou necessitam de alguma investigação mais apurada, ficam concentrados no PS até que seja possível dar-lhes o devido encaminhamento;
- o paciente que encontra-se no HU por diferentes motivos e que perde o transporte para a sua cidade, ou não tem como retornar, por problemas socioeconômicos, permanece no PS até que o Serviço Social da Instituição tenha possibilidade de dar-lhe outro encaminhamento.

Por todas estas e outras razões, concentram-se no referido Setor não apenas os problemas de ordem prática do atendimento aos pacientes graves, com risco de morte, como seria de esperar. No PS há a confluência de um arsenal de situações que fazem com que a equipe que ali atua permaneça em situação de alerta, lidando com o inesperado, com uma gama de situações fora de qualquer rotina.

Portanto, esta constante agitação e enfrentamento vivenciado pelos trabalhadores de enfermagem, participando de realidades totalmente conflitantes e adversas do Sistema de Saúde local e do atendimento do SUS, que vão desde o agravo à saúde da criança ao da saúde do idoso, passando pelo adolescente, pelo adulto, pela gestante em estado crítico e pelo presidiário, possivelmente fazem com que haja uma maior possibilidade de ocorrência de ATTs.

A característica das unidades de urgência e emergência como ambientes de grande risco de ATs, inclusive para aqueles que envolvem exposição a materiais biológicos infectantes, também foi apresentada por muitos autores brasileiros (MONTEIRO; CARNIO; ALEXANDRE, 1987; BRANDI; BENATTI; ALEXANDRE, 1998; SARQUIS, 1999).

A Divisão de CC, por sua vez, ocupa-se dos processos de trabalho do CC e do CM, embora as características do trabalho sejam bastante distintas.

O CC passou por diversas transformações ao longo dos anos do referido estudo, uma vez que o Hospital atravessou um período de dificuldades para a produção de seus serviços em razão da falta de contratação de profissionais nas áreas técnicas, não só de enfermagem. O referido Setor apresentou valores do CR entre de 4,9 em 2001 e 42,5 em 1998, o que resultou no CRMA de 19,2, o maior de toda a DE na análise por Setor.

Em 45,7% (21) dos casos o acidente ocorreu por contato com materiais biológicos, conforme o esperado, pois, trata-se de Setor que lidam com procedimentos invasivos, com grande exposição de toda a equipe.

Observou-se que em 26,1% (12) dos casos de ATTs no referido Setor houve situações que provocaram no trabalhador problemas de ordem osteomuscular e se deram, principalmente, em decorrência de quedas, de esforço excessivo no manuseio de equipamentos pesados ou em razão da necessidade de movimentação de pacientes obesos. Sendo assim, verifica-se a importância de organizar melhor o

ambiente e a unidade, buscando condições mais ergonômicas para o profissional de enfermagem e todos os envolvidos na dinâmica deste Setor.

Entre as atividades de maior risco do CC esteve a de instrumentação cirúrgica, com 21,7% das ocorrências (10). Também o manuseio de material contaminado, principalmente durante e após os procedimentos cirúrgicos, na ordenação e limpeza da sala cirúrgica, na remoção dos campos, no preparo do material para envio ao CM e na organização do carrinho de anestesia foram responsáveis por 41,3% (19) dos eventos. Trata-se de acidentes que envolveram agulhas e lâminas de bisturi ou instrumentais cirúrgicos perfurantes ou cortantes contaminados, casos em que a luva cirúrgica não consegue proteger o funcionário do acidente, embora minimize o risco pela diminuição do volume de contato.

Quanto ao CM é importante destacar que os 48% (12) dos acidentes deram-se por contato com material já desinfetado, o que diminui o risco dos ATMBs e parece revelar que medidas preventivas têm sido tomadas por parte da equipe e dos administradores do serviço.

A UTI Adulto, de nível III, ou seja, de maior nível de complexidade na classificação do Ministério da Saúde conta com o total de 17 leitos e possui taxa aproximada de 100% de ocupação; é referência regional integralmente vinculada ao SUS e está preparada para o atendimento de pacientes de todas as especialidades médicas e cirúrgicas de alta complexidade e outros. O CRMA de 9,7 apresentado parece expressar a intensidade do trabalho realizado, sendo que 86,5% (32) dos acidentes envolveram a exposição dos trabalhadores a materiais biológicos.

O Setor de MI apresentou CRMA de 15,4, ficando em quarto lugar em relação aos demais Setores. Este valor era esperado e confirma a relevância do risco, uma vez que a equipe atende os pacientes internados e o movimento do Hospital-Dia AIDS, prestando assistência aos pacientes portadores do vírus HIV.

Observe-se que, entre os anos de 1997 e 2000 houve a notificação de 6 casos de ATs que envolveram a exposição dos trabalhadores a perfurocortantes contaminados com sangue de paciente reconhecidamente soropositivo para HIV e nenhum registro em 2001 e 2002. Este fato pode estar demonstrando melhora no desenvolvimento dos processos de trabalho, provimento e uso de materiais de proteção individual, esforço coletivo de toda a comunidade na preservação da ordem e descarte

correto dos referidos materiais, ou, subnotificação, o que torna a situação bastante alarmante.

Relativamente a esse assunto, um estudo sobre a adesão dos trabalhadores de enfermagem ao tratamento com anti-retrovirais após exposição ocupacional a materiais biológicos foi realizado em Unidade de Doenças Infecciosas de HU do Estado de São Paulo, tendo constatado que 45,0% (20) dos trabalhadores já tinham se acidentado previamente com material biológico. Também, que 68,57% (26) dos casos não foram notificados oficialmente por meio da CAT (SAILER, 2004).

A Divisão Materno-Infantil apresentou CRMA igual a 8,1. Contudo, a Maternidade e a UTI Pediátrica apresentaram valores bem próximos aos da MI e da Tisiologia e maior do que os da UTI Adulto, o que sugere a especial atenção dada a estes Setores.

Destaca-se que a Maternidade do HU é referência para atendimento de gestantes de alto risco, conforme já marcado anteriormente, o que faz com que os casos graves sejam atendidos neste Setor, num envolvimento da equipe nas situações de urgência e emergência para as pacientes em momento tão particular da vida que é o do parto. Das 18 ocorrências de ATTs, foi possível constatar que 22,2% (4) se deu por respingo de material biológico em mucosa ocular no momento do atendimento ao parto, sendo 3 por meio de respingo de sangue ao ser cortado o cordão umbilical e 1 caso por respingo de líquido amniótico; também, ocorreu 1 caso de perfuração de dedo da mão esquerda com agulha que fora previamente utilizada em paciente com soropositividade para o vírus HIV.

Estas situações precisam ser verificadas ao se realizar a análise dos acidentes, pois, número expressivo deles, certamente, teria sido evitado pela simples obediência às normas de biossegurança, com o uso de óculos de proteção, por exemplo. É preciso indagar quais os elementos do processo de trabalho que interferem na não utilização dessas normas de segurança.

O esperado, em relação aos Setores da Divisão de Atendimento e do AHC, seria o registro de CRMA com níveis inferiores, conforme ocorreu; o Ambulatório, a Radiologia e a Hemodiálise apresentaram os menores CRMAs de todo o estudo. Esses achados talvez sejam a confirmação de que os riscos de acidentes para os trabalhadores desses serviços são menores em decorrência do ritmo menos acelerado do processo de trabalho, bem como em razão de os usuários terem menor dependência

dos cuidados diretos de enfermagem.

Contudo, isto não se aplica para a Radiologia e Hemodiálise, uma vez que nas referidas unidades de trabalho são executados procedimentos invasivos, de alta complexidade, que acarretam riscos para os pacientes e trabalhadores. Faz-se necessário, também, averiguar a referida situação de maneira mais detida, levando-se em conta a possibilidade de subnotificação de casos.

Outro Setor da Divisão de Atendimento que teve destaque pelos indicadores de risco de ATTs foi a Endoscopia Digestiva, que mostrou, na avaliação por Setor, o terceiro maior risco de ATTs no HU (CRMA = 15,4, ficando os valores entre 0,0 em 1997, 1998, 2000 e 2001 e 50,0 em 2002). A equipe que lá atua é pequena e os procedimentos envolvem a manipulação de materiais e equipamentos contaminados com materiais biológicos, inclusive sangue, favorecendo a ocorrência de acidentes. Os 2 ATTs notificados referiram-se ao manuseio de agulhas hipodérmicas contaminadas, durante a administração de medicamentos. Considerando-se que o número de funcionários daquele Setor esteve sempre limitado a 2 a 3, não é de se estranhar que o CR tenha se mostrado alto.

A presente investigação encontrou a maioria dos resultados semelhantes a um estudo realizado em HU do Estado de São Paulo, que revelou que os Setores de Diálise, UTI Médico, Pronto Atendimento e UTI Cirúrgico foram os que apresentaram maiores CR de ATs (respectivamente CR = 50,00, 41,86 e 39,03 e 32,00). A autora evidenciou que o ritmo intenso do trabalho nessas unidades, e, em contrapartida, que os Setores de Ambulatório, Berçário e Clínica Médica, apresentaram menores CRs, sendo considerados Setores mais leves (SILVA, V., 1996).

O Quadro 6.7 mostra os CRs de ATs para a equipe de enfermagem dos dois Setores que apresentaram os maiores indicadores mostrados em outros estudos.

AUTOR(RES)	ANO	ESTUDO / POPULAÇÃO / CAMPO	CR		
			TEMPO DE REFERÊNCIA DO INDICADOR	PRIMEIRO SETOR COM MAIOR CR	SEGUNDO SETOR COM MAIOR CR
Silva, V.	1996	ATs com trabalhadores de enfermagem de HU	Anual	Diálise (50,0)	UTI Médica (41,86)
Benatti	1997	ATs com trabalhadores de enfermagem de HU	Semestral	Médico-cirúrgica I (23,0)	CC (19,0)
Jansen	1997	ATs com trabalhadores de enfermagem de Hospital Geral	3 anos	Ambulatório (175,0)	Unidade de Queimados (108,0)
Sarquis	1999	ATs e ATs com perfurocortantes com trabalhadores de enfermagem de HU	Anual	UTI Geral (42,85)	Neurologia (32,25)
Secco *	2006	ATs com trabalhadores de enfermagem de HU	Anual	CC (19,2)	PS (16,0)

* Dados do presente estudo.

QUADRO 6.7 – Distribuição dos dois Setores de Trabalho com maiores CRs apresentados em estudos sobre ATs com trabalhadores de enfermagem.

Outras pesquisas têm igualmente apresentado o problema dos ATs nas unidades de emergência, CC, UTIs, cada qual com suas particularidades metodológicas. É necessário considerar que as características dessas instituições, quanto à natureza, quanto ao porte, quanto à sua resolutividade, e outros, interferem diretamente na forma como o trabalho de enfermagem é dividido e organizado, nas condições de trabalho apresentadas, no quantitativo de horas de enfermagem disponíveis a cada paciente, na tecnologia empregada, no provimento de equipamentos de proteção individual, entre outros.

A presente investigação sinaliza a necessidade de realização de estudos mais aprofundados com o objetivo de caracterizar os processos de trabalho e os comportamentos dos trabalhadores diante dos riscos que a atividade acarreta.

O prosseguimento da pesquisa na vertente apresentada pela Epidemiologia Social é essencial para a melhor compreensão do impacto do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores, uma vez que está centrada na abordagem das cargas de trabalho presentes no processo de trabalho, sem prescindir da importância dos indicadores quantitativos. A sua continuidade, apresentada na segunda fase do trabalho, tem sua base nesse referencial teórico.

6.2 DISCUSSÃO – FASE 2: ESTUDO DOS DEPOIMENTOS

A análise dos resultados apresentados nos depoimentos das pessoas-fonte participantes da presente etapa da pesquisa deu-se por meio da hermenêutica dialética abordada por Minayo(1999; 2002), a qual trata de um método investigativo da pesquisa qualitativa.

Esse método tem como pressuposto que as palavras dizem muito mais do que quer dizer quem as profere ou escreve e que a tarefa da compreensão é um exercício realizado paulatinamente, não sendo possível realizá-la completamente, de uma vez por todas. Também, que o investigador deve buscar compreender o autor melhor do que ele mesmo o faria, na busca de desvendar o que ele tinha em mente e não conseguiu transmitir ou ficou em seu inconsciente (MINAYO, 2002).

A análise hermenêutica alicerça-se sobre conceitos básicos que formam o seu campo de interpretação:

- o “senso comum”, que se liga ao conhecimento geral das pessoas e compartilhado na comunidade;
- a vivência, que exige objetivação da experiência, tendo como fonte a própria vida;
- o símbolo, que diz respeito àquilo que vale pelo seu conteúdo e por aquilo que representa, tanto visível como invisivelmente, numa intimidade com a imagem e o seu significado (GADAMER, 1999 *apud* MINAYO, 2002).

Na investigação do processo de trabalho em enfermagem ou de qualquer outra área, faz-se absolutamente necessária a participação dos próprios trabalhadores inseridos nessas atividades:

Um elemento inovador importante de alguns estudos é o uso da experiência da “subjetividade” operária. Sem dúvida, é difícil distinguir o significado real deste elemento, porque às vezes parece uma simples técnica de pesquisa e, às vezes, um postulado teórico fundamental. Ou seja, [...] somente os trabalhadores podem elaborar uma representação verdadeira de suas condições de saúde e trabalho e, portanto, devem ser dirigentes e sujeitos do processo de pesquisa [...] (LAURELL, 1985, p. 260).

Nesta investigação levou-se em consideração que a compreensão da relação entre saúde e trabalho na construção teórico-metodológica da Saúde dos Trabalhadores, pautada no materialismo histórico e dialético, vai além do estudo da

problemática básica relacionada aos fatores de risco presentes na atividade laboral e requer a adoção de uma nova proposta, baseada na historicidade do grupo social e em outras determinantes que participam do contexto em que o trabalho é desenvolvido. O campo da Saúde do Trabalhador ocupa-se em:

[...] estudar como o trabalho deteriora as condições de saúde sob determinadas condições históricas e como é possível reverter esta deterioração, [...] a influência do trabalho no desgaste dos grupos de trabalhadores e quais as mudanças necessárias no processo de trabalho para impedir este desgaste, e, sobretudo, compreender a relação entre trabalho e saúde em sua complexidade e integralidade (LAURELL, 1993, p. 13-4).

Para analisar o processo de trabalho de um grupo social é necessário conhecer os seus elementos básicos, conforme já discorrido previamente, os quais são: **O OBJETO, OS MEIOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS** e o **TRABALHO** propriamente dito, produto das formas específicas de como ele é organizado e dividido (MARX, 1983).

No desenvolvimento do estudo ora apresentado, considerou-se a prerrogativa da necessidade de que, para buscar o conhecimento do processo de trabalho e do processo saúde-doença dos trabalhadores de enfermagem do HU, é imperativo reconhecer a historicidade desses mesmos processos que provocam desgastes, em razão das especificidades do seu “modo de andar a vida”, definidos de acordo com sua inserção na atividade laborativa (LAURELL, 1993, p. 18).

A enfermagem é definida como um processo de trabalho complexo, que abrange três áreas interligadas e indissociáveis: a do **CUIDAR EM ENFERMAGEM**, a do **ENSINAR EM ENFERMAGEM**, e a do **ADMINISTRAR EM ENFERMAGEM** (ALMEIDA; ROCHA, 1997b; LEOPARDI; GELBCKE; RAMOS, 2001).

O processo de trabalho do cuidado é o identificador da profissão e está relacionado à assistência à saúde dos indivíduos. O processo de trabalho pertinente à atividade educativa orienta-se ao trabalho direcionado para a formação dos trabalhadores em busca da sua autonomia, da sua consciência e preparo para a tomada de decisões, individualmente e/ou em grupo. O processo de trabalho administrativo apresenta-se como atividade privativa do enfermeiro, com a finalidade de organizar o ambiente, os materiais e equipamentos, os recursos humanos, desenvolvendo condições para a realização do cuidado e/ou da educação (LEOPARDI, GELBCKE, RAMOS, 2001).

Na vertente do *cuidar*, a enfermagem pode ser assim conceituada:

[...] é uma das profissões da área da saúde cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde, atuando em equipes. A enfermagem se responsabiliza, através do cuidado, pelo conforto, acolhimento e bem estar dos pacientes, seja prestando o cuidado, seja coordenando outros setores para a prestação da assistência e promovendo a autonomia dos pacientes através da educação em saúde [...] (ROCHA; ALMEIDA, 2000, p.96-7).

Sobre o **OBJETO DO TRABALHO** da profissão, na perspectiva do *assistir em enfermagem*, o corpo individual do paciente é considerado o seu objeto de trabalho, visto que a saída do paciente do ambiente hospitalar significa que o referido objeto foi transformado, isto é, chegou ao produto final na busca de sua recuperação (SILVA, V., 1996).

A clientela atendida no Hospital estudado, com vistas a essa transformação, é composta exclusivamente por usuários do SUS, em todas as fases da vida, necessitados de quaisquer das especialidades médicas.

O processo de trabalho assistencial da enfermagem caracteriza-se pela produção de serviços de saúde ao paciente com demandas do processo saúde-doença, no enfoque do modelo clínico individual, por meio da utilização de instrumentos específicos para essa prática e do desenvolvimento de um trabalho organizado para manter e/ou recuperar a saúde dos indivíduos.

Por conseguinte, a prática específica do *assistir em enfermagem* propicia a exposição às cargas de trabalho específicas da área e a ocorrência de desgastes determinados nos trabalhadores, sendo que os ATTs apresentam-se como agravo de especial relevância para a sua saúde.

Destaca-se que a proximidade física do trabalhador de enfermagem expõe-no, manifestamente, às cargas, principalmente às biológicas, mecânicas e psíquicas, conforme confirmação das participantes da pesquisa.

A base técnica da profissão está intimamente relacionada aos instrumentos, meios e objetos utilizados nas tarefas do *assistir em enfermagem*, reconhecidamente utilizados no HU, tais como:

- o **saber da enfermagem**, que são os conhecimentos específicos desenvolvidos na área;
- os **instrumentos básicos** que a profissão utiliza;

- a **sistematização da assistência de enfermagem (SAE)**, que se apresenta, também, como instrumento de controle para a organização e divisão do trabalho, entre outros (SILVA, V., 1996);
- os **objetos utilizados**, que são constituídos por materiais simples, como algodão hidrófilo, até equipamentos sofisticados. de alta tecnologia, tais como os respiradores artificiais;
- o **ambiente** onde o trabalho é realizado.

O **SABER TÉCNICO E CIENTÍFICO** é imprescindível para a realização do trabalho na área, tratando-se de instrumento de trabalho diferencial no exercício profissional. Nele está compreendido o manejo do objeto do trabalho, que no caso é o paciente na dimensão física, psíquica e social, o emprego dos instrumentos de trabalho necessários, e a energia empreendida para a realização do trabalho propriamente dito (GONÇALVES, 1979).

O saber faz a aproximação do trabalhador com seu objeto de trabalho e está relacionado à dimensão intelectual do trabalho, estruturado pelas teorias e pelo saber acumulado que o direcionam (ROCHA, 2003, p. 94)

Verificou-se, na DE, um expressivo empenho no desenvolvimento do conhecimento no campo da enfermagem, por meio de capacitação técnica e científica do seu quadro funcional. A existência da Seção de Orientação e Treinamento e Seção de Pesquisa do HU têm respaldado as iniciativas nessa direção, com resultados positivos (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2004b).

Os **INSTRUMENTOS BÁSICOS** constituem-se em instrumental necessário para o desempenho profissional também na Instituição ora estudada, como não poderia deixar de ser, uma vez que capacita o trabalhador para a assistência, no desenvolvimento de um trabalho de forma organizada e sistematizada. São eles: o planejamento, a avaliação, a destreza manual, o método científico, a observação, a criatividade, a comunicação e o trabalho em equipe (HORTA, 1970).

