UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARCIA BATISTA GIL NUNES

Riscos Ocupacionais existentes no trabalho dos enfermeiros que atuam na Rede Básica de Atenção à Saúde do Município de Volta Redonda-RJ

Ribeirão Preto
2009

MARCIA BATISTA GIL NUNES

Riscos Ocupacionais existentes no trabalho dos enfermeiros que atuam na Rede Básica de Atenção à Saúde do Município de Volta Redonda - RJ

Ribeirão Preto
2009

MARCIA BATISTA GIL NUNES

Riscos Ocupacionais existentes no trabalho dos enfermeiros que atuam na Rede Básica de Atenção à Saúde no Município de Volta Redonda - RJ

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.
Programa Interunidades de Doutoramento em Enfermagem

Área de Concentração: Enfermagem enquanto Prática Social Profissional

Orientadora: Prof.ª Dr.ª
Maria Lucia do Carmo Cruz Robazzi

Ribeirão Preto
2009

FICHA CATALOGRÁFICA

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

Catalogação da Publicação
Serviço de Documentação em Enfermagem
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Nunes, Márcia Batista Gil,
Riscos Ocupacionais existentes no trabalho dos enfermeiros que atuam na Rede Básica de Atenção à Saúde no Município de Volta Redonda – RJ / Márcia Batista Gil Nunes; orientador: Maria Lucia do Carmo Cruz Robazzi – Ribeirão Preto, 2009.
169 f.

Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo

1. Enfermagem enquanto. Prática Social Profissional

FOLHA DE APROVAÇÃO

NUNES, M. B. G. Riscos Ocupacionais existentes no trabalho dos enfermeiros que atuam na Rede Básica de Atenção à Saúde no Município de Volta Redonda – RJ. Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciência.

Aprovado em: ____/____/_____

Comissão Julgadora

Prof^{a}. Dr.^{a} .....Instituição.....
Julgamento.....Assinatura.....

Prof^{a}. Dr.^{a} .....Instituição.....
Julgamento.....Assinatura.....

Prof^{a}. Dr.^{a} .....Instituição.....
Julgamento.....Assinatura.....

Prof^{a}. Dr.^{a} .....Instituição.....
Julgamento.....Assinatura.....

Prof^{a}. Dr.^{a} .....Instituição.....
Julgamento.....Assinatura.....

DEDICATÓRIA

Para

Nathália e Julia

AGRADECIMENTOS

É chegada a hora de agradecer... e o estranho é que esse momento (tão esperado) que concretiza a chegada, para uns ao fim mas para mim ao começo e ao recomeço.

Ao olhar para os lados vejo que não chego sozinha (ninguém chega a lugar algum sozinho) e, ao deter o olhar vejo no rosto de cada uma das pessoas que me acompanham a alegria em compartilhar dessa caminhada. Assim agradeço:

*À **Deus,** por tudo que vivi e aprendi, por ter permitido que eu visse a força que possuo para lutar;*

*À **São Jorge** - guerreiro e defensor, presente nos momentos mais difíceis, me apontando o caminho;*

*Aos meus pais (in memoriam), **Antonio, Ana Rita (Anita) e Escudero**, por tudo que me ensinaram, pelo amor que me dedicaram.*

*À **Dra Maria Lucia do Carmo Cruz Robazzi** – pela orientação, competência, carinho, exemplo bonito de seguir;*

*À **Dra Lídia Aparecida Rossi** – pela competência,sensibilidade;*

*À **minha família** (tios, tias, irmãs, cunhados,primos e sobrinhos) que me incentivou a persistir, a despeito de todas as dificuldades;*

*À **Antônio Nunes Pereira Filho** pela dignidade e cuidado com as nossas filhas;*

*À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, pelo acolhimento como aluna;*

*Às professoras **Dra Maria Helena Palucci Marziale, Dra Iara Aparecida de Oliveira Secco e Dra Regina Celia Gollner Zeitoune** pela avaliação criteriosa desta minha produção científica.*

*À Professora **Maria Yvone Chaves Mauro** , pelo amor e carinho dedicado a Enfermagem e especial aos meus escritos;*

*À **Faculdade de Enfermagem da Universidade do Rio de Janeiro**, ao **Glorioso DEMC** (Departamento de Enfermagem Medico Cirúrgico) por ter possibilitado a concretização deste sonho e pelo respeito á minha qualificação;*

Às amigas, colegas de curso, ***Margarida Aquino, Camila Soccio, Terê, Thais e Regilene pela colaboração, carinho, cumplicidade e acolhimento.***

À ***Kethleen Caroline Ferraz Sampaio e Carla Aparecida Arantes Tomasauskas*** *pelo apoio e atenção durante todo o curso;*

À ***Eliana Braga*** *e a* ***Velmara*** *pelo carinho principalmente na etapa final;*

À ***Maria Cristina Manduca****, pela revisão das referências;*

Ao ***Reitor da Fundação Oswaldo Aranha*** *e aos* ***professores, secretárias*** *do curso de Enfermagem do UniFOA pelo incentivo;*

Ao Sr ***Dauro Peixoto Aragão*** *pela amizade dedicada a meu pai, pela simplicidade e coragem com que preside a FOA, pelo carinho e orientação frente as minhas adversidades.*

Aos ***colegas do CAPS*** *- Estação Mental pelo estímulo a realização do curso;*

Aos ***Enfermeiros*** *que trabalham na Rede Básica de Atenção à Saúde do Município de Volta Redonda, por dividirem comigo as idéias, a experiência e a emoção ao participarem deste estudo;*

Às amigas ***Dra Ilda Cecília Moreira da Silva, Dra Maria Virgínia Godoy da Silva, Valquiria Jorge Sepp, Nanci Quintanilha e Vânia Teixeira*** *pelo apoio incondicional;*

Aos meus pais de coração ***Geralda e Antonio****, as minhas filhas de coração Luiza, Graziela e Priscila pelo amor e carinho, e ao meu bebê (****Ridíknio****) pela forte presença em minha vida;*

Aos meus ***companheiros*** *de plantão do Centro de Psiquiatria do Rio de Janeiro, aos* ***amigos*** *do Hospital Jurandyr Manfredini e aos colegas do Serviço de Psiquiatria do HUPE- obrigada pelo incentivo a realização deste curso;*

Aos meus amigos ***Hugo Leonardo, Bruno Braga, Flávio Oliveira, Cecília Camargo, Maria José e Adriana Telles, Ana Monteiro, Ana Lucia, Ester, Naldo, Veni, Ronaldo, Nilda,*** *Afonso Rosa, José Onildo, Gustavo Caetano, pela mão estendida, pelo colo, pelo abraço.*

Retirar esses nomes os meus amigos do Vilão Renan, ***Ilma,Rodrigo, Lendro, Catia, Mario, Rose e Valmir.***

Aos ***meus alunos*** *pelo carinho e respeito.*

RESUMO

NUNES, M. B. G. - **Riscos Ocupacionais existentes no trabalho dos Enfermeiros que atuam na Rede Básica de Atenção à Saúde no Município de Volta Redonda - RJ**, 2009. 169 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

Trata-se de pesquisa sobre riscos do trabalho dos Enfermeiros que atuam na Rede Básica de Atenção a Saúde em um município do estado do Rio de Janeiro que apresentou como objetivo geral: analisar os riscos existentes no trabalho dos Enfermeiros que atuam na Rede Básica de Atenção a Saúde, vinculados a Estratégia Saúde da Família (ESF), na cidade de Volta Redonda; e específicos: (1) descrever o trabalho dos Enfermeiros que atuam na Rede Básica de Atenção a Saúde vinculados a ESF; (2) identificar o conceito de risco apresentado por esses Enfermeiros; (3) descrever os riscos ocupacionais identificados por eles e (4) descrever as estratégias utilizadas por eles para minimização dos riscos ocupacionais. A investigação foi de abordagem qualitativa, de natureza descritiva e social, realizada em nove unidades de Saúde, com a participação de vinte Enfermeiros. Os dados foram obtidos por meio de técnica de entrevista semi-estruturada, realizadas no período de dezembro de 2008 a março de 2009 e analisados com base na Análise de Conteúdo de Bardin, tendo como unidade de registro o "tema". Os resultados revelam: dos vinte Enfermeiros 90%, são do sexo feminino; 55% encontram-se na faixa etária, de 30 a 34 anos; 20%, na faixa de 25 a 34 anos. Com relação à variável tempo de graduação, 50% têm de 1 a 5 anos e, no mesmo intervalo, 60% dos Enfermeiros atuam na rede básica. Constatou-se que 60% possuem curso de pós-graduação *lato sensu* e 25% estão cursando. A maioria apresenta qualificação especifica para a área de atenção básica (75%), após a realização de cursos de especialização. O trabalho dos Enfermeiros é caracterizado como intenso e de equipe; com ações articuladas e complementares de natureza gerencial, assistencial e educativa, vinculadas a equipe e a comunidade, com ênfase nos princípios de promoção e prevenção em saúde. O conceito de risco emergiu na categoria perigo, associada as diferentes naturezas; emergiram seis categorias em relação aos riscos ocupacionais existentes no trabalho dos Enfermeiros (biológico, mecânico, psicossocial, ergonômico, de acidente de trajeto; negação/mecanismo de defesa); apresentaram como estratégias para minimização dos riscos: capacitação para o trabalho; planejamento/organização do serviço; uso de equipamento de segurança; realização de atividade de lazer/vida saudável; negação/mecanismo de defesa. Conclui-se que: o Enfermeiro que atua na estratégia de saúde da família não conhece em sua totalidade os riscos ocupacionais, assim como as estratégias apontadas por eles para a minimização dos riscos não são eficazes para a execução de um trabalho seguro. Destaca-se a presença significativa da educação seja como ação ou recurso de defesa do Enfermeiro. Recomenda-se a ampliação de estudos acerca dessa temática de maneira que possibilite a construção de recursos que favoreçam a informação sobre os riscos ocupacionais.

Palavras chave: Riscos ocupacionais, Atenção primária á saúde, Programa Saúde da Família, Enfermagem.

ABSTRACT

NUNES, M. B. G. – **Occupational Risks in the work of Nurses active in the Basic Care Network of Volta Redonda - RJ**, 2009. 169 p. Doctoral Dissertation – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, 2009.

This research looks at the occupational risks of Nurses active in the Basic Health Care Network of a city in Rio de Janeiro State; the general aim was to analyze existing risks in the work of Nurses active in the Basic Health Care Network, affiliated with the Family Health Strategy (FHS), in Volta Redonda. The specific aims were to: (1) describe the work of Nurses active in the Basic Health Care Network affiliated with the FHS; (2) identify the risk concept these Nurses present; (3) describe the occupational risks they identify and (4) describe the strategies these Nurses use to minimize occupational risks. This descriptive and social qualitative research was carried out at nine Health units, involving twenty Nurses. Data were collected through semistructured interviews, held between December 2008 and March 2009. Analysis was based on Bardin's content analysis, using the "theme" as the recording unit. The results reveal that: 90% of the twenty Nurses are women; 55% are between 30 and 34 years old; 20% between 25 and 34 years of age. Fifty percent have graduated between 1 and 5 years ago and, in the same interval, 60% of Nurses are active in the basic care network. Sixty percent have finished and 25% are taking a *lato sensu* graduate course. Most participants are specifically qualified for basic care (75%), after taking a specialization coruse. The Nurses' work is characterized as intense and performed in teams; involving articulated and complementary management, care and educative actions, linked to the team and the community, emphasizing the principles of health promotion and prevention. The risk concept emerged in the danger category, associated with different types; six categories emerged related to occupational risks in Nursing work (biological, mechanic, psychosocial, ergonomic, labor traffic accident; denial/defense mechanism). Participants presented the following risk minimization strategies: training for work; service planning/organization; use of safety equipment; practice of leisure/healthy life activity; denial/defense mechanism. It is concluded that: Nurses active in the family health strategy do not know the full range of occupational risks, and the strategies they appoint to minimize risks are not effective to perform safe work. The significant presence of education is highlighted, either as Nurses' actions or defense mechanisms. Research on this theme should be expanded so as to construct resources to provide information about occupational risks.

Key words: Occupational risks, Primary health care, Family Health Program, Nursing.

RESUMEN

NUNES, M. B. G. - **Riesgos laborales existentes en el trabajo de los Enfermeros que actúan en la Red Básica de Atención de Salud en Volta Redonda - RJ**, 2009. 169 h. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

Se trata de una investigación sobre riesgos laborales del Enfermero que actúa en la Red Básica de Atención de Salud en un municipio del estado de Rio de Janeiro; las finalidades fueron: general: analizar los riesgos existentes en el trabajo de los Enfermeros que actúan en la Red Básica de Atención de Salud, vinculados a la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), en la ciudad de Volta Redonda, específicas: (1) describir el trabajo de los Enfermeros que actúan en la Red Básica de Atención de Salud vinculados a la ESF; (2) identificar el concepto de riesgo presentado por esos Enfermeros; (3) describir los riesgos ocupacionales identificados por ellos y (4) describir las estrategias utilizadas por los Enfermeros para minimizar los riesgos ocupacionales. La investigación fue cualitativa, descriptiva y social, llevada a cabo en nueve unidades de Salud, con la participación de veinte Enfermeros. Los datos fueron recolectados mediante la técnica de entrevista semi-estructurada, realizada en el período de diciembre del 2008 a marzo del 2009, y analizados con base teórica en el Análisis de Contenido de Bardin, usando como unidad de registro el "tema". Los resultados revelan: de los veinte Enfermeros, el 90% es del sexo femenino; el 55% tiene entre 30 y 34 años; el 20% entre 25 y 34 años de edad. Respecto a la variable de tiempo de formación, el 50% tiene entre 1 y 5 años y, en el mismo intervalo, el 60% de los Enfermeros actúa en la red básica. Se verificó que el 60% hizo curso de postgrado *lato sensu*, mientras el 25% lo está cursando. La mayoría tiene cualificación especifica para el área de atención básica (75%), tras la realización de cursos de especialización. El trabajo de los Enfermeros es caracterizado como intenso y de equipo; con acciones articuladas y complementares del tipo gerencial, asistencial y educativo, vinculadas al equipo y a la comunidad, con énfasis en los principios de promoción y prevención en salud. El concepto de riesgo apareció en la categoría peligro, asociada a diferentes naturalezas; emergieron seis categorías con relación a los riesgos ocupacionales existentes en el trabajo de los Enfermeros (biológico, mecánico, psicosocial, ergonómico, de accidente de trayecto; negación/mecanismo de defensa). Demostraron como estrategias para minimización de los riesgos: capacitación para el trabajo; planificación/organización del servicio; uso de equipo de seguridad; realización de actividad de ocio/vida saludable; negación/mecanismo de defensa. Se concluye que: los Enfermeros que actúan en la estrategia de salud de la familia no conocen los riesgos laborales en su totalidad, y las estrategias que apuntan para la minimización de los riesgos no son eficaces para la ejecución de un trabajo seguro. Se destaca la presencia significativa de la educación, sea como acción o recurso de defensa del Enfermero. Se recomienda la amplificación de estudios sobre esa temática, de manera a posibilitar la construcción de recursos que favorezcan la información sobre los riesgos ocupacionales.

Palabras clave: Riesgos laborales, Atención primaria de salud, Programa de Salud Familiar, Enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Município de Volta Redonda (vista aérea com a imagem do rio Paraíba do Sul)..... 62

Figura 2. Município de Volta Redonda (vista aérea com a imagem da indústria siderúrgica)..... 63

Figura 3. Categorias representativas do trabalho do enfermeiro que atua na Rede Básica, vinculado a Estratégia Saúde da Família, Volta Redonda/RJ Dezembro/2008 a Março/2009..... 79

Figura 4. Inter-relações da categoria gerencial com os demais aspectos relacionados ao exercício profissional do Enfermeiro que atua na Rede Básica, vinculado a Estratégia Saúde da Família, Volta Redonda/RJ Dezembro/2008 a Março/2009..... 80

Figura 5. Categoria gerencial com as subcategorias, vinculadas aos demais aspectos do exercício profissional do Enfermeiro, que atua na Rede Básica, vinculado a Estratégia Saúde da Família, Volta Redonda/RJ Dezembro/2008 a Março/2009..... 81

Figura 6. Categoria assistencial relacionada ao trabalho do Enfermeiro, da rede básica, vinculado a Estratégia Saúde da Família, Volta Redonda/RJ Dezembro/2008 a Março/2009..... 88

Figura 7. Conceito de Risco para os Enfermeiros que atuam na rede básica de assistência, vinculados a Estratégia Saúde da Família – categoria e suas subcategorias conforme significados, Volta Redonda/RJ Dezembro/2008 a Março/2009..... 103

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos Enfermeiros que atuam na Rede Básica vinculados a Estratégia Saúde da Família, por faixa etária, Volta Redonda/RJ - Dezembro/2008 a Março/2009..... 72

Tabela 2 - Distribuição dos Enfermeiros que atuam na Rede Básica vinculados a Estratégia Saúde da Família, por tempo de graduação, Volta Redonda – Dezembro/2008 a Março/2009..... 73

Tabela 3 - Distribuição dos Enfermeiros que atuam na Rede Básica vinculados a Estratégia Saúde da Família, por tempo de serviço/atuação, Volta Redonda – Dezembro/2008 a Março/2009..... 74

.

.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde da Familia
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AT	Acidente de Trabalho
CAIS	Centro de Atenção Intermediaria em Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
COEPS	Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos
COFen	Conselho Federal de Enfermagem
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CR	Coeficiente de Risco
CSN	Companhia Siderúrgica Nacional
DEDALUS	Banco de Dados Bibliográficos da USP
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESFa	Equipe de Saúde da Familia
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LAB	Lei de Diretrizes e Bases
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEC	MEC – Ministério da Educação e Cultura
MP3	Padrão de arquivos digitais de áudio
M.S	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NIOSHI	Instituto Nacional da Segurança a Saúde Ocupacional
NR	Norma Regulamentadora
MP3	Padrão de arquivos digitais de áudio
NOB – SUS	Norma Operacional Básica do Sistema único de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPS	Organização Pan-americana de Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PP	Principio de Precaução
PSF	Programa Saúde da Família
RO	Riscos Ocupacionais
RJ	Rio de Janeiro
REPAT/USP	Rede de Prevenção de Acidentes de Trabalho da USP
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SIDA	Vírus da Imunodeficiência Humana
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo
VR	Volta Redonda

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO..... 17

2 PERSPECTIVA TEÓRICA..... 23

2.1 Risco..... 24

A teoria do risco global e a modernidade..... 27

A prevenção dos riscos..... 31

A avaliação dos riscos..... 38

2.2 Trabalho..... 41

Condições de trabalho..... 45

O trabalho em saúde e em enfermagem..... 47

O trabalho na rede de atenção básica em saúde – o Programa de Saúde da Família..... 54

3 OBJETIVOS..... 56

4 PRESSUPOSTO..... 58

5 MATERIAL E MÉTODO..... 60

5.1 Tipo de estudo..... 61

5.2 Local de realização..... 62

5.3 Procedimentos éticos da pesquisa..... 64

5.4 Participantes..... 65

5.5 Procedimentos de coleta de dados..... 66

5.6 Análise de dados..... 67

Fase 1. Processo de Analise..... 68

Fase2. Inicio da analise categorial..... 68

Fase 3. Exploração dos materiais..... 69

Fase 4. Tratamento dos resultados..... 70

Fase 5. Categorização..... 70

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... 71

6.1 O trabalho dos enfermeiros da rede de atenção básica em saúde, vinculados a estratégia saúde da família, na cidade de Volta Redonda-RJ..... 76

6.2 Conceito de risco para os enfermeiros que atuam na rede de atenção básica à saúde..... 101
6.3 Identificação dos riscos pelos enfermeiros da rede básica de saúde, vinculados a estratégia saúde da família..... 113
6.4 Estratégias utilizadas para minimizar os riscos presentes no exercício profissional do enfermeiro..... 132

7 CONCLUSÕES..... 148

REFERÊNCIAS 152

APÊNDICES 167

ANEXOS..... 170

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

A preocupação dos trabalhadores da área de saúde com a sua própria saúde pode ser considerada recente e em parte deve-se à especificidade deste grupo, que concentra a atenção em assuntos relacionados ao aperfeiçoamento de sua atividade, no sentido de adquirir conhecimentos técnicos, uso de novos equipamentos e fármacos, dentre outros, visando a melhoria na assistência aos pacientes. Nesse sentido, esses trabalhadores esquecem-se do seu próprio cuidado, principalmente em relação aos riscos, aos quais estão expostos na realização de suas ações (NUNES, 2000; FARIAS; MAURO; ZEITOUNE, 2005).

Esta preocupação vem aumentando gradativamente, constatada através da luta dos trabalhadores por melhores condições laborais nos hospitais e unidades de saúde e, ainda, pelo número crescente de pesquisas nessa área apontando os fatores desencadeantes de problemas relacionados ao trabalho (VEIGA 2007; GELBCKE, 2008; ALMEIDA; DAMASCENO; ARAUJO, 2005).

Entre os que atuam na área da saúde há um grande contingente de trabalhadores de enfermagem.

Torna-se evidente, entre os trabalhadores de enfermagem, as dificuldades para suportarem as cargas pesadas de trabalho decorrentes da proporção inadequada de pacientes por profissional, em geral excessiva; da realização do trabalho em turnos rotativos; da manipulação de substâncias tóxicas e da presença de fatores de risco de diferentes naturezas (BULHÕES, 1994; MAURO; 1994; NUNES, 2000). Há que se considerar ainda que, em geral, realizam suas atividades laborativas em mais de um emprego, o que aumenta a possibilidade de adoecimentos e acidentes. Essas situações, acompanhadas de desconhecimento sobre os agentes de riscos ocupacionais, culminam com a exposição exarcebada aos riscos presentes no ambiente de trabalho (REZENDE et al. 2009).

Fatos como: o crescente avanço tecnológico, com o uso de métodos de diagnóstico, que permitem o conhecimento precoce de pequenas alterações anatômicas; o uso de fármacos potentes, com substâncias tóxicas de alto poder de contaminação durante a manipulação e o surgimento de doenças infecciosas de difícil cura como a SIDA/AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), dentre outros, fizeram muitos trabalhadores da enfermagem passassem a temer os riscos e agravos à saúde aos quais estão expostos, no exercício de suas atividades.

Contudo, estudos ainda mostram que muitos destes trabalhadores ainda desconhecem os riscos aos quais se submetem no trabalho (OLIVEIRA; MUROFUSE, 2001; MAURO, 2004; XELEGATI et al., 2006; REZENDE et al., 2009).

Os riscos ocupacionais aos quais se submetem os trabalhadores de enfermagem têm sido objetos de estudos no sentido de aprofundar o conhecimento do referido fenômeno, uma vez que, aparentemente, estão invisíveis na percepção da maioria dos profissionais de enfermagem.

Nesse sentido a autora deste estudo, em sua trajetória acadêmica, realizou a pesquisa "Estresse nos trabalhadores de enfermagem: estudo em uma unidade de psiquiatria" (NUNES, 2000), como requisito para obtenção do título de mestre em enfermagem.

No referido estudo, foi identificada a percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre o estresse e as possíveis consequências em sua vida. Como resultado verificou-se que eles atribuem como principal causa de agravos à saúde os problemas no trabalho, além de outros fatores relacionados com a preocupação com os filhos e a administração da própria casa. Dentre as recomendações foi indicada a necessidade de aprofundamento de estudos sobre as questões de saúde/trabalho destes trabalhadores, tendo em vista os múltiplos determinantes dos problemas ocupacionais neste campo.

Tais resultados motivaram a autora a aprofundar estudos sobre os riscos ocupacionais existentes no desenvolvimento das atividades profissionais do Enfermeiro, em especial nas atividades extra – hospitalares.

A opção pela temática é também relacionada à sua trajetória profissional na área de Enfermagem. Durante os últimos 29 anos, a convivência estreita com os serviços de saúde, seja como Enfermeira assistencial ou como docente supervisora do internato em enfermagem, fez com que presenciasse situações envolvendo o adoecimento dos trabalhadores desta profissão. Daí surgiu as inquietações sobre o trabalho desenvolvido por esses sujeitos, associando as condições em que este é realizado e os riscos ocupacionais aos quais os trabalhadores estão expostos.

No presente estudo propôs-se a investigar os riscos ocupacionais presentes no trabalho de Enfermeiro que atua na rede de atenção básica à saúde em um município do Estado do Rio de Janeiro.

Nesta perspectiva a escolha foi a Atenção Básica à Saúde desenvolvida sob a forma de Estratégia Saúde da Família (ESF), apresentada pelo Ministério da Saúde, como principal estrutura de superação do paradigma dominante no campo da saúde, utilizando a reorientação da prática assistencial à saúde centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social (BRASIL, 2009).

A relevância deste propósito é evidenciada pela abrangência da atividade que inclui cerca de 94% dos municípios brasileiros, com o atendimento realizado por aproximadamente 30.000 equipes Saúde da Família. Cada uma dessas equipes, segundo o Ministério da Saúde, deve apresentar em sua composição um Enfermeiro (BRASIL, 2009).

O desenvolvimento das ações do Enfermeiro por meio da ESF é recente. Nesse sentido, quanto mais informações sobre o trabalho deste Enfermeiro, mais próximo chegar-se-á à oferta de proposições assertivas frente às condições de trabalho e, por conseguinte, à viabilidade de realização de um trabalho que seja condizente com a promoção e prevenção da saúde dos trabalhadores e que, concomitantemente, seja efetivo na assistência à saúde da população.

O estudo idealizado tem como pretensão, em seu desenvolvimento, a aderência à linha de pensamento em que se vinculam as questões em torno do trabalho, como parte da promoção da saúde do trabalhador (MENDES; DIAS, 1991).

A característica básica desse campo de estudo é a compreensão sobre as relações entre trabalho/saúde/doença dos trabalhadores. Como uma estratégia de identificação da relação saúde/trabalho privilegia-se as informações dos trabalhadores com base na sua percepção, como elemento indispensável, tendo em vista que a informação emitida pelos que vivenciam o trabalho permite a ampliação de possibilidades na avaliação dos riscos ocupacionais e de seus determinantes (MENDES; DIAS, 1991).

Em muitos países a avaliação de riscos é um conceito novo, não existindo um modelo uniforme. Em 1996 a Direção Geral do Emprego e Assuntos Sociais da Comissão Europeia, apresentou diretrizes para a avaliação de riscos no local de trabalho, cujo documento reflete o consenso entre os diferentes elementos do contexto operacional de trabalho – trabalhador, empregador e o governo. Este

arsenal apresenta conteúdo com base, principalmente, nas obrigações do empresário e é dirigido aos estados membros da União Europeia (CALERA, 2001).

Nos Estados Unidos destaca-se o Instituto Nacional de Segurança e Saúde Ocupacional (NIOSH) que é a agência federal responsável pela realização de pesquisas e elaboração de recomendações para a prevenção de lesões e doença relacionadas ao trabalho, opera programas em cada estado para melhorar a saúde e a segurança dos trabalhadores. Como parte dessas atividades estatais o NIOSH: avalia perigos no local e recomenda soluções para empregadores, trabalhadores ou agências federais. A avaliação de riscos é feita com o financiamento de fundos de segurança, doações e acordos de cooperação (NIOSHI, 2009).

Assim como nos países supracitados, no Brasil, os riscos ocupacionais são tratados pelo referencial teórico e metodológico do campo da Saúde Ocupacional/Saúde do Trabalhador, que está voltada para a prevenção dos riscos do ambiente e melhoramento das condições de trabalho para evitar que afetem a saúde dos trabalhadores (FISHER, 1989).

Neste contexto, em muitos casos, há possibilidades de se consultar os representantes dos trabalhadores, situação essa que ainda não é real e continua sendo puramente teórica. A avaliação, quando é vista como uma função técnica efetuada por especialistas, não permite uma reconstrução da experiência dos trabalhadores, ficando muitas vezes reduzida a uma simples formalidade burocrática (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Organizações sindicais têm considerado que uma das condições para se colocar em prática as diretivas destinadas à melhoria do meio de trabalho é o fortalecimento da intervenção dos trabalhadores nas atividades de prevenção (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Parece serem poucas as experiências nacionais em que a avaliação de risco é feita no sentido da prevenção, contando com a participação do trabalhador. A situação de risco relacionada ao trabalho e a ocorrência de acidentes presentes na atividade dos Enfermeiros que atuam em atenção básica ainda é pouco conhecida, o que torna esse estudo de particular relevância, justificando a sua elaboração.

Neste contexto o objeto da presente investigação é a percepção dos Enfermeiros sobre os riscos ocupacionais existentes no seu trabalho, desenvolvido

na Rede Básica de Atenção à Saúde da Família.

Para nortear este estudo emergiram os seguintes questionamentos:

- Qual a descrição que o Enfermeiro faz sobre o seu trabalho na Rede Básica de Atenção à Saúde da Família?
- O que significa risco para este trabalhador?
- Quais os riscos ocupacionais que o Enfermeiro identifica na realização de suas atividades?
- Que estratégias este trabalhador, Enfermeiro, utiliza para minimizar os riscos presentes no seu exercício profissional, na Atenção à Saúde da Família?

Estas respostas têm importância pela possibilidade de ampliação das informações sobre riscos ocupacionais nesta área. Pretende-se, portanto oferecer, com os resultados, contribuições teóricas para a avaliação dos riscos, de forma a permitir a análise dos elementos de natureza subjetiva que envolvem a vivência dos Enfermeiros que atuam na saúde da família em relação ao trabalho e ao processo de trabalho nesta área.

2 PERSPECTIVA TEÓRICA

2.1 RISCO

Vocábulo polissêmico que dá margem a muita ambiguidade, vinculado ao senso comum o significado de risco tem relação com o vocábulo italiano *recare* – cortar e do espanhol – penhasco sob a forma de carpa (peixe) – ambos indicando a ideia de perigo ou a possibilidade de ocorrência do risco. No século passado, a palavra risco estava também relacionada à apostas, com a possibilidade de erro e de acerto, nos jogos de azar. Na Segunda Guerra Mundial aparece associada à necessidade de se estimar danos com o uso de materiais radioativos; na medicina refere-se ao dimensionamento do fator resultante na utilização de certas tecnologias e na realização de determinados procedimentos (CASTIEL, 2006).

A noção de risco é popular; fala-se e escreve-se sobre risco, para além do contexto biomédico/epidemiológico e da saúde ocupacional. Esta temática também é abordada nas áreas de Direito, das Engenharias, das Ciências Sociais e Econômicas. Assim o conceito de risco tem suas diferenciações no que tange a abordagem, mas em todas se observa a relação com o perigo e, assim, a probabilidade de ocorrência de um evento prejudicial como consequência.

Confirmando esta afirmativa Guilam (1996) e Porto (2004) destacam a análise de risco em quatro grandes grupos do conhecimento: as ciências econômicas, a epidemiologia, a engenharia e as ciências sociais.

Vale também destacar a análise de riscos das condições de trabalho em ergonomia (BENAVIDES; RUIZ-FRUTOS; GARCíA, 2001). Para Beck (1992) vive-se em uma sociedade globalizada de risco – com destaque para os riscos de acidentes (*hazards*), com dimensões coletivas, consequentes da modernização, destacando os riscos provenientes da globalização como os riscos de pobreza do terceiro mundo e os bolsões de pobreza do mundo industrializado.

Em consequência destes processos, surgem verdadeiras indústrias de análise de risco vinculadas à dimensão tecnológica, composta por elementos de diferentes disciplinas, ligadas a engenharia, toxicologia, epidemiologia e bioestatística. Nesse sentido, verifica-se uma produção cada vez mais crescente de pesquisas sobre a temática, enfatizando assim a “epidemia do risco” (CASTIEL, 2006; LA MENDOLA, 2005).

Nas análises de risco observa-se à utilização de diferentes conceitos, que podem ser agrupados nas seguintes áreas cientificas:

A – verificação/mensuração – inclui estratégias de prevenção na clinica médica, a chamada medicina prospectiva ou preditiva – centralizada nas ações de identificação exposição a fatores de risco;

B – análise/avaliação/administração – vincula-se aos riscos ocupacionais, controle e segurança – ligada a *Society for Risk Analysis;*

C – epidemiologia - enfoque de risco epidemiológico – busca o conhecimento da saúde pública, podendo estar vinculada a dois domínios: ao ambiental – exposição aos resíduos radioativos e poluentes em geral e ao individual – abordando a exposição aos riscos como resultante das situações de trabalho no comportamento pessoal – hábitos de vida e

D – probabilidade - "o risco é uma entidade probabilística" não permitindo afirmar como certa a ocorrência do acontecimento do fenômeno (GUILAM, 1996).

Outra perspectiva de análise é apresentada por Jasanoff (1993) in Guilam (1996) que propõe a avaliação de riscos em dois grupos: das ciências quantitativas denominadas Ciências *Hard* - compreendendo a matemática, bioestatística, toxicologia e engenharia e das ciências não quantitativas - as Ciências *Soft* - o direito, psicologia, sociologia e outras.

Para Jasanoff (1993) in Guilam (1996) há um consenso entre os vários estudiosos de risco, o qual se pauta nas seguintes questões: a análise de risco não pode ser feita utilizando-se apenas o referencial objetivo da quantificação, pois, além destes dados misturam-se fatos e valores; a influencia cultural afeta a avaliação que os indivíduos fazem das situações de risco, assim como a percepção de risco é diferenciada entre *experts* e leigos. Por esta razão, é desejável a conjugação dos elementos quantitativos e qualitativos na análise de risco.

Contribuindo com esta afirmativa, Castiel (2001) acrescenta que as percepções de risco são distintas conforme os aspectos sócio-culturais dos indivíduos que incluem: idade, gênero, grupo racial, ocupação, interesses, valores, consequências pessoais entre outros. Na atualidade, as ciências sociais têm como base nas avaliações de risco a percepção do sujeito, que é fundamentada em conceitos éticos, morais e culturais (GUILAM, 1996).

Essa questão foi inicialmente ignorada pelas ciências sociais e humanas, sendo primeiramente alvo de pesquisa dos economistas; as ciências econômicas buscam a transformação das incertezas (as variáveis cujo comportamento se quer conhecer) em probabilidades, ou seja, tais ciências têm como objetivo a

quantificação dos riscos visando avaliar custos e possíveis perdas (LA MENDOLA, 2005).

Na área da saúde o conceito de risco é utilizado no campo de estudo desenvolvido pela epidemiologia, pela bioética e pela área de biossegurança.

O conceito de risco epidemiológico surgiu em meio ao estudo de doenças transmissíveis. A identificação de microrganismos não era suficiente para explicar a totalidade de fatores que determinavam a ocorrência da doença. Ficavam sem explicação, por exemplo, as causas para o não adoecimento de todas as pessoas que entravam em contato com os microrganismos, assim como a diferença de gravidade entre os que adoecem (CZERESNIA, 2004).

Para responder a essas indagações buscaram-se ferramentas que favorecessem o entendimento do processo de adoecer; dentre elas encontra-se a estatística que passa a ser utilizada para avaliar a probabilidade da interferência de outros fatores no processo. Nesse direcionamento a análise da probabilidade de ocorrência de um evento adquire três formas de possibilidades: absoluta, relativa e atribuível – taxa de incidência. Estas dimensões não são consensuais entre os epidemiologistas, pois alguns distinguem claramente taxa de incidência de risco de adoecer (CZERESNIA, 2004).

Com base nessa lógica, para a epidemiologia, risco é o grau de probabilidade de ocorrência de um determinado evento. O cálculo do Coeficiente de Risco (CR) pode estimar a probabilidade do dano vir a ocorrer em futuro imediato ou remoto, bem como levantar um fator de risco isolado ou vários fatores simultâneos. O CR é uma das formas possíveis de apresentação dos resultados, com grande utilidade e facilidade de interpretação, fornecendo dados para o diagnóstico da situação de saúde da população, bem como quantificando a probabilidade de que estes eventos ocorram, também denominados de fatores prognósticos (PEREIRA, 1995 e ROUQUAYROL, 1999 in SECCO, et al., 2003).

