CRISTIANE APARECIDA SILVEIRA

**Acidentes no trabalho entre mulheres em situação de emergência
atendidas em um hospital de Ribeirão Preto-SP**

**Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo, para obtenção do
título de Mestre em Enfermagem.**

**Área de Concentração: Enfermagem
Fundamental. Programa: Enfermagem
Fundamental. Linha de Pesquisa: Saúde do
trabalhador.**

**Orientadora: Profª Drª Maria Lúcia do Carmo
Cruz Robazzi**

**Ribeirão Preto
2005**

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.

FICHA CATALOGRÁFICA

Silveira, Cristiane Aparecida.

Acidentes no trabalho entre mulheres em situação de emergência atendidas em um hospital de Ribeirão Preto-SP/ Cristiane Aparecida Silveira; orientadora Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi. Ribeirão Preto, 2005.

149p.: il.: 30 cm

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

1. Acidentes de Trabalho 2. Trabalho feminino 3. Atendimento de Emergência.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Cristiane Aparecida Silveira

Acidentes no trabalho entre mulheres em situação de emergência atendidas em um hospital de Ribeirão Preto-SP

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Enfermagem Fundamental

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. **Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi**

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Assinatura:_____

Prof^a. Dr^a. **Ana Maria de Almeida**

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Assinatura:_____

Prof^a. Dr^a. **Neusa Maria Costa Alexandre**

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP

Assinatura:_____

Ao Meu Deus, Meu Tudo

*Não me canso de Te glorificar, pois mais uma vez me
mostraste que é quando me sinto fraca é que sou forte
(II Cor 12, 10)*

*Não tenho palavras para descrever a gratidão do meu
coração e os louvores de minh'alma às Tuas Grandezas e Obras
realizadas em minha vida.*

Dedicatória Especial

Ao meu pai, João, pelo exemplo de vida e trabalho. Mesmo cansado após longos dias de trabalhos e sofrimentos, sempre olhava-me com carinho e amor...

À minha mãe, Dinorá, mulher firme e de coragem que, apesar de tantos afazeres, lutas e trabalho, nunca deixou de lado a ternura de ser mulher e mãe...

Vocês foram (e sempre serão) o meu modelo de caráter, luta, determinação e trabalho. Obrigada pelo exemplo, amor e sacrifício. Todas as minhas vitórias e conquistas são também suas, pois vocês são a razão do meu viver.

Se um dia já homem feito e realizado sentires que a terra cede a teus pés, que tuas obras desmoronaram, que não há ninguém a tua volta para estender a mão, esquece a tua maturidade, passe pela tua mocidade, volte a tua infância e balbucie entre lágrimas e esperança as últimas palavras que sempre te restarão na
alma: minha mãe, meu pai.

Rui Barbosa

Dedicatória

A minha família amada, meu irmão, Luciano, minha cunhada, Darlene e os raios de sol da minha vida: Pedro Henrique e João Marcos, meus sobrinhos. Obrigada por me entenderem, me ajudarem e aceitarem minhas ausências.

Ao Ewerton, pelo carinho, companheirismo, cumplicidade e respeito, por entender e aceitar minhas ausências, pelo “socorro” oportuno quando passei pelos piores momentos do mestrado e pelo nosso amor.

Agradecimento Especial

À Profª. Drª. Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi

A sua capacidade, competência e inteligência são do conhecimento de todos que acompanharam seu trabalho, sua vida profissional, mas a generosidade e a bondade do seu coração, a sua serenidade, mesmo diante de tantos desafios, afazeres e conflitos, transparecem e cativam aqueles que têm a bênção de conviver com você.

Nestes anos de convivência, aprendi não só a admirar a sua competência, profissionalismo e conhecimentos, como também a mulher, a mãe, a trabalhadora e a amiga que és.

Por tudo que você me ensinou, incentivou e orientou, pela convivência agradável e amizade, meus sinceros agradecimentos.

Agradecimentos

Às Prof^{as}. Dr^{as}. Ana Maria de Almeida, Neusa Maria da Costa Alexandre e Maria Helena Palucci Marziale, pelas valiosas contribuições e sugestões esclarecedoras, pela paciência em orientar a conclusão deste trabalho e generosidade em compartilhar seus conhecimentos.

À Prof^a. Dr^a. Maria Célia Barcellos Dalri, pelo carinho, compreensão e amizade. E ainda por me emprestar seu ombro amigo, ouvir meus desabafos, pelos conselhos e pela torcida.

Às amigas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP: Líliliana Amorim (obrigada pelo socorro e ajuda oportunos no SAME, na finalização e pelo incentivo); Sílvia Severina (obrigada pela acolhida, carinho e preocupação); Regilene (pela aula), Ângela, Marina Rezende, Renata e Rita, por compartilharmos experiências e amizades.

Aos amigos do GONV, Anderson, Valquíria, Joseane, Carol, Elen, Mi, Ronaldo, César, Kêlinha, Mary e todos os outros que rezaram por mim, e foram minha família substituta.

À D. Regina e D. Terezinha, que rezaram e torceram por mim.

Ao Ademar, Solange, Vinicius, Luís e todas as pessoas que me acompanharam nestas idas e vindas de São Sebastião do Paraíso a Ribeirão Preto.

Aos amigos da CPG 12: pelos risos e gargalhadas foras de hora, pelas brincadeiras e pela amizade.

À Diretoria Clínica e de Enfermagem da UE-HC por permitirem a realização desta pesquisa.

Aos funcionários da EERP, da USP e do HC:

- da Recepção: Aparecida, Osmarina e outros;*
- da Sala de Leitura: Deolinda e Lourdes;*
- da Biblioteca Central: Cristina*
- do DEGE: Edilaine, Eliana Braga e Mazucato e Elaine.*

A todos os amigos da PG, da graduação e aqueles que encontrei durante estes anos.....

Não vos deixeis contaminar pelo depredante e carcomido ceticismo.

Não vos deixeis desencorajar pela tristeza de certas horas que passam sobre o mundo. Vivei na paz serena dos laboratórios e das bibliotecas. Interrogai-vos diariamente a vós mesmos: que produzi eu para meu país? Até que chegue o momento em que tenhais a felicidade e pensar que contribuístes de alguma sorte para o progresso e o bem da humanidade...

Louis Pasteur

RESUMO

SILVEIRA, C. A. ***Acidentes no trabalho entre mulheres em situação de emergência atendidas em um hospital de Ribeirão Preto-SP.*** 2005. 149p. Dissertação (Mestrado) – Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

A inserção da mulher no mercado de trabalho tem ocorrido como um processo crescente; as duplas ou triplas jornadas, os baixos salários e as condições perigosas e insalubres têm ocasionado implicações negativas para sua saúde, especialmente relacionadas aos Acidentes de Trabalho (AT) e doenças relacionadas ao mesmo. Os AT têm aumentando em número e frequência e retratam a violência e o desrespeito ao trabalhador existente no mundo do trabalho. Mulheres acidentadas e com ferimentos ocupacionais são encaminhados e/ou procuram o atendimento à saúde, sendo que, muitas vezes, os acidentes possuem forte associação com o trabalho. O estudo objetivou identificar a ocorrência de AT, entre mulheres, atendidas em situação de emergência em um hospital-escola na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, caracterizando-as quanto aos seus dados pessoais e profissionais; os AT foram identificados quanto ao número, tipo, causas, partes do corpo afetadas, diagnósticos médicos atribuídos por ocasião do atendimento aos acidentados e eventuais encaminhamentos posteriores efetuados pelos profissionais de equipe de saúde. O estudo abrangeu dois anos (2002-2003), obedecendo os procedimentos éticos recomendados, sendo autorizado pela Direção da instituição, consultando-se as anotações dos prontuários dos pacientes, a fim de que se identificar os AT femininos. Constatou-se que 82 mulheres sofreram 117 AT, considerando que 61 (74,39%) sofreram um acidente no período de dois anos

estudados, observando-se também a ocorrência de poliacidentabilidade. Das 82 mulheres que sofreram AT, a maioria tinha idade entre 25 e 40 anos (52,78%); 47,56% casadas; 89,02% eram procedentes de Ribeirão Preto. Quanto à ocupação e/ou profissão exercida, os maiores percentuais (23,17% cada um) eram trabalhadoras dos serviços domésticos e de técnicas e auxiliares de enfermagem. Os AT ocorridos foram, em sua maioria, típicos (60,98%) e ocorreram período da manhã (41,46%). Quanto ao profissional que efetuou o registro no prontuário da acidentada, 52,44% dos casos foi realizado por mais de um membro da equipe de saúde. Quanto às causas dos AT, a maioria (32,93%) ocorreu por “Quedas” seguidas de “Exposição a Forças Mecânicas Inanimadas” (19,51%); Quanto aos diagnósticos médicos a maioria foi Traumatismos (78,62%); as partes do corpo mais afetadas nos acidentes, em 35,37% dos casos, foram os membros inferiores. Em relação aos encaminhamentos efetuados, 39,02% corresponderam a alta do paciente. Sugestões são feitas no sentido de minimizar tais ocorrências, de proteção ao trabalho da mulher e treinamento dos profissionais de saúde para que possam oferecer um melhor atendimento a estas acidentadas.

Palavras chave: Acidente de Trabalho; Trabalho Feminino; Atendimento de Emergência.

ABSTRACT

SILVEIRA, C. A. **Occupational accidents among women during emergency care at a hospital in Ribeirão Preto-SP**. 2005. 149p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

Women are increasingly inserted in the labor market; double and triple work days, low wages and dangerous and unhealthy conditions have entailed negative implications for their health, especially in terms of Occupational Accidents (OA) and work-related illnesses. The quantity and frequency of OA have increased and reveal the violence and lack of respect for workers in today's labor world. Female accident victims and women with occupational injuries are sent to and/or seek health care. In many of these cases, the accidents are strongly related to work. This study aimed to identify the occurrence of OA among women attended in an emergency situation at a teaching hospital in Ribeirão Preto, São Paulo, characterizing them in terms of personal and professional data; The following OA characteristics were identified: quantity, type, causes, affected body parts, medical diagnoses reached during care and follow-up by the health team. The study covered two years (2002-2003), attended to recommended ethical procedures and was authorized by the Board of the institution. Patient file notes were consulted to identify OA among women. 82 women were victims of 117 OA, 61 (74.39%) of whom suffered an accident during the study period, while others were victims of various accidents. Most of the 82 female OA victims were between 25 and 40 years (52.78%) old; 47.56% were married and 89.02% came from Ribeirão Preto. Most of the women performed domestic services or were nursing technicians and aides (23.17% each). The largest part of OA was typical (60.98%) and occurred in the morning (41.46%). 52.44% of the accident records in the patient files were realized

by more than one health team member. Most of the OA (32.93%) were caused by “Falls”, followed by “Exposure to Inanimate Mechanical Forces” (19.51%). The most frequent medical diagnosis was Traumas (78.62%). The lower limbs were the most affected body parts in 35.37% of the cases. 39.02% of follow-up records referred to the patient’s discharge. Suggestions are presented to minimize these events, in terms of protecting women’s work and train health professionals to enable them to offer better care to these accident victims.

Key Words: Occupational Accident; Female Work; Emergency Care.

RESUMEN

SILVEIRA, C. A. **Accidente de trabajo entre mujeres en la atención de emergencia de un hospital en Ribeirão Preto-SP.** 2005. 149p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

La inserción de la mujer en el mercado de trabajo ha ocurrido como un proceso creciente; las dobles y triples jornadas, los salarios bajos y las condiciones peligrosas e insalubres han causado implicaciones negativas para su salud, especialmente relacionadas a los Accidentes de Trabajo (AT) y enfermedades ocupacionales. La cantidad y frecuencia de los AT han aumentado y muestran la violencia y la desconsideración al trabajador que existen en el mundo laboral. Mujeres accidentadas y con heridas ocupacionales son encaminadas y/o procuran la atención a la salud, siendo que, muchas veces, existe una fuerte asociación entre los accidentes y el trabajo. La finalidad de este estudio fue identificar la ocurrencia de AT, entre mujeres, atendidas en situación de emergencia en un hospital-escuela en Ribeirão Preto, São Paulo, caracterizándolas por medio de sus datos personales y profesionales; fueron identificados el número, tipo, causas de los accidentes, partes del cuerpo afectadas, diagnósticos médicos atribuidos en la atención a los accidentados y eventuales seguimientos posteriores realizados por los profesionales del equipo de salud. El estudio abarcó dos años (2002-2003), estuvo de acuerdo con los procedimientos éticos recomendados y fue autorizado por la Dirección de la institución. Fueron consultados los apuntes en los archivos de los pacientes, para identificar los AT femeninos. Se constató que 82 mujeres sufrieron un total de 117 AT, considerando que 61 (74,39%) sufrieron un accidente en el período de dos años estudiados y observándose también la ocurrencia de

poliaccidentabilidad. La mayoría de las 82 mujeres víctimas de AT tenían entre 25 y 40 años (52,78%); 47,56% eran casadas y 89,02% provenientes de Ribeirão Preto. Respecto a la ocupación y/o profesión ejercida, los mayores porcentajes (23,17% cada uno) eran trabajadoras de los servicios domésticos y de técnicas e auxiliares de enfermería. La mayor parte de los AT ocurridos fue típica (60,98%) y ocurrió por la mañana (41,46%). En relación al profesional que efectuó el registro en el archivo de la víctima, 52,44% de los casos fueron realizados por más de un miembro del equipo de salud. Respecto a las causas de los AT, la mayoría ocurrió debido a “Caídas” (32,93%) y “Exposición a Fuerzas Mecánicas Inanimadas” (19,51%). La mayoría de los diagnósticos médicos alcanzados fue Traumatismos (78,62%); en 35,37%, las partes del cuerpo las más afectadas en los accidentes fueron los miembros inferiores. 39,02% de las orientaciones efectuadas correspondieron al alta del paciente. Se hace sugerencias para minimizar tales ocurrencias, relacionadas a la protección al trabajo de la mujer y capacitación de los profesionales de salud para que puedan ofrecer una mejor atención a estas víctimas.

Palabras clave: Accidente de Trabajo; Trabajo Femenino; Atención de Emergencia.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das mulheres acidentadas do trabalho, atendidas na UE, segundo a faixa etária, estado civil e procedência. Ribeirão Preto, 2002-2003 (n=82).....	72
Tabela 2 - Distribuição das mulheres acidentadas do trabalho, atendidas na UE, segundo a ocupação e/ou profissão. Ribeirão Preto, 2002-2003 (n=82).....	74
Tabela 3 - Distribuição das mulheres acidentadas no trabalho, atendidas na UE, segundo o tipo de AT sofrido, horário de atendimento e profissional que efetuou o registro. Ribeirão Preto, 2002-2003 (n=82).....	76
Tabela 4 - Distribuição das mulheres acidentadas do trabalho, atendidas na UE, segundo as causas dos AT. Ribeirão Preto, 2002-2003 (n=82).....	78
Tabela 5 - Distribuição das mulheres acidentadas do trabalho, atendidas na UE, em relação ao principal diagnóstico médico. Ribeirão Preto, 2002-2003 (n=82).....	80
Tabela 6 - Distribuição das mulheres acidentadas do trabalho, atendidas na UE, segundo as partes do corpo lesadas pelos AT. Ribeirão Preto, 2002-2003 (n=82).....	82
Tabela 7 - Distribuição das mulheres acidentadas do trabalho, atendidas na UE, segundo o encaminhamento efetuado. Ribeirão Preto, 2002-2003 (n=82).....	82

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AT	Acidente de Trabalho
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CF	Constituição Federal
CID	Classificação Internacional de Doenças e Agravos à Saúde
CIUO	Classificação Internacional Uniforme de Ocupações
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNAE	Classificação Nacional de Atividade Econômica
DENATRAN	Departamento Nacional de Trânsito
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudo Sócio-econômicos
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EPI	Equipamento de Proteção Individual
FIPE	Fundação de Pesquisas Econômicas
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HC	Hospital das Clínicas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILO	International Labour Office
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e do Emprego
NR	Norma Regulamentadora
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
SAME	Serviço de Arquivo Médico
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SM	Salário Mínimo
SP	São Paulo
SSDF	Secretaria de Saúde do Distrito Federal

UE	Unidade de Emergência
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

RESUMO.....	10
ABSTRACT.....	12
RESUMEN.....	14
LISTA DE TABELAS.....	16
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	17
1 INTRODUÇÃO.....	20
2 OBJETIVOS.....	25
2.1 Objetivo Geral.....	26
2.2 Objetivos Específicos.....	26
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	27
3.1 Considerações sobre o trabalho feminino.....	28
3.2 Agravos à saúde de mulheres trabalhadoras.....	38
3.3 Os Acidentes de Trabalho.....	45
3.4 Legislação sobre o trabalho das mulheres.....	51
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	61
4.1 Caracterização do estudo.....	62
4.2 Local de Realização.....	62
4.3 População e amostra.....	64
4.4 Coleta de dados.....	66
4.5 Instrumento de coleta de dados.....	67
4.6 Procedimentos Metodológicos.....	67
4.7 Categorização das variáveis.....	68
4.8 Análise dos dados.....	70
5 RESULTADOS.....	71
6 DISCUSSÃO.....	84
7 CONCLUSÕES.....	117
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	122
APÊNDICE.....	146
Instrumento de Coleta de Dados.....	147
ANEXO.....	148
Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa.....	149

1.Introdução

O interesse por esta investigação surgiu dos questionamentos da autora com a questão do trabalho feminino em decorrência da inserção crescente da mulher no mercado de trabalho (BRITO, 2000; SEADE, 2002; 2004), as implicações negativas para sua saúde, especialmente os Acidentes de Trabalho (AT) e as doenças provenientes dos mesmos. Interessava-nos também, o atendimento realizado pelos profissionais de saúde aos acidentados de trabalho, já no decorrer da nossa formação acadêmica em Enfermagem, quando realizávamos atividades de Iniciação Científica e tínhamos a oportunidade de constatar a precariedade dessa atenção, a partir da observação dos fatos.

Assim, propomos para objeto deste estudo o trabalho da mulher, particularmente aquele que provoca alterações à sua saúde. Esta temática complexa e séria e parece acometer mulheres em todo o país (BRITO, 2000; GOMES; TANAKA, 2003), fato que pode se agravar cada vez mais devido ao crescente ingresso dessa população no mercado laboral, seja por necessidades financeiras, pessoais ou profissionais, o que possivelmente as colocarão, em especial as de menor poder aquisitivo, em uma de situação de subemprego (SEADE, 2001a).

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), as taxas de desemprego e subemprego femininas são superiores às dos homens, e, apesar do número crescente de mulheres no mercado de trabalho, sua presença tem se limitado a engrossar a categoria de trabalhadores desfavorecidos (OIT, 1996).

Tão importante quanto a discussão sobre o trabalho feminino são os Acidentes de Trabalho, cujos números crescentes (CORREIO BRAZILIENSE, 2003) retratam a violência e o desrespeito ao trabalhador, tão comuns no mundo do trabalho, contribuindo, assim, negativamente para o processo de construção

dos direitos à cidadania.

Mulheres acidentadas ou com ferimentos ocupacionais são encaminhadas e/ou procuram o atendimento à saúde, e estes, muitas vezes, possuem forte associação com o trabalho. Por outro lado, percebe-se que os profissionais da saúde não estão suficientemente orientados para estabelecer o nexo entre o trabalho executado e o acidente ocorrido (SILVEIRA; ROBAZZI, 2003; SILVEIRA; ROBAZZI; MARZIALE, 2003; SILVEIRA et al., 2005a), e com isso ocorre a subnotificação acidentária, prática comum no país, que aumenta mais ainda em decorrência desse desconhecimento (PARADA; ALEXANDRE; BENATTI, 2002; SILVEIRA, 2003), contribuindo para alterar as estatísticas sobre esse problema. A realidade dos acidentes do trabalho feminino é mascarada, em geral, porque uma grande proporção das mulheres se dedicam somente aos afazeres domésticos e os acidentes decorrentes desta ocupação não são computados, pois tais afazeres são entendidos como uma função peculiar feminina; daí a dificuldade de vinculação do acidente ocorrido à atividade laboral (dentro ou fora de casa).

Pesquisa realizada pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SSDF) revela que 50% das mulheres adoecem e se acidentam-se mais que os homens, no desempenho de suas funções, tendo como principais causas, a dupla jornada de trabalho e o esforço para se mostrarem tão competitivas quanto os homens (CORREIO BRASILIENSE, 2003).

Quanto às ocupações, o trabalho feminino concentra-se ainda em poucas atividades do setor de serviços, dentre os quais estão: os pessoais e comunitários; a administração pública; a saúde; o ensino e as comunicações. Em 1998, a ocupação mais comum entre as brasileiras era o emprego em serviços

domésticos, o qual representava cerca de 17% da participação feminina na força de trabalho (MORAES; BARATA, 1998; DIEESE, 2001), valor que, em 2003, chegou a 18,6% (IBGE, 2005). *“... Um quinto das mulheres estão ocupadas em ocupações agrícolas, 13,5% no comércio de mercadorias; 29,4% na prestação de serviços (em geral) e 17,4% em atividades sociais. Apenas 9% das mulheres ocupadas estão alocadas na indústria. Dos homens, 27% encontram-se neste setor...”* (DIEESE, 2001).

Comprometendo a condição de trabalhadora da mulher está o fato de que esta mão-de-obra, ao entrar para o mercado de trabalho, não possui qualificação nem preparo prévios para executar as tarefas exigidas em determinados tipos de ofício, sendo muitos deles caracterizados, segundo a legislação nacional vigente (BRASIL, 2004), em penosos, insalubres e perigosos.

Sabe-se que parte considerável da população feminina encontra-se inserida no meio rural brasileiro (SEADE, 2001b; MELO, 2002) e neste ambiente, como em muitos outros, ela desempenha múltiplas tarefas, sendo-lhes imposta a condição de generalista, ou seja, sem formação técnico-profissional adequada. Este contexto laboral também as expõe a variados fatores de riscos ocupacionais, tornando-as um grupo vulnerável a acidentes e a adquirirem enfermidades próprias do trabalho agrícola (MELO, 2002).

Quanto à Enfermagem, importante profissão da área de saúde que assiste diretamente o paciente, necessita estar atenta aos problemas políticos e sociais do país, bem como aprofundar-se mais nas questões relacionadas ao trabalho, para saber diferenciar, entre os pacientes que atende, os adoecimentos e acidentes gerais dos provocados pelos AT, e ainda as doenças relacionadas ao trabalho, dedicando especial atenção às mulheres.

Percebe-se, então, a existência de uma lacuna ao se tratar da problemática relacionada ao trabalho feminino, tanto sob a ótica da Saúde do Trabalhador como da Enfermagem.

Diante do exposto, a intenção do presente estudo é contribuir para aumentar o conhecimento dos profissionais, com relação ao AT feminino, a fim de que sejam elaboradas estratégias preventivas no sentido de minimizarem tais ocorrências, direcionadas às mulheres que precisam trabalhar.

2. Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Caracterizar a ocorrência de acidentes de trabalho (AT), entre as mulheres atendidas em situação de emergência, na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar o número de mulheres acidentadas no trabalho, atendidas em situação de emergência e caracterizá-las quanto à faixa etária, estado civil, procedência e profissão e/ou ocupação;
- Conhecer e caracterizar os AT entre estas mulheres, quanto ao tipo e causas; partes do corpo afetadas; diagnósticos médicos e encaminhamentos efetuados;.

3. Revisão da Literatura

3.1 Considerações sobre o trabalho feminino

Historicamente, a situação da mulher no mundo do trabalho tem sido marcada pela subalternidade e discriminação, o que reflete as condições de desigualdade e iniquidade de gênero ainda vigentes na sociedade (PIROTTA; PIROTTA, 2002; YANNOULAS, 2002).

Em tempos antigos, as atividades que cabiam ao homem relacionavam-se à caça, enquanto a mulher era responsável pela agricultura e pela transformação dos alimentos, mas ambos os sexos compartilhavam o cuidado dos filhos e os rituais religiosos (PREHN, 1998).

Com o decorrer do tempo, ao homem foi destinado o labor nos campos, minas e oficinas e às mulheres, atribuídos o trabalho doméstico e a criação dos filhos. Isso ocorreu nos séculos precedentes à Era Cristã, conforme relata Menicucci (1999), pois tanto a mulher escrava quanto a livre eram responsáveis pela alimentação e higiene dos homens e crianças.

Esses fatos contribuíram para que, historicamente, o homem passasse a ser o executor das atividades produtivas e remuneradas, entendidas como atividades viris, sendo reconhecido como trabalhador e valorizado por isso. A mulher, por outro lado, na execução de suas atividades domésticas, mais femininas e não-remuneradas, acabou vendo suas atividades laborais desvalorizadas (COSTA, 2005). Assim, nesse modelo de sociedade patriarcal, coube a ela as responsabilidades domésticas, o que fez construir uma identidade em torno desse mundo do lar. Porém, sua participação no mercado de trabalho aconteceu posteriormente, forçada por diversos fatores: sociais, econômicos, pessoais e profissionais.

Na Idade Média, o trabalho feminino dividia-se em categorias: as solteiras lavavam e teciam; as mães cuidavam das crianças pequenas e as de meia idade responsabilizavam-se pelo cuidado dos adolescentes e da cozinha. Quanto às mulheres dos camponeses e servos, além das tarefas domésticas, atuavam também na agricultura (MENICUCCI, 1999).

Entre os séculos XVI e XVIII, as mulheres já realizavam atividades fora do ambiente do lar, como vendedoras, amas e lavadeiras; e ainda trabalhavam com rendas, sedas, tecidos e chitas (SCOTT, 1994). Foi um período marcado pela migração campo/cidade, quando se consolidou a burguesia, teve início a Revolução Industrial e com ela o proletariado feminino (MENICUCCI, 1999).

Foi a partir da Revolução Francesa, em 1789, que as mulheres passaram a atuar na sociedade de forma mais significativa, reivindicando melhoria das condições de vida e trabalho, participação política, o fim da prostituição, acesso à instrução e igualdade de direitos entre os sexos.