A SAE é um dos instrumentos usados para manter o serviço organizado e tem como objetivo dar clareza ao projeto de intervenção traçado para cada um dos pacientes sob os cuidados da equipe. Ela começou a ser utilizada no Hospital em 1983, quando ocorreu a implantação da prescrição da assistência de enfermagem para os pacientes graves. Em 1992 essa iniciativa foi estendida a todos os

pacientes, tornando-se elemento de registro das ações na área, independentemente da prescrição médica, tendo evoluído, inclusive, com os processos de informatização em todos os Setores (HADDAD, 2004; UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2004b).

Contudo, a SAE por meio da prescrição de enfermagem, apresenta-se como um instrumento de controle utilizado pelo enfermeiro para ter o domínio das atividades de enfermagem, além de ser uma efetiva contribuição para a definição de tarefas, tornando explícita a liderança e o poder do enfermeiro sobre o processo de trabalho (SILVA, V. (1996).

A SAE impõe uma economia de tempo para a realização das atividades, essencial para a produtividade e formaliza o seu fracionamento, vindo a ser, portanto, um elemento causador de processos de desgaste laboral. “[...] Tanto a intervenção sistematizada pela SAE como a supervisão, evidencia que o trabalho de enfermagem favorece a centralização do processo decisório do enfermeiro” (SILVA, V.,1996, p. 100).

É fato que a prescrição é a parcela da Sistematização mais desenvolvida no HU. Por meio dela faz-se o registro das atividades desenvolvidas relacionadas à assistência, efetivando-se a relação entre o trabalho pensado, planejado, a cargo do enfermeiro que prescreve e o trabalho executado, realizado, a cargo do pessoal de nível médio, na maior parte das vezes.

Digno de nota é que a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem nº 7.498/86 (BRASIL, 1987) formalizou o poder desse profissional sobre o processo de trabalho, quando estabeleceu que a prescrição de enfermagem é atividade privativa do enfermeiro; a referida legislação definiu a diferença de classe e de atribuições entre as categorias profissionais da área.

Outra ferramenta do trabalho de enfermagem no HU diz respeito à avaliação da qualidade da assistência de enfermagem prestada, que se realiza por meio de indicadores específicos por Setor e Divisão de Enfermagem, mensurados e avaliados sistematicamente. Na seqüência dessa atividade são realizadas oficinas de trabalho periódicas sobre o assunto, com os respectivos grupos, contando, como não poderia deixar de ser, com a participação de toda a equipe de enfermagem na análise e recondução dos processos, objetivando a melhora da qualidade dos serviços (HADDAD, 2004).

No que se refere aos ambientes de trabalho, verificou-se que estes são apresentados como inadequados na totalidade dos depoimentos coletados. Foi possível verificar uma especial reivindicação por parte das chefias junto ao seu grupo, solicitando melhores condições de trabalho e do ambiente laboral, melhores condições de segurança, visando minimizar as cargas de trabalho que há nesses espaços.

Em relação aos objetos utilizados pela enfermagem do HU, os materiais e equipamentos de uso contínuo têm, em sua maioria, as características do trabalho manual, da utilização simples, como as luvas de banho, jarros e bacias, materiais de curativo, cadeiras de rodas, macas, suportes de soro, seringas e agulhas, entre outros, de pouco aparato tecnológico.

Foi possível verificar deficiências que precisam ser minimizadas, especialmente as relacionadas à manutenção preventiva dos equipamentos necessários à assistência em Setores especializados como CC e UTIs, uma vez que o uso de aparelhos com novas tecnologias têm sido crescente nas atividades da área, e essas inadequações têm motivado muitos dos ATTs.

Sobre a **DIVISÃO E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DE ENFERMAGEM** na Instituição, é fato que ele está organizado segundo o modelo clínico individual, curativo, cuja intervenção é realizada diretamente no corpo do paciente (GONÇALVES, 1979). Conforme já discutido previamente, apresenta-se fracionado e requer otimização do tempo e da capacidade produtiva do pessoal.

Estudo abordando esse assunto evidenciou que, embora não se possa desconsiderar as cargas de trabalho geradas pelo convívio com a dor e o sofrimento do paciente, bem como pelas tarefas realizadas diuturnamente, as cargas vivenciadas pelo trabalhador de enfermagem, devido à forma como o trabalho está organizado, são preponderantes nos processos de desgaste gerados (ROCHA, 2003).

Na pesquisa ora apresentada, foi possível verificar que essa atividade, no HU, tem as nuances de todos os marcos teóricos da administração:

- a formalidade de Taylor e Ford, com o respeito à hierarquia, ao trabalho especializado, racionalizado, rígido no controle, na definição do ritmo e na padronização das atividades;
- a ênfase na formalização das estruturas influenciada por Fayol, estabelecida na previsão, organização, coordenação das atividades, no controle e divisão do trabalho de maneira verticalizada, confirmando as diferenças hierárquicas e a autoridade da chefia;

- a valorização da especialização técnica, das normas e regras claramente definidas, da racionalidade das tarefas em busca da eficiência, apresentada na burocracia de Weber (SILVA, V., 1996).

Sobre a organização do referido trabalho é preciso considerar as origens da profissão, caracterizada por um processo de trabalho alicerçado na institucionalização do serviço, com base nos princípios de Nightingale, que trazem o estigma da formação religiosa e militar, da idealização de profissão como vocação nobre e altruísta. Conseqüentemente, enquanto de um lado há rigidez, burocracia, normatização, regulamentação da profissão para prestar um cuidado marcado pela organização rígida, por outro há valorização da abnegação, da bondade, do humanismo nas tarefas do assistir em saúde, do assistir em enfermagem (MARCON; POLAK; MEIER, 2005).

A enfermagem, já se disse, foi um dos trabalhos auxiliares incorporados à produção dos serviços médicos; surgiu em decorrência da ampliação do campo da aplicação da medicina. Por essa razão, nesse processo contínuo de divisão social e técnica das funções do trabalho na área da saúde, coube aos trabalhadores dessa área o trabalho manual (GONÇALVES, 1979).

A equipe do HU, por sua vez, reviveu na sua organização a realidade do parcelamento do trabalho intelectual e do manual, quando foi atribuído ao enfermeiro o serviço da supervisão das atividades de enfermagem, da administração da assistência realizada pelos trabalhadores de nível médio, do trabalho da assistência direta e individualizada por eles realizado, conforme definido por Gonçalves (1979).

Foi possível detectar que o processo de trabalho de enfermagem da Instituição tem essas mesmas características, sendo a sua força de trabalho constituída por enfermeiros, técnicos, atendentes e auxiliares de enfermagem, e sendo estes últimos o maior contingente de pessoal.

Os diferenciais de qualificação profissional determinam a distribuição das tarefas a serem realizadas de acordo com o preparo técnico e científico apresentado pelos trabalhadores. O *trabalho manual* está, majoritariamente, a cargo do pessoal de nível médio, com exceção dos Setores de alta complexidade como as UTIs e o PS, cuja característica avança para uma nova forma de organização, na qual o enfermeiro tem participação direta na assistência ao paciente criticamente enfermo.

É fato que a supervisão exercida pelo enfermeiro, ao mesmo tempo que se apresenta como instrumento de trabalho e como elemento de controle das atividades desenvolvidas, incomoda o grupo dos comandados e termina por estabelecer relações conflituosas (SILVA, V., 1996; ROCHA, 2003).

Sobre a divisão social e técnica da atividade de enfermagem e o destaque que tem o enfermeiro no processo laboral, em pesquisa realizada em HU do Estado de São Paulo a autora defendeu que, no fracionamento do trabalho específico da enfermagem, o enfermeiro é privilegiado dada a sua maior qualificação profissional, pois isto lhe permite ter o conhecimento global do processo que envolve a assistência ao paciente, bem como os processos administrativos que margeiam essa assistência. Em contrapartida, os técnicos e auxiliares de enfermagem, que ficam encarregados das partes do trabalho, permanecem alheios ao processo como um todo.

A autora salientou que o fato deles ficarem mais próximos do paciente, elemento central da assistência de enfermagem, faz com que desenvolvam habilidades específicas do cuidado direto, das quais o enfermeiro não consegue apropriar-se por estar absorvido nas tarefas de gerenciamento e supervisão (SILVA, V., 1996). Os aspectos diferenciais de classes dentro de um mesmo grupo social trazem conseqüências para a relação entre as pessoas e para o processo da assistência de enfermagem como um todo.

A prática profissional do enfermeiro converge para a atuação, em conseqüência de condicionantes socioculturais, econômicos, históricos e políticos, que determinam o seu poder de decisão no seu espaço gerencial. Espera-se que ele controle o processo de trabalho, fiscalize e justifique insuficiências e erros das instituições de saúde e que reproduza os interesses do modo de produção de serviços, embora se observe a existência de iniciativas em direção a uma prática gerencial que contemple a gestão participativa do trabalho de enfermagem, em todas as suas fases de realização (AZEVEDO, 2000).

Percebeu-se que é exigido do enfermeiro que atua como gerente das atividades assistenciais, uma liderança eficiente em relação ao grupo de trabalho, uma atuação democrática, ética, competente, e, sobretudo, que tenha o compromisso de prestar assistência de enfermagem segura aos pacientes.

A gerência é a arte de pensar, de decidir e de agir, é a arte de fazer acontecer, de obter resultados. Resultados que podem ser definidos, previstos, analisados e avaliados, mas que têm de ser alcançados através

das pessoas e numa interação humana constante (MOTTA, 1996, p. 57).

O gerente eficiente, nos dias de hoje, é aquele que está apto para a construção de serviços que efetivem a humanização do mundo do trabalho, por meio da implementação da gerência democrática que contemple programas de promoção pessoal e profissional dos trabalhadores, de tal maneira que o resultado do trabalho seja expressão da coletividade, do grupo (AZEVEDO, 2000).

Todos esses atributos esperados do administrador dos dias atuais e, portanto, também das chefias de enfermagem, pessoas-fonte da presente fase da pesquisa, pareceram pesar, sobremaneira, nos ombros dessas profissionais, em sua maioria mulheres trabalhadoras, em razão das exigências de maior qualificação profissional, de um mercado de trabalho altamente competitivo, de uma conjuntura histórica e política de Hospital Público e da necessidade de conciliar conjunturas familiares diversas.

Certamente, além das exigências relacionadas ao próprio desempenho, que se fazem a cada enfermeira, sempre foram notórias as expectativas da comunidade interna do Hospital quanto ao desenvolvimento do trabalho dessas enfermeiras, que vão além das atribuições específicas dos referidos cargos (Anexo D), por se tratar de produto do contexto sociopolítico em que são desenvolvidas as atividades.

Por todas essas razões, é preciso considerar que as informantes, no momento das entrevistas, tinham uma gama de responsabilidades determinantes na sua atuação profissional, com conseqüentemente repercussões para a sua vida pessoal e social, por não ser possível dissociar o trabalho da vida particular.

Constatou-se que as chefias tinham conhecimento da lógica implementada no serviço visando a produtividade, com as atividades desenvolvidas no modelo clínico, em grande parte compartimentalizadas nas especialidades, empreendidas por tarefas, com diferentes níveis de responsabilidade e complexidade, com vistas ao melhor desempenho possível, a despeito de todas as dificuldades da estrutura organizacional de um HU.

As informantes mostraram ter consciência de que, potencializando-se as demandas da administração hospitalar no intuito de alcançar resultados favoráveis, quantitativos e qualitativos, há as exigências tanto do gestor do SUS e dos usuários dos

serviços, que requerem o direito a um atendimento de qualidade, quanto da academia que demanda atenção especial a fim de que haja condições satisfatórias para o ensino e pesquisa, entre outros.

Mostraram, também, ter ciência de que representavam o trabalho intelectual do processo, assumindo, aparentemente, essa posição de conhecedoras do processo de trabalho de enfermagem, da real situação da atividade laboral no seu espaço gerencial.

O reconhecimento de estarem nesse especial posicionamento fez com que a autocobrança do desempenho permeasse todo o desenrolar dos depoimentos, o que era esperado, pois que a própria função que elas exercem tem como pré-requisito o comprometimento profissional com o Hospital e com o grupo de trabalho.

De fato, a responsabilidade da Chefia de Divisão representa especial carga laboral para essas trabalhadoras, que têm o conhecimento da dinâmica do trabalho na área, entendem as dificuldades de fluxo do atendimento dos pacientes características de um Hospital Público e que devem participar ativamente na tarefa de compatibilizar as condições existentes com um atendimento de qualidade, capaz de proporcionar segurança aos pacientes e a toda a equipe que atua nos Setores.

Chamou a atenção no decorrer das entrevistas o fato de que muitas das informantes se emocionaram ao analisar a trajetória do processo de trabalho que é desenvolvido nas unidades que gerenciam. A “palavra carregada de ansiedade” (DEJOURS, 1992, p. 66) permeou muitas das colocações, o que levou a pensar na carga de trabalho psíquica que recai sobre essas trabalhadoras, elemento este não dimensionado no presente estudo.

Algumas falas foram, por vezes, desabafo, como se a enfermeira quisesse enfatizar que, embora conhecesse a realidade vivenciada pelo grupo, afligia-se com a magnitude das dificuldades. E que a ocorrência de desgastes dos trabalhadores, muitas vezes, deve-se à falta de governabilidade da gerência sobre determinadas áreas.

A preocupação com os danos à vida e saúde do pessoal da equipe, mais especificamente devido aos ATTs e às cargas de trabalho a que todos estão expostos, inclusive elas, cada qual com suas características particulares, pareceu perder-se entre outras inúmeras preocupações e problemas específicos do próprio Hospital, de natureza estrutural ou política e da vida dos trabalhadores, que as afetam

de alguma maneira.

Um dos agravantes apresentados foi a falta de pessoal para as necessidades do atendimento de enfermagem no Hospital, que representam cargas de trabalho físicas e psíquicas. Estudo prévio realizado na Instituição, em 2004, que utilizou um método empírico, mostrou o déficit de 126 trabalhadores de enfermagem no quadro funcional, sendo 111 de nível médio e 12 enfermeiros, correspondendo à necessidade de acréscimo de 19,4% do quantitativo existente no período, conforme apresentado na Tabela 6.2 (CHENSO et al., 2004).

TABELA 6.2 — Distribuição dos postos de trabalho existentes em comparação à quantidade de postos de trabalho necessários ao HU, e percentuais por função.

CARGO	POSTOS DE TRABALHO					
	EXISTENTES	%	NECESSÁRIOS	%	AMPLIAÇÃO	%
ENFERMEIROS	98	15	113	15	15	12
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	553	85	664	85	111	88
TOTAL	651	100	777	100	126	100

FONTE: Chenso et al., 2004, p. 89.

Os autores analisaram também a quantidade de horas de enfermagem disponíveis por paciente por dia, de acordo com os Setores de internação, inclusive a UTI Neonatal, que mostraram um déficit importante, considerando-se que o COFEN preconizou para a assistência mínima 3 horas de enfermagem por paciente por dia, para assistência intermediária 4,9 horas, para a assistência semi-intensiva 8,5 horas e para a assistência intensiva 15,4 horas (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1996; 2004).

Portanto, a quantidade de horas de enfermagem apresentadas no HU, por paciente por dia, estavam muito aquém das necessidades apresentadas no período do estudo, exceto para as UTIs Adulto e Pediátrica, o que representa cargas de trabalho de toda natureza para os trabalhadores (Quadro 6.8).

SETOR	POSTOS DE TRABALHO OCUPADOS			NÚMERO DE LEITOS	HORAS DE ENFERMAGEM DISPONÍVEIS POR PACIENTE/DIA (HURNP)		
	ENFERMEIROS	AUX. ENF.	TOTAL		ENFERMEIROS	AUX. ENF.	TOTAL HORAS
Maternidade	4	22	26	18	0,9	5,1	6,1
Moléstias Infecciosas	4	24	28	30	0,6	3,4	3,9
Pediatria	5	37	42	37	0,6	4,2	4,8
Pronto Socorro	10	81	91	62	0,7	5,5	6,2
Tisiologia	0	5	5	11	0,0	1,9	1,9
UCI Neonatal	2	16	18	14	0,6	4,8	5,4
U. Feminina	5	41	46	46	0,5	3,7	4,2
U. Masculina	8	65	73	74	0,5	3,7	4,1
UTI Adulto	10	60	70	17	2,5	14,8	17,3
UTI Neonatal	4	19	23	7	2,4	11,4	13,8
UTI Pediátrica	4	17	21	5	3,4	14,3	17,7
TOTAL	56	387	443	321			

FONTE: CHENSO et al., 2004, p. 90.

* Estes dados resultaram do estudo do total de horas de enfermagem disponíveis por paciente por dia, em cada uma das Unidades de Internação e Unidades de Terapia Intensiva do HU.

QUADRO 6.8 – Distribuição dos postos de trabalho de enfermagem, ocupados por função, e horas de enfermagem disponíveis em Unidades de Internação do HU.

Nesse contexto, os depoimentos demonstraram certa insatisfação em relação à maneira como o problema dos trabalhadores readequados ou readaptados vem sendo conduzido na Instituição, dado que uma solução a curto prazo não estava sendo vislumbrada pelas enfermeiras participantes do estudo.

Convém lembrar que, além dessas deficiências, havia 6,4% (42) de trabalhadores de enfermagem oficialmente readequados e/ou readaptados no quadro funcional em 2004. Esses mantiveram as suas respectivas vagas ocupadas, embora não dispusessem de condições para atuar de maneira plena, por já estarem desgastados física e/ou emocionalmente. Portanto, num quadro funcional com notória falta de pessoal, a situação dos trabalhadores readequados/readaptados torna o quadro ainda mais agravante.

Também é preciso considerar que a sobrecarga de trabalho sobre os

que permanecem atuantes, como nesse caso, termina por propiciar aumento do número de trabalhadores desgastados, caso não se tomem providências cabíveis, sob pena de ser criada uma situação insustentável, maior predisposição aos ATTs e às doenças profissionais.

Considera-se, portanto, que essa é uma das principais dificuldades do Hospital e que é preciso sensibilizar por parte dos administradores e governantes das esferas mais altas da Universidade e do Governo, para o entendimento das particularidades da equipe de enfermagem e das medidas necessárias para o enfrentamento das problemáticas a ela relacionadas.

Segundo uma das entrevistadas, a DE tem procurado reforçar com aumento do contingente da equipe, o quanto possível, os Setores onde estão concentrados os funcionários readequados/readaptados; entretanto, as possibilidades são poucas pela falta de profissionais, uma vez que nem mesmo a reposição dos trabalhadores nas vagas desocupadas por óbito ou demissão tem sido autorizada pela estrutura governamental.

A doença do trabalhador, as suas impossibilidades físicas e emocionais, representam um problema gerencial de difícil solução. As alternativas de transferência para atividades mais leves, já apresentadas em outro estudo, mostraram que se trata de estratégia de baixa resolutividade (ROCHA, 2003).

Verificou-se, na fala de algumas participantes, que elas se sentem pressionadas tanto pela equipe de enfermagem que permanece atuante, quanto pelos trabalhadores adoecidos, que esperam compreensão e apoio nesse momento difícil da sua vida.

O envelhecimento do pessoal de enfermagem do HU foi temática constante em todas as entrevistas realizadas e faz parte da preocupação das chefias, considerando-se que a média de idade do pessoal, na época, era de 45 anos (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2004a). De fato, há vários trabalhadores que parecem estar sofrendo desgaste em razão da atividade desenvolvida, do acúmulo de tarefas, sem contar que, para grande parte deles, o acúmulo é ainda maior em razão da dupla ou tripla jornada, ou do segundo emprego, acrescentando-se às vezes, as tarefas domésticas e o estudo.

Especificamente quanto à sobrecarga fisiológica que traz o trabalho para as mulheres da enfermagem, existe o diferencial do grupo social a que pertencem.

A organização do trabalho em regime de turnos favorece uma melhor conciliação entre o trabalho profissional e o doméstico, especificamente para as mulheres; contudo, há distinção entre as estratégias adotadas pelas enfermeiras e pelas auxiliares. As enfermeiras, usualmente, adiam os projetos de casamento e maternidade, centralizando esforços na carreira profissional e, quando casadas e com filhos, normalmente têm quem as auxilie no serviço doméstico. Em contrapartida, as auxiliares de enfermagem, quando casadas e com filhos, pela impossibilidade financeira de terem uma auxiliar no trabalho da casa, adaptam-se ao acúmulo de responsabilidades do lar, sobrecarregando-se (AQUINO et al., 1993; AQUINO, 1996).