Com o desenvolvimento dos recursos tecnológicos constatou-se o aprofundamento do conceito e das técnicas sobre risco. O cálculo do risco passou a ser utilizado a partir do final da Segunda Guerra Mundial para as doenças não transmissíveis, em face de sua importância entre as causas de mortalidade, de suas causas que não eram diretamente identificáveis. Assim, o risco passou a ser uma constante na utilização de modelos estatísticos, aplicados a teorias biológicas (SPINK, 2008).

A análise de risco, sob a perspectiva de possibilidade, permite a identificação de potenciais fontes de agravos à saúde e adoção de medidas preventivas de segurança e de precaução. Portanto o risco configura-se como elemento base de medidas preventivas em saúde, em epidemiologia e na Saúde do Trabalhador.

Corroborando esse raciocínio, o conceito de risco utilizado em Bioética relaciona-se com a probabilidade de ocorrência de um evento desfavorável. Essa ideia caracteriza risco em saúde como sendo o perigo potencial de ocorrer uma reação adversa à saúde das pessoas expostas a ele (COX apud GOLDIM, 2001).

Ainda na dimensão ética, risco é definido na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2000), – que dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos, como a possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrente. Ao se relacionar o risco à pesquisa também se faz necessária à distinção entre o risco processo e o risco do produto.

O primeiro é aquele a que estão expostos os participantes de uma pesquisa, os próprios pesquisadores e os trabalhadores envolvidos; é aquele risco que ocorre ao longo do projeto. Risco produto é o decorrente do projeto; é o que atinge a sociedade de forma indistinta; é o que resulta dos rejeitos ou de outras formas de contaminação ambiental (GOLDIM, 2001).

A teoria do risco global e a modernidade

Para que se possa compreender de forma mais abrangente a questão do risco na contemporaneidade, é interessante destacar os conceitos de Ulrich Beck, (1992, 2000) sobre a modernidade (período entre o século XVIII até o fim do século XX) denominada por ele de *Modernidade Reflexiva*. Nesses estudos o autor propõe a divisão em duas fases: - a primeira tem como características uma sociedade estatal e nacional, estruturas coletivas, pleno emprego, rápida industrialização e exploração da natureza não visível; a segunda fase, contemporânea - é marcada pela globalização, a individualização, o desemprego, o subemprego, a revolução dos gêneros e os riscos globais da crise ecológica e da turbulência dos mercados financeiros. É chamada de fase radical ou reflexiva.

Como demarcação da modernidade observa-se o abandono de laços de

confiança como a família, a vizinhança e a religião para dar lugar a novos laços os quais possibilitariam uma sucessão de desenlaces e reencaixes no tempo e no espaço. A crença e substituída pela confiança de que, a princípio, o homem poderia através da razão, dominar a natureza e transformá-la, segundo seus desígnios (FREGALI FILHO; FONTAINHA, 2005).

A idéia de risco tem pouca relação com aquilo que, na linguagem coloquial, define-se como risco, no sentido de ameaça ou perigo. O sentido de risco assume a conotação de categoria estruturante e abrangem, para além das ameaças objetivamente existentes, os processos e os mecanismos sociais de percepção, decodificação e prevenção contra riscos (BECK, 1992).

No presente estudo a análise de risco está afinada exatamente a essa proposição de Beck (1992). Entende-se que a análise de risco não pode ser vista apenas sob os aspectos relacionados ao perigo, sua probabilidade e dimensões; é preciso verificar que estruturas estão presentes principalmente na exposição ao risco.

No Brasil, esta exposição é evidenciada no imaginário e contatada em ditos populares como exemplo: *quem não se arrisca, não petisca*. Nesse sentido a exposição ao risco passa a ser desejável como prova de força e resistência, requerida na modernidade, em que os mais fortes e corajosos são os que mais alcançam reconhecimento, não só o financeiro, mas também o de poder. E Beck (1992, 2000) traz exatamente, em sua análise, esta possibilidade de associação que passa pela confiança e perícia /habilidade o que permite a pessoa arriscar-se.

Giddens apud Beck (1992, 2000) sistematizou teoricamente os mecanismos que foram utilizados na mudança paradigmática em que a crença é substituída pela confiança, confirmando o triunfo da razão e da ciência sobre a religião e magia; este autor parte da perspectiva construtivista de concepção da história da sociedade como um fluxo contínuo, de feixes de relações sociais, sendo possível captarem desencaixes e reencaixes – no tempo e espaço que provocam transformações. Nesse sucessivo processo de multiplicidade imensa de imprevisibilidade, torna-se impossível dirigir esse fluxo (FREGALI; FONTAINHA, 2005).

Nos mecanismos de desencaixe associados à modernidade, destacam-se dois exemplos: as fichas simbólicas e os sistemas peritos. A essência desse processo de desencaixe e a confiança que todos extraem sua força motriz sejam na

confiança não valor e circulação do dinheiro (ficha simbólica) seja na apuração precisa dos sistemas peritos (CASTIEL, 2001).

Sistemas peritos incorporam valores como técnicos de excelência ou competência profissional, capazes de induzir as pessoas que são usuárias à confiança. Como exemplo, podemos apresentar a confiança que se tem ao entrar em uma casa, atravessa uma ponte sem duvidar de sua estrutura. Outro exemplo e a confiança que se tem na ciência e competência técnica que permite que se viaje de avião (CASTIEL, 2001).

São esses valores presentes que confirmam a necessidade de agências reguladoras, em diferentes áreas e, desta forma, procura-se garantir os direitos de cidadania e a não ocorrência de danos; no caso de sua ocorrência deve ser avaliada a responsabilidade social. A confiança surge como valor social e histórico, construído, não apenas na fé, mas nos sistemas peritos e esses confirmados nos diversos órgãos de proteção de direitos, fiscalização e regulação das atividades, assim como os órgãos de certificação e procedência (LA MENDOLA, 2005).

Em consequência deste processo, notadamente, observa-se a evolução nas condições sanitárias no tratamento da água e esgoto, no aprimoramento das técnicas de conservação e preparo dos alimentos, no maior controle de zoonoses que promoveram a melhoria na qualidade de vida. Ainda que não seja a realidade para a totalidade da população mundial pode-se afirmar que a vida, atualmente é melhor.

Hoje qualquer coisa pode representar um perigo em potencial, cuja responsabilidade é de todos e de ninguém, submetendo-se a perspectiva de estar sujeito a alterações de humor das decisões públicas e privadas, globalizando desta forma os riscos da civilização. Estes riscos diferem por ter como palco todo o espaço e tempo social e assim propiciam/favorecem as mudanças como à substituição de laços como família, vizinhança e religião por classe e nação.

Para Beck (2000) a sociedade está diante de ameaças globais como doenças do tipo encefalopatia espongiforme bovina *(BSE - Bovine Spongiform Encephalopathy)*, chuva ácida, desastres nucleares e usos relacionados à manipulação genética, caracterizando-se assim uma Sociedade do Risco Global. Nessa sociedade uma ação em determinado local pode provocar situações alarmantes em outras, assim confirmando o descontrole diante da capacidade de identificar e isolar os riscos no tempo e espaço (LA MENDOLA, 2005).

Exemplo recente deste descontrole, é a pandemia vivenciada recentemente pela população mundial com o advento da gripe aviária e da gripe suína (Influenza H1N1). A cientificação reflexiva considera o mundo com uma dinamicidade de fatores, visando estabelecer parâmetros de segurança. A mudança com a substituição da verdade pela confiança transforma o cientista em perito e a ciência em técnica (arte de evitar riscos), ficando relegada à tarefa de patrulhamento epistemológico da modernidade reflexiva.

Nesse sentido as Ciências Sociais apresentam uma grande contribuição ao estudar, na perspectiva do sujeito, as situações de risco, seja como cidadão, seja como trabalhador, reiterando a relevância dos fatores subjetivos de natureza ética, moral e cultural que influenciam as suas opções.

Com a idéia de risco podem ser observadas duas resultantes distintas: a de acatar, aceitar e, assim, procurando administrar os modos de viver ou a de ter atitude de desafiar, adotando estilos de vida considerados arriscados, supondo assim possuir imunidades imaginárias (CASTIEL, 2001).

Observa-se a presença de uma ideia de ameaça que pode se efetivar a qualquer momento, ainda mais se não houver obediência às normas de segurança em saúde e normas de segurança no trabalho.

Nos meios de comunicação de massa além de aterrorizantes quadros de doenças infecto contagiosas, observa-se o destaque para as doenças cardiovasculares, neoplasias e os avanços da biologia molecular. Permeando toda essa situação enquadra-se o conceito de risco. A idéia de risco é muito utilizada também no numero cada vez mais crescente de matérias sobre temática, com programas em que o enfrentamento do perigo reafirma o valor da pessoa que o faz por vontade própria mantendo sua honradez (LA MENDOLA 2005).

Por outro lado, a veiculação virtual dos riscos, atribuída aos hábitos de vida considerados impróprios, passa a ser entendido como estar em situação de risco, mostrando ser portador de uma fragilidade; esta condição por sua vez requer a adoção de medidas protetoras, preventivas.

No entanto o conhecimento e valorização excessiva desse fator de risco podem, por sua vez, ser um propiciador de maior desgaste, o que pode vir a aumentar a carga de estresse e, assim, ampliar o risco, originando propostas higienistas contemporâneas, destinando-se ao controle dos comportamentos de risco, vinculando ao estilo de vida (modos de comer, beber, relacionar-se social e

sexualmente) analisando as relações, as formas das pessoas lidarem com as demandas da vida (CASTIEL, 1998).

Essa visão chega a apresentar situações paradoxais como o uso de substancias ditas autorizadas, comportamentos compulsivos como dietas excessivamente rigorosas, uso abusivo de vitaminas sem que haja clara evidência para tais necessidades, entre outros (LA MENDOLA, 2005).

A prevenção dos riscos

Para Fisher (1989), a preocupação com a saúde dos trabalhadores não se restringe aos problemas graves, estendendo-se aos pequenos desvios de saúde e do bem-estar, ultrapassando o limite do local de trabalho, visando também à comunidade onde a empresa se insere. Como reflexões sobre o trabalho a autora apresenta as seguintes proposições:

- O ambiente de trabalho é constituído por um conjunto de fatores interdependentes, atuando direta ou indiretamente na qualidade de vida das pessoas e nos resultados do próprio trabalho. É composto de: espaço, ambiência (luminosa, sonora, térmica, tóxica, entre outros), equipamentos, organização do trabalho/tempo, aspectos de segurança e relações profissionais.
- Na análise do trabalho deve-se investigar:
    - Os resultados (produção) esperados ou exigidos;
    - Os métodos de trabalho impostos ou prescritos e
    - A máquina (ferramentas, materiais, equipamentos, documentos, informação, os colegas e o ambiente como um todo).

Guerin (1991) ressalta a importância da análise dos aspectos físicos, sensoriais, mentais e relacionais da atividade de trabalho, para que seja possível avaliar os riscos ocupacionais aos quais estão expostos os trabalhadores em seus ambientes de trabalho.

A noção de risco parece evidente, faz parte da vida cotidiana. Porém aplicado à saúde ocupacional, o conceito de risco é menos sensível, o que parece e

pode estar associado a diferentes significados.

Para Boix e Vogel (1989), a questão dos riscos profissionais tem mais de um século. Refere-se a certas situações ou fatos que podem danificar a saúde das pessoas no trabalho permitindo reconhecer e indenizar esses danos como acidentes de trabalho ou como enfermidades profissionais.

Este conceito de risco ocupacional é uma construção social que envolve elementos específicos do trabalho (por exemplo - nível de ruído, substância química) e relaciona-os com uma patologia ou um determinado dano à saúde. Esta construção tem, por sua vez, a vantagem de evitar um grande processo de investigação médica e jurídica para o estabelecimento de suas causas e o inconveniente de excluir de sua aplicação, tudo aquilo que não coincide exatamente com as categorizações propostas. Como toda construção social, reflete as relações de poder e os valores da sociedade a que pertence (BOIX, VOGEL,1989).

Porém, o conceito de riscos profissionais não cobre mais que alguns campos da construção da saúde dos trabalhadores. O desgaste cotidiano, o envelhecimento prematuro, a carga psíquica do trabalho ou ao assedio moral, são geralmente ignorados porque não são objetos de compensação econômica.

Isto é que faz complexa a gestão da avaliação de riscos. Não se trata de limitar-se a uma lista fechada de riscos reconhecidos; deve-se ter em conta a interação entre os diferentes fatores. Por exemplo, o mesmo nível de exposição aos agentes tóxicos pode produzir efeitos diferentes segundo o ritmo de trabalho, os horários, o efeito acumulado de outros fatores de risco, a formação e a informação. Observa-se também que os padecimentos dos trabalhadores são suscetíveis à variação ao longo do tempo (BOIX, VOGEL, 1989).

Nas décadas de 60 e 70 numerosas mobilizações sociais colocaram em questão a concepção tradicional sobre riscos profissionais e apontaram para questões, que têm sido objeto de uma nova formulação sobre eles:

- A prioridade concedida à compensação monetária por danos a saúde, cede lugar à prioridade concedida à prevenção;
- O enfoque da saúde ocupacional estende-se ao conjunto da organização do trabalho, no lugar de limitar-se somente aos fatores materiais, reconhecendo-se estes como causa de enfermidades profissionais ou acidentes de trabalho;

A prevenção reorienta para a eliminação dos riscos na origem, mediante

uma melhora permanente das condições de trabalho, baseando-se nas necessidades dos trabalhadores com independência, e não para os sistemas de compensação e das disciplinas profissionais (LIEBER, 2008).

Neste contexto, a noção de avaliação de riscos não se limita à identificação dos fatores que podem provocar um acidente de trabalho ou uma enfermidade profissional. Entretanto pode ser descrito, simplesmente, como um processo cujo objetivo é analisar o conjunto das condições de trabalho, com a finalidade de considerar as consequências negativas que podem ter para a saúde e a segurança do trabalhador.

Trata-se, portanto, de uma ação de antecipação, indispensável para uma atividade preventiva sistemática e planejada. É o oposto à gestão de um sistema de segurança, que mede somente os possíveis custos de uma situação, baseando-se em dados do passado (LIEBER, 2008).

Na realidade, a noção de avaliação de riscos pode dar lugar a importantes confusões e ambiguidades Os instrumentos utilizados em saúde ocupacional estão afetados por tensões provenientes de interesses sociais opostos. Existe um ponto de vista empresarial sobre a avaliação de riscos, que se deve aprender a analisar para compartilhá-lo, havendo também, um ponto de vista sindical. É importante compreender as diferentes lógicas enfrentadas de tal maneira que se possa definir uma posição autônoma que defenda os interesses do coletivo de trabalhadores (MAURO; VEIGA, 2008).

Este debate é de particular relevância e atualidade na comunidade européia; seus países tiveram que elaborar leis exigindo que o empresário avalie os riscos e que consulte os trabalhadores sobre a dita avaliação. No entanto não se verificou uma ação clara; existem praticas nacionais e numerosas experiências setoriais (BOIX e VOGEL, 1989).

No Brasil, com frequência, as legislações nacionais se limitam a uma vaga definição do que deve ser a avaliação de riscos, permitindo a coexistência de práticas muito diversas e não, necessariamente coerentes, sob o ponto de vista da prevenção. Como exemplo dessa legislação tem-se as Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego de nº 7, 9, 17 e 32.

Porto (2004) apresenta como solução de problemas em saúde e ambiente, a integração das abordagens sociais, ecossistêmicas e sanitárias. Afirma que é preciso repensar os paradigmas vigentes na Saúde Pública e nas ciências de

risco. Faz referência a utilização de conceitos relacionados à saúde e ambiente de forma a integrar disciplinas, instituições e comunidades afetadas, objetivando fundamentar as estratégias de intervenção na ideia de sustentabilidade.

A partir dessa abordagem, a análise permite maior abrangência e, por conseguinte a regulação de novas tecnologias envolvendo riscos complexos e incertos. A ciência normal – positivista e funcional - predominante na análise de problemas de ambiente e da saúde não consegue compreender a complexidade presente nesse contexto, sendo praticamente imperceptível às dinâmicas do poder assim como não permite a participação da sociedade (PORTO, 2004).

A análise integrada busca a articulação, interpretação e comunicação do conhecimento em áreas de diferentes saberes com a construção da transdisciplinaridade em uma perspectiva holística ou sinóptica, adicionando mais informação, o que qualifica o processo decisório (PORTO, 2004).

A análise do ambiente de trabalho dos Enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF), nessa ótica, permite a correlação entre o macro (país) e o micro (comunidade), além de situar a relação trabalho/saúde da equipe.

Na perspectiva ecológica, as propostas e proposições do mundo do trabalho correlacionam a de proteção do meio ambiente fundamentando-se no conceito de sustentabilidade**.**

A desigualdade social presente em muitos contextos de pesquisa reforça a importância de se incorporar na análise, as dimensões sócio políticas e econômicas, com destaque para as áreas da ecologia política, da justiça ambiental e do conceito de vulnerabilidade social. A exposição ao risco não pode ser analisada atendo-se somente ao conhecimento dos profissionais, ao diagnostico situacional do trabalho, envolvendo assim as condições de trabalho. Nesta análise é importante inserir o trabalhador (WISNER, 1994).

A ação desenvolvida nesse contexto envolve, num só elemento, trabalho/trabalhador e é nessa visão também que a análise provoca uma incursão ao ambiente e saúde, pensando a saúde do grupo de profissionais e o ambiente de trabalho como ambiente pressupondo a inclusão na análise, de elementos de natureza ecossocial e como essa sociedade reconhece e enfrenta o risco e os problemas sócio-sanitários (PORTO, 2004).

A relação entre ambiente e saúde é antiga. Na atualidade a crise ambiental tem provocado discussões que envolvem a percepção pública dos efeitos

dos modos de produção e consumo da sociedade sobre a saúde humana e do planeta. O reaparecimento de doenças endêmicas, em áreas onde já se encontravam controladas, o surgimento de novos problemas (AIDS, hepatite C) e a resistência de determinados agentes infecciosos aos antibióticos, rompe com a ideia cartesiana de transição epidemiológica, de mudança no quadro de morbi-mortalidade de doenças de pobreza, com a superação do subdesenvolvimento (CASTIEL, 2001).

Discussões versando sobre a superação do paradigma médico - assistencialista ainda predominante no Sistema Único de Saúde (SUS) têm sido provocadas pelas propostas de Vigilância em Saúde e de Promoção à Saúde (BRASIL, 1996).

As ações em saúde têm caminhado no sentido da possibilidade do dano, com atenção para os riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde; no entanto, as ações em sua concretude denotam o reducionismo de forma normativa, a padronização de modo e estilo de vida, como não fumar e fazer ginástica (LIEBER, 2008).

O avanço tecnológico tem forçado a área de regulação de inovações tecnológicas com potenciais prejudiciais à saúde e ao ambiente; a saúde pública compõe o conjunto denominado das ciências do risco. A adição de referenciais como complexidade, incertezas e vulnerabilidade têm provocado a mudança do paradigma preventivo clássico para um novo paradigma pautado no principio da precaução. Há correlação entre o conceito de risco em que a precaução está presente na confiabilidade em vez da certeza, ampliando a visão da previsibilidade para a da probabilidade (LIEBER, 2008)

Na Conferência RIO 92 foi proposto, formalmente, o Princípio da Precaução (PP) tendo como base a garantia contra os riscos potenciais que, de acordo com o estado atual do conhecimento, não podem ser ainda identificados. Este princípio afirma que ante a ausência da certeza científica formal, frente a possibilidade da existência de um risco de um dano sério ou irreversível, é preciso a implementação de medidas que possam prevení-lo (GOLDIM,1991).

O PP vem sendo cada vez mais referenciado na área da saúde associado as orientações, em situações que o conhecimento científico está ainda incompleto, denotando a incerteza. Relaciona as condições de economia de mercado ao avanço tecnológico e as implicações para a saúde as quais nem sempre, quando avaliadas,

acabam por expor a população trabalhadora às incertezas (LIEBER, 2008).

A superação dos limites da ciência normal pressupõe a incorporação de conceitos de incerteza, complexidade e qualidade com enfoque transdisciplinar, com a abertura para o dialogo entre a ciência e outras formas de conhecimento, na busca de solução para problemas complexos (PORTO, 2004).

A teoria dos sistemas complexos é a base de classificação proposta por Funtowicz e Ravetz (2003) para as duas grandes classes: os sistemas simples são objeto de estudo das ciências naturais e os sistemas complexos são os que são estudados pelas ciências sociais, humanas e da vida, como por exemplo, ecologia. A principal diferença entre os dois sistemas reside na impossibilidade de análise dos sistemas complexos por uma única perspectiva. Colaborando para o entendimento dessa questão surge o conceito de incerteza associando o impacto sobre a saúde e ao ambiente (PORTO, 2004; LIEBER, 2008).

Esse impacto, até então, estava vinculado a um problema objetivo de risco, sob o olhar das ciências positivistas; assim o risco era concebido como estável e mensurável. Nesse modelo duas ações são esperadas: conhecer o risco – sua observação e análise e propor soluções de forma conjuntural.

No entanto com o avanço tecnológico nas áreas nucleares, química e biotecnologia, e com a ocorrência de riscos ecológicos globais, surge à necessidade de melhor entendimento do significado de risco, atendendo a esse propósito a teoria dos sistemas complexos.

O PP proposto nessa conjuntura rompe com a ideologia do otimismo tecnológico e desta forma inverte o pressuposto da prevenção clássica; confirmando essa mudança, a sociedade passa a exigir das agencias reguladoras a inexistência dos riscos e, nesse contexto, segue-se a obrigatoriedade de avaliação dos impactos que novas tecnologias e investimentos possam provocar junto à sociedade, ao ambiente e ao trabalhador (LA MENDOLA, 2005).

No campo da saúde pública, Levins e Lopes (1999) in Porto (2005), integram as abordagens ecossistêmicas e sociais ao analisarem os paradoxos do sistema de saúde dos Estados Unidos da América. Segundo eles, o risco no sistema de saúde é maior que em muitos países, no entanto está entre os piores do mundo quando a referência são os indicadores de saúde. O perfil deste sistema centra-se no modelo médico-assistencialista, que por sua vez não atua nos modos de vida e nos fatores que estão relacionados ao adoecer de sua população.

Os autores anteriormente citados propõem um novo modelo de análise denominado ecossocial, incorporando em sua estrutura, referenciais como: saúde dos ecossistemas, justiça social, determinação social e saúde para todos.

A questão ecológica e as discussões sobre a promoção a saúde, reforçam a ideia de saúde que vai para além da ausência de doenças. Esse contexto está em consonância à proposta do Ministério da Saúde, pois tem como principal meta a reorientação do sistema com base na mudança do paradigma assistencialista para o da prevenção (BRASIL, 1997, 2000, 2006).

Nesse sentido o profissional da Equipe de Saúde da Família (ESF) tem no seu trabalho esse lema; no entanto é preciso que esse trabalhador seja visto no seu ambiente de trabalho e neste, seja identificada a sua vulnerabilidade frente aos riscos aos quais se expõe, ao assistir a população, também considerada grupo vulnerável.

Torna-se impossível pensar em prevenção de riscos em saúde da família sem pensar na inserção desse trabalhador a essa comunidade. O que antes a população vivia, hoje é vivido e sentido pelas equipes e, assim pensando, há muitos problemas que só terão chances de solução se forem considerados como complexos, pois requerem mais elementos de natureza social, política, econômica entre outras. Como exemplo está à questão da violência nas áreas periféricas das cidades (ROCHA; NUNES, 2008).

Ao lidar com a população *in loco*, tornam-se mais evidente aos trabalhadores de saúde as questões apresentadas por Acselrad, Herculano e Padua (2004) como de (in) justiça social relacionada aos problemas sociais de saúde e ambiente.

Nesse contexto, insere-se o conceito de vulnerabilidade social e mais uma vez aproxima-se dos princípios do SUS do Brasil e da ESF que estabelece como principio o da territorialidade; desta forma busca-se de forma mais visível os problemas de saúde da população e sua relação com o meio ambiente os quais influenciam na saúde dos trabalhadores no serviço. Colaborando com esse entendimento surge a questão da vulnerabilidade, que nesse contexto está relacionada à exclusão da população nos processos decisórios sobre a ação reguladora dos riscos a que está exposta (PORTO, 2004)

Parcelas expressivas da população de baixa renda vivem em favelas as quais apresentam como características as ocupações irregulares e com frequência

em áreas de risco - encostas, áreas vulneráveis a enchentes, proximidade a indústria poluentes ou regiões afastadas, sem infra-estrutura de transporte e saneamento básico. Nesses locais há também, poucos serviços de saúde, educação e energia elétrica. Há locais com áreas sob o poder do narcotráfico e de seu arsenal militar, assim como existe a ineficiência das forças de segurança pública e outras instituições o que vem contribuindo para o aumento nos níveis de insegurança e violência nas metrópoles brasileiras e dos trabalhadores que ali atuam (DAVID et al 2009).

A avaliação dos risco

Boix e Vogel (1989) apresentam quatro constatações de caráter geral, tendo em conta a prática desenvolvida ao largo dos últimos anos sobre este tipo de avaliação:

- Somente uma minoria das empresas tem realizado corretamente a avaliação de riscos. Como regra geral, no conjunto dos países da União Europeia, numerosas empresas não têm efetuado a avaliação de riscos, ou se limitam a tratar da questão como uma simples formalidade burocrática. Uma das modalidades deste enfoque burocrático consiste em confiar a avaliação de riscos a um serviço externo, sem influencia real sobre a gestão integrada da prevenção da empresa. Há mais documentos sobre a avaliação de riscos do que verdadeiras avaliações efetuadas com a intenção de desenvolver a prevenção. E no pior dos casos, há a avaliação burocrática que é puramente virtual: o empresário firma um documento e nele certifica ter efetuado a avaliação sem elaborar um plano de prevenção;
- Nos locais onde se tem realizado avaliações de risco, somente uma minoria das empresas conta com a participação do trabalhador. O mais frequente é que essas avaliações tenham sido realizadas por especialistas sem consultar devidamente quem trabalha. Em muitos casos, não se considera a situação real do trabalho, limitando-se a estabelecer uma lista de riscos e a constatar se o grau de controle exercido é considerado adequado;
- Salvo raras exceções, as administrações públicas não têm desenvolvido métodos de controle de qualidade da avaliação de riscos. Em alguns países,

a legislação ou os regulamentos adotados favorecem uma violação maciça da obrigação substancial para avaliar os riscos, aceitando que os empresários não apresentem documentação escrita;

- Somente, excepcionalmente, as autoridades públicas têm criado mecanismos que permitam precisar as políticas gerais nos âmbitos setoriais ou regionais, sobre a base das avaliações de riscos desenvolvidas nas empresas. A metodologia da avaliação de riscos é insuficientemente utilizada como um instrumento de saúde pública para melhorar as políticas de prevenção.

A introdução do conceito de avaliação de riscos nas diretivas europeias não está isenta de ambiguidades Os empresários a vêem principalmente como um instrumento de regulação. Isto faria parte de uma tendência generalizada à debilitação das disposições públicas destinadas a proteger a vida e a saúde dos trabalhadores (BOIX, VOGEL, 1989).

Exigências patronais orientam-se a simplificar a legislação, a restringi-la a objetivos gerais, a relaxar os controles externos (especialmente, os da inspeção do trabalho), a reduzir o papel sancionador das autoridades públicas a um rol de assessoramento. Sob esta ótica, a legislação não deveria constituir mais que um marco geral; cada empresa deveria determinar suas prioridades de prevenção sobre a base da auto-avaliação de riscos. Por outro lado, a proteção da vida e a saúde não seriam as únicas legitimações das regras e de práticas preventivas, senão também tenderiam a submeter-se a um teste econômico para demonstrar sua rentabilidade (BOIX, VOGEL, 1989).

A opinião patronal está dividida em relação à participação dos trabalhadores; alguns a consideram inútil e outros, ao contrário, a vêem como um importante instrumento de conhecimento e consenso.

Boix e Vogel, (1989) apresentam cinco critérios para assegurar que a avaliação de riscos seja realmente um instrumento para fortalecer a prevenção:

1. A avaliação não serve para determinar se os riscos são aceitáveis ou não. A regra básica é a eliminação do risco, sempre que possível. Esta possibilidade deverá estabelecer-se, desde o ponto de vista teórico, independente de seu efeito na rentabilidade financeira da empresa. Não se substitui, com isso, a disposição claramente expressada pela administração (como a fixação de uma duração máxima da jornada laboral diária ou

semanal, a proibição do amianto ou a substituição de substancias cancerígena por substancias menos perigosas, etc.);

2. A avaliação de riscos não equivale a apresentar um certificado de conformidade da empresa. Não deve ser uma gestão administrativa destinada a cumprir a inspeção de trabalho ou das entidades seguradoras. A legislação existente deve constituir o mínimo à se respeitar; porém não abarca necessariamente todas as situações. Em certas ocasiões formula objetivos em termos gerais. A avaliação assegura que se dêem soluções apropriadas a todos os riscos detectados, ainda quando a legislação não contemple expressamente soluções particulares;

3. A avaliação de riscos é feita, em um determinado momento e deve levar a um plano de ações preventivas. Tanto a avaliação inicial como o plano de ação deve ser reexaminado regularmente (cada ano) e quando aparecerem novas circunstâncias (avanços tecnológicos, queixas dos trabalhadores, novas informações sobre riscos para a saúde, mudanças na legislação); devem-se ser evitadas as avaliações escritas como peças literárias magistrais que resultem em estudos de caso detalhados, porém com um mínimo impacto na melhora das condições laborais;

4. Esta avaliação é um instrumento para o debate trabalhador/empresário, para confrontar prioridades e identificar claramente as necessidades em matéria de saúde do trabalhador. O que não se necessita são avaliações que neguem os problemas, que façam da inspeção técnica um pretexto para dissolver os pontos de vista dos trabalhadores. Devem ser evitadas, especialmente, as avaliações mecânicas que elaboram uma lista de prioridades sem considerar diretamente as pessoas envolvidas. Instrumentos quantitativos informam, porém não substituem os debates dos trabalhadores e empresários no local de trabalho;

5. A avaliação deve produzir debate publico dentro e fora da empresa, visando compartilhar os problemas e experiências, constituindo-se, também em um instrumento de debate político. Por exemplo, muitas avaliações destacam

péssimas condições de trabalho associadas à precariedade. Estas questões devem ser abordadas nas empresas, porém as soluções efetivas só podem lograr a um nível mais geral, (político) e, sobretudo devem ser abordados com os próprios trabalhadores (BOIX e VOGEL, 1989).

Estudo realizado por Davel et al. (1997) sobre a subjetividade na organização do trabalho, constatou que a organização exerce claro papel na imposição de limites ao trabalhador, através de ordens, rotinas, normas e outras tecnologias burocráticas. No entanto a busca de uma gestão centrada na qualidade total, na eficiência e no rendimento gerou um movimento diferenciado em que colocou a organização a serviço dos seres humanos, a pensar as determinações inconscientes do trabalhador, da equipe e da instituição, a buscar o que estava não somente num campo puramente racional, mas da cadeia de significações imperceptíveis (ou seja, reprimidas) para o indivíduo, trabalhador e para a organização à qual pertence.

Davel et al. (1997) descrevem, ainda, que há a necessidade de se atentar sobre a subjetividade quando se analisa o ser humano no âmbito do trabalho. Admitem que a organização deva ter um não saber, fonte de certo mal-estar atual que não se resolve com nada conhecido; necessita dos outros saberes, da ciência e da pesquisa, para sair do impasse em que se encontra. Esse movimento de pro-cura, quando dirigido à subjetividade, tem duplo sentido: busca saber (consciente) e busca de cura (transformação).

Como uma das alternativas possíveis, destaca-se a apresentada por Nunes (2001) que é a implantação de um programa de Promoção à Saúde no trabalho, visando reduzir os riscos ocupacionais, objetivando a melhoria da qualidade de vida laboral.

2.2 TRABALHO

Este estudo aborda a temática Saúde do Trabalhador, cuja característica básica, segundo Mendes e Dias (1991) é buscar a compreensão sobre as relações entre o trabalho e a saúde ou doença dos trabalhadores. A relação saúde/trabalho já vem preocupando as autoridades de todo o mundo como se pode ver refletido nos

conteúdos da crescente produção científica sobre o tema (NUNES, 2000).

O trabalho surgiu da necessidade humana de sobrevivência sendo vinculado inicialmente ao sustento. À medida que foram ocorrendo transformações sociais com os avanços tecnológicos, ele passa a relacionar-se com outros aspectos, gerando *status* e reconhecimento do papel social, o que eleva sua importância (MIELNIK, 1976; MAURO 1994).

Há pouco significado no fato de se trabalhar apenas por um salário; trabalha-se também, pela satisfação emocional, sentida quando da realização de uma atividade. Este processo permite que o homem utilize sua capacidade criativa, o que possibilita verificar o resultado de seu esforço no produto final desse trabalho. Tais aspectos revelam a identidade de seu criador, adquirindo então sua dimensão humana, uma vez que o trabalho ocupa grande parte na vida do indivíduo (MIELNICK, 1976; MAURO 1994).

O homem pode desenvolver de forma saudável o seu ciclo vital com a incorporação do sentimento de realização pessoal ao trabalho e, com esta, a realização social (MAURO, 1994).

A relação entre o trabalhador e o trabalho permite ao primeiro desenvolver a sua ação social e nesta é reconhecido o seu papel e ao mesmo tempo a sua identidade.

> Partimos da premissa que o trabalho, como atividade humana é por natureza, relação entre sujeito e objeto, cuja consequência não é modificada unilateral, mas uma mútua transformação que se torna imediatamente movimento, de complexidade crescente (LEOPARDI, 1999, p.9).

A relação entre saúde/trabalho não se restringe aos trabalhadores. Toda a família fica envolvida com a situação do trabalhador, quando este enfrenta as dificuldades do trabalho, assim como os benefícios dele advindos. O trabalho, portanto, tem um papel fundamental na vida do indivíduo, permitindo a ele a construção de sua identidade, de sua subjetividade e integração na vida social (NUNES, 2001).

Quando, na relação entre o trabalho e o trabalhador não existe mais espaço, que possibilite a liberdade de invenção sobre a própria organização do trabalho, de modo a adaptá-lo às necessidades do trabalhador, este, pode ter bloqueado a sua capacidade criativa sobre o trabalho. Inicia-se, então, a luta do

trabalhador contra o “sofrimento” (DEJOURS, 1992).

Dependendo da forma como o trabalho está organizado e é executado pelo trabalhador, este pode ser gerador de efeitos negativos, dentre os quais estão as situações que podem levá-lo ao adoecimento e à morte. O estudo sobre o adoecer e morrer dos trabalhadores não se restringe ao ambiente de trabalho, compreendendo também os significados: cultural, político e econômico, atribuídos pela sociedade na qual eles se inserem (DEJOURS, 1992).

Com relação aos processos de trabalho, é importante destacar as relações técnicas, tais como a compreensão dos fenômenos físicos, físico-químicos entre outros, que são produzidos no processo de trabalho. Neste processo incluem-se os instrumentos, matérias-primas, produtos finais e as relações organizacionais (compreensão da gestão da força de trabalho), envolvendo qualificação, formas e divisão do trabalho, produtividade, exames de controle de saúde, entre outros. (BRITO, 1990). Estes elementos, por sua vez, permitirão identificar a natureza do problema, a fim de que possam ser empreendidas ações adequadas à sua solução.

Dentro da perspectiva psicossocial (Seligmann-Silva, 1994; Mielnik, 1976) há necessidades a serem atendidas na situação de trabalho:

a) A necessidade humana de exercer controle sobre o próprio trabalho;
b) A necessidade humana de interação social e
c) A necessidade de assegurar a existência de um sentido em suas tarefas, dentro de uma relação com um todo significativo.

Seligmann-Silva (1994) e Mielnik (1976) acrescentam que o trabalhador tem necessidade de perceber o reconhecimento social pelo trabalho desenvolvido.