Nessa época, desponta a francesa Olympe de Gouges que, em 1791, escreve a "Declaração dos Direitos da Cidadã", reivindicando o "direito feminino a todas as dignidades, lugares e empregos públicos, segundo suas capacidades". Por esse ato foi julgada, condenada à morte e guilhotinada, em 1793, ob a alegação de "ter querido ser um homem de estado e ter esquecido as virtudes próprias do seu sexo". Nesse mesmo ano, proibiram-se as associações femininas na França (VALENTIM, 2004).

Porém, com o surgimento do Capitalismo e após a Revolução Industrial, no final do século XVIII e início do XIX, houve grande inserção feminina no mercado de trabalho, mais propriamente nas fábricas. Nessa época, já eram comuns as mutilações por AT, os baixos salários e as extensas jornadas de trabalho, no

meio feminino (DEANE, 1975; MENDES, 1995; 2003), o que fez surgir uma série de reivindicações até então inexistentes. A absorção da mão-de-obra feminina pelas indústrias, como forma de baratear os salários, inseriu definitivamente a mulher no mundo da produção. Ela passou, então a conviver com jornadas de trabalho longas que chegavam a 17 horas diárias, sob condições insalubres, espancamentos e ameaças sexuais constantes. Como se estes fatos não bastassem, recebiam salários 60% menores que os dos homens (VALENTIM, 2004).

A Revolução Industrial (1760–1850) teve papel de destaque na mudança das condições de vida e de trabalho da mulher. Nesse período, a divisão entre ricos e pobres, apesar de não ser novidade na Inglaterra, acentuou-se com a chegada das máquinas e do sistema fabril; os donos dos meios de produção ficaram ricos explorando o trabalho dos pobres e estes, que vendiam sua força de trabalho, viam-se na miséria. Como às mulheres e crianças pagava-se menos que aos homens, eram a elas que ofereciam trabalho. As condições laborais, nessa fase, eram péssimas e os AT numerosos, principalmente porque o trabalho nas máquinas não oferecia qualquer proteção: suas correias eram expostas, seu barulho atingia níveis elevados, muito além dos suportáveis; não havia limites de horas de trabalho, ultrapassando dezesseis, ao dia. O ambiente também era impróprio, fechado, com nenhuma ou com precária ventilação. Em função de todas estas condições, o número de doenças e de acidentes aumentavam proporcionalmente ao montante de fábricas que se abriam e às novas atividades industriais que se iniciavam (MENDES, 1995; 2003).

Na Revolução Industrial, o trabalho nas máquinas consistia na fiação, tecelagem e reparação dos fios que se partiam; o resto a máquina fazia. E como

esse tipo de atividade não exigia força física, mas dedos ágeis, podia ser realizado por mulheres e crianças:

“... as mulheres e as crianças são mais rentáveis e mais hábeis que os homens nesse tipo de trabalho, são estas que são empregadas. Nas fiações, encontramos nas Throstles apenas mulheres e meninas, (...) e vários piecers encarregados de reparar os fios, que na maioria das vezes são crianças ou mulheres, por vezes jovens de 18 a 20 anos...” (ENGELS, 1985).

Na Inglaterra, como exemplo do ambiente fabril da época destaca-se a tecelagem Tydesley, localizada em Manchester, onde se trabalhavam 14 horas diárias em local úmido, a uma temperatura de 29º C, com portas e janelas fechadas. A parede, um cartaz afixado proibia, entre outras coisas, ir ao banheiro, beber água, abrir janelas ou acender as luzes (VALENTIM, 2004). As condições de vida e laborais dos trabalhadores eram precárias com longas jornadas de trabalho e sob condições insalubres.

Em relação à idade dos operários e à proporção de homens e mulheres, *“... dos 419.590 operários de fábrica do império britânico (em 1839), ... 242.996 eram do sexo feminino ...”* (ENGELS, 1985).

Para Hunter (1974), dentre os impactos sociais da época, destacam-se os da saúde dos trabalhadores, as condições ocupacionais, o trabalho penoso e perigoso e os ambientes laborais agressivos ao conforto e à saúde.

Não só os acidentes graves, mas mutilações, intoxicações agudas e outros agravos à saúde afetavam os operários, particularmente crianças e mulheres,

preferidas pela possibilidade de receberem salários mais baixos (HUNTER, 1974).

Não tardaram a surgir, na Europa e nos Estados Unidos, manifestações operárias contrárias ao terrível cotidiano vivenciado no ambiente de trabalho, conflitos que se tornaram freqüentes. No entanto, a reivindicação da redução da jornada de trabalho para 8 horas diárias passou a ser a grande bandeira dos trabalhadores industriais (VALENTIM, 2004).

Em 1819, depois de um enfrentamento entre a polícia e trabalhadores, quando os primeiros utilizaram canhões nesse embate, a Inglaterra aprovou a lei que reduzia para 12 horas o trabalho das mulheres e dos menores entre 9 e 16 anos. Este foi também o primeiro país a reconhecer, legalmente, o direito de organização dos trabalhadores, com aprovação pelo Parlamento inglês, em 1824, do direito de livre associação dos trabalhadores a entidades sindicais, e assim surgiram os sindicatos organizados (LOPES, s.d.).

Foi no bojo das manifestações pela redução da jornada de trabalho que 129 tecelãs da Fábrica de Tecidos Cotton, em Nova Iorque, cruzaram os braços e paralisaram os trabalhos, reivindicando o direito a uma jornada de 10 horas. Esta foi a primeira greve norte-americana conduzida unicamente por mulheres. Violentemente reprimidas pela polícia, as operárias, acuadas, refugiaram-se nas dependências da fábrica, e em dia 8 de março de 1857, os patrões e a polícia trancaram as portas da fábrica e atearam fogo. Asfixiadas, dentro de um local em chamas, as tecelãs morreram carbonizadas (VALENTIM, 2004).

No Brasil, desde o final do século XIX, a imigração e a abolição da escravidão dinamizaram a formação de um mercado de trabalho assalariado nas cidades, onde as indústrias começavam a se desenvolver.

Com a Industrialização (início do século XX), surgiam no país movimentos

sociais voltados à melhoria das condições laborais, que reivindicavam: diminuição da jornada de trabalho; proposta de uma idade mínima para o início do trabalho; proposições sobre o labor noturno dos menores e das mulheres e melhores condições ambientais de trabalho (MENDES, 2003). O operariado, em especial o paulista, era constituído de estrangeiros, principalmente italianos e espanhóis, de poucos brasileiros pobres e de migrantes internos. Viviam em bairros fabris, em precárias habitações coletivas (cortiços) ou em vilas controladas pelos patrões; submetiam-se a longas jornadas de sob condições insalubres; além disso, mulheres e crianças recebiam salários mais baixos do que os dos homens, cumprindo disciplina rígida, ameaças, multas, dispensas, e assim, a ausência de disposições legais caracterizavam as relações de trabalho no país (OMAKI, BRANCATELLI, s.d.).

Apesar de sua composição heterogênea, ainda assim os operários, no Brasil, organizaram jornais, associações de ajuda mútua e poucos sindicatos e realizaram paralisações para reivindicar melhores condições de trabalho. Entre 1917 e 1920, os trabalhadores promoveram greves motivadas pela carestia gerada pela Primeira Guerra, sob a influência da Revolução de Outubro, na Rússia. Lutando por suas reivindicações, os trabalhadores de São Paulo promoveram a maior Greve Geral, em 1917, que mobilizou cerca de 50 mil trabalhadores (OMAKI, BRANCATELLI, s.d.).

O Estado brasileiro, conhecendo a carência de leis e direitos e a frágil organização operária, passou à condição de árbitro, mediando as relações entre Capital e Trabalho e com isso atraiu o apoio dos trabalhadores, controlou o movimento operário e criou condições para o desenvolvimento industrial sob a bandeira do nacionalismo. Assim, a política trabalhista da Era Vargas (1930-45), inspirada na Carta del Lavoro da Itália fascista, distinguiu-se da República Velha

(1889-1930) (OMAKI, BRANCATELLI, s.d.). Com a criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio e da Justiça do Trabalho, com o fim de arbitrar conflitos entre patrões e empregados, instituiu-se uma extensa legislação, que foi incorporada à Constituição de 1934 e, posteriormente, organizada na CLT (BRASIL, 1943).

Durante o Estado Novo, criou-se o salário mínimo e houve a proibição das greves. Os sindicatos, então ficaram subordinados ao governo, devido à exigência de sua filiação ao Ministério do Trabalho, à obrigatoriedade de sindicatos únicos por categoria e pagamento do imposto sindical (OMAKI, BRANCATELLI, s.d.).

A industrialização brasileira crescia à custa da indústria têxtil e acentuava-se a procura pela mão-de-obra feminina e de crianças. Estas, a partir dos sete anos de idade, já eram empregadas nas fábricas e documentários da época confirmam as referências de espancamentos, emprego e as de multas, bem como mutilações de crianças, muitas vezes por estas adormecerem sobre as máquinas em funcionamento (FAUSTO, 1977).

Com a entrada da mulher no mercado de trabalho, esta não deixou de exercer as atividades domésticas; ao contrário, incorporou-as à sua rotina diária, o que demandou uma necessidade constante de articular papéis familiares e profissionais. Tais fatores afetaram e continuam ainda hoje a interferir na participação feminina no mercado laboral (BRUSCHINI, 1998).

Atualmente, em decorrência das transformações no mundo do trabalho; da precarização das relações trabalhistas; da crescente taxa de desemprego motivada pela globalização; dos vínculos empregatícios frágeis e dos postos de trabalho instáveis e desqualificados, cresce a informalidade no trabalho em condições cada vez mais desfavoráveis, ocasionando danos e agravos à saúde

dos trabalhadores (GIRARD, 2002; RIGOTTO, 1998). Como os encargos trabalhistas são elevados e desestimulam os empregadores a realizarem contratações formais, muitos trabalhadores experimentam situações de subcontratações, trabalhando em condições arriscadas, insalubres e perigosas.

Essa informalidade empregatícia sem encargos trabalhistas e com direitos e salários reduzidos acaba ocasionando danos à saúde dos trabalhadores, que desconhecem seus direitos e, assim, se submetem a situações arriscadas, insalubres e inadequadas; a baixos salários; a horas-extras sem remuneração, e, com frequência não se protegendo adequadamente dos riscos proporcionados por condições laborais inadequadas (SALIM, 2003). Arriscam-se, então, a ficarem enfermos e a se acidentarem no trabalho e, paradoxalmente, em muitas ocasiões, parecem demonstrar contentamento por ao menos estarem empregados.

O ingresso acentuado de mulheres no mercado laboral tem-se conformado como um processo contínuo, diversificado e aparentemente definitivo. As estatísticas revelam que a sua presença, sobretudo no mercado urbano, é cada vez mais intensa e diversificada e não mostra nenhuma tendência de retrocesso, apesar das sucessivas crises econômicas (HIRATA, 1998). Apesar da intensidade dessa participação, seus rendimentos ainda são inferiores aos dos homens (BRUSCHINI, 2000).

As taxas relativas à atividade feminina têm apresentado comportamento diferenciado em quase todos os países industrializados, pois enquanto

(...) "as taxas masculinas estagnam ou decrescem, as femininas ampliam-se durante os períodos de expansão e continuam a crescer durante a crise" (HIRATA, 1998, p.7)

Estudo realizado em nove países da América Latina, incluindo o Brasil, constatou que as taxas masculinas de participação laboral mantiveram-se em um mesmo nível durante a década de 90, enquanto as femininas aumentaram de forma quase uniforme em todas as nações (GÁLVEZ, 2000).

No Brasil, no período de 1940-1990, a força de trabalho feminina passou de 2,8 milhões para 22,8 milhões de pessoas, aumentando sua participação na população ativa do país de 19% para 35,5%. Em 1940, quase a metade (48%) da população ativa feminina concentrava-se no setor primário da economia, principalmente na agricultura. Cinquenta anos depois, mais de dois terços (74%) da população ativa feminina concentrava-se no setor terciário, isto é, nos serviços comunitários, de educação, de saúde e domésticos (FRIGOLLETO, s.d.).

No ano de 2001, as mulheres já representavam 41,9% da população economicamente ativa. Nos mercados metropolitanos brasileiros a inserção feminina foi ainda maior, chegando a representar 45% (DIEESE, 2003), de mulheres, proporção que passou a 55,1%, em 2003, e 55,5%, em 2004, números que consideram mulheres com dez anos ou mais de inserção no mercado de trabalho (SEADE, 2005).

Apesar do aumento da participação da mulher nesse mercado de trabalho, os seus rendimentos médios ainda continuam inferiores aos dos homens nas mesmas condições. O mesmo estudo da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE, 2005) revelou que, no ano de 2004, o rendimento médio, por hora, das mulheres passou a corresponder a 77,9% do recebido pelos homens. Este quadro difere apenas no setor de serviços, no qual a média salarial das mulheres aumentou 3,6%. Sendo assim, os ganhos femininos neste setor passaram a corresponder a 98,3% do recebido pelos homens, no entanto

demonstraram quedas na proporção do setor industrial (de 65,2%, em 2003, para 61,9%, em 2004) e do comércio (queda de 79,4, em 2003, para 75,9, em 2004) (SEADE, 2005).

Quanto ao desemprego, este atingiu, em 2004, 21,5% da População Economicamente Ativa (PEA) feminina e em 2003, o índice foi de 23,1%. No que se refere à população masculina, em 2004, atingiu 16,3%, em comparação a 2003, que foi de 17,2% (SEADE, 2005). A proporção de mulheres desempregadas diminuiu para 52,9%, em 2004, ante 53,1%, em 2003, mas permanece superior à dos homens, desde o ano 2000. Todas as faixas etárias registraram queda no desemprego, com destaque para mulheres entre 40 e 49 anos (11,7%) e entre 50 e 59 anos (11,9%) (SEADE, 2005). Este quadro sofreu alteração no início de 2005, com aumento do desemprego e diminuição da renda (REHDER, 2005).

Outra característica da desigualdade de gêneros é a pequena participação das mulheres em cargos de direção. A pesquisa *Perfil Social, Racial e de Gênero das 500 Maiores Empresas do Brasil e Suas Ações Afirmativas*, conduzida pelo Instituto Ethos em 2003, mostra que 58% das empresas entrevistadas não têm nenhuma mulher na direção (UCHINAKA, 2004).

As mulheres também são maioria nas faixas salariais mais baixas, pois representam apenas $\frac{1}{4}$ dos maiores salários acima de 30 mínimos, fato que não pode ser atribuído à escolarização ou ao seu tempo de estudo. Em educação, no Brasil, do ponto de vista formal, elas têm acesso ao ensino do mesmo modo que os homens, porém apresentam um desempenho escolar melhor, além de média maior em anos estudados que os homens, principalmente no ensino universitário (UCHINAKA, 2004).

Contudo, o modelo de família patriarcal, no Brasil, segundo o qual cabem às mulheres não só as responsabilidades domésticas e socializadoras, mas também a persistência de uma identidade construída em torno do mundo doméstico, mantém-se até os dias atuais e condicionam a participação feminina no mercado de trabalho a outros fatores, além daqueles que se referem à sua qualificação e à oferta de emprego, como no caso dos homens.

A constante necessidade de articular papéis familiares e profissionais limita a disponibilidade das mulheres para o mercado de trabalho, uma vez que ela depende de uma complexa combinação de fatores, entre os quais estão: estado conjugal, filhos, idade e escolaridade; todos estes afetam a participação das mulheres, mas não a masculina, no mercado de trabalho. Assim, o trabalho feminino não depende apenas da demanda do mercado, das suas necessidades e qualificações, mas decorre também da articulação de outros fatores (BRUSCHINI, 1998).

3.2 Agravos à saúde de mulheres trabalhadoras

Investigações abrangendo o trabalho feminino, as suas condições e os agravos ocupacionais a que as mulheres estão sujeitas, são poucas no Brasil, porém vêm sendo realizadas por pesquisadores de vários países.

Nos Estados Unidos, examinou-se o papel feminino na agricultura e como os fatores socioculturais, econômicos e físicos podem afetar a saúde das mulheres, expondo-as a ferimentos. Constatou-se que a porcentagem das trabalhadoras da agricultura está aumentando rapidamente, mas a oferta de

serviços de saúde não acompanhou este crescimento, situação agravada pelo fato de estes serviços não reconhecerem no decorrer do atendimento os riscos ocupacionais aos quais estas mulheres estão expostas (URIBE VAZQUEZ et al., 1991).

Outra investigação, nesse país, abordou a exposição da mulher a riscos ocupacionais e o atendimento de saúde que recebem, onde se constatou, também, deficiência no atendimento às trabalhadoras (ENGBERG, 1993). Ainda nos Estados Unidos, encontrou-se um percentual de 11 a 45% de ferimentos em mulheres que trabalhavam na agricultura, sendo uma análise posterior revelado que dois dos fatores de risco principais para AT eram o número das horas trabalhadas e o contato com animais (STUELAND et al., 1997).

Um outro estudo norte-americano investigou 139 mulheres trabalhadoras na construção civil, durante o período de 1980 a 1992 e identificou taxas de mortalidade 85% mais elevadas nessa população quando comparada aos trabalhadores do sexo masculino desse setor que desempenhavam a mesma ocupação (ORE, 1998). Em 1995, o Departamento de Saúde norte-americano, conduzindo diversos testes que solicitavam às mulheres a avaliação dos riscos a que estavam expostas diariamente, em seu local de trabalho, evidenciou que entre os principais riscos apontados por elas estavam o estresse, os movimentos repetitivos e a violência (HATCH; MOLINE, 1997). Outra pesquisa norte-americana evidenciou que as mulheres têm maiores risco de injúrias no trabalho que os homens, em diferentes setores do trabalho (ISLAM et al., 2001).

Em Guadalajara, México, no ano de 1989, estudo sobre a incorporação das mulheres na força de trabalho e as conseqüências à sua saúde revelou uma jornada feminina muito extensa, em todos os grupos estudados, variando entre

66 e 78 horas semanais e que as donas de casa dedicavam ainda, em média, 70 horas semanais às tarefas domésticas (URIBE et al., 1991).

Outros estudos internacionais mostraram as condições laborais, os AT e algumas doenças do trabalho a que as mulheres estão expostas, destacando-se: desordens músculo - esqueléticas adquiridas em função do trabalho (ONO et al., 1995; PINN, 2000) e câncer ocupacional (WESSELING et al., 2002; CHARLIER et al., 2003). Algumas pesquisas referem que as que têm filhos parecem possuir mais chances de se acidentarem (WOHL; MORGENSTERN; KRAUS, 1995) e vêem sua vida familiar influenciada pelo trabalho externo (ISHIKAWA; YAMAZAKI, 2000). Dados ainda apontam que na Suécia, as mulheres se submetem mais aos riscos de quedas (KEMMLERT; LUNDHOLM, 2001), e na Tunísia os riscos ergonômicos (HIDRI et al., 2002).

Na realidade brasileira, elas trabalham em condições perigosas e insalubres no setor agropecuário, particularmente na agricultura (BRUMER, 2002) e na indústria têxtil (FERREIRA DE MACEDO, 1996). Nos serviços domésticos, realizam atividades pouco ou não - remuneradas (CAVALCANTE, 2003), seja em creches (VERÍSSIMO; FONSECA, 2003), em serviços de limpeza terceirizados, em hospitais (CHILLIDA; COCCO, 2004), entre outros. Especificamente na área da Enfermagem, vários estudos mostram um grande contingente de força de trabalho feminina (ROCHA; MARZIALE; ROBAZZI, 2004; SPINDOLA; SILVA SANTOS, 2003; XELEGATI; ROBAZZI, 2003; GURGUEIRA; ALEXANDRE, 2003; REZENDE, 2003, SILVA; 2005).

Historicamente, a Enfermagem desde a sua origem constitui-se pelo trabalho feminino (GEOVANINI et al., 1995; PITTA, 1999). Estudo de Spíndola e Silva Santos (2003) descreve os conflitos vividos pelas mulheres profissionais de

enfermagem quais sejam: conciliar múltiplos papéis, como de mulher-mãe-trabalhadora; sobrecarga de trabalho; longas jornadas e falta de convívio com a família. Quanto à exposição aos riscos químicos, Xelegati e Robazzi (2003) mostram à exposição a gases anestésicos, a vapores de formaldeído/glutaraldeído e a gases esterilizantes, Há ainda os riscos da manipulação de drogas citostáticas, que também foi estudada por Rocha, Marziale e Robazzi (2004); ocorrência de sintomas músculo-esqueléticos (GURGUEIRA; ALEXANDRE, 2003); estresse ocupacional entre enfermeiras de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (MIRANDA, 1998); a questão dos acidentes com perfuro-cortantes e o risco da contaminação a estes AT (MARZIALE, NISHIMURA, FERREIRA, 2004). O desconhecimento das trabalhadoras a respeito de seus direitos, deveres e benefícios facilita sua exposição aos riscos ocupacionais (SILVA, 2005).

Estudos também apontam que a maioria das profissões das mulheres, compreendem longas jornadas de trabalho (GAZZONA, 1997) e reduzidos níveis salariais (GAZZONA, 1997; BUSCHINELLI; RIGOTTO; ROCHA, 1993), dentre outros problemas.

A fim de avaliar se a hipótese de a dupla carga de trabalho constituía-se num fator de risco potencial para sintomas psiquiátricos femininos autores, realizaram estudo com 460 mulheres, de 18 a 70 anos de idade, em Salvador, BA. Selecionaram as que referiam desenvolver atividade remunerada ou estavam envolvidas com trabalho doméstico não-remunerado no próprio lar. Os autores constataram sobrecarga laboral ocasionada pela dupla jornada e duração da jornada total diária; envolvimento simultâneo em trabalho pago e o não-remunerado, realizado no lar junto família. Os sintomas psiquiátricos foram

associados às duplas e extensas jornadas de trabalho, em geral maiores de 10 horas (SANTANA; LOOMIS; NEWMAN, 2001).

Como mencionado anteriormente, estudo da SSDF revelou que as mulheres têm um risco de adoecerem e acidentarem-se, cerca de 50% mais que os homens, por motivos como dupla jornada de trabalho e competitividade. Para cada quatro homens - em mil trabalhadores - que se afastaram do emprego por problemas de saúde relacionados às funções que exerciam, seis mulheres pediram licença pelos mesmos motivos (CORREIO BRAZILIENSE, 2003).

Autores analisaram as relações entre a saúde e o trabalho feminino numa indústria farmacêutica do Rio de Janeiro, foram estudadas, assim como as características do atendimento médico oferecido a elas, pela empresa, no próprio local de trabalho. Evidenciaram que, apesar do aumento da sua participação no mercado de trabalho, a mulher não obteve alívio nas tarefas domésticas e que esta dupla jornada pode converter-se em danos à sua saúde, agravados condições de insalubridade existentes nos ambientes de trabalho, favorecendo, além de doenças, a ocorrência de AT (MONTERO ARIZALETA, 1995).

No Brasil, uma ocupação comum entre a população feminina é o emprego em serviços domésticos, que representa cerca de 19,5% da participação feminina na força laboral (MORAES; BARATA, 1998). Em 1998, aproximadamente cinco milhões de mulheres tinham como atividade remunerada principal este tipo de serviço (IBGE, 1999) e embora o emprego nessas atividades tenha sido abordado em estudos sociológicos ou antropológicos (MOTA, 1992; ORTIZ; JOFFRE, 1991) poucas são as pesquisas voltadas à saúde dessas trabalhadoras. Apesar de, legalmente, estas profissionais não terem indenizações específicas para os AT (BRASIL, 1976), estes eventos são uma realidade constante em suas vidas

embora não sejam contemplados por lei, talvez porque esta categoria de trabalho não tenha ainda recebido a atenção devida. Investigações estimaram a incidência anual de 33,78/1.000 AT não-fatais entre diaristas e de 41,11/1.000 em mensalistas (MORAES; BARATA, 1998).

Geralmente esta mão-de-obra não recebe aprendizagem apropriada ao entrar para o mercado de trabalho, o que expõe as trabalhadoras a riscos, pois sem treinamento ficam mais predispostas a ocorrências. Desta forma, elas podem adquirir enfermidades com o trabalho que realizam, sofrer AT e danos à saúde, que a médio e longo prazos podem se tornar irreparáveis.

Em São Paulo (SP), nos anos de 1992 e 1993, estudo objetivando conhecer as queixas de morbidade e o uso dos serviços de saúde pelas trabalhadoras analisou 1.157 mulheres, na faixa etária de 10 a 49 anos de idade. Entre as que informaram ter atividade remunerada, observaram-se maior frequência de queixa de morbidade e menor frequência de procura por atendimento médico, para tratar o problema de saúde referido (GOMES; TANAKA, 2003). Também em São Paulo (SP), investigando-se as repercussões do trabalho de analista de sistema à saúde de mulheres e homens, numa população de 553 profissionais de duas empresas de processamento de dados, evidenciou-se que as mulheres eram 40,7% do grupo estudado, e sendo mais jovens, dedicavam maior tempo diário às tarefas domésticas. Atribuíram-se as repercussões negativas à saúde das analistas de sistemas às exigências do trabalho na empresa e ao papel feminino desempenhado na sociedade. Os resultados destacam a importância de mais estudos sobre saúde, trabalho e gênero, visando analisar a intersecção entre a esfera produtiva e a doméstica (ROCHA; DEBERT-RIBEIRO, 2001).

Além de desempenhar os serviços domésticos e industriais, uma importante parcela da população feminina reside no meio rural brasileiro. Pesquisa realizada pela SEADE analisou a inserção das trabalhadoras com residência rural no mercado de trabalho nos anos de 1995 e 1999, com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os resultados mostravam aumento do emprego rural não-agrícola, com significativa participação feminina; expansão do desemprego e da inatividade. No entanto, a análise dos dados da PNAD mostra também que, nesse carência de leis e direitos e a frágil organização operária, passou à condição de árbitro, mediando as relações entre Capital e Trabalho e com isso atraiu o apoio dos trabalhadores, controlou o movimento operário e criou condições para o desenvolvimento industrial sob a bandeira do nacionalismo. contingente feminino, predomina o trabalho nos serviços domésticos (ARRIAGADA, 1991).

