



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

ALEXANDRE BEZERRA SILVA

**RISCOS OCUPACIONAIS DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

MOSSORÓ
2011

ALEXANDRE BEZERRA SILVA

RISCOS OCUPACIONAIS DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UNIDADES
DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Enfermagem em Saúde e Segurança do Trabalho.

Orientadora: Profª Ms. Édija Anália Rodrigues de Lima.

MOSSORÓ
2011

S578r

Silva, Alexandre Bezerra.

Riscos ocupacionais de profissionais de enfermagem em unidades de saúde da família/
Alexandre Bezerra Silva. – Mossoró, 2011.

63f.

Orientador: Prof. MS. Édija Anália Rodrigues de Lima

Monografia (Especialização em Enfermagem em Saúde e Segurança do Trabalho) – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró.

1.Riscos ocupacionais. 2. Saúde do trabalhador.
3. Enfermagem do trabalho. I. Título.

CDU 613.6

ALEXANDRE BEZERRA SILVA

RISCOS OCUPACIONAIS DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UNIDADES
DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Monografia apresentada pelo aluno Alexandre Bezerra Silva, do Curso de Especialização em Enfermagem em Saúde e Segurança do Trabalho, tendo obtido o conceito de _____, conforme apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Ms. Édija Anália Rodrigues de Lima – FACENE/FAMENE
Orientadora

Prof^ª. Ms. Ana Lúcia do Nascimento Pereira - FACENE
Membro

Prof^ª. Ms. Vilma Felipe Costa - FACENE
Membro

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A professora Ms. Édija Anália Rodrigues de Lima, minha orientadora, por ter acreditado em mim, e pelos ensinamentos transmitidos ao longo desta jornada, pela paciência e competência com que orientou este trabalho, o meu muito obrigado.

AGRADECIMENTOS

A Deus, ser supremo que segurou com o seu amor de pai, e enxugou minhas lágrimas nos momentos de choro.

A Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró, pela oportunidade de aperfeiçoar meus conhecimentos.

A todos os docentes do curso de Especialização em Enfermagem em Saúde e Segurança do Trabalho, pelos grandiosos ensinamentos.

À Secretária Municipal de Saúde de Upanema - RN, Maria da Conceição Medeiros Gondim, pela permissão em realizar este estudo.

Aos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, das equipes de Saúde da Família da cidade de Upanema - RN, pela disponibilidade e colaboração em me confiarem suas percepções e opiniões para que eu pudesse caminhar e concluir este estudo.

Às colegas de profissão enfermeiras, Salizete Sales, Eleonora Rodrigues, Regivânia Moura e Édino Fernandes, exemplos de companheirismo e solidariedade nesta caminhada.

À Anacilda Garcia, Sandra, Jane e Marcia Bezerra pela solidariedade, troca de experiências e ajuda mútua.

Aos meus irmãos Adriele Bezerra e Dandreyffson Bezerra, que me ajudaram neste trabalho com suas sugestões.

As professoras Ana Lúcia do Nascimento e Vilma Felipe Costa, pelas sugestões na perspectiva de aperfeiçoar essa pesquisa.

Aos meus pais Severino Bezerra de Oliveira, exemplo de batalha e busca de conhecimento, homem à frente do seu tempo, pai que não economizou esforços e que sonhou com a conquista do meu ingresso no ensino superior; e a minha mãe Maria de Fátima Silva, mulher frágil no corpo e forte na alma, pela formação que me deram, pela felicidade que certamente estão sentindo neste momento e por serem os responsáveis pelo que sou hoje.

Enfim, a todos que contribuíram direta e indiretamente com mais essa conquista em minha vida, o meu sincero agradecimento.

Renda-se como eu me rendi. Mergulhe no que
você não conhece. Como eu mergulhei. Não
se preocupe em entender, viver ultrapassa
qualquer entendimento.

Clarice Lispector

RESUMO

SILVA, Alexandre Bezerra. **Riscos Ocupacionais de Enfermagem em Unidades de Saúde da Família**. Mossoró, 2011. 63 f. Monografia (Especialização em Enfermagem em Saúde e Segurança do Trabalho). Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE), Mossoró/RN, 2011.

O presente estudo tem com objetivo geral investigar os riscos ocupacionais de profissionais de enfermagem em Unidades de Saúde da Família de um município do Rio Grande do Norte e como objetivos específicos: caracterizar a situação sociodemográfica dos profissionais de enfermagem entrevistados; listar os riscos ocupacionais apontados pelos profissionais de enfermagem inseridos nas Unidades de Saúde da Família; correlacionar os riscos mais frequentes com a atividade desenvolvida pelo profissional de enfermagem. Trata-se de uma investigação do tipo exploratória de natureza quantitativa. Após consentimento institucional e parecer favorável do Comitê de Ética da FACENE (protocolo nº 72/2010), foi realizada a coleta de dados no mês de agosto de 2010. Participaram da pesquisa 13 (treze) profissionais de enfermagem que trabalham em Unidades de Saúde da Família na Cidade de Upanema – RN. Para a efetivação da pesquisa, foram incluídos na amostra os enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem de ambos os sexos, que trabalham no Programa Saúde da Família na cidade de Upanema – RN. A coleta de dados deu-se através de um questionário estruturado. Os dados brutos obtidos foram lidos exaustivamente, foram destacadas as idéias principais, foi feita a ordenação e classificação dos dados e por fim a criação das categorias. A análise final foi apresentada em gráficos e quadros e analisados a luz da literatura pertinente. Assim, constata-se através dessa investigação que a enfermagem é formada em sua grande parte por mulheres casadas, conferindo-lhes uma dupla jornada de trabalho, pois além de trabalharem fora de casa, quando retornam das suas atividades profissionais ainda tem que tomar conta da família e das atividades doméstica. Esse estudo revelou que há uma discrepância em relação ao grau de satisfação e insatisfação em relação ao trabalho dos profissionais de enfermagem das USF pesquisada. Essa diferença se dar em relação às categorias profissionais de enfermagem. A maioria dos auxiliares e técnicos de enfermagem estão insatisfeitos, enquanto 100% (cem por cento) dos enfermeiros responderam que estavam satisfeitos com o trabalho. Diante dessas constatações pode-se relatar que aos auxiliares e técnicos de enfermagem competem às atividades assistenciais diretas ao paciente e ao enfermeiro cabem as atividades intelectuais e ao gerenciamento do serviço, dentre outras atividades. Constata-se, enfim, que os profissionais estão expostos a diversos riscos ocupacionais sejam eles químicos, físicos, biológicos e ergonômicos.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem do trabalho, Riscos ocupacionais de enfermagem, Saúde do trabalhador.

ABSTRACT

SILVA, Alexandre Bezerra. **Nursery Professionals' Occupational Risks in Family Health Unities**. Mossoró, 2011. 63 f. Monography (Specialization in Nursery in Health and Work Safety) Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE), Mossoró/RN, 2011.

The present research has as general aim to investigate the nursery professionals' occupational risks in Unidades de Saúde da Família (Family Health Unities) in a city of the state of Rio Grande do Norte and has as specific objectives: to point out the interviewed nursery professionals' socio demographic situation; to list the occupational risks pointed out by the professionals inserted in the Unidades de Saúde da Família; to correlate the most frequent risks with the activity developed by the nursery Professional. This is an exploration research of quantifying nature. After institutional approval and favorable opinion from the Comitê de Ética da FACENE (FACENE Ethics Commission) (protocol number 72/2010), a data collection was carried out in August 2010. Thirteen nursery professionals who work in Unidades de Saúde da Família (Family Health Unities) took part of the research in the city of Upanema – RN. For the realization of the research, male and female nurses, nursery technician and nursery auxiliary were included in the study who work in the Family Health Program in the city of Upanema – RN. The data collection was accomplished through a structured questionnaire. The raw data obtained were exhaustingly read, the main ideas highlighted, the data ordering and classification and finally, the creation of class. The final analysis was presented in graphics and tables and analyzed through pertinacious literature. Hence, it was verified through this investigation that Nursery is formed mainly by married woman, causing a double time job for them, because, besides working out home, when they return from their Professional activities they have to take care of the family and household activities. This study revealed that there is a discrepancy in relation to the satisfaction and dissatisfaction degree in relation to the nursery Professional work from the Nursery professionals from the USF researched. This difference happens in relation to the nursery professional category. The majority of nursery auxiliaries and technicians are dissatisfied, while 100% (one hundred percent) of the graduated nurses answered that were satisfied with the work. Before these evidences, it is possible to mention that the direct assistance activities are in charge of the nursery auxiliaries and technicians and the intellectual and managing activities, among other activities. Are in charge of the graduated nurses. It is evident, after all, that the professionals are exposed to various occupational risks, chemical, physical, biological and ergonomic.

KEY-WORDS: Working Nursery, Nursery Occupational Risks, Workers' health.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 - Escolaridade dos profissionais de enfermagem das USF's. Pesquisa de campo, 2010.....	37
Gráfico 02 - Faixa etária dos profissionais de enfermagem das USF's. Pesquisa de campo, 2010.....	37
Gráfico 03 - Outra ocupação dos profissionais de enfermagem das USF's. Pesquisa de campo, 2010.....	38
Gráfico 04 - Grau de satisfação e insatisfação em relação ao trabalho dos profissionais de enfermagem das USF's. Pesquisa de campo, 2010.....	40
Gráfico 05 - Acidente de trabalho nos últimos 12 meses nas USF. Pesquisa de campo, 2010.....	43
Gráfico 06 - Opinião dos profissionais de enfermagem em relação aos materiais utilizados nas USF's. Pesquisa de campo, 2010.....	44
Gráfico 07 - Fatores de riscos nas USF's. Pesquisa de campo, 2010.....	46
Gráfico 08 – Condições de iluminação das USF's. Pesquisa de campo, 2010.....	49

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Gênero e estado civil dos profissionais de enfermagem das USF's. Pesquisa de campo, 2010.....	35
Quadro 02 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem por tempo de serviço na enfermagem e na unidade USF's. Pesquisa de campo, 2010.....	38
Quadro 03 - Grau de satisfação e insatisfação em relação ao trabalho dos trabalhadores de enfermagem das USF's. Pesquisa de campo, 2010.....	41
Quadro 04 - Problema de saúde provocado pelo trabalho de enfermagem realizado na USF's em que trabalha. Pesquisa de campo, 2010.....	42

LISTA DE SIGLAS

CAP'S	Caixas de Aposentadorias e Pensões.....	20
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa.....	32
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem.....	33
ESF	Estratégia Saúde da Família.....	14
FACENE	Faculdade de Enfermagem Nova Esperança.....	32
FAMENE	Faculdade de Medicina Nova Esperança.....	32
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões.....	20
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social.....	20
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social.....	20
MG	Minas Gerais.....	24
OPAS	Organização Panamericana da Saúde no Brasil.....	28
OIT	Organização Internacional do Trabalho.....	28
OMS	Organização Mundial de Saúde.....	28
PSF	Programa Saúde da Família.....	14
RJ	Rio de Janeiro.....	24
RN	Rio Grande do Norte.....	31
RS	Rio Grande do Sul.....	25
SISNEP	Sistema Nacional de Informações Sobre Ética em Pesquisa.....	32
SP	São Paulo.....	25
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde.....	22
SUS	Sistema Único de Saúde.....	16
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	32
UBS	Unidade Básica de Saúde.....	15
USF	Unidade de Saúde da Família.....	14

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 BREVE RESGATE HISTÓRICO SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL ATÉ O SURGIMENTO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)	18
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....	18
2.2 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA	23
3 RISCOS OCUPACIONAIS E O CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR	26
3.1 RISCOS OCUPACIONAIS E AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DA ENFERMAGEM.....	26
4 ASPECTOS METODOLÓGICOS	31
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	31
4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	31
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	31
4.4 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	32
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	32
4.6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	33
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	34
5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE UPANEMA/RN.....	34
5.1.1 Gênero e estado civil dos profissionais de enfermagem	35
5.1.2 Escolaridade dos profissionais de enfermagem das USF	36
5.1.3 Faixa etária dos profissionais de enfermagem das USF	37
5.1.4 Correlação entre o tempo de serviço na área de enfermagem e na USF com o desenvolvimento de outras atividades remuneradas	38
5.2 RISCOS OCUPACIONAIS DE ENFERMAGEM.....	39
5.2.1 Satisfação no trabalho segundo profissionais de enfermagem das USF(s)	40
5.2.2 Problema de saúde provocado pelo trabalho de enfermagem realizado na USF em que trabalha	42

5.2.3 Acidente de trabalho nos últimos 12 meses de atuação na USF.....	43
---	-----------

5.2.4 Opinião dos profissionais de enfermagem em relação aos materiais utilizados nas USF(s)	44
5.2.5 Fatores de riscos nas USF	45
5.2.6 Condições de iluminação das USF	48
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS	53
APÊNDICES	56
APÊNDICE A- TCLE.....	57
APÊNDICE B- Questionário para a coleta de dados.....	59
ANEXOS	61
ANEXO A- Certidão do CEP.....	62

1 INTRODUÇÃO

O termo saúde do trabalhador refere-se a um campo do saber que visa compreender as relações entre trabalho e processo saúde doença. Nesta acepção, considera a saúde e a doença como processos dinâmicos, estritamente articulados com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade em determinado momento histórico. Parte do princípio de que as formas de inserção dos indivíduos nos espaços de trabalho contribuem decisivamente para formas específicas de adoecer e morrer (BRASIL, 2002).