Quando há um processo em que o trabalho vem sendo desenvolvido formalmente correto, mas assumindo um caráter mecânico, com total ausência de prazer, o trabalhador poderá dentro de algum tempo apresentar uma eclosão somática de diferentes formas (processo visceral – desorganização progressiva com alteração no funcionamento visceral, como por exemplo, a aceleração no peristaltismo intestinal ante o medo) e reorganização regressiva (SELIGMANN-SILVA, 1994).

Estudiosos do assunto são unânimes em afirmar que é crescente a conscientização de que determinados problemas de saúde estão vinculados ao trabalho (OTERO, 1993; DEJOURS, 1992; MENDES; DIAS, 1991). Entretanto,

mesmo que o trabalhador receba tratamento específico para o problema, o retorno à atividade significa nova exposição, sendo que este indivíduo pode apresentar graves situações de adoecimento.

O rompimento deste ciclo só poderá ocorrer, à medida, em que o trabalho for tratado, transformando o ambiente e as condições onde se realizam as atividades para que se torne saudável. Para transformar esse ambiente e ocorrerem mudanças nas condições laborais, há necessidade de ser realizada a avaliação dos riscos ocupacionais.

Entretanto, na maioria das vezes as avaliações de risco são realizadas com base nas atividades prescritas e não nas reais. A avaliação da atividade prescrita é a presumida em normas e procedimentos, enquanto que a avaliação da atividade real é aquela realizada a partir da observação direta da atividade do trabalhador ou da sua própria informação (BOIX, et al., 2001).

Quando os trabalhadores têm voz e são ouvidos sobre o seu trabalho e as condições em que o realizam, eles mesmos podem oferecer soluções práticas e viáveis para sua proteção, nem sempre percebidas pelos supervisores, auditores e especialistas.

Como consequência inevitável desse processo de identificação dos riscos, há ocorrência de duas possibilidades: uma ação semelhante a um freio impedindo a continuidade do risco e um impulso para a prevenção dos problemas, quando os trabalhadores participam, visto que eles posteriormente poderão cobrar as ações da instituição na redução e prevenção destes riscos.

Em termos legislativos o Brasil possui a Norma Regulamentadora 32 (NR-32) que é considerada um grande avanço na área da saúde do trabalhador de saúde, pois estabelece as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos estabelecimentos de assistência à saúde (ROBAZZI; BARROS JUNIOR, 2004; BRASIL, 2005). No entanto, esta ainda não é conhecida por muitos dos profissionais e gestores, o que tem dificultado a sua implantação, além de outros fatores de ordem operacional (BRASIL, 2005; ROBAZZI; BARROS JUNIOR, 2004; MAURO; VEIGA, 2008).

À medida em que os trabalhadores adquirem conhecimento sobre os riscos, poderão se prevenir. A prática da enfermagem deve incluir os aspectos de satisfação e a alegria, no trabalho e a redução e minimização de riscos laborais, com as condições adequadas para o desenvolvimento das atividades, que certamente

possibilitarão a redução dos agravos à saúde desses trabalhadores. Além dos aspectos relacionados à questão saúde/doença no trabalho a prática de enfermagem, realizada de forma saudável, oferece espaço para a capacidade criadora do trabalhador sobre o próprio trabalho.

Condições de trabalho

Para Wisner (1994) o trabalho apresenta três aspectos: o físico, o cognitivo e o psíquico e cada um destes pode gerar uma sobrecarga. Esses aspectos estão inter-relacionados. A dimensão psíquica pode ser definida pelos níveis de conflito (sejam conscientes ou inconscientes) envolvendo a relação entre a pessoa (Ego) e a organização laboral. Essa dimensão, ora está oculta, ora está presente e ela leva o indivíduo a certo grau de sofrimento mental. Os sinais de sofrimento psíquico estão presentes, na expressão verbal, no comportamento e podem levar a enfermidade psicossomática.

Sobrecargas psíquicas podem gerar diversos transtornos: cansaço, perturbação no sono, mudanças nos padrões de dieta e interferência na vida familiar, provocando alterações fisiológicas e sociais que favorecem o aparecimento do alcoolismo, drogadicção e depressão. Neste contexto, há a necessidade de profissionais e gestores da saúde estudem a situação de saúde dos trabalhadores de saúde, adotando medidas cabíveis de segurança, saúde e ergonomia, aplicadas às condições de trabalho (OTERO, 1993).

Todo ser humano chega ao trabalho com sua singularidade, envolvendo seu material genético, o conjunto de eventos de sua história e as marcas das agressões físicas e mentais sofridas na vida. Traz também seu modo de viver, inserindo seus hábitos, seus costumes e o seu conhecimento.

A compreensão do indivíduo, de seus conflitos, de seus vínculos com o trabalho e fora dele, bem como seus desejos inconscientes e tudo aquilo que vinculado ao desejo o leva para caminhos anti-produtivos, tanto para o indivíduo, como para a instituição, são importantes na compreensão da subjetividade no trabalho (ALMEIDA, 2002).

A relação entre o homem e o trabalho é muito próxima, pois é no trabalho que o indivíduo passa boa parte da sua vida. O trabalho compõe sua identidade e

estão embutidos em sua subjetividade as emoções, os desejos, os prazeres e o sofrimento. As condições de trabalho apresentam-se como sistemas que marcam o corpo do trabalhador (BULHÕES, 1994), sendo este corpo entendido por:

- **corpo físico,** em que são visíveis as marcas através das incapacidades resultantes dos acidentes, doenças profissionais, dentre estas muitas não reconhecidas legalmente, e pelo envelhecimento precoce;
- **Corpo psíquico,** com as crises de "nervos" e o aumento do consumo de medicamentos, estas alterações na vida do trabalhador, influenciando a sua relação com pessoas próximas a ele, com as quais se relaciona e
- **Corpo social,** verificado na influencia das condições, organização do trabalho e o tipo de tecnologia, que moldam os trabalhadores, caracterizando-os enquanto grupo com identidade própria. Verifica-se por parte dos trabalhadores de saúde e organizações trabalhistas uma crescente preocupação com as condições de trabalho e os danos causados por ela ao trabalhador. Reconhece-se quão difícil é a mudança, mas é imprescindível a busca permanente do conhecimento sobre o que fazer e os mecanismos vividos para a execução.

Na relação entre as condições de trabalho e o seu efeito sobre o trabalhador constata-se que muitos dos danos à saúde resultantes são desconhecidos e de difíceis determinações. Encontram-se neste grupo os de natureza psíquica e os processuais.

No ambiente de trabalho, os riscos podem ser/estar: ocultos por ignorância, desconhecimento, falta de informação (desconhecimento diferente de falta de informação); latente manifesta-se apenas em condições de emergência ou de estresse e real perceptível a todos, mas sem possibilidade de controle, seja por inexistência ou por falta de vontade política (BULHÕES 1994).

O trabalho em saúde e enfermagem

O adulto sadio deve ser capaz de amar e trabalhar. E, ao trabalhar, espera-se que o trabalho seja realizado em condições adequadas, permitindo ao

trabalhador a sustentação de seu bem-estar, favorecendo-lhe o uso de sua capacidade criativa e possibilitando-lhe o crescimento pessoal (IRVING, 1979).

Para Dejours (1992), na relação entre o trabalho e saúde do trabalhador, constata-se que o trabalho nem sempre aparece como fonte de doença ou de infelicidade. Muitas vezes é operador de saúde e de prazer; de qualquer maneira, mas de qualquer forma, nunca é neutro em relação à saúde.

O trabalho em saúde caracteriza-se por ser a atividade profissional que tem o homem como agente e como sujeito de sua ação. No campo especifico da saúde a interação entre o trabalhador e o trabalho é estreita. Tal proximidade favorece o fato que o trabalho muitas vezes se constitua em fonte de sofrimento ante a limitação de ação técnica e, até mesmo científica, que demanda a atenção ao paciente (NUNES, 2000).

Sob esta ótica, o trabalho em saúde tem na sua construção vários aspectos que se diferenciam dos demais. Em grande parte, esse processo ocorre em virtude de importantes transformações sociais no papel desempenhado pelos profissionais de saúde, uma vez que estes trabalhadores possuidores de conhecimento técnico-científico sobre as doenças estão em contato permanente com pessoas enfermas. Isto faz com que este grupo sinta-se distinto, inatacável; é como se construísse ao longo de sua prática, uma barreira de imunidade, o que certamente contribui para sua diferenciação dos demais profissionais, na sua relação com a própria saúde (NUNES, 2000).

Por estas características é que o trabalho, na área de saúde, foi e ainda é percebido em alguns locais como diferenciado; no entanto, ele apresenta os elementos inerentes a qualquer outro trabalho: as cargas, as obrigações e os riscos (BULHÕES 1994).

Otero (1993) registra que, ao longo dos anos, os trabalhadores não possuíam a noção de saúde e segurança no trabalho e que, na maioria das instituições, recebem pouca ou nenhuma atenção à sua própria saúde. Os profissionais de saúde canalizam suas energias aos seus pacientes, na busca de novos conhecimentos e tecnologias, prestando pouca atenção às suas necessidades pessoais.

Através de crescentes modificações nos últimos anos, na área da saúde, a invulnerabilidade e os conhecimentos dos profissionais foram colocados em prova, ante o surgimento de doenças infecciosas não curáveis como a AIDS, a

contaminação pela manipulação de substâncias tóxicas, fatores estes que acabaram por levar os profissionais de saúde ao adoecimento e morte. Neste sentido ocorreram vários movimentos de luta por melhores condições laborais, ocasionando uma mudança de atitude frente à relação trabalhador de saúde e a sua própria saúde (OTERO, 1993).

O trabalho em saúde é realizado em diferentes instituições que variam de acordo com sua especificidade e assim propiciam formas diversificadas de exposição do trabalhador aos riscos ocupacionais. seja no hospital ou unidade básica de saúde. O ambiente de trabalho possui múltiplos riscos relacionados à presença de uma gama de agentes físicos, químicos, biológicos, psicossociais e ergonômicos. Em algumas situações, estes riscos podem estar ocultos (MAURO, 1994).

Entre a gama, dos trabalhadores da área da saúde, encontram-se os da Enfermagem.

Para Colliére (1999), o trabalho realizado pela Enfermagem está relacionado à prática de cuidados que é, sem dúvida, uma das mais antigas na história da humanidade. Foi esta prática que garantiu a continuidade da vida, da sobrevivência da espécie, dando origem neste processo a duas formas de cuidar: cuidar para preservar a vida e cuidar para retardar a morte.

O primeiro relaciona-se aos aspectos vinculados a maternalidade e à pessoa sadia; o outro é caracterizado por um cuidar vinculado à doença, à dor. A Enfermagem, em grande parte, vinculou-se a esta segunda forma de cuidar e é, ainda, a que predomina nas ações por ela desenvolvidas. Entretanto, incorpora-se gradativamente à Enfermagem, a essência da primeira forma de cuidar, principalmente nas ações que possibilitam ao ser que está sendo cuidado a compreensão de que é importante a manutenção da vida, numa busca constante de melhor qualidade para viver. Assim, trata-se de uma profissão que tem como objetivo principal a assistência prestada ao ser humano (COLLIÈRE, 1999).

No final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, a ênfase do conhecimento em Enfermagem era relacionada à maneira pela qual era executada a tarefa, a técnica. Consistia em buscar maneiras de realizar as tarefas com economia de tempo e movimentos. Com o passar dos anos a Enfermagem passa a ter como peculiaridade funcional a prestação da assistência ao indivíduo sadio ou doente, família ou comunidade, com ações que visem a promoção, manutenção e a

recuperação da saúde. Essa construção surgiu ao término do século XX, período em que o corpo do conhecimento de Enfermagem teve um grande avanço e continua sendo construído, envolvendo proposições teóricas com aplicabilidade ao processo de cuidar, bem como a realização de ações fundamentadas em critérios técnicos científicos com base em competências e valores éticos profissionais.

Ao relacionar o trabalho realizado nas diferentes profissões da área da saúde, Leopardi (1999) comenta que o trabalho em Enfermagem inicialmente era simples, pois, o conceito vigente de saúde restringia-se a mecânica corporal e o tratamento clinico, ficando a parcela intelectual restrito ao medico. Com a evolução desse processo de cuidar, amplia-se o significado do cuidar assim como há uma complexificação na natureza deste trabalho.

Em decorrência desse processo surge na Enfermagem a preocupação com a saúde dos seus trabalhadores, ainda que morosa e de forma não abrangente; em parte esta questão surgiu devido ao despertar dos trabalhadores e instituições em relação aos riscos presentes nos ambientes laborais onde se desenvolve o exercício profissional, em diferentes cenários de atuação.

Atualmente, a função da Enfermagem é prestar assistência não só ao indivíduo sadio ou doente como também à família ou comunidade, na promoção, manutenção ou recuperação da saúde, sendo esta ação de suma importância, pois, a equipe de Enfermagem representa a maior força de trabalho em saúde, responsável por 60% das ações de saúde e no ambiente hospitalar é realizada nas 24 horas do dia.

Como em outras profissões, os trabalhadores de Enfermagem estão expostos aos fatores de riscos ocupacionais que podem causar danos à saúde. Mauro (1994) afirma que estes riscos, quando não controlados, levam ao aparecimento de acidentes e adoecimento. O aparecimento de sintomas objetivos, até desequilíbrios nas funções orgânicas, confirma a falta de condições ambientais e ergonômicas para o exercício do trabalho.

Na maioria das vezes, estes problemas não são percebidos pelo gerente ou pelo próprio trabalhador de saúde, o qual acaba desenvolvendo um autocontrole dos sintomas, ocorrendo queda da produção, maior vulnerabilidade aos acidentes no trabalho, levando ao afastamento do serviço e aumentando o absenteísmo.

Ortiz e Patiño (1991) destacam, na Conferência da Organização Internacional do Trabalho (OIT), realizada em Genebra, no ano de 1989, as

características do exercício do Enfermeiro, concluindo com uma série de recomendações para todos os países membros. Neste documento fica reconhecido que: - O papel desempenhado pela equipe de Enfermagem é de proteção e melhora da saúde e bem-estar da população; - Considerando-se que o setor público é o maior empregador dos trabalhadores de Enfermagem, ele deveria desempenhar um papel ativo na melhoria das condições de emprego e trabalho destes profissionais (OIT, 1989, 1994).

Fica assim evidenciada a necessidade de um maior empenho na melhoria das condições laboriais dos profissionais de Enfermagem. Em algumas áreas de atuação esse trabalho é reconhecidamente penoso, como por exemplo, nos setores de oncologia, doenças transmissíveis, unidades de alto risco de emergência e psiquiatria, em que os fatores de risco alcançam uma dimensão insuportável, observando-se nestas áreas, uma contínua exposição ao sofrimento, à dor e à morte (OTERO, 1993).

Para Bulhões (1998) este trabalho é considerado penoso, ou seja, decorre dos elementos envolvidos na carga de trabalho. Além da penosidade, demanda carga física estática ou dinâmica e muito investimento de energia do profissional na tarefa. Como determinantes da carga física destacam-se: distâncias percorridas; posturas inadequadas; mobiliário impróprio à mecânica corporal humana; inexistência, insuficiência ou inadequação de materiais e equipamentos; temperatura ambiente inadequada, dentre outros.

Como determinantes da saúde mental observam-se: dúvidas sobre rotinas, técnicas e uso de aparelhos; necessidade de memorização complexa, rapidez e complexidade na tomada de decisões muitas vezes de natureza inconteste pela urgência da situação. Há, também, a presença de: confrontação com sofrimento, incapacidade, morte; falta de apoio (inexistência de grupos de conversa e de discussão); falta de reconhecimento por parte de colegas e chefes; diálogo social insuficiente; desinformação em proteção contra doenças e acidentes no trabalho; trabalho noturno fixo ou por longo período; início da jornada demasiadamente cedo; desrespeito aos horários de alimentação; horários fracionados; dobra de serviço ou permanência no trabalho após o término da carga horária normal, entre outras (BULHÕES 1994).

Na assistência de Enfermagem, o confronto com o sofrimento leva o trabalhador a apresentar envolvimento afetivo, sendo, muitas vezes, esquecido

pelos supervisores, o que promove uma sensação de estar abandonado, de pouco ou nenhum poder decisório e de má utilização das competências, além da situação salarial, indesejável, contribuir para aumentar a carga mental e psíquica do trabalho de Enfermagem (BULHÕES, 1994).

O trabalho no âmbito da saúde, em relação a outros, apresenta algumas especificidades: lida no seu cotidiano com a vida e morte, dor e prazer e assim, o foco do trabalho, o processo saúde-doença e a satisfação de necessidades do trabalhador, constituem-se em processos de construção individual e social (NUNES, 2000; MEIRELLES, 2002).

Em qualquer trabalho, inclusive o assistencial, há que se ter certa previsibilidade, certo controle do que seja rotineiro, mas esta rotina não poderá anestesiar o trabalhador de sua própria dor (MEIRELLES, 2002).

Na prática tem-se observado um estado de sofrimento no ambiente de trabalho, não tendo os trabalhadores e, mais especificamente os da Enfermagem, conseguido enfrentar a contento ou modificar as situações impróprias e até estressantes na sua labuta laboral diária. Na maioria das instituições, o indivíduo é considerado uma mera máquina, sendo anulada a sua individualidade e subjetividade em detrimento dos objetivos e valores de sua instituição, repercutindo-lhe então possíveis alterações psicossomáticas ou até mesmos problemas ocupacionais referentes às situações de trabalho (MEIRELLES, 2002).

É importante destacar que os riscos para desenvolver doenças serão reduzidos à medida, em que as pessoas se tornarem ativas em bem estar. Entretanto, a maioria não se empenha no sentido de estar bem no cotidiano, sendo tal fato ignorado até o dia em que adoecem e, aí, se lamentam. Assim, o enfoque dado é muito maior no adoecer e no diagnosticar a doença, do que na capacidade de preveni-la (MEIRELLES, 2002).

Bourguignon et al. (2000) constataram que parte dos trabalhadores de Enfermagem esboça reações contraditórias no contato com a dor dos pacientes. Alguns relatavam sobre a importância do amor ao próximo em sua dor, para a realização do seu trabalho; outros asseguravam que ser impassível é uma característica importante do Enfermeiro, distanciando do sofrimento dos pacientes, pois este profissional poderia não suportar a dor e acabar adoecendo.

Um dos recursos de defesa mais utilizados por diferentes trabalhadores hospitalares frente a essa situação é o distanciamento do paciente e de sua historia.

Esta atitude é reforçada pela própria formação do Enfermeiro, com ênfase na técnica, mantendo certo distanciamento do lado pessoal, evitando o envolvimento com o cliente (NUNES, 2000).

Bourguignon et al. (2000) encontraram também depoimentos relatando que muitos profissionais, mais sensibilizados com o sofrimento do paciente, são muitas vezes estigmatizados pelos próprios colegas, o que para os autores é compreensível, pois com esta aproximação rompe-se com a estratégia de defesa coletiva de distanciamento.

Mello (1998) enfatiza as graves repercussões das condições de trabalho na vida dos profissionais de Enfermagem, pontuando que os recursos financeiros que dispõem não lhes asseguram boas condições de vida; dentre estas estão: a moradia, a alimentação, o transporte, o uso do lazer que também está vinculado à escassez de tempo. Uma vez que estes possuem uma extensa carga horária de trabalho, há pouca disponibilidade de tempo para a família.

O acesso aos estudos é muito difícil e os que o conseguem é através de grande esforço pessoal, comprometendo-os ainda mais, com piora nos padrões de sono, alimentação e no convívio familiar. Esta situação coloca-os em maior exposição aos riscos, que muitas vezes levam esses trabalhadores ao adoecimento.

É importante a atenção ao ambiente de trabalho; este precisa ser visto também como causador de medo e estresse, visto que na relação com o paciente o profissional precisa ter preparo e dedicação e, muitas vezes, como resultado deste trabalho, relata estar acometido de cansaço mental, Esta condição é descrita como: “sensação de estar sempre cansado, mesmo após horas de sono, sem grandes perspectivas em relação ao trabalho e vida pessoal, a sensação de que não há muito a se fazer pelo paciente, às vezes alheios, querendo se desligar do ambiente, principalmente quando tumultuado e barulhento, de que a atividade não tem fim” (MELLO, 1998).

O processo de trabalho da Enfermagem na área hospitalar tem sido estudado com frequência (REZENDE et al, 2009; TEIXEIRA; MANTOVANI, 2009; SARQUIS; FELLI, 2002; BENATTI, 2001) enquanto que na área de atenção básica ainda são escassas as pesquisas. No entanto o número de profissionais neste campo de atuação é cada vez maior, pois, tem como carro chefe, a estratégia de saúde da família (ESF).

Analisar os riscos presentes nas atividades realizadas pelos

trabalhadores que labutam nos Programas de Saúde da Família (PSF) é relevante, para que se possa identificar a relação entre o processo de trabalho e os danos que este pode provocar a integridade física e mental do trabalhador e, assim permitir a realização de trabalho seguro. É importante integrar a avaliação de riscos ao debate social, com o uso de estratégias que envolvam os trabalhadores.

Nesse sentido é necessário conhecer o trabalho, como ele ocorre, a natureza das atividades, correlacionando-as a exposição ao risco e medidas que possibilitem a redução e até mesmo a eliminação dos riscos ocupacionais.

Na atualidade, as questões relacionadas ao trabalho em geral, no mundo, não podem mais ser pensadas de modo simplificado, pois, ocorreram transformações no trabalho, a partir de sua complexificação organizacional e tecnológica ao lado das transformações sociais. A sociedade foi se adequando às novas necessidades históricas e com isso as instituições sociais que envolvem o saber, as leis e a prática, revêem o modo de normatizar e produzir o trabalho (LEOPARDI, 1999).

> O trabalho e os trabalhadores, portanto, sendo mutantes por definição, são formas transitórias e nosso olhar deverá afastar-se de toda tendência à cristalização conceitual e metodológica (LEOPARDI, 1999, p.10*)*.

Corroborando esta afirmação o projeto de plano de ação mundial sobre a saúde dos trabalhadores 2008-2017, apresentado na 60ª. Assembléia da Organização Mundial da Saúde/2007 indica que os países membros deverão desenvolver capacitação em matéria de prevenção primária de riscos ocupacionais, doenças e lesões ocupacionais para o fortalecimento dos recursos humanos, metodológicos e tecnológicos, capacitar os trabalhadores e empregadores e introduzir práticas laborais e medidas de organização do trabalho sadio e uma cultura de promoção da saúde no local de trabalho. Esse processo deverá ocorrer com a utilização de mecanismos que promovam a saúde do local de trabalho com a participação dos trabalhadores e empregadores (OMS, 2007).

Nesse sentido a normatização nacional (NR 32) pressupõe que o trabalhador deve ser instruído antes de assumir determinadas tarefas nos ambientes dos estabelecimentos de assistência à saúde, podendo ter o direito à recusa, caso o trabalho lhe propicie contato com os agentes de risco ocupacional, sem a devida proteção (ROBAZZI; BARROS JÚNIOR, 2005).

O trabalho na rede de atenção básica em saúde – o programa de saúde da família

O trabalho de Enfermagem desenvolvido na área da atenção básica vem crescendo cada vez mais no Brasil, em face da política de atenção a de saúde da população que tem como propósito a reorientação do sistema de saúde a partir do paradigma da promoção da saúde, rompendo com o modelo biológico, centrado na doença.

Em 1994, o Ministério de Saúde (MS) brasileiro propôs o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia visando a reorganização da produção de cuidados de saúde, pautado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), com a prática assistencial à saúde centrada na família, de forma contextualizada, a partir de seu ambiente físico e social.

O PSF surgiu, então, como o objetivo maior de ampliar o acesso da população aos serviços básicos de saúde, em um contexto neoliberal, que coloca em risco a universidade do sistema de saúde brasileiro (PIRES, GÖTTEMS, 2009).

O MS elege os princípios básicos de integralidade e hierarquização das ações, territorialização e adscrição de clientela (o trabalho das equipes é desenvolvido em um território definido) e trabalho em equipe multiprofissional (a Equipe de Saúde da Família é composta minimamente por um médico generalista, um Enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde) tendo centralizado o processo de trabalho na vigilância à Saúde (BRASIL, 1997).

O PSF assume diretrizes consoantes com o SUS, tais como integralidade, resolutividade e intersetorialidade das ações, trabalho em equipe, vinculo de co-responsabilidade às famílias assistidas e estímulo à participação social; propõe-se, como estratégia para organizar a rede básica de serviços de saúde, com repercussões para o sistema de saúde (PIRES, GÖTTEMS, 2009).

Nesse processo ocorrem de forma permanente a integração nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) as ações clínicas e as ações coletivas voltadas para a promoção e a prevenção em saúde. Há a substituição das práticas tradicionais por um novo processo de trabalho como estímulo à participação popular e assim há o fortalecimento do controle social (SILVA; ATHAYDE, 2008).

Estruturada com base na lógica de atenção básica à saúde a estratégia

do PSF propõe novas práticas setoriais, tendo como indissociáveis o trabalho clínico/assistencial e a promoção da saúde. Para que esta proposta se desenvolva é necessário que novos processos laborais sejam estabelecidos, alicerçados a uma nova relação entre os profissionais de saúde e a comunidade, de forma a traduzir e desenvolver ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas, e socialmente apropriadas (BRASIL, 2000).

No presente estudo, à exemplo de Pires e Göpttems (2009), optou-se por adotar a terminologia Programa de Saúde da Família/Estratégia de Saúde da Família (PSF/ESF) para caracterizar a ambivalência entre mudança e o conservadorismo que o PSF carrega, decorrente da historicidade das políticas e modelos de atenção à saúde no Brasil.

A prática de Enfermagem no PSF tem articulação e a integração de ações com os demais trabalhadores da equipe de saúde por meio de um processo de articulação das intervenções técnicas. Assim, para a observação da especificidade do trabalho da enfermeira no PSF é necessário analisar a sua inserção no trabalho da equipe, o modo acontece a sua relação com o processo de trabalho e o modo como ela desenvolve o cuidado específico de enfermagem (PEDUZZI, 2000).

Para Ermel e Fracolli (2006) o trabalho da Enfermeira no PSF compreende: *o monitoramento das condições de saúde,* base da atenção de enfermagem ao individuo ou ao grupo; *o levantamento e monitoramento de problemas de saúde* (com direcionamento a situações de risco ou de vulnerabilidade) articulados à intervenção nos agravos e *o exercício de prática de enfermagem que possibilite* o dialogo e autonomia dos sujeitos. Assim, o entendimento é de que a enfermagem, enquanto prática social tenha como constante busca a resposta às exigências sociais e de saúde de uma determinada população numa determinada época e espaço social.

No entanto, sabe-se que apesar dos avanços significativos da presença do PSF/ESF no pais, muitos problemas ainda acontecem, relacionados aos fatores variados como despreparo dos profissionais de saúde que trabalham no PSF; não entendimento uno/múltiplo da família enquanto síntese da diversidade de afetos, tensões e contradições que o processe de cuidar assuma no espaço privado; dificuldades em lidar com as subjetividades; cenários que propiciam/emperram interações disruptivas; precariedade das relações de trabalho, entre outros (PIRES, GÖTTEMS, 2009).

3 OBJETIVOS

Geral

Analisar os riscos ocupacionais existentes no trabalho dos Enfermeiros que atuam na Rede Básica de Atenção à Saúde, vinculado à Estratégia da Saúde da Família na cidade de Volta Redonda, RJ.

Específicos

3.1 Descrever o trabalho dos Enfermeiros que atuam na Rede Básica de Atenção a Saúde vinculada a Estratégia Saúde da Família, na cidade de Volta Redonda, RJ;

3.2 Identificar o conceito de risco apresentado por esses Enfermeiros;

3.3 Descrever os riscos ocupacionais identificados por eles;

3.4 Descrever as estratégias que eles utilizam para a minimização dos riscos ocupacionais.

4 PRESSUPOSTO

Enfermeiros que atuam na Rede Básica de Atenção a Saúde vinculada a Estratégia Saúde da Família em Volta Redonda-RJ, realizam suas atividades profissionais expondo-se aos riscos ocupacionais, uma vez que os desconhecem, assim como as estratégias para minimizá-los.

5 MATERIAL E MÉTODO

5.1 TIPO DE ESTUDO

Investigação de abordagem qualitativa, de natureza social, descritiva. Permitiu avaliar aspectos de natureza subjetiva relacionados a vivência dos trabalhadores frente ao risco ocupacional.

O estudo **qualitativo** encontra-se no lugar da exploração e do subjetivismo; a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados, das ações e relações humanas, não perceptíveis em equações, médias e estatísticas. Aspectos da personalidade (subjetividade) são entendidos como pensamentos e ideias e, de outro lado, o âmbito das características constituem variáveis e índices. A busca da informação de atos humanos tem, entre outros objetivos, a proposta de fundamentar a ação e tomada de decisão (MINAYO et al, 1994).

O estudo qualitativo requer do pesquisador atitudes que favoreçam aos *Entrevistado*s/sujeitos a verbalização com segurança e, principalmente, confiança no *Entrevistado*r. É desejável a interação entre ambos, a fim de favorecer ao pesquisador a apreensão da realidade, de forma o mais próximo, à realidade do *Entrevistado*.

A pesquisa de **natureza social** inclui aspectos das ciências sociais e das chamadas humanidades; a presente investigação voltou-se ao estudo da relação entre o trabalho e os riscos aos quais os Enfermeiros estão expostos, com a preocupação de melhorar o conhecimento, a compreensão e o comportamento do grupo, em relação à própria saúde e a manutenção da vida. A investigação também é **descritiva** porque através de técnicas variadas, descreve a natureza de um fenômeno ou problema, sob todos os ângulos possíveis, combinando os aspectos da pesquisa social e possibilitando, a partir da descrição do fenômeno, ampliar a investigação (DUSILEK, 1999).

A combinação da pesquisa social e descritiva visa caracterizar o modo com que os Enfermeiros apresentam o seu trabalho, o conceito que possuem sobre o risco em sua atividade laboral. Neste sentido ela se constitui, também, em um campo da epidemiologia, tendo como consequência o diagnóstico, para que no futuro possa com base estes dados contribuir para o estabelecimento de relação entre o trabalho e os seus fatores de risco no trabalho (MINAYO et al, 1994).

O presente estudo pode ser considerado, também, como pesquisa sobre saúde (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997), pois buscou descrever o trabalho e os

riscos nele presentes, de forma a permitir maior compreensão sobre a prática social do Enfermeiro e nesse sentido, contribuir com sugestões para que esta seja realizada de forma saudável.

5.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO

Foi realizado no município de Volta Redonda, situado na microrregião do Vale do Paraíba dentro da mesorregião Sul Fluminense, no Estado do Rio de Janeiro. Também é conhecida como a "Cidade do Aço" devido a Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), maior siderúrgica da América Latina. Ocupa uma área de 182,317 km², sendo 54 km² na região urbana e 128 km² na zona rural. Sua população estimada em 2008 foi de 259.811 habitantes, o que a torna a maior cidade da região Sul Fluminense e a terceira maior do interior do Estado (IBGE,2008).

Figura 1. Município de Volta Redonda, 2009. (Vista aérea como imagem do rio Paraíba do Sul). Volta Redonda, setembro de 2009.

(Foto obtida em: PORTALVR http://www.portalvr.com/cidade/cartao/)

Figura 2. Município de Volta Redonda, 2009. (Vista aérea como imagem da indústria siderúrgica). Volta Redonda, setembro de 2009.
(Foto obtida em: PORTALVR http://www.portalvr.com/cidade/cartao/)

Sua população flutuante, diariamente é de aproximadamente 310.000 habitantes uma vez que a população de cidades vizinhas utiliza seus serviços de diferentes naturezas e o comércio (IBGE,2008).

Apresenta Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,815 (dados de 2000), considerado "elevado" de acordo com os critérios do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD. Em conjunto com os municípios de Barra Mansa e de Pinheiral, constitui uma aglomeração que ultrapassa os 450.000 habitantes, conforme as estimativas do IBGE para 2007, sendo, no Estado, a maior concentração urbana fora da Região Metropolitana do Rio de Janeiro (IBGE,2008).

A cidade possui uma das redes de saúde mais completas do interior do Estado do Rio de Janeiro, sendo referência para toda a região do Vale do Paraíba Fluminense, Sul de Minas Gerais e Vale do Paraíba Paulista, contando com quarenta e três unidades de saúde, sendo trinta Unidades de Saúde da Família (USF) com sessenta equipes, oito hospitais (dois públicos) e oitenta e seis clínicas particulares de diversas especialidades. O município conta ainda com dois Centros de Assistência Intermediária em Saúde (CAIS), uma unidade de atendimento 24h (UPA), seis clinicas odontologicas, policlinica da mulher, policlinica da Fundação

Oswaldo Aranha, policlinica da cidadania, núcleo de apoio a saúde da família (NASF); conta ainda com médicos especializados em todas as especialidades, odontologos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistente social, nutricionista, dentre outros profissionais (PREFEITURA MUNICIPAL DE VOLTA REDONDA, 2009).

A presente pesquisa foi realizada em nove USF da Rede de Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Essas unidades estão vinculadas, administrativamente, à coordenação de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde do município de Volta Redonda (SMS/VR). Essas unidades não foram nominadas face a manutenção do anonimato e sigilo requeridos na Resolução 196/96 (BRASIL,1996). A Rede de Atenção Básica da SMS/VR está dividida em dois distritos sanitários, o Distrito Sanitário Norte e o Distrito Sanitário Sul, com o total de 60 equipes de saúde da família, cuja cobertura atinge cerca de 70% do município (PREFEITURA MUNICIPAL DE VOLTA REDONDA, 2009).

O Distrito Sanitário Norte possui 17 USF, contando com 30 equipes. Possui 17 bairros com uma população estimada em 81595 pessoas e 30114 famílias. O Distrito Sanitário Sul possui 16 unidades, com 30 equipes de saúde da família distribuídas nos 16 bairros com uma população estimada em 84369 pessoas e 29214 famílias (PREFEITURA MUNICIPAL DE VOLTA REDONDA, 2009).

5.3 PROCEDIMENTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Para o desenvolvimento desse estudo foi necessário o envio de oficio à SMS/VR solicitando autorização para utilização das USF como cenário da pesquisa. (Apêndice B).

Mediante a autorização desta Secretaria antes da coleta dos dados o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CoEPS) do UniFOA (Centro Universitário de Volta Redonda Oswaldo Aranha), para sua análise; juntos encontravam-se inclusos o roteiro de entrevista e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (TCLE), em obediência à Resolução 196/96 (Apêndice A). O mesmo foi devidamente autorizado, conforme parecer nº. 051493 (Anexo 1).

A seguir foram solicitadas e obtidas por parte das chefias das USF as devidas autorizações para o desenvolvimento da pesquisa.

Aos participantes do estudo foi entregue o TCLE (APÊNDICE A), com

informações sobre o projeto, assim como, o esclarecimento quanto ao anonimato e a possibilidade de interromper a participação em qualquer momento da pesquisa, sem qualquer dano pessoal. Estes documentos ao serem assinados pelos depoentes confirmam a sua aceitação em participar do estudo, em atenção aos princípios da bioética que prevê a autonomia dos sujeitos assim como os princípios de justiça, beneficência e não maleficência (BRASIL, 1996).

Os participantes também foram esclarecidos quanto à forma de obtenção dos dados, realizada por meio de entrevistas gravadas, com posterior transcrição das falas na integra. Esse material será guardado por cinco anos, em obediência a Resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

5.4 PARTICIPANTES

A escolha dos participantes foi fundamentada nos atributos que os sujeitos do estudo possuem em relação ao objeto do estudo.

> A coleta de dados, assim, não é um processo cumulativo e linear, mas um processo e ir e vir, em interação com os sujeitos que vivem uma dada experiência e são baseados na racionalidade comunicacional desses sujeitos (LEOPARDI, 2002, p. 196 e 197).

Considera-se população o conjunto de sujeitos que estão relacionados aos critérios designados pelo pesquisador, reunidos com a finalidade de responder a questão problema.