No meio rural, constata-se, também, o trabalho feminino e de crianças em muitas tarefas. Mesmo reconhecendo a importância da participação da mulher nas atividades agrícolas familiares, na maioria das vezes, estas não recebem remuneração e elas ainda cabe o cuidado dos filhos, do lar, da cozinha, limpeza e organização do domicílio.

Aliás, não somente o trabalho na agricultura é gratuito, mas também o trabalho para familiares e por conta própria. Isso acontece especialmente no Brasil, no Equador e no Panamá. A gratuidade do trabalho feminino brasileiro revela o não-reconhecimento dele como uma atividade laboral. Dados fornecidos pela PNAD revelam que, em 1997, que as mulheres ocupadas nas atividades agrícolas representavam 20,1% da PEA feminina; deste total, 39% estavam

classificadas como não-remuneradas e 41,8% como trabalhadoras na produção para o próprio consumo. Ou seja, 81% das mulheres envolvidas em atividades agrícolas não recebiam nenhum tipo de compensação financeira pelo seu trabalho, enquanto o percentual de homens na mesma situação era de apenas 26,3% (LUCCA: FÄVERO, 1994).

O trabalho tanto da mulher como da criança, na agricultura familiar, é gratuito e considerado uma “ajuda”¹, revelando que a atividade nesse tipo de produção pertence ao homem; é de sua responsabilidade e obrigação. Não sendo reconhecido, ao contrário do que ocorre com o homem, entende-se que o trabalho feminino acaba não gerando valor econômico e social, o que dificulta a participação da mulher nas atividades remuneradas, preferencialmente endereçadas aos homens. A falta de identificação da mulher como produtora agrícola não a atinge somente na desvalorização da sua capacidade produtiva, mas também no atendimento inadequado feito pelos serviços de saúde, em caso de um AT (ARRIAGADA, 1991).

3.3 Os Acidentes de Trabalho

O trabalho e os acidentes que desencadeados em decorrência destes, igualmente apresentam-se como questões antigas, que possivelmente aconteceram em outras épocas e locais, levando os trabalhadores a sofrer agravos, mutilações e mortes.

Após a Revolução Industrial, as novas condições de vida e trabalho só

¹ As aspas são da autora SILVEIRA, C.A. Acidentes no Trabalho entre mulheres em situação de emergência atendidas em um hospital de Ribeirão Preto-SP. 2005.

fizeram agravar a situação de saúde das classes operárias da época, com o aumento das doenças infecto-contagiosas e dos AT, acarretando mutilações, invalidez e morte (MENDES, 2003).

Esses fatos fizeram com que os trabalhadores começassem a reivindicar melhores condições de trabalho em vários países, movimento que se iniciou na Inglaterra, em 1802 (MENDES, 2003). As primeiras leis sobre AT foram promulgadas na Alemanha, em 1884; seguida da Áustria, Noruega, Inglaterra, França, Dinamarca, Itália, Espanha e do Brasil, em 1919 (MENDES, 2003).

Entre a Legislação Brasileira de 1919 e a atual, houve a promulgação de cinco outras leis acidentárias (BINDER; ALMEIDA, 2003). Carmo et al. (1995) e Oliveira (1998) explicam que atualmente está em vigor a sétima Lei Acidentária de nº. 8.213, datada de 24 de julho de 1991, determinada pelo artigo 12 da Lei 9.528 de 10 de dezembro de 1992, que assim define o AT:

(...) é aquele que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução permanente ou temporária da capacidade de trabalho... (CARMO et al., 1995, p.437).

Este conceito refere-se ao acidente típico, evento único e bem configurado no tempo e no espaço (CARMO et al., 1995), ocorrido durante o exercício do trabalho (WUSCH FILHO, 1999).

Também as doenças profissionais e as do trabalho são consideradas como AT, segundo a lei dos benefícios da Previdência Social (BRASIL, 1991).

Segundo Mendes (2003), a doença profissional é aquela *“produzida ou desencadeada pelo exercício peculiar a determinada atividade e constante da relação”* enquanto a doença do trabalho é *“adquirida ou desencadeada em função de condições específicas em que o trabalho é realizado e com ele se relaciona diretamente, constante da relação mencionada...”*.

Para Carmo et al. (1995), as primeiras doenças conhecidas como ergopatias, tecnopatias ou doenças profissionais típicas são consideradas as decorrentes do exercício do trabalho, relacionadas a um risco específico direto, cujo nexos causal é presumido. As doenças do trabalho ocorrem em função das condições em que este trabalho é desenvolvido e são denominadas também de mesopatias ou moléstias profissionais atípicas.

A legislação reconhece também como AT, os acidentes de trajeto ou de percurso, que se referem às ocorrências com o trabalhador no trajeto da sua residência para o trabalho ou vice-versa, independentemente do meio de locomoção. Podem-se equiparar aos AT, outras ocorrências, tais como: agressões, atos de negligência, imperícia e imprudência de terceiros, ofensas físicas intencionais, entre outras (MENDES, 2003).

Em caso de AT, a notificação acidentária junto à Previdência Social é compulsória, cabendo ao empregador/empresa fazê-la sob pena de multa, segundo a lei previdenciária (Art. 22 da lei 8.213/91), no primeiro dia útil após a ocorrência (CARMO et al., 1995).

No entanto, em caso de não-comunicação por parte do empregador/empresa, a notificação pode ser feita pelo próprio acidentado, seus dependentes, entidade sindical competente, médico que o assistiu ou por qualquer autoridade pública, não prevalecendo nesses casos o prazo previsto (THAME, 1992).

Napoleão (1999) explica que notificar um AT significa registrá-lo em um impresso próprio denominado Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT) e, posteriormente, encaminhá-lo aos órgãos públicos competentes.

Pela legislação brasileira, os AT são eventos de notificação compulsória mediante a CAT. Devem-se ser notificar não apenas os acidentes-tipo, mas também os de trajeto e as doenças profissionais, obedecendo os mesmos procedimentos referidos anteriormente. O fim principal de emissão da CAT é de ordem legal, pois dá ao trabalhador o direito de receber o seguro acidentário junto ao Instituto Nacional de Seguro Social (WÜNSCH FILHO, 1999).

Muitas vezes, o registro desses AT, não é feito nem pelo profissional da saúde, pelo empregador ou pelo próprio acidentado, no momento do atendimento do acidente, o que leva à subnotificação dos AT (SILVEIRA; ROBAZZI; MARZIALE, 2003). Em geral, sem preparação adequada, sobre conceituações/ensinamentos relacionados à Saúde do Trabalhador e por desconhecerem as legislações de proteção dos trabalhadores, os profissionais de saúde negligenciam esses aspectos. Assim, as doenças que podem ter nexos com o trabalho não são percebidas como tais, bem como os acidentes não são relacionados ao trabalho realizado pelo trabalhador.

Com a subnotificação ou subenumeração do AT existe por diversos motivos, fica difícil para o profissional de saúde fazer sua medida e avaliação. Entre os motivos destaca-se a existência de grande número de trabalhadores, pouca abrangência dos serviços de saúde voltados às questões relacionadas ao trabalho, as restrições sofridas pela legislação acidentária e as limitações de acesso ao judiciário (ALVES; LUCHESI, 1992; WÜNSCH FILHO, 1999). Essa prática, no entanto, deve ser combatida.

Outro aspecto a ser considerado, quanto ao número reduzido de notificação acidentária, é o relacionado ao trabalho informal. No Brasil da atualidade há um paradigma de emprego com maior flexibilidade, precário e desprovido de garantias de estabilidade associadas ao padrão convencional (DUPAS, 1999). Assim, muitas pessoas experimentam situações de subcontratações, trabalhando em condições arriscadas, insalubres e perigosas, sem registros oficiais, sem encargos trabalhistas e com redução de direitos e salários. A possibilidade de o indivíduo obter uma ocupação passou a ser maior no setor informal (DUPAS, 1999), em que há também um notório sub-registro acidentário, já que o trabalhador alocado neste setor é “invisível”² diante dos órgãos públicos, inclusive da Previdência Social.

Este contexto precário das relações trabalhistas é ainda reforçado pela terceirização³ que além de trazer como características a alta rotatividade, baixos salários, extensão da jornada e desproteção social, sugere, também, um quadro mais perverso, caracterizado pela contratação de trabalhadores mais propensos à submissão, em um contexto de precarização das relações de trabalho. Observa-se, na terceirização, trabalhadores desqualificados. Em permanente substituição cujos vínculos empregatícios são frágeis. Submetidos a riscos diversos, vivem obsessivamente preocupados com a garantia da renda mínima necessária à sobrevivência e com medo do desemprego estrutural, da falência das subcontratadas, e da desproteção social estabelecida por um Estado cada vez mais ausente das políticas sociais (MELO, 1998). O mesmo com a proibição das leis, as empresas parecem continuar empregando trabalhadores sem registro, e

² O destaque das aspas são do autor (DUPAS, 1999). Invisível porque o Instituto Nacional de Previdência Social (INSS) só contabiliza os acidentes ocorridos com trabalhadores formais, isto é, aqueles com carteira registrada.

³ A terceirização vem acompanhada desse processo mundial de reestruturação produtiva em curso no Brasil, especialmente a partir dos anos 90. O processo de terceirização ocorre quando uma determinada atividade deixa de ser desenvolvida pelos trabalhadores de uma empresa e é transferida para uma outra, chamada de “terceira”. (LISBOA, 2004).

estes, quando inseridos no mercado de trabalho, constituem-se na categoria de trabalhadores que mais desconhece os seus direitos trabalhistas.

A subenumeração acidentária é uma realidade geral e antiga no Brasil, sendo apontada por inúmeros autores (SILVEIRA, 2003; PARADA; ALEXANDRE; BENATTI, 2002; NAPOLEÃO et al (2000); MENDES, 1995, 2003). Entre os vários motivos (omissão do AT por parte da empresa; desconhecimento do que é um acidente, por parte do trabalhador, trabalhador; informal ou sem registro de trabalho, terceirizados) encontram-se os (des) encaminhamentos dados à CAT, conforme Cortez (2001) constatou em estudo realizado em Ribeirão Preto (SP).

A subnotificação é, então, uma situação concreta e acontece tanto com o trabalho desenvolvido pelo homem, de um modo geral, como com o da mulher, pelos motivos já comentados anteriormente.

Estimativas indicam que os custos indiretos de um acidente de trabalho, ou doença, podem ser de quatro a dez vezes mais que os diretos, ou até maiores (ILO, 1999; CÂNDIDO-OLIVEIRA, 1998); podem ser de várias ordens e são de difícil mensuração. Um dos mais fáceis de identificar é o sofrimento causado à família que não pode ser compensado com dinheiro. Também os custos para o empregador são estimados como significativos; pagamentos pelos trabalhos não-realizados, os compensatórios com serviços médicos, a reparação ou substituição do equipamento danificado, entre outros (BRASIL, 2000). Para o governo, os gastos decorrentes dos acidentes de trabalho e doenças profissionais também são expressivos, tais como: gastos com serviços médicos, serviços técnicos, administrativos e burocráticos de fiscalização e de definição de regras sobre a responsabilidade e obrigações de empregados e empregadores; programas compensatórios para trabalhadores acidentados no trabalho ou portadores de

doenças profissionais (BRASIL, 2000).

Em termos nacionais, os custos estimados para os acidentes e doenças profissionais podem atingir de 3 a 4% do PIB (ILO, 1999). Na verdade, é praticamente impossível estimá-los porque existem inúmeros custos indiretos sobre a economia como um todo, difíceis de serem mensurados., sendo mais óbvio o custo que recai sobre o orçamento do sistema público de saúde (BRASIL, 2000).

Problemas, então, como os AT ocorrem, certamente, durante a execução do trabalho feminino, em diversos setores, inclusive no doméstico, seja em sua própria casa ou no remunerado. No entanto, pelo desconhecimento geral existente, como já foi dito, tanto dos trabalhadores como dos que os atendem, não é comum fazer a notificação oficial sobre os acidentes, o que dificulta a ação da saúde e segurança laboral, bem como a da fiscalização existente.

Pesquisas na área são realizadas com dificuldade dada à falta de dados disponíveis e à pouca importância e desvalorização dos riscos laborais e AT, pois muitas vezes a trabalhadora acidentada não informa que o ferimento resultou de sua atividade ocupacional.

3.4 Legislação sobre o trabalho das mulheres

A execução das ações voltadas para à saúde do trabalhador é atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS), estando estas dispostas na Constituição Federal de 1988 e regulamentadas pela Legislação Orgânica da Saúde (LOS). O artigo 6.º dessa lei confere à Direção Nacional do Sistema a responsabilidade de coordenar a política de saúde do trabalhador (BRASIL, 2002a).

Segundo o parágrafo 3º, do artigo 6º da LOS, a saúde do trabalhador é definida como “um conjunto de atividades que se destina, por meio das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde do trabalhador, assim como visa à recuperação e à reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho”. Esse conjunto de atividades abrange:

- assistência ao trabalhador vítima de AT, ou portador de doença profissional e do trabalho;
- participação em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde, no processo de trabalho;
- participação na normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentem riscos à saúde do trabalhador;
- avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;
- informação ao trabalhador, à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de AT, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;
- participação na normatização, na fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador, nas instituições e empresas públicas e privadas;
- revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho;
- garantir ao sindicato dos trabalhadores requerer ao órgão competente a

interdição de máquina, setor, serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição ao risco iminente à vida ou saúde do trabalhador (BRASIL, 2001).

Além da Constituição Federal e da LOS, outros instrumentos e regulamentos federais orientam o desenvolvimento das ações nesse campo, no âmbito do setor saúde, dentre os quais destacam-se a Portaria/MS n.º 3.120/1998 (BRASIL, 1998a) e a Portaria/MS n.º 3.908/1998 (BRASIL, 1998b). Estas tratam, respectivamente, da definição de procedimentos básicos para a vigilância da saúde do trabalhador e prestação de serviços nessa área. A operacionalização das atividades deve ocorrer nos planos nacional, estadual e municipal, os quais têm diferentes responsabilidades e papéis (BRASIL, 2001).

No plano internacional, desde os anos 70, documentos da Organização Mundial de Saúde (OMS), como a Declaração de Alma-Ata e a proposição da Estratégia de Saúde para Todos, têm enfatizado a necessidade de proteção, promoção da saúde e segurança do trabalhador, mediante a prevenção e o controle dos fatores de risco presentes nos ambientes de trabalho (BRASIL, 2001).

Para a Organização Internacional do Trabalho (OIT), é fundamental a criação de emprego de qualidade tanto para homens como para mulheres; a extensão da proteção social, bem como a promoção e o fortalecimento do diálogo social e respeito aos princípios e direitos fundamentais de um trabalho adequadamente remunerado, exercido em condições de liberdade e equidade, sem quaisquer formas de discriminação e segurança, para que possa garantir uma vida digna a todas as pessoas que vivem de seu trabalho (OIT, 2005). Para

tanto, a OIT estabeleceu convenções⁴ a fim de garantir condições laborais, direitos trabalhistas e segurança no ambiente de trabalho.

As Convenções da Organização Internacional do Trabalho são tratados multilaterais abertos, de caráter normativo, que podem ser ratificados sem limitação de prazo por qualquer dos Estados-membros. A ratificação ocorre até 18 meses após a adoção de uma convenção e cada Estado-membro tem a obrigação de submetê-la à autoridade nacional competente (no Brasil, o Congresso Nacional) para aprovação. Em seguida, o Presidente da República promove a ratificação⁵ do tratado junto à OIT e, após a ratificação, o Estado-membro deve promulgar o tratado, ou seja, adotar medidas legais ou outras que assegurem a aplicação da Convenção em prazos determinados, incluindo o estabelecimento de sanções apropriadas, e a manutenção dos serviços de inspeção que zelem por seu cumprimento (BRASIL, 2002a).

A seguir, tratamos de algumas convenções assinadas no Brasil, que se referem especificamente às mulheres (BRASIL, 2002a):

1) Convenção nº. 45 – Trabalho Subterrâneo de Mulheres, 1935;

Aprovada pelo Decreto-Lei nº 482, de 8 de junho de 1938, ratificada em 22 de setembro de 1938 e promulgada pelo Decreto nº 3.233, de 3 de novembro de 1938. Proíbe o trabalho de mulheres na mineração subterrânea, com exceção daquelas que se encontram em atividades de direção, nos serviços sociais ou de saúde, em estágio de formação profissional ou em atividades ocasionais, não-

⁴ “... Convenção: é um acordo internacional escrito, celebrado entre Estados, e regido pelo Direito Internacional. Recebe várias denominações, entre elas: tratado, protocolo, carta, pacto, estatuto. As Convenções da OIT consistem num tratado aberto à ratificação dos países membros da organização, emanado da Conferência Internacional do Trabalho, e adotado após discussão de caráter tripartite (com participação dos trabalhadores, empregadores e governos, em igualdade de condições) ... (YANNOULAS, 2002, p. 17).

⁵ Ratificação de uma convenção: “... é a aceitação dos princípios contidos no instrumento internacional por parte de um Estado, que se obriga a aplicar as políticas nele formuladas. Este instrumento, quando ratificado, implica aceitação dos

manuals.

2) Convenção nº. 103 - Proteção à Maternidade (Revisada), 1952

Aprovada pelo Decreto Legislativo nº. 20, de 30 de abril de 1965, ratificada em 18 de junho de 1965 e promulgada pelo Decreto nº. 58.821, de 14 de julho de 1966. Abrangeu as mulheres empregadas na indústria e em trabalhos não-industriais e agrícolas, inclusive as assalariadas que trabalhavam em seu próprio domicílio, concedendo-lhes:

- o direito à licença-maternidade de pelo menos doze semanas, mediante apresentação de atestado médico com a data prevista do parto;
- a obrigação de que, pelo menos, seis semanas da licença sejam após o parto, período esse que não será reduzido, mesmo quando o parto ocorrer após a data prevista;
- o direito de remuneração durante a licença não inferior a dois terços de sua remuneração prévia, e suficiente para garantir plenamente sua manutenção e a de seu filho em boas condições de saúde e em padrão de vida adequados; assistência médica proporcionada por seguro social compulsório pago por empregadores ou conjuntamente por empregadores e empregados de ambos os sexos, ou ainda por fundos públicos;
- o direito aos cuidados pré-natais, durante o parto e puerperais, oferecidos por profissionais qualificados e hospitalização, quando necessário, respeitando-se a livre escolha do médico entre um hospital público ou privado;
- a licença suplementar em caso de doença conseqüente à gravidez ou parto;

- a interrupção do trabalho para amamentação, devendo-se contar e remunerar esse tempo como horas de trabalho;
- a ilegalidade de sua demissão, durante a licença-maternidade.

Ainda nas Convenções da OIT, a de nº 136 - *Benzeno*, 197, aprovada pelo Decreto Legislativo nº 76, de 19 de novembro de 1992, ratificada em 24 de março de 1993 e promulgada pelo Decreto nº 1.253, de 27 de setembro de 1994, proibia o emprego de mulheres grávidas, lactantes ou menores de 18 anos em atividades que os expusessem a benzeno ou a produto que o contivesse. E a *Convenção nº 127 - Peso Máximo* de 1967, limitava o emprego de mulheres e menores de 18 anos no transporte manual de carga, exceto em situações em que o peso fosse consideravelmente inferior ao admitido para adultos do sexo masculino (OIT, 2002).

Atualmente, a legislação busca promover o acesso da mulher aos postos de trabalho, limitando-se a protegê-la o mínimo necessário. Os mesmos preceitos reguladores do trabalho masculino são aplicáveis ao feminino, desde que não colidam com a proteção especial do trabalho da mulher nas duas dimensões citadas, quais sejam: condições físicas e de maternidade.

A Constituição Federal Brasília de 1988 (CF), baseada nessa nova orientação, preceitua em seus termos que homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, e prevê a proteção da mulher no mercado de trabalho, mediante incentivos específicos, nos termos da lei.

Assim, considerando os preceitos dos artigos anteriormente citados, qualquer diferenciação nas condições do trabalho feminino que não distinga sua condição física da masculina ou a não proteja na maternidade, será

inconstitucional (BRASIL, 1988).

Desta forma, a CF determina o que se segue, quanto:

- **À Formação do Contrato**

As condições para a formação do contrato de emprego da mulher são idênticas às previstas para a contratação do homem.

- **Ao Salário**

A CF proíbe diferença de salários, de exercícios, de funções e de critério de admissão, segundo sexo, idade, cor ou estado civil. A CLT explicita que a adoção de medidas de proteção ao trabalho das mulheres é considerada de ordem pública, não justificando, em qualquer hipótese, a redução de salário (BRASIL, 1943, 1988).

- **À Jornada de Trabalho e Períodos de descanso**

A jornada de trabalho da mulher deve ter a mesma duração que a do homem, e sofrer as mesmas restrições previstas ao trabalho masculino, em idênticas condições.

- **À Proteção da Maternidade**

O fato de a mulher contrair casamento ou de se encontrar grávida não justifica a rescisão do seu contrato de emprego. São nulas quaisquer cláusulas de regulamento de empresa ou de contratos de trabalho, individual ou coletivo, nesse sentido, isto é, que importem em restrições no emprego por motivo de casamento ou de gravidez (BRASIL, 1943).

- **À Licença-maternidade**

Pela CF, a mulher tem direito à licença-maternidade de 120 dias, sem prejuízo do emprego e salário integral. Fica proibido o trabalho da grávida no período de quatro semanas antes e 92 dias após o parto, cujo afastamento será

determinado por atestado médico, conforme CLT. Em casos excepcionais, mediante atestado médico, esses períodos de repouso poderão ser aumentados em mais duas semanas cada um. No caso de antecipação, inviabilizando o afastamento antes do parto, mesmo assim a mulher terá direito aos 120 dias de licença, contados a partir do dia do efetivo afastamento por motivo de parto (BRASIL, 1988). Durante a gravidez, não deve ter prejuízo do salário e demais direitos (BRASIL, 1943), assim como deve pedir transferência de função, quando as condições de saúde o exigirem, assegurando-lhe a retomada da função anteriormente exercida, tão logo retorne ao trabalho. Deverá, ainda, ser dispensada do horário de trabalho pelo tempo necessário para a realização de, no mínimo, seis consultas médicas e demais exames complementares.

- **Ao Salário-maternidade**

Durante a licença-maternidade, a mulher deverá receber o salário integral e todos os direitos e vantagens adquiridos, sendo-lhe facultado o retorno à função anteriormente ocupada (BRASIL, 1943).

O salário-maternidade é encargo do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), porém, mediante convênio com esse instituto, a empresa pode efetuar este pagamento diretamente à empregada e deduzi-lo do recolhimento mensal das contribuições devidas ao órgão da previdência.

À mulher que adotar ou obtiver guarda judicial para fins de adoção de criança também será concedida licença-maternidade. Caso a adoção ou guarda judicial seja de criança até um ano de idade, o período de licença será de 120 dias. Se a adoção ou guarda judicial for de criança com mais de um ano até quatro anos de idade, o período de licença será de 60 dias; e com mais de quatro até oito anos de idade, o período de licença será de 30 dias (ALMEIDA, 2001;

BRASIL, 2002c).

- **Ao Abortamento não-criminoso**

Neste tipo de abortamento, desde que comprovado por atestado médico oficial, a mulher terá um repouso remunerado de duas semanas, ficando-lhe assegurado o direito de retornar à função que ocupava antes de seu afastamento (BRASIL, 1943).

- **A Rescisão do contrato**

Mediante atestado médico, é facultado à mulher grávida romper o compromisso resultante de qualquer contrato de trabalho, quando o cumprimento de suas obrigações é prejudicial à gestação.

Evidentemente, a situação drástica de rescisão do contrato somente ocorrerá se for inviável a transferência de função (BRASIL, 1943).

- **À Creche, berçário e intervalo para amamentação**

Nos estabelecimentos com 30 ou mais trabalhadoras, acima de 16 anos de idade, é obrigatória a existência de local apropriado, onde às empregadas possam guardar, sob vigilância e assistência, os seus filhos no período de amamentação. Esta exigência pode ser suprida por meio de creches mantidas pela própria empresa ou a ela conveniadas, ou ainda mediante reembolso à trabalhadora, das despesas gastas com a vigilância e assistência dos filhos (BRASIL, 1986).

Para amamentar o próprio filho, até que ele complete seis meses de idade ou por período superior a critério médico, a mulher tem direito a dois intervalos de 30 minutos, cada um, durante a jornada de trabalho normal máxima. Em caso de redução ou ampliação da jornada normal, o intervalo será de 30 minutos,

computados na jornada, para cada 4 hora de trabalho.

- **À Proteção contra práticas discriminatórias para efeitos de admissão ou permanência da mulher no emprego**

As práticas discriminatórias, para efeitos admissionais ou de permanência da relação jurídica de trabalho, em especial às relacionadas ao trabalho da mulher, são consideradas crimes com pena de detenção de um a dois anos e ainda multa, nos casos que se exigirem teste, exame, perícia, laudo, atestado, declaração ou qualquer outro procedimento relativo à esterilização ou a estado de gravidez da mulher (YANNOULAS, 2002).

Quando o rompimento da relação de trabalho dá-se por ato discriminatório, a Lei nº 9.029/95 faculta ao empregado o direito de optar entre a readmissão com ressarcimento integral dos valores referentes ao período de afastamento, ou seja, pagamento das remunerações devidas, corrigidos monetariamente e com acréscimo de juros legais; ou a percepção da remuneração em dobro, relativa ao período de afastamento, corrigida monetariamente e acrescida dos juros legais.

Percebe-se, então, pelo exposto que as mulheres têm uma série de preceitos legais que lhes favorecem tanto no cotidiano familiar como laboral, no entanto, a maioria os desconhece e por isso se submetem a condições, muitas vezes, inadequadas de trabalho, objetivando sustentar a si mesma e à sua família.

4. Materiais e Métodos

4.1 Caracterização do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, tendo como referencial metodológico o método quantitativo, com as seguintes características: a retrospectiva e a utilização de dados secundários.