Nesse sentido, analisando a saúde do trabalhador de enfermagem através dos tempos, é possível constatar que estes trabalhadores estão expostos a várias cargas que comprometem a saúde, gerando índices elevados de acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho (BRASIL, 2002).

Assim, observa-se que o trabalhador de enfermagem está exposto a determinados riscos ocupacionais no ambiente de trabalho, como por exemplo, muitos profissionais de enfermagem não dispõem nas Unidades de Saúde da Família (USF) de ambiente e equipamentos adequados para a execução das atividades laborais.

Os riscos ocupacionais são agentes existentes no ambiente de trabalho, capazes de causar doenças. A noção de risco pressupõe elementos isolados entre si da dinâmica global do processo de trabalho. Portanto, para entendermos o processo saúde-doença subordinado ao trabalho, faz-se necessário construir outra categoria de análise que consiste na carga de trabalho. A categoria carga de trabalho é concebida pelos elementos do processo de trabalho, que interatuam entre si e com o corpo do trabalhador, gerando os processos de adaptação que se traduzem em desgaste. Ou seja, o trabalhador ao transformar o objeto de trabalho, utilizando meios e instrumentos, em determinadas formas de organização e divisão de trabalho, expõe as cargas de trabalho (SARQUIS; FELLI, 2002).

O interesse do pesquisador em abordar as questões referentes aos riscos ocupacionais em USF surgiu durante a Graduação em Enfermagem no período compreendido entre 2004 a 2008, onde observou - se no âmbito das instituições de saúde que os profissionais, principalmente os de enfermagem estavam expostos a diversos riscos ocupacionais.

A partir da experiência como Enfermeiro em Unidades de Saúde da Família, mas precisamente no Programa Saúde da Família (PSF)¹ a partir de 2009, constatou-se, de forma

¹ Neste trabalho estamos utilizando as siglas PSF e ESF indistintamente, bem como a expressão Saúde da Família.

mais aguçada, o quanto a enfermagem está exposta a diversos riscos ocupacionais, sejam eles químicos, físicos, biológicos, ergonômicos e até psicossociais.

Durante a pós-graduação em nível de Especialização em Enfermagem em Saúde e Segurança do Trabalho houve aumento do interesse em estudar essa temática.

Além disso, verificou-se que há um número limitado de estudos publicados na área de saúde do trabalhador enfocando a USF/Programa Saúde da Família como espaços de riscos ocupacionais.

Dessa forma, David et al (2009, p. 2) comentam,

Na Atenção Básica as análises com foco na saúde do trabalhador são escassas em comparação com o ambiente hospitalar, exprimindo a persistente dicotomia entre as ações de cunho assistencial - curativistas, e as de promoção da saúde e controle de riscos, referidas respectivamente, aos hospitais e as UBs.

Tradicionalmente, a enfermagem exerce suas atividades predominantemente na área hospitalar que oferta mais serviços. No entanto, a partir dos anos oitenta, especialmente com o debate instituído na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, emergiram maiores oportunidades para o trabalho de enfermagem em centros de saúde e ambulatórios (ABRANCHES, 2005).

Porém, essa expansão de trabalho no setor saúde não veio acompanhada de melhores condições de trabalho, muitas vezes oferecendo diversos riscos ocupacionais e doenças aos trabalhadores de enfermagem.

Profissionais de enfermagem são expostos a ambientes de trabalho insalubres, tanto no sentido material quanto subjetivo e, por estarem submetidas às condições de trabalho precarizadas e a baixa qualidade de vida, é exposta a situação nas quais a manutenção de vida está prejudicada (ELIAS; NAVARRO, 2006).

Nesta perspectiva, é coerente comentar que o trabalho é considerado por muitos estudiosos como uma forma elevada de socialização humana, representando muitas vezes um aprendizado e um contato duradouro entre as pessoas. Seu significado proporciona a criatividade, a imaginação, o progresso para alguns e, para outros, o sofrimento, a insatisfação e a doença (MIELNIK, 1976, *apud* ABRANCHES, 2005).

Além disso, Abranches (2005) relata que a enfermagem está presente nos diversos setores da saúde e concentra a maior força de trabalho nesse setor e também está mais exposta aos riscos provenientes de sua ocupação.

Assim, observa-se que os trabalhadores de enfermagem na execução de suas atividades laborais encontram-se expostos a diversos riscos ocupacionais, estes por sua vez são os grandes predisponentes a causarem doenças e acidentes de trabalho.

Corroborando com o descrito acima, verifica-se que a organização do trabalho de enfermagem pode se configurar de modo a afetar de forma negativa à saúde de quem nela trabalha, sendo objeto de estudo em estreita relação com a saúde do trabalhador (DAVID, *et al*, 2009).

Em vista disso, o presente estudo enfocará nuances acerca dos riscos ocupacionais que cercam os trabalhadores de Enfermagem envolvidos na Atenção Básica de Saúde, de um dos municípios, localizado no estado do Rio Grande do Norte.

Desta forma, entende-se que a presente pesquisa é de relevância, pois pretende contribuir com reflexões acerca dos riscos ocupacionais em Unidades de Saúde da Família, que representam a porta de entrada do usuário do SUS na rede de serviços de saúde. E por isso, corresponde a uma das prioridades do Governo Federal, tendo em vista a valorização das ações preventivas de saúde. Além de que, os dados obtidos subsidiarão a análise dos fatores que interferem na inserção de melhores condições de trabalho nas USF.

Diante do exposto, esse estudo será norteado pelo seguinte questionamento: Quais os riscos ocupacionais a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem em Unidades de Saúde da Família de um município do Rio Grande do Norte?

1.1 OBJETIVO GERAL:

Investigar os riscos ocupacionais de profissionais de enfermagem em Unidades de Saúde da Família de um município do Rio Grande do Norte e como objetivo específicos:

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar a situação sociodemográficas dos profissionais de enfermagem entrevistados;
- Listar os riscos ocupacionais apontados pelos profissionais de enfermagem inseridos nas Unidades de Saúde da Família;

- Correlacionar os riscos mais frequentes com a atividade desenvolvida pelo profissional de enfermagem.

Por isso, informa-se que o resgate do objeto de estudo visa possibilitar, a construção de base teórica sobre os riscos ocupacionais de profissionais de enfermagem nas USF para fundamentar e colaborar com as discussões e estratégias para minimizar os riscos ocupacionais de enfermagem.

Ressalta-se que esta pesquisa corrobora a idéia de que seja primordial, a discussão sobre a temática acima supracitada, para estruturarem-se trabalhos que contribuam com a opção de um ambiente saudável, entender o que pensa os profissionais de enfermagem sobre os riscos no seu ambiente de trabalho.

Vale ressaltar que para a concretização deste estudo, foi fundamental o diálogo com os estudos de Sarquis e Felli, (2002); David (2009); Abranches (2005); Elias; Navarro (2006); Figueiredo et al, (2005); Silva e Soares (2007); Melo et al, (2005); Franco; Merry, (2007), entre outros, de igual relevância para o desenvolvimento da pesquisa.

O estudo está dividido na seguinte ordem: após esta introdução, têm-se, os seguintes capítulos: Breve resgate histórico sobre as políticas públicas de saúde no Brasil até o surgimento do Programa Saúde da Família (PSF), Riscos ocupacionais e o campo da saúde do trabalhador, Aspectos metodológicos, Análise e discussão dos resultados e Considerações finais.

2 BREVE RESGATE HISTÓRICO SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL ATÉ O SURGIMENTO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF).

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Desde a época da colonização no Brasil as políticas públicas referentes à saúde eram inexistentes. Segundo Figueiredo, *et al* (2007), relata que devido, o país ser, inicialmente, uma colônia de exploração, não havia motivos para uma intervenção da metrópole, já que os nativos não eram considerados cidadãos do reino, e que na maioria das vezes, os trabalhadores não eram considerados humanos.

Bento; Freitas (2010) relatam que a colonização no Brasil iniciou-se em 1500 por aventureiros e pessoas que buscavam novas possibilidades para enriquecimento. Sendo assim, Portugal, nosso colonizador não tinha o menor interesse em implantar qualquer modelo de atenção à saúde da população. Suas premissas estavam direcionadas à exploração de todo e qualquer tipo de recurso que as novas terras pudessem oferecer para seu enriquecimento.

Nessa linha de reflexão os mesmos autores comentam que o panorama da saúde nessa época era o seguinte: os índios que aqui viviam eram em sua maioria indivíduos saudáveis, e quando adoeciam eram assistidos pelos Pajés, que utilizavam plantas e ervas medicinais em seus rituais de produção de remédios. A chegada dos colonizadores portugueses trouxe, em seus corpos e bagagens, as doenças que assolavam a Europa, disseminando entre a população indígena, principalmente, a varíola e o sarampo.

Por outro lado, com o tráfico de escravos, provenientes do continente africano, o problema agravou-se. A partir de 1559, os escravos vinham para o Brasil nos escuros calabouços dos navios negreiros acompanhados por doenças como a filariose e a febre amarela (Bento; Freitas, 2010).

Em seu estudo sobre a História da Saúde Pública no Brasil Bento; Freitas (2010), comentam que a carência do profissional médico no Brasil Colônia e Brasil Império era enorme, uma vez que há relatos de que em 1789 só existiam quatro profissionais exercendo a profissão.

Esse quadro se manteve até a chegada da Corte Portuguesa em 1808 e a implantação do Império Português em sua colônia de exploração.

A partir da vinda da Família real para o Brasil o governo começou a pensar numa política de saúde com o intuito de impedir a entrada de patologias contagiosas e proteger sua realeza.

Com a fuga da família real para o Brasil, que, naquele momento, passou a condição de reino unido com Portugal, em 1808, o governo impôs normas sanitárias para os portos, na tentativa de impedir a integridade da saúde da realeza (FIGUEIREDO *et al*, 2005, p.07).

Nessa perspectiva observa-se que o governo não estava preocupado com a população em geral, mas sim garantir mantida mesmo de forma débil, a economia brasileira que na época estava baseada na agroexportação.

O início do século XX, a então débil economia brasileira estava alicerçada na agroexportação, e a necessidade eminente de continuar comercializando exigia, das autoridades sanitárias brasileiras, a adoção de uma política de saúde que impedisse a disseminação dos surtos de doenças tropicais por meio dos produtos ora comercializados para o mercado externo, sendo uma exigência, aliás, dos próprios países compradores. Como resposta, o governo brasileiro cria o Sanitarismo Campanhista, entendido como um conjunto de ações pontuais de controle de vetores de doenças infecciosas que é efetivado mediante campanhas (SILVA; SOARES, 2007, p.01).

Tais políticas passaram a existir no Brasil somente no século XX, sobre a responsabilidade do Estado (MELO *et al*, 2005).

No início do século XX, a economia brasileira, segundo Bento; Freitas (2010) estava baseada na monocultura de café e sua exportação. Isso favoreceu o enriquecimento e viabilizou o processo de industrialização no país e, por conseguinte a chegada de um grande número de imigrantes europeus como mão-de-obra especializada para as novas indústrias.

Os mesmos autores comentam que estes trabalhadores não possuíam qualquer direito trabalhista. No entanto, influenciados pelo movimento operário europeu, começaram a levantar discussões sobre um modelo de assistência médica para a população trabalhadora.

Em meados de 1900, a principal fonte da economia brasileira era a agricultura de exportação. Assim, as principais cidades onde se localizavam os portos tinham muita importância, haja vista que a exportação era feita por meios de navios.

É nessa conjuntura que o governo começa a atuar na saúde pública, com um olhar voltado para os trabalhadores das capitais, das cidades portuárias e com aqueles que

trabalhavam nos portos (MELO, *et al*, 2005). Os mesmos autores relatam que os principais problemas de saúde estavam relacionados aos agravos infecciosos, a condições precárias nas áreas de habitação, higiene, trabalho (longas jornadas, sem descanso ou férias) alimentação e saneamento básico.

Norteados por esses ideários, surge à assistência previdenciária no Brasil, ainda na década de 1920, a partir da lei Elói Chaves, conferindo apenas aos trabalhadores formais uma assistência à saúde de forma pública. A assistência ao trabalhador dava-se pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's). Estas embora fossem organizadas pelas empresas que, naquele momento, eram estratégias para a economia nacional (como as férreas e portuárias) foram as que conseguiram fundar suas Caixas (SILVA; SOARES, 2007).