Um dos desdobramentos das cargas de trabalho profissional é que alguns trabalhadores começam a apresentar absenteísmo, possivelmente em razão desse acúmulo de atividades, entre outros motivos.

A Tabela 8.2 apresenta os resultados dos anos de 1999 a 2002, referentes a essa temática, que estavam disponíveis para avaliação.

TABELA 6.3 — Distribuição do absenteísmo previsto e não previsto apresentado pelos trabalhadores de enfermagem do HU. Londrina, 1999 – 2002.

MODALIDADES		1999	2000	2001	2002	TOTAL	MÉDIA ANUAL
ABSENTEÍSMO PREVISTO	Férias (Absenteísmo Previsto em horas)	124.734	157.465	148.773	131.676	562.648	140.662
	Licença Especial (em horas)	3.120	28.856	32.785	31.356	96.117	24.029
	Funcionários à disp. de outros órgãos (em horas)	3.894	5.178	3.150	1.734	13.956	3.489
	SUBTOTAL ABSENTEÍSMO PREVISTO (em horas)	131.748	191.499	184.708	164.766	672.721	168.180
	Número de funcionários equivalentes à carga horária anual despendida com o absenteísmo previsto.	76	110	106	95	387	97
ABSENTEÍSMO NÃO PREVISTO	Laudo Médico pela Perícia (em horas)*	26.512	34.488	32.797	35.776	129.573	32.393
	Faltas (em horas)*	6.373	8.100	4.448	15.541	34.462	8.616
	Licença Gestação (em horas) *	16.364	11.575	7.319	7.696	42.954	10.739
	Atestado Médico (até 2 dias, em horas)	7.731	9.519	7.270	3.375	27.895	6.974
	Outras Licenças (em horas)	4.407	5.615	6.142	6.090	22.254	5.564
	SUBTOTAL ABSENTEÍSMO NÃO PREVISTO (em horas)	61.387	69.297	57.976	68.478	257.138	64.285
	Número de funcionários equivalentes à carga horária anual despendida com o absenteísmo não previsto..	35	40	33	39	148	37
TOTAL DE ABSENTEÍSMO (em horas)		193.135	260.796	242.684	233.244	929.859	232.465

* grifo nosso

FONTE: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2004b.

O **ABSENTEÍSMO PREVISTO** é aquele concedido ao trabalhador pelo direito às férias, licenças especiais a cada 5 anos para aqueles que atendem a certos requisitos de assiduidade, entre outros benefícios. Por sua vez, as ausências em razão

de licença médica, luto, faltas em dias e em horas de trabalho, representam o **ABSENTEÍSMO NÃO PREVISTO**, que pode ser o termômetro, na maioria dos casos, da real situação da perda da saúde do trabalhador, das intercorrências no seu processo saúde-doença, do desgaste laboral.

Verificou-se nesses anos uma quantidade crescente de horas de trabalho não realizadas em decorrência de laudos médicos avaliados pela Perícia do Estado – órgão oficial, que avalia os afastamentos com duração maior que 3 dias; essas horas passaram de 26.512 horas, em 1999, para 35.776, em 2002, totalizando um aumento de 34,9%.

Outro fator que parece auxiliar nessa análise é a diminuição paulatina do número de horas de ausência das trabalhadoras de enfermagem por licenças de gestação, de 16.364, em 1999, para 7.696, em 2002, ou seja, houve um declínio de 53% no período. Esse resultado, provavelmente, deve ser um indicador de que a referida população feminina, participante de um grupo em que elas são a maioria, está limitando o número de filhos ou já se encontra em idade na qual a maternidade deixou de fazer parte de seus planos pessoais e familiares.

As horas-extras necessárias para suprir o absenteísmo não previsto terminam por desgastar ainda mais os trabalhadores, devido às longas jornadas, principalmente pela necessidade de compensar os baixos salários e condições de trabalho desfavoráveis.

Os resultados mostraram que apenas para repor a carga horária referente ao absenteísmo não previsto do pessoal de enfermagem do HU seriam necessários em torno de 37 trabalhadores, ocupados exclusivamente para este fim, ou seja, cerca de 5,8% do quadro geral da DE.

Acredita-se que esse é um sintoma clássico do adoecimento desse grupo de trabalhadores. Daí a importância da análise das cargas biológicas, físicas, químicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas que acometem os trabalhadores e dos ATTs que os vitimizam.

Muitos são os autores que se têm dedicado a essa temática, destacando-se a produção científica de Silva, V. (1988; 1996), Gelbcke (1991), Silva, A. (1996), Silva; Kurcgant; Queiroz (1998), Felli; Kurcgant (2000); Felli (2002) e Rocha (2003), entre outros, cujos resultados do presente estudo corroboram os seus achados.

A expressão das cargas biológicas no trabalho de enfermagem hospitalar, assim como na pesquisa ora apresentada, foi destacada em todas as seguintes investigações e em muitas outras, concentrando-se algumas na pesquisa sobre a utilização dos perfurocortantes (BENATTI, 1997; JANSEN, 1997; BRANDI; BENATTI; ALEXANDRE, 1998; NAPOLEÃO, 1999; SARQUIS, 1999; SOUZA, 1999; NICOLETE, 2001; MARZIALE, 2003a; VALENZUELA et al., 2003; MARZIALE; ROBAZZI, 2004; RIBEIRO, 2004; SAILER, 2004).

No caso do HU, foi possível detectar que há a clareza da importância das referidas cargas, bem como a sensação de impotência das chefias quanto ao atendimento insuficiente prestado aos acidentados pelo PATMB, quando da ocorrência de ATMBs.

Relativamente às cargas físicas, os ruídos, aparentemente desconsiderados no cotidiano, são grande fonte de desconforto para o pessoal de enfermagem do HU. As cargas físicas são desconsideradas devido também ao desconhecimento dos trabalhadores sobre as mesmas (OLIVEIRA; MUROFUSE, 2001).

Estudo realizado no ambiente de CC de Hospital do interior do Estado do Rio de Janeiro mostrou que esses ultrapassam os limites previstos na legislação, que a equipe tenta minimizá-los, mas essa atitude interfere no bom desempenho das tarefas a serem realizadas, o que traz dificuldades (FERREIRA, 2003).

Investigação realizada em HU paulistano mostrou, igualmente, que os ruídos decorrentes dos bips, dos aparelhos de ar condicionado, dos sons próprios dos aparelhos utilizados na prestação da assistência de enfermagem hospitalar, a umidade proveniente do clima, dos pisos molhados e escoamento de água em tubulações elétricas, vapor de autoclaves, da iluminação artificial, muitas vezes deficiente ou excessiva, exposição a choques, radiações ionizantes, entre outros, constituem-se em importantes cargas de trabalho para o pessoal de enfermagem (SILVA; KURCGANT; QUEIROZ, 1998).

Outro estudo realizado em HU da Bahia deu a conhecer que as cargas físicas de trabalho são as mais importantes para os trabalhadores de enfermagem, além das biológicas e ergonômicas (SANTOS; ARAÚJO, 2003).

Sobre as cargas químicas, especialmente presentes no processo de trabalho do pessoal, estudo realizado em HU do Estado de São Paulo evidenciou que

os sabões, desinfetantes, benzina, éter, álcool, polivinilpirrolidona-iodo (PVPI), medicamentos, em geral, os gases anestésicos, quimioterápicos, entre muitos outros, desencadeiam problemas de saúde nos trabalhadores de enfermagem, atingindo o sistema respiratório, circulatório, digestivo, imunológico, reprodutor e urinário (COSTA, 2002). Outros pesquisadores também têm se dedicado ao assunto, que se mostra relevante, embora seja pouco considerado pelo pessoal, exigindo maior atenção, tanto nos espaços da educação formal quanto nos de educação permanente (XELEGATI; ROBAZZI, 2003; XELEGATI et al., 2006).

Sobre as cargas mecânicas há muitos estudos que se ocuparam dessa temática, pela sua importância para a saúde dos trabalhadores, bem como pelas faltas ao trabalho, decorrentes dos ATTs e das doenças que provocam (MONTEIRO; CARNIO; ALEXANDRE, 1987; MACHADO et al., 1992; BENATTI, 1997; PARADA; ALEXANDRE; BENATTI, 1997; BENATTI, 2001; NISHIDE; BENATTI; ALEXANDRE, 2004; MUROFUSE; MARZIALE, 2005; RAFFONE; HENNINGTON, 2005). Destaca-se que os problemas de coluna apresentados pelos trabalhadores do HU mostraram-se preocupantes, tanto nos resultados dos indicadores de risco quanto nos advindos dos depoimentos das participantes entrevistadas.

A relevância das cargas psíquicas para o pessoal de enfermagem do HU foi apresentada como das mais importantes nos relatos apresentados, pois permeia todas as demais cargas de trabalho e, aparentemente, as potencializa sobremaneira.

Ficou evidenciado, na fala das chefias, que o sofrimento gerado na assistência direta é expressivo, dado o pouco reconhecimento da profissão e a baixa autonomia.

Ainda sobre o sofrimento no trabalho, estudo de revisão bibliográfica destacou que a enfermagem propicia o adoecimento do trabalhador, tanto pelo estresse, definido como um esgotamento do indivíduo que interfere na sua vida, mas não necessariamente na relação com o seu trabalho, quanto pela Síndrome de *Burnout*, caracterizada como o caso que envolve atitudes e condutas negativas para a pessoa e para a organização em que trabalha (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

No momento da entrevista em que foi perguntado às enfermeiras sobre as cargas psíquicas percebeu-se, em alguns momentos, um certo pesar, uma tristeza na fala, sofrimento e emoção na busca de verificar até que ponto havia

responsabilidade pessoal nos encaminhamentos dos problemas, e, até que ponto toda a estrutura organizacional da Instituição, a conjuntura política, histórica e social contribuem para a situação apresentada.

As enfermeiras alertaram sobre a dupla jornada de trabalho na maioria dos depoimentos, como fator de cargas psíquicas que pode contribuir para a ocorrência de ATTs, assim como a vida familiar com problemas, que tornam essas cargas ainda maiores.

Uma das pessoas-fonte ponderou que a atitude de dar um pouco de atenção, de ouvir a dificuldade pessoal do funcionário tem ajudado no seu estado emocional. E que ela tem-se permitido ter esse tempo (ENF. 3).

Eu choro junto com eles, eu choro porque eu não agüento as histórias, você entende... [...]. Isso pra mim também é uma carga pesada, você pensa que não? É uma carga pesada, tanto é que eu facilmente me emociono. Eu tento me controlar, mas no fundo isto me desestrutura, me faz chorar como agora... (ENF. 3).

Outro fator de importante sofrimento no trabalho é quando ocorre um ATMB. Além das dificuldades emocionais pelas quais o trabalhador passa por medo de adoecer, das repercussões para a família, no trabalho e outros, ele passa também pelo constrangimento de ter sofrido o acidente, ao ser julgado como descuidado, incompetente, com baixa produtividade.

Acredita-se que esse seria mais um fator a impelir o trabalhador a ocultar o acidente, a negá-lo sob todos os aspectos.

É preciso considerar que uma profissão com tantos senões do ponto de vista da auto-estima, da pouca valorização profissional, têm inúmeros fatores que tornam o acidente ainda mais opressivo para o trabalhador.

O lema antigo do *ao trabalhador a culpa* parece perseguir a trajetória profissional do trabalhador de enfermagem; as ocorrências muitas vezes são atribuídas à sua falta de atenção e não à sobrecarga, aos problemas dos equipamentos desgastados, à intensidade e ritmo das tarefas, ao pouco tempo que ele tem para dormir e para o lazer, situações que impõem cargas fisiológicas respeitáveis.

Dessa forma a subnotificação torna-se ainda mais importante e expressiva, devendo ser avaliadas as efetivas razões com cuidado.

Dejours (1992, p. 70), discorrendo sobre a negação, desprezo, ignorância e a inconsciência em relação ao risco, que possibilitam a ocorrência de ATs, revela que estes são apenas uma fachada, que essas atitudes podem estar escondendo uma grande ansiedade imprevista e dramática. E continua: “[...] se o medo não fosse assim neutralizado, se pudesse aparecer a qualquer momento durante o trabalho, neste caso os trabalhadores não poderiam continuar suas tarefas por muito tempo mais”.

Verificou-se em muitas falas que as enfermeiras entrevistadas possuem uma visão da falta de adesão às PP, aos cuidados pessoais para a prevenção de acidentes. Uma delas salientou desconhecer o porquê do não uso de EPIs por parte do pessoal, embora soubesse que toda vez que há o questionamento sobre o que é esse equipamento, a sua utilização, a maioria está devidamente orientada sobre o assunto.

A real consciência do risco por parte do trabalhador o obrigaria a tomar tantas precauções que ele se tornaria improdutivo no processo de trabalho, o que deve ser analisado antes de se estabelecer a crítica por si (DEJOURS, 1992).

O trabalho pesado, tanto no aspecto físico quanto no emocional para o pessoal, pareceu ser mais expressivo nos Setores de PS, CC e UTI, que, coincidentemente, apresentaram os maiores CRs para ATs, reiterando a relevância do problema nesses postos de trabalho em particular.

A problemática em torno da profissão e desses Setores de atendimento ao paciente que corre risco de morte e do estresse exacerbado que permeia a atividade desenvolvida é notório e preocupante, cabendo estudos mais detalhados que levem em conta as suas particularidades. Muitos autores têm-se dedicado a esse assunto, mostrando a sua relevância para a enfermagem (LUNARDI FILHO, 1997; PITTA, 1999; FERREIRA, 2003; NISHIDE; BENATTI; ALEXANDRE; 2004; GOIS; DANTAS, 2004; ARAUJO et al., 2005).

Também a temática da utilização das medidas preventivas têm sido abordada em muitos estudos brasileiros, que insistem na necessidade de implementar as ações educativas nas instituições hospitalares (KUCHENBECKER, 1999; SOUZA, 1999; SARQUIS; FELLI, 2000; AZAMBUJA; KERBER; VAZ, 2001; BREVIDELLI; CIANCIARULLO, 2002; ROCHA, 2003; MARZIALE; ROBAZZI, 2004; MAURO et al., 2004).

A necessidade de maior organização da Divisão de Higiene e Segurança do Trabalho, mais especificamente do Serviço de Medicina Ocupacional, esteve presente, sistematicamente, no discurso das entrevistadas, o que parece revelar urgência na sua remodelação, na forma como se vem prestando atenção ao trabalhador de enfermagem do Hospital. Verificou-se que a mesma lógica da atenção individual relativa ao modelo clínico adotado no modelo assistencial da Instituição também vem-se aplicando à atenção dispensada à saúde da equipe de trabalho.

Essas mesmas constatações já foram amplamente apresentadas em outros estudos na área da enfermagem, como um instrumento de melhora da realidade laboral (SARQUIS, 1999; SÊCCO, 2002; MARZIALE, 2003a.; RAFFONE; HENNINGTON, 2005).

Não é possível concluir qualquer discussão a respeito da Saúde dos Trabalhadores sem reiterar a importância dos estudos realizados pelo Prof. René Mendes na área, pela postura sempre visionária com que ele define novos caminhos em busca da valorização e promoção de homens e mulheres envolvidos na atividade laboral. O referido autor destaca-se por propor mudanças na atenção à saúde, graças à análise acurada das doenças relacionadas com o trabalho, da abordagem do importante papel dos profissionais de saúde no desvelamento da relação entre saúde e doença, tanto na abordagem individual quanto na coletiva, espaço em que a Epidemiologia se faz presente com diferenciada propriedade. A sua produção científica tem se mostrado como um marco teórico-conceitual e balizado o ensino e a prática no campo da Saúde dos Trabalhadores (MENDES; 1995, 2005; MENDES; WAISSMANN, 2005).

A presente investigação, cujo foco esteve centrado nos ATTs que acometem os trabalhadores de enfermagem, oportunizou o vislumbrar de muitas vertentes do processo de trabalho que possibilitam suas ocorrências no HU. Muitas vezes se falou da *ponta do iceberg* e, aparentemente, quer pelo conhecimento dos indicadores de risco, quer pelos depoimentos consistentes denunciando as inúmeras dificuldades pelas quais passam os trabalhadores de enfermagem, medidas urgentes são absolutamente necessárias objetivando conhecer em profundidade essa realidade.

Assim, parece ser contraditório o discurso da necessidade do desenvolvimento de uma política de saúde pública digna à população sem considerar a necessidade desta mesma política desenvolvida em prol dos profissionais de saúde, e

porque não dizer, dos trabalhadores de enfermagem, na busca de terem condições físicas, psicológicas e materiais indispensáveis para o exercício da atividade laboral.

Pensar na melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem, no que diz respeito ao momento produtivo, implica apreender esse trabalho de uma realidade específica e, no mínimo, enfrentar um redirecionamento das suas formas de organização, na busca de um trabalho mais humano e mais solidário (SILVA; MASSAROLO, 1998, p. 286)

7 Conclusões e Recomendações

7.1 CONCLUSÕES

A presente investigação tratou dos ATTs e das cargas de trabalho que vitimam os trabalhadores de enfermagem do HU no processo produtivo, sob o referencial teórico e metodológico da Epidemiologia Clássica e do materialismo histórico. Esse conjunto possibilitou avaliar indicadores de risco das ocorrências, revelando-se instrumento de vigilância epidemiológica do Hospital e de todas as instâncias interessadas na preservação e promoção da saúde do trabalhador de enfermagem. Também, por meio da enquete realizada junto às Chefias de Enfermagem, e graças aos conhecimentos basilares da hermenêutica dialética, foi possível fazer aproximações em busca do entendimento da relação entre os ATTs, o trabalho, a saúde e o desgaste dos trabalhadores.

A Epidemiologia entende a heterogeneidade da população e a distinção existente entre os diversos grupos sociais, de acordo com a classe a que pertencem. O referencial teórico da Saúde do Trabalhador, centrado no materialismo histórico, pretende explicar os contrastes existentes na relação entre trabalho e saúde da coletividade. A Saúde do Trabalhador foi eleita como marco teórico central deste estudo, em razão do contexto dos ATs que atingem os trabalhadores de enfermagem da instituição hospitalar, uma vez que não se atenta apenas para números apresentados, mas, para contextos e relações intrincadas no dia-a-dia desses estabelecimentos.

O HU é caracterizado como um Hospital Público, parte integrante de uma Universidade Pública, que, por sua vez, está ligada à Secretaria de Ciência e Tecnologia e não à Secretaria de Saúde, lidando com questões da vida da população. Está qualificado como unidade de atendimento terciário, integralmente disponibilizado ao SUS, único na macrorregião, e por isso recurso de um número expressivo de usuários, situação esperada dada a hierarquização da assistência preconizada pelo Sistema e pactuada com o gestor local dos serviços de saúde.

Os Serviços de Enfermagem no HU, na área assistencial, caracterizam-se pelo cuidado ao paciente, produto da articulação dos profissionais, docentes e alunos das diversas áreas da saúde na Instituição. Esse atendimento requer a utilização de Setores especializados nas diferentes áreas de atenção à saúde do Hospital, que vão desde as Unidades de Atendimento Ambulatorial até as de alta complexidade como as UTIs, CC, PS, Setor de Tratamento Dialítico.

As atividades de enfermagem do HU, particularmente as das unidades de internação, estão pautadas no modelo clínico, individual, biológico, desenvolvido por tarefas na maioria dos Setores. Desenvolvem-se num atendimento ininterrupto, fazendo com que o grupo de trabalhadores empenhados nessa atividade seja referência no tratamento, dado o poder de controle, observação, vigilância contínua sobre a situação de saúde do paciente. Associadas à essa imperiosa exigência de atenção à saúde dos usuários, há as demandas da administração geral da Instituição, do controle social crescente no SUS e da academia, que requerem condições favoráveis para o desenvolvimento do ensino e da pesquisa.