No presente estudo, a população foi composta por vinte Enfermeiros recrutados por meio de solicitação à chefia.

Como critérios de inclusão ao estudo foram considerados:

1. Enfermeiros com vínculo empregatício na Secretaria Municipal de Saúde que trabalham na Rede Básica de Atenção a Saúde
2. Aqueles com o mínimo de um ano de experiência no Programa de Saúde da Família (PSF);
3. Os que estavam em atividade no período de coleta de dados;
4. Aqueles que realizam visitas domiciliárias;

5. Os que apresentaram interesse em participar e
6. Aqueles que consentiram participar do estudo.

A realização das entrevistas com os profissionais de ambos os distritos sanitários evidenciou que o ponto de saturação ocorreu com a sexta entrevista, momento em que a convergência evidenciou-se em face de consistência de dados; mesmo assim, optou-se por se realizar vinte entrevistas, tencionando-se dar maior sustentabilidade aos achados.

5.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Como recurso à obtenção dos dados utilizou-se a entrevista. Para Minayo (2004) a entrevista difere do questionário, visto que, este tem suas respostas fundamentadas em hipóteses enquanto que a entrevista necessita de um roteiro, com poucas questões cuja razão está em orientar uma "conversa com finalidade" (grifo da autora, p.99). Os itens que o compõem servem para delinear o objeto, que neste estudo é o discurso dos Enfermeiros sobre os riscos ocupacionais aos quais se expõem em seu exercício profissional junto a comunidade, na rede básica de assistência a saúde.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora, por meio de técnica de entrevista semi-estruturada, com roteiro contendo questões fechadas (sexo, idade, tempo de formado, tempo de atuação na rede básica vinculada a estratégia Saúde da Família, realização de cursos de pós-graduação), com a finalidade de caracterização da amostra, além das seguintes questões abertas que foram formuladas tencionando-se o alcance dos objetivos propostos:

- Como é o seu trabalho no Programa Saúde da Família?
- O que significa risco para você?
- Quais são os riscos ocupacionais que você identifica no seu trabalho?
- Que estratégias você utiliza para minimizar estes riscos?

Com estas questões, a expectativa era a de conhecer a visão dos

interlocutores, acerca dos juízos e valores relacionados ao objeto estudado.

O período de coleta de dados foi de dezembro de 2008 a março de 2009. Os Enfermeiros foram contatados por meio telefônico e informados sobre a realização da pesquisa, seus objetivos e de como seria a sua participação. Mediante a disponibilidade de cada um foi agendada a hora e local para a realização da entrevista, permitindo aos *Entrevistado*s a escolha do ambiente.

Foram realizadas as vinte entrevistas, iniciadas após a leitura e assinaturas do TCLE (BRASIL, 1996) conduzidas pela pesquisadora, com duração média de 55 minutos, em salas isoladas, nos próprios ambientes de trabalho escolhidas pelos entrevistados, durante o horário de trabalho nos turnos da manhã ou da tarde. As transcrições das falas ocorreram em tempo menor às vinte e quatro horas subsequentes às entrevistas. As falas foram gravadas em equipamento digital – *music player* 3 (MP3) e ao final, disponibilizadas para a audição dos participantes, os quais não manifestaram intenção de modificá-las.

5.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados relativos à caracterização dos sujeitos foram descritos em números absolutos e percentuais, apresentados sob a forma de tabelas. Com relação às questões norteadoras que compõem a entrevista, os dados obtidos foram analisados com o uso da técnica de análise temática de conteúdo proposta por Bardin (2004), que se constitui em:

> Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos as condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2004, p.44)

A análise de conteúdo pressupõe uma leitura reflexiva, em que se busca localizar a ocorrência de ideias similares e a busca da essência do tema para o grupo estudado. Nesse sentido, este tipo de análise busca, na fala do sujeito, o registro da influência que determinada vivência ou fenômeno tem sobre a pessoa e assim a expressão deste revela a sua natureza, pois traz em seu cerne o contexto que é experimentado por todo o grupo (SPINK, 2008).

O enunciado ao mesmo tempo é resultado de ato singular e a expressão

do grupo social ao qual pertence; além disso, só é possível revelar a ideia na concretude das relações sociais dos sujeitos com o objeto (SPINK, 2008).

Utilizou-se na análise de dados como unidade de registro *o tema* que "é característica da análise de conteúdo" (BARDIN, 2004, p.131). Ao fazer a análise de conteúdo temática busca-se os núcleos de sentido - de significado - que compõem a comunicação da ideia/pensamento, que neste estudo foram os significados de: Trabalho de Enfermeiro na Rede Básica de Atenção à Saúde, na ESF; Risco; Riscos Ocupacionais e prevenção/redução e/ou eliminação dos riscos.

Isso posto, a análise dos dados passou pelas seguintes fases;

Fase 1. Processo de Análise

Iniciou-se com os dados explícitos. A pesquisadora separou as unidades de pensamento nas entrevistas como um todo e assim pode perceber a similaridade de conteúdos e conseguiu organizá-los por ideias centrais.

Fase 2. Início da análise categorial

Mediante as sucessivas leituras a pesquisadora foi se apropriando dos dados e a seguir, foi elaborando as inferências – deduções, com base no conhecimento por meio de raciocínio, originando assim a análise categorial.

Para que ocorressem as categorias, foram realizados os seguintes procedimentos:

- Pré-análise do conteúdo das falas das entrevistas transcritas – nesta fase o material foi organizado tal como proposto por Bardin (2004) e Minayo (2004):
- Leitura flutuante – primeiro contato do pesquisador com o material. Foi feita a leitura e releitura de todas as entrevistas integralmente; dessa forma o material foi absorvido pela pesquisadora oferecendo subsídios para formulação de construtos do grupo sobre a temática.

Nessa leitura constatou-se, com relação a primeira questão, três categorias, erguidas como pilares, em imagem similar a saltar do texto, numa relação de sustentação de outras sub-categorias. Tais categorias foram: GERENCIAL, ASSISTENCIAL e de ENSINO.

Com relação à segunda categoria emergiu, solidamente, a associação de risco, à categoria PERIGO, figurativamente ao soar de uma sirene de alerta.

Na terceira e quarta questão não houve nesse primeiro momento

destaque para uma categoria, em especial.

A seguir a autora optou por trabalhar questão por questão e, assim procedendo, passou a classificar os elementos de significação contidos nas respostas.

- Formulação de hipóteses e objetivos - a hipótese neste estudo foi apresentada sob a forma de pressuposto e consiste em uma afirmativa feita pela pesquisadora acerca do que pretende examinar. Nesse sentido o pressuposto funcionou como eixo direcionando o raciocínio na busca do entendimento dos dados, assim confirmando-o em parte e refutando-o em outra.
- Referenciação dos índices e elaboração dos indicadores – essa etapa consistiu na indicação dos significados – núcleos dos discursos - por meio de recortes das falas considerando-se a semântica (tema).

A partir daí a pesquisadora passou a observar a frequência com que as palavras, expressões ou temas apareciam no discurso, emergindo os núcleos de significado. Esta etapa é quando "um achado permite que se siga para outra pista ou em direção a outras interpretações" (BARDIN, 2004, p.77).

- Preparação do material – Nesta etapa o material foi formalmente organizado. Como requisito básico ao rigor acadêmico, a transcrição das entrevistas foi realizada de forma fiel ao verbalizado.

À medida em que o material foi analisado ocorreu o agrupamento de unidades de significado por semelhança semântica, obedecendo aos critérios previamente definidos com a execução de duas etapas: o inventário e a classificação, constituindo-se as operações de categorização. Foi também nesta etapa que ocorreu a elaboração de esqueletos da entrevista, sendo feito uma figura para cada questão.

Fase 3 Exploração dos materiais

Esta etapa foi realizada com o aprofundamento das questões, com a utilização de princípios, pressupostos e referenciais teóricos. Consistiu em codificar e categorizar e, assim, os dados abertos transformaram-se em unidades de registro originando as unidades de significação em função dos capítulos referentes às respostas aos objetivos previamente definidos (BARDIN, 2004).

Fase 4 Tratamento dos resultados

Os resultados foram tratados de forma a serem validados. As categorias analíticas foram obtidas por meio de convergência das subcategorias temáticas, tendo como eixo o pressuposto teórico, que fundamenta o estudo. Realizar a codificação, segundo Bardin (2004) significa transformar dados brutos do texto em uma representação de conteúdo, por meio de recorte, agregação e enumeração.

Fase 5 Categorização

> "As categorias são rubricas ou classes as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esses efetuado em razão das características comuns destes elementos" (BARDIN, 2004, p.145).

Nessa etapa o pesquisador fez inferência com interpretação dos dados com base no referencial teórico. Conjugou-se no tratamento de dados o pressuposto explicitado neste projeto com os resultados obtidos.

Na análise buscou-se ir além dos conteúdos manifestos nas falas e, assim, revelar as ideologias, crenças e valores subjacentes às ideias dos sujeitos.

Neste estudo, após a transcrição de algumas das falas no item Resultados e Discussão, colocou-se a palavra *Entrevistado* seguida da numeração de 1 a 20, representando qual o sujeito que emitiu aquela determinada fala sem, entretanto, identificá-lo nominalmente.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos vinte Enfermeiros que participaram como sujeitos do estudo a maioria, (90%) era do sexo feminino. Esse percentual é semelhante aos de Enfermeiros no Brasil, pois a profissão continua sendo exercida, em sua maioria, por mulheres. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) contabiliza em torno de 155.444 Enfermeiros no pais, sendo que destes 90 % são do sexo feminino e a relação de predominância do sexo feminino em comparação ao masculino, na maioria das instituições de saúde, é de 92% (COFEN, 2008).

A faixa etária dos participantes encontra-se apresentada a seguir:

Tabela 1 - Distribuição dos Enfermeiros que atuam na Rede Básica vinculados a Estratégia Saúde da Família, por faixa etária, Volta Redonda/RJ - Dezembro/2008 a Março/2009.

IDADE	**f**	**%**
Menos de 25 anos	01	05
De 25 a 29 anos	04	20
De 30 a 34 anos	11	55
De 35 a 39 anos	01	05
De 40 a 44 anos	02	10
De 50 a 54 anos	01	05
T o t a l	**20**	**100**

O grupo em estudo encontra-se na faixa etária de 30 a 34 anos (55% da amostra e 20% na faixa de 25 a 29 anos; a predominância de adultos jovens pode ser explicada em face de recente ampliação do número de ESFa. Dados semelhantes foram encontrados por Ermel e Fracolli (2006) e Mauro e Veiga (2008), em estudo com Enfermeiros da atenção básica em saúde.

No que se refere ao tempo de graduado destes sujeitos, tais informações encontram-se apresentadas na Tabela 2, a seguir:

Tabela 2 – Distribuição dos Enfermeiros que atuam na Rede Básica vinculados a Estratégia Saúde da Família, por tempo de graduação, Volta Redonda - RJ – Dezembro/2008 a Março/2009.

ANOS	**f**	**%**
De 01 a 05	10	50
De 05 a 09	06	30
De 10 a 14	02	10
De 15 a 19	01	05
De 20 a 24	01	05
T o t a l	**20**	**100**

Com relação à variável tempo de graduação 50% dos Enfermeiros possuem tempo de formado de 1 a 5 anos (2 com 1, 3 com 4 e 5 com 5 anos), o que também revela a jovialidade destes sujeitos seja no tempo de formado seja por faixa etária. Apresentam pouca experiência de trabalho na área de Atenção Básica sendo que dados semelhantes foram encontrados por Ermel e Fracolli (2006), que investigaram uma população com 3 a 7 anos de formado e com tempo de atuação no PFS de 1 a 3 anos.

O PSF/ESF é um campo de atuação para o Enfermeiro, recente e crescente, haja vista os indicadores apresentados pelo Ministério da Saúde, em que muitos profissionais foram contratados nos últimos cinco anos. Criado em 1993, o programa já atende a 103 milhões de pessoas (Brasil, 2009).

Atualmente está presente em 95% dos municípios com evolução de implantação visualizada nas imagens oferecidas no site do Ministério da Saúde (http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico).

Em relação ao tempo de atuação dos Enfermeiros na área de Atenção Básica ã Saúde, os resultados são os que se seguem.

Tabela 3 – Distribuição dos Enfermeiros que atuam na Rede Básica vinculados a Estratégia Saúde da Família, por tempo de serviço/atuação, Volta Redonda – Dezembro/2008 a Março/2009.

ANOS	**f**	**%**
De 01 a 05	12	60
De 06 a 09	07	35
De 10 a 14	01	05
T o t a l	**20**	**100**

A maioria dos sujeitos (60%) atua de 1 a 5 anos no PSF/ESF. Combinando com o tempo de formado também pode ser um indicativo de ser este o primeiro emprego de alguns destes profissionais.

Despertou, todavia, a atenção de que 20% dos Enfermeiros apresentam tempo de formado superior ao tempo de atuação em atenção básica que é de 6 a 9 anos, o que significa que estes sujeitos iniciaram sua carreira profissional em outra área de atuação.

A maioria (60%) possui ou está matriculado (25%) em cursos de pós-graduação *lato sensu*, com destaque para um Enfermeiro que já possui um, mas está realizando outro curso de especialização. A maioria, portanto, apresenta-se com maior qualificação para o exercício profissional, pois, buscou a qualificação na área de atenção básica (40%) uma vez que os cursos já realizados foram: Programa de Saúde da Família, 5 (25%), Gerenciamento em Atenção Básica, 3 (15%); Didática do Ensino Superior, 3 (15%) e Neonatologia, 1 (5%). Os cursos que estão sendo realizados são: Enfermagem do Trabalho 2 (10%), Enfermagem Obstétrica 1 (5%), Acupuntura, 1 (5%) e Programa de Saúde da Família 1 (5%).

Isto aponta para a busca de especialização logo após a graduação, o que, se acredita reflete a necessidade de atender a lógica do mercado competitivo na área de enfermagem e assim poder conseguir um emprego de imediato. Também pode indicar a insuficiência de ensinamentos adquiridos nos cursos de bacharelado ou licenciatura em enfermagem, pois em quatro ou cinco anos de ensino universitário, a academia parece, ainda não conseguir contemplar todos os

conteúdos necessários para a formação do Enfermeiro, incentivando-o a buscar complementação dos estudos após a formatura.

Este resultado pode estar vinculado com a necessidade do trabalhador melhor se colocar no mercado de trabalho. Pode-se inferir que a qualificação profissional estará refletindo, diretamente, na dimensão assistencial, da população. Este princípio é desejável pelo Ministério da Saúde, que dá indicativos que em sua formação, o profissional da saúde deve possuir capacitação para o exercício de sua atividade e principalmente para que possa tornar mais exequíveis as proposições do SUS (BRASIL, 2009).

Para atender as necessidades deste processo de reestruturação do modelo assistencial com base na reorientação a saúde com ênfase na promoção a saúde, o Ministério da Saúde prevê a capacitação constante, tendo o treinamento contínuo como proposta. Esta necessidade é claramente perceptível aos gestores, tanto que são disponibilizados recursos para a capacitação permanente os quais devem atender às políticas de educação que abarquem as realidades regionais em consoante proposição com as políticas públicas em saúde.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) instituída pela Portaria GM/MS nº. 198, de 13 de fevereiro de 2004, foi alterada recentemente pela Portaria GM/MS nº. 1.996, de 20 de agosto de 2007 e apresenta novas diretrizes e estratégias para a implantação desta política (BRASIL, 2009).

Os resultados a seguir apresentados, construídos a partir da análise das unidades de registro – as falas foram obtidos por meio de entrevistas realizadas com os vinte Enfermeiros que atuam junto à comunidade. Em reposta aos **objetivos** os dados foram divididos em quatro unidades:

- O TRABALHO DOS ENFERMEIROS DA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE, VINCULADOS A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, NA CIDADE DE VOLTA REDONDA, RJ;
- CONCEITO DE RISCO PARA OS ENFERMEIROS QUE ATUAM NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA;
- IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS PELOS ENFERMEIROAS DA REDE BÁSICA DE SAÚDE, VINCULADOS A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E
- ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA MINIMIZAR OS RISCOS PRESENTES NO TRABALHO DO ENFERMEIRO.

Em relação ao **primeiro objetivo** que busca descrever o trabalho dos Enfermeiros que atuam no PSF/ESF na cidade de Volta Redonda, RJ, seus resultados e discussão encontram-se apresentados a seguir.

6.1 O TRABALHO DOS ENFERMEIROS DA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE, VINCULADOS A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, NA CIDADE DE VOLTA REDONDA, RJ.

Ao primeiro questionamento (Como é o seu trabalho no atendimento à comunidade, vinculada à ESF) emergiram cinco categorias. Dessas, duas expressaram qualidades denominadas **características**, a saber:

1. **INTENSO** – relacionando as diferentes funções, papéis e ações que o Enfermeiro desenvolve no exercício profissional junto à comunidade.

[...} "São atividades intensas." [...}Entrevistado 8

[...} "Essa unidade ela é diferenciada, eu já comecei com um programa em uma unidade diferenciada, pois aqui atendo tanto 24 horas como o programa de saúde da família... Sim... pois a gente tem um programa de atendimento 24 horas junto com o PSF." [...}Entrevistado 2

[...} "O trabalho da enfermeira existe em duas diretrizes... a gente trabalha na parte gerencial onde a enfermeira faz a parte da assistência, a estrutura dos programas, a atenção á mulher e a criança,... E temos o trabalho do Enfermeiro na parte da administração na unidade da enfermeira gerente, que é o meu caso que fica por parte coordenando os recursos humanos da unidade, do setor administrativo ..." [...}Entrevistado 3

O trabalho do Enfermeiro no PSF/ESF aparece também, como intenso e diverso, face às atividades e serem desempenhadas no cotidiano. A associação do

acúmulo de atividades ao ritmo de trabalho é considerada desgastante e pode levar ao estresse (CAMELO; ANGERAMI, 2007).

As várias ações realizadas pelo Enfermeiro, simultaneamente têm sido constatadas por pesquisadores, sendo essa característica também apresentada como proposta do modelo da ESF.

São observados na descrição do trabalho do Enfermeiro, vários elementos relacionados à sobrecarga e esta acaba se vinculando ao estresse, como consequência do tipo/natureza do trabalho ser intenso (MAURO: VEIGA; 2008; DAVID et al.,2009).

A intensidade está vinculada aos diferentes papeis desempenhados pelos Enfermeiros que por sua vez se entrelaçam e se articulam uns com os outros; ao mesmo tempo em que há articulação de ações há também a articulação de profissionais, o que confere ao trabalho deste profissional a característica de intenso e atrelado à equipe, seja ele a de enfermagem ou à multiprofissional.

2. **DE EQUIPE**: com atividades diversificadas e integrado a uma equipe multidisciplinar. Nesse contexto pode-se inferir a essa qualidade a valorização dos objetivos dos serviços de saúde, os quais prevêem a utilização de abordagem multidisciplinar e transdisciplinar, pois a assistência a saúde pressupõe o entendimento de saúde com base em seu conceito ampliado, que prevê a qualidade de vida como referencial.

"o trabalho da equipe, eu tenho um quantitativo em torno de quarenta pessoas com atividades diversificadas..." Entrevistado 1

"integrado à equipe, pois eu trabalho junto de uma equipe multidisciplinar,... agentes comunitários de saúde, eu tenho também os serventes, ou seja, é uma equipe muito complexa." Entrevistado 2

Dentre as diretrizes operacionais do PSF/ESF está o desenvolvimento do trabalho em equipe multiprofissional (ERMEL; FRACOLLI, 2006; MARQUES; SILVA,

2004), o que está em concordância com os achados deste estudo. O processo de trabalho em saúde ocorre coletivamente (OLIVEIRA; MUROFUSE, 2001).

Como proposta de modelo observa-se que:

> As equipes de saúde da família devem, na realização de suas atividades, avaliar os indicadores de saúde de sua área, conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, identificar os problemas de saúde mais comuns, elaborar um plano local para o enfrentamento dos fatores que colocam em risco a saúde, prestar assistência integral, desenvolver processos educativos, realizar visita domiciliar e internação domiciliar, além de muitas outras atividades (CAMELO; ANGERAMI, 2007, p. 503).

Percebe-se pela descrição, que tais equipes realizam trabalho complexo; a complexidade da equipe também foi descrita por um dos *Entrevistado*s.

Como aspecto positivo destaca-se que o trabalho da enfermagem na ESF, permite ao Enfermeiro visualizá-lo em sua totalidade, seja pela continuidade seja por ser um trabalho coletivo (MARQUES; SILVA, 2004).

As outras três categorias apresentam a **natureza** do trabalho do Enfermeiro, ou seja, a de ser: GERENCIAL, ASSISTENCIAL E EDUCATIVA.

Há similaridade entre o trabalho do Enfermeiro na rede Básica e o desenvolvido por profissionais de atendimento pré-hospitalar móvel. O trabalho do Enfermeiro em Unidade de atendimento pré-hospitalar móvel é multifacetado, inclui a prática, pesquisa, educação, gerenciamento, auditoria e administração. (SOERENSEN et al., 2008).

Parece que o trabalho do Enfermeiro no atendimento à comunidade, independendo do segmento, seja atendimento de emergência, seja de rotina do PSF/ESF inclui, ações de diversas naturezas, o que certamente o distingue do trabalho hospitalar onde as ações são hierarquizadas, com distinção entre o trabalho gerencial e o assistencial.

A figura a seguir, auxilia no entendimento das categorias que emergiram das falas dos Enfermeiros.

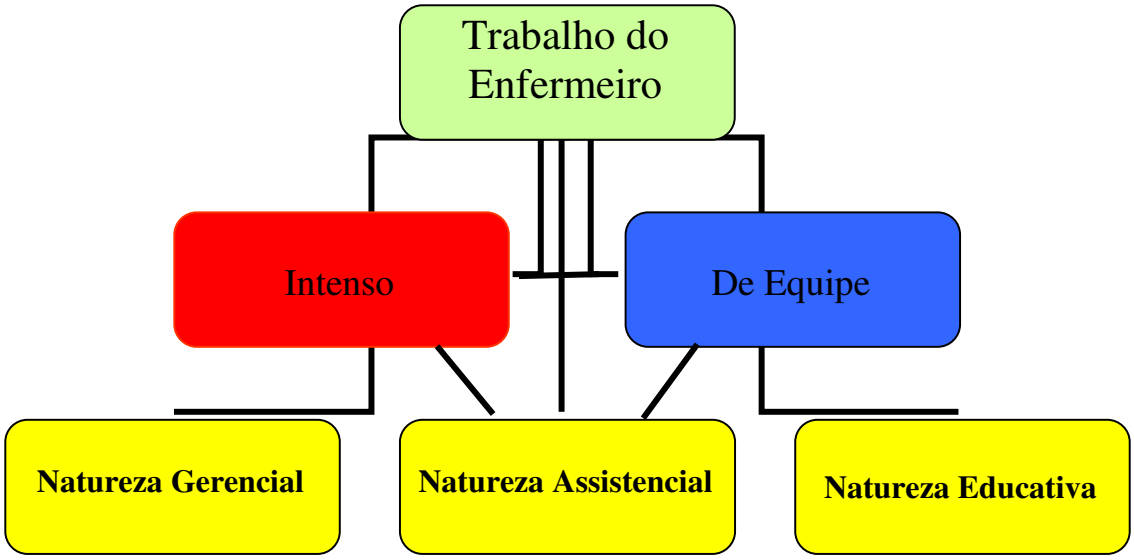

Figura 3. Categorias representativas do trabalho do Enfermeiro que atua na Rede Básica, vinculado a Estratégia Saúde da Família Volta Redonda – RJ, Dezembro/2008 a Março/2009.

A categoria de natureza gerencial mostrou ser de muita complexidade, pois estão inter-relacionadas as questões educativas e assistenciais realizadas pelo Enfermeiro.

> Para alcançar a saúde coletiva, o trabalho de enfermagem tem se diversificado indo desde "cuidar" de enfermagem, seja do individuo, família e grupos da comunidade, passando pelas ações educativas, administrativas, até a participação no planejamento, em saúde. (ALMEIDA; ROCHA, 1997, p. 62)

O processo de trabalho do Enfermeiro apresenta como produto final o cuidado humano; o processo de trabalho em enfermagem é o processo de cuidar.

Inicialmente, a atenção à formação do Enfermeiro era voltada para os aspectos relacionados ao ato de cuidar, com o uso de técnicas, embasadas cientificamente; assim se priorizava a aquisição de conhecimentos relacionados ao corpo humano (denominado por Bulhões, 1994 - corpo físico) tais como: anatomia, biologia, bioquímica, higiene, biofísica, drogas e soluções, técnicas de enfermagem, entre outras.

Com o transcorrer e evolução do processo de cuidar nos seus aspectos assistenciais surgiu à necessidade de qualificação do Enfermeiro, para atender a necessidade organizacional, tendo por base o cuidar.

Na atualidade, são necessários ao exercício profissional do Enfermeiro, os conhecimentos relacionados ao corpo social; assim a tríade Assistência, Gerência e Educação, compõem o processo de trabalho deste profissional, tal como demonstrada na Figura 4 que se segue.

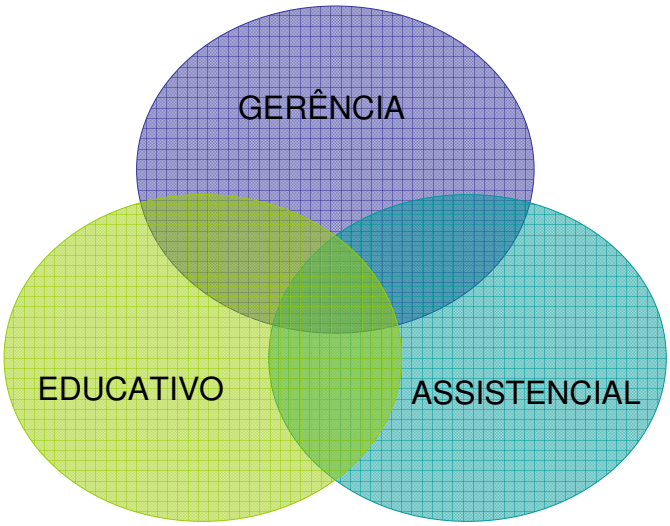

Figura 4. Inter-relações da categoria gerencial com os demais aspectos, relacionadas ao exercício profissional do Enfermeiro que atua na Rede Básica, vinculado a Estratégia Saúde da Família, Volta Redonda, RJ, Dezembro de 2008 a Março de 2009.

O trabalho do Enfermeiro na no PSF/ESF tem como núcleo central as condições de saúde, seja do indivíduo ou comunidade. Configura-se no monitoramento de problemas de saúde, tendo como enfoque os riscos e/ou vulnerabilidade (ERMEL; FRACOLLI, 2006).

NATUREZA GERENCIAL: GERÊNCIA

Esta categoria mostra a multiplicidade de ações gerenciais desenvolvidas pelos Enfermeiros sujeitos desta pesquisa.

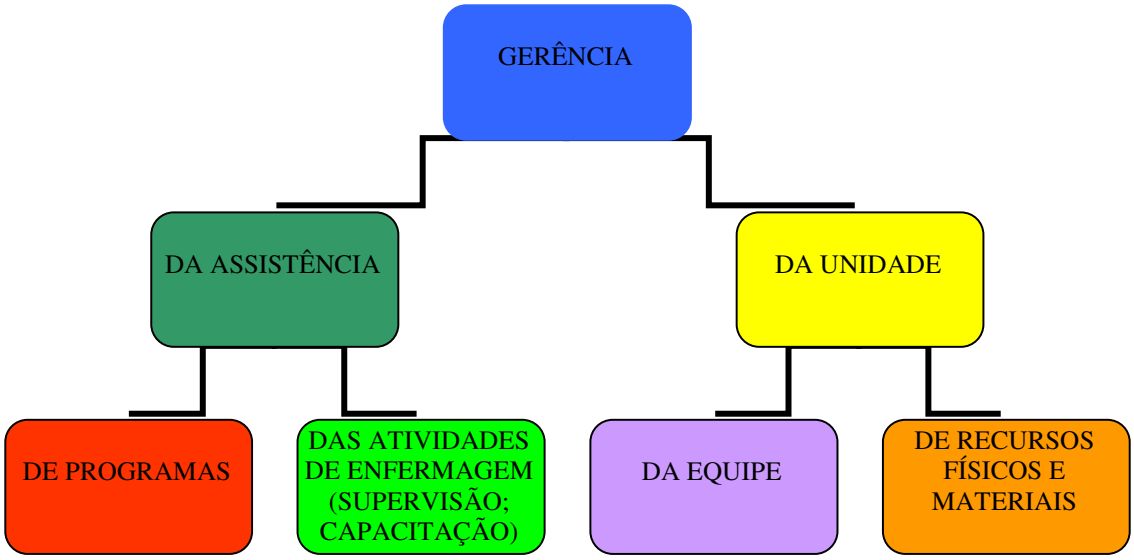

Figura 5. Categoria gerencial com as subcategorias vinculadas aos demais aspectos do exercício profissional do Enfermeiro, que atua na Rede Básica, vinculado a Estratégia Saúde da Família, Volta Redonda,RJ, Dezembro de 2008 a Março de 2009.

No PSF/ESF ampliaram-se as atividades a serem desenvolvidas pelas equipes e nesse sentido a gerência de enfermagem articula-se à uma maior dimensão de ações atreladas a gerência em saúde (VILLAS BOAS; ARAÚJO; TIMÓTEO, 2008).

Para Almeida e Rocha (1997) os princípios que direcionam a atividade gerencial não são estatísticos, neutros e absolutamente racionais ou predominantemente técnicos, que atendem de imediato à resolução dos problemas apresentados no processo de trabalho. No processo gerencial observa-se a articulação de suas dimensões técnicas, políticas e sociais, o que faz com que o gestor desenvolva, de forma dinâmica e constante, a reflexão e consequente tomada de decisão.

Para que se possa descrever as atividades de gerência com maior adequacidade, optou-se por dividi-las em duas subcategorias que surgiram das falas dos sujeitos:

- **Gerência da Assistência**

Nessa subcategoria, destacam-se algumas falas:

"... eu faço a função de gerência... de recursos humanos, implantação e controle dos programas..." Entrevistado 11

"... a gente trabalha na parte gerencial onde a enfermeira faz a parte da assistência... dependendo do número de equipes vai também para a assistência"... Entrevistado 3

"No meu trabalho no PSF, a atividade é focada em gerência e na assistência..." Entrevistado 4

"Eu faço gerenciamento da equipe, e atuo também na assistência" Entrevistado 5

"Bom... na estratégia eu trabalho como gerente... é o planejamento e coordenação toda." Entrevistado 17

Gerência de Programas

"... implementação de programas..." Entrevistado 7

"... a enfermeira faz a parte… da estrutura dos programas..." *Entrevistado 3*

"... faço a programação de todo o trabalho, de todas as agendas dos programas... de tudo... tudo mesmo." Entrevistado 17

"... a gente gerência recursos humanos, a gente implementa programas tanto do Ministério quanto da Secretaria de Saúde,..." Entrevistado 8

Tais falas evidenciam que a assistência é articulada aos grupos, programas, individuo e comunidade. Segue-se a lógica da assistência voltada para a reorientação do sistema a partir da promoção e prevenção em saúde, tendo como *locus* de desenvolvimento das ações o domicílio, em extensão à comunidade.

Na função gerencial do Enfermeiro, definida pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, é esperada que ele seja capaz de desempenhar um papel de gerente nos serviços de saúde, principalmente na perspectiva de consolidação do SUS. E nesse sentido é essencial a atualização deste profissional em relação às políticas atuais relacionadas ao Pacto pela Saúde definido em três dimensões: pacto em defesa do SUS, pacto pela vida e pacto de gestão (WEIRICH, et al, 2009).

Gerência das Atividades de Enfermagem (Supervisão da equipe de enfermagem na unidade)

"...a gente supervisiona a equipe de enfermagem, Enfermeiros, técnicos de enfermagem..." Entrevistado 2

"È um programa integrado com a comunidade e integrado à equipe, pois eu trabalho junto de uma equipe multidisciplinar, onde eu tenho nessa equipe Enfermeiros, técnicos de enfermagem... tenho o pessoal, que são agentes comunitários de saúde, eu tenho os serventes, ou seja, é uma equipe muito complexa." Entrevistado 3

"...eu tenho um quantitativo em torno de quarenta pessoas com atividades diversificadas, atividades de serviços de enfermagem,...eu acompanho o fazer da equipe de enfermagem..." Entrevistado1

Fica identificado nas falas, que o Enfermeiro, no PSF/ESF, reconhece ser o responsável tanto da equipe de enfermagem, quanto da equipe multidisciplinar.

Com relação ao papel gerencial da equipe de enfermagem, os achados confirmam ser a gerência uma das atividades inerentes ao trabalho do Enfermeiro e com relação à equipe multidisciplinar, o reconhecimento deste papel pelo

Enfermeiro, demonstra ser este profissional capacitado para liderar o desenvolvimento das ações, assim como é o gerente da unidade conjugando recursos humanos/equipe e recursos humanos materiais, ou seja, a gerência da organização.

Ainda, englobando a gerência das atividades de enfermagem, obteve-se:

Capacitação da equipe de enfermagem – correção de falhas

"... eu acompanho o fazer da equipe de enfermagem... Eu chego, por exemplo, na sala de vacina, ou para corrigir um problema, e ai a gente verifica o que aconteceu, ou rotineiramente, eu chego e questiono diretamente a pessoa, como que você faz isso? ou como que você está fazendo isso?" Entrevistado 1

"capacitação de equipe..." Entrevistado 6

"eu tenho o planejamento todo... eu tenho que estar fazendo todo esse planejamento para eles estarem atendendo a essa estrutura de prevenção e as necessidades normais de cada um... na educação, na capacitação, saúde curativa, medicação, atendimento do dia a dia normal." Entrevistado 18

É atribuída ao Enfermeiro a responsabilidade de capacitar os membros de sua equipe.

A prática em Saúde Coletiva pressupõe que a articulação dos diferentes saberes permite a troca de experiência continuando assim a interdisciplinaridade. Para atender as características do trabalho junto à comunidade é preciso dispor de profissionais capacitados, fundamentado nos princípios de integralidade e equidade com reorientação do sistema de saúde com ênfase na Promoção a Saúde. (Rocha; Almeida, 2000).

No PSF/ESF, a ação gerencial do Enfermeiro deve ser atrelada às condições necessárias ao atendimento vinculando as necessidades reais da população sobre a necessidade de qualificação dos profissionais, assim a constante

capacitação acaba por ocorrer principalmente as que ocorrem junto aos agentes comunitários de saúde - ACS (BRASIL, 2009).

- **Gerência da Unidade**

A gerência da Unidade foi outra grande sub-categoria que emergiu, a partir do item gerência.

O Enfermeiro tem como perfil o papel gerencial articulado ao assistencial. Esta característica é observada tanto na área de Atenção Básica à Saúde, quanto na área hospitalar (MARTINS, 2008).

Gerenciar a Unidade significa gerenciar:

A equipe - supervisão de equipe

"Eu faço gerenciamento da equipe, Enfermeiros, técnicos, auxiliares, tem também os agentes..." Entrevistado 5

" eu faço o controle até das agendas dos especialistas, então eu faço todo esse planejamento, além das atividades de uma unidade básica." Entrevistado 17

"...atividades de supervisão da parte clínica que os médicos executam... é você acompanhar diariamente o fazer de cada profissional da sua área, então dentro da unidade." Entrevistado 1

Os recursos físicos e materiais, com a coordenação de recursos humanos

"... gerência de recursos físicos e materiais, entre outras atividades." Entrevistado 8

"... que fica... coordenando os recursos humanos da unidade, do setor administrativo..." Entrevistado 3

"gestão de recursos humanos e materiais, insumos necessários para

as atividades...” Entrevistado 10

“meu trabalho aqui como gerente eu faço além da parte administrativa.” Entrevistado 17

“Eu considero meu trabalho muito prazeroso, adoro o que faço, tenho minha responsabilidade, sou gerente da unidade, de todo o pessoal... sou também responsável pelo material.” Entrevistado 19

“ Eu faço o planejamento, realizo reuniões para saber o andamento da equipe na produção de atividades diárias”. Entrevistado 14

Mais do que a recursos materiais e humanos a gerência desenvolvida pelo Enfermeiro está associada a novas experiências do cotidiano que possibilitam a apropriação de novos conhecimentos; consoantes a estes há o desenvolvimento de habilidades e de novas tecnologias que favoreçam a melhor oferta de serviços de forma a atender aos princípios do SUS de garantia de acesso e a integralidade da atenção (VILLAS BOAS; ARAÚJO; TIMÓTEO, 2008).