Partindo dessas reflexões, é oportuno mencionar que as Caixas de Aposentadorias e Pensões garantiam o direito à assistência médica oas funcionário e sua família, a aposentadoria e pensões para herdeiros, assim como, descontos em medicamentos (Bento; Freitas 2010).

A partir da Revolução de 1930, no governo de Getúlio Vargas começa-se um processo de industrialização e urbanização. Nas cidades em que se instalavam as indústrias havia rápido crescimento para as cidades. Na década de 1930, observa - se um novo direito à saúde voltados para aquelas pessoas que tinham trabalho formal, como por exemplos trabalhadores da indústria, comércio, bancários, ferroviários e marítimos os quais tinham carteira de trabalho (MELO; et al, 2005).

Pode-se observar que o direito a saúde ficava restrito as pessoas que tinham um trabalho formal e o restante do contingente populacional ficava sem ter direito a saúde. Sendo assim, os demais eram atendidos em instituições filantrópicas.

Ainda no governo de Getúlio Vargas surge a legislação trabalhista e previdenciária, com isso, surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), que prestavam benefícios como aposentadoria, pensão e até assistência médica. Os IAP's eram organizados por categorias profissionais (MELO; et al, 2005).

Nessa linha de reflexão os mesmos autores comentam que:

Os IAPs formaram a base da política de assistência médica previdenciária, dando origem ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1996. Muitas siglas se sucederam a esta, assim como aumentou o número de órgãos ligados à Previdência Social. O último elo, responsável pela assistência hospitalar, foi o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), extinto no final dos anos 1980 (MELO; et al, 2005, p.51).

Com a criação dos IAP's, outras categorias de trabalhadores passam a ser beneficiárias e o Estado passa a ser mais um dos contribuinte dos Institutos.

Segundo Silva; Soares (2007) com a criação dos IAP's o Estado se insere no âmbito do financiamento da assistência à saúde do indivíduo, uma vez que, naquele momento e priorizando o desenvolvimento das indústrias, o Estado precisava contribuir para a manutenção do Estado de saúde da força de trabalho.

Bento; Freitas (2010) informam que em alguns relatos, as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) em 1930. A mudança ocorrida foi na forma de gestão, uma vez que os Institutos passaram a ser dirigidos por entidades sindicais, organizados por categorias (marítimos, comerciários, bancário etc.) e não apenas pelas empresas.

A partir da década de 1950, é notório o crescimento de um complexo médico-industrial e hospitalar.

Após a década de 1950, a assistência médica individual, ganha com o avanço tecnológico, muito maior eficácia no diagnóstico e terapêutica (SILVA; SOARES 2007, p.3). Mas, é somente em 1953 que é criado o Ministério da Saúde.

No entanto esse complexo médico industrial e hospitalar, que era considerado o modelo de atenção à saúde, contribuiu para a crise do sistema nacional de saúde e a partir daí os IAP's são unificados no Instituto Nacional de Previdência Social, INPS.

[...] o complexo médico-industrial e hospitalar, que se conformara no modelo de atenção à saúde, exigia um aumento de benefícios que não foi acompanhado pelo aumento da receita, desencadeando uma fase de crise do sistema nacional de saúde. É nesse contexto que se registra o declínio dos IAP's, sendo que, em 1966, todos os IAP's passam a ser unificados no Instituto Nacional de Previdência Social, INPS (SILVA; SOARES 2007, p.5).

Os mesmos autores relatam que o INPS surge com o intuito de unificar os benefícios concedidos aos seus assegurados, além de introduzir, no contexto contributivo, novas clientelas. O Estado arcava com as ações médico-assistenciais dos indivíduos que colaboravam com a previdência.

É no final da década de 1970 que advém o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), uma autarquia federal com incumbência de prestar diretamente, ou através de serviços privados contratados, serviço de saúde à população, qualquer que fosse a sua complexidade. Na prática, porém, o INAMPS dedicou-se, acima de

tudo, a comprar serviços dos hospitais privados, conforme o modelo norte-americano. O INAMPS era vinculado, entretanto, à Previdência Social, fazendo com que o atendimento não se balizasse pela universalidade. Com efeito, há cerca de 30 anos, o Instituto Nacional de Previdência social (INPS) se constituía na grande atuação do poder público no campo da saúde. Em seguida tal instituição seria denominada Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social. A assistência à saúde desenvolvida pelo INAMPS tinha como foco os trabalhadores da economia formal e seus dependentes. Os recursos eram aplicados nos estados através de suas Superintendências Regionais tendo como parâmetros o volume de recursos arrecadados e o número de beneficiários existentes (SOUZA, 2002, apud SILVA; SOARES, 2007 p.4).

Assim, Silva; Soares (2007, p.5) tecem um comentário sobre a crise do INAMPS

O INAMPS passava por uma grave crise, decorrente dos gastos com os serviços privados e casos de corrupção interna, sem falar no próprio modelo médico-assistencial privatista que se encontrava em dificuldades a despeito de sua insuficiência na resolução dos problemas de saúde, bem como, no alto custo de suas ações. Segundo João Yunes, Secretário de Estado da Saúde de São Paulo, a impressão que ele tinha do INAMPS, em 1986, era a mesma que ele tinha desde o período da ditadura: o INAMPS era um imenso fantasma inoperante que só produzia longas filas de espera e quase nenhum atendimento efetivo, ainda que pintada com cores dramáticas.

Com o crescimento dos estados das regiões Sul e Sudeste, nas décadas de 1950 e 1960, houve necessidades de maiores recursos para garantir assistência a essas populações. Esse fenômeno de desenvolvimento urbano levou o INAMPS a uma crise, passando a atuar por meios de convênios com as redes de unidades das secretárias municipais e estaduais de saúde, alegando que não teria condições de oferecer e estabelecendo um caráter universal ao seu atendimento (FIGUEIREDO et al, 2007).

Segundo Figueiredo (2007) no final da década de 1980, há a criação do Sistema Unificado e descentralizado de Saúde (SUDS), o qual é fruto de convênios entre o INAMPS e os governos estaduais, fez com que o processo de universalização da assistência à saúde evoluísse.

O SUDS representou a descentralização das atividades e dos recursos físicos, humanos e financeiros da máquina previdenciária do INAMPS para as secretarias estaduais de saúde e proporcionou ganhos na racionalização da gestão e do uso dos recursos. Nos municípios, esse processo de descentralização não ocorreu, em virtude da retenção de poder por parte do governo estadual (FIGUEIREDO et al, 2007, p.18).

Então, a partir de 1987 o movimento pela reforma sanitária conseguiu intervir nas resoluções da Assembléia Nacional Constituinte, inscrevendo um capítulo exclusivo referente à saúde na constituição de 1988, instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS), definindo como uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde. Sua implantação colocou em debate a mudança de um modelo de assistência voltado apenas para o objeto saúde/doença.

Observa-se que no decorrer do processo histórico das políticas de saúde no Brasil, partido desde a criação das CAP's até a Constituição de 1998, a qual garante por meio de uma lei a saúde como direito de todos. Até então os serviços de saúde eram excludentes.

2.2 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Atenção Básica é o primeiro nível de atenção a saúde em que a população tem contato. É nesse espaço em que se desenvolve um conjunto de ações de cunho preventista-curativista e da promoção da saúde.

É nesse nível de atenção onde funciona o Programa Saúde da Família (PSF), muitas vezes com condições mínimas de trabalho, oferecendo riscos aos trabalhadores de enfermagem.

Conforme Figueredo *et al.* (2007) a prática do médico de família não é tão antiga quanto se pensa, é dessa prática que surge a primeira idéia inspiradora do PSF. Em sua idéia original, que data da década de 1970, a chamada medicina familiar fazia parte da grade curricular da medicina. Queria-se combater o culto das especialidades e em termos estratégicos, o estímulo a programas de formação de médicos generalistas e de família.

Assim em 1979, a Assembléia Mundial de Saúde definiu o conceito de atenção primária à saúde e dentro dele destacou a questão da família que é parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal de desenvolvimento social e econômico. É o primeiro nível de contato dos indivíduos (assistência primária), da família e

da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (FIGUEREDO *et al*, 2008).

Assim surge o PSF um programa voltado à saúde da família dando enfoque não somente ao corpo biológico, mas também as condições sociais da população.

O PSF foi concebido pelo Ministério da Saúde em 1994, embora se tenha notícia de que já nesta data, guardadas suas particularidades, haviam sido implantadas em alguns municípios, entre eles Niterói (RJ) em 1991; Itacarambi (MG) em 1993, entre outros. Desde então tem sido uma das prioridades do Governo Federal, de alguns governos no nível de estado e município para reorganização dos serviços de saúde. Conforme o Ministério da Saúde, o PSF nasce com o propósito de superação de um modelo de assistência à saúde, responsável pela “ineficiência do setor”; “insatisfação da população”; “desqualificação profissional”; “iniquidades” (FRANCO; MERRY, 2007).

Moura (2009) assinala que esse Programa foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde com o propósito de reorganizar e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família, como um meio de melhorar as condições de seus integrantes e, em consequência, da própria comunidade. O PSF segue as responsabilidades e ações estratégicas mínimas de atenção à saúde básica.

O mesmo autor comenta que o PSF vem se destacando, mesmo em algumas regiões com acomodações modestas, pois as estratégias estabelecidas estabelecem profissionalismo e responsabilidade no atendimento aos usuários, buscando o aprimoramento das suas ações, com um atendimento de qualidade aos cidadãos na comunidade.

Nessa linha de reflexão observa-se que o PSF surge como uma proposta de mudança na saúde. Onde é responsável pelo um determinado número de família. É a porta de entrada do serviço de saúde.

O Programa Saúde da Família (PSF), segundo o Governo Federal, é uma ferramenta da qual fazemos uso para promover a saúde, que surge como um paradigma inovador na Saúde Pública. A promoção da saúde é uma mudança na clínica que aborda o sujeito, e o PSF tem como objetivo proceder a essa promoção (MOURA, 2009).

Corroborando com o descrito acima, o PSF adota a diretriz de vínculo e propõe a adscrição de clientela, de seiscentas a mil famílias, em um determinado território, que se adscvem a uma equipe formada por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde. Está equipe passa a ser a “Porta de Entrada” do serviço de saúde, não tendo o programa um esquema para atendimento da demanda

espontânea. É dada ao PSF a missão de mudar o modelo assistencial para a saúde, e essa mudança deve caracterizar-se quando tiver um modelo que seja usuário-centrado (FRANCO; MERRY, 2007).

Diante do exposto Camelo (2006, p. 53) relata que:

Uma equipe de profissionais de saúde da família pode ser responsável, no âmbito de abrangência de uma unidade de saúde da família, por uma área onde residam, no máximo 1.000 (mil) famílias ou 4.500 (quatro mil e quinhentas) pessoas.

Desta forma observa-se a responsabilidade da equipe do Programa Saúde da Família, onde trabalham muitas vezes em condições precárias, estando expostos a diversos riscos ocupacionais.

Acreditando em uma nova prática da saúde, Figueredo *et al.* (2007) fazem uma rica análise sobre o Programa Saúde da Família e comentam que antes do surgimento do PSF em 1994 muitas tentativas foram realizadas.

[...] Medicina geral e Comunitária (1993 em Porto Alegre, RS. Ação Programática em Saúde (década de 1970 - em São Paulo, SP); Médico de Família (1992 em Niterói, RJ); Defesa da vida (final da década de 1980 em Campinas, SP). O projeto que mais se aproxima do PSF é o programa de Médicos de família da Fundação Municipal de Saúde, em Niterói (RJ) e o serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre (RS) (FIGUEREDO *et al.*, 2007).

3 RISCOS OCUPACIONAIS E O CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR

3.1 RISCOS OCUPACIONAIS E AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DA ENFERMAGEM.

Como já foi relatado anteriormente os trabalhadores de enfermagem estão expostos a determinados riscos ocupacionais no ambiente de trabalho. Como por exemplo, riscos físicos, biológicos, mecânicos, químicos dentre outros.

Para (BORGES; MORAIS, 2006), nos estabelecimentos de prestação de serviços de saúde, a enfermagem se constitui na maior força de trabalho. Apesar da evolução das práticas científicas em administração propostas por Taylor e Fayol, os quais enfatizam a divisão e fragmentação do trabalho e a rigidez hierárquica. Nesse contexto o processo de enfermagem é desenvolvido através de tarefas como um rígido arcabouço hierárquico de normas, rotinas, e regulamentos. Tudo isso associado à quantidade de pessoal insuficiente, e a situação de riscos ocupacionais aos quais estão expostos os profissionais de enfermagem.

Então, as condições de trabalho vivenciadas por muitos trabalhadores da equipe de enfermagem têm lhes ocasionados problemas de saúde, frequentemente relacionados à situação e setor de trabalho, provocando prejuízos, sociais e econômicos (BORGES e MORAIS, 2006, p.22).