Pulley et al. (2003) citam que este tipo de investigação utiliza dados já existentes para investigar questões de pesquisas diferentes daquelas para as quais os dados foram originalmente coletados.

4.2 Local de Realização

Foi desenvolvido na Unidade de Emergência de um Hospital Universitário (HU) da cidade de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, um dos pólos mais desenvolvidos do país, tanto no que diz respeito à pesquisa científica quanto à economia. De acordo com o censo do IBGE, a população de 2002 era de 504.923, sendo 243.032 homens e 261.891 mulheres (IBGE, 2002).

Ribeirão Preto situa-se na região Nordeste de São Paulo, distando cerca de 300 km da capital paulista. O município ocupa uma área de 652 km² e caracteriza-se por apresentar clima tropical úmido (RIBEIRÃO PRETO, s.d.). É sede de uma das principais praças financeiras do país, com forte desempenho no setor de prestação de serviços e comércio, concentrando 65% da PEA do município. É pólo de atração das atividades comerciais e de prestação de serviços, cuja área de influência extrapola os limites da própria região de

governo, estendendo-se inclusive para outros estados, conforme dados da CODERP - Companhia de Desenvolvimento Econômico local (RIBEIRÃO PRETO, s.d.).

A região é uma das mais ricas do estado de São Paulo, apresentando elevado padrão de vida (renda, consumo, longevidade). Mantém um dos principais centros agrícolas estaduais e nacionais, não só pela grande produção, mas também pelos elevados níveis de rendimento das culturas, com destaque para a cana-de-açúcar, laranja, soja, amendoim e a fruticultura, em geral, entre outras (RIBEIRÃO PRETO, s.d.). Sua agroindústria é forte e está relacionada ao bom desempenho do setor primário. A região é a maior produtora mundial de açúcar e álcool, pois as usinas representam uma das suas principais atividades econômicas. Em número de 21, empregam em torno de 8.000 trabalhadores, o que acaba estimulando o desenvolvimento de outros setores, como por exemplo, o de máquinas agrícolas e equipamentos para usinas. Conta, também, com indústrias de suco de laranja, beneficiadoras de café, soja, amendoim, indústrias alimentícias, de ração e fertilizantes (RIBEIRÃO PRETO, s.d.).

Os indicadores do mercado de trabalho, no município, apresentaram em dezembro de 2002 redução de 0,61%, em relação ao mês anterior, no geral. No entanto, no mesmo ano, se compararmos o acumulado anual com o ano anterior, verificarmos um crescimento dos postos de trabalho formal de 2,79%. Em janeiro de 2003, o município apresentou um pequeno crescimento (0,39%), em relação a dezembro de 2002. Já os setores que contribuíram significativamente para maior a redução da quantidade de postos de trabalho no ano de 2002, foram os da agricultura e da indústria: -6,24% e -4,94%, respectivamente. O setor industrial mostrou redução de -0,44% no mês de dezembro, recuperando-se em janeiro,

com crescimento de 1,21%. A agricultura apresentou queda de -1,22% em dezembro, aumentando para 2,47% no mês de janeiro desse ano. Os principais setores do município que sustentaram o incremento dos postos de trabalho em 2002, foram: o comércio, com aumento de 6,49% e a prestação de serviços, com elevação de vagas de trabalho formal de aproximadamente 3,28%. A construção civil obteve certa estabilidade de empregos, com aumento de 2,45% nos postos de trabalho formal (RIBEIRÃO PRETO, s.d.).

Na área da saúde, a cidade de Ribeirão Preto conta com ampla estrutura, composta por uma variada rede ambulatorial, hospitalar e de apoio diagnóstico e terapêutico, oferecida tanto pelos serviços privados como pelos públicos.

O HU, local onde realizamos a pesquisa, é público, geral e considerado o maior da cidade e região, quanto à sua capacidade de atendimento. Seus objetivos principais são: o ensino, a pesquisa e a assistência aos seus pacientes. A sua escolha para a realização do presente estudo ocorreu por ser a Unidade de Emergência (UE) do hospital a grande responsável pela assistência prestada às pessoas com diversas espécies de ferimentos, oriundas da região, tendo em vista sua capacidade tecnológica e de recursos humanos para tais atendimentos. Entendemos que, nesse local atendem-se os acidentados de modo geral, inclusive os do trabalho, cujos acidentes, muitas vezes, são de natureza grave e complexa.

4.3 População e Amostra

A população do presente estudo é formada por mulheres acidentadas no

trabalho que, em situação de emergência, procuraram atendimento à saúde em decorrência de eventos acidentários, no hospital em questão, em um período de dois anos.

Para a definição da população de estudo/amostra, considerou-se os critérios de inclusão e exclusão, descritos a seguir.

Critérios de Inclusão

Mulheres acidentadas, cujas descrições dos eventos feitas pelos profissionais de saúde nos prontuários, permitissem caracterizá-los como AT, conforme a Lei 8.213 de 24 de julho de 1991 (BRASIL, 1991), ou que estivessem sob o conceito prevencionista que considera o AT como qualquer interrupção do trabalho, independentemente de haver lesão corporal ou prejuízo material (THAME, 1992), com notificação ou não do fato por uma CAT. Consideramos, também, se estas mulheres exerciam ou não qualquer tipo de atividade remunerada, inclusive o trabalho doméstico remunerado. Quanto à idade, deveriam possuir idade igual ou superior a 18 anos, faixa em que o trabalho não é legalmente proibido.

Critérios de exclusão

Excluímos os eventos acidentários, cuja descrição nos prontuários não fizessem qualquer associação entre o acidente ocorrido e o trabalho realizado pela acidentada. Também excluímos os acidentes ocorridos durante as atividades

domésticas não-remuneradas nas próprias casas das acidentadas.

Para obtenção dos dados acerca da população, utilizamos uma fonte secundária de informações, ou seja, os prontuários hospitalares das mulheres atendidas por causas externas na UE. Assim, constatamos que, no período em questão, a EU recebeu 4976 mulheres acidentadas, de um modo geral, o que representou igual número de registros hospitalares, com ou sem emissão de prontuários, dos quais investigamos 1398, ou seja, 28,09 do total de atendimentos registrados. Quanto aos outros 3.578, não os pesquisamos por diversas causas, quais sejam: grande parte dos atendimentos realizados na EU, quando o paciente recebe alta em um período de 24 horas e não possui registro anterior no hospital, o funcionário preenche apenas uma folha de anotações médicas; para não iniciar a tramitação referente à confecção de um novo prontuário; alguns prontuários estavam sendo utilizados em outras pesquisas e por isso não foram liberados para consulta; ou porque as pacientes encontravam-se internadas, não sendo possível ter acesso ao seu prontuário no Setor Arquivos Médicos e Estatísticos (SAME) do hospital.

Obedecendo, então, aos critérios de inclusão e exclusão, anteriormente descritos, constatamos que, dos 1.398 prontuários estudados, 82 (5,86%) continham registros dos profissionais de saúde e apresentavam relação entre o problema de saúde evidenciado pelas mulheres e o trabalho que realizavam.

4.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados pela própria pesquisadora, entre o segundo

semestre de 2004 e o primeiro de 2005, sendo estes referentes aos anos de 2002 e 2003 (janeiro a dezembro). Obtivemos os dados por meio do registro das anotações feitas pelos profissionais de saúde nos prontuários das mulheres atendidas, prontuários estes disponíveis SAME do HU.

4.5 Instrumento de coleta de dados

Foi desenvolvido pela própria pesquisadora, que buscou suporte teórico na literatura que abordava o tema.

O instrumento foi constituído por duas partes, sendo a primeira de identificação e a segunda, de caracterização do evento acidentário (APENDICE 1).

4.6 Procedimentos Metodológicos

Encaminhamos o projeto à Diretoria Clínica do HU, com o intuito de que a mesma autorizasse a realização da coleta de dados. Após a aprovação o encaminhamos à Comissão de Ética em Pesquisa (ANEXO 1) da mesma instituição, que também e aprovou.

Após esta tramitação inicial, solicitamos ao Setor de Dados Médicos do SAME do HU a separação dos prontuários das pacientes do sexo feminino, atendidas nos anos de 2002 e 2003, na UE, classificadas conforme a codificação constante nos capítulos XIX e XX da Classificação Estatística Internacional de

Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10 (OMS, 1993).

Em seguida, a pesquisadora iniciou a análise dos prontuários das pacientes atendidas no referido período de dois anos, como referido, considerando todas as pacientes que receberam assistência emergencial de 01/01/2002 a 31/12/2003. Após identificarmos as acidentadas, excluímos os casos não-ocupacionais e referendamos as acidentadas do trabalho.

Uma vez identificada a paciente como acidentada do trabalho, segundo dos registros dos profissionais de saúde que lhe realizaram o atendimento, transcrevíamos as informações constantes do prontuário, que se referiam ao acidente como ocupacional, no instrumento de coleta de dados. Após a coleta das informações, as digitamos em um banco de dados criado especialmente para este estudo. Para a análise dos dados, utilizamos a Estatística Descritiva e para discussão dessas análises, fizemos uma comparação com a literatura.

4.7 Categorização das variáveis

A pesquisadora categorizou os dados relativos à **ocupação e/ou profissão** conforme a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)⁶ (BRASIL, 2002b).

⁶ A estrutura básica da CBO foi elaborada em 1977, tendo como base a Classificação Internacional Uniforme de Ocupações - CIUO de 1968. Foi elaborada pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) para ser utilizado como ferramenta fundamental para as estatísticas de emprego-desemprego, para o estudo das taxas de natalidade e mortalidade das ocupações, na elaboração de currículos, no planejamento da educação profissional e no rastreamento de vagas. No Brasil, até então, as informações administrativas relativas às ocupações eram codificadas seguindo a estrutura da CBO. Entretanto, os dados censitários e as pesquisas domiciliares seguiam uma outra nomenclatura. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE possuía uma nomenclatura própria, sem descrições (BRASIL, 2002b).

As diversas classificações ocupacionais usadas no país dificultavam a comparação entre diferentes fontes de informações produzidas no território nacional, com o agravante de dificultar a comparação dessas estatísticas com aquelas geradas em outros países. Em 1994 iniciou-se um trabalho conjunto entre o MTE e o IBGE, no sentido de construir uma classificação única (BRASIL, 2002b).

Modularizou-se, então, a construção da nova classificação (BRASIL, 2002b), que ficou assim: *ocupação* é a agregação de empregos ou situações de trabalho similares quanto às atividades realizadas; *ocupacional*, em uma classificação, representa a agregação de situações similares de emprego e/ou trabalho; *emprego ou situação de trabalho* é definido como um conjunto

Quanto ao **tipo de acidente**, a categorização ocorreu de acordo com a legislação acidentária e a literatura: *acidente típico*, aquele ocorrido durante o horário de exercício do trabalho; *de trajeto*, quando acontece no percurso da residência do trabalhador para o trabalho e vice-versa, independentemente do meio de locomoção utilizado na ida ou volta e, por último, as *doenças relacionadas ao trabalho* (BRASIL, 1991; WUSCH FILHO, 1999).

Para facilitar o estudo, dividimos as partes do **corpo**, didaticamente, em: *cabeça, tronco, membros superiores e inferiores e múltiplas partes*.

Para categorizar as **causas** e os **diagnósticos médicos**, utilizamos a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)⁷. As causas dos AT ocorridos entre as mulheres, os categorizamos conforme o “*Capítulo XX Causas externas de morbidade e de mortalidade (V01-Y98)*” e os diagnósticos médicos conforme o (OMS, 1993) “*Capítulo XIX - Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas (S00-T98)*”. Para confecção da tabela dos diagnósticos, contabilizamos apenas o diagnóstico principal.

Quanto aos **profissionais** que efetuaram os registros nos prontuários, estes foram; *médico, enfermeiro, assistente social, auxiliar de enfermagem* ou

de atividades desempenhadas por uma pessoa, com ou sem vínculo empregatício (BRASIL, 2002b). Portanto, a CBO é o documento normalizador do reconhecimento, da nomeação e da codificação dos títulos e conteúdos das ocupações do mercado de trabalho brasileiro. É ao mesmo tempo uma classificação enumerativa e descritiva. É enumerativa quando codifica empregos e outras situações de trabalho para fins estatísticos de registros administrativos, censos populacionais e outras pesquisas domiciliares. Inclui códigos e títulos ocupacionais e a descrição sumária. É conhecida também como nomenclatura ocupacional e estrutura ocupacional. É descritiva: quando detalha as atividades realizadas no trabalho, os requisitos de formação, experiências profissionais e as condições de trabalho (BRASIL, 2002b).

⁷ A CID é periodicamente revisada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Sua versão mais recente é resultado da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças e passou a ter a seguinte denominação: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Na prática é conhecida como CID-10 (OMS, 1993). Esta classificação adota, na identificação dos diversos quadros que formam um código alfa-numérico composto por uma letra e até quatro caracteres numéricos. Cada capítulo da CID-10 é identificado por uma letra, como por exemplo, o seu Capítulo V identificado pela letra F. Ou seja, toda vez que um código da CID-10 se iniciar pela letra F, aquela categoria diagnóstica identifica um transtorno mental ou de comportamento. Portanto, a lista tabular é formada por categorias, isto é, códigos de três caracteres (uma letra e dois algarismos) e subcategorias. Neste caso, quando a uma categoria é atribuído um outro número, ficam assim as subdivisões de três caracteres iniciais acrescidos de um ponto e do outro número. Um conjunto de categorias que contém doenças semelhantes constitui um agrupamento e vários agrupamentos formam um capítulo (OMS, 1993).

mais de um profissional.

Enquadramos o **período de atendimento** em um dos seguintes horários: *das 6:01 às 12:00h; das 12:01 às 18:00h; das 18:01 às 00:00h e das 00:00 às 06:00h.*

Quanto aos **encaminhamentos**, **os** categorizados em *alta* (quando a paciente ficou na UE menos que 24h), *afastamento* (quando necessitou de licença-saúde), *cirurgia*, *internação*, *alta com retorno* (quando a paciente, que era funcionária do hospital, após o atendimento de emergência na UE, retornou ao SESMT) e *transferência de hospital*.

4.8 Análise dos dados

Os dados neste estudo, estão apresentados no capítulo dos Resultados, os quais analisamos e discutidos em conjunto, obedecendo à seqüência dos itens descritos no instrumento próprio para sua coleta de dados.

Para análise, utilizamos a Estatística Descritiva, que permite a discussão e síntese das informações, sendo útil para o resumo das informações empíricas. Também apresentamos os dados sob forma de frequência simples e porcentagens (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

5. Resultados

Em relação ao objetivo de identificar o número de mulheres acidentadas no trabalho atendidas em situação de emergência e caracterizá-las quanto à faixa etária, estado civil, procedência e profissão e/ou ocupação, os resultados encontram-se nas Tabelas 1 e 2, respectivamente:

Conforme já explicitamos anteriormente, no período estudado A UE realizou 4.976 atendimentos a mulheres. Destes, analisamos 1.398 prontuários e constatamos que 82 casos, continham registros que indicavam lesões provocadas pelo trabalho, o que totalizou 117 acidentes, assim distribuídos: 61 (74,39%) mulheres sofreram um acidente no período de dois anos estudados, 13 (15,85%) sofreram dois AT; quatro (4,88%) três AT, duas (2,44%) quatro AT e dois AT respectivamente, ou seja, houve poliacidentabilidade em 25,61% dos casos.

Tabela 1 – Distribuição das mulheres acidentadas do trabalho, atendidas na UE, segundo a faixa etária, estado civil e procedência. Ribeirão Preto, 2002-2003 (n=82)

Variáveis		f	%
Faixa Etária	Até 24 anos	4	4,88
	25-40	38	46,34
	41-55	33	40,24
	56 ou mais	7	8,54
Total		82	100
Estado Civil	Casada	39	47,56
	Solteira	20	24,39
	Divorciada	9	10,98
	Amasiada	5	6,10
	Viúva	2	2,44
	Sem relato	7	8,54
Total		82	100
Procedência	Ribeirão Preto	73	89,02
	Barrinha	2	2,44
	Jardinópolis	2	2,44
	Cravinhos	2	2,44
	Brodowski	1	1,22
	Guariba	1	1,22
	Batatais	1	1,22
Total		82	100

Das 82 mulheres que sofreram AT, quatro (4,88%) possuíam idade menor que 24 anos; 38 (46,34%) estavam com idade entre 25 e 40 anos; 33 (40,24%) de 41 a 55 anos e sete (8,54%) tinham mais de 55 anos.

Quanto ao estado civil, 39 (47,56%) eram casadas; 20 (24,39%) solteiras; 9 (10,94%), divorciadas ou desquitadas; cinco (6,1%), amasiadas; duas (2,44%) viúvas e sete (8,54%) não possuíam identificação do estado civil.

Em relação à procedência, 89,02% eram de Ribeirão Preto; duas (2,44%), de Barrinha, Jardinópolis e de Cravinhos, respectivamente; uma (1,22%), de Brodowski, de Guariba e de Batatais, respectivamente, todas cidades circunvizinhas de Ribeirão Preto.

Para quantificar a **ocupação e/ou profissão das mulheres acidentadas**, elaborou-se a Tabela 2, de acordo com as famílias da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) (BRASIL, 2002b), já explicitado anteriormente:

Tabela 2 – Distribuição das mulheres acidentadas do trabalho, atendidas na UE, segundo a ocupação e/ou profissão. Ribeirão Preto, 2002-2003 (n=82)

PROFISSÃO E/OU OCUPAÇÃO*	TOTAL	
	f	%
Trabalhadoras dos serviços domésticos	19	23,17
Técnicas e Auxiliares de Enfermagem	19	23,17
Trabalhadoras nos serviços de manutenção e conservação de edifícios e logradouros (serviços gerais)	10	12,20
Trabalhadoras nos serviços de manutenção e conservação de edifícios e logradouros (auxiliar de limpeza)	6	7,32
Nutricionistas	5	6,10
Enfermeiras	5	6,10
Vendedoras ambulantes	3	3,66
Camareiras, roupeiras e afins	2	2,44
Técnicas de laboratório industrial	2	2,44
Cuidadoras de crianças, jovens e adultos	2	2,44
Trabalhadoras de apoio à agricultura	2	2,44
Escriturárias em geral, agentes, assistentes e auxiliares administrativos	2	2,44
Secretárias executivas bilíngüe	2	2,44
Trabalhadoras nos serviços de administração de edifícios	2	2,44
Cirurgiões-dentistas	1	1,22
Total	82	100

Os Títulos das profissões e ocupações foram classificadas de acordo com as famílias da CBO (BRASIL, 2002b).

A Tabela 2 evidenciou que 19 (23,17%) das mulheres com AT eram trabalhadoras dos serviços domésticos (15 eram empregadas domésticas, três faxineiras e uma caseira), outras 19 (23,17%), eram técnicas e auxiliares de enfermagem⁸ (todas auxiliares de enfermagem). Se computadas as nutricionistas⁹, enfermeiras e cirurgiões-dentistas (cinco auxiliares de nutrição, cinco enfermeiras e uma dentista) temos 30 profissionais da saúde, evidenciando os riscos à saúde apresentados pelo setor.

Quanto às trabalhadoras nos serviços de manutenção e conservação de edifícios e logradouros (as de serviços gerais e também as auxiliares de limpeza), estas contabilizaram 16 (19,52%).

No que diz respeito às outras ocupações, que totalizaram 17 mulheres,

⁸ Apesar de identificadas apenas auxiliares de enfermagem no presente estudo, para a CBO a família é chamada de “Técnicas e auxiliares de enfermagem” (BRASIL, 2002).

⁹ As chamadas auxiliares de nutrição encontram-se na mesma família que as nutricionistas, conforme CBO (BRASIL, 2002).

observamos que três (3,66%) eram vendedoras ambulantes; duas (2,44%) eram camareiras, roupeiras e afins; técnicas de laboratório industrial; cuidadoras de crianças, jovens e adultos (babás); trabalhadoras de apoio à agricultura; duas escriturárias em geral, agentes, assistentes e auxiliares administrativos (duas oficiais administrativos); secretárias executivas bilíngüe e trabalhadoras nos serviços de administração de edifícios (uma ascensorista e uma zeladora), respectivamente, ou seja, constatamos uma considerável variedade de ocupações e profissões, entre as que tiveram AT.

Quanto ao objetivo de **conhecer e caracterizar os acidentes de trabalho entre as mulheres quanto ao tipo, causas, partes do corpo afetadas, diagnósticos médicos e encaminhamentos efetuados**, os resultados encontram-se apresentados nas Tabelas de 3 a 7, a seguir.

Para ilustrar o tipo de acidente, horário de atendimento e profissional que efetuou o registro, elaboramos a Tabela 3:

Tabela 3 – Distribuição das mulheres acidentadas no trabalho, atendidas na UE, segundo o tipo de AT sofrido, horário de atendimento e profissional que efetuou o registro. Ribeirão Preto, 2002-2003 (n=82)

Tipo de AT	TOTAL	
Variáveis	<i>f</i>	%
Típico	50	60,98
Trajetos	25	30,49
Doenças relacionadas ao trabalho	7	8,54
Total	82	100,00

Horário de Atendimento do AT	TOTAL	
	<i>f</i>	%
6:01 às 12:00	34	41,46
12:01 às 18:00	30	36,59
18:01 às 00:00	7	8,54
00:00 às 06:00	-	-
Sem relato	11	13,41
Total	82	100,00

Profissional que efetuou o registro	TOTAL	
	<i>f</i>	%
Mais de um	43	52,44
Médico	26	31,71
Enfermeiro	4	4,88
Assistente Social	4	4,88
Auxiliar de Enfermagem	2	2,44
Sem relato	3	3,66
Total	82	100,00

Os AT sofrido pelas mulheres foram assim considerados: 50 (60,98%) eram típicos; 25 (30,49%), acidentes de trajeto e sete (8,54%) referiam-se a doenças relacionadas ao trabalho.

Não houve registro de nenhum acidente na madrugada, dentre as 82 mulheres que sofreram AT, o que possivelmente evidencia um número menor de mulheres trabalhando nesse período. Em 11 casos (13,42%) pesquisados não encontramos não havia menção do horário de atendimento.

Quanto ao profissional que realizou o atendimento e efetuou o registro do AT no prontuário da mulher acidentada, observamos que em 43 casos (52,44%) os registros foram efetuados por mais de um membro da equipe de saúde; em 26

(31,71%) casos foram feitos somente pelo médico; em quatro (4,88%), exclusivamente pelo enfermeiro e pelo assistente social, respectivamente; em dois casos (2,44), pelo auxiliar de enfermagem e em três (3,66%) deles não havia a identificação do profissional que efetuara os registros.

Quanto às causas e diagnósticos atribuídos pelos médicos encontram-se apresentados nas Tabelas 4 e 5:

Tabela 4 – Distribuição das mulheres acidentadas do trabalho, atendidas na UE, segundo as causas dos AT. Ribeirão Preto, 2002-2003 (n=82)

Grupo da CID 10	Descrição	Total	
		f	%
W00-W19	Quedas	27	32,93
W20-W49	Exposição a forças mecânicas inanimadas	16	19,51
V20-V29	Motociclista traumatizado em acidente de transporte	7	8,54
X50-X57	Excesso de esforços, viagens e provações	7	8,54
X58-X59	Exposição accidental a outros fatores e aos não-especificados	6	7,32
T51-T65	Efeito tóxico de substâncias de origem predominantemente não-medicinal	3	3,66
X10-X19	Contato com uma fonte de calor ou com substancias quentes	3	3,66
X85-Y09	Agressões	3	3,66
V01-V09	Pedestre traumatizado em um acidente de transporte	2	2,44
V10-V19	Ciclista traumatizado em acidente de transporte	2	2,44
V40-V49	Ocupante de um automóvel {carro} traumatizado em um acidente de transporte	2	2,44
X60-X84	Lesões auto provocadas intencionalmente	2	2,44
W50-W64	Exposição a forças mecânicas animadas	1	1,22
X40-X49	Envenenamento [intoxicação] accidental por e exposição a substancias nocivas	1	1,22
Total		82	100,00

Quanto às causas dos AT identificamos que as “Quedas” (W00-W19) foram as responsáveis por 27 (32,93%) problemas de saúde entre as mulheres acidentadas do trabalho. Em 16 mulheres (19,51%), as causas dos AT foram classificadas como “Exposição a Forças Mecânicas Inanimadas” (W20-W49); em sete (8,54%) foram chamadas de “Motociclistas traumatizadas em Acidentes de Transporte” (V20-V29); que sofreram acidentes por “Excesso de Esforços, Viagens e Privações” (X50-X57), respectivamente; em seis (7,32%) os AT aconteceram pela “Exposição Acidental a Outros Fatores e aos Não-Especificados” (X58-X59); em três (3,66%) por vítimas de “Agressões” (X85-Y09), “Efeito Tóxico de Substâncias de Origem predominantemente Não-medicinal” (T51-T65); por “Contato com uma fonte de Calor ou com Substâncias Quentes” (X10-X19), respectivamente; em duas (2,44%), as causas foram “Pedestres Traumatizadas em Acidentes de Transporte” (V01-V09); “Ciclistas traumatizadas em Acidentes de Transporte” (V10-V19); “Ocupante(s) de um Automóvel {Carro} Traumatizado em um Acidente de Transporte” (V40-V49) e AT por “Lesões Autoprovocadas Intencionalmente” (X60-X84), respectivamente; uma (1,22%) submeteu-se a “Exposição a Forças Mecânicas Animadas” (W50-W64) e “Envenenamento [Intoxicação] Acidental por Exposição à Substâncias Nocivas”, respectivamente.

Tabela 5 – Distribuição das mulheres acidentadas do trabalho, atendidas na UE, em relação ao principal diagnóstico médico. Ribeirão Preto, 2002-2003 (n=82).