A gerência do Serviço de Enfermagem, conforme preconiza a legislação, fica a cargo do enfermeiro, sobre o qual pesa a responsabilidade técnica do planejamento, coordenação e controle dos serviços prestados na área. Às demais categorias cabem as tarefas de atuação direta junto ao paciente, com exceção dos Setores de alta complexidade, onde a presença do enfermeiro, na assistência direta, vem crescendo paulatinamente.

Sabidamente, a expectativa da sociedade em relação a pessoas que gerenciam oficialmente um grande contingente de trabalhadores, responsáveis pela promoção, preservação e reabilitação da saúde, em face da dor e da morte, é que elas tenham é de que tenham real consciência do seu papel gerencial e de suas grandes responsabilidade social e política, que são de expressiva monta. É grande também a expectativa da sociedade em relação ao desempenho das enfermeiras que ocupam cargos de chefia de enfermagem dos mais altos postos do HU, justificando também isto a sua participação como informantes-chave na presente pesquisa.

É fato que o poder médico e o poder do Estado, no que se refere às relações sociais hierárquicas da Instituição, pesam sobre essas chefias, que se vêem pressionadas, de maneira particular, entre os interesses dos trabalhadores e os interesses do empregador, da sociedade, dos docentes, dos alunos, de outras instituições que têm o HU como campo rico de aperfeiçoamento técnico e científico.

Saber gerir e gerir com saber (GOMES, 1999) parece ser um grande desafio das referidas enfermeiras. Ao mesmo tempo que estão inseridas em uma estrutura de produção de serviços de saúde que deve estar apoiada na racionalidade técnica de ações e procedimentos, elas precisam adaptar-se não só à estrutura do serviço público, que dispõe de poucos mecanismos de controle, mas também à máquina administrativa. Essa última, além de atender a uma série de procedimentos

legais, o que é absolutamente adequado e necessário, ainda faz concessões ao quadro funcional sem prever e dispor de um suporte estrutural capaz de suprir a força de trabalho exaurida por esses benefícios.

A inquietação das referidas enfermeiras é potencializada pelas dificuldades com as quais elas têm de lidar rotineiramente, dificuldades de administrar as questões da própria vida e as do pessoal sob sua responsabilidade, de manter-se em situação favorável dada a competitividade existente no mercado de trabalho, de compatibilizar os ganhos com as necessidades da família, da lida com a doença, entre outras.

De fato, as repercussões do processo de trabalho no processo saúde-doença do trabalhador de enfermagem estão entre os maiores problemas vivenciados pela equipe de enfermagem, com destaque para aqueles decorrentes dos ATTs, considerando-se a maneira abrupta e visível com que ocorrem na sua vida.

É preciso considerar que o estudo das notificações de ATs, respaldo legal que assegura ao trabalhador os seus direitos, possibilita o conhecimento dessa realidade tão importante, mesmo que parcialmente. Esse estudo deve dar elementos para o planejamento e a implementação de ações preventivas, bem como propiciar reavaliações periódicas, contribuindo assim para a promoção da saúde desses trabalhadores.

Os achados da presente pesquisa evidenciaram que foram 392 os ATs ocorridos com os trabalhadores da equipe de enfermagem entre 1997 e 2002, anos contemplados pelo estudo, sendo 89% (349) típicos (ATTs), cujo CRMA estimado foi de 9,2 eventos para cada 100 trabalhadores.

Os mais acometidos foram os técnicos/auxiliares de enfermagem, com 93,9% (328) dos casos e CRMA de 10,4, possivelmente em razão da maior proximidade desses profissionais com os pacientes na assistência direta.

Quanto à sua natureza, os acidentes que envolveram exposição aos materiais biológicos (ATMBs) foram os de maior frequência (64,2% = 224) e os maiores indicadores de riscos (CRMA = 5,9), atingindo principalmente as mãos dos trabalhadores durante o manuseio de perfurocortantes contaminados por fluidos corporais, especialmente sangue. Sabidamente, tais acidentes constituem-se importante problema, dada a possibilidade de infectarem os trabalhadores com doenças graves como as hepatites B e C, além da AIDS ocupacional.

Os acidentes com impactos, como choques, esforços excessivos despendidos, quedas e contusões, também tiveram expressiva representatividade no grupo, com 21,2% (74) dos evento e CRMA igual a 1,9, com repercussões mais visíveis no corpo do trabalhador, visto que, em grande parte das vezes, o impossibilita de continuar na atividade laboral.

No que concerne à natureza das lesões sofridas nos ATTs, as perfurações em mãos, causadas principalmente por agulhas hipodérmicas, foram as mais freqüentes (70.5% = 246) e as que apresentaram os maiores riscos ocupacionais para o pessoal de enfermagem, o que confirma a importância das atividades manuais na atividade laboral.

Aparentemente, no período diurno, o ritmo do trabalho permanece intenso por todo o período, com maior volume entre a 3ª e a 5ª hora trabalhada, e, especialmente, nos horários próximos à passagem de plantão. No turno da noite, as primeiras 6 horas propiciaram os maiores riscos de ATTs, ficando o ritmo mais desacelerado nas horas mais avançadas, com reativação no final da jornada, pela necessidade de deixar encaminhados os procedimentos a serem feitos pelo turno seguinte.

As Divisões de Enfermagem que apresentaram maiores indicadores de risco, em ordem decrescente foram: PS, CC, UTI Adulto, Divisão de Internamento e Divisão Materno-Infantil, foco da presente investigação. Isso era esperado, dada a maior gravidade dos pacientes e a maior complexidade dos processos de trabalho nessas Divisões.

Os resultados mostraram que o processo de trabalho no Hospital está organizado para atender exclusivamente à demanda dos usuários do SUS, os quais são mais intensivamente atendidos pela enfermagem.

O objeto do trabalho assistencial de enfermagem, sem contar as áreas administrativas, as de ensino e da pesquisa, é, em especial, o corpo do paciente no seu diferenciado processo saúde-doença. As intervenções necessárias são realizadas com a utilização de instrumentos variados representados pelos saberes da enfermagem, pelos materiais e equipamentos disponíveis na Instituição, pela sistematização da assistência de enfermagem, pelo ambiente de trabalho, estruturalmente muito carente em diversas áreas, entre outros.

Foi possível constatar que o processo de trabalho de enfermagem

apresenta-se dividido entre o manual, realizado majoritariamente pelos profissionais de nível médio, e o gerencial, realizado pelos enfermeiros, que estão gradativamente assumindo as atividades da assistência direta, especialmente nas unidades de atendimento ao paciente criticamente enfermo.

A notória presença de cargas biológicas, físicas, químicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas no processo de trabalho, as quais predispõem os trabalhadores à ocorrência de ATTs, e não só elas, mas também às doenças profissionais, requer estudos e atitudes concretas para o enfrentamento da situação.

No presente estudo, as cargas de trabalho biológicas são as que se apresentam como mais relevantes sob o ponto de vista da gerência, situação confirmada também nos indicadores de risco, especialmente pelo estresse causado e pelos transtornos à vida do trabalhador.

Efetivamente as cargas mecânicas têm sido potencializadas pelo envelhecimento de expressivo contingente de pessoal, inclusive impossibilitando parte do grupo de continuar atuando na atividade laboral de maneira plena, o que torna necessária a instauração de processos de readequação e/ou readaptação funcional. Contudo, essa situação, na qual a atuação é adequada às potencialidades do trabalhador, acarreta outros problemas para a equipe, uma vez que o trabalho não executado continua exigindo sua execução, sobrecarregando os demais, que continuam atuando e que passam a ser as próximas vítimas potenciais.

As cargas químicas e físicas pareceram ser pouco valorizadas pelo grupo, possivelmente em razão do menor conhecimento que ele tem sobre elas e dos problemas que podem acarretar.

As cargas fisiológicas mostram-se de grande repercussão para os trabalhadores de enfermagem e pareceram estar relacionadas à situação social da vida de grande parte desse grupo profissional, em geral, sofrido pelas dificuldades econômicas, pela necessidade de ter duplo emprego ou executar outras atividades, pelo trabalho em turnos, pelo sono nem sempre em dia, pelas horas-extras necessárias tanto para equilibrar o orçamento doméstico como para atender as necessidades de falta de pessoal no Hospital, pelos problemas de família, pelo pouco tempo de sono e lazer, entre outros.

Como já relatado, aparentemente, os danos decorrentes dos ATTs são os que *marcam* o corpo físico do trabalhador, sendo absolutamente necessário

considerar também as marcas no *corpo psíquico*, pelas doenças de ordem emocional que acometem o pessoal de enfermagem e ainda as marcas no *corpo social*, dadas as insatisfatórias condições de trabalho e de vida (BULHÕES, 1994).

Os resultados relativos às cargas psíquicas mostraram especial relevância, já que se apresentam de maneira insidiosa, expressando a penosidade do trabalho e foram potencializadas pelos relatos a respeito da história de vida dos trabalhadores, os seus problemas familiares, as dificuldades socioeconômicas vivenciadas, entre outros.

Foi possível verificar que as cargas psíquicas também são importantes para as chefias, pois as atingem de modo intenso, pela necessidade que elas têm de compatibilizar a necessidade da produção de serviços, com as possibilidades existentes e atentar para a realidade de vida e trabalho da equipe que gerenciam, bem como para a sua própria.

Verificou-se que elas assumem para si a responsabilidade de muitas contingências organizacionais que estão fora do seu governo. Um conflito fica estabelecido, produto da autocobrança em relação ao que pode ser feito para mudar a realidade apresentada na sua área de atuação, ao próprio desempenho, à habilidade no gerenciamento das atividades da assistência, à habilidade em gerenciar as reais condições físicas e emocionais do pessoal da equipe. Tudo isso, sem contar a sua condição de mulher e, sobretudo, de mãe, no caso de muitas delas.

Os problemas decorrentes do reduzido quantitativo de pessoal têm sobrecarregado sobremaneira a equipe e não são vislumbradas perspectivas de que a situação se resolva a curto ou médio prazo, o que termina por provocar estresse emocional em todos.

Destaca-se que as cargas psíquicas exercem expressivas repercussões sobre o pessoal de enfermagem e, dada a sua materialidade interna, por não se apresentarem sob a forma de ATTs, são sorrateiras e de ação deletéria, trazendo grande preocupação.

Todas as cargas de trabalho do processo de trabalho de enfermagem são capazes de provocar a ocorrência de ATTs. Entretanto, aparentemente, diante da problemática vivenciada no Hospital, com falta de pessoal, alto índice de absenteísmo não previsto, das contingências históricas e sociais da Instituição pública, a situação dos ATTs parece ficar relegada a um segundo plano, dada a emergência de outras

situações tidas como urgentes no cotidiano.

Os ATTs, apesar de relevantes, são apenas uma pequena amostra de uma realidade importante na constituição do grupo social, do modo como levam a vida.

A falta de participação coletiva e de visão grupal, sob a forma de atuação nos sindicatos e em outras entidades de classe e a ausência de esforços conjuntos para mudar a realidade chamaram a atenção desta pesquisadora. Talvez isso se tenha dado em razão de as entrevistadas, naquela conjuntura, serem participantes do grupo gerencial e, como era de esperar, representarem, de maneira expressiva, os interesses dominantes do empregador. Contudo, não foram observadas, na triangulação de dados, iniciativas concretas de conscientização nem por parte de outras instâncias representativas dos trabalhadores, como sindicatos e associações de classe dos quais a enfermagem participa. Aparentemente, há um processo de alienação da realidade vivenciada.

7.2 RECOMENDAÇÕES

Entre as medidas preventivas possíveis de serem implementadas com vistas à prevenção da ocorrência de ATTs e promoção da saúde dos trabalhadores do HU sugere-se:

1. Sistematizar a informação das CATs e das NATMB nos diversos níveis de atenção à saúde, a saber, o local, o municipal, o estadual e o federal, bem como implementar ações de promoção à saúde com base nesses indicadores;
2. Adaptar o Relatório de ATTs de forma a torná-lo mais adequado às necessidades do serviço;
3. Implementar ações do Serviço de Medicina Ocupacional e da a Divisão de Higiene e Segurança do Trabalho para o acompanhamento das condições de saúde e trabalho da equipe de enfermagem do HU, inclusive para a caracterização das doenças relacionadas ao trabalho que possam estar vitimando os trabalhadores;
4. Considerar, de maneira especial, a situação da sobrecarga de trabalho dos profissionais de enfermagem, porquanto que parcela considerável destes vive em situação de duplo emprego e/ou realiza outras atividades laborais;
5. Proceder ao estudo das cargas de trabalho presentes nos processos de trabalho de cada Setor de atividade de enfermagem, considerando os expressivos agravos a que os trabalhadores estão sujeitos, para identificá-las, bem como para analisar o comportamento grupal e ver como a atividade está estruturada e organizada;

6. desenvolver estratégias de sensibilização do Governo Estadual para a necessidade de aumento do quadro efetivo do pessoal de enfermagem, levando em conta também o grupo que está em situação de readequação e/ou readaptação funcional;
7. Fazer com que a Saúde do Trabalhador de Enfermagem seja tema constante nos currículos das Escolas de Enfermagem, em todos os níveis, para inserir o aluno na problemática, preparando-o para a atuação profissional, de maneira crítica, criativa, comprometida com a classe profissional e com a sociedade.
8. Criar espaços de discussão dos trabalhadores a respeito tanto dos ATs, especialmente os ATTs, como de outros agravos à sua saúde, visto que a participação dos profissionais na análise dos processos de trabalho em que estão inseridos é fundamental para a implementação de medidas preventivas e da participação dos trabalhadores no processo social;
9. Promover um trabalho conjunto de administradores e trabalhadores da Instituição, mais especificamente da equipe de enfermagem objeto do qual trata este estudo, no intuito de avaliar as ocorrências dos ATTs e discutir os encaminhamentos necessários para a preservação e promoção das condições de trabalho e saúde da equipe de enfermagem, também ponto fundamental para a manutenção da qualidade dos serviços prestados aos pacientes/clientes;
10. Implementar um programa de prevenção dos acidentes que afetam as mãos dos trabalhadores em razão das altas taxas de acidentes desta natureza;
11. Sugerir que os órgãos encarregados das ações de educação continuada como CCIH, CIPA e outros Setores responsáveis pelas atividades de educação permanente, visando orientarem os interessados em relação tanto à prevenção quanto aos aspectos legais relacionados às ocorrências;
12. Capacitar os trabalhadores recém-admitidos, especialmente na atividade de administração de medicamentos;
13. Implantar um Programa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no Hospital, efetivando ações de vigilância epidemiológica dos ATs;
14. Implementar o PATMB, revendo o fluxo de atendimento ao acidentado e seu seguimento até a alta, utilizando o sistema de referência e contra-referência do Centro de Referência Regional de Londrina.
15. Organizar uma CIPA no Hospital, possibilitando a análise dos resultados, bem como o monitoramento dos fatores de risco e seu mapeamento o mais próximo possível da realidade dos trabalhadores;
16. Melhorar as condições da área física das unidades de trabalho, com espaços adequados para a pausa necessária durante a atividade laboral;
17. Atentar para as dificuldades emocionais e para o envelhecimento gradual da equipe, com programas especiais para esses profissionais, inclusive com o preparo para o momento da aposentadoria;
18. Desenvolver atividades de ginástica laboral e outras que promovam lazer, para os trabalhadores de todos os turnos;

- 19.** Acompanhar os trabalhadores em situação de readequação/readaptação funcional pelo Serviço de Medicina Ocupacional do Hospital e pela Divisão de Atenção à Saúde da Comunidade da UEL (DASC), com a participação da equipe multiprofissional daquela unidade;
- 20.** Considerar a situação de envelhecimento dessa população e desenvolver em seu benefício programas específicos nessa crítica fase da vida, contando, para isso, com a participação do DASC;
- 21.** Reorganizar o fluxo de atendimento no PS;
- 22.** Realizar manutenção preventiva de equipamentos e da rede de gases;
- 23.** Implantar um serviço de psicologia organizacional no Hospital.

A prevenção dos ATTs na equipe de enfermagem deve ser objetivo também das entidades de classe, dos sindicatos, dos empresários e gestores dos serviços públicos, das Escolas de Enfermagem, e, sobretudo, dos usuários dos serviços de saúde, que são os primeiros interessados em ser atendidos por pessoas sadias e em condições dignas, que tenham capacidade efetiva de realizar um trabalho de qualidade, humanizado, com responsabilidade e competência técnica.

Portanto, a responsabilidade pela prevenção dos ATs não deve ser atribuição única do trabalhador, pois que se faz necessário considerar o processo de trabalho em que ele está envolvido.

A gerência da organização e do processo de trabalho é requisito fundamental para alcançar as melhorias necessárias das condições de trabalho dos envolvidos na atividade produtiva.

Não é possível compreender como uma organização que se caracteriza pela busca incondicional de preservar e promover a saúde dos usuários não se sensibilize e não se ocupe, igualmente, em preservar e promover a saúde física e mental dos seus trabalhadores.

A NR-32, que trata da Segurança e Saúde no Trabalho em EAS, representa um expressivo avanço na área da Saúde do Trabalhador da Saúde, pois traz perspectivas bastante positivas de medidas protetoras à sua saúde e de melhora das condições de trabalho. Para sua efetivação, contudo, há que haver empenho em tornar realidade a legislação o mais brevemente possível, numa atitude de compromisso com a causa dos trabalhadores da saúde e, porque não dizer, dos

trabalhadores de enfermagem (ROBAZZI; MARZIALE, 2004; ROBAZZI; BARROS JR.; 2005).

A relevância do estudo dos ATTs, que acometem os trabalhadores da Instituição pesquisada e a expressão que tem a equipe de enfermagem neste contexto, consiste em permitir o reconhecimento de uma realidade que, conquanto não seja expressa em sua totalidade, possibilita apontar caminhos para um enfrentamento responsável da realidade vivenciada.

Constatou-se, conforme se esperava, que as cargas de trabalho existentes nos processos de trabalho têm trazido danos à saúde dos trabalhadores, sendo responsáveis pelos acidentes de variadas naturezas. Constatou-se, também, que essa problemática, que envolve o processo de trabalho, como também as cargas e os acidentes devem ser detidamente estudados no contexto social e particular da unidade laboral em que a atividade é desenvolvida, por constituírem-se determinantes do processo saúde-doença dos trabalhadores.

Referências

ALMEIDA, C. A. F. **Acidente do trabalho: adesão a quimioprofilaxia dos trabalhadores da saúde pós-exposição a material biológico humano**. 2003. 141 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

ALMEIDA, C. B.; PAGLIUCA, L. M. F.; LEITE, A. L. A. S. Acidentes de trabalho envolvendo os olhos: avaliação de riscos ocupacionais com trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 708-16, set./out., 2005.

ALMEIDA, M. C. P. O materialismo histórico na pesquisa em enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 4, 1985, São Paulo. **Anais...** São Paulo: ABEN: CEPEN, 1985. p. 83-9.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997b. p. 15-26.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (Org.). Apresentação. In: _____. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997a. p. 13-4.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. Anotações sobre a história da epidemiologia. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. p. 1-5.

ALMEIDA FILHO, N. Uma breve história da epidemiologia. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 1-16.

AQUINO, E. M. L. et al. Saúde e trabalho de mulheres profissionais de enfermagem em um hospital público de Salvador, Bahia. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, v. 46, n. 3/4, p. 245-57, jul./dez. 1993.

AQUINO, E. M. L. **Gênero, trabalho e hipertensão arterial: um estudo de trabalhadoras de enfermagem em Salvador, Bahia**. 1996. 159 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1996.

ARAÚJO, A. D. et al. Trabalho no centro de terapia intensiva: perspectivas da equipe de enfermagem. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 9, n. 1, p. 20-8, jan./mar. 2005.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Projeto de classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva no Brasil: manual do pesquisador**. Brasília, DF: Associação Brasileira de Enfermagem, 1997.

AZAMBUJA, E. P.; KERBER, N. P. C.; VAZ, M. R. O trabalho da enfermagem: um espaço de construção da prevenção do risco e acidente de trabalho. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 75-93, jan./abr. 2001.

¹ De acordo com Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 14724: informação e documentação – trabalhos acadêmicos – apresentação. Rio de Janeiro, 2005 (válida a partir de 30/01/06).