É evidente a inserção do Enfermeiro na gerência em Saúde Coletiva. Nos últimos anos, observa-se na cidade do Rio de Janeiro, (RJ) um número significativo destes profissionais exercendo a função de gerente de Unidade Básica de Saúde (UBS), Coordenador de Saúde de Área de Planejamento, Direção de Unidades, assim como a Coordenação de Programas, “o que lhes permite ocupar posições estratégicas no processo de tomada de decisão e responder pela formulação e implementação das políticas ao nível local” (PASSOS; CIOSAK, 2006, p.465).

O trabalho do Enfermeiro é revestido de múltiplas dimensões – técnico – científicas, políticas, ética e social. A sua prática gerencial é historicamente observada como prática institucionalizada ao fazer, que ao longo dos anos reproduziu os padrões de chefia, responsabilidade e assim o respeito às normas (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Com o passar dos anos essa ação gerencial torna como objeto central as necessidades do cuidar e nesse o principio da integralidade.

Nesse cotidiano o Enfermeiro, em muitas das ações, tem como parâmetros dados quantitativos, representados por metas a serem cumpridas

principalmente as pactuadas, referenciadas ao projeto assistencial do município (VILLAS BOAS; ARAÚJO; TIMÓTEO, 2008).

Confirmando as proposições da ESF, na articulação gerencial do Enfermeiro, o objeto constitui-se nos trabalhadores de enfermagem da equipe multidisciplinar vinculando-se a organizações do trabalho tendo como objetivo o executar ações que favoreçam ao desenvolvimento do cuidar em condições adequadas de trabalho.

Consoante aos propósitos da atenção básica é esperado que os profissionais tenham capacidade de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que atendam as necessidades da comunidade, de forma articulada com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde (COTTA et al., 2006).

A atividade gerencial caracteriza o objeto de trabalho do Enfermeiro. Martins (2008) faz referência a vários autores corroborando que esta atividade ora se vincula à equipe, organizando os diferentes meios de trabalho para o atendimento ao paciente, ora ao processamento de recursos materiais necessários ao desenvolvimento.

O processo gerencial tem como objetivo organizar a assistência para fornecer o processo do cuidar individual e coletivo. Os meios e os instrumentos de que se utiliza são as instituições de saúde, os saberes administrativos e as ferramentas como o planejamento, a coordenação, o controle e a direção, dentre outros instrumentos mais específicos (FELLI, 2002 in MARTINS, 2008).

Para Almeida e Rocha (1997), a efetivação das políticas públicas tem na gerência um instrumento importante com o qual se organiza a produção de serviços e ao mesmo tempo avalia e permite ser influenciada por diferentes sujeitos intrínsecos ao processo de gestão.

O trabalho em equipe tem como ideia central a responsabilidade de todos, pois é coletivo; esta organização estende-se à participação de sua gerência com a elaboração do planejamento de ações no coletivo. Este fato não significa apagamento das diferenças ou a superposição de ações ou funções; o objetivo desta prática consiste na busca da utilização entre os membros da equipe, com o produto coletivo, com um projeto comum, construído por todos que compõem a equipe (MARQUES; SILVA, 2004).

> Dentre as habilidades gerenciais que devem ser construídas na experiência cotidiana está o gerenciamento de recursos humanos que se caracteriza

> como uma atividade importante para a viabilização das práticas para administrar o trabalho das pessoas, assim como a competência interpessoal que auxilia o Enfermeiro gerente no enfrentamento de desafios em seu cotidiano, principalmente a falta de confiança que o ser humano tem em seu semelhante, a insegurança e, muitas vezes, a falta de empatia, o que torna as relações superficiais e pouco produtivas. (WEIRICH, et al., 2009)

No presente estudo, identifica-se nas falas que os sujeitos *Entrevistado*s, reconhecem ser os responsáveis tanto da equipe de enfermagem quanto da equipe multidisciplinar. Com relação ao papel gerencial da equipe de enfermagem, os achados confirmam ser a gerência uma das atividades inerentes ao trabalho do Enfermeiro e com relação à equipe multidisciplinar, o reconhecimento deste papel pelo Enfermeiro, demonstra ser este profissional capacitado para liderar o desenvolvimento das ações, assim como é o gerente da unidade conjugando recursos humanos/equipe e recursos humanos materiais, ou seja, a gerência da organização.

NATUREZA ASSISTENCIAL - ASSISTÊNCIA

A segunda categoria relacionada ao trabalho do Enfermeiro, oriunda das falas dos Enfermeiros *Entrevistado*s é a de natureza assistencial que foi subdividida conforme apresentada na figura a seguir:

Figura 6. Categoria assistencial relacionada ao trabalho do Enfermeiro da Rede Básica, vinculado a Estratégia Saúde da Família, Volta Redonda, RJ, Dezembro de 2008 a Março de 2009.

A assistência é considerada para alguns autores (FELLI, 2002; MARTINS, 2008) como produto do trabalho do Enfermeiro. ”O trabalho do Enfermeiro tem a interdependência de sua natureza assistencial à gerencial e a complementaridade destas” (MARTINS, 2008, p.88).

Confirmando a base do fazer Enfermagem o cuidado humano seja individual seja coletivo é função precípua da enfermagem.

> O Enfermeiro é um profissional que cuida do outro e que recebeu formação científica voltada para este trabalho. Porém, isso não foi sempre assim; o cuidado do paciente na maioria das vezes é realizado por outros membros da equipe de enfermagem (MARTINS, 2008, p. 89).

Essa mudança gradativa na realidade tem correlação com a sedimentação de valores como à autonomia e a responsabilidade assistencial do Enfermeiro e são estes valores que lhe permitem ter maior segurança na tomada de decisões (MARTINS, 2008).

As falas evidenciam que a assistência é articulada aos grupos, programas, indivíduo e comunidade. É atribuída ao Enfermeiro a responsabilidade de capacitar os demais membros da equipe, seguindo a lógica da assistência voltada para a reorientação do sistema a partir da promoção e prevenção em saúde, tendo como *locus* de desenvolvimento das ações o domicílio, em extensão à comunidade.

O PSF/ESF pode, então, interferir na produção do cuidado em saúde em âmbito individual ou coletivo; o *lócus* privilegiado da atuação do programa é a comunidade (PIRES; GÖHEMS, 2009)

- **Assistência em Geral**

A assistência de enfermagem é a função precípua do Enfermeiro, é aquela para a qual ele é essencialmente formado. O cuidado constitui o desenvolvimento conjunto de ações organizadas de maneira a atender ao ser humano em suas necessidades de saúde.

Independente de ser a gerência, reconhecida pelos Enfermeiros como elemento significativo em seu trabalho, notadamente é relevante o papel deste profissional frente a assistência, apresentado nas falas a seguir:

"Na assistência de enfermagem mesmo..." Entrevistado 4

"... dependendo do numero de equipes...[a gente]... vai também para a assistência..." Entrevistado 3

"eu realizo a assistência também, ações curativas também...tentando o bem estar geral e integral do individuo...tudo acaba sendo articulado, a gerência com a assistência e com a educação..." Entrevistado16

" sou enfermeira assistente, então assim, eu fico mais ligada a assistência mesmo..." Entrevistado 18

Fazendo uma retrospectiva na história da enfermagem percebe-se que o processo de trabalho de Enfermagem (Processo de Cuidar) iniciou-se no domicilio. Esse *cuidar para* sobreviveu, no processo de mudanças na sociedade, com a incorporação de outros valores, conceitos de diferentes naturezas, entre eles do adoecimento; o processo de cuidar passou, então a ser desenvolvido em ambiente, destinado a esse (fazer) fim – os hospitais e sanatórios, no sentido de curar os enfermos, de mantê-los com vida.

Acontece que as mudanças não permitiam atender a todo o contingente de pessoas que necessitam de tratamento, em decorrência de vários determinantes, dentre estes o alto custo da assistência hospitalar obtendo-se pouco resultado, no geral, da população mundial (COLLIÉRE,1999).

Simultaneamente a doença passa a ser o objeto de atenção e não mais o homem, no caso doente como nos primórdios do processo de cuidar. Emergem vários projetos de reformulação na assistência à saúde, com princípios como eficácia e assim a busca das causas faz com que a assistência saia do ambiente hospitalar e volte ao domicilio, agora com extensão à comunidade e consequentemente sujeito as condições de vida de um grupo social – a população.

Nesse conjunto de mudanças, o processo de cuidar de Enfermeiro vem se transformando. Hoje, o Enfermeiro cuida não só de uma pessoa, individualmente, mas das famílias que constituem uma comunidade localizada em região demarcada. Permanece a necessidade das restrições hospitalares para as situações (mais

graves), em que o processo de cuidar não consegue ser desenvolvido no domicilio, na comunidade.

Retornando ao início, a ação de cuidar no domicilio ganha força principalmente nos municípios que tem o Enfermeiro, como elemento direcionador de ações. Este cuidar direciona-se para o viver com qualidade, não se podendo esquecer que seu processo vem ocorrendo de forma gradativa, em sintonia com a proposta de reorientação à saúde com base na promoção à saúde e a prevenção de doenças e assim, possibilitando um viver melhor.

Em resposta a essa unidade, o Enfermeiro passa a incorporar conhecimentos relacionados aos aspectos sociais; esse cuidar da população enquanto unidade passa pela proposição de geração de renda, redução das diferenças sociais e o Enfermeiro têm como *lócus* do processo de trabalho a comunidade.

- **Assistência desenvolvida para indivíduo por meio de consultas e/ou por grupos vinculados a programas, com a realização de visitas domiciliárias**

Nos PSF há também a assistência vinculada aos programas de atenção as doenças crônicas degenerativas – hipertensão e diabéticos, na área de atenção à saúde da mulher e criança - consulta de pré-natal, puericultura, puerpério, exame de preventivo, entrega de resultado de preventivo, entre outros.

As seguintes falas abordam estes aspectos:

"... a estrutura dos programas, a atenção á mulher e a criança, sendo um trabalho assistencial mesmo." Entrevistado 3

"Realizo consultas de enfermagem dentro do programa de hipertensos, diabéticos, puericultura, dando suporte também à saúde mental"... Entrevistado 14

" assistência só vinculada nas campanhas de preventivo nas seis salas de atendimento..." Entrevistado 17

"na realidade eu faço o pré-natal, preventivo, colho preventivo..."

Entrevistado 18

"... assistência na parte de ginecologia..." Entrevistado 5

"...a assistência de enfermagem, ela tem enfermeira assistente ... parte de assistência eu atuo em consulta de pré-natal, puericultura, puerpério, exame de preventivo, entrega de resultado de preventivo, então essas ações são ações voltadas para área de assistencial, também a gente trabalha com grupos aqui na unidade, grupos de diabéticos, hipertensos, gestantes..." Entrevistado 9

"...trabalho com grupos de mulheres e adolescentes e hipertensos." Entrevistado 5

Diante do exercício profissional do Enfermeiro na ESF surge a necessidade de envolvimento com a comunidade, assim como deve ser desenvolvida a sua capacidade de trabalhar em grupo seja com a comunidade, seja com a equipe, com preparo ainda na graduação (ERMEL; FRACOLLI, 2006).

Em relação as Visitas Domiciliárias, as seguintes falas emergiram dos sujeitos:

"...atividades relacionadas á famílias, então os agentes visitam essas famílias." Entrevistado 1

"... faço muitas visitas domiciliares, sempre que tem um problema mais sério..." Entrevistado 5

" eu faço visitas domiciliares, a gente dá apoio aos pacientes acamados, a gente acompanha o pessoal do programa de atendimento domiciliar, que é o de internação domiciliar..." Entrevistado 14

"eu acompanho as visitas domiciliares, vou também com os agentes..." Entrevistado18

Este rol de atividades realizadas pelo Enfermeiro dá o indicativo da complexidade e multiplicidades de ações relacionadas à assistência.

Neste sentido, os vínculos estabelecidos entre os profissionais e população, rompido pelo modelo hospitalocêntrico, o PSF vem conseguindo restaurar, com relatos exitosos (PIRES; GÖTTEMS, 2009).

Em relação aos grupos vinculados aos programas, obteve-se as falas:

> *"...a gente trabalha com grupos aqui na unidade, grupos de diabéticos, hipertensos, gestantes..." Entrevistado 9*

> *" eu trabalho nos programas de: hipertensos, diabéticos e pré natal, acho que todos fazemos isso...é a proposta do ministério mesmo..." Entrevistado 14*

> *"eu trabalho com grupos aqui, os grupos são dos programas hiperdia (hipertensão e diabetes) e tem também os da saúde da mulher..." Entrevistado 12*

Entre as transformações que ocorrem na sociedade, observa-se na área da saúde mudanças no objeto (o processo saúde-doença-cuidado) assim como em suas bases técnico-metodológicas para a atenção as necessidades assistenciais que vão desde a alta tecnologia com exigências de especialidade face a alta complexidade, nos hospitais , até a utilização de espaços como campo de atuação como a comunidade e o domicilio (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

Atividades com as famílias e comunidade

Grupos para a geração de renda

Nos PSF há também, em algumas unidades, a orientação de grupos da comunidade com a finalidade de geração de renda. Na realidade, apesar de não se ter esta informação ainda melhor quantificada, a realização de grupos desta natureza apóiam-se no quesito Promoção à Saúde.

É fato que, informalmente, os Enfermeiros relatam que quando empenhados nestas atividades, os clientes/usuários diminuem várias de suas queixas à saúde e também a busca por mensurações de seus parâmetros vitais, por exemplo.

Então programas de promoção à saúde constituem-se em estratégias utilizadas pelos membros do PSF para diminuir as queixas à saúde, além de haver a possibilidade de ensinar-lhes a gerar renda.

Desta forma os Enfermeiros *Entrevistado*s empenham-se na realização de grupos de artesanato para geração de renda, realidade esta evidenciada a seguir:

> *"Eu tenho vários grupos, estamos montando um agora que é um grupo de artesanato, pra vê se a gente consegue gerar renda para a população que é bem carente aqui nesta área, essa é minha função como Enfermeiro assistente aqui na unidade." Entrevistado 9*

> *" o bairro é muito carente, então a população também é bem carente, mas aqui o trabalho é gostoso eu tenho que trabalhar com agentes de saúde e assim buscamos maneiras de arrecadar dinheiro, temos parcerias com outros setores como centro de assistência social". Entrevistado 18*

> *" a gente desenvolve um projeto na comunidade de roda e os atendimentos também nos consultórios, mas sempre tem envolvimento com o lado social." Entrevistado 14*

Os profissionais do PSF/ESF possuem um nível de governabilidade e realização que podem ser considerados elevados, diante das ações que se propõem a fazer; a gestão de ajuda-poder é centrada no usuário e dá oportunidades para a construção de cenários onde a autonomia se manifesta (PIRES; GÖTTENS, 2009).

Auxílios em geral

O PSF/ESF procura captar, de forma mais ampla as necessidades da

população para além do enfoque biomédico (PIRES; GÖTTENS, 2009). Nesse sentido, o enfermeiro, em seu processo de trabalho, auxilia, de várias formas, a população pela qual é responsável.

> *"É um programa integrado com a comunidade, temos na unidade a distribuição de cestas básicas, eu acabo tendo que coordenar, tudo acaba passando por mim." Entrevistado 2*

> *"Ainda me sinto recém formada, aprendo bastante, não só o lado técnico, mas também com a dificuldade, de se tratar não só o lado prático, que se aprende na faculdade, mas também o lado humano, e vejo os outros de forma diferente agora... nunca pensei que me envolveria com questões como cesta básica, auxilio desemprego, bolsa família... não que eu cuide disso mas tenho que saber para orientar como adquirir ...". Entrevistado 18*

> *"eu atendo a população diariamente seja para uma marcação de consulta, um exame... atendo também os problemas sociais, como cestas básicas e outras coisas... temos um grupo de mulheres vitimas de violência, ninguém pode saber que elas vão nesse grupo, muitas são mulheres de pessoas ligadas ao tráfico, daí eu ter esse compromisso com elas de não contar quando elas me procuram..." Entrevistado 17*

O processo de trabalho do Enfermeiro é dinâmico e contraditório, que se articula com as outras atividades do setor saúde e da sociedade e, por fim, se transforma no atendimento as necessidades sociais (ALMEIDA; ROCHA,1997).

A mudança ocorrida na prática em saúde desloca a atenção até então ao corpo biológico para o corpo social; nesse processo inserem-se a análise das relações com a estrutura econômica, política e ideológica da sociedade. Configurando-se assim a mudança no papel do Enfermeiro com ênfase na natureza social (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

A ESF está ancorada na lógica da atenção Básica à Saúde e para que possa construir novas práticas em saúde é essencial o desenvolvimento de novas

relações entre a comunidade e profissionais (ERMEL, FRACOLLI, 2006).

A enfermagem tornou-se referência para a comunidade visto que as ações são realizadas a uma população adscrita, com a qual a equipe faz vínculo, desde o cadastramento ao contínuo acompanhamento, no sentido de atender as necessidades de saúde desta população (MARQUES; SILVA, 2004).

Configura-se como pontos essenciais na prática dos profissionais o respeito, a ética e o compromisso social com o desenvolvimento de vínculos de confiança e de afeto entre os profissionais e as famílias, favorecendo a construção de ambientes mais saudáveis no espaço familiar (OLIVEIRA; MARCON, 2007).

- **Promoção à Saúde e Prevenção em Saúde – peça fundamental nNa reorientação do sistema de saúde**

Esses aspectos constituem-se em peças fundamentais na reorientação do sistema de saúde.

Em algumas das entrevistas emergiram a questão da prevenção/promoção:

> *"Na estratégia meu trabalho é preventivo, de permanente, educador assim como tenho que ter resolutividade nas ações..." Entrevistado 6*

> *"nós trabalhamos com o objetivo de promoção e prevenção, porque no contexto da saúde culturalmente as pessoas tem uma ação muito curativa a respeito de saúde..." Entrevistado 12*

> *"No PSF a gente trabalha em promoção, prevenção e recuperação, a gente trabalha com prevenção primária." Entrevistado 15*

> *"Eu acredito que a enfermeira, em si, no programa de saúde da família é uma peça fundamental, porque antigamente as unidades quando eram no modelo antigo, eram muito visadas, com um atendimento mecanicista, de pronto atendimento, aonde o usuário vinha pegava a medicação e ia embora, não se trabalhava a parte*

promocional de saúde e a parte de educação em saúde e a enfermeira tem, na sua formação, na sua graduação muito isso." Entrevistado 3

"... prevenção em saúde, aliás, promoção em saúde e prevenção à doença." Entrevistado 7

"...*a gente trabalha bem a questão de prevenção...*" *Entrevistado 9*

Os Enfermeiros percebem a proposta de reorientação do sistema de atenção a saúde tendo a ESF como recurso. Localizam o seu papel em ações de promoção e de prevenção em saúde, distinguindo as atividades de promoção à saúde - ações que estão vinculadas a mudança de hábitos, estilos de vida.

As ações de prevenção em saúde são voltadas para a detecção, o controle dos fatores de risco ou fatores causais de grupo de enfermidades; focalizam-se na doença e nos meios para atacá-la.

> A promoção da saúde, como vem sendo entendida nos últimos 20-25 anos, representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos neste final de século. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução" (BUSS, 2000) .

Esse pensamento é corroborado pela fala de um dos *Entrevistado*s a seguir:

"Nós viemos justamente para poder ter a percepção da prevenção aquilo que nós possamos promover para que algumas coisas possam ser evitadas, que outras possam ser minimizadas, então é um trabalho muito prazeroso..." Entrevistado 12

É competência do Enfermeiro: realizar as ações de assistência básica, de vigilância epidemiológica e sanitária com ênfase na prevenção à saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e das condições do meio ambiente (ERMEL; FRACOLLI, 2006; OLIVEIRA; MARCON 2007).

Na implantação do PSF/ESF é preciso que os Enfermeiros incorporem às

suas práticas ações de assistência e de promoção à saúde (ERMEL; FRACOLLI, 2006). Para Villas Boas; Araújo e Timóteo (2008) os Enfermeiros, dentre outras ações gerenciais, têm articulação com a produção de saúde no nível coletivo e, assim, devem ser capazes de identificar as necessidades sociais de saúde da população as quais estão vinculados. E para tanto, é preciso que estes profissionais desenvolvam competências, habilidades e atitudes que permitam a eles, agirem de forma crítica/reflexiva na perspectiva da integralidade da assistência, pautada na qualidade.

> [...] e quase impossível levar a cabo a implantação de um novo modelo de saúde sem que a maioria dos gerentes e dos trabalhadores de saúde não só estejam de acordo com a nova proposta como também se empenhem em consolidá-la." (ALMEIDA e ROCHA, 1997, p.268)

NATUREZA EDUCATIVA

A dimensão educar revelou-se complexa e multifacetada, revelando a inclusão da educação da própria equipe e da comunidade.

A educação deve ser compreendida enquanto ação concreta, emanada das relações sociais, que potencializem o homem, construtor de si mesmo e de sua própria historia.

É assumida como responsabilidade do Enfermeiro. Assim a triangulação gerência – assistência – educação, configura o papel do Enfermeiro na área de atenção básica.

A assistência relaciona-se ao ato primeiro da enfermagem, oriundo da interação entre o Enfermeiro e o cliente e para que esse assistir possa ocorrer de forma eficaz é preciso que haja condições de natureza técnica, de natureza material e assim prover esses recursos constitui-se o gerenciar. Como terceiro elemento no processo de cuidar surge à educação relacionando-a ao cliente; ela visa a autonomia desse cliente com relação ao próprio cuidado - o auto-cuidado; em relação à equipe, a educação reveste-se de produção de conhecimento, capacitação e qualificação para cuidar.

O cuidado eficaz/eficiente deve ser dotado de elementos como a sensibilidade para o atendimento ao outro, reconhecendo o que tem de único, subjetivo e o que tem de todos, objetivo. Assim o exercício profissional do

Enfermeiro constitui-se no cuidar para a vida.

Os depoimentos indicam que a atividade educativa seja relacionada a equipe ou a comunidade, apresenta vinculação com as atividades gerenciais e assistenciais dos Enfermeiros.

- **Categoria Educativa presente no trabalho do enfermeiro da rede básica vinculada a estratégia saúde da família**

As falas a seguir retratam esta categoria:

"A gente trabalha muito com educação em saúde, muito com o cuidar do ser humano, de prestar a prevenção e o programa de estratégia da família é isso, é prevenir doenças, o paciente não vem pra cá para entrar na frente do medico pegar uma receitar e ir embora, nossa função aqui é exatamente educar essa população para saúde prevenindo doenças, com educação em saúde, com palestras, enfim, então eu acho que o papel da enfermeira, nosso trabalho aqui é de grande importância para podermos mudar futuramente a comunidade e a saúde em si." Entrevistado 3

"É um trabalho bem importante, na população e até mesmo pra gente como profissional a cada dia a gente está aprendendo mais... a gente ensina e aprende..." Entrevistado13

" eu realizo grupos de educação em saúde com os agentes comunitários e com a própria comunidade... tem a orientação de vigilância em saúde para que os agentes possam estar informando e controlando...fazendo a verificação continuada..." Entrevistado14

Educar é considerado uma peça fundamental na promoção da saúde, entendida como uma estratégia que propicie condições para que as pessoas sejam esclarecidas e estimuladas ao conhecimento sobre a saúde e, em consequência, sobre a própria vida. À gerência cabe um caráter articulador e integrativo, ou seja, a ação gerencial é determinada e ao mesmo tempo determinante do processo de

políticas sociais e, em especifico, as de saúde.

Educar nesse sentido é educar para a autonomia, respeitando a especificidade do ser humano e, assim, o processo educativo nascerá de um relacionamento em que haja respeito mutuo com espaço para a liberdade (FREIRE, 1997 in Besen, 2007). Neste processo, o é importante valorizar as conquistas obtidas no cotidiano da atuação dos serviços de saúde, pois muitas vezes, parecem pequenas, quase imperceptíveis, mas que, "na verdade, constituem importantes avanços no sentido de não se perder o já conseguido e, sobretudo, de conservar e ampliar a dimensão ética que todo profissional de saúde deve assumir na sua prática" (L'ABBATE, 1994, p. 481).

É preciso repensar a educação em saúde, com ênfase na reflexão sobre as relações entre os sujeitos, a interação entre profissionais e comunidade.

Nesse propósito é indispensável a melhoria do atendimento prestado pelos profissionais de saúde, a busca do seu aperfeiçoamento constante, numa perspectiva crítica, em que os problemas em seu cotidiano possam ser identificados, com consequente desenvolvimento de habilidades e competências para saná-los.

Como afirmam Pires e Göttems (2009), alguns entendimentos da família enquanto síntese da diversidade de afetos, tensões e contradições que o cuidar assume no espaço das relações sociais passa ao largo das práticas dos profissionais de saúde.

Como meta do Ministério da Saúde para fortalecimento do SUS, evidencia-se a aprovação em 2003, da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e legitimada na 12ª Conferência Nacional de Saúde (CECCIM, 2005).

A presença desta categoria confirma as atividades previstas para o Enfermeiro na equipe saúde da família, a essência do trabalho de enfermagem é o cuidado, principalmente em seus aspectos educativos (MARQUES; SILVA, 2004).

Ensinar é um ato de solidariedade social e política e, nesse direcionamento, está à conscientização e o testemunho de vida dos sujeitos, o respeito à autonomia, a dignidade e a identidade do educando e da comunidade. Esses são aspectos imprescindíveis no processo educativo, pois sem eles o ensino não poderá atender ao seu propósito maior que é a de possibilitar aos sujeitos a reflexão sobre a realidade desenvolver ações para a transformação, de forma a

possuir melhores condições de vida.

No presente estudo, os resultados apresentam o trabalho do Enfermeiro com características evidenciadas em muitos serviços de saúde, ligados a rede de atenção básica e às unidades hospitalares o que confirma ser um trabalho sedimentado em ações relacionadas a gerência e a assistência.

O que diferencia neste estudo é a forte presença das ações vinculadas à educação, sejam elas relacionadas à equipe de enfermagem, equipe multidisciplinar e a comunidade. A gerência tem vinculação com projetos e programas, o que confere ao Enfermeiro o reconhecimento técnico para o exercício profissional associado reorientação do sistema de atenção a saúde que parte da promoção a saúde e melhoria na qualidade de vida das pessoas.

Com relação ao papel educativo do Enfermeiro dos PSF/ESF, verifica-se que o processo de Atenção Básica tem como característica o desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida.

Assim o processo educativo está para além dos informes sobre padrões, diagnósticos e programas. Educar, nesse propósito, significa ter como direção o conceito ampliado que tem como base a saúde a qualidade de vida e para que esta possa ser alcançada, é preciso ter condições de vida adequadas associada aos múltiplos determinantes, dentre eles, a educação, moradia, trabalho, alimentação, transporte e acesso a serviço de saúde, entre outros.

Quanto ao segundo objetivo que buscou **identificar o conceito de risco apresentado pelos Enfermeiros que atuam na ESF na cidade de Volta Redonda, RJ**, os resultados e discussão encontram-se a seguir:

6.2 CONCEITO DE RISCO PARA OS ENFERMEIROS QUE ATUAM NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Em relação ao segundo questionamento feito aos sujeitos (O que significa risco para você?) as respostas possibilitaram o surgimento de uma grande categoria, a saber, **perigo**, ou seja, o risco é uma condição que propicia perigo.

O conceito de risco e sua consequente análise, permeia a atividade dos profissionais de saúde, não se restringindo como neste estudo, à saúde do

trabalhador. A análise de risco seja sobre os grupos ou fatores de risco, também é considerada uma das características do trabalho das equipes de Atenção Básica, descrito no referencial teórico. A associação de avaliação de risco com a prevenção tem como finalidade o não aparecimento de doença, assim como está associado com a prevenção de danos.

Estudando sobre a palavra risco e sua utilização na mídia, Spink (2008) revela que está associada ao perigo e à probabilidade. É tradicionalmente utilizada nas ciências econômicas, no mundo das ciências em saúde, aos esportes radicais e as pessoas que arriscam a vida pelas outras.

Assim a associação da palavra risco predominante neste estudo, é aquela relacionada aos perigos de diferentes naturezas. Constitui-se nas situações que podem trazer um mal, seja dentro ou fora do domicilio; aquilo que pode prejudicar a vida, de pessoas, seja paciente, seja profissional, principalmente ante a possibilidade de contaminação por material biológico.

As respostas apresentadas pelos pesquisados com relação ao conceito de risco vêm de encontro ao conceito apresentado por Cox apud Godim (2001) “o risco é um perigo, um mal para as pessoas.”

Para os *Entrevistado*s o risco é uma condição que oferece perigo. A categoria **perigo** foi dividida em oito subcategorias, apresentadas na figura a seguir:

Figura 7. Conceito de Risco para os Enfermeiros que atuam na rede básica de assistência, vinculados a Estratégia Saúde da Família – categoria e suas subcategorias, Volta Redonda, RJ, Dezembro de 2008 a Março de 2009.

A noção de risco como algo que pode oferecer perigo pode comprometer além dos aspectos biológicos, aqueles de natureza física e os de natureza mental/emocional.

Nas subcategorias, o risco foi também entendido como algo que desestrutura e, com isso, pode ser decorrente de vários determinantes. É uma situação que pode estar relacionada aos conflitos de natureza social, econômica em que estão envolvidas as famílias e comunidade, em parte pelas situações de vida com reflexo nas condições sanitárias inadequadas, com as quais os profissionais do PSF/ESF convivem em seu cotidiano.

Assim o risco caracteriza-se para os Enfermeiros como algo que lhes poderá provocar um mal e que, também, poderá colocá-los em perigo, principalmente quando for contrário aos interesses de pessoas que possam exercer influência sobre o seu cotidiano e o da comunidade. A visão de risco encontra-se vinculada a probabilidade de ocorrência de um dano a sociedade ou ao meio, ou seja, uma situação que pode levar à doença e até a morte.

Consoante a essa ideia tem-se a seguinte afirmação:

> [..] risco não existe enquanto realidade independente de nossas mentes ou culturas, ...é preciso pensar no próprio conceito de risco embutido na noção de risco, geralmente associado à probabilidade de ocorrência de um dano à sociedade ou ao meio, que pode desencadear doenças e acidentes,(DI GUILIO , 2008, p.306,307).

Entretanto, os Enfermeiros parecem entender que são vulneráveis aos fatores de risco presentes nos ambientes de trabalho haja visto os estudos de Rezende et al. (2009); Mauro et al. (2004); Secco (2006); Sarquis e Felli (2002) e Marziale, (2003), entre outros; os Enfermeiros podem ser alocados nos chamados grupos vulneráveis, considerados como os sujeitos que não possuem condições de interferir em situações que os afetam, ainda que as conheçam, ou seja, o grupo que está sujeito a decisões de outros (PORTO, 2005).

Ao se fazer uma correlação entre a prevenção de riscos no âmbito do trabalho com os riscos e, até mesmo, acidentes do meio ambiente, deve-se valorizar a incorporação de percepções e atitudes dos sujeitos, expostos aos riscos. É necessária a participação de todos os atores sociais no processo de mitigação e de remediação de situação (DI GUILIO, 2008).

Assim a atitude e percepção do trabalhador frente ao risco constituem-se em condições essenciais à elaboração de plano ou proposta de intervenção para minimizar e/ou eliminar o risco.

Na categoria risco como perigo, emergiram as seguintes subcategorias:

- **Um mal para as pessoas**

Os seguintes depoimentos explicitaram esta subcategoria;

“Risco é tudo aquilo que pode deixar um funcionário ou paciente em

situação que possa vir a prejudicar a vida dele." Entrevistado 2

"Então risco é aquilo que pode nos trazer um malefício também a gente pode ter um risco no dia a dia que tem um beneficio também, pode ser visto das duas formas." Entrevistado 3

"Tudo que pode prejudicar a saúde, no caso, biopsicossocial." Entrevistado 7

"Tudo que pode prejudicar o homem nos seu aspecto biopsicossocial." Entrevistado 11

"Risco para mim é toda atividade que traga prejuízo a minha saúde. Físico ou mental." Entrevistado 8

"Toda situação que pode trazer um mal para as pessoas ou dentro do trabalho ou fora no domicílio, ou nos trajetos até nos domicílios." Entrevistado 1

"Risco pode ser uma via de mão dupla, para mim e para o paciente. Eles podem ser físicos ou emocionais." Entrevistado 6

"... uma condição que oferece perigo à integridade do individuo." Entrevistado 9

A associação de risco como sendo a de um mal para as pessoas e, por isso, tem que acabar, termina sendo uma tentativa de controlar os riscos, visando a proteção contra as ameaças à vida humana.

> O risco não surge da presença de um perigo localizado em um indivíduo ou grupo concreto. O objetivo não é enfrentar uma situação concreta de perigo, mas evitar todas as formas prováveis de irrupção do perigo. Dissolve-se ainda mais a noção de sujeito ou de indivíduo concreto, substituindo-a por uma combinatória de "fatores de risco". O componente essencial das intervenções deixa de ser uma relação direta - face a face - entre profissional (cuidador) e cliente (cuidado). "Torna-se a prevenção da frequência de ocorrência na população de comportamentos indesejáveis

que produzem risco em geral (CZERESNIA, 2004, p. 451)".

A ideia de risco como um mal para as pessoas associa-se a essência do principio de precaução (PP). A noção de risco tem no PP uma diretriz, que a saúde coletiva vem utilizando, com o propósito de orientar ações de precaução ante ao perigo presumido.

O PP tem lugar com a não confirmação científica, associado às situações para as quais a ciência ainda não tem resposta. Como exemplo de utilização deste princípio destaca-se no Canadá a criação, em 1981, da "Licença por Precaução", quando a mulher é licenciada ou trocada de função, caso as suas condições de trabalho possam vir a lhe oferecer risco para a gestação ou feto (LIEBER, 2008).

Lieber (2008, pag.128) também destaca a utilização diversificada do PP:

> O PP também vem sendo lembrado na proposta de conteúdos de ensino especializado em saúde ocupacional (RICHTER e BERMAN, 2002), na formulação de políticas para redução de acidentes (PLESS, 2003), na organização de serviços especializados para a área no Equador (HARARI e col., 2004), assim como nos países da América Latina e Caribe em geral (PARTANEN e col., 2005). Mais recentemente, o PP foi usado como argumento no controle da exposição ocupacional ao berílio (EMOND e col., 2007), ao benzeno (HUFF, 2007) e em processos envolvendo nanotecnologia (Maynard, 2007). Fato importante foi a adoção do PP como diretriz, em 2003, pela Associação Americana de Enfermagem, na qual se filiam as enfermeiras do trabalho naquele país (ANA, 2003/2004). No Brasil, são poucas as referências nesse tema e o PP foi argumento usado principalmente em problemas ligados à exposição química de trabalhadores (AUGUSTO; FREITAS, 1998; REZENDE, 2005).

- **Agravo**

O risco entendido como agravo, emergiu nas seguintes falas:

"Risco, eu entendo risco e a gente usa muito além do risco o agravo." Entrevistado 1

"É tudo aquilo que pode deixar você vulnerável a qualquer tipo de doença, que pode vir a agravar um quadro que você tem ou qualquer outro tipo de risco." Entrevistado 13

" tudo que pode atingir ou agravar minha saúde de qualquer forma...

minha integridade física de alguma forma ... risco emocional, agressão física. Entrevistado 17

A utilização do termo agravo a saúde como objeto de vigilância epidemiológica teve inicio em 1968 com a XXI Assembléia Mundial de Saúde. Na década de 70, surge o incentivo da Organização Mundial da Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde – OMS, OPAS – a criação de sistemas de vigilância epidemiológica com ênfase à redução de morbi-mortalidade entre crianças e jovens. Originou-se assim, o processo de conjugação de ações de controle de doenças e agravos (ALBUQUERQUE; CARVALHO; LIMA 2002).