Grupos da CID 10	Descrição	Total	
		f	%
S90-S99	Traumatismo do tornozelo e do pé	14	17,07
S80-S89	Traumatismo do joelho e da perna	13	15,85
S60-S69	Traumatismo do punho e da mão	12	14,63
M50-M54	Outras dorsopatias	8	9,76
S00-S09	Traumatismos da cabeça	7	8,54
T00-T07	Traumatismo de múltiplas regiões do corpo	5	6,10
S40-S49	Traumatismo do ombro e do braço	5	6,10
S50-S59	Traumatismo do cotovelo e do antebraço	4	4,88
L20-L30	Dermatite e eczema	3	3,66
T20-T32	Queimaduras e corrosões	3	3,66
S20-S29	Traumatismo do tórax	2	2,44
T15-T19	Efeito da penetração de corpo estranho através de um orifício natural	2	2,44
F40-F48T	Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse. transtornos somatoformes*	1	1,22
S30-S39	Traumatismo do abdome, do dorso, da coluna lombar e da pelve	1	1,22
S70-S79	Traumatismo do quadril e da coxa	1	1,22
T51-T65	Efeito tóxico de substâncias de origem predominantemente não-medicinal	1	1,22
Total		82	100,00

* Apesar de não ser do Capítulo XIX da CID e sim do “Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99)”, consideramos como diagnostico principal visto que “a paciente sofreu um assalto à mão armada e entrou em estado de choque, após o incidente”.

Quanto aos diagnósticos atribuídos pelos médicos nos atendimentos das acidentadas, estes indicaram que 14 (17,07%) mulheres sofreram “Traumatismos do Tornozelo e do Pé” (S90-S99); 13 (15,85%) “Traumatismos do joelho e da perna” (S80-S89); 12 (14,63%) “Traumatismo dos Punho e da Mão” (S60-S69); oito (9,76%) apresentaram “Outras Dorsopatias” (M50-M54); sete (8,54%) “Traumatismos da Cabeça” (S00-S09); sete (8,54%) sofreram “Traumatismo de Múltiplas Regiões do Corpo” (T00-T07) e “Traumatismos do ombro e do Braço” (S40-S49), respectivamente; quatro sofreram (4,88%) “Traumatismos do Cotovelo e do Antebraço” (S50-S59); três (3,66%) Dermatite e Eczema”(L20-L30); “Queimaduras e Corrosões” (T20-T32), respectivamente; duas (2,44%) sofreram “Traumatismos do Tórax” (S20-S29) e “Efeito da Penetração de Corpo Estranho através de um orifício natural” (T15-T19), respectivamente; uma (1,22%) apresentou “Transtornos Neuróticos, Transtornos Relacionados com o Estresse. Transtornos Somatoformes” (F40-F48); “Traumatismo do Abdome, do dorso, da Colunas Lombar e da Pelve” (S30-S39); “Traumatismo do quadril e da coxa” (S70-S79) e “Efeito Tóxico de Substâncias de Origem predominantemente Não-medicinal” (T51-T65), respectivamente.

Se forem computadas todas as mulheres com AT que sofreram Traumatismos, teremos 64 eventos, o que representa 78,04% de todos os diagnósticos médicos.

Quanto às **partes do corpo afetadas** e aos **encaminhamentos efetuados**, seguem as **Tabelas 6 e 7** respectivamente:

Tabela 6 – Distribuição das mulheres acidentadas do trabalho, atendidas na UE, segundo as partes do corpo lesadas pelos AT. Ribeirão Preto, 2002-2003 (n=82)

PARTES DO CORPO	TOTAL	
	<i>f</i>	%
Membros Inferiores	29	35,37
Membros Superiores	24	29,27
Tronco	12	14,63
Cabeça	9	10,98
Múltiplas partes	7	8,54
Sem Relato	1	1,22
Total	82	100,00

Observamos que, em 29 (35,37%) mulheres, os acidentes afetaram os membros inferiores; em outros 24 (29,72%), os membros superiores; em 12 (14,63%), o tronco; em nove (10,98%), a cabeça e em sete (8,54%), múltiplas partes. Em um prontuário (1,22%) não encontramos registro sobre a parte do corpo lesada (1,22%).

Tabela 7 – Distribuição das mulheres acidentadas do trabalho, atendidas na UE, segundo o encaminhamento efetuado. Ribeirão Preto, 2002-2003 (n=82).

ENCAMINHAMENTO	TOTAL	
	<i>f</i>	%
Alta hospitalar *	32	39,02
Afastamento	12	14,63
Cirurgia	12	14,63
Internação	10	12,20
Alta hospitalar + retorno **	3	3,66
Transferência	1	1,22
Sem Relato	12	14,63
TOTAL	82	100,00

* Alta hospitalar: quando o paciente tem alta em até 24 h.

** Retorno: como algumas pacientes eram funcionárias do hospital, retornaram ao SESMT para registrar a CAT.

Após o atendimento de urgência, os encaminhamentos feitos pelos profissionais de saúde às mulheres que sofreram AT, foram: 32 mulheres (39,02%) receberam a alta hospitalar; 12 (14,63%) tiveram a necessidade de internação e posterior afastamento (licença); 12 (14,63%) sofreram procedimentos cirúrgicos; dez (12,20%) necessitaram de internação hospitalar.

Em três casos (3,66%) as pacientes receberam alta, mas tiveram retornos em decorrência dos AT e num outro caso (1,22%), o prontuário mencionava a transferência da paciente para outro hospital, e em outros 12 (14,63%) prontuários não encontramos relatos dos encaminhamento efetuados.

Ao contabilizarmos todos os casos de internação hospitalar em decorrência dos AT, observamos que 22 (26,82%) mulheres necessitaram de internação, em virtude da gravidade dos acidentes.

6. Discussão

Quanto ao primeiro objetivo deste estudo, que foi **identificar o número de mulheres acidentadas no trabalho atendidas em situação de emergência e caracterizá-las, segundo faixa etária, estado civil, procedência e profissão e/ou ocupação**, a análise realizada em 1.389 prontuários apontou que somente 82 mulheres (5,86%) sofreram AT.

Essa aparente ausência acidentária pode ter ocorrido por motivos, já apontados na literatura, dentre eles que: os serviços de saúde não estão ainda preparados para identificar os acidentados do trabalho, entre os inúmeros pacientes atendidos cotidianamente, o que, evidentemente, provoca subnotificação dos casos de AT (SILVEIRA et al., 2005a; BINDER, 2003); os próprios acidentados não alertam os profissionais que os atendem sobre o fato de seu problema de saúde estar vinculado ao seu trabalho (OLIVEIRA, 1999; SILVEIRA, 2003); as empresas, aparentemente, não se interessam em notificar os AT ocorridos em seu interior, porque isso demonstraria a insalubridade e os riscos ocupacionais existentes nesses ambientes, o que as obrigariam a pagar indenizações aos trabalhadores apropriadas (CUT, s.d.). Além disso, o trabalho com as atividades domésticas (tanto no caso de empregada doméstica, como no da dona de casa) não é considerado e identificado, ainda, como atividade laboral e, portanto, os AT ocorridos nesse recinto acabam não sendo notificados, até mesmo pela desvalorização que as próprias trabalhadoras fazem deles.

Quanto aos AT, Waldvogel (1999), estudando os acidentes fatais no Estado de São Paulo e na Capital Paulista, ocorridos de 1991 a 1992, identificou que 5,5% da população estadual acidentada e 7,7% das pessoas acidentadas na cidade de São Paulo eram homens e 1,2% mulheres, todos na faixa etária de quinze a dezenove anos de idade, tendo a maioria sofrido acidentes com veículos

automotores, atropelamentos ou homicídios.

Segundo a literatura e as estatísticas consultadas, o crescimento histórico das taxas de participação da mulher no mercado de trabalho vem sendo incrementado nas últimas décadas, segundo Bruschini e Lombardi (1996), Wajnman, Queiroz e Liberato (1998) Luz (2005), Fundação Carlos Chagas (2002) e Gomes e Tanaka (2003), entre outros.

Alguns estudos correlacionam o aumento da incidência dos AT não-fatais à jornada de trabalho, fato compreensível se considerarmos maior tempo de exposição aos riscos de acidentes (SANTANA, 2000; NUNES, 2000; SANTANA; AMORIM; OLIVEIRA, 2003). No Brasil, dados da Fundação Carlos Chagas (2004) indicam que os homens ocupam-se de afazeres domésticos em média 10,6 horas por semana, enquanto as mulheres dedicam 27,2 horas semanais a esta mesma atividade, demonstrando a vulnerabilidade¹⁰ em que a mulher encontra-se.

Outro fato, é a presença de poliacidentabilidade, ou seja, os múltiplos AT sofridos por uma mesma trabalhadora. Trata-se de uma auxiliar de enfermagem que sofreu cinco AT caracterizados como dorsalgias, possivelmente devido ao seu esforço para carregar e/ou movimentar pacientes, entre outras situações, que ocasionaram problemas osteomusculares (ALEXANDRE; CELIA, 2003).

Estudando trabalhadores da limpeza urbana da cidade do Rio de Janeiro, Pereira (1978) tentou determinar entre os acidentados traços de personalidade que pudessem indicar qualquer associação com os episódios de repetidos acidentes a demandas normais, pessoais e sociais de vida, mas não conseguiu encontrá-los. A poliacidentabilidade remete também à questão dos altos custos

¹⁰ Vulnerável = que se pode vulnerar; diz-se do lado fraco de um assunto ou questão (MICHAELIS, 2000). Em relação à mulher, entende-se que a vulnerabilidade ocorre pelo aumento da carga horária de trabalho em casa e as responsabilidades inerentes a ela (cuidado com filhos, lar, marido, entre outros); ela portanto fica sobrecarregada e possivelmente mais vulnerável à ocorrência de adoecimentos e acidentes (CAS, 2005).

dos acidentes (DELA COLETA et al., 1986) e o seu impacto na vida destes trabalhadores.

Em relação à **faixa etária**, identificamos que das 82 mulheres que sofreram AT, 38 (52,78%) estavam entre 25 e 40 anos de idade, ou seja, em um período produtivo do ciclo de vida.

Estudos de 1970 apontam que, entre as mulheres com idade entre 40 e 49 anos e 50 e 59 anos, apenas 19% e 15%, respectivamente, eram ativas; em 2002, no entanto, as taxas de atividade nas mesmas faixas etárias eram, respectivamente, de 66,7% e 50% (FUNDAÇÃO CARLOS CHAGAS, 2002). Pesquisas atuais mostram que as jovens entre 18 e 24 anos aumentaram a sua participação no mercado de trabalho em 2,6%, no ano de 2004 e que 77,4% delas encontram-se ainda em atividade. Apesar de tímida (0,7%), a inserção das mulheres com 60 anos ou mais no mercado de trabalho também cresceu (SEADE, 2005). Possivelmente esta situação se explica pelas dificuldades de sobrevivência da população, elevação das taxas de desemprego, crescimento de ocupações assalariadas sem registro formal e precarização do mercado de trabalho, de um modo geral. Esta queda no nível de emprego formal e no poder aquisitivo do assalariado resulta na redução do padrão de vida das classes trabalhadoras e, conseqüentemente, no agravamento da pobreza, obrigando as mulheres a trabalharem cada vez mais, inclusive as mais velhas (DUPAS, 1999; GOMES, 2002).

Nos anos 90, uma outra novidade acerca da inserção da mulher de mais idade no mercado de trabalho foi a comprovação da queda da taxa de atividade das mais mulheres jovens. Observou-se, no mercado de trabalho, aumento da frequência de mulheres de faixa etária mais alta (de 20 a 24 anos para 35 a 45 anos), cujo perfil de mão-de-obra assemelha-se mais ao padrão masculino (CUT,

s.d.).

Em relação ao **estado civil** das mulheres acidentadas, observamos que 39 (47,56%) eram casadas. Dentre os fatores que podem estar aumentando a participação das casadas no mercado de trabalho estão: o desemprego e a queda da renda do marido, fatos que as levam a procurar uma ocupação para reforçar o orçamento familiar. Uma tendência natural de aumento da taxa de participação feminina no mercado de trabalho refere-se aos fatos de que, atualmente, a mulher demora mais para se casar e se vê cada vez mais como chefe de família (AGÊNCIA DO ESTADO, 2004).

Uma outra situação, que pode aumentar a sobrecarga de trabalho da mulher, é arcar com a chefia feminina no lar, ou seja, os domicílios, hoje, podem ser sustentados e/ou chefiados pelas mulheres, sejam casadas, separadas ou viúvas.

Estudos desenvolvidos em capitais brasileiras constataram que este tipo de domicílio não está apenas entre os grupos mais pobres, mas é o mais pobres deles (CARVALHO, 1998). As relações entre a pobreza e chefia são muito complexas, por isso é preciso considerar que nem toda chefia domiciliar emerge da pobreza; ela pode surgir como resultado de processos sociais que visem melhorar a posição feminina na sociedade, tais como: decisão de viver sozinha ou migração familiar temporária. É também discutível se os homens que chefiam domicílios conseguem uma vida melhor para seus moradores, pois o acesso aos recursos é mais democrático nos domicílios chefiados por mulheres. Houve também, maior número de mulheres casadas na década de 80 sustentando os domicílios, antes com maior participação das solteiras. Isso demonstra uma mobilização de todas as categorias para a contribuição do sustento familiar (CARVALHO, 1998).

Assim, os domicílios chefiados por homens, mas sustentados pelas mulheres,

hoje, é uma tendência, pois elas quando desempregadas assumem trabalhos temporários, em detrimento dos homens, que preferem permanecer desempregados até o retorno ao trabalho industrial. CARVALHO (1998) ainda aponta as vantagens dos domicílios chefiados por mulheres sozinhas; neles, os membros podem usufruir de maior autonomia, enquanto que os mantidos por mulheres mas chefiados por homens, podem representar opressão pois, neste caso, a mulher incumbe-se da geração de renda, mantém seu papel doméstico, mas não possui poder de decisão sobre o uso dos recursos no orçamento doméstico.

Diante destes fatores apontados concordamos com CASTELLS (1999), quando refere que tem havido mudanças no padrão familiar levando à crise do patriarcalismo, uma vez que antes o poder era baseado na relação autoridade/dominação exercida pelo homem, o cabeça do casal. Esse papel manteve-se por séculos, sustentado pelo fato de que o homem era o provedor da família. Para o autor, há várias situações ocorrendo que podem reafirmar sua teoria sobre o fim do patriarcalismo, quais sejam: o fim dos casamentos, que leva muitas vezes à formação de lares de solteiros; a falta de legalização de uniões conjugais, enfraquecendo a autoridade patriarcal e diluindo então o modelo de família nuclear clássica; a instabilidade familiar e a crescente autonomia das mulheres, com relação ao seu comportamento reprodutivo, pois elas limitam o número de filhos, adiam o início da procriação, ou adotam crianças, colocando-se como as únicas responsáveis por elas.

Da mesma forma, GOIS (2002) aponta que de 1991 para 2000, o percentual de uniões consensuais sem casamento no Brasil aumentou 28,9%, em relação ao total de uniões, beneficiando a própria independência da mulher que antes precisava oficializar sua relação para garantir direitos. Evidenciou, ainda, que de 1991 a 2000,

o número de pais que cuidam de seus filhos nos domicílios brasileiros aumentou em 74,5%, porcentagem maior do que a de mulheres solteiras, cujo aumento foi de 58,8%. Mas apesar do aumento de pais solteiros ter sido maior, ele corresponde somente a 15,5% do total de chefe de família sem cônjuge e com filhos. Um dos motivos do aumento de pais solteiros foi o fim precoce dos casamentos, além de o fato dos homens quererem viver uma relação mais próxima com os filhos, pois com as mulheres tornando-se mais independentes, eles, então, acabaram buscando um novo caminho (GALEAZZI, 2000; GOIS, 2002).

Em relação à **procedência**, constatamos que 89,02% das mulheres eram de Ribeirão Preto; duas (2,44%) de Barrinha, duas (2,44%) de Jardinópolis e igual percentual de Cravinhos. Além disso, há uma (1,22%) de Brodowski, outra (1,22%) de Guariba e uma (1,22%) de Batatais. Todas estas cidades pertencem a Região Administrativa de Ribeirão Preto que inclui as cidades de Altinópolis, Monte Alto, Pitangueiras, Pontal, Cajuru, Pradópolis, Cássia dos Coqueiros, Santa Cruz da Esperança, Santa Rosa de Viterbo, Dumont, Santo Antônio da Alegria, São Simão, Guataporã, Serra Azul, Jaboticabal, Serrana, Sertãozinho, Luis Antônio e Taquaral (RIBEIRÃO PRETO, s.d.). Como o hospital onde realizamos a investigação é o maior da região, recebe pacientes das cidades vizinhas, inclusive das citadas neste estudo.

Em relação à **profissão e/ou ocupação** exercida pelas acidentadas do trabalho, constatamos que 19 (23,17%) eram trabalhadores dos serviços domésticos sendo que dessas, 15 (18,29%) eram empregadas domésticas, três (3,66%) faxineiras e uma (1,22%) caseira.

O trabalho doméstico é a segunda maior categoria de emprego entre as mulheres (IBGE, 2005). O Jornal da Unicamp (2003) reportando-se a uma

pesquisa sobre o trabalho da mulher na década de 90, informa que ocorreu durante aquela década uma significativa precarização da mão-de-obra feminina urbana resultado, entre outros fatores, no ingresso no mercado de um expressivo contingente de mulheres na faixa etária de 40 a 54 anos, com baixa escolaridade e sem profissionalização, que, na sua grande maioria, tornaram-se empregadas domésticas premidas pela necessidade de auxiliar a família economicamente. Há 46,5 milhões de empregadas domésticas, representando 22% das mulheres trabalhadoras, com faixa etária predominante de 40-54 anos, 57,9% têm ensino fundamental incompleto, 50% trabalham mais de 45 horas semanais, 80% não possuem registro em carteira de trabalho e 60% recebem até dois salários mínimos durante toda a década de 90 (UNICAMP, 2003).

Apesar das pequenas diferenças se for comparadas às diversas fontes e índices há um consenso de que, em geral, essas mulheres têm baixo nível de instrução, social e de profissionalização. Além disso, mais de 50% da população feminina economicamente ativa, de 40 a 54 anos, não havia sequer completado o ensino fundamental e apesar da expansão quantitativa dos empregos, alguns fatores como a idade e a situação socioeducacional das mulheres acima de 40 anos colaboraram para tornar muito precária a qualidade da ocupação feminina na última década (UNICAMP, 2003).

Igual valor, 19 mulheres (23,17%) contabilizou as técnicas e auxiliares de enfermagem (19 auxiliares de enfermagem). Se computarmos as nutricionistas, enfermeiras e cirurgiões-dentistas (cinco auxiliares de nutrição, cinco enfermeiras e uma dentista) com as auxiliares de enfermagem alcançaremos um total de 30 profissionais da saúde (36,58%), demonstrando a insalubridade existente no setor.

Até o momento em que realizávamos a pesquisa, não havia diferencial nas legislações vigentes em relação aos empregados de estabelecimentos de assistência à saúde e os demais trabalhadores. Os riscos ocupacionais passam despercebidos; ainda não há legislação do Ministério do Trabalho e Emprego brasileiro que lhes ofereça proteção, de modo diferenciado. Em 2002, um Grupo Técnico de Trabalho convocado pelo referido Ministério redigiu a Norma Regulamentadora (NR) 32 (ROBAZZI; MARZIALE, 2004), que, atualmente, encontra-se em tramitação ministerial, a qual, possivelmente, auxiliará os trabalhadores desses estabelecimentos, de assistência à saúde, já que tece obrigações tanto aos empregadores como aos trabalhadores, tendo sido redigida levando-se em conta os riscos ocupacionais dos estabelecimentos de assistência à saúde.

No ambiente hospitalar, todas as classes trabalhadoras estão expostas a acidentes de trabalho: a enfermagem, os auxiliares de limpeza e os de lavanderia pelo contato com substâncias, compostos ou produtos químicos, em geral; há riscos biológicos permanentes; esforço físico; levantamento ou transporte manual de peso; postura inadequada; trabalho noturno; situações causadoras de estresse psíquico; há arranjos físicos ou materiais inadequados ou defeituosos e iluminação inapropriada. O pessoal da nutrição (cozinha e copa), também está exposto ao calor; trabalho noturno; trabalho em máquinas e equipamentos sem proteção; arranjo físico e materiais inadequados ou defeituosos; probabilidade de incêndio ou explosão (OLIVEIRA; MUROFUSE, 2001), entre outros problemas. Os cirurgiões-dentistas também são apontados como profissionais expostos aos riscos biológicos e acidentes, com material perfuro-cortante (SANTOS, PELOGGIA, 2002; CAIXETA; BARBOSA-BRANCO, 2005), problemas

ergonômicos, estresse e ainda distúrbios osteomusculares (BUENO, 2004). E assim outros profissionais da saúde, como médicos e fisioterapeutas, entre outros encontram-se expostos aos diversificados riscos existentes, nesse ambiente laboral.

Vários estudos apontam os riscos ocupacionais presentes no cotidiano do trabalho de enfermagem, ou seja, situações comuns que ocasionam não só AT, mas doenças, como: administração de banhos em pacientes no chuveiro utilizando sacos de lixo amarrados nos pés para protegê-los, devido à ausência de Equipamentos de Proteção Individual (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, sem proteção, até depositá-los em caixas de descarte, localizadas longe dos locais das coletas, muitas vezes com a capacidade esgotada, por não observarem os limites estipulados pelo fabricante (ROBAZZI e MARZIALE, 2004). Há, ainda, os AT que afetam o sistema osteoarticular (SANTOS, 1989; SILVA; MARZIALE, 2003), especialmente a coluna vertebral (ALEXANDRE; BENATTI, 1998).

Xelegati e Robazzi (2003) apontam os riscos à saúde dos trabalhadores de enfermagem, quando manipulam quimioterápicos antineoplásicos. Outros estudos também evidenciam os riscos desta manipulação, que lhes podem causar tumores secundários e maiores chances de aparecimento de câncer; mutagenicidade; alterações genéticas e efeitos colaterais (SORSA et al., 1998; ÜNDEGER et al., 1999) e, ainda, modificações no ciclo menstrual, ocorrência de aborto, malformações congênitas e danos no DNA (ácido desoxirribonucléico) (NIEWEG et al, 1994).

As trabalhadoras nos serviços de manutenção e conservação de edifícios e logradouros (as de serviços gerais e também as auxiliares de limpeza) somaram 16 (19,52%) mulheres.

Estudo como o de Silveira, Robazzi e Marziale (2003), que pesquisou AT entre trabalhadores de serviços gerais, apontou que, este grupo acaba realizando o serviço da maneira que lhe é possível, pois sem treinamento prévio, muitas vezes, aprende-o na hora de executá-lo. Acresce-se a este fato, que quanto mais desqualificados forem os trabalhadores, menos conhecimento terão sobre seus direitos legais e trabalhistas, o que vai colaborar, evidentemente, para a subenumeração acidentária, pois dentre os pacientes acidentados no trabalho deste estudo, 40 realizavam Serviços Gerais.

Quanto às outras ocupações que apareceram em menores percentuais (abaixo de 4%), três das mulheres acidentadas eram vendedoras ambulantes; duas eram camareiras, roupeiras e afins; duas eram técnicas de laboratório industrial; o mesmo número de cuidadoras de crianças, jovens e adultos (duas babás); igual número era de trabalhadoras de apoio à agricultura; duas eram escriturarias em geral, agentes, assistentes e auxiliares administrativos (duas oficiais administrativos); duas eram secretárias executivas bilíngüe e trabalhadoras nos serviços de administração de edifícios (uma ascensorista e uma zeladora).

O setor de Serviços, que agrega metade das mulheres ocupadas na Região Metropolitana de São Paulo (50,9%), manteve o mesmo crescimento dos últimos anos, apresentando aumento de 5,1% em 2004, semelhante ao de 2000 (5,2%). As que conseguiram ocupar-se nos Serviços eram contratadas, principalmente, como assalariadas no segmento privado (5,3%), tanto com e/ou

sem carteira de trabalho assinada (5,4% e 5%, respectivamente); no setor público 4%, ou inseriram-se como empregadoras; 6,9% como autônomas para o público; 6,6% como profissionais universitárias autônomas e 9,5% donas de negócio familiar (IBGE, 2004).

A diferença salarial decorre das características de inserção feminina no mercado de trabalho, que costuma concentrar-se no setor de serviços e em ocupações pouco qualificadas e de baixa remuneração (IBGE, 2004). Outros dados mostram também, que a agricultura perdeu 1,8 milhão de vagas de 1993 a 2003 e com isso, a participação da mulher nos níveis de emprego reduziu de 27 para 20,7%, enquanto nos outros setores da economia sua participação aumentou relativamente (IBGE, 2004).

Vários estudos mostram maior vulnerabilidade do trabalho feminino se comparado ao masculino (BRITO, 2000; STEIN, 2000; SANCHES; GEBRIM, 2003). Percentuais expressivos das mulheres (34%) ocupam posições mais vulneráveis no mercado, em comparação aos homens (9%), como empregadas domésticas, seja como não remuneradas ou ainda como trabalhadoras para o consumo próprio ou do grupo familiar (FUNDAÇÃO CARLOS CHAGAS, 2002).

Entre as domésticas, 75% não possuem carteira de trabalho assinada e 94% ganham até dois salários mínimos (SM), perfis que apresentam importantes variações regionais. Nas regiões Sudeste e Sul, 68% delas não tinham carteira de trabalho assinada; na região Norte a proporção era maior, chegando a 90%; no Nordeste a 88% e no Centro-Oeste a 80%. Estes fatos devem-se às diferenças de níveis de conhecimento diferenciados entre as regiões, o que também se reflete no seu nível econômico e social. No Sudeste e Sul, com maior desenvolvimento, há maior conscientização dos trabalhadores e empregadores, diferentemente das

regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste (IBGE, 2005).

Em 2002, cerca de 60% dos ocupados de ambos os sexos trabalhavam em lojas, escritórios e oficinas, enquanto um percentual considerável de mulheres trabalhava em sua própria casa (9,5%) ou no domicílio do patrão (20%), cifras mais elevadas do que as verificadas entre os homens. No primeiro caso, a grande maioria era de ocupação feminina composta por autônomas (75% em 2002) que trabalhavam por conta-própria no domicílio, seja porque não conseguiam outro trabalho, seja porque em casa podiam trabalhar para o sustento e ao mesmo tempo cuidar da família e dos filhos.