AZEVEDO, Suzana Carneiro. O processo de gerenciamento X gestão no trabalho do enfermeiro. In: _____. **Ser secretário municipal de saúde: um desafio à intervenção gerencial do enfermeiro**. 2000. cap. 2. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Departamento de Enfermagem, Universidade federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2000.

BALSAMO, A. C. **Estudo sobre os acidentes de trabalho com exposição aos líquidos corporais humanos em trabalhadores de saúde**. 2002. 137 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

BÁLSAMO, A. C.; BARRIENTOS, D. S; ROSSI, J. C. B. Acidentes de trabalho com exposição à líquidos corporais humanos ocorridos nos funcionários do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP). *Revista Médica HU-USP*, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 39-45, jan./jun. 2000.

BARBOSA, A. **Riscos ocupacionais em hospitais: um desafio aos profissionais da área de saúde ocupacional**. 1989. 126 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Enfermagem)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1989.

BELEI, R. A. et al. O impacto do acidente com material biológico na vida de profissionais e alunos em um hospital universitário. **Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 2, n. 2, jun. 2001. Disponível em: <<http://www.ccs.br/espacoparasaude/v2n2/doc/acidente.htm>>. Acesso em: 20 ago. 2001.

BELEI, R. A. **Enfermagem e acidente com material biológico: aspectos teóricos da formação e opiniões de docentes e discentes**. 2003. 191f. Dissertação (mestrado em Educação) - Universidade Estadual Paulista, Marília, 2003.

BENATTI, M. C. C. **Acidente do trabalho em um hospital universitário: um estudo sobre a ocorrência e os fatores de risco entre trabalhadores de enfermagem**. 1997. 239 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

BENATTI, M. C. C. Acidentes do trabalho entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 155-62, jun. 2001.

BERTOLOZZI, M. R.; FRACOLLI, L. A. **PSF - O perfil epidemiológico na prática do enfermeiro do programa saúde da família**. 2001. Disponível em: <http://ids-saude.uol.com.br/psf/enfermagem/tema1/texto2_1.asp>. Acesso em: 02 fev. 2005.

BINDER, M. C. P.; ALMEIDA, I. M. Acidentes do trabalho: acaso ou descaso?. In: MENDES, R. **Patologia do trabalho**. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005. v. 1, cap. 16, p. 769-808.

BRAGA, D. **Acidente de trabalho com material biológico em trabalhadores da equipe de enfermagem do Centro de Pesquisas Hospital Evandro Chagas** 2000. 75 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente)- Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000.

BRANDI, S.; BENATTI, M. C.; ALEXANDRE, N. M. C. Ocorrências de acidentes de trabalho por material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário da cidade de Campinas, Estado de São Paulo. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 124-133, ago. 1998.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Ed. Senado, 1988.

BRASIL. Decreto nº. 3048, de 6 de maio de 1999. Dispõe sobre regulamento da Previdência Social – RPS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 maio 1999a. Disponível em:

<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1999/3048.htm#L1_T4>. Acesso em: 06 jun. 2006.

BRASIL. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamentada a Lei nº. 7498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 jun. 1987. p. 8853-8855.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez. 1990b.

BRASIL. Lei nº. 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 ago. 1998a. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1991/8213.htm>>. Acesso em: 05 jul. 2005.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Anuário estatístico da Previdência Social 2004. **Base de dados históricos de acidentes do trabalho**. Brasília, DF, 2004b. Disponível em: <<http://creme.dataprev.gov.br/Infologo/inicio.htm>>. Acesso em: 07 dez. 2005.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Boletim estatístico da Previdência Social**. Brasília, DF, v. 10, n. 4, jun. 2005a. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/12_02.asp>. Acesso em: 20 ago. 2005.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Previdência no serviço público: informações estatísticas**. Brasília, DF, 2005b. Disponível em: <<http://www.previdenciasocial.gov.br/11.asp>>. Acesso em: 20 ago. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos: resolução n. 196 de 10 out. 1996a. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 52-61, jan/fev. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Manual de condutas: exposição ocupacional a material biológico: hepatite e HIV**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Doenças Transmissíveis/AIDS. Procedimentos frente a acidentes de trabalho com exposição a material contaminado com o vírus da AIDS (HIV). **Bol. Epidemiol. AIDS**, Brasília, DF, v. 4, n. 3, p. 3-5, jul./ago. 1996b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. **Segurança no ambiente hospitalar**. Brasília, DF: Secretaria de Assistência a Saúde, 1995b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Um balanço dos empregos criados na área da saúde (1998 – 2001)**. Brasília, DF: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2003. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=13076>. Acesso em: 01 jul. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Semana epidemiológica 1ª/26ª de jan./05 – a jun./2004. **Bol. Epidemiol. Aids**, Brasília, DF, v. 2, n. 1, 2005d. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/final/dados/BOLETIM2.pdf>>. Acesso em 03 jun. 2006.

BRASIL. Portaria nº 2.203/GM, de 06 novembro de 1996. Portaria Federal MS norma operacional básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 nov. 1996c. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nob.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2006.

BRASIL. Portaria nº 2.607, de 10 de dezembro de 2004. Aprova o plano nacional de saúde/PNS - um pacto pela saúde no Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, nº 238, 13 dez. 2004a. Seção 1. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNS.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2005.

BRASIL. Portaria Federal nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a norma regulamentadora nº 32 (segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 219, 16 nov. 2005c. Seção 1, p. 80-94.

BRASIL. Portaria Federal MS nº 1.339/GM, de 18 de novembro de 1999. Lista de doenças relacionadas ao trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 85, nov. 1999. Seção 1, p. 21. 1999c.

BRASIL. Portaria Federal MS nº 3.120, de 1º de julho de 1998. Aprova instrução normativa de vigilância em saúde do trabalhador no SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, nº 124, 2 jul. 1998b. Seção 1, p. 36.

BRASIL. Portaria Federal MS nº 3.908, de 30 de outubro de 1998. Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). Norma operacional de saúde do trabalhador - NOST-SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, nº 215-E, 10 nov. 1998c. Seção 1, p. 17.

BRASIL. Portaria Federal MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2001. Aprova a norma operacional da assistência à saúde – NOAS/SUS 01/2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 40, 28 fev. 2002c. Seção 1. Disponível em: <http://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/novo_site/biblioteca/legislacao_saude/catalogo_virtual/noas/U_PT-MS-GM-373_280202.pdf>. Acesso em 06 jun. 2006.

BRASIL. Portaria Federal MS/GM nº 1.679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, nº 183, 19 set. 2002b. Seção 1. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1679.htm>>. Acesso em 06 jun. 2006.

BRASIL. Portaria Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho nº 01, de 12 de maio de 1995. Estabelece alteração no quadro da NR 4, que passa a vigorar de acordo com o estabelecido nesta portaria. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1995a. Seção 1. Disponível em: <<http://www.mte.gov.br/empregador/segsau/legislacao/portarias/1995/CONTEUDO/port01.asp>>. Acesso em: 23 ago. 2005.

BRASIL. Resolução da Anvisa nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 mar. 2002a. p. 39-75.

BREILH, J. Eficacia del poder, retroceso del derecho y degradación del trabajo: el escenario regresivo de la salud laboral en América Latina. In: ENCONTRO NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 16 a 18 de junho de 1999, Brasília, DF. **Anais...** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. p. 16-38. (Série D reuniões e conferências; 10).

BREILH, J. **Epidemiologia: economia, política e saúde**. São Paulo: UNESP: HUCITEC, 1991.

BREVIDELLI, M. M.; ASSAYAG, R. E; TURCATO JÚNIOR, G. Adesão às precauções universais: uma análise do comportamento de equipe de enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, v. 48, n. 3, p. 218-32, jul./set. 1995.

BREVIDELLI, M. M.; CIANCIARULLO, T. I. Análise dos acidentes com agulhas em um hospital universitário: situações de ocorrência e tendências. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, p. 780-786, nov./dez. 2002.

BULHÕES, I. **Riscos do trabalho em enfermagem**. Rio de Janeiro: [s.n.], 1994.

CAETANO, R.; LOJA, T. B.; LIMA, C. X. B. Quando o risco é nosso: acidentes de trabalho com material biológico entre profissionais do HU Pedro Ernesto – UERJ. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 6., 1999, Salvador. **Anais...** Salvador: ABRASCO, 2000. v. 5, p. 493.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CANINI, S. R. M. et al. Acidentes perfurocortantes entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do interior paulista. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 172-178, mar./abr. 2002.

CANINI, S. R. M. S. **Situações de risco para transmissão de patógenos veiculados pelo sangue entre a equipe de enfermagem de um hospital universitário do interior**. 2000. 122 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

CARDO, D. M.; BELL, D. M. Bloodborne pathogen transmission in health care workers, risk and prevention strategies. **Infect. Dis. Clin. North. Am.**, Philadelphia, v. 11, n. 2, p. 331-46, June 1997.

CARMONA, L. M. P.; LALUNA, M. C. M. C. "Primary nursing": pressupostos e implicações na prática. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 4, n. 1, p. 12-17, 2002. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 05 mar. 2006.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI Jr., L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI Jr., L. (Orgs.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Ed. UEL, 2001. p. 27-59.

CASSIANI, S. H. B.; ZAGO, M. M. F. A análise de dados qualitativos: a experiência no uso do "The Ethnograph". **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 100-106, 1997.

CHAVES, S. M. C. et al. Cuidado e prevenção integrados: acidentes de trabalho em um hospital geral. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 6., 2000. Salvador, **Anais...** Salvador: ABRASCO, 2000. v. 5, n. 1812, p. 485.

CHENSO, M. Z. B. et al. Cálculo de pessoal de enfermagem em Hospital Universitário do Paraná: uma proposta de adequação. **Semina**, Londrina, v. 25, n. 1, p. 81-92, 2004. Disponível em: <www.uel.br/cpg/proppg/semina/index.php.htm>. Acesso em: 30 jun. 2006.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

COHN, A. et al. **Acidentes de trabalho**: uma forma de violência. São Paulo: Brasiliense, 1985.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Dados estatísticos**. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br>>. Acesso em: 01 jun. 2005a.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Enfermagem permite conciliar dois empregos**. Disponível em:

<http://portalcofen.gov.br/novoportal/section_int.asp?InfoID=239&EditionSectionID=11&SectionParentID>. Acesso em: 23 ago. 2005b.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 186/95, Dispõe sobre a definição e especificação das atividades elementares de enfermagem executadas pelo pessoal sem formação específica regulada em Lei. **COFEN Legislação**, Rio de Janeiro, 1995. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br>>. Acesso em: 01 jun. 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN 189/1996: parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas Instituições de Saúde. **COFEN Legislação**, Rio de Janeiro, 1996. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br>>. Acesso em: 30 jun. 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN 293/04. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. **COFEN Legislação**, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br>>. Acesso em: 11 abr. 2005.

COSTA, A. L. R. C.; RAMOS, F. R. S. R. A busca do cuidado de si como uma "prática refletida e voluntária" no contexto do trabalho de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 56., 2004, Gramado. **Anais eletrônicos...** Gramado, 2004. Disponível em: <<http://www.bstorm.com.br/enfermagem/index.php?letra=C>>. Acesso em: 23 ago. 2005.

COSTA, T. F. **Exposição dos trabalhadores de enfermagem às substâncias químicas**: estudo em um hospital público universitário. 2002. 197 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

- DEJOURS. C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez; Oboré, 1992.
- DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. cap. 7, p.195-223.
- DEVER, G. E. A. **A epidemiologia na administração dos serviços de saúde**. São Paulo: Pioneira, 1988.
- DURAN, E. C. M.; COCCO, M. I. M. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 43-9, fev. 2004.
- ELIAS, M. A. **O impacto do trabalho sobre a saúde das trabalhadoras em área hospitalar**: um estudo sobre o trabalho e sua relação com a saúde das profissionais de enfermagem. 2003. 113 f. Tese (Mestrado em Saúde na Comunidade)- Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.
- FACCHINI, L. A. Por que a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise. In: ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M.; BUSCHIMELLI, J. T. P. (Orgs.). **Isto é trabalho de gente?** vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1994a. p. 33-55.
- FACCHINI, L. A. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado à saúde do trabalhador. In: ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M.; BUSCHIMELLI, J. T. P. (Orgs.). **Isto é trabalho de gente?** vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1994b. p. 178-186.
- FELLI, V. E. A. **A saúde do trabalhador e o gerenciamento em enfermagem**. 2002. 124 f. Tese (Livre Docência)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
- FELLI, V. E. A.; TRONCHIN, M. R. A qualidade de vida no trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem. In: KURCGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. cap. 8, p. 89-107.
- FERREIRA, L. M. B. **Ruídos do centro cirúrgico**: ecos do ambiente na saúde do trabalhador de enfermagem. 2003. 150 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.
- FIGUEIREDO, R. M. Opinião dos servidores de um hospital escola a respeito de acidentes com material perfurocortante na cidade de Campinas-SP. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 20, n. 76, p. 26-33, jul./dez. 1992.
- FONSECA, R. M. S.; BERTOLOZZI, M. R. A Epidemiologia social e a assistência à saúde da população. In: FONSECA, R. M. S. et al. **A Classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva e o uso da epidemiologia social**. Brasília, DF: ABEN, 1997. (Série Didática: enfermagem no SUS).
- FONSECA, M. M. R. Profilaxia pós-exposição a material biológico para profissionais de saúde. In: MELO, H. R. L. et al. **Condutas em doenças infecciosas**. Rio de Janeiro: Medsi, 2004. cap. 67, p. 758-65.

- FOUCAULT, M. **O Nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.
- GAÍVA, M. A. M.; SCOCHI, G. S. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 469-76, maio/jun. 2004.
- GELBCKE, F. L. **Processo saúde-doença e processo de trabalho**: a visão dos trabalhadores de enfermagem de um Hospital-escola. Trabalho da enfermagem: o caso brasileiro. 1991. 266 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)– Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1991.
- GELBCKE, F. L. Trabalho da enfermagem: o caso brasileiro. In: CONGRESSO DE ENFERMAGEM, 55., CONGRESO PANAMERICANO DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA, 11., 2003, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: FEPPEN: ABEn, 2003. 1 CD-ROM.
- GELBCKE, F. L. Política de saúde do trabalhador: limites e possibilidades. **Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 11, n. 1, p. 66-85. jan./abr. 2002.
- GIR, E.; COSTA, F. P. P.; SILVA, A. M. A enfermagem frente a acidentes de trabalho com material potencialmente contaminado na era do HIV. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 262-272, out. 1998.
- GOIS, C. F. L.; DANTAS, R. A. S. Estressores em uma unidade pós-operatória de cirurgia torácica: avaliação da enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 22-7, jan./fev., 2004.
- GOMES, E. L. R. et al. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. **O Trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 229-50.
- GOMES, E. L. R. **Saber gerir e gerir com saber**: a indeterminação do conhecimento administrativo dos enfermeiros. 1999. 144 f. Tese (Livre Docência)– Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.
- GONÇALVES, R. B. M. **Medicina e história**: raízes sociais do trabalho médico. 1979. 209 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Social)- Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.
- GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec: Abrasco, 1994.
- HADDAD, M. C. F. L. **Qualidade da assistência de enfermagem**: o processo de avaliação em hospital universitário público. 2004. 201 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- HADDAD, M. C. L.; LOPES, M. B.; GUARIENTE, M. H. D. M. Profissionalização dos atendentes de enfermagem em um Hospital Escola-Público. In: ENCONTRO DE ATIVIDADES CIENTÍFICAS DA UNOPAR, 2., 1999, Londrina. **Anais...** Londrina: UNOPAR, 1999. p. 123.

HARNECKER, M. **Os Conceitos elementares do materialismo histórico**. 2. ed. São Paulo: Global, 1983.

HORTA, W. A. Editorial dos instrumentos básicos de enfermagem. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v. 4, n. 1/2, p. 3-4, mar./set. 1970.

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE NO TRABALHO. Central Única dos Trabalhadores. **Acidentes e doenças do trabalho em 2003**: organização preliminar de dados divulgados pela Previdência Social. São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.instcut.org.br/documentos/Acidentes%20de%20Trabalho%202003%20Quadro%20Geral.doc>>. Acesso em: 20 ago. 2005.

INTERNATIONAL HEALTH CARE WORKER SAFETY-CENTER. **Annual number of occupational percutaneous injuries and mucocutaneous exposures to potentially infective biological substances**. Virginia, 1998. Disponível em : <<http://virginia.edu/epinet/estimates.html>>. Acesso em: 29 dez. 2005.

JANSEN, A. C. **Um novo olhar para acidentes de trabalho na enfermagem**: a questão do ensino. 1997. 170 f. Tese (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

KRUG, S. B. F.; SOMAVILLA, V. C. Uma análise reflexiva da atuação do profissional enfermeiro junto à condição de acidentado do trabalho, segundo a teoria de Paterson e Zderad. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 277-279, mar./abr. 2004.

KUCHENBECKER, R. **Exposição ocupacional a sangue e secreções corporais no Sistema Único de Saúde em Porto Alegre**: epidemiologia e políticas de prevenção. 1999. 164 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia)- Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 1999.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D. (Org.). **Medicina Social**: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983. p. 133-58.

LAURELL, A. C. La construcción teórico-metodológica de la investigación sobre la salud de los trabajadores. In: LAURELL, A. C. (Org.). **Para la investigación sobre la salud de los trabajadores**. Washington: OPAS/OMS, 1993. cap. 1, p. 13-35. (Série Paltex, Salud e Sociedade; 3).

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

LAURELL, A. C. Saúde e trabalho: os enfoques teóricos. In: NUNES, E. D. (Org.). **As ciências sociais em saúde na América Latina**: tendências e perspectivas. [S.l.]: OPAS, 1985. p. 255-76.

LEOPARDI, M. T.; GELBCKE, F. L.; RAMOS, F. R. S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 32-49, jan./abr. 2001.

LONDRINA. Prefeitura Municipal. **Londrina em dados**. Disponível em: <<http://ns.londrina.pr.gov.br/cidade/londados.php3>>. Acesso em: 8 abr. 2006.

- LOPES, M. H. B. M. et al. Programa educativo em medidas de precaução universais: uma metodologia de abordagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 83-91, abr. 1997.
- LUNARDI FILHO, W. D. Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, v. 50, n. 1, p. 77-92, jan./mar. 1997.
- MACHADO, A. A. et al. Risco de infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida humana (HIV) em profissionais de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 54-56, fev. 1992.
- MARCHESE, L. T. et al. Accidentes inadvertidos en equipos quirúrgicos. **Rev. Cir. Infant.**, Buenos Aires, v. 10, n. 3, p. 129-135, 2000.
- MARCON, P. M.; POLAK, Y. N. S.; MEIER, M. J. A bioética no processo de trabalho administrativo da enfermagem: uma reflexão. **Online Braz. J. Nurs.**, Niterói, v. 4, n. 2, Ago. 2005. Disponível em: <www.uff.br/nepae/objn402marconetal.htm>. Acesso em: 01 mar. 2006.
- MARX, K. El capital. In: HARNECKER, M. **Os conceitos elementares do materialismo histórico**. 2. ed. São Paulo: Global, 1983. p. 259-64.
- MARZIALE, M. H. P. Ocurrencia de accidentes de trabajo causados por material cortopunzante entre trabajadores de enfermería en hospitales de la región nordeste de São Paulo, Brasil. **Cienc. Enferm.**, Concepcion, v. 9, n. 1, 2003a. Disponível em: <<http://www.scielo.cl>>. Acesso em: 11 dez. 2003.
- MARZIALE, M. H. P. Subnotificação de acidentes com perfurocortantes na enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, v. 56, n. 2, p. 164-8, mar./abr. 2003b.
- MARZIALE, M. H. P.; KOURROUSKI, M. F. C.; ROBAZZI, M. L. C. C. Riscos de acidentes no trabalho de enfermagem em centro cirúrgico. **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 114-20, jul./dez. 2000.
- MARZIALE, M. H. P.; NISHIMURA, K. Y. N.; FERREIRA, M. M. Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material pérfuro-cortante entre trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 36-42, jan./fev. 2004.
- MARZIALE, M. H. P.; ROBAZZI, M. L. C. C. Accidentes de trabajo com material cortopunzante en enfermeras de hospitales. **Nure investigación**, Madrid, n. 2, p. 1-7, feb. 2004.
- MARZIALE, M. H. P.; ROBAZZI, M. L. C. C. O trabalho de enfermagem e a ergonomia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 124-127, dez. 2000.
- MARZIALE, M. H. P.; RODRIGUES, C. M. A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 571-577, jul./ago. 2002.
- MAURO, M. Y. C. et al. Riscos ocupacionais em saúde. **R. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 33-45. 2004.