Em 1993 no "Seminário sobre *Usos y Perspectivas de La Epidemiologia*" ocorrido em Buenos Aires, Argentina, amplia-se a vigilância em saúde com abrangência das doenças crônicas, as causas externas, as doenças relacionadas ao trabalho e outros agravos à saúde (ALBUQUERQUE; CARVALHO; LIMA 2002).

Com a implantação do SUS, através da Lei Federal 8.080 de 1990, são ampliadas as ações epidemiológicas com referência aquelas que possibilitem o conhecimento, detecção e prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes/condicionantes de saúde individual e/ou coletiva, visando a recomendação de medidas preventivas de controle de doenças e agravos. (BRASIL, lei 8080), com a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS, 1996) os municípios passam a receber recursos financeiros, fundo a fundo, para realizarem ações de vigilância e controle das doenças e agravos (BRASIL1996).

Com essa mudança no perfil da vigilância epidemiológica para vigilância em saúde ampliam-se as ações para outras doenças e agravos à saúde com a inclusão de situações locais como de notificação compulsória além da listagem oficial de notificação compulsória nacional (ALBUQUERQUE; CARVALHO; LIMA 2002).

Os agravos à saúde relacionados ao trabalho são caracterizados em dois grupos. O primeiro é estabelecido pela ruptura brusca do equilíbrio entre as condições e o ambiente de trabalho; o segundo é o de natureza crônica, representado pelas doenças profissionais (OLIVEIRA; MOROFUSE, 2001).

As doenças relacionadas ao trabalho são definidas pela Organização Mundial do Trabalho como:

> [...] agravos, outros que, em adição a doenças profissionais legalmente desconhecidas, ocorrem em trabalhadores quando o ambiente ou condições contribuem significativamente para a ocorrência de doenças, porém em graus variados de magnitude (ABRASCO in OLIVEIRA, MUROFUSE, 2001, p. 111)

Os níveis de agravos ou danos a saúde dos trabalhadores, situações nas quais os trabalhadores já se expuseram ao risco e como efeito já se observa o desequilíbrio na saúde, estão relacionadas às condições de trabalho e a falta de proteção adequada (MAURO; VEIGA, 2008).

Os agravos à saúde podem ser provocados por fatores de risco como: situações não ergonômicas, agentes psicossociais, químicos, físicos e biológicos, risco de acidente com potencial indicativo de prejuízo na produtividade e saúde dos trabalhadores (SOERENSEN et al., 2008).

- **Desestrutura**

Os depoimentos seguintes retratam esta subcategoria:

"Bom... risco é tudo aquilo que traz a desestrutura do nosso meio, do nosso trabalho." Entrevistado 3

"Risco é qualquer problema que vai desestabilizar tirar você do seu bem estar do seu equilíbrio." Entrevistado 16

"... risco é tudo aquilo que pode atingir minha saúde que me deixa desequilibrada no nosso meio, no nosso meio de trabalho." Entrevistado 17

" aquele que eu não promova, objetivando a saúde quebrando esse elo, esse objetivo eu posso estar em situação de risco... É toda e qualquer ação em que eu possa estar, como se nós tivéssemos um processo de equilíbrio e que eu possa romper elos que possa manter o equilíbrio no meu trabalho" Entrevistado 12

A palavra estrutura remete a ideia de algo que sustenta, que permite a organização ou que mantém o equilíbrio. O conceito de risco apresentado pelos Enfermeiros indica a questão da desestrutura do meio e do trabalho, sendo meio entendido como o ambiente de trabalho.

Em estudo realizado sobre processo de trabalho e acidentes de trabalho acontecidos em coletores de lixo domiciliar, Velloso Valadares e Santos (1998) localizaram a reação de ansiedade no trabalho em face de desestruturação das relações psico-afetivas com seus colegas de trabalho e na luta pela sobrevivência acrescida dos problemas pessoais.

Observa-se a correlação entre desestruturação e a exposição ao risco e é exatamente a condição de desestruturação e de sofrimento mental que acaba por fazer do trabalhador um sujeito mais vulnerável à exposição ao risco. A desestruturação associada ao sofrimento mental do trabalhador o faz duplamente vulnerável. O trabalhador tem a consciência do risco no trabalho e se vê impossibilitado de romper a precariedade das interações existentes entre trabalho e ambiente (VELLOSO; VALADARES; SANTOS, 1998).

É essa situação que parece acontecer com os sujeitos do presente estudo:

- **Algo que a pessoa corre ao estar em atividade ocupacional – algo que tem que parar**

As seguintes falas trazem esse aspecto:

"Então é um risco ocupacional que ele está correndo, então isso ai temos que traçar uma estratégia para de repente ele não correr esse risco no trabalho..." Entrevistado 3

"Atividade que trás prejuízo para minha saúde física e mental." Entrevistado 10

"aqui a gente tem que tomar algumas decisões como a planta física indequada, eu tive que ficar firme por que o risco tem que acabar..." Entrevistado 17

A noção de algo que tem que acabar, algo como para o qual temos que traçar proposta de solução, e que deve parar de existir remete ao PP, no sentido da necessidade de ações que impeçam a exposição ao risco.

Há que se destacar os muitos dos agentes de risco, fatores predisponentes ao adoecimento, incluindo os de natureza psicossocial não são valorizados e muitas vezes produzem agravos de forma silenciosa (GUIMARÃES et al. 2005).

Tem-se ainda a subcategoria que se segue:

- **Algo que contamina**

As falas, a seguir, retratam esta percepções relacionando o risco ao problema biológico:

"Risco? É de alguma forma, estar se contaminando." Entrevistado 4

"Em relação a doenças... bom eu tenho o risco de contaminação, que se eu não utilizar os materiais corretos eu tenho o risco de contaminação, na própria coleta de preventivo, na própria vacinação, na coleta de sangue, eu tenho risco nas visitas domiciliares..." Entrevistado 3

"na sala de curativo o local, o local de lavagem é péssimo, o risco de lesão é alto além da contaminação porque espirra por todo lado, nenhum trabalhador foi ouvido em momento algum," Entrevistado 17

A associação de risco com contaminação é frequente principalmente porque ao longo dos anos as doenças transmissíveis foram responsáveis por muitas mortes ao longo da historia da humanidade, haja vista os óbitos pela AIDS e mais recentemente, a atenção à gripe causada pelo vírus *Influenza A (H1N1)*.

Os fatores/agentes de riscos que contaminam são passiveis de ações de prevenção e precaução. A enfermagem cada vez mais vem adotando protocolos de

precaução em grande parte, firmados em evidencias. Assim a análise conjuntural permitirá ao Enfermeiro a adoção de conduta segura, como recurso para a sua não contaminação em decorrência do trabalho.

- **Situação de envolvimento emocional com conflitos sociais relacionados às famílias**

As seguintes falas retratam esta subcategoria:

"Risco é a chance de você passar por alguma situação, no caso do PSF eu acho que é o envolvimento com as famílias com a parte emocional, pois se você envolve muito com as famílias, pois o nível de estresse é muito alto." Entrevistado 5

"Além das confusões que temos no dia a dia temos também na distribuição dos vales transportes e alimentos para população." Entrevistado 6

"... a agressão do paciente é um risco para nós. Nós temos muitos pacientes dependentes químicos aqui... agressão física, jogar telefone na cabeça de um... Igual a funcionária nossa aqui...jogaram o telefone na cabeça dela.Volta e meia eu volto para a recepção para ver o andamento, violência física, volta e meia os pacientes agridem os recepcionistas, é um risco..." Entrevistado 17

Tais situações acontecem na medida em que apontam para o espaço ocupado pelo Enfermeiro em atenção à proposta do Ministério da Saúde de utilização do PSF/ESF na reorientação do SUS. As relações com as famílias e comunidade vivenciadas pelo Enfermeiro que atua junto à comunidade possibilita-lhe, muitas vezes, envolver-se com situações sociais graves como a violência, a falta de condições dignas de moradia, a falta de recursos financeiros, a falta de emprego; assim, atuando em meio ao contexto das famílias, este trabalhador acaba por ficar exposto aos riscos de natureza psicossocial.

Existe uma das redes de solidariedade local e forte penetração que o

PSF/ESF obtém; adentrando no espaço das relações familiares; há o fortalecimento de vínculos entre os sujeitos e responsabilizações partilhadas (PIRES; GÖTTENS, 2009).

- **Condições do ambiente**

As falas seguintes retratam esta subcategoria:

"*Eu tenho os agentes domiciliares que saem da unidade para executar o trabalho deles dentro dos domicílios, então eu creio que eles podem executar tarefas externas e que isso tenha risco para eles, no simples manipular de uma pasta... quando eles saem ate o local, durante o trajeto, aqui nós temos áreas com morros então quem não está adequadamente calçado pode correr riscos, dentro dos domicílios tem os riscos, até provocados até pela situação daquele domicilio... de um esgoto exposto..." Entrevistado 1*

"Se eu me expor ao sol tenho o risco de ter um problema de pele, os agentes de saúde por exemplo, o risco que eles têm no trabalho é a exposição ao sol." Entrevistado 3

'Nós Enfermeiros também temos as questões ligadas ao nosso ambiente de trabalho... tenho comunidades em morro, a gente tem que ir até lá e com o sol...você pode até imaginar... é muito calor..." Entrevistado 10

" sem contar as valas,tem lugar que ainda não tem esgoto, é pouco...a maioria tem saneamento..." *Entrevistado* 15

Ao mencionar o ambiente, os Enfermeiros indicam a presença de condições geográficas acidentadas, com áreas com morros, condições urbanas inadequadas observadas tal como: falta de calçamento, de saneamento. Referem também a atividade desenvolvida na rua o que leva a maior a exposição ao sol.

Limitar o risco ao qual se submete o agente comunitário apenas à exposição ao sol revela a visão restrita que o Enfermeiro apresenta sobre os Riscos Ocupacionais, possivelmente decorrente "...muito de uma formação tecnicista e pouco crítica...", conforme o entendimento de Pires e Göttems, 2009.

No entanto, as condições ambientais oferecem riscos porque fogem do controle dos sujeitos; uma parte do trabalho é feita a céu aberto, com os trabalhadores tendo contatos com fatores de riscos variados (frio,calor, chuva, animais soltos nas ruas, contato com pessoas, violência , entre outras).

No que se refere ao **terceiro objetivo que é descrever os riscos biológicos identificados pelos Enfermeiros que atuam na ESF, na cidade de Volta Redonda, RJ,** estão apresentados e discutidos a seguir.

6.3 IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS PELOS ENFERMEIROS DA REDE BÁSICA DE SAÚDE, VINCULADOS A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

No que se refere à questão sobre os riscos ocupacionais identificados pelos Enfermeiros emergiram seis categorias, a saber:

Risco biológico
Risco mecânico
Risco psicossocial
Risco ergonômico
Risco de acidente de trajeto
Mecanismo de defesa/enfrentamento, negação

Destas categorias evidenciou-se que cinco estão relacionadas aos riscos e uma relacionada ao mecanismo de defesa - negação – do Enfermeiro, frente ao risco, presente na atividade gerencial.

> Identificar e reduzir riscos tornou-se um objetivo central da saúde pública. A gestão de riscos é nuclear ao discurso de promoção da saúde, que busca reorientar as estratégias de intervenção na área da saúde. Na definição explicitada na Carta de Ottawa, promoção da saúde é o processo de capacitação da comunidade para que ela própria possa participar e controlar ações para a melhoria da sua qualidade de vida e saúde. Este

> processo de capacitação, que enfatiza a autonomia dos sujeitos e grupos sociais na gestão da saúde e na luta coletiva por direitos sociais, é informado pelo conhecimento científico dos riscos à saúde (CZERESNIA,2004,p.447).

O *locus* em que o processo de cuidar ocorria inicialmente era o domicílio. Segundo Collière (1999) a ação de cuidar começa com a atenção ao outro na maternidade; com o tempo transcorrido observa-se historicamente que este ato teve na sua essência a atenção para a vida, o ato de cuidar específico do ser humano, que é alimentar, higienizar, ensinar, aquecer era realizado pela mulher. Ao homem competia à aquisição de suprimentos necessários à sobrevivência; nesse processo ele arrisca-se, seja ao enfrentar uma fera, seja pelas condições climáticas, seja pelos poucos recursos com os quais podia usar para se defender.

Assim o ato de se arriscar em busca de sua sobrevivência parece ser característica do homem - cabe rever essa percepção, tornar evidente os riscos e recursos para se defender.

O trabalhador contemporâneo tem a necessidade de sobrevivência e assim, para obtê-la, arrisca-se, e, conforme o dito popular *atira-se as feras*. O pesquisador tem obrigação de desvendar quais são as feras – os riscos – para que os trabalhadores possam usar as melhores armas para sua proteção e, se possível, eliminar/minimizar os riscos. O desaparecimento dessa exposição parece ser impossível, pois não existe trabalho que não tenha em seu processo de execução a possibilidade de ocorrência de exposição aos riscos e aos acidentes de trabalho.

Trabalhadores que atuam em unidades de assistência a saúde apresentam possibilidades de adoecerem em consequência da exposição aos riscos ocupacionais e/ou aos acidentes de trabalho.

As situações de adoecimento têm sido estudadas por vários autores, como: Bulhões (1994); Takeda, (1996); Rezende et al. (2009). E, ainda, por Farias e Zeitoune, (2005) e Secco (2006), entre outros.

O trabalho é executado na maioria das vezes em ambientes inadequados e insalubres, seja ele hospitalar ou não. Dentre as condições ambientais e favorecedoras de adoecimento, acresce-se o não uso de os equipamentos de proteção individual (EPI).

Ao abordar os riscos existentes nos ambientes de trabalho a Norma Regulamentadora 9 (NR 9) classifica-os em: agentes físicos, químicos e biológicos que, em função de sua natureza, concentração ou intensidade e tempo de

exposição, são capazes de causar danos à saúde do trabalhador (BRASIL, 1994).

Agentes físicos são as diversas formas de energia a que possam estar expostos os trabalhadores, tais como: ruído, vibrações, pressões anormais, temperaturas extremas, radiações ionizantes e não ionizantes, bem como o infra-som e o ultra-som. (BRASIL, 1994)

Agentes químicos são as substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar no organismo pela via respiratória, nas formas de poeiras, fumos, névoas, neblinas, gases ou vapores, ou que, pela natureza da atividade de exposição, possam ter contato ou ser absorvidos pelo organismo através da pele ou por ingestão. Agentes biológicos são constituídos por as bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários, vírus, entre outros. (BRASIL, 1994)

No presente estudo esses trabalhadores identificaram os principais riscos a que estão expostos, embora, em alguns casos, seu entendimento é ainda restrito.

A realização de estudos relativos aos riscos na rede básica é discreta em termos numéricos; Chiodi; Marziale e Robazzi (2007) em estudo bibliográfico de 15 anos sobre riscos ocupacionais investigando na base de dados LILACS, DEDALUS e Banco de Teses da Universidade de São Paulo, encontraram o total de 279 publicações, apenas 12 (4,3%) estudos eram na área de Saúde Pública os quais tiveram com cenários as Unidades Básicas, Unidades Básicas e Distritais de Saúde e os Núcleos de Saúde da Família.

Assim como em relação à rede básica, ainda é escassa a produção da literatura acerca dos riscos ocupacionais no serviço de atendimento pré-hospitalar móvel (SOERENSEN et al., 2008).

Os riscos apresentados pelos profissionais do atendimento pré-hospitalar móvel são os mesmos identificados no atual estudo, sendo eles: ergonômicos (psicológicos organizacionais), riscos de acidente, riscos biológicos e riscos físicos. Dos riscos ocupacionais aos quais estão expostos os trabalhadores de atendimento pré-hospitalar móvel, o risco de acidentes é o maior e a seguir, o biológico (SOERENSEN et al., 2008).

> *"Quando nós falamos de risco ocupacional, nós temos na verdade um leque, nós temos os riscos ergonômicos, nós temos os riscos biológicos, nós temos os mesmos dentro da estratégia..." Entrevistado 12*

Explicitando um pouco mais sobre cada um dos riscos, apresentam-se as falas, a seguir, relacionadas aos riscos.

- **Risco Biológico:** os sujeitos apresentaram em seus depoimentos, alguns dos fatores propiciadores deste risco, quais sejam:

Manipulação de objetos
Material perfuro-cortantes
Contato com pessoas com doenças transmissíveis
Contato com secreções, fluídos
Procedimentos
Associação ao uso/ não uso de EPI

Acerca deste risco emergiram, então, os depoimentos:

"Uma vez aqui eu posso ter riscos ao manipular objetos, eu posso ter riscos relacionados às pessoas, biológicos... Então eu identifico vários riscos." Entrevistado 1

"Eu vejo mais na minha equipe, por exemplo, a servente; a gente já solicitou as botas plásticas, as luvas de cano alto, tudo para a rede então a gente está oferecendo para eles, o que no serviço público, nem sempre eles atendem essas solicitações e por esse motivo elas acabam vindo com tênis de pano, então isso é o risco... existe luva de procedimento, e tudo aquilo que as outras unidades tem,.. mas é básico." Entrevistado 2

"Sem o EPI corre sérios risco de se contrair HIV, hepatite." Entrevistado 4

"Riscos de contato e/ou respiratório, riscos com fluidos, etc..." Entrevistado 6

"....*e também tem como risco... a gente adquirir algum tipo de patologia através do contato com o paciente." Entrevistado 13*

"Risco relacionado ao uso de material perfuro cortante, que no geral, as meninas que são técnicas de enfermagem que estão mais expostas, mas uma vez ou outra eu faço administração de imunobiológico..." Entrevistado 9

"A deficiência desse material de EPI," Entrevistado 14

"... EPI tenho para alguns profissionais não tenho para todos. Mas eu acredito que assim como eu não tenho outras unidades também não tem, pois somos uma rede, o próprio nome diz que é rede." Entrevistado 2

"Se eu não usar o equipamento de proteção, se eu não usar boné e protetor, com o tempo pode causar um malefício para mim..." Entrevistado 3

"*O EPI é de suma importância. Porque na realidade não é usado corretamente e adequadamente nas unidades nos setores que a gente vê." Entrevistado 3*

"A deficiência desse material de EPI, a necessidade de uma educação continuada e permanente nos orientando quanto aos riscos." Entrevistado 14
"Quando não se usa os EPI`s, ai se corre sérios riscos de se contrair HIV, hepatite." Entrevistado 4

"No meio desfavorável ao trabalho um exemplo disso é você realizar um trabalho sem o uso de EPI..." Entrevistado 14

Os riscos biológicos foram evidenciados nas condições ambientais de funcionamento nas ações realizadas nos domicílios em que as condições sanitárias

são precárias, o que impede os Enfermeiros, muitas vezes de realizar procedimentos simples como a lavagem das mãos, fato esse que favorece a exposição a esse tipo de risco.

Os riscos biológicos são os relacionados aos agentes biológicos como: bactérias, fungos, vírus, protozoários, parasitas (CHIODDI; MARZIALE, 2007).

Os Enfermeiros que atuam na rede básica estão expostos a este tipo de risco porque realizam ações em que entram em contato com microrganismos patogênicos, presentes em materiais perfuro-cortantes e em fluídos corpóreos.

Estes agentes não são percebidos pelos sentidos como quando há exposição aos ruídos, produtos químicos, calor entre outros, assim não existe meios para sua detecção de imediato (BENAVIDES; RUIZ-FRUTOS; GARCÍA, 2001).

No entanto são estes riscos os mais citados como presentes na área de saúde, mas ainda assim muitos acidentes de trabalho relacionados aos riscos biológicos não são notificados. Há a alegação destes profissionais, considerarem pequenas e sem importância as lesões ocasionadas pelos acidentes, assim como também muitos profissionais desconhecem a necessidade de notificação (NAPOLEÃO et al, 2000).

No presente estudo os riscos biológicos foram os mais destacados e a associação feita pelos Enfermeiros corresponde ao descrito por Benavides, Ruiz-Frutos e García (2001) como o risco que as pessoas tem, no desenvolvimento de suas ações, de contraírem doenças por entrar em contato com microrganismos como bactérias, fungos, vírus entre outros, presentes no sangue, secreções, fluidos corpóreos.

Dados alarmantes são evidenciados com relação aos acidentes com material biológico no Brasil, principalmente aos acidentes com materiais perfuro-cortantes.

> A ocorrência de acidentes com material perfuro-cortante entre trabalhadores da Saúde Pública foi estudada em 8 (66,7%) das pesquisas o que mostra que a exposição dos trabalhadores ao risco biológico tem chamado mais a atenção dos pesquisadores corroborando com a tendência mundial de investimento de estudos nessa temática que revelam que o comportamento dos profissionais em não adotar o uso das precauções padrão e manter práticas de risco de acidentes com exposição ao material biológico tais como; descarte de material em recipientes inadequados quanto ao tipo e capacidade, não uso de luvas, encape ativo de agulhas e transporte ou manipulação de agulhas desprotegidas (CHIODI; MARZIALE; ROBAZZI, 2007, p.216).

Várias iniciativas são observadas na direção do controle e prevenção destes riscos, dentre elas destacam-se as realizadas pela Rede Eletrônica de Prevenção de Acidentes de Trabalho, rede esta organizada na USP, mais especialmente na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, que desenvolve pesquisas em unidades hospitalares (CHIODI; MARZIALE, 2006).

- **Risco Mecânico (de acidente)**

As falas a seguir, retratam este tipo de risco:

"Não existe aquele identificador quando eles estão lavando o corredor, sinalizadores, não existe isto é inexistente, então o risco de algum funcionário passar e escorregar é fácil, é fato, pode acontecer normalmente." Entrevistado 2

"Na visita domiciliar tem riscos também, pois você esta entrando na casa de alguém que você não conhece, já aconteceu uma vez de uma agente entrar numa casa e encontrar uma vaca, então assim, você não sabe o que pode encontrar..." Entrevistado 18

Quedas e escorregões ocorrem em face das condições do piso (SOERENSEN et al., 2008); no caso dos Enfermeiros do PSF/ESF, observa-se o transitar por calçadas e escadas irregulares, sem calçamento, locais com mato e terra molhada, buracos, presença de esgoto a céu aberto, pontilhões improvisados, entre outros.

Dentre os fatores que diferenciam os Enfermeiros de saúde pública aos que atuam em hospitais é que a atividade dos primeiros não se restringe a sua sede. Eles saem para as visitas domiciliares como rotina para obtenção de informações sobre a clientela, assim como realizam visitas de acompanhamento; dessa ficam expostos a outros fatores como as áreas de circulação com pisos irregulares, presença de esgoto a céu aberto, presença de animais peçonhentos, de cachorro e outros animais, podendo ocorrer situações em que podem escorregar e até mesmo cair e assim se machucarem, o que caracteriza o acidente de trabalho (CHIODI,

MARZIALE; ROBAZZI, 2007).

- **Risco Psicossocial**

Riscos psicossociais em sentido amplo podem ser entendidos como: todo fator ou agente de risco existente no ambiente de trabalho que pode alterar o bem estar do trabalhador gerando danos a sua saúde mental/psíquica (CARAN, 2007).

Consoante a essa ideia de alteração no bem estar, o Risco Psicossocial está associado com as tensões da vida diária; dentre estas encontram-se aquelas provenientes do trabalho.

Em relação à PSF/ESF, os

> ... riscos psicossociais relacionados ao trabalho na equipe de saúde da família são: falta de preparo e capacitação, sobrecarga de papéis, longas horas de trabalho, conflito no trabalho de equipe, dificuldade para conciliar trabalho e família, recursos materiais e humanos insuficientes. (CAMELO; ANGERAMI, 2007,p.502)

A falta de formação para atuar no modelo assistencial proposto para a Estratégia Saúde da Família é considerada um Risco Psicossocial pois o preparo inadequado pode ocasionar insegurança ao lidar com o usuário e esta leva ao desgaste do trabalhador (CAMELO; ANGERAMI, 2007). Ainda nos dias atuais percebe-se que existe o foco na doença, em procedimentos não associados ao contexto que os produzem, na visão linear do processo saúde doença; esta situação ocorre porque grande parte dos profissionais do PSF/ESF receberam uma formação direcionada aos procedimentos técnicos e especializados e com poucas possibilidades de exercitar a crítica (PIRES; GÖTTENS, 2009).

Dentre os riscos psicossociais, emergiram as sub-categorias:

Estresse

A palavra estresse originou-se no século XIX, quando engenheiros anglo-saxões passaram a utilizá-la para indicar tensão resultante de uma força aplicada em um corpo, ou seja, estressava-se o objeto até seu ponto de ruptura, testando, assim, sua resistência (BERNIK, 1997). Segundo Ferreira (1975), Hans Selye

utilizou-a para explicar o desequilíbrio químico originado no corpo humano. Nessa perspectiva, o estresse é o conjunto de reações do organismo a agressões de ordem física, psíquica, infecciosa e outras, capazes de perturbar-lhe a homeostase. Pinheiro (2000) coloca que neste conjunto de reações, o organismo emite uma reação quando é exposto a qualquer estímulo que o excite, irrite, amedronte ou faça feliz, ou seja, o estresse é um mecanismo de adaptação normal do indivíduo na relação entre ele e o meio, agressão e reação, interação entre agressão e resposta. Para Bernik (1997), quando a resposta é patológica, registra-se uma disfunção que pode levar aos distúrbios transitórios ou doenças graves ou, ainda, agravar as já existentes, assim como aquelas às quais a pessoa é predisposta.

Considerado como um dos problemas que mais interfere na vida do ser humano, o estresse é capaz de alterar sua homeostase face às tensões do cotidiano (CAMELO; ANGERAMI, 2007).

Há estudos que afirma ser o estresse no trabalho de enfermagem relacionado a mudanças de humor do pessoal, o que repercute na qualidade da assistência à saúde e satisfação profissional (MAURO; VEIGA, 2008).

Pesquisadores têm observado em consequência do atendimento à comunidade, a presença de estresse e exaustão física e mental em trabalhadores de Saúde da Família (CAMELO; ANGERAMI, 2007).

> [...] o estresse pode estar presente na vida profissional desses trabalhadores, e identificar suas causas torna-se fundamental para melhorar as condições de trabalho, prevenir doenças e consequentemente proporcionar uma assistência adequada à população. (CAMELO; ANGERAMI, 2007, p. 504)

A experiência profissional na organização de equipes de saúde da família tem demonstrado esse tipo de atividade junto à comunidade, os problemas são diversos, as limitações internas e externas incontáveis, o que faz com a exposição do profissional aos riscos podem desencadear o estresse ocupacional (CAMELO; ANGERAMI, 2007, p. 503).

Os depoimentos, a seguir, retratam o estresse dos sujeitos deste estudo:

> *"...porque estresse inclusive é um dos principais problemas que a gente enfrenta aqui, principalmente na parte gerencial, eu já tive contato com essa parte porque eu já tive que cobrir férias de*

gerente, e eu observei que é muito estressante porque muitas vezes você tem que lidar com reclamações e coisas que as vezes não esta ao seu alcance e as vezes você tenta lutar por aquilo e não consegue então isso gera insatisfação tanto para você quanto para o usuário então é complicado, a questão mais complicada é essa do estresse." Entrevistado 9

"mas nós também temos muitos riscos ligados a situação também do social, você por se envolver muito no contexto da família, por conhecer muito essa família tem também essa questão muito particular desse risco também." Entrevistado 12

"Pode ser emocional, o estresse dentro do PSF a gente pode estar vendo são esses." Entrevistado 15

"...estresse do dia a dia mesmo, porque lidar com uma população adoecida é bem difícil, porque lidar com o público já é difícil se esse público tiver adoecido é pior ainda..." Entrevistado 13

"*Além desses riscos também temos o risco relacionado ao estresse porque lidar com a população muitas vezes é complicado então o risco do estresse é bem elevado, então esses são os principais riscos que a gente tem aqui..." Entrevistado 9*

O estresse ocupacional pode ser causado por vários fatores do ambiente de trabalho relacionados ao planejamento, organização e gerência (CAMELO; ANGERAMI, 2007). Dentre as suas causas, para os profissionais da rede básica destacam-se a sobrecarga do trabalho e o local de trabalho reconhecido como altamente estressante.

> Os riscos psicossociais presentes nas condições de trabalho podem estar relacionados a 10 categorias: cultura e função organizacional, função na organização, desenvolvimento de carreira, decisão e controle, relacionamento interpessoal no trabalho, interface trabalho/família, ambiente e equipamento de trabalho, planejamento de tarefas, cargas e local de trabalho e, finalmente, esquema de trabalho (CAMELO, ANGERAMI, 2007,p. 503).

Relacionado à violência, à àrea de riscos, à presença de narcotráfico

"Tenho risco no meu serviço em áreas normalmente de riscos de violência que você vive." Entrevistado 3

"As vezes realizamos visitas domiciliares em locais de "boca de fumo". Entrevistado 5

"...não posso colocar os agentes masculinos subindo morro eles atendem no asfalto, eles correm risco de vida no morro, eu tenho traficante que desce armado na porta da minha sala...o estresse... estou tentando sair daqui cedo, deixar tudo aqui, fechar realmente o ponto, parar, poder ir e ir desvinculando e me adaptar. não é uma unidade pequena, são duas comunidades rivais... eu não tenho toque de recolher para unidade, mas mesmo assim estou tentando fechar a unidade às 18 horas... Entrevistado 17

A exposição à violência é outro fator de risco nos casos de visitas domiciliares pois, muitas vezes, os trabalhadores executam suas atividades em áreas distantes, pouco habitadas e perigosas (CHIODI; MARZIALE; ROBAZZI, 2007) e em algumas atividades que outros profissionais desenvolvem junto a população, como no atendimento pré hospitalar móvel, a violência pode vir sob a forma de agressividade, vivenciada pela vítima ou familiar (SOERENSEN et al., 2008).

A violência sempre fez parte da história da humanidade. Seus resultados são expressos em mais de um milhão de mortes e muitas outras vitimas com lesões não fatais por ano. Está entre as principais causas de morte de pessoas com idade entre 15 e 44 anos. Em relação aos custos materiais gastam-se bilhões de dólares com a assistência a saúde, e bilhões em relação a dias de trabalho perdidos, gastos com legislação e perdas em investimentos. Incalculável, porém, é o custo humano traduzido em sofrimento e dor (OMS, 2005; DAHLBERG; KRUGG,2006).

A violência é definida pela Organização Mundial de Saúde como:

> o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, q2ue resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano

> psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.(OMS, 2003, p.5)

Ela pode ser evitada; a história tem documentado iniciativas, projetos de natureza religiosa, filosófica, legal e comunitária, direcionados na redução e até eliminação da violência, ainda que essas tentativas não tenham sido bem sucedidas em sua totalidade, não se pode negar a sua contribuição para a humanidade. Parte dessas ações tem no seu cerne a participação dos profissionais, pesquisadores e sistemas de saúde pública que "tomaram para si a tarefa de entender as raízes da violência e evitar que ela ocorra" (OMS, 2003, p.3)

> A violência pode ser evitada e seu impacto minimizado, da mesma forma que os esforços em saúde pública evitaram e reduziram, em muitas partes do mundo, complicações ligadas a gravidez, lesões ocupacionais, doenças infecciosas e doenças resultantes de alimentos e água contaminados. Os fatores que contribuem para respostas violentas - sejam eles de atitude e comportamento ou relacionados a condições mais abrangentes sociais, econômicas, políticas e culturais – podem ser mudados. (OMS, 2003, p.3)

Estresse relacionado à sobrecarga de atividades e de papéis

Acerca desta subcategoria, têm-se como exemplos as falas que se seguem:

> *"O principal risco que eu vejo é o estresse pelo excesso de atividades, ou sobrecarga de tarefa." Entrevistado* 11
>
> *" risco? O estresse sem dúvida por sobrecarga de atividades"* Entrevista 13
>
> *"Estresse e sobrecarga de atividades." Entrevistado 7*
>
> *"Os riscos que eu identifico, é sobrecarga de trabalho, é trabalhar com pessoas que você tem uma sobrecarga." Entrevistado 8*
>
> *"O estresse, não é a carga horária de trabalho, eu acho tranqüilo, é mais o problema social, pois as realidades são diferentes, então é*

complicado quem nunca conviveu com isso passar a conviver e trabalhar no serviço publico que tem as questões de outros setores que vão além do serviço público não só externas, mas também internas." Entrevistado 18

A responsabilidade e o grau de exigência ante as múltiplas tarefas que os profissionais do ESF desempenham podem causar tensão para eles e para a comunidade, dependendo do ambiente, organização do trabalho e o preparo para exercer esse papel (CAMELO; ANGERAMI, 2007).

Quanto ao estresse relacionado à sobrecarga de papéis, constatou-se que a gerência do cuidado e da unidade aparece como responsabilidade extra do Enfermeiro e:

> Evidentemente a presença desse risco é gerador de estresse à medida que a pessoa terá dificuldades de se situar nas tarefas que lhe cabem, e seu desempenho pode vir a ser prejudicado (CAMELO; ANGERAMI, 2007, p. 505).

Enfermeiros que atuam nas Unidades de Saúde da Família (USF), desenvolvem, em seu cotidiano, múltiplas atividades relacionadas à assistência, a gerência e a educação associadas às dificuldades de natureza administrativa, política e até mesmo sociais aliadas ao interesse deste profissional em atender melhor a comunidade o que resulta por sobrecarregá-lo o que pode levar ao estresse (VILLAS BOAS; ARAÚJO; TIMÓTEO, 2008).

Essa sobrecarga de tarefas aumenta a exposição aos acidentes, pois ao realizar o trabalho assim, o profissional não observa o limite humano, uma vez que exige mais esforço para executar qualquer tarefa (GUMARÃES et al., 2005).

A exposição aos riscos psicossociais é referida com maior frequência em estudos feitos com profissionais de saúde pública, destacando o estresse, a sobrecarga mental e a violência. Outro aspecto relevante neste contexto é o envolvimento dos profissionais com a comunidade, pois muitas vezes acontecem vínculos de amizade com estes usuários (MOURA, 2005; CHIODI; MARZIALE; ROBAZZI, 2007).

Ainda dentro dos riscos psicossociais, emergiu o risco emocional evidenciado pela ansiedade

Ansiedade

A ansiedade é a mais comum das reações humanas, vivenciada por todas as pessoas, durante a vida. Ao mesmo é uma adaptação e um estressor. Como adaptação é considerada improdutiva, pois desvia o foco da fonte de tensão. No entanto sua presença é indicativa de que há dificuldade para manutenção do equilíbrio. Em algumas situações a ansiedade é a adaptação a um estresse.

O sentimento, então percebido, é o mesmo que aquele experimentado quando o medo está presente, mas o estressor é desconhecido para a pessoa. Por isso, não há um escape direto para a tensão acumulada e, assim, a ansiedade transforma-se no próprio estressor (TAYLOR, 1992, p. 147).