Uma das razões mais freqüentemente mencionadas para justificar a posição desfavorável ocupada pela mulher, no mercado de trabalho, é sua menor combatividade e poder de reivindicação.

A sua presença em movimentos de representação não tem ocorrido sem conflitos. De um lado, os espaços de representação profissional nem sempre estão abertos ou facilitam sua participação e de outro, muitas vezes, falta-lhe coragem e também, tempo hábil para engajar-se em outras atividades, além das que normalmente desenvolve no domicílio do patrão ou no seu, junto à família; daí a pequena participação feminina em movimentos sindicais (BRUMATTI, 2002).

São também considerados indicadores da qualidade do trabalho das mulheres as suas possibilidades de inserção nos diversos setores econômicos, as ocupações que desempenham e a desigualdade salarial em relação aos homens. No último quarto de século, no Brasil e no mundo, elas continuavam ainda submetidas à segregação setorial e ocupacional (FUNDAÇÃO CARLOS CHAGAS, 2002).

No comércio, nos bancos e nas empresas em geral, elas assumem funções

de secretárias, digitadoras, telefonistas ou atendimento ao público. Quando exercem profissões liberais, consideradas "masculinas", estão predominantemente em enquadramentos hierárquicos inferiores (CUT, s.d.).

Pesquisa divulgada recentemente pelo IBGE, relativa aos dados de 2003 mostra que as regiões Sul e Sudeste, consideradas as mais desenvolvidas do país, são as que apresentaram maiores desigualdades de rendimento entre os sexos masculino e feminino, chegando as mulheres a ganhar cerca de 41% menos que os homens, em Santa Catarina e 14% menos na Paraíba. Com menos cargos de chefia, a trajetória profissional das mulheres também costuma ser marcada pela menor ocupação de cargos de comando (IBGE, 2005).

No mercado informal, há um grande contingente de trabalhadores sem garantias dos seus direitos trabalhistas, sendo a maioria mulheres. Mesmo com o crescimento da mão-de-obra feminina, o preconceito e a discriminação ainda impedem a sua admissão no emprego. A raça, a idade, o estado civil e a boa aparência são fatores que ainda interferem no seu ingresso no mercado de trabalho*.

As que possuem ensino superior registraram aumento de participação no mercado de trabalho de 0,5%, chegando ao índice de 82,9%, enquanto que a participação das analfabetas ou com ensino fundamental alterou-se de 3,3% para 36,7% (SEADE, 2005).

* A esse respeito, encontra-se nos sites que oferecem empregos a necessidade dos candidatos apresentarem boa aparência. Exemplos dessa assertiva podem ser achados nos endereços: www3.catho.com.br/currículo.php?cur-id=26610; www.dfonline.com.br/classificados_empregos.htm; www.cdl-poa.com.br/emprego/capa.htm. Todos esses sítios da *internet* foram acessados em 27/06/2005 (CAS, 2005)

A desigualdade salarial entre os sexos, por sua vez, é um fenômeno que se verifica mesmo quando as mulheres apresentam os mesmos requisitos de escolaridade, trabalham o mesmo número de horas e ocupam posição semelhante aos homens.

Um diploma garante, de certa forma, a melhoria de rendimentos, mas com as mulheres, isso acontece raramente. No caso brasileiro, elas têm um grau de escolaridade maior que o dos homens que estão no mercado de trabalho e mesmo assim ganham 50% do salário masculino, muitas vezes exercendo função idêntica (CUT, s.d.; SEADE, 2000).

E não é por falta de estudo que elas ainda ganham menos. Em 2003, a Síntese dos Indicadores Sociais revelou que as mulheres empregadas estudam em média sete anos, ou seja, um ano a mais que os homens, cujos estudos têm média de 6,8 anos, isto porque eles entram mais cedo no mercado de trabalho. Entre as ocupadas, a média chega a 8,4 anos e supera o mínimo necessário para concluir o ensino fundamental. Cerca de 55% das que estavam no mercado de trabalho apresentavam pelo menos, o ensino fundamental, em relação a 45% dos homens (IBGE, 2005).

A taxa de desemprego é maior para o sexo feminino, mas a defasagem entre os salários não diminui com o aumento da escolaridade. Mulheres com 11 anos ou mais de estudo ganhavam 58,6% menos do os homens com a mesma escolaridade. Entre os salários mais baixos, 32% da população masculina ocupada ganhava, em 2003, até um salário mínimo, enquanto na população feminina este percentual elevou-se para 49% (CUT, s.d.; IBGE, 2005).

Dados de um levantamento realizado pela Secretária do Desenvolvimento, Trabalho e Solidariedade da Prefeitura de São Paulo, com base em informações da

PNAD do IBGE, mostram que o desemprego praticamente dobrou no país, nos últimos dez anos, pois o número de desempregados passou de 4,4 milhões, em 1993, para 8,5 milhões, em 2003, salto de 94%, equivalente a 4,1 milhões de pessoas. Apesar disso, surgiram 12,7 milhões de vagas, no período, insuficientes para atender aos 16,8 milhões de brasileiros que entraram no mercado de trabalho, com baixa remuneração, aumentando o trabalho precário. Das novas vagas, 5,5 milhões foram para assalariados com carteira assinada, enquanto outros 7,2 milhões não tiveram direito a esses benefícios.

Segundo o IPEA de 1991, nas regiões metropolitanas o desemprego feminino tem sido de 4,85% e os dos homens, 4,79%; em 1996, a taxa de desemprego aumentou para os homens (4,98%) e as mulheres perderam 6% de seus postos de trabalho.

No período de janeiro a abril de 1997 a taxa de desemprego cresceu de 5,38% para 6,53%, respectivamente para homens e mulheres, mas as últimas foram as mais atingidas, pois em 1991 eram 39% dos desempregados e em 1997, 45% desse contingente (LAVINAS; AMARAL; BARROS, 2000).

Quanto ao segundo objetivo, **conhecer e caracterizar os AT entre estas mulheres, quanto ao tipo de acidente, causas, partes do corpo afetadas, diagnósticos médicos e encaminhamentos efetuados**, constatamos que em relação ao **tipo** de AT, 50 (60,98%) referem-se ao típico, 25 (30,49%) acidentes de trajeto e sete (8,54%) doenças relacionadas ao trabalho.

Estudo de Teixeira e Freitas (2003), realizado entre 1997 e 1999, mostrou que, em média, ocorreram 53,2 AT por dia envolvendo trabalhadores da área rural paulista, dentre os quais 88,73% foram acidentes típicos (aqueles ocorridos no exercício laboral, no local e no horário de trabalho) que, na maioria das vezes

tiveram como consequência a incapacidade temporária.

Já os acidentes de trajeto (sofridos fora do local de trabalho, mas na execução de ordem ou realização de serviço para a empresa; no percurso da residência para o trabalho ou deste para aquela; em períodos destinados a descanso ou refeição) têm sido demonstrados por diversos autores (MACHADO, 1991; MACHADO; MINAYO GÓMEZ, 1994), que, pesquisando as CAT e os atestados de óbitos, constataram grande mortalidade por AT. Os dados revelaram um número considerável de acidentes na rua, em consequência do processo de urbanização adotado e do crescimento da violência urbana. Essa relação entre AT e violência também foi constatada por Machado e Minayo-Gómez (1995), ao identificarem nas declarações de óbito expedidas entre 1979 e 1991, os acidentes de trânsito (35% em média no período) como predominantes, dentre as causas de óbito por AT em sete grandes capitais brasileiras. No caso do município do Rio de Janeiro, esse número correspondeu a 52,7% dos óbitos registrados nas CAT, em 1987 e 1988 (MACHADO, 1991).

Em 25 acidentes identificados no presente estudo, os AT ocorreram no caminho do trabalho-casa e casa-trabalho, revelando um outro problema brasileiro: os acidentes de trânsito. Esse fato é agravado pela dificuldade de reconhecer aquele acidente como de trajeto e não como apenas um acidente de trânsito.

Segundo Machado (1991), a compreensão dos processos de trabalho como espaços de relações socialmente construídas evita atribuir ao mero acaso o local de ocorrência do acidente.

Ferreira e Mendes (1981) realizaram um estudo epidemiológico abordando 341 AT fatais, ocorridos em Campinas, no período do 1972 a 1978, tendo como

fonte os arquivos do Instituto Nacional de Previdência Social. Identificaram que 68,3% das vítimas tinham menos de 40 anos e 95,6% eram do sexo masculino, sendo os condutores de veículos de transporte a categoria profissional mais acometida (19,4%), seguida dos serventes de obras (10,4%). Os acidentes mais freqüentes foram os de trânsito, com veículos a motor (50,1%) e as quedas (12,6%) e o traumatismo craniano apresentou-se como a principal lesão.

Teixeira (1982), analisando os acidentes fatais registrados pelas CAT, em Santa Catarina, no ano de 1981, encontrou que das 206 mortes decorrentes de AT, 37,7% aconteceram em rodovias ou vias públicas. Homens, adultos, com idade até 40 anos configuravam o perfil do acidentado. A profissão de motoristas reuniu o maior número de vítimas, seguida dos trabalhadores da construção civil.

Silvany Neto et al. (1988) descreveram as características dos acidentes fatais ocorridos na Região Metropolitana de Salvador, entre 1978 e 1986, que atingiram mais os trabalhadores do setor terciário (motoristas e vigilantes) e os do subsetor da construção civil não-especializados (serventes, zeladores e ajudantes). Constaram o maior número de acidentes após transcorridas três horas da jornada de trabalho e ainda o aumento dos acidentes de trajeto no período estudado. A média de idade dos acidentados foi de 34 anos, com maior proporção entre os 20 e os 29 anos, tendo apenas 4,8% dos óbitos ocorridos entre os elementos do sexo feminino. As principais causas foram: traumatismo crânio-encefálico, choque elétrico e lesões por arma de fogo.

Binder, Wludarski e Almeida (2001) também analisaram as CAT, no município de Botucatu, no período de 1995 a 1999 e constataram que os óbitos referiam-se apenas a dados do ano de 1997, quando foram notificados 11 mortes por AT. Destas, quatro ocorreram por acidentes de trajeto (um homicídio e três

acidentes em rodovias) e sete, por acidentes típicos (cinco acidentes de trânsito com motoristas em rodovias; um trabalhador atingido por raio e um soterramento na construção civil).

Salerno (1998) encontrou em seu estudo 145 casos (58,7%) de acidentes típicos e 102 casos (41,3 %) de trajeto. Os ramos de atividade mais significativos foram: construção civil e segurança; as principais causas foram os acidentes de trânsito, as quedas e as agressões.

Sete das mulheres (8,54%) foram acometidas por doenças relacionadas ao trabalho, dentre as quais estão as lesões por esforços repetitivos e as dorsopatias. É pertinente observar que é muito mais difícil estabelecer nexos causais entre a enfermidade e a atividade profissional desempenhada pelo trabalhador do que para o AT típico ou de trajeto, que provocam lesões, em geral hemorrágicas e/ou com traumas e fraturas. Ou seja, dificilmente as lesões passam despercebidas e, por isso, são mais facilmente identificadas como AT.

A doença do trabalho é entendida como aquela adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é executado, relacionando-se diretamente com ele. Já a doença profissional é a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade (MENDES, 2003). Ambas podem se equiparar ao AT, mas não é fácil fazer esta inter-relação.

Segundo a Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE), o grupo de trabalhadores inseridos em empresas com atividades econômicas relacionadas à agricultura, pecuária, silvicultura e exploração florestal destaca-se dos demais, por apresentar quase 75% do total das doenças do trabalho. Dentro desse grupo, referindo-se às atividades mencionadas, sobressaem-se mais os empregados que lidam com o cultivo da cana-de-açúcar (52,1%) e os da

produção mista, lavoura e pecuária (37,4%) (TEIXEIRA; FREITAS, 2003).

Quanto às **causas dos AT**, identificamos que as “Quedas” (W00-W19) foram responsáveis por 27 (32,93%) dos mesmos. A maioria dos registros, porém, não continha o detalhamento do fato ocorrido, sendo comum a expressão “*paciente sofreu queda*”. Somente obtivemos a confirmação de que se tratava de um AT, ao consultarmos outros registros, como o da assistente social e o da equipe de enfermagem. Desta maneira, identificamos 12 das acidentadas como tendo “W18.9 Outras quedas no mesmo nível - local não-especificado” e uma com “W19.9 Queda sem especificação - local não-especificado”.

Os outros registros apresentaram seis mulheres com “W01.9 Queda no mesmo nível por escorregão, tropeção ou passos em falsos [traspés] - local não-especificado”. Um destes registros trazia a seguinte anotação do médico: “*a paciente sofreu trauma fechado em região dorsal, há 4 dias após escorregar em chão molhado*”. O mesmo acidente foi registrado pela auxiliar de enfermagem do Serviço de Engenharia, Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), quando ela foi registrar a CAT.

Duas outras acidentadas sofreram “W10.2 Queda em ou de escadas ou degraus - escolas, outras instituições e áreas de administração pública”. Uma destas pacientes teve seu AT descrito pelo médico, da seguinte forma: “*paciente sofreu queda de uma escada de aproximadamente 3 metros de altura*”. O mesmo acidente foi assim registrado pela assistente social: “*Realizo orientação para fins previdenciários e trabalhistas.... paciente sofreu queda de escada quando limpava os vidros da escola onde trabalhava*”; um outro AT foi registrado pelo médico da seguinte forma: “*paciente sofreu queda da escada da Pediatria*”. Através destes relatos podemos comprovar a existência dos riscos do ambiente

hospitalar, como descrito por diversos autores (OLIVEIRA; MAKARON; MORRONE, 1982; BARBOSA, 1989; BULHÕES 1994). Oliveira, Makaron e Morrone (1982) consideram que o ambiente hospitalar possui risco, não só de acidentes decorrentes do contato com pacientes portadores de doenças infecciosas, mas também daqueles decorrentes do caráter industrial que têm essas Instituições, como é o caso dos serviços que envolvem centrais de processamento e esterilização de materiais, cozinha, manutenção de equipamentos, zeladoria, laboratórios, lavanderia, entre outros.

No Brasil, o Ministério da Saúde (BRASIL, 1995), considera um arsenal de variáveis que podem interferir na saúde dos trabalhadores destas Instituições, classificando os riscos ocupacionais em: físicos, químicos, biológicos e mecânicos. A referida publicação aponta, também, conceitos gerais para o desenvolvimento de uma nova política peculiar na área de segurança em instituições hospitalares, contemplando orientações aos trabalhadores que lhes culminem em ações protetoras, bem como aos usuários dos serviços e aos visitantes.

Os riscos nas unidades hospitalares são decorrentes, de maneira especial, da assistência direta prestada pelos profissionais de saúde aos pacientes em diversos graus de gravidade, assistência esta que implica no manuseio de equipamentos pesados e materiais perfurantes e/ou cortantes muitas vezes contaminados por sangue e outros fluidos corporais, na responsabilidade pelo preparo e administração de medicamentos e quimioterápicos, no descarte de materiais contaminados no lixo hospitalar, nas relações laborais interpessoais e produção, no trabalho em turnos, naquele predominantemente feminino, nos baixos salários, na tensão emocional advinda do convívio com a dor, o sofrimento

e, muitas vezes, com a perda da vida, entre outros (BARBOSA, 1989; BULHÕES 1994).

Estudo sobre a ocorrência de AT no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, constatou 1.506 eventos, em que lacerações e ferimentos, contusões e torções foram as mais freqüentes causas de afastamento do trabalho (SILVA, 1988).

Em seu estudo Benatti (1997) analisando uma população de 1.218 trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário, concluiu que os indivíduos ficam propensos aos acidentes nas situações em que existe falta de tempo para descanso e adotam posturas cansativas e forçadas durante o trabalho. Em outro estudo, foi constatado que as agulhas foram responsáveis por 77,5% dos casos de acidentes, sendo que a falta de material apropriado, a sobrecarga de atividades, a falta de conscientização sobre os riscos e a ausência de observação das medidas de segurança foram os principais fatores de risco que interferiram nesses acidentes (SOUZA, 1999).

Entre as categorias ocupacionais, a de enfermagem é uma das principais sujeita à exposição por material biológico. Esse número elevado de exposições relaciona-se ao fato dos trabalhadores da saúde terem contato direto na assistência aos pacientes e também ao tipo e à freqüência de procedimentos realizados (MARZIALE, NISHIMURA, FERREIRA, 2004).

Além da ocorrência dos AT, em geral o profissional de enfermagem desconhece os riscos aos quais está exposto (OLIVEIRA; MUROFUSE, 2001)

Duas acidentadas do presente estudo sofreram “W18.2 Outras quedas no mesmo nível - escolas, outras instituições e áreas de administração pública” e o profissional médico que as atendeU registrou assim: “*paciente sofreu queda em*

enfermaria e contundiu ombro direito” e no outro AT, escreveu: *“ao cair no chão, machucou braço”*. Percebemos que os registros são genéricos e dificultam a tentativa de identificarmos os reais fatores de risco que levaram os trabalhadores aos AT.

Um sofreu “Queda no mesmo nível por escorregão, tropeção ou passos em falsos [traspés] - escolas, outras instituições e áreas de administração pública” (W01.2) e o outro, “W13.9 Queda de ou para fora de edifícios ou outras estruturas - local não-especificado”.

As quedas em decorrência de acidentes de trajeto, são as seguintes: em uma “W01.4 Queda no mesmo nível por escorregão, tropeção ou passos em falsos [traspés] - rua e estrada” o registro da causa foi assim: *“a paciente sofreu entorse no trajeto para o hospital”*; em outra, “W17.9 Outras quedas de um nível a outro - local não-especificado”, a anotação no prontuário foi: *“paciente relata que caiu com a perna em um bueiro”*. Mesmo sendo no trajeto, fica difícil identificar o fator que ocasionou a entorse sofrida pela primeira acidentada, bem como o porquê a outra trabalhadora acabou colocando a perna em um bueiro.

Merece destaque o fato de que as quedas são os eventos habitualmente mais reconhecidos entre os AT, por diversos autores (PARADA; ALEXANDRE; BENATTI, 2002; 1998, SCHLOSSER et al., 2002; SILVEIRA et al., 2005b).

Pepe (2002) estudando os AT fatais no Município do Rio de Janeiro, com base na análise dos Registros de Ocorrência da Polícia Civil, dentre 199 eventos, encontrou 23 relacionados ao trabalho. Tais eventos habitualmente são reconhecidos entre os AT e foram a principal causa de morte dos trabalhadores registrados. Do total de acidentes, as quedas representaram 56,5%.

Parada Alexandre e Benatti (2002), estudando as CAT de um hospital

universitário, relativas a um período de sete anos, constataram que as mesmas eram provenientes de quedas.

A “Exposição a Forças Mecânicas Inanimadas” (W20-W49) foi o motivo das causas dos AT entre 16 (19,51%) das mulheres acidentadas do presente estudo.

Em cinco casos, as causas foram classificadas como: “W20.9 Impacto causado por objeto lançado, projetado ou em queda - local não especificado” . Um destes AT foi assim descrito: *“paciente refere queda de caixa de madeira sobre dedos do pé E, há 2 horas”*; no outro, havia o seguinte relato: *“paciente relata queda de peça em pé D”*; outro registro era o seguinte: *“...ao transportar torpedo de oxigênio, o mesmo caiu sobre o pé E...”*. Pelos registros não podemos conhecer o detalhamento de tais ocorrências, tais como: se o local onde se encontrava a caixa era apropriado ou não, se a queda foi provocada pelo excesso de peso da mesma, ou se por outro motivo. Quanto ao torpedo de oxigênio, desconhecemos se a queda ocorreu porque estava mal posicionado pelo carregador ou porque rompeu-se alguma liga metálica de algum de seus suportes, ou por outro motivo. Ou seja, há insuficiência de registros, o que diminui as possibilidades de se conhecer mais profunda e detalhadamente a situação que gerou o AT.

Dois casos foram categorizados como sendo “W44.9 Penetração de corpo estranho no ou através de olho ou orifício natural - local não especificado”. Há o registro de um dos casos em que *“a paciente foi atingida em olho esquerdo por substância de limpeza”*, anotação inconclusiva para se entender melhor o acidente, o tipo de produto de limpeza, a quantidade que atingiu a trabalhadora, entre outros.

Todas as outras causas referentes à codificação W20 a W49 apareceram

apenas uma vez cada e são as que se seguem: “W22.9 Impacto acidental ativo ou passivo causado por outros objetos - local não especificado”; “W26 Contato com faca, espada e punhal”, reportando-se a uma auxiliar de nutrição que se feriu ao cortar legumes; “W27.9 Contato com ferramentas manuais sem motor - local não especificado”; “W31.2 Contato com outras máquinas e com as não especificadas - escolas, outras instituições e áreas de administração pública”; “W31.9 Contato com outras máquinas e com as não especificadas - local não especificado”; “W45 Penetração de corpo ou objeto estranho através da pele”, situação essa ocorrida com uma auxiliar de enfermagem que perfurou seu dedo com uma agulha não utilizada, ao limpar a gaveta. Vale ressaltar que o hospital em estudo mantém um centro especializado para atendimento aos trabalhadores com acidentes perfuro-cortantes com material biológico, sendo que possivelmente por esse fato, não apareceram muitos desses AT. Houve ainda a acidentada que apresentou “W450 Penetração de corpo ou objeto estranho através da pele – residência”; a outra que sofreu o acidente pela causa “W452 Penetração de corpo ou objeto estranho através da pele - escolas, outras instituições e áreas de administração pública” e a que sofreu AT pela causa “W459 Penetração de corpo ou objeto estranho através da pele - local não-especificado”.

Em sete (8,54%) das mulheres acidentadas, os registros do hospital foram: “Motociclistas traumatizadas em Acidentes de Transporte” (V20-V29), sendo que em cinco, estabeleceu-se como causa “W20.9 Impacto causado por objeto lançado, projetado ou em queda - local não-especificado” e nos outros dois, “W44.9 Penetração de corpo estranho no ou através de olho ou orifício natural - local não-especificado”.

Em sete AT (8,54%) as causas foram “Excesso de Esforços, Viagens e

Provações” (X50-X57), sendo que em quatro foi constatado como causas os “Excesso de exercícios e movimentos vigorosos ou repetitivos - rua e estrada (X50.4), com registros que a *“paciente fez movimentos bruscos e iniciou quadro de dor”* e em três situações o local não foi especificado.

Seis (7,32%) mulheres tiveram como causas de seus AT “Exposição Acidental a Outros Fatores e aos Não-Especificados” (X58-X59): cinco AT foram decorrentes da causa “Exposição a fatores não-especificados - local não-especificado” (X59.9) e um “Exposição a outros fatores especificados - local não-especificado (X58.9)”; sendo assim não foi possível detectarmos os detalhes dos fatores que determinaram as causas dos AT.

Em três (3,66%), as acidentadas sofreram “Efeito Tóxico de Substâncias de Origem predominantemente Não-medicinal” (T51-T65); em um a *“paciente ingeriu acidentalmente produto químico ao tentar abrir a boca”*, sem haver a determinação de qual era essa substância.

Em outros três (3,66%), houve “Contato com uma fonte de Calor ou com Substancias Quentes” (X10-X19): em dois registros havia o relato de queimaduras na perna, quando vinha para Unidade de Emergência de moto e em outro registro estava anotado que a paciente *“...queimou-se com água fervente...”*.

Três mulheres (2,44%) sofreram “Agressões” (X85-Y09) sendo que em seus prontuários, os registros foram redigidos assim: *“uma vitima de assalto na loja em que trabalhava”*; outra *“sofreu agressão sexual, tentativa de estupro, quando ia para o serviço, hoje por volta das 5:30h”*; no outro, estava registrado que *“foi agredida com um soco na testa, região frontal da cabeça, por paciente com distúrbio psiquiátrico”*.

Em dois (2,44%) registros havia a informação de "Pedestre Traumatizada em um Acidente de Transporte" (V01-V09); dois (2,44%) eram "Ciclista traumatizado em Acidente de Transporte" (V10-V19); dois (2,44%) eram referentes à "Ocupante(s) de um Automóvel {Carro} Traumatizados em um Acidente de Transporte" (V40-V49).

Se somarmos todos os acidentes envolvendo o trânsito, contabilizaremos 13 eventos (15,85%). Estudos já demonstraram grande quantidade de acidentes de transporte que ocorrem a cada ano e as suas conseqüências desastrosas: mortes, incapacidades, prejuízos, financeiros, emocionais, entre outros (DENATRAN, 2002; DIÁRIO DE SOROCABA, 2004).

Dados do Departamento Nacional de Trânsito (DENATRAN, 2002) e do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde informam que cerca de trinta mil brasileiros, em média, perdem a vida todos os anos por causa dos acidentes de trânsito (DIÁRIO DE SOROCABA, 2004), por variadas causas, sendo que muitos deles são situações evidentes de AT.

Estudo sobre morbi-mortalidade identificou que em relação aos óbitos por AT foram registrados oficialmente, por meio do Sistema da Comunicação de Acidentes de Trabalho, 2.753 mortes em 2000. A maioria (47,5%) ocorreu por acidentes de transporte (GAWRYSZEWSKI, KOIZUMI, MELLO-JORGE, 2004).

O estudo de Waldvogel (2003) constatou que os acidentes de transporte são os principais causadores de morte de trabalhadores, totalizando 45,3% dos casos ocorridos no Estado de São Paulo.

Em outros dois prontuários (2,44%) havia registro de "Lesões Autoprovocadas Intencionalmente" (X60-X84), sem detalhamento dessas anotações.

Uma (1,22%) mulher que sofreu AT teve como causa a “Exposição a Forças Mecânicas Animadas” (W50-W64), constatada através do seguinte registro: “... *paciente cortadora de cana, foi picada por cobra há 1:30h em mão D*”.

O estudo de Albuquerque, Costa e Cavalcanti (2004) sobre acidente ofídicos encontrou 1.098 acidentados, dentre esses 48 (4,4%) estavam trabalhando no momento do agravo e 4,6% eram trabalhadores rurais - incluindo vaqueiros, lavradores e outros trabalhadores da agropecuária. Do total, 1.026 casos (93,4%) não apresentaram inferências quaisquer nos prontuários desses pacientes atendidos. Apesar de comum para os trabalhadores da agropecuária, este tipo de acidente também não é identificado como AT (ALBUQUERQUE, 2002).