MELO FILHO, D. A. Antinomias e “suturas” epistemológicas entre biológico-social e individual-coletivo no âmbito da epidemiologia social. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 383-91, ago. 1996.

MENDES, R. Conceito de patologia do trabalho. In: _____. **Patologia do trabalho**. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005. v. 1, cap. 2, p. 47-92.

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

MENDES, R **Patologia do trabalho**. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005.

MENDES, R.; WAISSMANN, W. Aspectos históricos da patologia do trabalho. In: MENDES, R. **Patologia do trabalho**. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005. v. 1, cap. 1, p. 3-45.

MICROSOFT CORPORATION. **Treinamento rápido em Microsoft Excel 2000**. São Paulo: Berkeley, 1999.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MINAYO, M. C. S. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002. cap. 3, p. 83-107.

MIOLA, C. E. **Terapia anti-retroviral**: fatores que interferem na adesão de auxiliares de enfermagem após exposição ocupacional a material biológico. 2005. 88 f. Tese (Doutorado em Ciências)- Programa de Pós-graduação em Ciências, Coordenação dos Institutos de Saúde, Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, São Paulo, 2005.

MONTEIRO, M. S.; CARNIO, A. M.; ALEXANDRE, N. M. C. Acidentes de trabalho entre o pessoal de enfermagem de um Hospital Universitário. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, v. 40, n. 2/3, p. 89-92, abr./set. 1987.

MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea**: a ciência e a arte de ser dirigente. 7. ed. Rio de Janeiro: Record, 1996.

MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S. S.; NAPOLEÃO, A. A. Reflexões sobre estresse e *Burnout* e a relação com a enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 255-61, abr. 2005.

MUROFUSE, N. T.; MARZIALE, M. H. P. Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 364-73, jun. 2005.

MUROFUSE, N. T. **O adoecimento dos trabalhadores de enfermagem da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais**: reflexos das mudanças no mundo do trabalho. 2004. 298 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

NAPOLEÃO, A. A. **Causas de subnotificação de acidentes do trabalho**: visão dos trabalhadores de enfermagem de um hospital do interior paulista. 1999. 95 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

NAPOLEÃO, A. A.; ROBAZZI, M. L. C. C. Acidentes de trabalho e subnotificação entre trabalhadores de enfermagem. **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 59-63, 2003.

NICOLETE, M. G. P. **Acidentes de trabalho**: um estudo do conhecimento e ocorrência acidentária entre trabalhadores de enfermagem de um hospital geral do Rio Grande do Norte. 2001. 169 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

NISHIDE, V. M.; BENATTI, M. C. C.; ALEXANDRE, N. M. C. Ocorrência de acidente do trabalho em uma unidade de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 204-211, mar./abr. 2004.

OKUMOTO, C. M. Acidentes de trabalho com material biológico no município de Londrina-PR. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 6., 2000, Salvador. **Anais...** Salvador: ABRASCO, 2000. v. 5, p. 513.

OLIVEIRA, E. B.; LISBOA, M. T. L. Análise da produção científica da vertente saúde do trabalhador de enfermagem: subjetividade e trabalho. **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 24-9, abr. 2004.

OLIVEIRA, F. J. F. **A Programação pactuada e integrada (PPI) no contexto da Norma de Assistência à Saúde (NOAS) e o Conselho Nacional de Saúde**: uma discussão sobre a gestão do SUS. 2004. 156 f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde)- Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, São Paulo, 2004.

OLIVEIRA, M. G.; MAKARON, P. E.; MORRONE, L. C. Aspectos epidemiológicos: acidentes de trabalho em hospital geral. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 10, n. 40, p. 26-30, out./dez. 1982.

OLIVEIRA, R. G. O.; MUROFUSE, N. T. 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.

PARADA, E. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; BENATTI, M. C. C. Lesões ocupacionais afetando a coluna vertebral em trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 64-9, jan./fev. 2002.

PARAGUAY, A. I. B. B. Da organização do trabalho e seus impactos sobre a saúde dos trabalhadores. In: MENDES, R. **Patologia do trabalho**. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005. p. 811-23.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Administração. Divisão de Medicina e Saúde Ocupacional. **Preenchimento de comunicação de acidentes de trabalho**: funcionário estatutário. Curitiba: Secretaria de Estado da Administração, 1997.

PARANÁ. Secretaria de Saúde. Coordenação Estadual de DST/AIDS. **Manual de informações sobre acidente profissional com material biológico**. [Curitiba]: Secretaria de Saúde, 1998.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

- PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**: Brasil 1500 a 1930. São Paulo: Cortez, 1989.
- PITTA, A. M. F. **Hospital**: dor e morte como ofício. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.
- PORTO, C. M. F. et al. Implantação de um kit para comunicação de acidentes do trabalho (KIT-CAT) como facilitador das ações que envolvem os acidentes com perfurocortantes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p. 121-6, dez. 1999.
- PRADO, M. A. et al. A equipe de enfermagem frente aos acidentes com material biológico. **Nursing**, São Paulo, v. 2, n. 19, p. 22-4, dez. 1999.
- PUNGPAPONG, S. et al. The risk of occupational HIV exposure among Thai Healthcare Workers. **Southeast Asian J. Trop. Med. Public Health**, Bangkok, v. 30, n. 3, p. 496-503, Sept. 1999.
- QUEROZ-ANDRADE, M.; TAVARES-NETO, J. Acidentes com risco de infecção em profissionais de nível médio de enfermagem do hospital universitário da Bahia. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 26, n. 1/2, p. 19-28, jan./dez. 2002.
- RAFFONE, A. M.; HENNINGTON, É. A. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 669-76, ago. 2005.
- RAMOS, M. L. R. **O trabalho da enfermeira na rede municipal de saúde de Londrina**. 2002. 122 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2002.
- RAPPARINI, C. **Soroconversões pelo HIV entre profissionais de saúde**. 2005. Disponível em: <<http://www.riscobiologico.org/patogenos/hivaid/soro.htm>>. Acesso em: 29 dez. 2005.
- REIS, R. K.; GIR, E.; CANINI, S. R. M. S. Accidents with biological material among undergraduate nursing students in a public Brazilian university. **Braz. J. Infect. Dis.**, Salvador, v. 8, n. 1, p. 18-24, fev. 2004.
- RIBEIRO, E. J. G. **Estudo de acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem de um hospital-escola do Distrito Federal**. Brasília, DF. 111 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica)- Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2004.
- RIGOTTO, R. M. O homem e o trabalho. In: ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M.; BUSCHIMELLI, J. T. P. (Org.). **Isto é trabalho de gente?** vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1994. cap. 2, p. 25-32.
- ROBAZZI, M. L. C. C.; BARROS JUNIOR, J. O. C. Proposta brasileira de normatização para os trabalhadores da saúde. **Cienc. Enferm.**, Concepcion, v. 11, n. 2, p. 11-5, dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.cl>>. Acesso em: 11 abr. 2006.
- ROBAZZI, M. L. C. C.; MARZIALE, M. H. P. A norma regulamentadora 32 e suas implicações sobre os trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p. 834-836, set./out. 2004.

- ROCHA, A. M. **A saúde do trabalhador de enfermagem sob a ótica da gerência: obstáculos e possibilidades**. 2003. 198 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- ROCHA, F. L. R.; MARZIALE, M. H. P.; ROBAZZI, M. C. C. Perigos potenciais a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem na manipulação de quimioterápicos antineoplásicos: conhecê-los para preveni-los. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 511-517, maio/jun. 2004.
- ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, dez. 2000.
- RODRIGUES, A. B.; MAGALHÃES, M. B. B.; SALES, S. M. A questão do vírus da imunodeficiência humana e a autoproteção no trabalho. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, v. 48, n. 3, p. 272-85, jul./set. 1995.
- ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, M. Elementos de epidemiologia para a pesquisa epidemiológica. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 141-48.
- ROUQUAYROL, M. Z. Epidemiologia Descritiva. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 77-140.
- ROUQUAYROL, M. Z.; BARRETO, M. Abordagem descritiva em epidemiologia. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p.83-121.
- ROWE, M. P.; GIUFFRÉ M. Evaluating needlestick injuries in nursing personnel. **AAOHNJ**, Thorofore, v. 39, n. 11, p. 503-7, Nov. 1991.
- SAILER, G. C. **Adesão de trabalhadores de enfermagem ao tratamento com os anti-retrovirais pós-exposição ocupacional a material biológico**. 2004. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- SANTOS, E. M.; ARAÚJO, T. M. Processo de trabalho e saúde dos trabalhadores no Hospital Universitário Professor Edgard Santos: HUPES. **Rev. Baiana Saúde Pública**, Salvador, v. 27, n. 2, p. 155-68, jul./dez. 2003.
- SANTOS, W. D. F. et al. Acidentes típicos de trabalho em pessoal de enfermagem: fatores associados. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 17, n. 68, p. 38-42, out./dez. 1989.
- SANTOS, W. D. F.; PELÁ, N. T. R. Acidentes típicos de trabalho em pessoal de enfermagem de unidades cirúrgicas. In: JORNADA DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 3., 1989, Ribeirão Preto. **Anais...** Ribeirão Preto: [s.n.], 1989. p. 433-42.
- SARQUIS, L. M. M. **Acidentes de trabalho com instrumentos perfurocortantes: ocorrências entre os trabalhadores de enfermagem**. 1999. 138 f. Dissertação (Mestrado em Administração dos Serviços de Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

SARQUIS, L. M. M.; FELLI, V. E. A. O uso dos equipamentos de proteção individual entre os trabalhadores de enfermagem acidentados com instrumentos perfurocortantes. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, v. 53, n. 4, p. 564-573, dez. 2000.

SECCO, I. A. O. **Acidentes de trabalho com material biológico na equipe de enfermagem de Hospital Escola Público de Londrina – PR**. 2002. 237 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2002.

SECCO, I. A. O. et al. Equipe de enfermagem de Hospital Escola Público e os acidentes de trabalho com material biológico. **Semina**, Londrina, v. 24, n. 1, p. 21- 36, 2003. Disponível em: <www.uel.br/cpg/proppg/semina/index.php.htm>. Acesso em: 24 jun. 2004.

SECCO, I. A. O. et al. As notificações de acidentes de trabalho com material biológico entre trabalhadores da equipe de enfermagem de Hospital-Escola público, de 1988 a 2000. **Unopar Científica: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 5/6, n. 1, p. 89-95, out. 2003/2004.

SECCO, I. A. O.; GUTIERREZ, P. R. Acidentes de trabalho e riscos ocupacionais em Hospital Escola Público: estudo das notificações. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 53., 2001, Curitiba. **Anais...** Curitiba: Associação Brasileira de Enfermagem, 2001. 1 CD-ROM

SECCO, I. A. O.; GUTIERREZ, P. R.; MATSUO, T. Acidentes de trabalho em ambiente hospitalar e riscos ocupacionais para os profissionais de enfermagem. **Semina**, Londrina, v. 23, n. 1, p. 19-24, 2002. Disponível em: <www.ccs.uel.br/cpg/semina/index.php.htm>. Acesso em: 10 nov. 2003.

SECCO, I. A. O.; ROBAZZI, M. I. C. C.; SHIMIZU, D. Epidemiologia do risco de acidentes de trabalho para trabalhadores de hospital público de ensino. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, 5.; SEMINÁRIO CIENTÍFICO DO CCS, 1., 2005, Maringá. **Anais...** Maringá: EDUEM, 2005. 1 CD-ROM.

SILVA, A. **Trabalhador de enfermagem na unidade de centro de material e os acidentes de trabalho**. 1996. 192 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

SILVA, A. L. A. et al. Comunicação e enfermagem em saúde mental – reflexões teóricas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 65-70, out. 2000.

SILVA, G. B. **Enfermagem profissional: análise crítica**. São Paulo: Cortez, 1986.

SILVA, L. D. **A educação revelando os riscos ocupacionais no trabalho da enfermagem intensivista**. 2000. 215 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2000.

SILVA, L. D.; CABRAL, I. E.; ZEITOUNE, R. C. G. A conscientização do trabalhador de enfermagem intensivista acerca do risco ocupacional. **Rev. Enferm. Uerj**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 73-7, jan./jun. 1999.

SILVA, M. A. A produção científica sobre a relação trabalho e saúde na enfermagem: questões para debate. **Rev. Enferm. Uerj**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 27-38, abr. 1996.

SILVA, V. E. F. **O desgaste do trabalhador de enfermagem**: estudo da relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. 1996. 289 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

SILVA, V. E. F. **Estudo sobre acidentes de trabalho ocorridos com trabalhadores de enfermagem de um hospital de ensino**. 1988. 176 f. Tese (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1988.

SILVA, V. E. F.; KURCGANT, P.; QUEIROZ, V. M. Q. O desgaste do trabalhador de enfermagem: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 51, n. 4, p. 603-614, out./dez. 1998.

SILVA, V. E. F. ; MASSAROLO, M. C. K. B. A qualidade de vida e a saúde do trabalhador de enfermagem. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 283-6, 1998.

SOUZA, M. **Acidentes ocupacionais e situações de risco para a equipe de enfermagem**: um estudo em cinco hospitais do município de São Paulo. 1999. 163 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999.

SOUZA, M.; VIANNA, L. A. C. Incidência de acidentes de trabalho relacionada com a não utilização das precauções universais. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 48, n. 3/4, p. 234-44, jul./dez. 1993.

SYSTCHENKO, B.; VOLKMANN, C.; SAYURI, A. Hépatite C: risqué chez le personnel hospitalier. **Arch. Mal. Prof. Med. Trav.**, Paris, v. 57, n. 18, p. 1-8, nov. 1996.

TASCA, R.; GREGO, C.; VILLAROSA, F. N. Sistemas de informação em saúde para distritos sanitários. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde. São Paulo: HUCITEC, 1993. p. 267-310.

TOMASINA, F.; GÓMEZ ETCHEBARNE, F. G. Accidentes laborales en el Hospital de Clínicas. **Rev. Méd. Urug.**, Montevideo, n. 17, p. 156-160, 2001.

TREVIZAN, M. A. **Enfermagem hospitalar**: administração & burocracia. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília, 1988.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná. **Proposta de regimento do HURNP**. Londrina, 2005.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná. **Regimento do HURNP**. Londrina, 1996. Regimento.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná. **Relatório**. Londrina, 2004d. Relatório.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná. **Relatório anual do serviço de arquivo médico e estatística (SAME)**. Londrina, 2004c. Relatório.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná. Assessoria Técnica. **Relatório anual da diretoria de enfermagem**. Londrina, 2004a. Relatório.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná. Divisão de Recursos Humanos. **Relatório quantitativo dos servidores do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná**. Londrina, 2004b. Relatório.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Resolução CA nº 71/2000, de 25 de maio de 2000. Dispõe sobre o programa de readequação e readaptação funcional da UEL. Londrina, 25 de maio de 2000.

VALENZUELA, S. et al. Salud laboral: situación de los accidentes de trabajo en el equipo de enfermería. **Enfermería Clínica**, Barcelona, v. 13, n. 2, p. 94-102, 2003.

XELEGATI, R. et al. Riscos ocupacionais químicos identificados por enfermeiros que trabalham em ambiente hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 214-9, mar./abr., 2006.

XELEGATI, R.; ROBAZZI, M. L. C. C. Riscos químicos a que estão submetidos os trabalhadores de enfermagem: uma revisão de literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 350-356, maio/jun. 2003.

Apêndices

APÊNDICE A

MÁSCARA DO PROGRAMA EPI-INFO VERSÃO 6.04 C

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO - {REG}ISTRO:

1. IDENTIFICACAO DO FUNCIONARIO

{NOME}: <A >
{RG}: #####
{IDADE}: ## anos
{SEXO}: <A > 1-MASCULINO 2-FEMININO
{EST}ADO {CIV}IL: <A > 1-SOLTEIRO 2-CASADO 3-SEPARADO 4-VIUVO 5-SR
{CARGO}: <A >
{CAT}EGORIA {FUNC}IONAL: <A > 1-EFETIVO 2-CARGO COMIS.
{FUNCAO} EXERCIDA: _____
{END}ERECO RESIDENCIAL: <A >
{TELEFONE}: <long distance>
{BAIRRO}: <A >
{MUNICIPIO}: <A > {CEP}: #####
FORMACAO {ESCOLA}R: <A >
JA SOFREU {OUTRO AC}IDENTE, ENQUANTO FUNCIONARIO PUBLICO? <A > 1-NAO 2-SIM 9 - SR
SE SIM, {QUANTOS}? <A > 1-UM 2-DOIS 3-TRES OU MAIS

2. IDENTIFICACAO DO ORGAO

{ORGAO}: <A >
{UNIDADE} ADMINISTRATIVA: _____ {SETOR}: <A >
{END}ERECO DO {ORGAO}: <A >
{MUNIC}PIO: <A > TELE{FONE}: <long distance>

3. INFORMACOES SOBRE O ACIDENTE

{DATA} DO ACIDENTE: <dd/mm/yyyy> {HORA}: ##.## horas
{N}UME{R}O DE {HORAS} TRABALHADAS ATE O ACIDENTE: ##
{LESAO}: <A > 1-COM 2-SEM 9-SR
{AFASTAM}ENTO: <A > 1-COM 2-SEM 3-OBITO 9-SR
{TIPO} DE {ACID}ENTE: <A >
1-TIPICO 2-TRAJETO 3-DOENCA PROFISSIONAL
{TRAJETO}: <A > 1-IDA 2-RETORNO 9-SR

DESCRICAO DO ACIDENTE:

{NATUR}EZA DO ACIDENTE {1}: <A >
 {ESP}ECIFIQUE {NATUR}EZA: <A >
 {PARTE} DO CORPO ATINGIDA {1}: <A >
 {ESP}ECIFIQUE {PARTE} DO CORPO: <A >
 {CAUSA} DA LESAO {1}: <A >
 {ESP}ECIFIQUE {CAUSA}: <A >
 {NAT}UREZA DA {LES}AO {1}: <A >
 {ESP}ECIFIQUE {LESAO}: <A >
 {PROVOCAD}O POR: <A >
 {INF}ORMACOES {MED}ICAS COMPLEMENTARES: <A >
 {NATUR}EZA DO ACIDENTE {2}: <A >
 {OUT}RO {NATUR}EZA: <A >
 {PARTE} DO CORPO ATINGIDA {2}: <A >
 {CAUSA} DA LESAO {2}: <A >
 {OUT}RO {CAUSA} DA LESAO: <A >
 {NAT}UREZA DA {LES}AO {2}: <A >
 {OUT}RO {NAT}UREZA DA {LES}AO: <A >
 {PROC}EDIMENTOS {ADOT}ADOS P/EVITAR NOVA OCORRENCIA: <A >
 1-ORIENTACAO 2-MUDANCA NO PROCESSO TRAB 9-SR

NOTIFICACAO DE ACIDENTE DE TRABALHO COM MATERIAL BIOLOGICO

EXISTE {SCIH}: <A > {CIPA}: <A > 1-SIM 2-NAO
 PROFISSIONAL OBEDECIA {NORMA}S DE {BIO}SSEGURANCA: <A > 1-SIM 2-NAO 9-SR
 SE NAO, {POR QUE}: <A >
 {OBEDECIA}: <A > 1-SIM 2-NAO 9-SR
 {INF}ORMACOES DO PROFISSIONAL {ACID}ENTADO: <A > 1-SIM 2-NAO/SR
 {HIV1}: <A > 1-HIV+ 2-HIV-/Desc
 {HBS Ag1}: <A > 1-HBS Ag+ 2-HBS Ag-/Desc
 {Vac}. {Hep}. {B}: <A > 1-Vacinado 2-Nao Vacinado
 {INF}ORMACOES DO {PACIE}NTE: <A > 1-SIM 2-NAO/SR
 {HIV2}: <A > 1-HIV+ 2-HIV-/Desc
 {HBS Ag2}: <A > 1-HBS Ag+ 2-HBS Ag-/Desc

{OBS 1} DO PESQUISADOR: <A >
 {OBS 2} DO PESQUISADOR: <A >
 {OBS 3} DO PESQUISADOR: <A >

APÊNDICE B

**UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA**

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ

RELATÓRIO DE ACIDENTES DE TRABALHO TÍPICOS (ATTs) DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DA DIRETORIA DE ENFERMAGEM DO HU – 1997 A 2002

SUMÁRIO

1 ACIDENTES DE TRABALHO (ATs) DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM POR DIRETORIA DO HU	334
2 ATs DOS TRABALHADORES DO HU, SEGUNDO O TIPO	336
3 ACIDENTES DE TRABALHO TÍPICOS (ATTs) DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DA DIRETORIA DE ENFERMAGEM DO HU	337
4 ATTs DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM, POR DIVISÃO E SETORES DE APOIO	339
CONSIDERAÇÕES FINAIS	341

1 ACIDENTES DE TRABALHO (ATs) DOS TRABALHADORES DO HU, POR DIRETORIA

TABELA 1 – Distribuição anual dos ATs dos trabalhadores do HU, por Diretoria, de 1997 a 2002. Londrina, 2004.