> *"Não é fácil, pois as pessoas são diferentes e trabalhar com as diferenças, então isso ai traz um pouco de ansiedade." Entrevistado 8*
>
> *"Problemas de níveis sociais me deixam ansiosa... vem para gente e não está ao nosso alcance, mas você pede parcerias, você vai ao CRA... é uma estrutura de vida que não tem como você mudar de uma hora para outra... você vai se adequando, mas são complicados, os problemas sociais que eles apresentam para a gente e que não conseguimos resolver, tentar e não conseguir é meio complicado, e você fica meio assim: poxa estou aqui e não consigo resolver... Por exemplo, no pré-natal; mulheres que em casa tem problemas com o marido, você pode estar interferindo na gestação dela, mas no problema você não pode interceder... mas é bom, eu gosto... é gostoso quando você esta atendendo alguém e aquela pessoa vem e agradece a ajuda que você fez por ela." Entrevistado 18*

> *"no começo, por causa da ansiedade, quando entrei... eu tive vários problemas de estomago e na cervical por não saber separar os problemas de estresse que estava recebendo por conta disso deixava o emocional me abalar, e por nunca ter trabalhado eu não estava sabendo separar, ia para casa com problemas que deram*

para mim na cabeça, agora não, eu já acostumei a trabalhar e comecei a separar" Entrevistado 18

Atenção especial deve ser dispensada aos riscos psicossociais, pois estão presentes nos estudos analisados por Chiodi; Marziale e Robazzi (2007) e também por Caran (2007), os riscos apresentados como de natureza psicossocial pelos Enfermeiros, neste estudo, estão associados com as condições e ambiente de trabalho, aos conflitos sociais, a violência urbana e a sobrecarga emocional e de atividades.

A maioria das investigações realizadas em vários setores e regiões do Brasil tem apontado o processo de precarização das condições de trabalho, que tem provocado a desestruturação e a desintegração da força de trabalho (MIRANDA, 2009), o que, evidentemente, favorece o aparecimento dos fatores de risco psicossocial.

Outro mecanismo de proteção é a apatia: "..Operação de segurança que ocorre quando o individuo defende-se contra a ansiedade não experimentando a emoção associada com um evento causador de ansiedade. Existe a manifestação de uma extrema indiferença (TAYLOR, 1992, p.156).

A inter-relação entre a atividade de atendimento ao publico e o bem estar psíquico dos sujeitos parecem ser faces de uma mesma moeda. Ao trabalhar sob determinadas condições inadequadas, envolvendo-se em diversos relacionamentos socioprofissionais com dificuldades, predominam as vivências de sofrimento, aumentam-se as exigências cognitivas e psíquicas das atividades de atendimento ao publico e dificultam a construção, para o trabalhador, de suas estratégias de regulação (FERREIRA; MENDES, 2001).

- **Riscos Ergonômicos**

"São considerados fatores de natureza biopsicossocial do meio ambiente que, com base na psicologia, fisiologia e na organização do trabalho, podem produzir desequilíbrios no processo de adaptação do trabalho ao homem." (MAURO, 1994, p.11). Os riscos ergonômicos estão relacionados a formação, a natureza da atividade, e ao número de atividades e a sua relação com a natureza humana.

(GUIMARÃES et al, 2005).

As falas que apontam para estes riscos são as que se seguem:

"Riscos ergonômicos. Eu sou enfermeira do trabalho, nós falamos muito nos riscos ergonômicos que falam das condições de trabalho..." Entrevistado 6

"Por exemplo, na realização das minhas tarefas uma das coisas que me incomoda é a coluna, porque muita das vezes em uma coleta de preventivo em que eu coleto muita quantidade, eu sinto que minha coluna incomoda bastante, não sei se é por que eu tenho problema de coluna mais isso me incomoda, outra coisa é minha mão por conta de rodar o "aparelhinho", acabei tendo tendinite". Entrevistado 13

"Bem aqui... Quando a planta estava pronta em nenhum momento o Enfermeiro foi convidado a participar, ai fomos ver...totalmente anti-ergonômica, a sala de vacinação é linda, só que o local não é adequado é alto, o risco de uma lesão de coluna é alto... A minha sala é essa aqui é o que sobrou para mim, eu atendo de lado, então tudo foi feito sem nenhuma ergonomia, é péssima..." Entrevistado 17

Ao falarem dos riscos ergonômicos os Enfermeiros destacam a não participação do trabalhador na elaboração da planta física. Assim como relatam os agravos provavelmente decorrentes da inadequação das condições de trabalho, como mobiliário impróprio o que os obriga a postura inadequada. Estas situações segundo Mauro (1994) significam o não controle dos riscos ocupacionais, e, para que essa situação possa ser sanada é preciso fazer análise ergonômica da atividade para que possa ser ofertado ao trabalhador o meio ambiente de trabalho adequado.

- **Risco de acidente de trajeto**

Em relação a tais riscos, evidenciaram-se as falas:

"Nas minhas? Eu identifico trajeto! Eu posso correr risco de um acidente, seja vindo de carro ou de ônibus.. eu corro esse risco no trajeto quando me desloco para unidade." Entrevistado 1

" eu tenho muito cuidado com o trânsito, tem o risco do acidente no trajeto para cá... Entrevistado10

"Não posso esquecer dos acidentes que acontecem no trajeto que a gente pode sofrer...até mesmo voltando pra casa...Entrevistado 16

Sabendo-se que o (AT) acidente do trabalho é um dos tipos do acidentes de trabalho, entende-se que o AT é o que ocorre no exercício do trabalho a serviço da empresa, com o empregado segurado, trabalhador avulso, médico residente, bem como com o segurado especial, no exercício de suas atividades, que provoca lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução, temporária ou permanente, da capacidade para o trabalho (BRASIL, 1999).

O acidente de trajeto equipara-se ao AT - é caracterizado por ser o acidente fora do local e do horário do trabalho seja no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquele, independente do meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do segurado, desde que não haja interrupção ou alteração de processo por motivo alheio ao trabalho. É também conhecido como acidente de percurso, o trajeto da residência para o trabalho ou deste para a residência, independentemente do meio de transporte realizado. Não há limite de tempo estipulado para o percurso, sendo observada a compatibilidade de tempo gasto com a distância e o meio de locomoção (BRASIL, 2007).

Dados do Ministério da Previdência Social revelam que os acidentes de trabalho do tipo trajeto foram os que mais aumentaram nos últimos quatro anos. Segundo O Anuário Estatístico 2005 - o aumento foi de 35,88%. O número de acidentes revela aumento de 49.642 ocorrências em 2003 para 67.456 em 2005. Deste total, os mais atingidos foram os jovens com idades entre 20 e 24 anos com

13.793 casos (BRASIL, 2007).

Dentre os fatores que podem estar influenciando este aumento estão: o ingresso de cerca de um milhão e meio de jovens (com até 29 anos) sem preparo; o uso de conduções não seguras; a violência urbana; a violência no trabalho; as condições de segurança inadequadas das vias públicas. Dentre os estados com maiores índices estão São Paulo com 25.494 casos; seguidos de Minas Gerais com 6.499 acidentes e Rio de Janeiro com 6.196 casos (BRASIL, 2007).

- **Riscos Físicos**

Com relação aos riscos físicos, os Enfermeiros fizeram menção a exposição ao sol e ao calor, principalmente quando se referem aos os agentes comunitários de saúde.

> *"Ai a gente identificou, por exemplo, os agentes têm a rotina deles, ai a gente identificou que eles precisavam de boné, protetor solar, camiseta de manga curta e conseguimos." Entrevistado 2*
>
> *" na estratégia quem mais se expõe são os agentes..eles ficam muito tempo no sol...nós também sofremos com o sol quando vamos realizar as visitas domiciliares, nosso trabalho acontece também próximo ao asfalto que também torna quente as ruas por onde circulo..." Entrevistado 15*

Apesar da grande exposição ao frio/calor que acontece com os agentes comunitários de saúde, os Enfermeiros do presente estudo não se vêem contacto com os riscos físicos, possivelmente por desconhecê-los, já que são variados. Esta realidade também foi identificada na investigação de Rezende et al (2009).

Dentre os riscos apresentados pelos Enfermeiros pode-se dizer que apenas os químicos não foram apontados pelos sujeitos do estudo. Apesar desta não percepção por parte dos sujeitos, sabe-se que a cidade de Volta Redonda possui como característica do ar, uma maior concentração de poeira, proveniente de uma grande siderúrgica ali instalada.

Além disso, é usual para a enfermagem, o contato contínuo com produtos

químicos, os mais variados, que possivelmente por serem tão usuais, não são identificados como fatores de riscos ocupacionais para estes trabalhadores.

Essa situação é comprovada em outras investigações como no estudo de Soerensen et al. (2008), no qual o grupo de trabalhadores investigados também desconhecia os riscos químicos ainda que tivessem o uso de substancias na rotina da atividade, como exemplo o hipoclorito de sódio. Parece que o fato do uso de substâncias químicas ser rotineira distancia a percepção dos riscos ao qual o trabalhador, ao manipular diferentes substâncias químicas, se expõe. Esse fato também foi identificado no estudo por Xelegati et al. (2006) entre enfermeiros de ambiente hospitalar.

- **Mecanismo de defesa/enfrentamento negação frente ao risco da atividade gerencial**

O desconhecimento dos riscos, em sua totalidade, faz com que haja este tipo de mecanismo, que colabora para que o trabalhador fique exposto aos fatores de risco, sem cuidados, porque parece não percebê-los.

As falas, a seguir, retratam esta situação:

"Na minha atividade nesse momento eu não vejo muitos riscos não." Entrevistado 2

"Risco dentro de um PSF, não vejo que a gente tem muitos riscos em trabalhar no PSF não..." Entrevistado 15

"em relação à gerência não muito." Entrevistado 3

"O ambiente aqui também é bom, a estrutura também é boa, não vejo nada que possa trazer risco não." Entrevistado 18

"Na verdade não pensamos muito nos riscos, porque se pensarmos não realizamos nada." Entrevistado 5

"Estou caminhando para ver se consigo fechar, ir para casa sem pensar em nada daqui, eu vou ficando... vou ficando, e quando eu vejo o posto já fechou e eu ainda estou aqui, eu ando colocando o relógio para despertar as 16horas para eu poder ir me desvinculando..." Entrevistado 17

As falas apontam para o fato da não percepção do risco no trabalho realizado no PSF/ESF. Ante as falas deste desconhecimento de risco na atividade gerencial pode-se correlacionar ao mecanismo mental - operação de segurança – desatenção seletiva, que ocorre quando o individuo não permite que os aspectos causadores da ansiedade, de uma situação, entrem em sua consciência, possibilitando, portanto que o individuo mantenha um nível adequado de equilíbrio do sistema (TAYLOR, 1992, p.156,157).

Outra forma de mecanismo mental é o mecanismo de manejo, caracterizado no fator tempo, em adaptação de curto ou longo prazo, e sobre o objeto e efeito da adaptação. Caracteriza-se por ser um processo consciente, em que o individuo reconhece o problema e para trazer o alivio imediato utiliza-se de mecanismo de manejo. Na maioria das vezes usa a supressão que consiste em ignorar de forma consciente e intencional pensamentos e sentimentos inaceitáveis (TAYLOR, 1992).

Em relação ao **último objetivo** deste estudo, que é descrever as estratégias que os Enfermeiros que atuam na ESF na cidade de Volta Redonda, RJ, estão apresentados e discutidos como se segue.

6.4 ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA MINIMIZAR OS RISCOS PRESENTES NO EXERCICIO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO

Neste caso, emergiram cinco categorias quais sejam:

Capacitação para o trabalho com as subcategorias orientação para o trabalho e realização de ações dentro de protocolos;

Planejamento/Organização do trabalho serviço com as subcategorias: ocorrência do acidente, do agravo, da exposição para depois ocorrer o

planejamento para a prevenção; reuniões de equipe para traçar as rotinas e reuniões-relâmpagos

Uso de equipamentos de segurança

Realização de atividade de lazer, vida saudável

Negação/mecanismo de defesa

O processo de cuidar, em uma visão reduzida, pode ser entendido como a eliminação de perigos que possam interferir na manutenção da vida. Correlacionando a ideia de perigo ao risco pode-se considerar que o processo de cuidar é o processo de eliminar e reduzir riscos.

Nessa correlação a prevenção ocorre quando há impossibilidade total de controle dos riscos, até o momento desconhecido pela ciência e o sentido da precaução passa a ser de fundamental importância, pois prevê a ação direcionada a cautela e à atividade de defesa. Dessa forma o individuo passa a tomar cuidado, confirmando a correlação entre ação de cuidar para evitar o perigo – o risco.

> *"Nós temos em algumas situações, alguns meios para estar evitando certas coisas, tipo jaleco, luvas, cabelos presos, unhas cortadas, brincos, tudo isso envolve situações que amenizam os riscos... Eu procuro estar utilizando esse meios que a gente tem e estar usando jaleco, uso luvas para estar prevenindo de alguma forma."Entrevistado 4*

Na realidade, o Enfermeiro referia-se ao uso dos EPIs que, quando adequadamente utilizados podem evitar os acidentes e os demais fatores propiciadores dos riscos ocupacionais. O trabalho considerado patológico é decorrente de condições inadequadas do ambiente e, em muitas situações, os trabalhadores não têm consciência do que ocorre em seu cotidiano e assim permanecem alienados.

Na busca do conhecimento dos fatores de riscos laborais que fazem o trabalho ser patológico, pesquisadores evidenciam que parece haver pouco interesse na adição de atitudes que minimizem os riscos.

Os principais problemas das condições de trabalho são: remuneração;

> oportunidade de carreira; garantias disciplinares; horas de trabalho; descanso e férias; segurança social; proteção à saúde; oportunidade de formação inicial e educação contínua; efetivo de pessoal no serviço; organização do trabalho; participação do pessoal na determinação de suas condições de trabalho e de vida; participação em tudo que contribui para a satisfação no trabalho (MAURO; VEIGA, 2008, p.65*).*

No entanto, compondo as normatizações nacionais a NR 32 prevê a diminuição dos riscos ocupacionais nos estabelecimentos de assistência a saúde, colocando deveres para tal minimização, tanto por parte do empregador como por parte do trabalhador; entre esses estabelecimentos assistenciais, incluem-se os núcleos de saúde da família; (ROBAZZI; BARROS JUNIOR, 2004).

Assim como a assistência à saúde pressupõe a integração de ações dos vários setores envolvidos com a área, é necessário relacionar os princípios utilizados à saúde como um todo com a área da saúde dos trabalhadores. É preciso integrar as ações de forma a atender aos propósitos de planejamento e execução de política pública para a atenção à saúde do trabalhador.

Ainda que o Programa Saúde da Família tenha sido criado em 1994, observa-se que o planejamento dos serviços ainda está em construção. Nesse sentido é prioridade o preparo dos profissionais, com o desenvolvimento de habilidades e conhecimentos técnico-científicos adequados para atender aos propósitos desta estratégia (PIRES; GÖTTEMS, 2009).

É importante haver uma ação conjunta entre trabalhador e gerência com melhoria no processo de trabalho, com a oferta de materiais adequados à execução das ações, assim como a disponibilidade de equipamentos de segurança. Este fato deve estar associado à realização de programas de capacitação que incluam o uso de medidas de precaução e o uso e construção de protocolos; assim espera-se que este conjunto de ações, de fato, concretize a mudança na realidade.

Cabe ressaltar que todo esse processo envolve o comprometimento ideológico, com a defesa da preservação da vida.

- **Capacitação para o trabalho - nesta categoria emergiram as subcategorias:**

Orientação para o trabalho e **realização de ações dentro de protocolos**

Para a melhoria dos serviços de atenção a saúde é essencial a capacitação de seus profissionais. Nessa proposta estão inclusas a formação acadêmica, com a inclusão nos currículos conteúdos que tenham como base paradigmática o modelo de prevenção em saúde, em contraposto ao modelo biomédico, com a fragmentação do conhecimento.

Uma vez atendida a necessidade de formação, a inclusão de programa de educação permanente passa a ser um processo continuo, de atendimento as necessidades da prática com a capacitação de seus profissionais. É relevante destacar ser esse processo o desencadeador de mudança no cotidiano das práticas de saúde (COTTA et al 2006, OPAS; 2005).

A constante ênfase dada à inclusão nos currículos de graduação das profissões da área da saúde de conteúdos específicos da Atenção Básica, requer mais do que conhecimento dos princípios da Atenção Básica e sobre o SUS; pressupõe a assunção de modelo operacional de Atenção à Saúde em todos os níveis de forma sedimentada na Política Nacional de Atenção à Saúde. A reorientação do modelo assistencial sugere a construção de novas estratégias que viabilizem o exercício de cada profissional com atenção aos aspectos da formação à saúde e nessa diretiva, responsabilizarem-se pela sedimentação de estruturas que permitam a melhoria na qualidade de vida da população brasileira. Além dos conteúdos curriculares tradicionais das diversas profissões, faz-se necessário instrumentaliza-los com recursos das áreas humanas e sociais.

A relação entre acidentes e o não uso de precauções universais, que consiste na construção de barreiras que impeçam a contaminação biológica requer em sua redução a mudança de hábito dos profissionais em seu modo de trabalho. (CAMPOS; GUTIERREZ, 2005).

A Norma Regulamentadora 32 (NR32) é considerada como uma importante contribuição na área de proteção ao trabalhador de saúde.

> Espera-se que mudanças benéficas sejam alcançadas por meio da referida normatização, uma vez que procedimentos e medidas protetoras deverão ser realizadas com vistas a promover segurança no trabalho e prevenção de

acidentes e doenças ocupacionais (MAURO; VEIGA, 2008, p.65).

Ao buscar melhores condições de trabalho, a capacitação dos profissionais é de relevância, não só para o aprendizado, como para o aperfeiçoamento das relações sociais próprias do cotidiano dos serviços de saúde, face a necessidade do trabalhar em grupo e/ou melhorar o contato com o usuário no atendimento individual. Destaca-se a importância do trabalho ser realizado em equipe e nesse sentido há o incentivo ao aprimoramento individual em habilidades múltiplas, em atenção a visão interdisciplinar e interdependente das tarefas em face de um consenso estratégico de objetivos e, por conseguinte, à cooperação funcional no desenvolvimento (COTTA et al., 2006).

Em relação à subcategoria - **Orientação para o trabalho** sabe-se que a formação e educação dos profissionais para a abordagem do processo saúde-doença com enfoque na saúde da família é importante desafio para o êxito do modelo sanitário proposto. As condições necessárias à consecução dessa proposta já se encontram descritas na Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996 – Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) do Ministério de Educação e Cultura (MEC) – e nos atos normativos decorrentes de pareceres e resoluções do Conselho Nacional de Educação - CNE (COTTA et al., 2006).

As falas que se seguem revelam a questão da orientação para o trabalho:

"Uma que eu acho básica é orientar para o trabalho. Capacitar as pessoas para o trabalho." Entrevistado 1

"Conhecer todas as atividades realizadas na unidade, com o objetivo de melhorar a eficácia e eficiência das atividades executadas. Consolidar os resultados obtidos." Entrevistado 12

" a necessidade de uma educação continuada e permanente nos orientando quanto aos riscos, principalmente isso, se resume nisso, por a gente tendo o material e a orientação tem como a gente evitar esses riscos." Entrevistado 14

"Buscando em literatura, as melhores formas dos recursos que tenho

na minha própria instituição para estar trabalhando, me guardando disso até ceifar." *Entrevistado 14*

"fazendo educação continuada, buscando sempre o conhecimento porque o aprendizado é contínuo, estar se atualizando a respeito das situações." *Entrevistado 12*

A possibilidade de se executar uma política eficiente para a área está relacionada à formação de quadros não só tecnicamente competentes, mas principalmente comprometidos com a questão ideológica que envolve a Saúde do Trabalhador. Há a necessidade da responsabilidade por parte dos poderes federal, estaduais e municipais na construção de serviços de saúde eficientes que privilegiem a prevenção em saúde. Ainda há que se destacar o compromisso que a classe empresarial deve assumir pela responsabilidade dos danos que historicamente causam à saúde do trabalhador, a partir da imposição de processos de produção sujos e obsoletos (OLIVEIRA; VASCONCELLOS, 1992).

A atenção durante a execução da atividade pressupõe a realização dentro da técnica adequada, com base em princípios técnico-científicos. A prevenção ou a redução dos riscos ocupacionais por exposição aos diversos fatores é alcançada diante da utilização de práticas seguras nas atividades e de outras medidas que visam preservar a saúde e o meio ambiente (SOERENSEN et al, 2008). Ainda para a mesma autora, torna-se importante valorizar a oferta de condições seguras para o trabalhador em seu ambiente de trabalho; isto deve incluir programas e ações educativas contínuas.

A capacitação permanente proposta pelo Ministério da Saúde surgiu em consequência da escassez de recursos humanos na área; com a ampliação de território com cobertura assistência; com a contratação de mais profissionais para atender a essa demanda e, consequentemente surgindo a necessidade de mais capacitação. Por outro lado, surgem novos questionamentos com o desenvolvimento da ESF, no sentido de aprimorar a proposta, de forma a garantir seu êxito, ou seja, o modelo assistencial com base nos princípios do SUS é construído no cotidiano, com análise das dificuldades e a busca de soluções que transformem essa realidade.

Quanto a subcategoria **realização de ações dentro de protocolo,** as seguintes falas emergiram:

"Quando você capacita você sempre tem a intenção que ela desenvolva aquela atividade dentro do que, para ela, é um protocolo porque é preconizar, o que é preconizado pelo ministério da saúde ou pelo próprio trabalho..." Entrevistado1

"nós temos os protocolos... é a nossa segurança." Entrevistado 13

" a enfermagem vem fazendo muita coisa devido aos protocolos, dá mais segurança para o Enfermeiro atuar..." Entrevistado 8

" o ministério trabalha com protocolos nos programas é só seguir..." Entrevistado 19

"Em relação a mim ou a equipe? Então, como eu tenho a pós-graduação em Enfermagem do Trabalho, então eu tenho além dos conhecimentos a vivência muito grande e eu venho vivendo esse trabalho durante algum tempo na (nome da empresa), quando eu fazia parte da comissão, então eu tenho esse olhar para o risco, o que o trabalho pode trazer em termos de risco e como que eu posso prevenir esse risco. Então eu tento sempre, executar minha atividade já com este olhar, e se eu identifico em alguém da minha equipe, eu procuro orientar o trabalho dela para que ela reflita e veja o risco que ela pode ocasionar." Entrevistado1

Há a necessidade de superação das dificuldades frente à prevenção de riscos utilizando-se treinamento adequado das equipes, segurança na assistência em ambientes hostis e locais de difícil acesso, ausência de protocolo específico para prevenção e controle dos riscos ocupacionais (SOERENSEN et al., 2008).

A noção de risco/perigo envolve a questão do cuidar do Enfermeiro em relação a ele mesmo. Reconhecer os riscos significa reconhecer os perigos a que está exposto, como nos primórdios da humanidade e, assim, poder se proteger e construir defesas para sobreviver no mundo do trabalho.

Uma vez reconhecido os riscos da atividade deve acontecer a construção

de armas de defesa as quais se constituem desde a identificação (reconhecimento), as ações realizadas de forma segura e a eliminação dos riscos identificados.

Como elemento a ser postulado pode-se inferir que o cuidar para a eliminação do risco tem que prever a educação – informação - é a informação que permite ao homem a escolha. Não se pode escolher sem conhecer. Tomar atitude defensiva pressupõe esse conhecimento; no que tange ao ambiente tem-se que adotar duas posturas, uma relacionada ao ambiente micro-família/comunidade e outra em relação ao macro - ao mundo à espécie – a preservação da vida.

Um dos recursos utilizados pelo Ministério da Saúde visando o atendimento as demandas locais refere-se a realização de protocolos. Este uso não se restringe ao uso de protocolos universais; na portaria – Atenção Básica, o uso de protocolo está previsto como atribuição comum a todos os profissionais da ESFa com a realização de "ações de Atenção Integral, conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da Gestão local" (BRASIL, 2006).

Dentre os protocolos estabelecidos pelo gestor municipal conforme as competências descritas pela Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2006), está a realização de consulta de Enfermagem com a respectiva observação das disposições legais da profissão. Assim a realização de ações tendo sua sustentação nos protocolos oferece ao Enfermeiro a execução de atividades de forma segura.

- **Planejamento/organização do trabalho**

Neste sentido, emergiu a subcategoria:

Ocorrência do acidente, do agravo, da exposição para depois ocorrer o planejamento para a prevenção.

As falas a seguir, retratam esta subcategoria:

"... um exemplo que eu tive aqui, nós tivemos um acidente de trabalho e eu fui saber o como a gente teve esse acidente. Foi na coleta descentralizada, simplesmente porque a outra estava mal

posicionada, no intuito de colher identificar e depois colocar o frasco no local, então esse movimento em que uma pessoa sentada e outra em pé, no que ela pegou o tubinho do material, ela pegou o recipiente e colocou com a agulha, a outra funcionaria veio para colocar o frasco e esbarrou e espetou o dedo, então o que avaliamos na hora de escrever o acidente? Foi que ele começou com a condição do fluxo mal elaborado, receber, coletar, identificar e guardar o frasco, então esse fluxo ficou mal feito e ai, infelizmente, a partir do acidente ocorrido, que foi possível criar um novo fluxo, orientar, não que não houvesse orientação, mas é que eles não tinham esse olhar, então minha estratégia principal é explicar porque se tem que fazer desse tal jeito? Por que se não se corre o risco ou para você ou para o usuário." Entrevistado 1

"Então isso ai é o que vai estar minimizando, porque ai a gente identificou, por exemplo, os agentes têm a rotina deles, ai a gente identificou que eles precisavam de boné, protetor solar, camiseta de manga curta e conseguimos." Entrevistado 2

"Sim, pois você montando a rotina a rotina diz o equipamento que você precisa para aquela rotina, sendo assim você identifica o que você precisa, e ai você encaminha esse fato que te funcione aquele serviço você precisa de tal equipamento, sem o equipamento a rotina vai ficar comprometida...." Entrevistado 2

"tento me adaptar ao máximo, tudo foi feito sem a presença de nenhum trabalhador... Igual na recepção pedi as cadeiras adequadas, no balcão eu pedi para elevar o balcão, para ficar mais fácil para elas trabalharem... Na minha sala não tem jeito, na sala de curativos eu pedi e estou aguardando resposta" Entrevistado 17

Dentre as ações previstas na rede básica de atenção a saúde e na ESF está o planejamento que deve ser feito pelo Enfermeiro com relação aos agentes comunitários de saúde, assim como em relação a unidade, confirmando o

preconizado pelo ministério os Enfermeiros realizam rotineiramente o planejamento que passa a se constituir um excelente recurso para a solução dos problemas de seu cotidiano (BRASIL, 2006).

Reuniões de equipe para traçar as rotinas e reuniões-relâmpagos

Quanto a esta subcategoria, emergiram as falas dos sujeitos:

"Não sei como a gente trabalharia isso porque não sei nem se eu trabalharia dependendo do risco, sem ter o material de proteção para a gente, mas aqui a gente não tem esse problema não, a gente que é enfermeira está sempre supervisionando para ver se eles estão usando os equipamentos corretos, se eles fazem uso de luvas, uso de máscaras na aplicação da BCG, os agentes têm os protetores solares e os bonés que fornecemos, as agulhas são sempre descartáveis, então aqui a gente tem uma estratégia. Na própria reunião de equipe, a gente traça os problemas, a gente traça bem o que cada setor tem sua rotina, que na verdade na estratégia de saúde da família a gente sentou e fez uma rotina tanto para os técnicos como para os Enfermeiros, então na puericultura o que deve ser feito, na coleta de sangue, o que deve ser feito e isso é cobrado e é discutido nas reuniões de equipe. A gente senta e traça realmente, assim como na parte da gerência, eu traço o que eu quero o que preciso deles, e as próprias ". "Enfermeiras elas tem um comportamento de gerenciamento dentro das unidades e nas equipes delas e elas fazem uma supervisão..." Entrevistado 3

"Primeiro avaliar a área que a gente esta atuando, por exemplo, vou fazer uma visita eu vou avaliar aquele local, avaliar se tem uma construção inacabável, se tem cão na residência, isso é uma forma de estar prevenindo..." Entrevistado 9:

"Reuniões com a equipe, buscar por motivações." Entrevistado13

"Reuniões relâmpagos. Estou sempre promovendo reuniões relâmpagos, fiz uma rotina de trabalho para cada profissional, na verdade não fui eu que montei eu solicitei um caminhar para ele e cada um, por exemplo, os técnicos sentaram e fizeram a rotina deles, a servente sentou e fez a rotina... bebedouro: como limpa? Porque que limpa? Com o que se vai limpar? O que ela vai utilizar para limpar? E já existe uma rotina pronta de todas as atividades dentro da unidade." Entrevistado 2

Outra característica importante no trabalho do PSF/ESF é o fato deste ser coletivo que favorece a tomada de decisão em equipe e com isso a multidisciplinaridade, possibilita o uso dos diferentes saberes na oferta de melhor solução para os problemas.

Este tipo de postura, diante da resolutividade de problemas, aponta para a estratégia utilizada em larga escala nos programas de qualificação da enfermagem, o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem PROFAE, que elegeu como estratégia didática a teoria da problematização e nesta a elaboração de conteúdo programático com base nas realidades locais, de forma a possibilitar a mudança na qualidade assistência prestada pela enfermagem em todo o Brasil.

Segundo o Ministério da Saúde, o PROFAE pode ser caracterizado pela existência de trabalhadores inseridos nos serviços de saúde, realizando ações próprias da enfermagem, sem a habilitação técnica profissional necessária para o exercício dessas ações. Nos anos de 1999 e 2000, o Ministério da Saúde - MS formulou e programou o PROFAE, com objetivo de atender às lutas pelo direito à assistência de enfermagem e promover a melhoria da qualidade da atenção à saúde, por meio da redução do déficit de pessoal dos auxiliares em enfermagem qualificado e do apoio e fortalecimento às instâncias de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde - SUS. A concepção do PROFAE e o seu desenho metodológico contemplam ações capazes de interferir sobre o problema em várias dimensões e fatores determinantes (BRASIL, 2009)

Ao se pensar a construção da política para a área, o princípio da participação dos trabalhadores deve ser o seu norteador, sem os quais continuaremos a escrever a história das doenças, e nunca a história da saúde, como

parte de um processo real de conquista da democracia no Brasil (OLIVEIRA; VASCONCELLOS, 1992).

- **Uso de equipamentos de segurança (EPI)**

As falas seguintes emergiram, neste sentido:

"Bom... aqui nós não temos a falta de EPI. Estamos sempre pedindo, então não temos falta. Mas, se no caso faltasse, nós trabalharíamos como o improviso, mas isso seria muito ruim." Entrevistado 3

"Eu procuro estar utilizando esses meios que a gente tem, e estar usando jaleco, uso luvas para estar prevenindo de alguma forma... Olha só... na enfermagem você tem que ter muito jogo de cintura e ter criatividade para poder estar usando de outra forma." Entrevistado 4

"Outra forma de prevenir em relação ao material perfuro-cortante que eu tinha citado é o uso de EPI que é uma proteção individual." Entrevistado 9

A utilização de EPI vai representar, ao menos, mais segurança para o trabalho do Enfermeiro.

O conhecimento é eficaz para a prevenção de acidentes. Conhecer fatores de risco e de proteção do trabalhador é campo de saber teórico - metodológico da Ergonomia disciplina que tem como finalidade a análise do trabalho desenvolvido pelo homem relacionando a atividade, a situação de trabalho, o ambiente de trabalho e nesta interação com a natureza humana. O que é factível de execução pelo homem sem prejuízo, dano a sua saúde, e integridade nos mais diferentes aspectos (GUIMARÃES et al, 2005; BRASIL, 2005).

Os EPI devem estar disponíveis para todos os profissionais, em quantidade suficiente para atender as necessidades de segurança. Assim como os profissionais deverão ser treinados para o uso dos diversos tipos de equipamentos

(GUIMARÃES et al, 2005).

A oferta dos EPI é dever do empregador, pois se constitui num direito do trabalhador garantido pela Norma Regulamentadora 32 (BRASIL,2005).

A NR 32 evidencia a importância social do trabalho de saúde, definindo como estabelecimentos de atenção à saúde, as edificações em que são prestadas assistência à saúde da população, em qualquer nível de complexidade. No entanto a sua implantação não tem sido valorizada nas instituições de atenção básica, predominando as desenvolvidas no âmbito Hospitalar (DAVID et al., 2009).

Dentre as condutas que podem vir a minimizar e até eliminar os riscos estão: o uso de EPI, como recurso à precaução de acidentes de trabalho ou doenças ocupacionais; a atenção que o trabalhador deve ter às atividades que realiza (exemplificada em lavagem das mãos, preparo de medicação com atenção, princípios de assepsia, uso de calçados adequados, entre outros, e o treinamento promovido pela instituição para a prevenção de acidentes e doenças ocupacionais (OLIVEIRA; MUROFUSE, 2001).

A indicação do uso de EPI denota conhecimento do risco presente no trabalho e da necessidade de proteção com o uso do equipamento. Ainda que este trabalhador possa negligenciar quanto ao uso do EPI, este deve conhecer a real utilidade do mesmo. O trabalhador necessita ser conscientizado no sentido de proteção e precaução. Deve-se valorizá-lo no que tange a sua eficiência, mas de forma que essa eficiência não se sobreponha a real necessidade de proteção a exposição ao risco.

- **Realização de atividade de lazer – vida saudável**

Nesta categoria emergiram algumas falas:

“Procurar se descontrair ao Maximo e levar uma vida saudável.” Entrevistado 7

“Realizo atividades físicas.” Entrevistado 15

"... eu gosto de praticar atividade de lazer, diversão, para que eu possa desligar desse meio de trabalho..." Entrevistado 9

"No momento eu ainda não estou, mas eu pretendo realizar atividades físicas." Entrevistado 8

Muitos benefícios são proporcionados pela realização da atividade física e de lazer. Dentre eles está a prevenção de problemas cardiovasculares, combate a obesidade, promoção do bem estar físico e maior integração social do indivíduo com seu meio, atua na melhoria da auto-estima, do auto-conceito, da imagem corporal, assim como na redução do estresse e da ansiedade (TELLES, 2008).

- **Negação/mecanismo de defesa**

A fala seguinte retrata esta negação:

Olha... nunca parei para pensar nisso! Eu tento não levar meus problemas daqui para casa, pois aqui tenho muitos problemas mentais, então eu tento ir para casa e me desligar do trabalho. Entrevistado 5

"Eu tento não me envolver muito que é o mais complicado porque a parte mais complicada, eu tento chegar em casa e não pensar. Tento resolver tudo aqui, e fazer minha parte, claro que assim, se você fez sua parte e não consegui é diferente de não ter tentado, mas assim pelo menos você tentou buscar a solução isso ameniza um pouco. Agora quando você fez sua parte, deu tudo que você podia e o problema continua você fica mais tranquila pelo menos você tentou". Entrevistado 18

No cotidiano de trabalho dos profissionais de Enfermagem, nos vários locais em que eles entram em contato com situações de dor, sofrimento, causados por vários fatores dentre estes, a carência social, as questões de violência, a

impossibilidade terapêutica nas condições atuais (levando a morte do individuo), observa-se a utilização de estratégia de enfrentamento, de defesa a fim de possibilitar sua permanência no trabalho.

Estudo realizado na área de urgência e emergência evidenciou que dentre os mecanismos utilizados está o distanciamento do problema como forma de proteção (DAL PAI e LAUTERT, 2009).

Neste estudo observa-se o uso da mesma estratégia só que dirigida a objetivo diferenciado, em vez de afastamento das situações de morte, observa-se a não identificação do risco na atividade gerencial e ao fato de não querer pensar na exposição ao risco, o que os impediria de trabalhar.

Em muitas situações os Enfermeiros fazem uso de mecanismos de defesa.

Tais mecanismos são maneiras ou métodos que o individuo utiliza para se defender psicologicamente. Eles são desenvolvidos ao longo da vida da pessoa, por meio da interação da pessoa com o meio ambiente, com outras pessoas. Esses processos tornam-se processos racionais, automáticos.

Os mecanismos de defesa são usados tanto por pessoas sadias ou não; os métodos em si não podem ser considerados sadios ou não sadios; a maneira pela qual a pessoa faz uso do mecanismo e o resultado provocado pelo seu uso, observado no comportamento da pessoa é que poderá ser considerado sadio ou não (TAYLOR, 1992).

A principio os mecanismos de defesa apresentam, como reação imediata, a negação.