Diante dessas reflexões, observa-se que a enfermagem está muitas vezes submetida a condições de trabalho insalubres e a diversos fatores de riscos.

Nesse sentido, acredita-se que:

[...] o trabalho de enfermagem pode ser penoso e cansativo à medida que o espaço físico nem sempre é projetado para garantir a segurança e conforto dos funcionários da enfermagem. Estes precisam ficar atentos aos aspectos ergonômicos e aos riscos que estão expostos para prevenir danos à saúde (BORGES; MORAIS, 2006, p.13).

Nessa linha de reflexão os mesmos autores comentam que a equipe de enfermagem merece ter garantido o direito à saúde livre de condições de trabalho desfavoráveis, sem está exposta aos riscos ocupacionais que podem gerar o adoecimento, o aumento do absenteísmo, as licenças e as aposentadorias.

Conduzindo a discussão neste sentido, pode-se dizer que condições de trabalho são definidas como o conjunto de elementos e circunstâncias de caráter material, psíquico, biológico e social que, influenciados e determinados por vários fatores de ordem econômica, técnica e organizacional, se interrelacionam e interatuam, constituindo o meio e a forma em que se desenvolve a atividade laboral (MAURO et al. 2010, p.14).

Entretanto, nem sempre os profissionais de enfermagem identificam os riscos existentes no ambiente laboral e nas atividades que executam, as quais são consideradas insalubres e expõem o trabalhador a fatores de risco ocupacional (CHIODI; MARZIALE, 2006, p.26).

Desse modo, pode-se observar que:

O reconhecimento das condições de risco no trabalho envolve um conjunto de procedimentos que visam a definir se existe ou não um problema para a saúde do trabalhador e, no caso afirmativo, a estabelecer sua provável magnitude, a identificar os agentes potenciais e as possibilidades de exposição. É uma etapa fundamental do processo que, apesar de sujeita às limitações dos recursos disponíveis e a erros, servirá de base para a decisão quanto às ações a serem adotadas e para o estabelecimento de prioridades. Reconhecer o risco significa identificar, no ambiente de trabalho, fatores ou situações com potencial de dano, isto é, se existe a possibilidade de dano. Avaliar o risco significa estimar a probabilidade e a gravidade de que o dano ocorra (BRASIL, 2001, p. 37).

Nessa linha de reflexão pode-se perceber o quanto é complexo reconhecer as situações de risco em um determinado local de trabalho.

De acordo com (BORGES; MORAIS, 2006, p.10), às condições de trabalho e os riscos ocupacionais aos que estão submetidos os profissionais da área de enfermagem são vistos na medida em que:

A prestação do cuidado direto ao paciente implica em riscos ocupacionais para a equipe de enfermagem, que é a responsável direta pela prestação de assistência. E esses riscos ocupacionais podem ser responsáveis pela frequência de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho que acometem essa categoria profissional; e em muitos casos estão diretamente relacionados ao absenteísmo destes trabalhadores. Fato que interfere na organização e na qualidade da prestação dos serviços de saúde ou ainda na humanização da assistência.

Conforme Brasil (2001) a saúde do trabalhador constitui uma área de Saúde Pública que tem como objeto de estudo e intervenção as relações entre trabalho e a saúde. Tem como

objetivos a promoção e a proteção da saúde do trabalhador, por meio do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos existentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde do trabalhador e a organização e a prestação da assistência aos trabalhadores, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada, no Sistema Único de Saúde (SUS).

O mesmo autor diz que entre os determinantes da saúde do trabalhador estão compreendidos os condicionantes sociais, tecnológicos e organizacionais responsáveis pelas condições de vida e os fatores de riscos ocupacionais, sejam eles físicos, químicos, biológicos, mecânicos e aqueles decorrentes da organização laboral presentes nos processos de trabalho.

Nessa linha de pensamento, percebe-se que a morbimortalidade dos trabalhadores está intrinsecamente relacionada com as condições de suas atividades laborais.

Mas também é importante mencionar que, a proteção a saúde do trabalhador encontra amparo legal, além da Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde, também no plano internacional.

No plano internacional, desde os anos 70, documentos da OMS, como a Declaração de Alma Ata e a proposição da Estratégia de Saúde para Todos, têm enfatizado a necessidade de proteção e promoção da saúde e da segurança no trabalho, mediante a prevenção e o controle dos fatores de risco presentes nos ambientes de trabalho. Recentemente, o tema vem recebendo atenção especial no enfoque da promoção da saúde e na construção de ambientes saudáveis pela OPAS, 1995. A organização Internacional do Trabalho (OIT), na Convenção/OIT n.º 155/1981, adotada em 1981 e ratificada pelo Brasil em 1982, estabelece que o país signatário deve instituir e implementar uma política nacional em matéria de segurança e do meio ambiente do trabalho (BRASIL, 2001, p.18).

Conduzindo a discussão neste sentido, entende-se que o trabalhador, aqui mais especificamente o de enfermagem, está condicionado a situações que causam riscos a sua saúde.

Diante do exposto, acredita-se que é importante abordar o conceito de risco. Tal conceito, aqui utilizado, deriva da palavra inglesa hazard, que vem sendo traduzido para o português como perigo ou fator de risco ou situação de risco (BRASIL, 2001, p. 37).

O conceito de risco é bidimensional, representando a possibilidade de um efeito adverso e a incerteza da ocorrência, distribuição no tempo ou magnitude do resultado adverso. Assim, de acordo com essa definição, situação ou fator de risco é “uma condição ou conjunto de circunstância que tem o potencial de causar um efeito adverso, que pode ser: morte, lesões, doenças ou danos à saúde, à propriedade ou ao meio ambiente” (BRASIL, 2001, p. 37).

Ainda segundo o mesmo autor, os fatores de risco podem ser classificados, segundo sua natureza, em: ambiental, situacional, humano ou comportamental. No ambiental incluem-se os riscos físicos, como alguma forma de energia: radiação, ruído, vibração. Também temos os riscos químicos que envolvem substâncias químicas, poeiras dentre outros e o biológico como as bactérias, vírus, fungos. Em se tratando do situacional temos instalações, ferramentas, equipamentos, materiais, operações, etc. Já o humano ou comportamental são decorrentes da ação ou omissão humana (BRASIL, 2001, p. 37).

Segundo (MAURO, 1990, apud VEIGA, 2007, p.29) classifica os riscos ocupacionais de acordo com o tipo de agente envolvido, ou seja, riscos ambientais (agentes físicos, químicos, biológicos e mecânicos) e ergonômicos (máquina, local de trabalho, organização do trabalho e desgaste humano).

Em outro estudo realizado por Veiga (2007, p.29), a autora assinala o seguinte:

Os riscos ocupacionais em saúde envolvem aspectos conceituais e práticos relacionados à insalubridade e à sua caracterização nos locais de trabalho, bem como os mecanismos de controle sobre os agentes biológicos, químicos, físicos e mecânicos no ambiente hospitalar que podem provocar efeitos adversos à saúde dos profissionais.

Para Carvalho (2001), riscos ou agentes químicos são as substâncias ou produtos químicos tais como particulados ou aerodispersóides, gases, vapores, névoas e neblinas. Riscos ou agentes físicos são aqueles que se apresentam sob forma de energia, como ruído: som, ultra-som e infra-som; vibração; temperaturas extremas: calor e frio; radiações: ionizantes tais como alfa, beta, gama, nêutrons, raios x e não ionizantes como infravermelhos, ultravioleta, radiofrequência, microondas. Já os riscos ou agentes biológicos são formas vivas ou produtos e substâncias deles derivados, tais como animais, plantas, vírus da hepatite A, B, C, D; AIDS; herpes, papilomavírus, bactérias, fungos, protozoários, dentre outros.

Segundo Chiodi; Marziale (2006) assinala que os riscos psicossociais podem ser associados à fadiga e a tensão; a perda de controle sobre o trabalho; o impacto dos rodízios do

trabalho noturno e em turnos, das horas extras, das dobras de plantão; o trabalho parcelado com a fragmentação e repetição de tarefas; o ritmo acelerado de trabalho.

Os fatores ergonômicos estão relacionados à adequação entre o homem e o trabalho, principalmente aspectos relacionados à adoção de postura inadequada e/ou prolongada durante o transporte e movimentação de pacientes, equipamentos, materiais e formas de organização do trabalho onde as capacidades psicofisiológicas dos trabalhadores não são levadas em conta (CHIODI; MARZIALE, 2006, p.214).

Já os riscos químicos são substâncias compostas de produtos que podem penetrar no organismo pela via respiratória, nas formas de poeiras, fumos, névoas, neblinas, gases ou vapores ou que, pela natureza da atividade de exposição, podem ter contato ou ser absorvidos pelo organismo através da pele ou por ingestão (VEIGA, 2007, p.27).

Então, os riscos ocupacionais quando não controlados podem levar ao aparecimento de acidentes e doenças profissionais e do trabalho.

4 ASPECTOS METODOLOGICOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo foi do tipo exploratório com abordagem quantitativa. Segundo Gil (2007), as pesquisas exploratórias proporcionam maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito.

De acordo com Handem *et al.*(2008, p. 95), a pesquisa quantitativa corresponde a um:

[...] método que se apropria da análise estatística para o tratamento dos dados. Deve ser aplicado nas seguintes situações: quando é exigido um estudo exploratório para um conhecimento mais profundo do problema ou objeto de pesquisa; quando é necessário um diagnóstico inicial da situação; nos estudos experimentais; nos estudos de análise ocupacional e análise de desempenho e nas auditorias de qualidade de desempenho profissional e dos recursos.

Neste sentido, o estudo proposto se enquadrou na conceituação dos autores acima citados, pois se propõe a quantificar os resultados da investigação referente aos riscos ocupacionais apontados pelos trabalhadores de enfermagem atuantes em Unidades de Saúde da Família de um município do Rio Grande do Norte.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A presente pesquisa foi realizada com profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Saúde da Família (USF) localizadas do município de Upanema/RN. Vale salientar que nesse município há cinco equipes do PSF inseridas três na zona rural e duas na urbana.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Participaram da pesquisa, 13 profissionais de enfermagem, inseridos nas equipes do Programa Saúde da Família do município de Upanema/RN. No início da pesquisa, foi

proposto aplicar o questionário há 15 (quinze) profissionais de enfermagem. No entanto, 02 (dois) não aceitaram participar do estudo.

Para a efetivação da pesquisa, foram incluídos na amostra os enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem de ambos os sexos, que trabalham no Programa Saúde da Família na cidade de Upanema - RN, e que tiveram interesse e disponibilidade para participar desse estudo. Os sujeitos participantes do estudo tomaram ciência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apresentado no apêndice-A, no qual há informações acerca do estudo, como os objetivos, sendo enfatizando os preceitos éticos.

4.4 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS

Para o desenvolvimento desse estudo inicialmente foi solicitada autorização ao Secretário de Saúde do município de Upanema/RN, que foi formalizada através da sua assinatura na folha de rosto sob nº 345491, obtida após o registro da pesquisa no Sistema Nacional de informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos (SISNEP). Em seguida, o pesquisador encaminhou o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FACENE/FAMENE para apreciação. Após a emissão da certidão (Anexo A) do referido CEP, foi entregue aos trabalhadores de enfermagem o questionário e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados deu-se através de um questionário estruturado em duas partes: parte I- dados de caracterização sociodemográficas dos profissionais de enfermagem entrevistados com as variáveis: idade, gênero, estado civil, escolaridade, categoria e experiência profissional e a parte II- dados relativos à temática, riscos ocupacionais conforme apresentado no apêndice B.

Os dados da pesquisa foram coletados no mês de agosto de 2010 através de um questionário estruturado contendo dados de identificação dos sujeitos da pesquisa e 08 (oito) questões subjetivas e objetivas que visam alcançar os objetivos do estudo.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Para o desenvolvimento desse estudo foram considerados os pressupostos da resolução do Conselho Nacional de Saúde de nº196/96, que trata do desenvolvimento de pesquisa

envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). E ainda considerou os preceitos da Resolução COFEN 311/2007, que trata do código de ética dos profissionais de enfermagem (COFEN, 2007).

Os sujeitos participantes do estudo tomaram ciência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apresentado no apêndice - A, no qual há informações acerca do estudo, como os objetivos, sendo enfatizando os preceitos éticos.

4.6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados brutos obtidos foram lidos exaustivamente, foram destacadas as idéias principais, foi feita a ordenação e classificação dos dados e por fim a criação das categorias. A análise final foi apresentada em gráficos e quadros e analisados a luz da literatura pertinente.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo expõe a discussão dos dois agrupamentos de informações que foram construídas mediante a organização dos dados obtidos. Os grupamentos são: Caracterização sociodemográficas dos trabalhadores de enfermagem em Unidades de Saúde da Família do município de Upanema/RN e os Riscos ocupacionais de enfermagem. Tais agrupamentos foram analisados à luz do referencial teórico trazidos pelo estudo, ou seja, a partir do diálogo com autores como Almeida e Rocha (1997), Macedo (2006), Melo (1996), Veiga (2007), Chiodi e Marziale (2006), Couto (2002), entre outros de igual relevância para a concretização deste estudo.