Em uma paciente (1,22%) ocorreu “Envenenamento [Intoxicação] Acidental por e Exposição a Substancias Nocivas” (X40-X49), constatando-se o seguinte relato: “...*paciente estava limpando debaixo da pia ... quando deixou seu chiclete cair em umas bolinhas e retornou-o à boca.... eram veneno de rato...*”.

Em relação aos **diagnósticos** efetuados pelos médicos no atendimento às mulheres acidentadas, 14 prontuários (17,07%) indicavam “Traumatismo do Tornozelo e do Pé” (S90-S99), sendo a maioria causada por quedas. Em um prontuário havia o seguinte registro: “*paciente sofreu trauma em pé D, quando vinha para o hospital e escorregou*”. Em outro “*paciente caiu sobre o pé D, após escorregar em chão molhado..*”; em outro: “*paciente sofreu trauma em hálux quando o balde caiu sobre seu pé*”. Em um prontuário, havia a anotação: “... *ao transportar um torpedo de oxigênio, caiu sobre o pé E...*”.

Apesar dos comentários anteriormente realizados em relação a falta de detalhamento das causas, percebe-se que tais diagnósticos estão em

concordância com as mesmas, sendo decorrentes delas.

Outras 13 mulheres (15,85%) sofreram “Traumatismo do joelho e da perna” (S80-S89); alguns desses registros nos prontuários eram os seguintes: *“sofreu queda de moto, caindo sobre a perna direita”*; outra *“sofreu AT: queda da própria altura, num ambiente da pediatria, ferindo o joelho”*.

Doze mulheres (14,63%) sofreram “Traumatismo do Punho e da Mão” (S60-S69). Algumas anotações nos prontuários que especificam esses diagnósticos são: *“paciente, que é lavradora, refere ter acertado “podãozada” em mão E”*; *“paciente, que é auxiliar de nutrição na Unidade de Emergência, sofreu acidente com faca”*; uma auxiliar de enfermagem *“refere ter ferido sua mão com a ponta do equipo de soro ao desconectá-lo do frasco”*, entre outros exemplos.

Diagnósticos como estes, que afetam membros inferiores e superiores, são comuns e facilmente entendidos, principalmente em profissões utilizam muito as mãos, como os trabalhadores rurais, os da enfermagem e os trabalhadores da nutrição, por exemplo.

Oito mulheres (9,76%) sofreram “Outras Dorsopatias” (M50-M54). Particularmente um caso chamou-nos a atenção: uma auxiliar de enfermagem apresentou cinco AT por esta causa. Em um dos atendimentos, o registro no prontuário apontou: *“dor lombar após trocar paciente acamado”*; no mesmo prontuário, dois meses depois, há a anotação: *“funcionária refere dores cervicais e lombares após transportar paciente para maca”*. Os relatos acerca dessa trabalhadora continuam: *“paciente refere dor lombocervical desde ontem, medicou-se por conta própria, mas as dores não cessaram”*, *“paciente com dores em região cervical”* e, ainda: *“funcionária refere dor intensa em região lombar”*. Em relação a este último AT, o registro do médico do Trabalho do SESMT foi o

seguinte: “a funcionária do CTI...refere dores lombares insuportáveis após plantão noturno sobrecarregado”. Esse caso mostra a evolução de um processo doloroso da funcionária da enfermagem, que no mesmo tipo de trabalho, chegou a apresentar intolerância às dores na coluna.

Vários estudiosos da enfermagem relatam distúrbios osteomusculares nos trabalhadores dessa profissão, os quais realizam atividades cotidianas pesadas como: movimentação de pacientes para o banho, carregamento dos pacientes, mudanças de suas roupas, entre outras (ALEXANDRE, 1993; MARZIALE, 1995; ALEXANDRE; CÉLIA, 2003).

Sete (8,54%) mulheres sofreram “Traumatismos da Cabeça” (S00-S09). Em um dos registros constava que “*paciente caiu de moto, quando ia para o serviço*”, em outro estava anotado que a paciente foi “*...atropelada por uma moto quando voltava do almoço... feriu região frontal da cabeça...*” e há ainda o caso da enfermeira agredida por um paciente psiquiátrico com um soco na cabeça, relatado anteriormente.

Cinco (6,10%) sofreram “Traumatismo do ombro e do Braço” (S40-S49). Em um dos casos a “*paciente sofreu queda enquanto trabalhava na enfermaria contundindo o ombro E*”, uma auxiliar de serviços gerais “*ao abaixar-se para pegar uma peça pesada começou a sentir dores e dificuldades para movimentar braço*”, o que nos levou a refletir sobre a fragilidade do corpo feminino diante dos pesos carregados diariamente.

Quatro (4,88%) mulheres apresentaram “Traumatismo do Cotovelo e do Antebraço” (S50-S59). Uma auxiliar de serviços “*escorregou e teve queda ao solo com apoio de mão D*”, uma caseira “*...prende o punho em máquina de moer*”.

Cinco (6,10%) mulheres sofreram “Traumatismos de múltiplas regiões do

corpo” (T00-T07); uma delas sofreu acidente automobilístico quando ia para usina onde trabalhava como zeladora.

Quanto diagnósticos de “Dermatite e Eczema” (L20-L30) (3,66%) um referia-se a uma auxiliar de serviços que informou “... *prurido em todo o corpo após limpar um quarto...*” e o outro que mencionava “*reação alérgica após contato com produto de limpeza*”, não se identificando qual era.

Três (3,66%) mulheres acidentadas foram diagnosticadas com “Queimaduras e Corrosões” (T20-T32). Quanto aos outros diagnósticos, “Traumatismo do Tórax” (S20-S29); “Efeito da Penetração de Corpo Estranho através de um orifício natural” (T15-T19) e “Traumatismos envolvendo múltiplas regiões do corpo” (T00-T07), cada um representou dois eventos, ou seja, 2,44% de indivíduos, respectivamente.

O restante “Traumatismo do Abdome, do dorso, da Coluna Lombar e da Pelve” (S30-S39); “Traumatismo do quadril e da coxa” (S70-S79); “Efeito Tóxico de Substâncias de Origem predominantemente Não-medicinal” (T51-T65), representou um evento cada, ou seja, 1,22%.

Quanto às **partes do corpo afetadas**, 29 (35,37%) mulheres lesaram os membros inferiores; 24 (29,72%) os membros superiores; 12 (145,63%) o tronco; nove (10,98) a cabeça, e sete (8,54%) múltiplas partes do corpo. Em um prontuário não encontramos registro da parte atingida (1,22%).

No estudo de Teixeira e Freitas (2003), nos acidentes típicos, as partes do corpo mais atingidas foram os membros superiores (39%) e os inferiores (38,8%); ambos são muito sujeitos aos traumatismos causados pelas ferramentas de trabalho, como o facão. Nos membros superiores, as partes mais atingidas foram os dedos (46,3%) e as mãos, enquanto nos inferiores tanto as pernas como os

pés têm percentuais muito parecidos, 50% e 49,7%, respectivamente.

Como citado anteriormente, em profissões como a enfermagem, em que se usa constantemente as mãos para cuidar, como também no trabalho doméstico para lavar, passar, cozinhar e limpar, são comuns lesões nos membros superiores e inferiores.

Barkokébas Júnior (2004) indica que os dedos constituem-se nas partes do corpo mais atingidas nos acidentados, representando em 2000 11,11%; 12,26%, em 2001 e 17,03%, em 2002, do total de acidentados. O percentual referente ao braço diminui de 13,49%, em 2000, para 12,26%, em 2001, chegando em 6,23% em 2002, com isso, ele foi do segundo lugar para quinto. A porcentagem referente ao pé sofreu uma queda grande de 2000 para 2001, passando de 16,67%, quando ocupava o primeiro lugar, para 8,39%, quinto lugar. No ano seguinte, os números a esse respeito sofreram ligeiro aumento, passando para 9,71% do total de acidentes.

Quanto aos **encaminhamentos efetuados**, 32 (39,02%) corresponderam à alta dos pacientes; 12 (14,63%) às internações e posteriores afastamentos (licença); 12 (14,63%) aos procedimentos cirúrgicos e 10 (12,20%) às internações. Em três casos (3,66%), as pacientes receberam alta, mas tiveram retornos pelo motivo dos AT. Em um prontuário (1,22%) só encontramos a menção da transferência da paciente para outro hospital e em 12 (14,73%) não havia relatos sobre os encaminhamentos efetuados.

Observamos que 39,02% dos encaminhamentos corresponderam à alta das pacientes, mas em 41,46% deles, somados a outros encaminhamentos, a mulher foi afastada do trabalho, por diversos motivos. Considerando que grande parte das acidentadas não têm registro em carteira, supomos que muitas

dificuldades tiveram que enfrentar nos períodos de afastamentos sem auxílio financeiro previdenciário, ou então retornando ao trabalho mesmo sem condições físicas e de saúde. A respeito das trabalhadoras domésticas, 75% não possuíam carteira de trabalho. Num dos registros hospitalares, a assistente social relatou: *“paciente trabalha como doméstica diarista, sem registro em carteira (...) acidentou-se quando pegou moto-táxi para ir ao serviço”*, evidenciando essa situação preocupante e de (des)assistência à mulher trabalhadora.

7. Conclusões

Este estudo quantitativo, retrospectivo e descritivo, com análise de dados secundários, surgiu dos nossos questionamentos com a questão do trabalho feminino, a crescente inserção da mulher no mercado de trabalho, as implicações negativas para sua saúde, especialmente às relacionados aos Acidentes de Trabalho (AT), bem como as doenças provocadas pelo mesmo e o atendimento realizado pelos profissionais de saúde aos acidentados de trabalho. Pois, durante nossa formação acadêmica em Enfermagem, ao desenvolvermos atividades de Iniciação Científica, tivemos a oportunidade de constatar o precário atendimento à saúde oferecido nos serviços de saúde aos acidentados do trabalho.

Assim constatamos nesta pesquisa que 82 mulheres sofreram 117 AT, sendo que 61 (74,39%) delas sofreram um acidente no período de dois anos do estudo. As demais (25,6%) tiveram mais que um AT no período, ou seja, vivenciaram situações de poliacidentabilidade.

Das 82 mulheres que sofreram AT, a maioria tinha idade entre 25 e 40 anos, eram casadas, procedentes de Ribeirão Preto, trabalhadoras dos serviços domésticos e membros da equipe de enfermagem.

Os AT em sua maioria foram típicos, ocorreram no período da manhã, geralmente quando a pessoa pode estar sonolenta ou com acúmulo de atividades.

Quanto aos profissionais que efetuaram os registros nos prontuários das acidentadas, constatamos que a maior parte das anotações foi feita por mais de um membro da equipe de saúde.

Em relação às causas dos AT, o maior percentual ocorreu por “Quedas”. Quanto aos diagnósticos médicos, a maioria referiu-se ao “Traumatismo do Tornozelo e do Pé” (S90-S99) e “Traumatismo do joelho e da perna” (S80-S89);

as partes do corpo mais afetadas nos acidentes, em grande parte dos casos, foram os membros inferiores, fato facilmente compreendido, uma vez que a maior causa de acidentes foi a queda.

Grande parcelas dos encaminhamentos efetuados corresponderam a eventos que levaram a mulher a se afastar do trabalho, por diversos motivos.

Algumas sugestões são feitas, no sentido de poder minimizar os problemas encontrados. Entre elas acredita-se que o governo precisa implementar medidas de proteção ao trabalho da mulher; deve haver uma maior valorização dos serviços domésticos e uma da diminuição da jornada de trabalho feminina, situação que parece estar distante de ser alcançada no país.

Governos, sindicatos, trabalhadoras e a população acadêmica devem agregar-se para a promoção da segurança, do bem-estar e da saúde do trabalhador, de forma objetiva e consistente, visando à redução de riscos, à adequação e melhoria do ambiente de trabalho e à prevenção de acidentes de trabalho e de doenças ocupacionais. Quanto ao empregador, deve existir a obrigatoriedade de avaliar os riscos existentes no ambiente de trabalho, bem como criar medidas de controle para a sua diminuição.

Também há necessidade de se treinar os profissionais de saúde para que possam oferecer um melhor atendimento aos trabalhadores acidentados, inclusive as mulheres, fornecendo-lhes informações sobre seus direitos, bem como identificar o tipo de trabalhador que está sendo atendido e propiciar atenção especial aos pacientes acidentados. Percebemos que o postulado por Ramazzini, em 1700, "... que arte exerce?...", até os dias atuais ainda não é atendido pela equipe de atendimento hospitalar (RAMAZZINI, 2000). Os registros incompletos feitos por parte da equipe, inclusive a de enfermagem, que é a que

permanece constantemente e mais tempo ao lado dos pacientes, favorecem o ocultamento da real situação do acidentado e, assim, faltam informações sobre os acidentes em si.

Concordamos com as sugestões feitas por MC COY, CARRUTH e REED (2002); ENGBERG (1991), dos Estados Unidos; SILVEIRA, MARZIALE e ROBAZZI (2003), do Brasil, sobre o treinamento do pessoal da saúde e a necessidade de se educar esses profissionais, tanto para o atendimento das trabalhadoras, quanto para a realização de estudos epidemiológicos descritivos ou programas de intervenção, no sentido de serem eliminadas as condições adversas e controlados os riscos relacionados ao trabalho, em geral, incluindo-se aí o trabalho feminino.

Limitações do estudo

As limitações apontadas no estudo estão principalmente relacionadas aos registros dos prontuários. A primeira delas é o fato de não termos acesso a todos os prontuários com anotações de atendimentos de acidente, nestes dois anos de estudo, pois alguns estavam sendo utilizados em outras pesquisas; outros estavam nas enfermarias, significando que o paciente estava internado na época da pesquisa. Mesmo após repetidas tentativas, não conseguimos analisar todos os prontuários. Ainda em relação à fonte de dados, nem todos os pacientes atendidos na Unidade de Emergência possuem prontuário, isto é, se o paciente não necessitar de internação por mais de 24 horas, esse atendimento será registrado em uma folha apropriada, instrumento que para este estudo não era adequado, pois não continha as informações suficientes.

Quanto à qualidade deste tipo de registro, nem sempre permite identificar com clareza os AT, o que certamente eleva os índices de subnotificação.

Vários autores demonstram, em seus estudos, essa subnotificação (BINDER; CORDEIRO, 1997; SILVEIRA, 2003; SILVEIRA et al., 2005a) e concordam que a questão dos acidentes de trabalho é um problema de considerável magnitude no Brasil. A principal medida para reduzir os numerosos AT é a prevenção e a conscientização da importância da fidedignidade das fontes de informação para implementação de mudanças a partir de dados realistas.

Referências Bibliográficas

AGÊNCIA DO ESTADO. **Desemprego quase dobra em dez anos**. Seg, 15 Nov. 2004. Disponível em:<<http://br.news.yahoo.com/041115/25/p1ga.html>> Acesso em: 25 abr. 2005.

ALBUQUERQUE, H.N.; COSTA, T.B.G.; CAVALCANTI, M.L.F. Estudo dos Acidentes Ofídicos Provocados por Serpentes do Gênero *Bothrops* Notificados no Estado da Paraíba. **Revista de Biologia e Ciências da Terra**, v.5, n.1, p. , 2004.

ALBUQUERQUE, H. N. **Perfil clínico-epidemiológico dos acidentes ofídicos notificados no estado da Paraíba**. 2002. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual da Paraíba, Universidade Federal da Paraíba, Campina Grande, 2002.

ALEXANDRE, N.M.C. **Contribuição ao estudo das cervicodorsolombalgias em profissionais de enfermagem**. 1993. 185f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1993.

ALEXANDRE, N.M.C.; BENATTI, M.C.C. Acidentes de Trabalho afetando a coluna vertebral: um estudo realizado com trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.6,n.2,p.65-72, abr. 1998.

ALEXANDRE, N.M.C.; CÉLIA, R.C.R.S. Distúrbios osteomusculares e qualidade de vida em trabalhadores envolvidos com transporte de pacientes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.56, n.5, p.494-498, set./out. 2003.

ALMEIDA, M.C.N. **Licença maternidade de adoção**. In: Âmbito Jurídico, ago. 2001. Disponível em<<http://www.ambito-juridico.com.br/aj/eca0017.htm>> Acesso em: 12 jun. 2005.

ALVES, S.; LUCHESI G. Acidentes de Trabalho e doenças profissionais no Brasil: precariedade das informações. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 1, n. 3, p. 5-19, 1992.

ARRIAGADA, I. Mujeres rurales de América Latina e el Caribe: resultados de programas y proyectos. **Una nueva lectura:** genero en el desarrollo entre Mujeres. Lima: Flora Tristan Ediciones, 1991.

BARBOSA, A. **Riscos ocupacionais em hospitais:** um desafio aos profissionais da área de saúde ocupacional. 1989. 126f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1989.

BARKOKÉBAS JUNIOR, B. **Análise dos Acidentes de Trabalho na Construção Civil no Estado do Pernambuco conjuntamente com os riscos ambientais nos canteiros de obras.** Relatório final das atividades do bolsista, PIBIC, 2004.

BINDER, M.C.P.; ALMEIDA, I.M. Acidentes do Tablado: Acaso ou Descaso? In: MENDES. R (org). **Patologia do Trabalho.** São Paulo: Editora Atheneu, 2003. p.768-808.

BINDER, M.C.P.; CORDEIRO R. Sub-registro de acidentes do trabalho em localidade do Estado de São Paulo, **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v.37,p.409-16. 1997.

BINDER, M.C.P.; WLUDARSKI, S.L. ALMEIDA, I.M. Estudo da evolução dos acidentes do trabalho registrados pela Previdência Social no período de 1995 a 1999, em Botucatu, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.915-924. 2001.

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. 239f. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. São Paulo, 1997.

BRASIL. **Lei 8.213, de 24 de Julho de 1991.** Dispõe sobre os planos de benefícios da previdência social e dá outras providencias. Disponível em:

<http://www.trt02.gov.br/Geral/tribunal2/Legis/Leis/8213_91.html> Acesso em: 15 fev. 2004.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Nacional. **Portaria nº 3.120, de 1º de julho de 1998.a** Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/3120_98.htm# Acesso em: 12 jun. 2005.

BRASIL. **Consolidação das Leis do Trabalho**. Decreto-lei. Decreto-lei nº. 5452, de 1º de maio de 1943. Aprova a consolidação das leis do trabalho. Lex: coletânea a de legislação. Edição Federal, São Paulo, v.7, 1943.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. **Lei nº. 6.367, de 19 de outubro de 1976**. Dispõe sobre o seguro de acidentes do trabalho a cargo do INPS e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.mp.sp.gov.br/5procj/siapro-5/2tac/legislacao/Lei%206367-1976.doc>> Acesso em 18 nov. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças Relacionadas ao Trabalho**: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde. 580p. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. **Segurança no ambiente hospitalar**. Brasília: Secretaria de Assistência a Saúde, 1995.

BRASIL. Ministério do Trabalho e do Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações**. Brasília. 2002b.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Convenção da OIT**. Brasília: MTE, SIT, 62 p. 2002a.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE). **Estudos e análise com vistas à definição de políticas**,

programas e projetos relativos ao mercado de trabalho brasileiro. Mediação e negociação em segurança e saúde do trabalho, São Paulo:FIPE, dez. 2000.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria nº 3.296, 3 de setembro de 1986.** Disponível em:<
<http://www.mte.gov.br/Empregador/FiscaTrab/Legislacao/portarias/Conteudo/4293.pdf>> Acesso em: 15 jun. 2005.

BRASIL. **Portaria Federal - MS Nº 3.908, de 30 de outubro de 1998.**b Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:<
<http://www.saude.ba.gov.br/cesat/Legislacao/Portaria%20Federal%203.908.htm>> Acesso em: 12 jun. 2005.

BRASIL. Planalto. **Lei nº 10.421, de 15 de Abril de 2002.**c. Disponível em<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10421.htm> Acesso em: 12 jun. 2005.

BRASIL. Segurança e Medicina do Trabalho. **Coleção Manuais da Legislação.** 54ª ed. São Paulo (SP): Atlas, 2004.

BRITO, J. C. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.195-204, jan./mar. 2000.

BRUMATTI, T. Gênero e trabalho: a participação da mulher nos sindicatos de Presidente Prudente. **Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales**, Barcelona, v. 7, n. 416, dec. 2002. Disponível: <<http://www.ub.es/geocrit/b3w-416.htm>> Acesso em 26 abr. 2005.

BRUMER, A. Previdência social rural e gênero. **Sociologias**, Porto Alegre, n.7, p.50-81, jan./jun. 2002.

BRUSCHINI C. Gênero e trabalho no Brasil: novas conquistas ou persistência da discriminação? In: ROCHA, M. I. B. (org.) **Trabalho e gênero: mudanças, permanências e desafios**. São Paulo: Editora, cap.34, p.11-31, 2000.

BRUSCHINI, C. Trabalho Feminino no Brasil: Novas Conquistas Ou Persistência da Discriminação? **Latin American Studies Association – ECO 19** – Chicago, Illinois – USA. Sep. 24 – 26, 1998.

BRUSCHINI, C.; LOMBARDI, M.R. O trabalho da mulher brasileira nos primeiros anos da década de noventa, In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 10. Caxambu (MG). 1996. **Anais...** Belo Horizonte: ABEP: v.1, p. 483-516.

BUENO, R.N. **Qualidade de vida dos cirurgiões-dentistas da rede pública dos municípios da AMFRI**. 2004. 113f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2004.

BULHÕES, I. **Riscos do trabalho em enfermagem**. Rio de Janeiro: [s.n.], 1994. 221p.

BUSCHINELLI, J.T. P.; RIGOTTO, R.M; ROCHA, L.E. **Isto é Trabalho de Gente?** Vida, Doença e Trabalho do Brasil. Rio de Janeiro:Vozes, p. 461-91. 1993.

CAIXETA, R.B.; BARBOSA-BRANCO, A. Work-related accidents in health care workers from public hospitals in Brasilia, Brazil, 2002/2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.737-746, May./Jun. 2005.

CÂNDIDO-OLIVEIRA, J. Segurança e Saúde do trabalhador - uma questão mal compreendida e equivocadamente administrada. In : **Anais...** Impactos das inovações tecnológicas e organizacionais na saúde do trabalhador, 4 e 5 dez. 1998., Belo Horizonte: NET/PUC Minas, 1998.

CARMO, J. C.; ALMEIDA, I. M.; BADINTER, M. C. P.; SETTIMI, M. M. Acidentes de trabalho. In: MENDES, R. (org.) **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995, Cap. 18, p. 431-455.

CARVALHO. L.M.S.S. A mulher trabalhadora na dinâmica da manutenção e de chefia domiciliar. **Estudos Feministas**, Trindade, v.6, n.1, p. 7-33, 1998.

CASTELLS, M. **O poder da identidade**. São Paulo:Paz e Terra, 1999, 530 p.

CAVALCANTE, M. C. **O trabalho da mulher e suas condições de saúde: pesquisa realizada em uma comunidade de baixa renda**. 2003. 123p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2003.

CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES (CUT). **Política de Gênero**. s.d. Disponível em: <http://www.cut.org.br/a21111.htm> Acesso em: 26 abr. 2005.

CHARLIER, C.; ALBERT, A.; HERMAN,P.; HAMOIR, E; GASPARD, U.;MEURISSE, M.; PLOMTEUX, G. Breast cancer and serum organochlorine residues. **Occupational Environment Medicine**, New York, n.60, p.348-351, 2003.

CHILLIDA, M.S.P.; COCCO, M.I.M. Saúde do trabalhador & terceirização: perfil de trabalhadores de serviço de limpeza hospitalar, **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.2, p.271-276, 2004.

CORREIO BRAZILIENSE, **Mulheres em risco**, 30 abr. 2003. Disponível em: <<http://www.sabermulher.com.br/Noticias/Noticias.asp?Id=345>> Acesso em: 20 set. 2003.

CORTEZ, S.A.E. **Acidente de trabalho**: uma realidade ainda a ser desvendada. Ribeirão Preto/S.P. – 1996. “Os descaminhos que não levam ao acidente de trabalho”. 2001. 167f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

COSTA. A.L.R.C. **As múltiplas formas de violência no trabalho de enfermagem:** o cotidiano de trabalho no setor de emergência e urgência clínica em um hospital público. 2005. 227f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

DEANE, P. O ponto de partida. In: DEANE, P. **A Revolução Industrial**. 3ª ed., Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

DELA COLETA, J.A.; SILVA, L.H.L.M.; FREITAS, L.; PETERS, L.R. As causas dos acidentes de trabalho para operários acidentados e não acidentados, chefias e supervisores de segurança. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, Brasília, v. 53, n. 14, p. 42-51, 1986.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDO SÓCIO-ECONÔMICOS (DIEESE). A situação das mulheres em mercados de trabalho metropolitanos. **Boletim DIEESE**, São Paulo, Especial, mar. 2003.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDO SÓCIO-ECONÔMICOS (DIEESE). 8 de Março, Dia Internacional da Mulher. **Boletim DIEESE**, São Paulo, Especial, mar. 2001.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO (DENATRAN). **Anuário Estatístico de Acidentes de Trânsito - 2002**. Disponível em: <http://www.denatran.gov.br/acidentes.htm> Acesso em: 18 jun. 2005.

DIÁRIO DE SOROCABA. **Impactos e seqüelas dos acidentes de trânsito**. Disponível em: <http://www.diariodesorocaba.com.br/editorial.asp?codigo=61> Acesso em: 20 jun. 2005.

DUPAS, G. **Economia global e exclusão social:** pobreza, emprego, estado e o futuro do capitalismo. 2ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

ENGBERG, L Women and agricultural work. **Occupational Medicine**, Oxford, n.8, v.4, p.869-882, Oct./Dec., 1993.

ENGELS, F. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. Tradução Rosa Camargo Artigas, Reginaldo Forti. São Paulo: Global, 1985.