DIRETORIA	1997		1998		1999		2000		200		2002		Total		TOTAL MÉDIO ANUAL		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	Nº DE TRAB.	CR
Enfermagem	77	68,1	107	72,3	69	58,5	99	64,7	50	66,7	65	59,1	467	65,1	77,8	796,0	9,8
Administrativa	20	17,7	27	18,2	35	29,7	36	23,5	14	18,7	28	25,5	160	22,3	26,7	435,7	6,1
Clínica	16	14,2	13	8,8	13	11,0	18	11,8	11	14,7	17	15,5	88	12,3	14,7	455,0	3,2
Superintendência	0	0,0	1	0,7	1	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,3	0,3	23,2	1,4
TOTAL	113	100	148	100	118	100	153	100	75	100	110	100	717	100	119,5	1709,8	7,0

***FONTE:** Divisão de Recursos Humanos do HU, 2003.

n = Número de Acidentes de Trabalho.

***Nº. DE TRAB.:** número de trabalhadores atuantes na unidade de trabalho. Fonte: Divisão de Recursos Humanos do HU.

** **CR:** coeficiente de risco – razão entre o número médio anual de ATs e o número médio de trabalhadores expostos; dá a conhecer a probabilidade da ocorrência do acidente

Observou-se que a Diretoria que apresentou maior CR foi a Diretoria de Enfermagem, demonstrando a necessidade de especial atenção quanto a implementação de medidas preventivas e revisão dos seus processos de trabalho.

Especial atenção deve ser dada aos profissionais de enfermagem; estes executam cuidados diretamente aos pacientes, muitos dos quais portadores de doenças infecciosas graves, incorrendo em riscos potenciais à sua saúde.

FIGURA 1 – Distribuição do CR anual dos ATs dos trabalhadores do HU, por Diretoria, de 1997 a 2002. Londrina, 2004.

A Figura 1 apresenta o CR, ano a ano, por Diretoria. Observou-se redução deste indicador nos anos 2001 e 2002. Possivelmente, a paralisação parcial dos funcionários entre os meses de setembro de 2001 e fevereiro de 2002 teve repercussão nestes dados. Contudo, deve ser considerado que a redução dos serviços neste período esteve em torno de 50% apenas.

Outro fato importante, e que pode ter desencadeado este quadro, diz respeito à possibilidade de tratar-se de resposta às diversas iniciativas desenvolvidas no Hospital pela comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), Divisão de Ensino e Pesquisa da Diretoria de Enfermagem, e outros, objetivando a prevenção de ATs, especialmente os Acidentes de Trabalho com Material Biológico (ATMBs).

Contudo, é notória a presença de dificuldades na operacionalização do atendimento do Programa de Acidentes de Trabalho com Material Biológico (PATMB) aos trabalhadores, que também pode ter interferido na diminuição do número de acidentes desta natureza notificados na Instituição.

2 ATs DOS TRABALHADORES DO HU, SEGUNDO O TIPO

TABELA 2 – Distribuição dos ATs dos trabalhadores do HU segundo o tipo, por Diretoria, de 1997 a 2002. Londrina, 2004.

DIRETORIA	DOENÇA PROFISSIONAL				TÍPICO				TRAJETO				TOTAL			
	n	%	Nº MÉDIO TRAB.	CR MÉDIO ANUAL	n	%	Nº MÉDIO TRAB.	CR MÉDIO ANUAL	n	%	Nº MÉDIO TRAB.	CR MÉDIO ANUAL	n	%	Nº MÉDIO TRAB.	CR MÉDIO ANUAL
Enfermagem	20	100	796,0	0,4	412	66,9	796,0	8,6	35	43,2	796,0	0,7	467	65,1	796,0	9,8
Administrativa	0	0,0	435,7	0,0	130	21,1	435,7	5,0	30	37,0	435,7	1,1	160	22,3	435,7	6,1
Clínica	0	0,0	455,0	0,0	72	11,7	455,0	2,6	16	19,8	455,0	0,6	88	12,3	455,0	3,2
Superintendência	0	0,0	23,2	0,0	2	0,3	23,2	1,4	0	0,0	23,2	0,0	2	0,3	23,2	1,4
TOTAL	20	100	1709,8	0,2	616	100	1709,8	6,0	81	100	1709,8	0,8	717	100	1709,8	7,0

Os acidentes típicos, como o esperado, mostraram os maiores CR em todas as Diretorias, sendo que a de Enfermagem mostrou-se com maior risco de ATs e de doença profissional.

O diagnóstico de doença profissional foi apresentado em 19 casos referentes a surto de escabiose norueguesa que acometeu 19 profissionais de enfermagem. Um caso de tuberculose foi notificado também como doença profissional em trabalhador de enfermagem.

3 ACIDENTES DE TRABALHO TÍPICOS (ATTs) DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DA DIRETORIA DE ENFERMAGEM DO HU

TABELA 3 – Distribuição dos ATTs dos trabalhadores de enfermagem do HU, segundo a função, de 1997 a 2002. Londrina, 2004.

FUNÇÃO	1997		1998		1999		2000		2001		2002		Total		TOTAL MÉDIO ANUAL			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	Nº DE TRAB.	CR
Técnico / Auxiliar/ Atendente Enfermagem	53	100	86	93,5	52	94,5	77	95,1	32	88,9	32	100	332	95,1	55,3	95,1	539	10,3
Enfermeiro	0	0,0	6	6,5	3	5,5	4	4,9	4	11,1	0	0,0	17	4,9	2,8	4,9	96	3,0
TOTAL	53	100	92	100	55	100	81	100	36	100	32	100	349	100	58,2	100	635	9,2

FIGURA 2 – Distribuição do CR anual dos ATTs dos trabalhadores de enfermagem do HU, segundo a função, de 1997 a 2002. Londrina, 2004.

Notoriamente, os Técnicos, Auxiliares e Atendentes de Enfermagem estão mais expostos aos ATTs na Diretoria de Enfermagem, uma vez que apresentaram os maiores CR em todos os anos.

Digno de nota é a ausência de notificações dos enfermeiros nos anos de 1997 e 2002, sugerindo a possibilidade de subnotificação.

3 ATTs DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM, POR DIVISÃO E SETORES DE APOIO

TABELA 4 – Distribuição dos ATTs dos trabalhadores de enfermagem do HU, segundo a Divisão e Setor de Trabalho, de 1997 a 2002. Londrina, 2004.

DIVISÃO	UNIDADE	1997		1998		1999		2000		2001		2002		Total		MÉDIA ANUAL 1997-2002		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	Nº. DE TRAB	CR
Pronto Socorro	PS	11	100	18	100	9	100	28	100	9	100	5	100	80	100	13,3	84	16,0
Centro Cirúrgico Centro de Material	CC	8	44,4	17	73,9	6	75,0	9	69,2	2	40,0	4	100	46	64,8	7,7	40	19,2
	CM	10	55,6	6	26,1	2	25,0	4	30,8	3	60,0	0	0,0	25	35,2	4,2	37	11,2
	Total	18	100	23	100	8	100	13	100	5	100	4	100	71	100	11,8	77	15,3
UTI	UTI	3	100	5	100	13	100	6	100	5	100	5	100	37	100	6,2	64	9,7
Internamento Adulto	Moléstias Infecciosas	4	36,4	9	47,4	5	45,5	5	27,8	3	42,9	1	14,3	27	37,0	4,5	36	12,6
	U. Masculina	4	36,4	4	21,1	4	36,4	7	38,9	3	42,9	3	42,9	25	34,2	4,2	62	6,7
	U. Feminina	3	27,3	5	26,3	0	0,0	6	33,3	1	14,3	2	28,6	17	23,3	2,8	42	6,7
	Tisiologia	0	0,0	1	5,3	2	18,2	0	0,0	0	0,0	1	14,3	4	5,5	0,7	6	11,8
	Total	11	100	19	100	11	100	18	100	7	100	7	100	73	100	12,2	146	8,4

Continua...

conclusão

DIVISÃO	SETOR	1997		1998		1999		2000		2001		2002		Total		MÉDIA ANUAL 1997-2002		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	Nº. DE TRAB	CR
Materno-Infantil	Maternidade	0	0,0	2	8,7	6	54,5	4	44,4	1	20,0	5	62,5	18	29,0	3,0	25	12,2
	Uti Pediátrica	2	33,3	8	34,8	1	9,1	2	22,2	0	0,0	1	12,5	14	22,6	2,3	23	10,1
	Pediatria	3	50,0	9	39,1	0	0,0	2	22,2	2	40,0	2	25,0	18	29,0	3,0	42	7,2
	UTI Neonatal	0	0,0	2	8,7	2	18,2	1	11,1	1	20,0	0	0,0	6	9,7	1,0	21	4,8
	UCI Neonatal	1	16,7	2	8,7	2	18,2	0	0,0	1	20,0	0	0,0	6	9,7	1,0	18	5,7
	Total	6	100	23	100	11	100	9	100	5	100	8	100	62	100	10,3	128	8,1
Atendimento	Endoscopia	0	0,0	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	1	50,0	2	15,4	0,3	2	15,4
	Hemocentro	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	75,0	0	0,0	1	50,0	4	30,8	0,7	11	6,1
	CCIH	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,7	0,2	3	5,3
	Ambulatório	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100	0	0,0	2	15,4	0,3	12	3,1
	Hemodiálise	1	33,3	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	15,4	0,3	10	3,2
	Radiologia	1	33,3	0	0,0	00	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	2	15,4	0,3	12	2,9
	Total	3	100	1	100	1	100	4	100	2	100	2	100	13	100	2,2	52	4,1
AHC	AHC - Enf	0	0,0	3	100	2	100	3	100	2	100	0	0,0	10	100	1,7	47	3,6
Outros	DMMH	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100	0	0,0	1	33,3	0,2	5	3,3
	Transporte	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100	2	66,7	0,3	7	5,1
	Total	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100	1	100	3	100	0,5	38	1,3
TOTAL GERAL		53	100	92	100	55	100	81	100	36	100	32	100	349	800	58,2	635	9,2

Conforme mostrado a Tabela 4, o CR médio anual apresentou maiores valores nas Divisões de Pronto Socorro, Centro Cirúrgico, Internamento Adulto, Materno-Infantil e Unidade de Terapia Intensiva, o que sugere necessidade de especial atenção para estas diante do quadro da Diretoria de Enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme já apontado previamente, este estudo objetivou apresentar os indicadores dos ATTs dos Trabalhadores de Enfermagem da Diretoria de Enfermagem do HU, do ano de 1997 a 2002.

Espera-se contribuir, desta maneira, para a promoção da saúde destes trabalhadores, que se ocupam diuturnamente na assistência à saúde da população. Igualmente, há que haver preocupação com a sua saúde, sendo esta uma conquista de todos os trabalhadores, dos gerentes dos serviços, de toda a comunidade.

APÊNDICE C

☐ ACIDENTES OCUPACIONAIS E PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO NORTE DO PARANÁ

ROTEIRO DE ENTREVISTA DAS CHEFES DE DIVISÃO DE ENFERMAGEM

N.º _____

DATA: ____/____/____

Idade _____ Sexo _____

Pós-Graduação: () Especialista () Mestre () Doutor

Cargo que exerce: _____

Divisão / Unidade de trabalho: _____

1ª PARTE

- Descontração e entrosamento
- Explicação dos objetivos da pesquisa e apresentação do Termo de Consentimento

2ª PARTE

- Qual a sua avaliação a respeito do Relatório de Acidentes de Trabalhos (ATTs) do HU e/ou da Divisão/Setor que você gerencia? Por quê?
- O conhecimento dos resultados do Relatório de ATTs trouxe alguma repercussão no processo de trabalho do HU e/ou da sua Divisão/Setor? Justifique.
- Na sua avaliação, quais são as características do processo de trabalho de enfermagem que trazem maiores “cargas de trabalho” – biológicas, físicas, químicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas-, e, conseqüentemente, incorrem em desgaste físico e emocional, que propiciam a ocorrência de acidentes de trabalho, com repercussões no processo saúde-doença dos trabalhadores da sua Divisão e/ou do HU?
- O que você considera que deve ser feito, no HU e/ou na sua Divisão/Unidade de trabalho, para a prevenção de Acidentes de Trabalho? Justifique.

3ª PARTE

- Gostaria de fazer algum comentário a mais ou alguma sugestão?

**☐ ACIDENTES OCUPACIONAIS E PROCESSO DE TRABALHO DE
ENFERMAGEM EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO NORTE DO PARANÁ**

**INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DAS “CARGAS DE TRABALHO” PRESENTES NO
PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM**

CARGAS	ATIVIDADES / FONTES
FÍSICAS	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ruídos; ■ Vibrações provenientes da maquinaria; ■ Temperatura; ■ Umidade; ■ Ventilação; ■ Iluminação natural e artificial; ■ Estas cargas caracterizam determinado ambiente de trabalho e decorrem, principalmente, das exigências técnicas para a transformação do objeto de trabalho.
QUÍMICAS	<ul style="list-style-type: none"> ■ Poeira; ■ Fumaças; ■ Gases, vapores; ■ Pastas ou líquidos; ■ São derivadas, principalmente, do objeto de trabalho e dos meios envolvidos em sua transformação. todas as substâncias químicas presentes em determinado tipo de processo de trabalho;
BIOLÓGICAS	<ul style="list-style-type: none"> ■ Organismos animais ou vegetais que causem danos a saúde do trabalhador (bactérias, vírus, fungos, parasitas e fibras vegetais, etc); ■ Derivam, principalmente, do objeto de trabalho e das condições de higiene ambiental em que ocorre a sua realização.
MECÂNICAS	<ul style="list-style-type: none"> ■ Resultantes da tecnologia de trabalho, do próprio objeto de trabalho; ■ Materiais soltos no ambiente; ■ Condições de instalação e manutenção dos meios de produção.
FISIOLÓGICAS	<ul style="list-style-type: none"> ■ Esforços físicos; ■ Movimentos exigidos pelas tarefas; ■ Espaço disponível para a realização do trabalho; ■ Posições assumidas em sua execução; ■ Horas-extras de trabalho; ■ Turnos noturno e rotativos.
PSÍQUICAS	<ul style="list-style-type: none"> ■ Elementos do processo de trabalho que são fontes de stress, sendo talvez a principal delas a organização e a divisão do trabalho.

FONTE: FACCHINI, L. A. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado à saúde do trabalhador. In: ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M.; BUSCHIMELLI, J. T. P. (Org.). **Isto é trabalho de gente?** vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 181-2.

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Iara Aparecida de Oliveira Sêcco, sou aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, na área de Saúde do Trabalhador. Também sou Enfermeira lotada na Diretoria de Enfermagem do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná (HURNP). Estou realizando um estudo do Doutorado em Enfermagem Fundamental com o título: *"Sistema de Informação de Acidentes Ocupacionais e Processo de Trabalho de Enfermagem em Hospital Universitário do Norte do Paraná"*.

O objetivo é avaliar o *Sistema de Informação dos Acidentes Ocupacionais* da Diretoria de Enfermagem da Instituição e analisar a relação desses eventos com o processo de trabalho desenvolvido pelos trabalhadores, que estão expostos às várias "cargas" próprias do trabalho. Também, com esse estudo, desejamos colaborar na prevenção de novos casos, por meio de recomendações e inovações que possam ser incorporadas na organização e desenvolvimento das inúmeras atividades de enfermagem.

Por você ser Chefe de Divisão de uma unidade administrativa do HURNP, venho pedir a sua participação concedendo uma entrevista que será gravada pela pesquisadora e posteriormente transcrita.

Gostaria de esclarecer que, caso não deseje participar, tem toda a liberdade de fazê-lo. E ainda, caso não queira responder alguma pergunta, também compreenderei e sua vontade será respeitada. Quero lembrar que o seu nome será mantido em total sigilo, e as suas declarações não interferirão em sua carreira profissional.

A transcrição da entrevista será entregue a você para que aprove o registro das informações. Caso deseje fazer correções, estas serão respeitadas e devidamente realizadas, com posterior apresentação para o consentimento final.

Comprometo-me a manter os princípios éticos e o sigilo de sua pessoa.

Agradeço-lhe a valiosa colaboração e coloco-me à disposição para esclarecimentos.

Declaro que fui informado sobre a pesquisa e concordo em participar.

Londrina, de de 2004.

Assinatura da Chefia de Enfermagem

Assinatura da Pesquisadora

Anexos

ANEXO A

GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ
Secretaria de Estado da Administração
Divisão de Medicina e Saúde Ocupacional
Comunicação de Acidente do Trabalho - Servidor Estatutário

(Preencher datilografado ou em letra de forma)

1. Identificação do funcionário

Nome:			
RG:	Idade:	Sexo:	Estado Civil:
Cargo:	Categoria Funcional: () Efetivo () Cargo em Comissão		
Função Exercida:			
Endereço Residencial:			
Bairro:	Telefone Residencial:		
CEP.:	Município:		

2. Formação Escolar

() 1. Analfabeto	() 5. 2º Grau Incompleto
() 2. Alfabetizado	() 6. 2º Grau Completo
() 3. 1º Grau Incompleto	() 7. Superior
() 4. 1º Grau Completo	() 8. Pós-graduação

3. Identificação do Órgão

Órgão / Unidade Admin.:		
Município:	Telefone:	

4. Informações sobre o Acidente

5. Tipo do Acidente

Data do Acidente: ____/____/____. Hora do Acidente: ____:____ h.	() 1. Típico (no Trabalho)
Número de horas trabalhadas até o acidente: ____:____ horas	() 2. Trajeto (Deslocamento: casa p/ trabalho; Trabalho p/ casa)
() 1. Com afastamento () 2. Sem Afastamento () 3. Com Óbito	() 3. Doença Profissional
() 1. Com Lesão () 2. Sem Lesão	(competência exclusiva da DIMS)

6. Descrição do Acidente

(Preenchimento obrigatório pelo SESMT ou Chefia imediata)

Parte(s) do corpo atingida(s)

() 1. Cabeça (exceto olhos)	() 5. Mãos
() 2. Olhos	() 6. Membros inferiores
() 3. Tronco	() 7. Sistemas e aparelhos
() 4. Membros superiores (exceto mãos)	() 8. Múltiplas partes

A Comunicação de Acidente de Trabalho deve ser encaminhada a DIMS no prazo máximo de 24 horas

7. Laudo de Exame Médico

Serviço Médico: _____		Data: ____/____/____		Hora: ____:____	
Descrição da(s) Lesão(ões): _____					
Diagnóstico provável: _____					
Há compatibilidade entre o estágio evolutivo da(s) Lesão(ões) e a data do acidente declarada no anverso ?					
() SIM () NÃO					
Há correlação entre a natureza, grau e localização da(s) lesão(ões) e o histórico do acidente que a(s) teriam provocado ?					
() SIM () NÃO					
Regime de tratamento a que deverá submeter-se o acidentado.		() Hospitalar		() Ambulatorial	
Deverá o acidentado, durante o tratamento, afastar-se do trabalho ?		() SIM		() NÃO	
Condições patológicas preexistentes ao acidente: _____					
Observações: _____					

Localidade: _____		Data: ____/____/____.			