Vale ressaltar que o agrupamento caracterização sociodemográfica dos trabalhadores de enfermagem em Unidades de Saúde da Família do município de Upanema / RN envolve as informações relativas ao gênero e estado civil dos profissionais de enfermagem das USF(s), escolaridade dos profissionais de enfermagem das USF(s), faixa etária dos profissionais de enfermagem das USF(s), correlação entre o tempo de serviço na área de enfermagem e na USF com o desenvolvimento de outras atividades remuneradas. Já os agrupamentos de dados inerentes aos Riscos ocupacionais de enfermagem deram origem às subcategorias: satisfação no trabalho segundo profissionais de enfermagem das USF(s), problema de saúde provocado pelo trabalho de enfermagem realizado na USF em que trabalha, acidente de trabalho nos últimos 12 meses de atuação nas USF(s), fatores de riscos nas USF, opinião dos profissionais de enfermagem em relação aos materiais utilizados nas USF(s), condições de iluminação das USF(s).

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICAS DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE UPANEMA/RN

Ao compilar as informações inerentes a caracterização sociodemográficas da amostra, pode - se formular os quadros e gráficos que seguem.

5.1.1 Gênero e estado civil dos profissionais de enfermagem

Quando foram questionados sobre o gênero e o estado civil, os participantes do estudo deram as seguintes respostas, conforme o quadro abaixo:

Quadro 01- Gênero e estado civil dos profissionais de enfermagem. Pesquisa de Campo, 2010.

INDICADORES	VARIÁVEIS	QUANTIDADE
GÊNERO	Masculino	01
	Feminino	12
ESTADO CIVIL	Solteiro	04
	Casado	08
	Viúvo	01

Analisando o quadro 01 pode-se observar que a maior parte dos profissionais de enfermagem é formada por profissionais do sexo feminino que são casadas. Diante disso, observa-se que a enfermagem é historicamente formada por mulheres, o que confere muitas vezes uma dupla jornada de trabalho.

Assim comenta Almeida e Rocha (p.18, 1997)

A enfermagem é uma ação, ou uma atividade realizada predominantemente por mulheres que precisam dela para produzir a sua própria existência e utilizam de um saber advindo de outras ciências e de uma síntese produzida por ela própria para apreender o objeto da saúde naquilo que diz respeito ao seu campo específico (cuidado de enfermagem?) visualizando o produto final, atender às necessidades sociais, ou seja, a promoção da saúde, prevenção de doenças e a recuperação do indivíduo, ou o controle da saúde da população.

Formada por pessoas do sexo feminino, em sua grande maioria, a Enfermagem é uma atividade basicamente humana, desempenhada por enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, sendo sua ação direcionada à assistência à pessoa, à família ou a comunidade (MACÊDO, p. 15, 2006).

O fato de ter companheiro é mais uma responsabilidade para o cônjuge, pelas características do trabalho na saúde, com jornadas prolongadas, em turnos, o que muito interfere na vida social e familiar (VEIGA, 2007, p.48).

O trabalho de Enfermagem está, na sua origem, associado ao trabalho feminino. Na antiguidade o cuidado dispensado ao doente era feito em casa e prestado quase sempre, pelas

mulheres, pouco valorizado socialmente, conforme o papel designado à mulher pela sociedade de classe (MELO, apud MACÊDO, 2006, p. 40).

Desta forma, Rezende (2003) discorre que a predominância de mulheres na enfermagem é histórica, pois o cuidado aos pacientes parece ter sido efetuado por mulheres religiosas, viúvas, virgens e nobres com o objetivo de realizar caridade. Hoje essa situação ainda é mantida, embora outras profissões da área de saúde estejam também demonstrando interesse pelo cuidar e muitas mulheres de enfermagem parecem, em sua gênese, apresentar a vocação para a escolha dessa árdua profissão (REZENDE, 2003, p.53).

Como afirma Ribeiro (2007), o trabalho de enfermagem é majoritariamente feminino, além do desgaste das atividades de enfermagem em Unidades de Saúde da Família e da dupla jornada de trabalho a mulher concilia profissão a atividades domésticas.

Diante disso, pode-se inferir que a Enfermagem profissional sendo formada, em grande parte, de mulheres casadas, as quais, muitas vezes, assumem uma dupla jornada de trabalho, pois além de trabalhar fora de casa, quando retornam das atividades profissionais ainda tem que tomar de conta da família e dos afazeres domésticos. Nesse contexto, acredita-se que essa condição de sobrecarga de trabalho possa interferir no estado de saúde dessas profissionais.

5.1.2 Escolaridade dos profissionais de enfermagem das USF

Analisando o gráfico abaixo se observa que, em relação à escolaridade dos profissionais de enfermagem das USF, 15% informaram ter ensino superior incompleto; 23% têm superior completo e 62% tem o ensino médio completo.

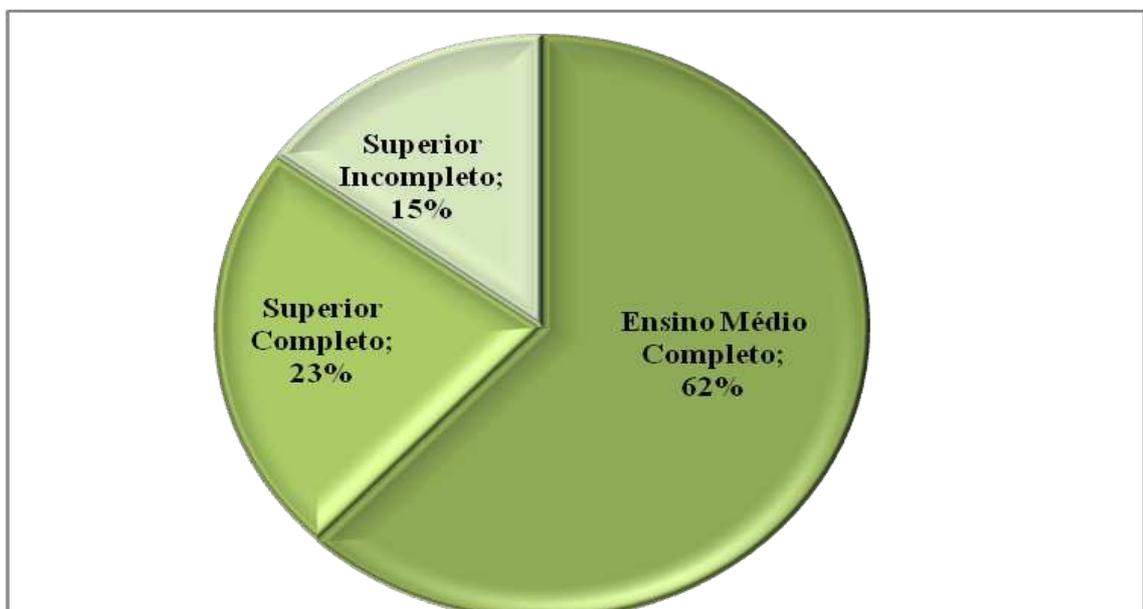


Gráfico 01 - Escolaridade dos profissionais de enfermagem das USF's. Pesquisa de Campo, 2010.

Segundo Macêdo 2006, p. 14 o aumento das exigências de qualificação demanda aos trabalhadores de ambos os sexos, acarretando a exclusão do mercado de trabalho dos menos qualificados.

5.1.3 Faixa etária dos profissionais de enfermagem das USF(s)

Ao serem questionados sobre a faixa etária observa-se no gráfico 02 abaixo, que 15% dos profissionais estão compreendidos na faixa etária de 40 a 47 anos e os demais são formados por 85%, que estão na faixa de 28 e 37 anos.

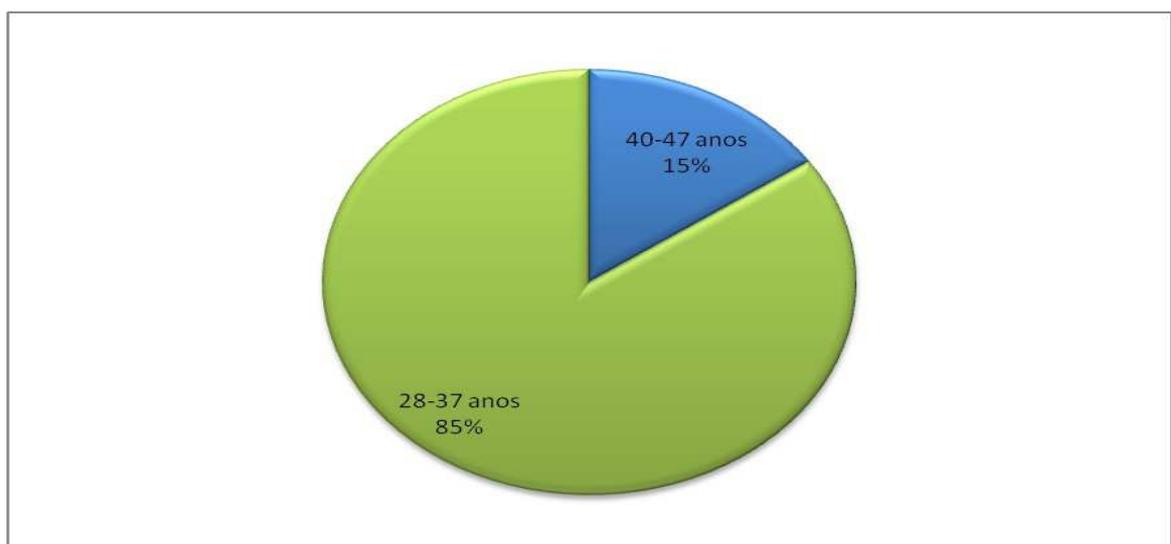


Gráfico 02 - Faixa etária dos profissionais de enfermagem das USF's. Pesquisa de campo, 2010.

5.1.4 Correlação entre o tempo de serviço na área de enfermagem e na USF com o desenvolvimento de outras atividades remuneradas

Durante a investigação no que concerne a experiência profissional, os trabalhadores de enfermagem informaram o tempo de serviço na área de enfermagem, bem como o período em que trabalham na Unidade de Saúde da Família. Tais informações podem ser visualizadas no quadro abaixo:

Quadro 02 – Distribuição das trabalhadoras de enfermagem por tempo de serviço na enfermagem e

CATEGORIA PROFISSIONAL	TEMPO DE SERVIÇO NA ENFERMAGEM	TEMPO DE SERVIÇO NA USF
Enfermeiro	02-22 anos	01-05 anos
Técnico de enfermagem	03-07 anos	03-07 anos
Auxiliar de enfermagem	03-07 anos	03-05 anos

nas USF's. Pesquisa de Campo, 2010.

Dando seguimento a esse agrupamento, investigou-se se os profissionais de enfermagem, do estudo em foco, têm outra ocupação remunerável que possam ter favorecido a ocorrência de acidentes de trabalho. Nesse sentido, obtiveram-se os resultados presentes no gráfico 03, que se apresentam.

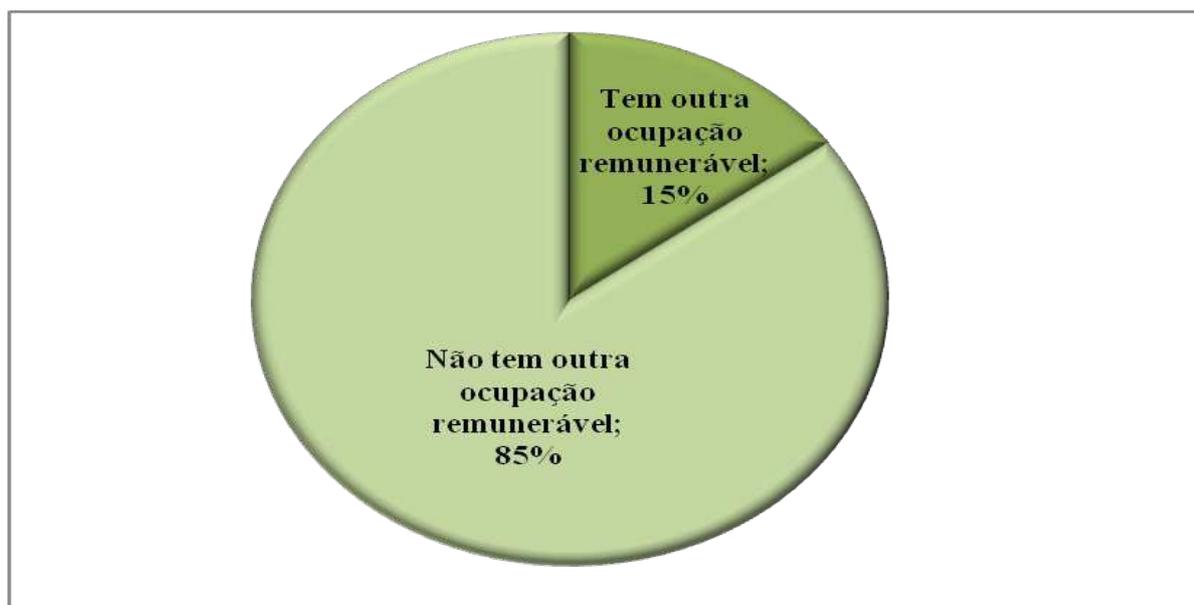


Gráfico 03 – Outra ocupação dos profissionais de enfermagem das USF's. Pesquisa de Campo, 2010.