FAUSTO, B. **Trabalho urbano e conflito social: 1890-1920**. Rio de Janeiro: Difel, 1977.

FERREIRA DE MACEDO, M.B. Gender relations, the gendered division of labour and health: the case of the women factory workers of Rio Tinto, northeast Brazil, 1924-91. **Feminism & Psychology**, Loughborough, v.6, n.3, p.381-399, 1996.

FERREIRA, R. R.; MENDES, R. Alguns aspectos epidemiológicos dos acidentes de trabalho fatais ocorridos em Campinas, SP (Brasil), 1972-1978. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.15, n.3, p.251-262, 1981.

FRIGOLLETO, A Geografia em 1º Lugar. Geografia da População. **A participação da mulher no mercado de trabalho**. s.d. Disponível em:<<http://www.frigoletto.com.br/GeoPop/mulher.htm>> Acesso em 28 jul. 2003.

FUNDAÇÃO CARLOS CHAGAS. Banco de Dados sobre o Trabalho das Mulheres. **Séries Históricas**. 2002. Disponível em: <<http://www.fcc.org.br/mulher/apres.html>> Acesso em: 25 abr. 2005.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). Mulher e Trabalho. **Mercado de Trabalho Feminino no Estado de São Paulo 1994/1998**, São Paulo, n.1, jul. 2000. Disponível em: http://www.seade.gov.br/mulher/index_01.html Acesso em: 26 abr. 2005.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). Mulher e Trabalho. **O Mercado de Trabalho da Mulher no Interior Paulista 1994-98**, São Paulo, n.2, jan. 2001a. Disponível em:

<http://www.seade.gov.br/mulher/boletim_02/Mulher2.pdf> Acesso em: 24 ago. 2003.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). Mulher e Trabalho. **O Emprego Feminino no Estado de São Paulo na Década de 90**, São Paulo, n.9, set. 2002. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/mulher/boletim_09/Mulher9.pdf> Acesso em: 24 ago. 2003.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). Mulher e Trabalho. **Inserção da Mulher no Mercado Formal de Trabalho no Estado de São Paulo, entre 2000 e 2002**: uma abordagem regional, São Paulo, n.13, dez. 2004. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/mulher/boletim_Mutrab13.pdf> Acesso em: 08 dez. 2004.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). Mulher e Trabalho. **O mercado de trabalho feminino na região metropolitana de São Paulo em 2004**, São Paulo, n.14, 14 jan. 2005. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/mulher/boletim_Mutrab14.pdf> Acesso em: 26 abr. 2005.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). **O Trabalho das Mulheres Residentes Rurais no Estado de São Paulo**, São Paulo, n.6, dez. 2001b. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/mulher/boletim_06/Mulher6.pdf> Acesso em: 24 ago. 2003.

GALEAZZI, I. M. S. **Mulheres trabalhadoras**: a chefia da família e os condicionantes de gênero. Mulher e Trabalho, p. 61-68, 2000. Disponível em: <<http://www.fee.tche.br/download/mulher/2000/artigo4.pdf>> Acesso em: 29 set. 2003.

GÁLVEZ, T. Aspectos económicos de la equidad de género. In: **Relatório da Octavaconferência Regional sobre la mujer de América Latina y El Caribe**.

Nações Unidas CEPAL, 2000. Disponível em:
<<http://www.eclac.org/espanhol/noticias/comunicados/conf8visualizar.htm>>
Acesso em 24 ago. 2003.

GAWRYSZEWSKII V.P.; KOIZUMI, M.S.; MELLO-JORGE, M.H.P. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.995-1003, 2004.

GAZZONA, R. S. Trabalho feminino na indústria do vestuário. **Educação e Sociedade**, v.18, n.61, p.88-109, dez. 1997.

GEOVANINI, T. et al. **História da Enfermagem**: versões e interpretações. Rio de Janeiro:Revinter, 1995.

GIRARD, C. F. N. **Dossiê**: Globalização e Trabalho, perspectivas de gênero. Brasília: CFEMEA; FIG/CIDA, 2002. 52 p.

GOIS, A. Mulher tende mais a viver só. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 09 mai. 2002. Censo 2000, p A1-A6.

GOMES, K. R. O.; TANAKA, A. C. Morbidade referida e uso dos serviços de saúde por mulheres trabalhadoras, município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.1, p.75-82. fev. 2003.

GOMES, M.T.S. As mudanças no mercado de trabalho e o desemprego em Presidente Prudente/SP-Brasil. **Revista Electrónica de Geografía Y Ciencias Sociales**, Barcelona, v. 6, n. 119, 1 ago 2002. Disponível em:<<http://www.ub.es/geocrit/sn/sn119-32.htm>> Acesso em: 8 jun 2005.

HATCH, M. MOLINE, J. Women, work, and health. **American Journal Industrial Medicine**, Hoboken, v.32, n.3, p.303-308, Sep. 1997.

HIDRI, A.; HAJAJ, K.; SAID, A.; KAHOUACH, L. Etude des conditions de travail des cassières d'une grande surface de distribution à Sousse. **Santé Sécurité Travail**, v.20, n.20, p.22-29, Jan. 2002.

HIRATA, H. Reestruturação produtiva, trabalho e relações de gênero. **Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo**, Buenos Aires, v.4. n.7. 1998. p.5-28.

HUNTER, D. **The diseases of occupations**. 5 th. Ed. London. The English Universities Press, 1974.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios**. PNAD: síntese de indicadores, 1998. Rio de Janeiro: Departamento de Emprego e Rendimento; 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003**. 29 set. 2004. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=226&id_pagina=1> Acesso em 18 jun. 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese dos Indicadores Sociais traz um retrato do Brasil em 2003**. 24 fev. 2005. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=317&id_pagina=1> Acesso em: 23 mar. 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico de 2000: **Características da População e dos Domicílios: Resultados do universo**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>> Acesso em 18 jun. 2005.

INTERNATIONAL LABOUR OFFICE, BUREAU FOR WORKERS. ACTIVITIES, OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH BRANCH (ILO). **Your**

Health and Safety at Work: Introduction to Occupational Health and Safety, Torino: International Labour Office, 1999.

ISHIKAWA, H.; YAMAZAKI, Y. The effects of job and family conditions on cumulative fatigue of working mothers in double income family. **Journal Science Labour**, v.76, n.3, p.1-15, Mar. 2000.

ISLAM, S.S.; VELILLA, A.M.; DOYLE, E.J.; DUCATMAN, A.M. Gender differences in work-related injury/illness: analysis of workers compensation claims. **American Journal Industrial Medicine**, Hoboken, v.39, n.1, p.84-91, Jan. 2001.

KEMMLERT, K.; LUNDHOLM, L. Slips, trips and falls in different work groups - with reference to age and from a preventive perspective. **Applied Ergonomics**, v.32, n.2, p.149-153, Apr. 2001.

LAVINAS, L.; AMARAL, M. BARROS, F. **Evolução do desemprego feminino nas áreas metropolitana**. Brasília: IPEA, 2000.

LISBOA, T.K. Um olhar por baixo do tapete: mulheres terceirizados. **Mulher e Trabalho**, p. 161-168, 2004.

LOPES, C.L.E. Essas histórias de todos os dias ... 8 de março. In: ARMSTRONG, D. (org). **Coletânea de Textos sobre a Mulher**, Rio de Janeiro: Assessoria de Comunicação e Cultura do CREA-RJ. s.d.

LUCCA,S.R.; FÁVERO,M. Os acidentes do Trabalho no Brasil - algumas implicações de ordem econômica, social e legal. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, Brasília, v.22, n.81, p.03-13, 1994.

LUZ, M. **Mercado reflete aumento da participação feminina**. Terça-Feira, 15 de Março de 2005. Disponível em: <http://www.correiodabahia.com.br/2005/03/15/noticia.asp?link=not000107174.xml> > Acesso em: 23. Abr. 2005.

MACHADO, J. M. H. **Violência no trabalho e na cidade**: epidemiologia da mortalidade por acidente de trabalho registrada no Município do Rio de Janeiro em 1987 e 1988. Dissertação (Mestrado), 1991. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

MACHADO, J.M.H.; MINAYO GOMEZ, C. Acidentes de Trabalho: concepções e dados. In: MINAYO, M.C.S. **Os Muitos Brasis**: Saúde e População na Década de 80, São Paulo: Hucitec, 1995. p.117-142.

MACHADO, J.M.H.; MINAYO GOMEZ, C. Acidentes de Trabalho: uma expressão da violência social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, p.74-87. 1994. Supl.1.

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. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.1, p.36-42, 2004.

MC COY, C. A.; CARRUTH, A. K.; REED, D. B. Women in agriculture: risks for occupational injury within the context of gendered role. **Journal of Agricultural Safety and Health**, Michigan, v.8, n.1, p.37-50, Feb. 2002.

MELO, A. S. C. et al. Na corda bamba do trabalho precarizado: a terceirização e a saúde dos trabalhadores. In: MOTA, A. E. (org.). **A nova fábrica de consensos**. São Paulo: Cortez, 1998.

MELO, L.A. Injustiças de Gênero: o trabalho da mulher na agricultura familiar. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS VIOLÊNCIAS, O ESTADO E A QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA, 13., Ouro Preto. 2002. **Anais...** Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/GT_Gen_PO9_Albuquerque_texto.pdf> Acesso em: 24 ago. 2003.

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

MENDES, R. **Patologia do Trabalho**. São Paulo:Atheneu, 2003.

MENICUCCI, E. **A mulher, a sexualidade e o trabalho**. São Paulo: Hucitec, 1999.

MICHAELIS. **Minidicionário escolar da língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 2000. 657p.

MIRANDA, A. F. **Estresse ocupacional: inimigo invisível do enfermeiro?** 1998. 156f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MONTERO ARIZALETA, C. **Proceso salud-enfermedad en las trabajadoras de una industria farmacéutica**. 1995. 92f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1995.

MORAES, M.C.; BARATA, R.C. **Pesquisa sobre condições de vida: componente acidentes de trabalho e doenças profissionais**. São Paulo: SEADE; 1998.

MOTA, A.B. Emprego doméstico: revendo o novo. **Caderno CRH**, Salvador, n.16, p.31-50, 1992.

NAPOLEÃO, A. A. **Causas de subnotificação de acidentes de trabalho: visão dos trabalhadores de enfermagem de um hospital do interior paulista**. 1999. 115f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

NAPOLEÃO, A. A.; ROBAZZI, M. L. C. C.; MARZIALE, M.H.P.; HAYASHIDA, M. Causas de subnotificação de acidentes do trabalho entre trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 119-120, 2000.

NIEWEG, R.M.B.; BOER, M.; DUBLEMAN, R.C.; GALL, H.E.; HESSELMAN G.M.; LENSSEN, P.C.H.P. et al. Safe handling of antineoplastic drugs: results of a survey. **Cancer Nursing**, Gainesville v.17, n.6, p.501-511. 1994.

NUNES, B.O. **O sentido do trabalho para merendeiras e serventes em situação de readaptação nas escolas públicas do Rio de Janeiro**. 2000. 161f. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000.

OLIVEIRA, B.R.G. **O adolescente trabalhador**: determinantes e repercussões do trabalho precoce de um grupo de jovens de Cascavel, Paraná. 1999. 245f. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

OLIVEIRA, B.R.G.; MUROFUSE, N.T. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.1, p.109-115, 2001.

OLIVEIRA, M. G.; MAKARON, P. E.; MORRONE, L. C. Aspectos epidemiológicos dos acidentes de trabalho em um hospital geral. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, Brasília, v. 10, n. 40, p. 26-30, 1982.

OLIVEIRA, S.G. **Proteção Jurídica à Saúde do Trabalhador**. 2. ed. São Paulo: LTr, 1998.

ONO, Y.; LAGERSTROM, M.; HAGBERG, M.; LINDEN, A.; MALKER, B. Reports of work related musculoskeletal injury among home care service workers compared with nursery school workers and the general population of employed women in Sweden. **Occupational Environment Medicine**, v.52, n.10, p.686-693, Oct. 1995.

ORE, T. Women in the U.S. construction industry: an analysis of fatal occupational injury experience, 1980 to 1992. **American Journal Industrial Medicine**, Hoboken, v.33, n.3, p.256-262, Mar. 1998.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **Convenções da OIT**. Brasília : MTE, SIT, 2002. 62 p.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **Encontro tripartite sobre implementação de políticas públicas voltadas à diversidade: Relatório**. Genebra: OIT, 1996.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **Briefing da OIT sobre situação da mulher no mercado de trabalho**, 8 de Março – Dia Internacional da Mulher, Brasília, 8 mar. 2005. Disponível em :< http://www.mte.gov.br/EstudiososPesquisadores/observatorio/Conteudo/Briefing_2005.pdf> Acesso em 12w jun. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**, 10^a Revisão, São Paulo: Centro Colaborador da para a Classificação de Doenças em Português, 1993.

ORTIZ, I. P.; JOFFRE, R. L. **Asi es pues: trabajadoras domesticas de Cuernavaca**. Mexico: Colectivo Atabal, 1991.

PARADA, E.O.; ALEXANDRE, N.M.C.; BENATTI, M.C.C. Lesões ocupacionais afetando a coluna vertebral em trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.1, p.64-69, jan. 2002.

PEPE, C.C.C.A. **Estratégias para superar a desinformação**: um estudo sobre os acidentes de trabalho fatais no Rio de Janeiro. 2002. 81f. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

PEREIRA, A.S.O. **Acidente de trabalho em limpeza urbana**. Rio de Janeiro: COMLURB, 1978. v.1, 23p.

PINN, VW. Agenda for Women's Health Research. Improving Women's Musculoskeletal Health. **Clinical Orthopedist Related Research**, n. 372, p.9-16, Mar. 2000.

PIROTTA, W.R.B.; PIROTTA, K.C.M. O Impacto da Flexibilização das Leis Trabalhistas Sobre as Condições de Trabalho da Mulher. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS VIOLÊNCIAS, O ESTADO E A QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA, 13., Ouro Preto, 2002. **Anais...** Disponível em: <http://www.amatra2.org.br/GT_Gen_ST22_Pirotta_texto.pdf> Acesso em: 09 out 2004.

PITTA, A. F. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1999.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Método, Avaliação e Utilização**. São Paulo: Artmed, 2004.

PREHN, D. Mulher e Trabalho: Deixando de Ser Trabalhadeira. In: CONGRESO IBEROAMERICANO DE PSICOLOGÍA, 2., Madri. **Anais...** 1998. Disponível em: <<http://copsa.cop.es/congresoiberoa/base/social/soct35.htm>> Acesso em 09 out. 2004.

PULLEY, S.B.; CUMMINGS, S.R. BROWNER, W.S.; GRADY, D.; HEARST, N.; NEWMAN, T.B. **Delineando a pesquisa clínica**. Uma abordagem epidemiológica. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 225-232.

RAMAZZINI, B. **As doenças dos trabalhadores**. Tradução. Raimundo Estrela. 3. ed. São Paulo: FUNDACENTRO, 2000.

REHDER, M. Desemprego volta a subir depois de nove meses em queda em São Paulo. **O Estado de São Paulo**, São Paulo, 23 mar. 2005. Economia e Negócios, Caderno B. p. 1.

REZENDE, M.P. **Agravos à saúde de auxiliares de enfermagem resultantes da exposição ocupacional aos riscos físicos. 2003. 114f.** Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2003.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. **Companhia de Desenvolvimento Econômico de Ribeirão Preto (CODERP)**. Departamento de Desenvolvimento Econômico. s.d. Disponível em:<<http://www.coderp.com.br/Principaln.asp?pagina=/crp/I71institucional.HTM>> Acesso: 13 mar. 2003.

RIGOTTO, R. M. Saúde dos Trabalhadores e Meio Ambiente em tempos de globalização e reestruturação positiva. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, Brasília, v.25, n.93/94, p.9-20, 1998.

ROBAZZI, M.L.C.C.; MARZIALE, M.H.P. A norma regulamentadora 32 e suas implicações sobre os trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.5, p.834-836, set./out. 2004.

ROCHA, F.L.R.R.; MARZIALE, M.H.P.; ROBAZZI, M.L.C.C. Perigos potenciais a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem na manipulação de quimioterápicos antineoplásicos: conhecê-los para prevení-los. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.3, p. 511-517, 2004.

ROCHA, L. E.; DEBERT-RIBEIRO, M. Trabalho, saúde e gênero: estudo comparativo sobre analistas de sistemas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.6, p.539-547, dez. 2001.

SALERNO, V. L., **Considerações sobre a terceirização e as possíveis implicações nos riscos de acidentes de trabalho fatais**: estudo da região de Campinas no período de 1990 a 1995. Dissertação (Mestrado), 1998. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

SANCHES, S; GEBRIM, V.L.M. O trabalho da mulher e as negociações coletivas. **Estudos Avançados**, São Paulo, v.17, n.49, p.99-116, set./dec. 2003.

SANTANA V. Gestão, integração e disseminação de informações estatísticas. In: SEMINÁRIO NACIONAL ESTATÍSTICAS SOBRE DOENÇAS E ACIDENTES DE TRABALHO NO BRASIL: SITUAÇÃO E PERSPECTIVAS, São Paulo. 2000. **Anais...** Fundacentro, 2000.

SANTANA, V. S., LOOMIS, D. P., & NEWMAN, B. Housework, paid work and psychiatric symptoms. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.1, p.145-150. 2001.

SANTANA, V.S. AMORIM, A.M.; OLIVEIRA, R.; XAVIER, R. IRIART, J.; BELITARDO, L. Emprego em serviços domésticos e acidentes de trabalho não fatais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.1, 2003.

SANTOS, L.F.T.; PELOGGIA, M.C. **Conhecimentos, atitudes e comportamento frente aos riscos operacionais dos cirurgiões- dentistas do Vale do Paraíba**. 2002. Disponível em: <<http://www.unitau.br/prppg/publica/biocienc/downloads/conhecatitud-N1-2002.pdf>> Acesso em: 8 jun 2005.

SANTOS, W.D.F. et al., Acidentes típicos de trabalho em pessoal de enfermagem. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, Brasília, v. 17, n.68, p. 38-42, 1989.

SCHLOSSER, J.F.; DEBIASI, H.; PARCIANELLO, G.; RAMBO, L. Caracterização dos acidentes com tratores agrícolas. **Ciência Rural**, Santa Maria, v.32, n.6, p.977-981, 2002.

SCOTT, J. W. A mulher trabalhadora. IN: DUBY, G.; PERROT, M. **Histórias das mulheres no ocidente**. Porto, Edições Afrontamento, vol.4. 1994.

SILVA, D.M.P.P. MARZIALE, M.H.P. Problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo de trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 25, n. 2, p. 191-197, 2003.

SILVA, S.M. **Informações sobre direitos, responsabilidades, deveres e benefícios de trabalhadores de enfermagem de hospitais de Recife-PE**. 2005. 178f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2005.

SILVA, V.E.F. **Estudo sobre acidentes de trabalho ocorrido com trabalhadores de enfermagem de um hospital de ensino**. Dissertação (Mestrado). 1988. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1988.

SILVANY NETO, A.M; RÊGO, M.A.V; SOUZA, C.S.C; MACHADO, A.J.S; CARVALHO, F.M. Acidentes fatais do trabalho na região metropolitana de Salvador, 1978 a 1986. **Revista baiana de saúde pública**, Salvador, v.15, n.1/4, p.19-31, 1988.

SILVEIRA, C. A.; ROBAZZI, M. L. C. C. A subnotificação acidentária entre os trabalhadores rurais em um hospital público. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 11., Ribeirão Preto, **Anais...** 2003. p. 474-474.

SILVEIRA, C. A.; ROBAZZI, M. L. C. C.; MARZIALE, M. H. P Registros Hospitalares sobre Acidentes de Trabalho entre Trabalhadores de Serviços Gerais. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.11, p.261-266. 2003.

SILVEIRA. C.A.; ROBAZZI, M.L.C.C.; MARZIALE, M.H.P.; DALRI, M.C.B. Acidentes de Trabalho e Transito entre motoristas atendidos em serviço de

emergência. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.13, p. 44-50. 2005.a.

SILVEIRA, C.A.; ROBAZZI, M.L.C.C.; WALTER, E.V.; MARZIALE, M.L. Acidentes de trabalho na construção civil identificados através de prontuários hospitalares. **Revista da Escola de Minas**, Ouro Preto, v.58, n.1, p. 39-44. 2005.b.

SILVEIRA, R. C. P. **As crianças e os adolescentes acidentados no trabalho e atendidos em uma unidade distrital de saúde em Ribeirão Preto (SP)**. 2003. 128f. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

SORSA, M.; PYY, L.; SALOMAA, S.; NYLUND, L.; YAGER, J.W. Biological and environmental monitoring of occupational exposure to cyclophosphamide in industry and hospitals. **Mutat Res**, v.204, p.465-79. 1998.

SOUZA, M. **Acidentes ocupacionais e situações de risco para a equipe de enfermagem**: um estudo em cinco hospitais do Município de São Paulo. Tese (Doutorado). Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 1999.

SPINDOLA, T.; SILVA SANTOS, R.S. Mulher e trabalho - a história de vida de mães trabalhadoras de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.5, p. 593-600, 2003.

STEIN, M.L.T. **Gênero Feminino no Contexto do trabalho fabril: setor eletroeletrônico em Curitiba e Região Metropolitana na década de 90**. 2000. 135f. Dissertação (Mestrado). Centro Federal de Educação Tecnológica do Paraná, Curitiba, 2000.

STUELAND, D. T.; LEE, B.C.; NORDSTROM, D.L.; LAYDE, P. M.; WITTMAN, L. M.; GUNDERSON, P. D. Case-control study of agricultural injuries to women in central Wisconsin. **Women Health**, v.25, n.4, p.91-103, 1997.

TEIXEIRA, J. W. Acidentes do trabalho com óbitos. Estudo da mortalidade ocorrida em Santa Catarina no ano de 1981. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, Brasília, v.10, n.40, p.31-35, 1982.

TEIXEIRA, M.L.P.; FREITAS, M.R.V. Acidentes do trabalho rural no interior paulista. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.17 n.2 p. 81-90, 2003.

THAME, A.C.M. **Acidente de trabalho: um péssimo negócio**. Piracicaba(SP):Cedimat, 1992.

UCHINAKA, F. **Mulher: mercado de trabalho é marcado por desigualdades**, 13 set. 2004. Partido dos Trabalhadores. Disponível em: <http://64.233.161.104/search?q=cache:uh1WVoRro0kJ:www.pt.org.br/site/secretarias_def/secretarias_int.asp%3Fcod%3D2665%26cod_sis%3D4%26cat%3D57+mulher+mercado+trabalhoehl=pt-BR>. Acesso em: 10 mar. 2005.

ÜNDEGER Ü, BASARAN N, KARS A, GUÇ D. Assessment of DNA damage in nurses handling antineoplastic drugs by alkaline COMET assay. **Mutat Res** 1999; 439:277-85.

UNICAMP. As mulheres vão à luta. **Jornal da UNICAMP**. Sala de Imprensa. Edição 205 - 10 a 16 de Março de 2003 Disponível em:<www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/u/marco2003/ju205pg12.html> Acesso em: 20 jun. 2005.

URIBE VÁZQUEZ, G.; RAMÍREZ RODRÍGUEZ, J.C.; ROMERO LIMA, L.G.; GUTIÉRREZ DE LA TORRE, N.C. El trabajo femenino y la salud de cuatro grupos de mujeres en Guadalajara, México. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v.111, n.2, p.101-111, 1991.

VALENTIM, E. Plenário Barbosa Lima Sobrinho, 09 de março de 2004. Disponível

em:<<http://www.edmilsonvalentim.com.br/outros/outros.d.iamulher.htm>>

Acesso em 23 mar. 2004.

VERÍSSIMO, M.D.L.R.; FONSECA, R.G.M.S. O cuidado da criança segundo trabalhadoras de creches. **Revista Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.1, p. 28-35, 2003.

WAJNMAN, S., QUEIROZ, B. L. e LIBERATO, V. C. O crescimento da atividade feminina nos anos noventa no Brasil, In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 11., Caxambu (MG). 1998. **Anais...** Belo Horizonte: ABEP: p. 2429-54.

WALDVOGEL, B.C. Acidentes do trabalho - os casos fatais: a questão da identificação e da mensuração. 1999. Tese (Doutorado) - da Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 1999.

WESSELING, C. PUKKALA, E. NEUVONEN, K. KAUPPINEN, T.; BOFFETA, P.; PARTANEN, T. Cancer of the brain and nervous system and occupational exposures in Finnish women. *Journal Occupational Environment Medicine*, Philadelphia v.44, n.7, p. 663-668, Jul 2002.

WOHL, A.R.; MORGENSTERN, H.; KRAUS, J. F. Occupational injury in female aerospace workers. **Epidemiology**, v.6, n.2, p.110-114, mar, 1995.

WÜNSCH FILHO,V. Reestruturação produtiva e acidentes de trabalho no Brasil: estrutura e tendências. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, jan.1999.

XELEGATI, R. ROBAZZI, M.L.C.C. Riscos químicos a que estão submetidos os trabalhadores de enfermagem: uma revisão de literatura. **Revista Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.3, p. 350-356, 2003.

YANNOULAS, S. C. **Dossiê**: Políticas públicas e relações de gênero no mercado de trabalho. Brasília: CFEMEA, 2002. 93 p.

Apêndice

APÊNDICE 1

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1) Dados de identificação:

Iniciais do nome: _____ Registro: _____

Sexo: _____ Idade: _____ Estado civil: _____

Endereço do paciente: _____

Naturalidade: _____

Procedência: _____

Profissão/ocupação: _____

2) Caracterização dos Acidentes de Trabalho:

Data do Atendimento: (dia/mês/ano): _____ Horário de Atendimento: _____

Descrição do Acidente de Trabalho: _____

Tipo de Acidente de Trabalho: _____

Profissional que efetuou as anotações: _____

Causas do Acidente: (CID): _____

Partes do Corpo Afetadas: _____

Diagnósticos médicos: (CID): _____

Encaminhamento Efetuado após o atendimento: _____

Observações: _____

Anexo