Médico Assistente (assinatura e carimbo)					

8. De uso exclusivo da DIMS

Investigação do Acidente	
(Codificado)	
() Natureza do Acidente () Causa da Lesão () Natureza da Lesão () Parte do corpo atingida	
Observações: _____	

Testemunhas do Acidente

Nome: _____	Assinatura: _____
Endereço: _____	
Nome: _____	Assinatura: _____
Endereço: _____	

Chefia Imediata: _____	Data: ____/____/____	Declaro serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas, assumindo total responsabilidade pelas mesmas. _____ Assinatura do Servidor
Nome: _____		
Assinatura: _____		
Carimbo		

ANEXO B

MAIS SAÚDE	NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO, COM MATERIAL BIOLÓGICO	<small>GOVERNO DO ESTADO</small> PARANÁ
1. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL		NÚMERO 1491
NOME: _____ RG: _____ IDADE: _____ SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____ ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____ BAIRRO: _____ CIDADE: _____ UF: _____ CEP: _____ TELEFONE: _____ ENDEREÇO: _____ UNIDADE DE TRABALHO: _____ CARGO: _____ EXISTE: SCIH ☐ CIPA ☐ 1- SIM 2- NÃO		
2. INFORMAÇÃO SOBRE O ACIDENTE		DIA ____/____/____ HORA: _____
2.1 DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: _____ 2.2 DESCRIÇÃO DA LESÃO: _____ 2.3 ATIVIDADE DESEMPENHADA NO MOMENTO DO ACIDENTE: _____ 2.4 PROFISSIONAL OBEDECIA NORMAS DE BIOSSEGURANÇA: ☐ SIM ☐ NÃO SE NÃO, PORQUÊ? _____		
3. INFORMAÇÃO DO PROFISSIONAL ACIDENTADO () HIV Positivo () HIV Negativo ou desconhecido () HBS Ag Positivo () HBS Ag Negativo ou desconhecido () Vacinado - hepatite B () Não Vacinado - hepatite B	4. INFORMAÇÃO DO PACIENTE (se possível) () HIV Positivo () HIV Negativo ou desconhecido () HBS Ag Positivo () HBS Ag Negativo ou desconhecido	
5. CHEFIA IMEDIATA Nome: _____ Data: ____/____/____ <div style="text-align: right;">Assinatura _____</div>		
OBSERVAÇÕES: UNIDADE ONDE OCORREU O ACIDENTE * Encaminhar o paciente, com a 2ª via, à UNIDADE DE REFERÊNCIA 24 HORAS. * Encaminhar a 1ª via ao SETOR DE EPIDEMIOLOGIA DO MUNICÍPIO. * Esta notificação NÃO substitui a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), que deverá ser preenchida e encaminhada ao Instituto Previdenciário ao qual o profissional está vinculado. SETOR DE EPIDEMIOLOGIA DO MUNICÍPIO * Arquivar esta via para controle de acidentes em seu município. * Encaminhar trimestralmente à Regional de Saúde relatórios sobre os acidentes ocorridos em seu município.

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL	NÚMERO 1491
---	--------------------

NOME: _____	
RG. _____	IDADE: _____ SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____
ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____	
BAIRRO: _____	CIDADE: _____ UF: _____
CEP: _____	TELEFONE: _____
UNIDADE DE TRABALHO: _____ OCUPAÇÃO: _____	
EXISTE: SCIH ☐	CIPA ☐ 1- SIM 2- NÃO

2. INFORMAÇÃO SOBRE O ACIDENTE	DIA ____/____/____	HORA: _____
---------------------------------------	---------------------------	--------------------

2.1 DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: _____	
2.2 DESCRIÇÃO DA LESÃO: _____	
2.3 ATIVIDADE DESEMPENHADA NO MOMENTO DO ACIDENTE: _____	
2.4 PROFISSIONAL OBEDECEIA NORMAS DE BIOSSEGURANÇA: ☐ SIM ☐ NÃO SE NÃO, PORQUÊ? _____	

3. INFORMAÇÃO DO PROFISSIONAL ACIDENTADO	4. INFORMAÇÃO DO PACIENTE (se possível)
() HIV Positivo	() HIV Positivo
() HIV Negativo ou desconhecido	() HIV Negativo ou desconhecido
() HBS Ag Positivo	() HBS Ag Positivo
() HBS Ag Negativo ou desconhecido	() HBS Ag Negativo ou desconhecido
() Vacinado - hepatite B	
() Não Vacinado - hepatite B	

5. CHEFIA IMEDIATA
Nome: _____
Data: ____/____/____
_____ Assinatura

6. CONDUTA NO SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA O ACIDENTADO
--

6.1 SOROLOGIA - Imediatamente após os acidente	
() Anti HIV (Elisa)	() Hemograma
() Anti HBS	() Teste função hepática
() Anti HBS	() Teste de função renal
() Anti HCV	
() HVS Ag	
6.2 PROFILAXIA HIV IMEDIATA () SIM () NÃO QUANTO TEMPO APÓS O ACIDENTE: _____	
6.3 PROFILAXIA HEPATITE () GAMAGLOBULINA () VACINA QUANTO TEMPO APÓS O ACIDENTE: _____	

7. MÉDICO ASSISTENTE
NOME: _____ DATA: ____/____/____
_____ ASSINATURA / CARIMBO

APÓS O PREENCHIMENTO ENTREGAR ESTA VIA AO PACIENTE E ENCAMINHÁ-LO AO AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES — CONDUTA E ACOMPANHAMENTO

CONCLUSÃO

MÉDICO ASSISTENTE
NOME: _____
DATA ____/____/____
ASSINATURA / CARIMBO

ANEXO C

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ, DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA

UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

LONDRINA, 03 DE ABRIL DE 2003.

PARECER CEP 026/03

À Sra.
IARA APARECIDA DE OLIVEIRA SÊCCO
Nesta

Prezada Senhora,

O Comitê de Ética em Pesquisa analisou e aprovou o Projeto de Pesquisa "ACIDENTES DE TRABALHO E RISCOS OCUPACIONAIS DOS PROFISSIONAIS DE HOSPITAL-ESCOLA PÚBLICO DO NORTE DO PARANÁ: UM ESTUDO A PARTIR DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO DOS ACIDENTES DE TRABALHO"*, bem como o Termo de Consentimento que está de acordo com a Resolução 196/96 — CNS.

Atenciosamente,

Profª. Dra. Nilza Maria Diniz
Comitê de Ética em Pesquisa
Coordenadora

CONFERE COM O ORIGINAL

* Conforme comunicação apresentada em 09/06/06 ao Comitê de Ética em Pesquisa, o título da tese referente a este Projeto foi alterado para "Acidentes e Cargas de Trabalho dos Trabalhadores de Enfermagem de um Hospital Universitário do Norte do Paraná".

ANEXO D

ATRIBUIÇÕES DAS CHEFIAS DE ENFERMAGEM DA DIRETORIA DE ENFERMAGEM DO HU PARTICIPANTES DA PESQUISA

1. DIRETOR DE ENFERMAGEM

☐ COMPETE À DIRETORIA DE ENFERMAGEM:

- I. Administrar todas as ações de assistência de enfermagem aos usuários dos diversos Serviços, sem solução de continuidade, para que sejam satisfeitas suas necessidades fundamentais de natureza física, mental, espiritual e social, bem como seja realizado o devido atendimento às suas famílias;
- II. Gerir os recursos humanos componentes da Diretoria;
- III. Implementar ações que visem a promoção e preservação da saúde do trabalhador da Diretoria;
- IV. Atuar em parceria com as Instituições formadoras de profissionais da área da saúde, especialmente os de enfermagem, quer do nível técnico ou superior, colaborando na preparação do campo de estágio para os mesmos e contribuindo para a divulgação do trabalho realizado pela enfermagem do HURNP;
- V. Implementar o avanço da pesquisa e da extensão na área da saúde, especialmente na área de enfermagem, apoiando todas as iniciativas dos profissionais e alunos do HURNP e de outras Instituições de Ensino comprovadamente comprometidas com o avanço da ciência e da promoção humana;
- VI. Representar a enfermagem do HURNP junto aos órgãos de classe e às demais instâncias jurídicas;
- VII. Cumprir e fazer cumprir a legislação específica da área.

2. À CHEFE DE SEÇÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

☐ COMPETE:

- I. Realizar a vigilância epidemiológica das infecções hospitalares, através da Busca Ativa;
- II. Emitir dados estatísticos relativos a taxa mensal de infecção hospitalar das unidades sob vigilância;
- III. Realizar investigação de surtos, planejar e implementar ações cabíveis;
- IV. Coletar materiais suspeitos de contaminação bacteriológica;
- V. Realizar visitas aos diversos setores do hospital para diagnosticar fatores de riscos, fornecendo recomendações e realizando ações educativas, em parceria com a Seção de Desenvolvimento e Educação Permanente;
- VI. Definir e implantar protocolos e rotinas necessárias para o controle de anti-microbianos, anti-sépticos e desinfetantes;
- VII. Supervisionar, rotinas para o controle ambiental, incluindo limpeza hospitalar, manuseio e transporte de resíduos hospitalares, em parceria com a Gerência de Hotelaria Hospitalar e Gerência de Risco;
- VIII. Emitir parecer sobre planta física e/ou reforma das dependências do hospital;
- IX. Elaborar normas de isolamento e definir critérios para admissão, transferência e altas de pacientes infectados;
- X. Promover ações educativas para a comunidade hospitalar e incentivar pesquisas relacionadas com os múltiplos aspectos do controle das infecções hospitalares;
- XI. Elaborar e divulgar boletim informativo mensalmente contendo dados das atividades da CCIH e assuntos de interesse geral;
- XII. Elaborar relatório semestral e anual para encaminhamento à Diretoria do Hospital e Secretaria de Saúde do Estado;
- XIII. Atender no Ambulatório de Egressos Cirúrgicos os casos de infecção pós-alta;

- XIV.** Cooperar com o serviço de vigilância sanitária do órgão estadual ou municipal de saúde, informando à Direção do Hospital as ocorrências de surtos ou infecções associadas a utilização de insumos e/ou produtos industrializados;
- XV.** Abrir as fichas de notificação de todas as cirurgias das unidades de internação para posterior preenchimento e confecção da documentação cirúrgica;
- XVI.** Entregar e orientar os pacientes sobre as recomendações contidas no aerograma para controle de infecção hospitalar cirúrgica pós alta;
- XVII.** Realizar diariamente a notificação das Infecções Hospitalares por meio da Busca Ativa, em todas as unidades de internação do HURNP;
- XVIII.** Realizar diariamente visitas aos pacientes das UTIs para análise e registro dos dados epidemiológicos;
- XIX.** Realizar busca ativa e notificar os casos de infecção hospitalar, segundo protocolo vigente;
- XX.** Cumprir e fazer cumprir a legislação específica da área.

3. DIVISÃO DE INTERNAÇÃO

A Divisão de Internação objetiva prestar assistência de enfermagem segura e humanizada a pacientes internados, portadores de afecções clínicas, cirúrgicas e infecciosas, contribuindo para o desenvolvimento do ensino, pesquisa e extensão.

□ À CHEFE DE DIVISÃO DE INTERNAÇÃO COMPETE:

- I.** Desenvolver ações interdisciplinares, que beneficiem o atendimento das necessidades dos pacientes portadores de afecções clínicas, cirúrgicas e infecciosas;
- II.** Desenvolver ações que visem o atendimento integral aos pacientes com afecções clínicas, cirúrgicas e infecciosas;
- III.** Promover a inserção dos familiares e/ou cuidadores, em todas as fases do tratamento;
- IV.** Coordenar a elaboração e atualização das normas, rotinas e protocolos assistenciais de enfermagem, abordando direitos e deveres dos pacientes;
- V.** Participar da inserção de pacientes e familiares na equipe de saúde, informando-os e orientando-os sobre estado de saúde e condutas;
- VI.** Implementar a realização de pesquisas científicas na área médico-cirúrgica e infectologia, que contribuam para a melhoria da qualidade da assistência;
- VII.** Assegurar a notificação de casos de violência e maus tratos de pacientes às autoridades competentes;
- VIII.** Cumprir e fazer cumprir a legislação específica da abordagem familiar para doação de órgãos;
- IX.** Cumprir e fazer cumprir a legislação específica da área.

4. DIVISÃO DE CENTRO CIRÚRGICO

A DIVISÃO DE CENTRO CIRÚRGICO OBJETIVA:

- realizar assistência de enfermagem segura e humanizada no pré, intra e pós operatório, aos pacientes cirúrgicos eletivos e/ou urgência/emergência, de simples a alta complexidade, abrangendo todas as especialidades cirúrgicas atuantes na Instituição, aliado ao ensino, pesquisa e extensão, preservando os princípios éticos e morais do usuário;
- coordenar as ações do Serviço de Reprocessamento e Esterilização de Materiais e fazer a interface com as unidades de aquisição de materiais e equipamentos e as consumidoras dos seus produtos.

□ À CHEFE DE DIVISÃO DE CENTRO CIRÚRGICO COMPETE:

- I.** Coordenar as atividades de enfermagem na seção de Salas Cirúrgicas, Seção de Sala de Recuperação Anestésica e na Seção de Reprocessamento e Esterilização de Material;

- II. Coordenar o reprocessamento dos materiais utilizados nas unidades do hospital, bem como os específicos para sala cirúrgica;
- III. Controlar materiais e equipamentos específicos e de alta complexidade;
- IV. Atuar no processo de captação de órgãos, segundo a legislação específica;
- V. Coordenar a elaboração e atualização das normas, rotinas e protocolos de enfermagem, abordando direitos e deveres dos pacientes;
- VI. Participar da inserção de pacientes e familiares na equipe de saúde, informando-os e orientando-os sobre estado de saúde e condutas;
- VII. Cumprir e fazer cumprir a legislação específica da área.

5. DIVISÃO DE PRONTO SOCORRO

A Divisão de Pronto Socorro objetiva prestar assistência de enfermagem segura e humanizada à comunidade em geral, de forma ininterrupta, nas situações de urgência e emergência, através de ações de média e alta complexidade, contribuindo para o desenvolvimento do ensino, pesquisa e extensão.

☐ À CHEFE DE DIVISÃO DE PRONTO SOCORRO COMPETE:

- I. Coordenar a assistência de enfermagem a pacientes cirúrgicos, clínicos e ortopédicos em urgência/emergência;
- II. Implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem e protocolos de atendimento a pacientes em urgência/emergência;
- III. Implementar medidas de controle de materiais e equipamentos em urgência/emergência;
- IV. Manter a equipe atualizada no manuseio de equipamentos utilizados em urgência emergência;
- V. Prover materiais e equipamentos necessários para o atendimento de urgências e emergências;
- VI. Viabilizar assistência de enfermagem a pacientes encaminhados pelos serviços de referência do município e região;
- VII. Realizar ações intersetoriais otimizando o fluxo de atendimento dos paciente para as unidades;
- VIII. Implementar a realização de pesquisas científicas na área de urgência e emergência, que contribuam para a melhoria da qualidade da assistência;
- IX. Informar à vigilância epidemiológica, todos os casos de doenças infecciosas de notificação obrigatória;
- X. Participar de programas e projetos que visem a redução da transmissão vertical do vírus HIV;
- XI. Colaborar com o hospital na integração do mesmo junto ao Sistema de Saúde;
- XII. Assegurar a notificação de casos de violência e maus tratos às autoridades competentes;
- XIII. Cumprir e fazer cumprir a legislação específica da abordagem familiar para doação de órgãos;
- XIV. Coordenar a elaboração e atualização das normas, rotinas e protocolos de enfermagem, abordando direitos e deveres dos pacientes;
- XV. Participar da inserção de pacientes e familiares na equipe de saúde, informando-os e orientando-os sobre estado de saúde e condutas;
- XVI. Cumprir e fazer cumprir a legislação específica da área.

6. DIVISÃO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

A Divisão da Unidade de Terapia Intensiva Adulto Tem por finalidade prestar assistência de Enfermagem, segura e humanizada aos pacientes adultos criticamente enfermos, potencialmente recuperáveis, e a seus familiares, contribuindo para a sua reintegração à sociedade e ao desenvolvimento do ensino, pesquisa e extensão.

☐ À CHEFE DE DIVISÃO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO COMPETE:

- I. Planejar, supervisionar e executar as atividades de Enfermagem nas Unidades de Terapia Intensiva Adulto I e II;

- II. Promover a assistência de Enfermagem segura e humanizada aos pacientes adultos criticamente enfermos;
- III. Desenvolver ações interdisciplinares para otimizar o atendimento aos pacientes adultos criticamente enfermos;
- IV. Estabelecer e fazer cumprir protocolos de controle de infecção;
- V. Implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem e protocolos de atendimento a pacientes criticamente enfermos;
- VI. Manter a equipe atualizada no manuseio das tecnologias utilizadas no setor;
- VII. Solicitar o provimento de materiais e equipamentos necessários de alta complexidade, específicos para o atendimento da unidade;
- VIII. Realizar ações intersetoriais otimizando o fluxo de atendimento dos paciente para as unidades;
- IX. Implementar a realização de pesquisas científicas na área de terapia intensiva, que contribuam para a melhoria da qualidade da assistência;
- X. Informar à vigilância epidemiológica, todos os casos de doenças infecciosas de notificação obrigatória;
- XI. Colaborar com o hospital na integração do mesmo junto ao Sistema de Saúde;
- XII. Assegurar a notificação de casos de violência e maus tratos às autoridades competentes;
- XIII. Cumprir e fazer cumprir a legislação específica da abordagem familiar para doação de órgãos;
- XIV. Cumprir e fazer cumprir a legislação específica da área.

7. DIVISÃO MATERNO-INFANTIL

A Divisão Materno-Infantil visa prestar assistência de enfermagem segura e humanizada às crianças e gestante internadas contribuindo para o desenvolvimento do ensino, pesquisa e extensão, bem como coordenar as ações do Banco de Leite Humano da Instituição.

❑ À CHEFE DE DIVISÃO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL COMPETE:

- I. Coordenar a assistência de enfermagem, segura e humanizada, às pacientes obstétricas, aos recém-nascidos e crianças, fundamentada nos cuidados integrais;
- II. Implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem e Protocolos de atendimentos aos pacientes internados;
- III. Promover o cumprimento dos 10 passos para o Sucesso da Amamentação;
- IV. Desenvolver ações que visem o atendimento integral a gestante de alto risco;
- V. Coordenar assistência de enfermagem a parturiente e ao recém-nascido no momento do pré-parto, parto e pós-parto;
- VI. Incentivar a integração entre a equipe interdisciplinar, família e comunidade;
- VII. Incentivar a inserção dos familiares e/ou cuidadores, em todas as fases do tratamento;
- VIII. Coordenar as ações desenvolvidas pelo Banco de Leite Humano;
- IX. Participar de programas e projetos que visem a redução da transmissão vertical do vírus HIV;
- X. Promover e/ou participar de ações multiprofissionais que beneficiem o atendimento integral da gestante, recém-nascido e criança;
- XI. Implementar a realização de pesquisas científicas na área materno-infantil, que contribuam para a melhoria da qualidade da assistência;
- XII. Promover a integração entre a equipe interdisciplinar, família e comunidade;
- XIII. Assegurar a notificação de casos de violência e maus tratos às autoridades competentes;
- XIV. Cumprir e fazer cumprir a legislação específica da abordagem familiar para doação de órgãos;
- XV. Cumprir e fazer cumprir a legislação específica da área.