Em relação ao questionamento se tem outra atividade remunerável obteve-se a seguinte distribuição por categoria profissional: na categoria distribuição de tempo de serviço na enfermagem, observa-se que o tempo de serviço na enfermagem, no caso enfermeiro vai de 02 a 22 anos, tempo de serviço na USF vai de 01 a 05 anos. Em se tratando da questão “outra ocupação dos profissionais de enfermagem das USF” têm-se as seguintes respostas: 15% têm outra ocupação remunerável e 85% não têm outra ocupação remunerável. Já em relação ao Técnico de enfermagem constata-se que em relação ao tempo de serviço vai de 03 a 07 anos, tempo de serviço na USF vai de 03 a 07 anos. No tocante ao auxiliar de enfermagem, têm-se a seguinte distribuição: o tempo de serviço na enfermagem varia de 03 a 07 anos, o tempo de serviço na USF vai de 03 a 05 anos.

Diante do exposto, verifica-se que por não manterem outra ocupação remunerável, faz com que esses profissionais estejam mais atentos ao trabalho que executam. Uma vez que estudos trazem que os trabalhadores de enfermagem trazem sobre si uma grande responsabilidade – o cuidar do ser humano. Na realização das ações de Enfermagem, esta categoria necessita estar constantemente atenta, alerta. Estas exigências são oriundas da possibilidade da ocorrência de algum erro e as consequências que podem resultar a partir desse erro, uma vez que se trata de cuidar de seres humanos (MACÊDO, 2006, p. 31).

5.2 RISCOS OCUPACIONAIS DE ENFERMAGEM

Nesse agrupamento de dados, procurou-se apresentar as respostas dos trabalhadores de enfermagem a respeito das questões seguintes: “em relação ao seu trabalho, você está satisfeito ou insatisfeito?”, “possui algum problema de saúde?”, “já teve algum problema de saúde, provocado pelo trabalho de enfermagem desenvolvido na Unidade de Saúde da Família (USF)?”, “nestes últimos 12 meses sofreu algum acidente relacionado a trabalho?”, “na sua opinião os materiais que utilizam para executar suas tarefas são adequados ou inadequados?”, “há fatores de riscos ambientais na USF?”, “as condições de iluminação estão satisfatórias?”. Entre as respostas, surgiram elementos que ao serem reunidos, deram origem, as seguintes subcategorias: satisfação no trabalho de enfermagem segundo profissionais de enfermagem das USF(s), problema de saúde provocado pelo trabalho de enfermagem realizado na USF em que trabalha, acidente de trabalho nos últimos 12 meses de atuação na USF(s), opinião dos profissionais de enfermagem em relação aos materiais que utilizam nas USF(s), condições de iluminação das USF(s).

5.2.1 Satisfação no trabalho segundo profissionais de enfermagem das USF(s)

Ao investigar o grau de satisfação e insatisfação dos profissionais de enfermagem atuantes nas USF(s) de Upanema-RN, pode-se identificar os dados panorâmicos sobre essa questão, apresentados no gráfico 04, abaixo:

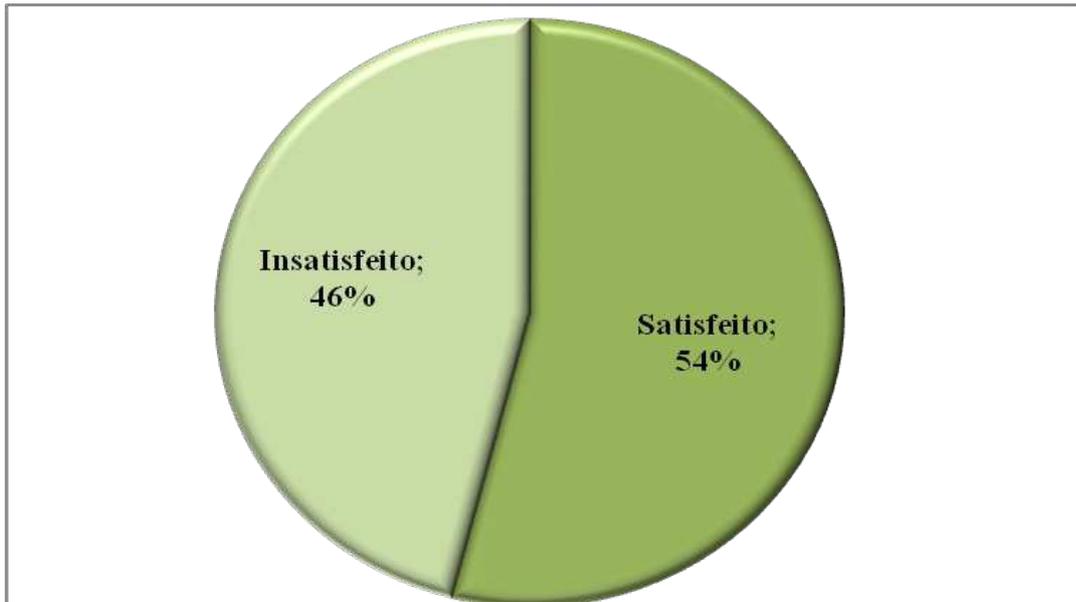


Gráfico 04 - Grau de satisfação e insatisfação em relação ao trabalho dos profissionais de enfermagem das USF's. Pesquisa de campo, 2010.

Ao serem indagados sobre a satisfação e insatisfação em relação ao trabalho na enfermagem nas USF, observa-se no gráfico 04 que há parte dos profissionais de enfermagem insatisfeitos (46%) e outra parte satisfeitos (54%).

Em seguida, verificou-se o nível de satisfação por categoria profissional, e então se obteve os dados apresentados no quadro a seguir.

CATEGORIA PROFISSIONAL	VARIÁVEIS	QUANTIDADE
Enfermeiro	Satisfeito	04
	Insatisfeito	00

Técnico de Enfermagem	Satisfeito	03
	Insatisfeito	04
Auxiliar de Enfermagem	Satisfeito	00
	Insatisfeito	02

Quadro 03 – Grau de satisfação e insatisfação em relação ao trabalho dos trabalhadores de enfermagem das USF's. Pesquisa de Campo, 2010.

Pode-se visualizar no quadro 03, acima, que os auxiliares e técnicos de enfermagem representam um grau elevado de insatisfação em relação ao trabalho. Diante desta constatação pode-se inferir que esses profissionais de nível médio são os que têm contato direto com o paciente, são os que recebem salários com valores inferiores as suas expectativas, além de outros fatores negativos.

Segundo Shimizu (2007), o processo de trabalho de enfermagem é desenvolvido por heterogênea equipe profissional, ao enfermeiro cabem as atividades intelectuais e de gerenciamento do serviço e de execução de procedimentos mais complexos. Ao auxiliar de enfermagem competem desempenhar as atividades assistenciais. Essa divisão técnica e social camufla a divisão social e técnica do trabalho de enfermagem. Conseqüentemente, na divisão técnico-social, o enfermeiro é privilegiado. Conhece o processo. Os demais da equipe não planejam, nem executam, nem avaliam a assistência aos pacientes, tendo dificuldades para aprender o quadro global. A situação os aliena; causa-lhes sofrimento, desmotivação, apatia.

As condições de trabalho representam a relação entre as circunstâncias materiais, psíquicas, biológicas e sociais, as quais são influenciadas pelos fatores econômicos, técnicos e organizacionais do trabalho; as condições inadequadas de trabalho podem levar a uma intensificação dos riscos ocupacionais e insatisfação dessa categoria de enfermagem (MACÊDO, 2006, p.17).

O mesmo autor relata que as inadequadas condições de trabalho têm sido ponto de preocupação e discussão em escala mundial há muito tempo. Há certa inquietação, entre os pesquisadores, sobre questões referentes aos riscos ocupacionais, dentre eles os riscos ergonômicos, que decorrem da organização e gestão do trabalho. Evidência-se uma necessidade de mudanças nas condições de trabalho que venham a garantir a realização das atividades laborais com segurança e conseqüentemente um grau de satisfação maior a esses profissionais de enfermagem do nível médio.

Assim, as reflexões subsidiadas por Macêdo (2006), por exemplo, demonstram que as questões referentes aos baixos salários da categoria, não satisfazem às necessidades pessoais dos trabalhadores e da sua família favorecendo um grau maior de insatisfação a esta categoria.

5.2.2 Problema de saúde provocado pelo trabalho de enfermagem realizado na USF em que trabalha

Ao analisar os dados coletados no campo da pesquisa, verificou-se que, em relação à questão: “já teve algum problema de saúde provocado pelo trabalho de enfermagem realizado na USF em que trabalha”, remeteu-se na construção do quadro 04 abaixo:

CATEGORIA PROFISSIONAL	VARIÁVEIS	PROBLEMA DE SAÚDE ESPECIFICADO	TOTAL
Enfermeiro	Sim	-	00
	Não	-	03
Técnico de Enfermagem	Sim	Gastrite e cardiaco	02
	Não	-	05
Auxiliar de Enfermagem	Sim	-	00
	Não	-	02

Quadro 04 - Problema de saúde provocado pelo trabalho de enfermagem realizado na USF em que trabalha. Pesquisa de Campo, 2010.

Verifica-se no quadro 04 que apenas um técnico de enfermagem especificou o problema de saúde provocado pelo trabalho de enfermagem realizado na USF, em que desenvolve as suas atividades laborais. Os demais trabalhadores de enfermagem não especificaram nenhum problema de saúde.

No entanto, pode-se relatar que nem sempre é fácil perceber que algumas doenças podem ter sido ocasionadas pelo trabalho, pois fazer o estabelecimento da relação causal ou do nexos entre um determinado evento de saúde – dano ou doença nem sempre é percebido pelo trabalhador de enfermagem, pois a sua formação em assuntos relativos a saúde do trabalhador pode ser incipiente.

Nesse contexto, Rezende (2007) trás a sua contribuição quando relata que um dos grandes problemas que contribui para aumentar a vulnerabilidade dos trabalhadores do setor saúde é a sua incipiente formação em assuntos relativos à saúde do trabalhador.

5.2.3 Acidente de trabalho nos últimos 12 meses de atuação na USF

Ao questionar os trabalhadores de enfermagem se “nestes últimos 12 (doze) meses sofreu algum acidente relacionado ao trabalho” todas as categorias de enfermagem pesquisadas relataram que não sofreram nenhum acidente relacionado ao trabalho.

Diante dessa constatação, observa-se que os profissionais de saúde pesquisados relataram que estão expostos a diversos riscos ocupacionais, no entanto verifica-se que os mesmos estão bastantes atentos aos riscos ocupacionais.

Nesse sentido, verifica-se no que tange à atenção, entende-se que esta pode ser definida como a direção da consciência, o estado de concentração da atividade mental sobre determinado objeto, ou seja, é estar concentrado para a realização da tarefa (FARIAS; CASTRO, 2009).

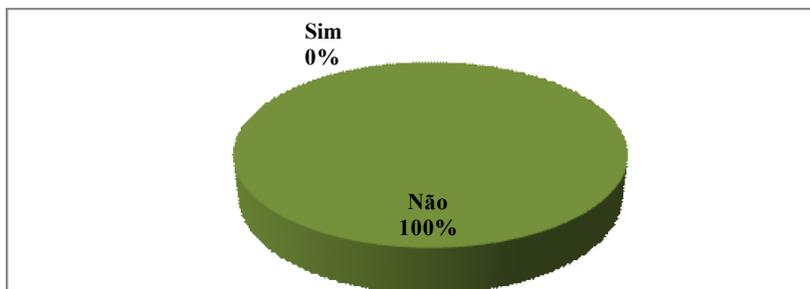


Gráfico 05 - Acidente de trabalho nos últimos 12 meses nas USF's. Pesquisa de Campo, 2010.