> […] o individuo exclui da consciência experiências, emoções e ideias desagradáveis ou indesejáveis. Nenhum de nós suporta ver a si mesmo constantemente exposto, com todas as faltas aparecendo, por isso aprendemos a manter fora de nossa consciência as coisas que consideramos insuportáveis em nós mesmos e em nossas vidas. A pessoa não sobreviveria ao constante bombardeio de estímulos sensoriais que a rodeiam por isso ela simplesmente exclui uma parte deles e deixa passar só aquilo que aguenta;" (IRVING,1979, p. 47).

Se o trabalhador não pensa no problema, não o enfrenta porque tenta se afastar dele. Esse fato colabora para que permaneça na presença de fatores de risco, expondo-se sem proteção.

Com ênfase na prevenção dos riscos pode-se destacar que, qualquer

proposta deve conter, em seu âmago, a organização do processo de produção com todas as suas interfaces, e pormenorizá-la em todos os seus aspectos de determinação estrutural e conjuntural. Não basta identificar empecilhos e propor superações técnicas. O compromisso de mudança deve conter o paradigma do direito à vida (OLIVEIRA; VASCONCELLOS, 1992).

Assim como a assistência à saúde pressupõe a integração de ações dos vários setores envolvidos com a área. É preciso relacionar os princípios utilizados a saúde como um todo com a área da saúde dos trabalhadores. É preciso integrar as ações de forma a atender aos propósitos de planejamento e execução de política pública para a atenção à saúde do trabalhador (MENDES, 1986 in OLIVEIRA; VASCONCELLOS, 1992).

A Política de Saúde do Trabalhador deve compreender a Política de Saúde, com todas as suas interfaces, e pormenorizá-la em todos os seus aspectos de determinação estrutural e conjuntural. Pressupõe a busca das questões relacionadas à organização do processo de produção e projetá-las na realidade nacional em que se expressa, onde o desrespeito ao trabalhador ultrapassa os limites institucionais. Não basta identificar empecilhos e propor superações técnicas. O compromisso de mudança deve conter **o paradigma do direito à vida**. (OLIVEIRA; VASCONCELLOS, 1992).

7 CONCLUSÕES

Os objetivos propostos na investigação sobre riscos do trabalho do Enfermeiro que atua na Rede Básica de Atenção a Saúde em um município do estado do Rio de Janeiro foram alcançados.

Dos vinte Enfermeiros, sujeitos deste estudo, a maioria é do sexo feminino; encontra-se na faixa etária, de 30 a 34 anos e na faixa de 25 a 34 anos; têm de 1 a 5 anos de formado e o mesmo tempo de atuação na rede básica. Constatou-se que a maioria possui curso de pós-graduação *lato sensu* e apresenta qualificação especifica para a área de atenção básica após a realização de cursos de especialização, o que coloca esses profissionais em destaque em relação aos demais enfermeiros do país.

O trabalho realizado pelos Enfermeiros é intenso e realizado em equipe; com ações articuladas e complementares de natureza gerencial, assistencial e educativa.

A atividade gerencial envolve: a gerência da assistência e da unidade. Com relação à atividade de gerência, há articulação entre o fazer e os meios de execução, ou seja, o Enfermeiro, neste estudo revelou ser o gerente assistencial, da equipe como um todo.

A categoria assistencial foi dividida em quatro subcategorias: assistência geral; individual; atividades com famílias/comunidade e assistência vinculada a promoção e prevenção em saúde.

A ação educativa presente no trabalho foi apresentada como vinculada a equipe e a comunidade.

A educação, para a comunidade possui dois tipos de ação um para a promoção à saúde no sentido da prevenção. Assim, tanto para a equipe quanto para a comunidade a educação relaciona-se à autonomia que permite a escolha com base no conhecimento.

No trabalho do Enfermeiro constatou-se vários riscos dentre eles as superposição de função, o que faz com que este profissional tenha uma sobrecarga de atividades. Aparece nesse perfil à natureza das associações aos aspectos de gerência a vinculação da atividade com a incapacidade de solucionar os problemas sociais da população.

O conceito de risco emergiu sob a forma de perigo, apresentado em sete subcategorias: um mal para as pessoas; agravo; desestrutura; algo presente na atividade laboral; algo que contamina; envolvimento emocional com conflitos sociais;

condições do ambiente. Percebeu-se a associação de perigo com a atividade profissional, revelado na correlação a contaminação, ao envolvimento emocional, limitações profissionais, a conflitos emocionais ligados a condições físicas do ambiente e as questões do processo de trabalho.

Emergiram seis categorias em relação aos riscos ocupacionais existentes no trabalho dos Enfermeiros (biológico, mecânico, psicossocial, ergonômico, de acidente de trajeto; negação/mecanismo de defesa), sendo que o ultimo não é considerado um risco ocupacional.

Dentre os riscos mencionados, os de natureza psicossocial parecem ser os que provocam mais implicações à saúde desses trabalhadores, pois, vinculam-se as condições sociais e nestas são vivenciadas cotidianamente, questões relativas à violência, à presença de narcotráfico, assim como as situações de violência contra a mulher e à criança. É contatada a carência de saúde originada de uma população adoecida, que faz com que o Enfermeiro busque com os recursos que dispõe soluções de geração de renda, fornecimento de cestas básicas, soluções essas ainda que temporárias, não vão solucionar a questão da população, mas demonstra o olhar sensível desse profissional aos seres humanos sob os quais tem a responsabilidade de atenção à saúde.

As estratégias para minimização dos riscos englobam: capacitação para o trabalho; planejamento/organização do serviço; uso de equipamento de segurança; realização de atividades de lazer/vida saudável; negação/mecanismo de defesa.

Tem-se, então, que o pressuposto elaborado para o presente estudo não foi confirmado em sua totalidade uma vez que, os enfermeiros que atuam na rede básica de atenção a saúde vinculados a ESF não possuem conhecimento sobre todos os ricos ocupacionais presentes na realização de suas atividades, assim como, as estratégias apresentadas por eles não são eficazes para a minimização dos mesmos.

Reconhecer a prática profissional do Enfermeiro do PSF/ESF com presença evidenciada dos aspectos sociais o coloca em posição de agente promotor de saúde à comunidade em que está inserido.

Referenciando aos riscos identificados no trabalho do Enfermeiro é essencial a busca de condições de trabalho adequadas, com o uso de medidas de precaução, pois, presume a atenção adequada para a realização do trabalho. Para esta afirmativa utilizou-se a teoria global do risco, pois, mesmo que estes

profissionais conheçam parte dos riscos e de medidas de minimização, estes permanecem trabalhando a despeito das suas condições laborais.

Como contribuição a essa reflexão é preciso reconhecer como da natureza humana, a exposição ao risco. Cabe aos cientistas buscar os meios que contribuam para que as pessoas de posse da informação - a principal arma de defesa - possam exercer plenamente o princípio da autonomia, que lhes permitirá escolher os meios de proteção, as armas adequadas e assim saindo da condição de vulnerabilidade para sujeito ativo na manutenção de sua própria saúde.

As limitações do estudo residem no fato dele permanecer circunscrito à uma realidade regional, não se podendo generalizar seus resultados aos demais Enfermeiros que atuam no PSF/ESF do país. Outro fator peculiar é relacionado à predominância dos riscos de natureza psicossocial como a exposição à violência que talvez não seja a realidade para todo o território nacional. Para que tais restrições possam ser anuladas recomenda-se a ampliação de estudos acerca dessa temática, com abrangência nacional, de maneira que possibilite à construção de recursos que favoreçam a informação sobre os riscos ocupacionais existentes no trabalho dos Enfermeiros que atuam na rede básica de atenção à saúde, vinculados ao PSF/ESF.

Assim como a ESF está posta como o modelo de reorientação a saúde da população é preciso que ela seja voltada para os seus executores. É necessário que a saúde dos trabalhadores esteja inserida neste contexto no sentido de promoção a saúde e assim voltada para a promoção à vida.

REFERÊNCIAS

ACSELRAD, H.; HERCULANO, S.; PADUA, J. A. **Justiça ambiental e cidadania**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

ALBUQUERQUE, M. I. N.; CARVALHO, E. M. F.; LIMA, L. P. Vigilância epidemiológica: conceitos e institucionalização. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 2, n. 1, p. 7-14, jan./abr. 2002.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. (Orgs.). **O trabalho de Enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1997.

ALMEIDA, V. V. P. **A saúde mental dos enfermeiros:** O sofrimento psíquico do trabalhador na percepção dos enfermeiros residentes. Toledo: Calass, 2002.

ALMEIDA, V. C. F.; DAMASCENO, M. M. C.; ARAUJO, T. L. Saúde do trabalhador de saúde: análise das pesquisas sobre o tema. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 58, n. 3, jun. 2005. Disponível em: ttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jul. 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo** Lisboa: Edições 70, 2004.

BECK, U. **Risk society towards a new modernity**. London: SAGE, 1992.

_____. Retorno a la teoría de la "Sociedad del Riesgo. **Bol. AGE.,** Madrid, n. 30, p. 9-20, 2000.

BENAVIDES, FG; RUIZ-FRUTOS, C e GARCIA, AM. Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. *Rev. Esp. Salud Publica* [online]. 2001, vol.75, n.1, pp. 00-00.

BENATTI, M. C. C. Acidentes do trabalho entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, jun. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342001000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 ago. 2009.

BERNIK, W. M. D. **Stress**: o assassino silencioso. São Paulo, 23 set. 1997. Disponível em: http:/www.cadê.com.br. Acesso em: 23 set. 1997

BESEN, C. B. et al . A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 57-168, jan./abr. 2007.

BOIX, P. et al. **Percepciones y experiencias:** la prevención de los riegos laborales desde la óptica de los trabajadores. Madrid: Ed. ISTAS, 2001.

BOIX, P.; VOGEL, L. **La evaluación de riesgos en los lugares de trabajo**. Guía para una intervención sindical. Madrid: Ed. ISTAS , 1989.

BOURGUIGNON, D. R. et al. Como é o trabalho da gente? Pesquisa com os trabalhadores de enfermagem do Hucam. **Rev. Sintufes**, Vitória,ES 2000.

BRASIL. Agência Brasil. Acidentes no trajeto casa-trabalho foram os que mais aumentaram em quatro anos por Irene Lobo e Juliana Andrade, repórteres da Agência Nacional, 2007. Disponível em: http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2007/07/27/materia.2007-07-27. 9365928004/view>. Acesso em: 18/07/2009

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Higienização das mãos em serviços de saúde**. Brasília: Anvisa, 2007.

BRASIL. Ministério da Previdência. **Conceito definições e caracterização do acidente do trabalho, prestações e procedimentos**. mar. 1999. Disponível em: <http:www.1.previdencia.gov.br/pg_secundarias/paginas_perfis/perfil_Empregador_10_04_A5.asp>. Acesso em: 10 de julho de 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde – Carta de Ottawa.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/05.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **A implantação da unidade de saúde da família.** Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 196/96.** Brasília, DF: OPS/OMS, 1996

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). Saúde da Família. Atenção Básica a Saúde da Família 2009. Disponível em: <http://dtr2004.saúde.gov.br/dab/atencaobasica.php>. Acesso em: 10.ago.2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Criação saúde da família**. 1993 Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=360>. Acesso em: 13 ago. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Saúde do Trabalhador – COSAT. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador:** proposta para consulta pública: documento em elaboração, versão preliminar para discussão. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde Educação Permanente. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** 2004 Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Dra profissional/area.cfm?id_area=1265. Acesso em: 13 ago. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n°648, de 28 de Março de 2006**. Apura a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria n° 485, de 11 de novembro de 2005 Aprova a Norma Regulamentadora n.º 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 nov. 2005. Seção 1.

BRASIL - Ministério do Trabalho e emprego - NR 9 - PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS Publicação D.O.U.Portaria GM n.º 3.214, de 08 de junho de 1978 06/07/78 Alterações/Atualizações D.O.U. Portaria SSST n.º 25, de 29 de dezembro de 1994 30/12/90

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora 17- Ergonomia (117.000-7) 2009. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_17.asp). Acesso em: 10 de julho de 2009

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**: versão pronta após sugestões, incluída as sugestões do seminário preparatório, dos AFTs e das DRTs. Brasília, DF, 2004.

BRITO, J. C.; PORTO, M. F. S. **Processo de trabalho, riscos e cargas à saúde.** Texto de suporte ao Curso de Especialização de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana. Rio de Janeiro: CESTEH/ENSP/FIOCRUZ, 1990.

BULHÕES, I. **Riscos do trabalho de enfermagem.** 2. ed. Rio de Janeiro, 1988 1994.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CALERA, A. A. C. C. **La prevención de riesgos en los lugares de trabajo**. 3. ed. Madrid: Paralelo Edición, 2001.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Riscos psicossociais relacionados ao trabalho das equipes de saúde da família: percepções dos profissionais. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 502-7, out./dez. 2007.

CAMPOS, A. L. A.; GUTIERREZ, P. S. G. A assistência preventiva do enfermeiro ao trabalhador de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 58, n. 4, p. 458-61, ago. 2005.

CARAN, V. C. S. **Riscos psicossociais e assédio moral no contexto acadêmico.** 2007. 188 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

CARVALHO, M. B.; FELLI, V. E. A. O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. **Rev. Latinoam. Enferm.,** Ribeirão Preto, v.14, n.1, p. 61-69, 2006.

CASTIEL, L. D. Ariadne, Dédalo e os bondes do tigrão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1277-1311, nov.-dez. 2001.

CASTIEL, L. D. Parábolas, parabólicas: testagens genéticas preditivas, construções sociais de risco e a relação profissionais da saúde/meios de comunicação de massa. **Hist. Cienc. Saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2,p. 311-29, oct. 1998.

CASTIEL, L. D. Vivendo entre exposições e agravos: a teoria da relatividade do risco, **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 237-264, jul./out. 2006.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005.

CHIODI, M. B.; MARZIALE, M. H. P.; ROBAZZI, M. L. C. C. Acidentes de trabalho com material biológico entre trabalhadores de unidades de saúde pública. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000400017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 ago. 2009.

CHIODI, M. B.; MARZIALE, M. H. P. Riscos ocupacionais para trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde: revisão bibliográfica. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v.

19, n. 2, p. 212-217, jun. 2006.

COLLIÈRE, M.-F. **Promover a vida - da pratica das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem.** Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses/Lidel1999.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P. et al. **Saber preparar uma pesquisa**. Tradução Silvia Ribeiro de Souza. 2.ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC, 1997.

COTTA, R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 15, n. 3, p. 7-18, set. 2006.

CZERESNIA, D. Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 447-455, mar./abr. 2004.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 39-53.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.11, p. 1163-1178, 2006. Suplemento. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 set. 2009.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L. Estratégias de enfrentamento do adoecimento: um estudo sobre o trabalho da enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 60-5, fev. 2009.

DAVEL, E. et al. **Recursos humanos e subjetividade**. Petrópolis: Vozes, 1997.

DAVID, H. M. S. L. et al. Organização do trabalho de enfermagem na Atenção Básica: uma questão para a saúde do trabalhador. **Texto Contexto-Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 206-214, abr./jun. 2009.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho, estudo de psicopatologia**. Tradução de Ana Isabel Paraguay e Lucia Leal Ferreira. São Paulo: Oboré, 1992.

DI GUILIO, G. M.; PEREIRA, N. M.; FIGUEIREDO, B. R. O papel da mídia na construção social do risco: o caso Adrianópolis, no Vale da Riseria. **Hist. Ciênc. Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. ?-?, 2008.

DUSILEK, D. **A arte da investigação criadora**. 9. ed. Rio de Janeiro: Junta de Educação Religiosa e publicações, 1999.

ERMEL, R. C.; FRACOLLI, L. A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 533-539, 2006.

FARIAS, S. N. P.; MAURO,M. Y. C.; ZEITOUNE, R. C. G. **Riscos no trabalho e agravos à saúde dos trabalhadores de Enfermagem de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: EEAA/UFRJ, 2005.

FARIAS, S. N. P.; ZEITOUNE, R. C. G. Riscos no trabalho de enfermagem em um centro municipal de saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 167-74, 2005.

FERREIRA, C. V. L. **Estudo epidemiológico das doenças mentais em hospital no sul de Santa Catarina.** 1975. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - PUC-CAMP, Campinas.

FERREIRA, M.C; MENDES, A.M. "Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor": atividade de atendimento ao público e prazer – sofrimento no trabalho. **Estud. psicol**. (Natal), v.6, n.1, jan-fev, 2001.

FISHER, F. M. **Tópicos de saúde do trabalhador.** São Paulo: HUCITEC, 1989.

FREGALI FILHO, R.; FONTAINHA, F. C. Informática nos tribunais e a teoria risco global. **Liinc Rev**., Brasília, DF, v. 1, n. 7, p. 128-147, set. 2005.

FUNTOWICZ, S.; RAVETZ,J. **Post-Normal Science -Internet Encyclopedia of Ecological Economics - Institute for the Protection and Security of the Citizen** (IPSC), European Commission - Joint Research Centre (EC-JRC), TP 268, 21020 Ispra (VA) – February 2003 Italy. Research Methods Consultancy, London, England. Disponível em: <http://www.ecoeco.org/pdf/pstnormsc.pdf>. Acesso em: 20 abril 2009

GARANHANI, Mara Lúcia, MARTINS, Júlia Trevisan, ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz *et al*. **O trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva: significados para técnicos de enfermagem.** *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)*. [online]. ago. 2008, vol.4, no.2 [citado 02 Outubro 2009],

GELBCKE, F. L. et al . Trabalho, saúde, cidadania e enfermagem: produção do conhecimento do Grupo Práxis. **Texto Contexto-Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, dez. 2008. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jul. 2009.

GOLDIM, J. R. **Risco - bioética e ética na ciência. 2001.** Disponível em*:* <**h**ttp://www.ufrgs.br/bioetica/risco.htm>. Acesso em: 4 maio 2009.

GUERIN, S. et al. **Comprendre le travail pour les transformer**. Mntrouge: Anact, 1991.

GUILAM, M. C. R. **O conceito de risco - Sua utilização pela Epidemiologia, Engenharia e Ciências Sociais**. Esterisco sobre tecnobiociencias e risco na sociedade contemporânea. Julho de 1996. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/projetos/esterisco/maryfim1.htm>. Acesso em: dez. 2009

GUIMARAES, R. M. et al. Fatores ergonômicos de risco e de proteção contra acidentes de trabalho: um estudo caso-controle. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 8,n. 3, p. 282-294, set. 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) - Estimativas da população para 1º. de julho de 2008 (PDF).http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1 capturado em 28 de agosto de 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) Ranking decrescente do IDH-M dos municípios do Brasil, 2000 http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M%2091%2000%20Ranking%20decrescente%20(pelos%20dados%20de%202000).htm , capturado em 28 de agosto de 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) Produto Interno Bruto dos Municípios 2002 - 2005 http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2005/tab01.pdf capturado em 28 de agosto de 2008

IRVING, S. Enfermagem psiquiátrica básica. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979. Tradução Fernando Diniz Mundin e Maria Dolores Lins de Andrade. 2. ed.

L'ABBATE, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 481-490, out./dez. 1994 .

LA MENDOLA, S. O sentido do risco. **Tempo Social, Rev. Sociol. USP**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 59-91, nov. 2005. Tradução Noberto Luis Guarinello.

LEOPARDI, M. T. **Processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade- 2. ed. Florianópolis: Papalivros/UFSC/Pós Graduação em Enfermagem, 1999.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. Florianópolis: UFSC/Pós Graduação em Enfermagem, 2002.

LIEBER, R. R. O princípio da precaução e a saúde no trabalho. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 124-134, dez. 2008.

MARQUES, D.; SILVA, E. M. A enfermagem e o programa saúde da família: uma parceria de sucesso? **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 5, p.545-550, set./out. 2004.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 ago. 2009.

MARTINS, J. T. **Prazer e Sofrimento no trabalho do enfermeiro em unidades de terapia intensiva**: estratégias defensivas. 2008. ? f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

MAURO, M. Y. C.; VEIGA, A. R. Problemas de saúde e riscos ocupacionais: percepções dos trabalhadores de enfermagem de unidade materna infantil. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1,jan. 2008. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522008000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 9 ago. 2009.

MAURO, M. Y. C. Riscos ocupacionais em saúde. **Rev. Enferm. Cient.,** Rio de Janeiro, n. 2, p. 7-22, 1994.

MAURO, M. Y. C. et al. Riscos ocupacionais em saúde. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 12, p. 338-45, 2004.

MEIRELLES, N. F. **Estresse ocupacional e o centro cirúrgico oncológico no contexto da enfermagem.** 2002. 173 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

MELLO, I. M. A loucura do trabalho: algumas questões para se refletir a respeito dos trabalhadores da enfermagem psiquiátrica. **Rev. Enferm. Complexo HCFMUSP**, São Paulo, v. 2, n.3-4, 1998.

MENDES, R.; DIAS, E. C. - **Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador.** Revista de Saúde Pública. 25(5): 341-349. São Paulo, 1991.

MIELNIK, I. **Higiene mental do trabalho.** São Paulo: Artes Médicas, 1976.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 21-32, 1997. Suplemento 2.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. (Saúde em Debate, 46).

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa Social - Teoria, Método e Criatividade**. 9. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MIRANDA, C. R. **Ataque ao mundo do trabalho:** terceirização e seus reflexos na segurança e saúde do trabalhador. Ano? <http://www.saudeetrabalho.com.br/download/ataque-miranda.doc>. Acesso em: 28 jul. 2009.

MOURA, F. de J. M. de **O mundo do trabalho da enfermeira no Programa Saúde da Família: riscos e desgastes no enfrentamento da violência estrutural** Tese Doutorado EEAN UFRJ 145p. 2005 Rio de Janeiro

NAPOLEAO, A. M. A. et al. Causas de subnotificação de acidentes do trabalho entre trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3,p. 119-120, jul.2000.

NEFFA, J. C. **Que son las condiciones y medio ambiente de trabajo? Propuesta de uma nueva perspectiva.** Buenos Aires: Editorial Humanitas, 1988.

NIOSH THE NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH (NIOSH|CDC). *About NIOSH. Disponível em: http://www.cdc.gov/niosh/.* Acesso em: 12 ago. 2009.

NUNES, M. B. G. - **Estresse dos trabalhadores de enfermagem:** estudo em uma Unidade Psiquiátrica. 2000. 110 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000 xiv,110 p. ilus, tab, graf.

_____MAURO, M. Y. C.; CUPELLO, A. J. **Ambiente de Trabalho Saudável: Contribuição de um programa para promoção da saúde em uma unidade de saúde mental no Rio de Janeiro.** Pesquisa apresentada no XII Congrés de L'alass – Calass, Lyon/França, 2001.

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. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, jan. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 ago. 2009.

OLIVEIRA, M. H. B.; VASCONCELLOS, L. C. F. Política de saúde do trabalhador no Brasil: muitas questões sem respostas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, jun. 1992. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1992000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 jul. 2009.

OLIVEIRA, R. G.; MARCON, S. S. Opinião dos enfermeiros a cerca do que é trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto,[online]. jun. 2007 2007, vol.15, n.3, pp. 431-438.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Consejo Internacional de Enfermeras. Directivas para hacer frente a la violencia en el lugar de trabajo. In: NOME DO EVENTO, 1994, Local. **Anais...** Genebra: Editora, 1994

_____. Directivas: derechos y Lugar de Trabajo – La protección de los intereses del personal de Enfermería. In: NOME DO EVENTO, 1991, Local. **Anais...** Genebra: Editora, 1991

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). Llamado a la acción de Toronto: 2006-2015: Hacia una década de recursos humanos en salud para las Américas. In: REUNIÓN REGIONAL DE LOS OBSERVATORIOS DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD, 7., 2005, Toronto. **Proceedings**. Toronto: OPAS, 2005. 9 p.

OMS- OPASS LLAMADO A LA ACCIOÓN DE TORONTO-2006-2015;Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas -Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud, 4-7 de octubre de 2005

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). 49º Assembléia Mundial da Saúde – relatório. 2007

OPAS/OMS - Relatório Mundial sobre a Violência e a Saúde: 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE carta de otawa - PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE Ottawa, novembro de 1986 http://www.opas.org.br/coletiva/uploadarq/ottawa.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Repercussão da violência na saúde das populações americanas.** 44º Conselho Diretor. 55ª Sessão do Comitê Regional Washington, DC, 2003. Disponível em: <http://amro.who.int/portuguese/gov/cd/cd44-15-p.pdf>. Acesso em: 18 set. 2009.

ORTIZ, G. C. M.; PATIÑO, N.A.M. El estrés y su relación con las condiciones de trabajo del personal de enfermería. **Rev. Investig. Educ. Enferm.**, Medellín, v. 9, n. 2, 1991. p. 83-99. Suplemento.

OTERO, G. J. J. **Riesgos del trabajo del personal sanitario**. 2. ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 1993.

PASSOS, J. P.; CIOSAK, S. I. A concepção dos enfermeiros num processo gerencial unidade básica de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP,** São Paulo, v. 40, n. 4, p. 464-468, dez. 2006 .

PEDUZZI, M. A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família na perspectiva de promoção de saúde. In: Seminário Estadual: o enfermeiro no programa de saúde da família, 1., 2000, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2000. p. 1-11.

PINHEIRO, M. **Estresse**. 2000. Disponível em http://www.geoticies.com/hotsprings/oasis/8478/estresse/html. Acesso em: 25.jan.2000.

PIRES,M.R.G.M. ; GÖTTEMS,L.B.D. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília 2009, mar-abril: 62(2): 294-9.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VOLTA REDONDA - PortalVR – Mais saúde para Volta Redonda – Secretaria Municipal de Saúde
http://www.voltaredonda.rj.gov.br/ capturado em 28 de agosto de 2009

PORTO, M. F. S. et al. Abordagens ecossociais: pensando a complexidade na estruturação de problemas em saúde e ambiente. In: ENCONTRO DA ANPPAS, 2., 2004, Indaiatuba. **Anais...** Indaiatuba: Associação de Pós Graduação em Ambiente e Sociedade, 2004.

PORTO, M. F. Saúde do trabalhador e o desafio ambiental: contribuições do enfoque ecossocial, da ecologia política e do movimento pela justiça ambiental. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4,dez 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 ago. 2009.

REZENDE, M. P.; et al **Riscos físicos e sua identificação por auxiliares de enfermagem de hospital de ensino do estado de Minas Gerais, Brasil** Rev Enferm UFPE on line. 2009 jul/set;3(3):152-159

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise and BLANK, Vera Lúcia G.. **A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2004, vol.20, n.2, pp. 438-446.

ROBAZZI, M. L. C. C.;BARROS JUNIOR, J. C. A Norma Regulamentadora 32 e suas implicações sobre os trabalhadores de Enfermagem. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p. 834-6, set.-out. 2004.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, dez. 2000.

ROCHA, C.E. da; NUNES, M.B.G. **Riscos Biológicos em Unidade Básica de Saúde: a exposição dos trabalhadores de enfermagem –** trabalho monográfico de conclusão de curso de garduação em enfermagem, UniFOA, Volta Redonda,2008.

SANTOS, V. C.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. A relação trabalho/saúde de enfermeiros de PSF´s no município de São Paulo. **Revista. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, p. 777-81, 2007. Número especial.

SARQUIS, L. M. M.; FELLI, V. E. A. Acidentes de trabalho com instrumentos perfurocortantes entre os trabalhadores de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 36 n. 3,set. 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342002000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 ago. 2009.

SCHRAIBER L. B.; D'OLIVEIRA A. F. P. L.; COUTO M. T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, p. 112-20, 2006. Número especial.

SECCO, I.A.O. et al. A Equipe de Enfermagem de Hospital Escola Público e os Acidentes de Trabalho com Material Biológico. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 24, p. 31-36, jan./dez. 2003

SECCO, I.A.de O. Acidentes e cargas de trabalho dos trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do norte do Paraná EERP, Ribeirão Preto, 2006 264 p. + anexos Tese (Doutorado)

SELIGMANN-SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro: Cortez, 1994.

SILVA, A. C. B.; ATHAYDE, M. O Programa de Saúde da Família sob o ponto de vista da atividade: uma análise das relações entre os processos de trabalho, saúde e subjetivação. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 33, n. 117, p. 23-35, 2008.

SOERENSEN, A. A. et al. Atendimento Pré hospitalar móvel: fatores de riscos ocupacionais. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 187-92, abr./jun. 2008.

SPINK, M. J. P. et al . Usos do glossário do risco em revistas: contrastando "tempo" e "públicos". **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722008000100001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jul. 2009.

STUART, G. W.; LARAIA, M. I. **Enfermagem psiquiátrica**: princípios e práticas. 6. ed. Tradução Dayse Batista. Porto Alegre: Artmed, 2001.

TAKEDA, E. **Tuberculose:** um estudo de sua situação entre pacientes internados e equipe de enfermagem de um hospital. 1996. 157 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1996.

TAYLOR, C. M. Manual de enfermagem psiquiátrica de Mereness. Tradução Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TEIXEIRA, R. C.; MANTOVANI, M. F. Enfermeiros com doença crônica: as relações com o adoecimento, a prevenção e o processo de trabalho. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2,jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200022 &lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 ago. 2009.

TELLES, S. H. **Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde e estratégias de enfrentamento**. 2008. 147 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Rede de Prevenção de Acidentes com Material Biológico em Hospitais Brasileiros (REPAT). **Introdução**. 2009. http://repat.eerp.usp.br/projeto/index.php?f=introducao.htm>. Acesso em: ago. 2009.

VEIGA, A. R. **Condições de trabalho, fatores de risco e problemas de saúde percebidos pelo trabalhador de enfermagem hospitalar.** 2007. 120 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.

VELLOSO, M. P.; VALADARES, J. C.; SANTOS, E. M. A coleta de lixo domiciliar na cidade do Rio de Janeiro: um estudo de caso baseado na percepção do trabalhador. **Ciênc. Saúde Coletiva**,Rio de Janeiro, v. 3,n. 2, p.143-150, 1998.

VILLAS BOAS, L. M. F. M.; ARAÚJO, M. B. S.; TIMÓTEO, R. P. S. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. **Ciênc. Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 13 n. 4, p. 1355-1360, jul./ago. 2008.

WEIRICH, C. F. et al. O trabalho gerencial do enfermeiro na rede basica de saúde **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 249-57, abr./jun. 2009.

WISNER, A. **A inteligência no trabalho** - textos selecionados de ergonomia. Tradução de Roberto Leal Ferreira. São Paulo, FUNDACENTRO, 1994, 191p.

XELEGATI, R. et al. Riscos ocupacionais químicos identificados por enfermeiros que trabalham em ambiente hospitalar. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, Apr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 ago. 2009.

APÊNDICES

APENDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Decreto 93.933 de 14/01/1987, Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde)

Prezado (a) ENFERMEIRO(a)

Venho convidar-lhe a participar, como voluntário da pesquisa denominada: *"*RISCOS OCUPACIONAIS NO TRABALHO DO ENFERMEIRO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA*"*. Meu nome é Marcia Batista Gil Nunes, sou aluna do Programa Interunidades de Doutoramento em Enfermagem da Escola de Enfermagem / Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EE/EERP/USP) - "Enfermagem Enquanto Prática Social Profissional" e responsável pela pesquisa.

Esta etapa do estudo tem por objetivo coletar informações sobre riscos, riscos ocupacionais, trabalho do Enfermeiro no Programa de Saúde da Família e estratégias para minimizar os riscos. Para tanto, precisaremos da sua colaboração, respondendo a perguntas fechadas e entrevista semi-estruturada, sendo algumas questões sobre: dados pessoais, de seu trabalho e as outras quatro versando sobre a temática risco. A entrevista será gravada e transcrita para análise.

Não haverá benefícios diretos para você por participar da pesquisa, mas esperamos gerar conhecimentos novos para entender, prevenir ou aliviar possíveis problemas que poderão afetar a sua saúde, assim como de outros enfermeiros que atuam no Programa de Saúde da Família. Não haverá riscos com sua participando na pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, o Sr.(a) poderá ter acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimentos de antes e durante o curso da pesquisa sobre a metodologia informando eventuais dúvidas. É garantida: a liberdade para que haja desistência da participação a qualquer momento da fase da pesquisa sem penalização alguma e sem prejuízos no seu trabalho, o direito do Sr.(a) ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa e também a garantia do sigilo que assegure a sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Não haverá ressarcimento decorrente de sua participação nesta pesquisa.

Caso concorde em participar é preciso assinar este termo, que está em duas vias, uma delas é sua, e a outra do pesquisador.

Antecipadamente agradecemos,

Márcia Batista Gil Nunes
Autor da pesquisa

Dra. Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi
Orientadora da pesquisa

Eu _____
Rg ou CPF: _____, concordo em participar da pesquisa, por livre e espontânea vontade, permitindo que as informações que prestarei sejam utilizadas para o desenvolvimento da mesma. Declaro ter compreendido as informações oferecidas pelos pesquisadores, estando ciente dos objetivos e benefícios dessa pesquisa. Concordo com a publicação dos dados que tenham relação com o estudo, pois os resultados encontrados poderão beneficiar outras pessoas com problemas semelhantes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas, que possuirei uma cópia desse documento e que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo a minha pessoa, assim como me é assegurado à privacidade com a garantia do sigilo.

_____ Data: ____/_____/_____
Assinatura do participante

Contato: Marcia Batista Gil Nunes
E-mail: marciagil@uol.com.br
Pelo telefone: (24)98398162.
No endereço: Rua Ari Parreiras, n. 36 casa 9 - Ano Bom - Barra Mansa-RJ, CEP: 27301-970

APENDICE B - Ofício de encaminhamento à Secretaria Municipal de Saúde

Ilma. Sra.
Giselle Confot Bandeira
Secretária Municipal de Saúde do município de Volta Redonda.

Vimos encaminhar à V. Sª, para apreciação e aprovação o projeto de pesquisa intitulado "Riscos Ocupacionais do trabalho do enfermeiro do Programa de Saúde da Família" a ser realizado como requisito exigido para conclusão do curso de Doutorado em Enfermagem, do Programa Interunidades de Doutoramento em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo.

Nestes termos, pede deferimento.

Ribeirão Preto, 25 de abril de 2008.

Atenciosamente,

_____
Marcia Batista Gil Nunes

_____
Profª. Dra. Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi (Orientadora)

ANEXO

REITORIA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS/CoEPS
Registro SIPAR – Ministério da Saúde: 25.000.158.694/2007-89

CoEPS
Processo Nº 162/08
Volta Redonda, 25 de outubro de 2008.

DO: CoEPS
Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos

Fundação Oswaldo Aranha
Protocolo nº 051493
Data: 11 / 12 / 08
Assinatura: Manuela

PARA:
Profa. Márcia Batista Gil Nunes
Curso de Enfermagem / UniFOA
Profa. Dra. Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Prezadas Professoras:

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CoEPS) do UniFOA, após avaliação de análise crítica envolvendo os aspectos éticos declara que o projeto intitulado "**Riscos ocupacionais no trabalho do Enfermeiro no Programa de Saúde da Família**", foi aprovado.

Vale ressaltar que, uma vez aprovado, o CoEPS passa a ser co-responsável pelo projeto no que tange aos aspectos éticos da pesquisa.

Atenciosamente,

Prof. Marcello Genestra
Presidente do Comitê de Ética / CoEPS
UNIFOA
DEMEC 29020021458/99-10

:: www.unifoa.edu.br ::

SEDE: Campus Três Poços
Av. Paulo Erlei A. Almeida, 1325
Três Poços – V. Redonda – RJ
CEP: 27261-901
Tel.: (24) 3341-8400

Campus Aterrado
Av. Lucas Evangelista, 862
Aterrado – V. Redonda – RJ
CEP: 27215-630
Tel.: (24) 3318-7700 / 3318-7805

Campus Colina – Anexo I SUB
R. Nossa Sra. das Graças, 273
Colina – V. Redonda – RJ
CEP: 27203-610
Tel.: (24) 3341-8400

Campus Vila
R. M. nº 45
Vila Sta Cecília – V. Redonda – RJ
CEP: 27260-410
Tel.: (24) 3341-8001

Campus Tangerinal
R. 28, nº 316
Tangerinal – V. Redonda – RJ
CEP 27250-191
Tel.: (24) 3348-1101 / 3348-1114