5.2.4 Opinião dos profissionais de enfermagem em relação aos materiais utilizados nas USF(s)

Ao serem questionados em relação à adequação ou inadequação dos materiais usados para executar suas tarefas, com enfoque na qualidade e quantidade. A partir desse questionamento construiu-se o seguinte gráfico, que se apresenta abaixo

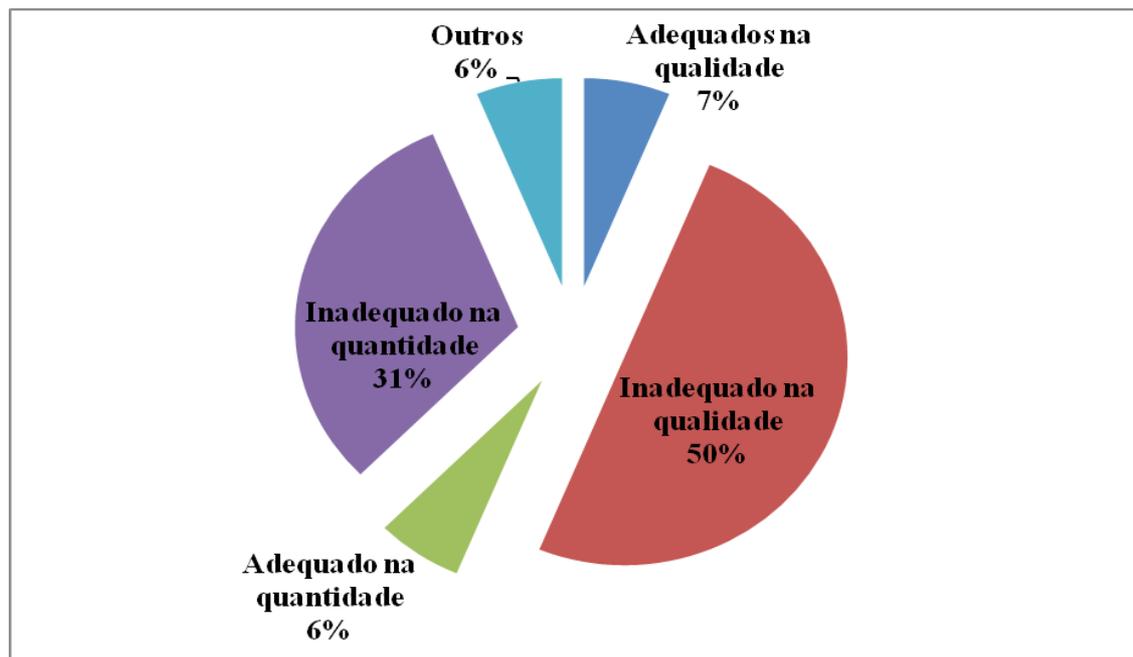


Gráfico 06 - Opinião dos profissionais de enfermagem em relação aos materiais utilizados nas USF's. Pesquisa de Campo, 2010.

A opinião dos profissionais de enfermagem, no tocante aos materiais que utilizam para executarem as atividades laborais, pode-se constatar através do gráfico acima que os materiais são adequados na quantidade (7%); inadequado na quantidade (33%); inadequados na qualidade (69%). Assim, observa-se que 69% (sessenta e nove por cento) dos materiais das USF são inadequados para os procedimentos de enfermagem, representando a maior parte.

Diante disso, vêem-se como os profissionais de enfermagem vendem sua força de trabalho para produzir um serviço a uma determinada clientela e estão expostos aos riscos do processo de trabalho e de postos de trabalho inadequados que implicam em doenças profissionais (VEIGA, 2007, p.19).

Os mesmos autores ainda comentam que ter melhores condições de trabalho implica em: ter equipamentos adequados e suficientes; ter pessoal em número e categoria adequado

para atender ao cliente; contar com uma planta física adequada no que diz respeito à construção de instalações para a higienização dos pacientes e do pessoal bem como material utilizado para efetuar os procedimentos técnicos; dispor de instalação e estrutura adequada para efetuar tratamentos, como por exemplo, contar com regularidade no fornecimento de material, resolução de problemas de biossegurança para clientes e profissionais, ter menos sobrecarga de trabalho (VEIGA, 2007, p.24).

Desse modo, constata-se o quanto são precários os materiais dos profissionais de enfermagem.

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (1985 apud VEIGA 2007 p. 25) trabalho precário é aquele que ocorre sob condições cada vez mais intoleráveis, sem nenhuma consideração a saúde do trabalhador, sua vida familiar ou seu desenvolvimento pessoal. São condições que mostram injustiças, misérias e privações para um grande número de seres humanos.

Para Macêdo 2006, p. 31 é evidente a grande responsabilidade da Enfermagem no cuidar de pessoas. No entanto, há um paradoxo entre esta responsabilidade e as inadequadas condições de trabalho oferecidas a esses trabalhadores.

A depender das condições em que o trabalho é executado, essas condições podem torná-lo em algo que pode levar ao sofrimento, sofrimento este que surge do confronto entre a subjetividade do trabalhador e as limitações das condições socioculturais e ambientais, relações sociais e organização do trabalho. Isto é o reflexo de um modo de produção característica atualmente, de uma acumulação flexível do capital que tem dado origem a uma situação que apresenta muitas diversidades, abrangendo a relação trabalho, emprego, subemprego e desemprego (MENDES e MARRONE, 2002, apud MACÊDO 2006, p.31).

5.2.5 Fatores de riscos nas USF(s)

Ao analisar os dados coletados em relação à questão: “há fatores de risco ambientais na USF?”, os auxiliares de enfermagem, enfermeiros e técnicos de enfermagem, opinaram que estavam expostos a riscos físicos, biológicos, ergonômicos e químicos.

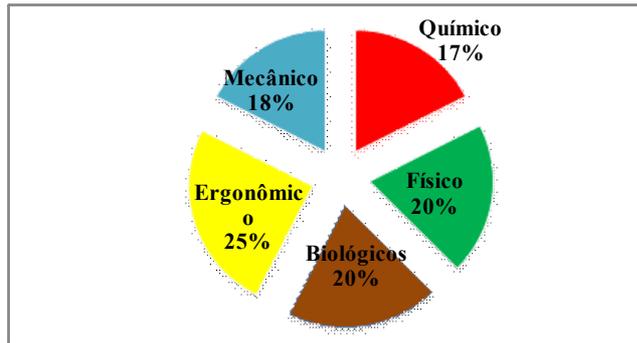


Gráfico 07 - Fatores de riscos nas USF's. Pesquisa de Campo, 2010.

Nas USFs os riscos ocupacionais são diversos e estes são originários de vários fatores como: físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, mecânicos, psicossociais, dentre outros.

Para Veiga (2007, p.26), a palavra risco vem do latim, *riscus*, significando perigo, inconveniente, dano. É uma palavra que tem sido utilizada em grande variedade de contextos e sentidos. De modo geral pode ser definido como a probabilidade de ocorrência de um evento particularmente adverso, durante um período de tempo.

Os mesmos autores relatam que os riscos ocupacionais representam as condições e fatores que ocorrem no ambiente de trabalho, capazes de proporcionar danos ou agravos à saúde do trabalhador.

Os riscos ocupacionais que acometem os trabalhadores das entidades de saúde são originários de fatores físicos, químicos, psicossociais, ergonômicos e biológicos (CHIODI; MARZIALE, 2006, p.213).

Segundo Gehring Júnior et al. (2007, p. 402) a periculosidade e a insalubridade do trabalho de enfermagem são caracterizados pela exposição de microorganismos patogênicos (risco biológico), a radiações (risco químico), entre outros agentes. Assim, o ambiente de trabalho na enfermagem pode ser um agente catalizador do processo de desgaste do trabalhador, culminando em várias doenças.

Para Duarte; Mauro (2010, p. 158), a presença de risco ocupacional no desempenho das atividades laborais do profissional de enfermagem apresenta uma visibilidade multifatorial, devido à diversidade de fatores de risco a que estão expostos, dependendo da atividade realizada. Nessa vertente, verifica-se a importância da análise destes riscos para os profissionais.

Conforme o gráfico 07 pode-se constatar que os profissionais de enfermagem estão submetidos a diversos fatores de risco, contribuindo para que esses trabalhadores venham a adquirir alguma doença relacionada ao trabalho.

Duarte; Mauro (2010, p. 538) constata que

A maior frequência de acidentes de trabalho sucede na enfermagem e defendem este argumento porque os trabalhadores estão expostos a riscos advindos do desenvolvimento de atividades assistenciais diretas e indiretas, cuidados prestados diretamente a pacientes e em organização, limpeza, desinfecção de materiais, de equipamentos e do ambiente.

Os mesmos autores relatam que na enfermagem há exposição do trabalhador a cargas biológicas e a acidentes ao manipular pacientes com doenças transmissíveis e infectocontagiosas, feridas cirúrgicas e outras secreções humanas.

Nesse sentido pode-se constatar através do gráfico e da tabela acima que os fatores de riscos apontados pelos trabalhadores de saúde das Unidades de Saúde da Família pesquisadas são os seguintes: químicos (17%), mecânico (18%), físico e biológico (20%), ergonômico (25%).

Assim, considera-se que riscos químicos são aqueles ocasionados por agentes químicos, ou seja, substância, ou produtos químicos que possam penetrar no organismo pela via respiratória nas formas de poeira, fumos, gases ou vapores, ou que, pela natureza da atividade e exposição, possam ter contato ou ser absorvidos pelo organismo através da pele ou ingestão (CHIODI; MARZIALE, 2006, p.214).

Assim, comenta Duarte e Mauro (2010, p.538):

Os trabalhadores de enfermagem muito se expõem a cargas químicas quando manipulam meios e instrumentos de trabalhos, medicamentos, soluções, desinfetantes, desincrostrantes ou esterilizantes, anti-sépticos, quimioterápicos, gases, analgésicos etc.

Veiga (2007, p. 27), afirma que os 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, radiações não ionizantes, bem como infra-som e ultra-som.

Riscos biológicos envolvem as bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários, vírus, entre outros (VEIGA, 2007, p.27).

Em relação aos riscos mecânicos pode-se constatar que os agentes mecânicos e outras condições de insegurança, existentes nos locais de trabalho são capazes de provocar lesão a integridade física do trabalhador, ou seja, constituem nos acidentes de trabalho (VEIGA, 2007, p. 27).

Já em relação aos riscos ergonômicos observa-se que:

A presença de agentes anti-ergonômicos levam as condições de riscos de natureza ergonômica e da organização do trabalho. São os fatores de natureza bio-psico-social do meio ambiente profissional que, com base na Fisiologia, na Psicologia e na Organização do Trabalho, podem produzir desequilíbrio no processo de adaptação do homem ao trabalho, o que inclui: máquinas (ferramentas e aparelhos), em função das exigências humana, local de trabalho, condições acústicas, térmicas, iluminação, arquitetura. Falta de organização no trabalho (material e métodos) caracterizado pela relação homem que levam a desadaptação do trabalhador ao trabalho (VEIGA, 2007, p.28).

Assim, observa-se que o trabalho dos profissionais nas unidades de Saúde Pública está envolto em diversos fatores de risco ocupacional, que podem ocasionar danos a saúde dos trabalhadores e, conseqüentemente, interferirem na qualidade da assistência prestada ao usuário (CHIODI; MARZIALE, 2006, p.214).

Apesar de toda a legislação existente, os trabalhadores enfrentam desafios e problemas no cotidiano de seu trabalho, dentre estes, a falta de compromisso e o descaso das instituições empregadoras de trabalhadores de enfermagem, com a promoção da saúde e segurança no trabalho desta categoria profissional. Sabe-se que, de um lado, o sistema de saúde produz serviços de assistência a saúde; por outro lado, embora seja um contra-senso, pouca importância tem sido dada à proteção, promoção e manutenção dos seus trabalhadores (MACÊDO, 2006, p. 19).

Então é imprescindível o reconhecimento dos riscos ocupacionais para o planejamento de ações preventivas, visando à promoção da saúde dos trabalhadores nessa área.

5.2.6 Condições de iluminação das USF(s)

Quando foram questionados sobre as condições de iluminação para o desenvolvimento de suas atividades, os trabalhadores de enfermagem referiram a sua satisfação e insatisfação, como visualizado no gráfico 08, apresentado a seguir:

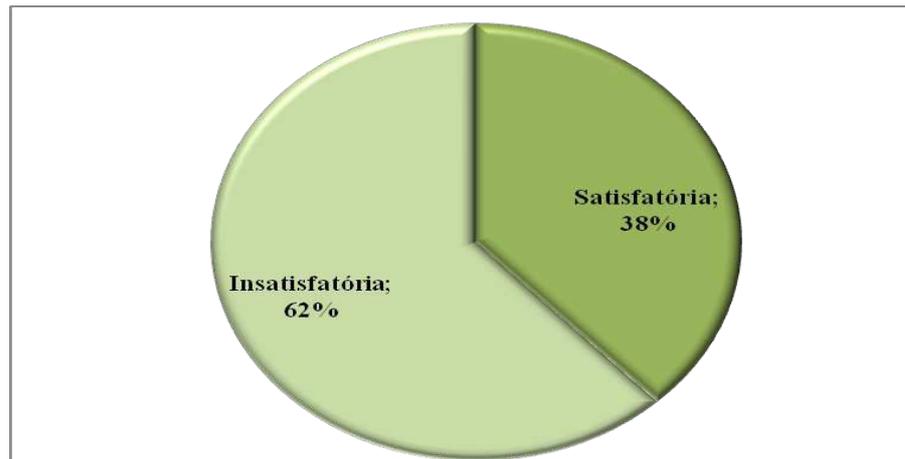


Gráfico 08 – Condições de iluminação das USF's. Pesquisa de Campo, 2010.

De acordo com a norma regulamentadora nº 17 da lei 6514/77, aprovada pela portaria 3214/78, “a iluminação geral deve ser uniformemente distribuída e difusa”, buscando evitar ofuscamento, reflexos incômodos, sombras e contrastes excessivos, além de considerar as exigências das tarefas (VEIGA, 2007, p.60).

Os mesmos autores comentam que o nível de iluminação do ambiente de trabalho deve ser bem distribuído e difuso, levando em conta as características das tarefas para se evitar erros.

De acordo com (COUTO, 2002, apud VEIGA, 2007, p.67), em tarefas dependentes de precisão visual, deve-se usar nos postos de trabalho, iluminação localizada, utilizando tubos fluorescentes e também tentar mesclar a iluminação artificial com a natural, com janelas projetadas para permitir a entrada adequada da luz natural.

Quando a iluminação é precária pode favorecer quedas, reduzir a produtividade, agravar a complexidade do trabalho mental e penalizar, sobretudo, o trabalhador mais idoso, provocando desgaste precoce das capacidades visuais e fadiga visual, com perturbações visuais acompanhadas de cefaléia. Uma boa iluminação em estabelecimentos de saúde é indispensável à segurança dos pacientes e trabalhadores de enfermagem (REZENDE, 2003, p.83).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados obtidos nesse estudo algumas considerações e reflexões podem ser colocadas com relação às questões de pesquisa que o ancoram.

Sendo assim, o presente estudo foi norteado pelo seguinte questionamento: Quais os riscos ocupacionais a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem em Unidades de Saúde da Família de um município do Rio Grande do Norte?

A realização deste estudo possibilitou um entendimento sobre os riscos ocupacionais em Unidades de Saúde da Família na visão dos profissionais de enfermagem, tendo conseguido atingir o intento proposto inicialmente, que foi investigar os riscos ocupacionais apontados pelos trabalhadores de enfermagem atuantes em Unidades de Saúde da Família de um município do Rio Grande do Norte.

Com essa investigação pode-se perceber que a enfermagem é formada em grande parte por mulheres casadas, conferindo-lhes a situação de dupla jornada de trabalho, uma vez que além de trabalhar fora de casa, quando retornam suas atividades profissionais ainda tem que tomarem conta da família e das atividades domésticas.

No que concerne a escolaridade, os profissionais de enfermagem na sua grande maioria tem apenas o segundo grau completo. Diante dessa constatação, pode-se inferir que por ter uma baixa escolaridade, acarretam a sua exclusão do mercado de trabalho mais abastado. Muitas vezes esses trabalhadores podem se submeter a empregos aviltantes, para manterem a sua sobrevivência.

Observa-se que a faixa etária dos profissionais de enfermagem está inserida entre 40 a 47 anos, o qual corresponde a 15% (quinze por cento) e os de 28-37 anos o qual corresponde a 85% (oitenta por cento) dos profissionais entrevistados. Vê-se que a maioria é jovem e estão na faixa etária economicamente ativa.

No tocante a outra ocupação remunerável dos trabalhadores de enfermagem das Unidades de Saúde da Família, constata-se que 85% (oitenta e cinco por cento) não têm outra ocupação remunerável. Isto posto, verifica-se por não possuírem outra ocupação não remunerável, faz com que esses profissionais estejam mais atentos na execução do seu trabalho, conseqüentemente oferece mais segurança ao usuário e a própria enfermagem, uma vez que a dupla/tripla jornada de trabalho, faz com que a enfermagem venha adquirir algum problema de saúde relacionado ao trabalho.

O presente estudo revelou que há uma discrepância em relação ao grau de satisfação e insatisfação em relação ao trabalho dos profissionais de enfermagem das USF.

Nesta perspectiva se faz necessário pontuar que a diferença se dá em relação às categorias profissionais. A maioria dos auxiliares e técnicos de enfermagem está insatisfeita, enquanto 100% dos enfermeiros responderam que estavam satisfeitos com o trabalho. Diante dessas constatações, pode-se relatar que aos auxiliares competem às atividades assistenciais diretas ao paciente e ao enfermeiro cabem as atividades intelectuais e ao gerenciamento do serviço, dentre outras atividades.

Trazendo os principais resultados obtidos da pesquisa, percebeu-se que em relação aos problemas de saúde relacionados ao trabalho que a enfermagem desenvolve nas USFs, a maioria respondeu que não tem nenhum problema de saúde. No entanto, é oportuno frisar que nem sempre é fácil relacionar a patologia que o profissional possui com o trabalho. Uma vez que a sua formação em assuntos relativos à saúde do trabalhador pode ser insipiente.

Em relação aos acidentes nos últimos 12 meses nas USF, observa-se que 100% (cem por cento) responderam que não tinham sofrido nenhum acidente.

Quanto à opinião dos profissionais de enfermagem em relação aos materiais que utilizam para executarem as suas atividades laborais nas USF, pode-se constatar que os materiais são precários tanto na qualidade, quanto na quantidade. Nesse interim, vê-se o quanto os estabelecimentos de saúde estão precários, com isso contribuem com que o ambiente de trabalho não ofereça condições dignas de trabalho.

Consta-se, enfim, que os profissionais estão expostos a diversos riscos ocupacionais, sejam eles químicos, físicos, biológicos, ergonômicos, dentre outros. Na medida em que convivem com diversos riscos ocupacionais, isso implica dizer que com esta situação, pode-se ocasionar danos à saúde dos trabalhadores e, conseqüentemente, interferir na qualidade da assistência prestada ao usuário.

Quanto às condições de iluminação da maioria das USF(s) é insatisfatória. Com essa informação observa-se que esses estabelecimentos de Saúde não estão de acordo com a norma regulamentadora nº 6514/77, aprovada pela portaria 321/78, que preconiza que a iluminação geral deve ser iniformemente distribuída e difusa, buscando evitar problema na acuidade visual.

Assim sendo, constata-se que a enfermagem está convivendo com diversos riscos ocupacionais, que podem favorecer o desenvolvimento de agravos à saúde dos trabalhadores de enfermagem que cotidianamente desenvolvem as suas atividades.

Considera-se importante a incorporação de uma postura capaz de propor mudanças no ambiente de trabalho de profissionais de enfermagem, como apresentado no estudo. Tais modificações deverão estar coerentes com a promoção da saúde de tais trabalhadores, lhes garantido meios para a execução segura de suas atividades. E com esse espírito de luta, estendido aos distintos atores sociais, particularmente, como trabalhadores de saúde, gestores, dentre outros que estejam comprometidos com a melhoria do ambiente de trabalho.

Diante do exposto, acredita-se que os riscos ocupacionais presentes no trabalho de enfermagem em unidades de saúde da família, pode ser semelhante ao trabalho desenvolvido por outros profissionais atuantes em espaços semelhantes. Logo o estudo não finaliza as discussões acerca da temática, mas pode instigar o seguimento de outras pesquisas em distintos cenários.

REFERÊNCIAS

- ABRANCHES, Sueli Soldati. **A situação ergonômica do trabalho de enfermagem em unidade básica de saúde.** 2005. 216 f. Tese (doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Seminaramis Melani Melo. (orgs). **O trabalho de enfermagem.** Cortez: São Paulo, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº196,** de 10 de outubro de 1996. Trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.
- _____. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. **Saúde do trabalhador.** Departamento de Atenção Básica-Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BORGES, Rives Rocha; MORAIS, Sandra Bartira Oliveira Barbosa. **Perfil dos afastamentos entre profissionais de enfermagem – o caso maternidade Climério de Oliveira.** 2006. 54 f. Monografia (especialização em engenharia de segurança do trabalho). Escola Politécnica, Universidade Federal da Bahia, [2006].
- BENTO, Paulo São; FREITAS, Lucilene, **História da saúde pública no Brasil:** os agravantes causados pelas doenças (re) emergenciais. Disponível em www.jornadaead.com.br/aulas/index.php? .Acesso em 11/12/2010.
- CAMELO, Silvia Helena Henriques. **Riscos psicossociais relacionados ao estresse no trabalho das equipes de saúde da família e estratégia de gerenciamento.** 2006.161 f. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, [2006].
- CARVALHO, Geraldo Mota de. **Enfermagem do trabalho.** São Paulo: EPU, 2001
- Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Resolução COFEN n.311/2007.** Trata-se do Código que se aplicação aos profissionais de enfermagem e exercentes das atividades elementares de enfermagem. Rio de Janeiro, 2007.
- CHIODI, Mônica Bomagamba; MARZIALE, Maria Helena Palucci. Riscos ocupacionais para trabalhadores de unidades básicas de saúde: Revisão Bibliográfica. **Acta Paul Enferm.** V.19, n.1, janeiro/março, 2006.
- DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal et al. Organização do trabalho de enfermagem na atenção básica: uma questão para a saúde do trabalhador. **Revista Texto e Contexto Enfermagem,** v. 18, n.2, Florianópolis, abril/junho, 2009.

DUARTE, Nei Santos; MAURO, Maria Yvone. Análise dos fatores de riscos ocupacionais do trabalho de enfermagem Sob a ótica dos enfermeiros. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.35, n.121, p.157-167, 2010.

ELIAS, Maria Aparecida; NAVARRO, Vera Lúcia. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Rev. Latino Americano de Enfermagem**, v.14, n.4, Ribeirão Preto, julho/agosto, 2006.

FARIAS, Sheila Nascimento Pereira; CASTRO, Magda Ribeiro de. Repercussões do acidente com perfurocortantes para a enfermagem: uma construção a partir do grupo focal. **Revista Enfermagem**. V.13, n. 3, julho/setembro, 2009.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de et al. Uma breve introdução à história da saúde pública. In: **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul/SP: Yendis, 2005.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de et al. Entre a filosofia e as políticas públicas: o que saber sobre o SUS. In: FIGUEIREDO, NÉBIA Maria Almeida de; TONINI, Tereza (org). **SUS e PSF para enfermagem: Práticas para o cuidado em saúde coletiva**. São Caetano do Sul/SP: Yendis, 2007.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida et al. Programa Saúde da Família(PSF): a família como sujeito de intervenção. In: FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida; TONINI, Teresa (org.). **SUS E PSF para enfermagem**. Práticas para o cuidado em saúde coletiva. São Caetano do Sul/SP: Yendis, 2007.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida et al.Saúde Pública.In:MACHADO, Wiliam César Alves Machado; VIANA, Dirce Laplaca; FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida **Tratado prático de enfermagem**. São Caetano do Sul/SP: Yendis, 2008.

FRANCO, Júlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um modelo destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERRY, Emerson Elias et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS No cotidiano**.4 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

GEHRING Júnior, et al. Absenteísmo - doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS. Campinas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.10, n.3, 2007.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

HANDEM, Priscila de Castro et al. Metodologia: interpretando autores. In: FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida. **Método e metodologia na pesquisa científica**. 3 ed. São Caetano do Sul/SP: Yendis, 2008.

MACÊDO, Maria Lúcia Azevedo. **Trabalho noturno em saúde: histórias de mulheres trabalhadoras de enfermagem**. Natal (RN): 2006.151f. Dissertação (mestrado em enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, [2006].

MAURO, Maria Yovone Chaves et al. Condições de trabalho nas enfermarias de um Hospital Universitário. Esc. Anna Nery **Revista Enfermagem**, v.14, n. 1, Florianópolis, janeiro/março, 2010.

MOURA, Maria Lucia Costa de. **Programa saúde da família – PSF**. Disponível em <<http://www.jornadaead.com.br/aulas/index.php?>>>>. Acesso em 22 de setembro de 2009.

MELO, Enirtes Caetano Prates; CUNHA, Fátima Terezinha Scarparo Cunha. Políticas de saúde pública. In: FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul/SP: Yendis, 2005.

REZENDE, Marina Pereira. **Agravos à saúde de auxiliares de enfermagem resultantes de exposição ocupacional aos riscos físicos**. Ribeirão Preto (SP): 2003. 144 f. Dissertação (mestrado em enfermagem). Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, [2003].

RIBEIRO, Emílio José Gonçalves. Acidentes de trabalhadores de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n.5, p.535-540, set./out. 2007.

SARQUIS, Leila Maria Mansano; FELLI, Vanda Elisa Andres. Acidentes de trabalho com instrumentos perfuros cortantes entre os trabalhadores de enfermagem. **Rev. Esc. Enfermagem**, v.36, n. 3, USP, 2002.

SILVA, Wanderley Fernandes da; SOARES, Antônio Jorge. **Avaliação da estratégia saúde da família em Mossoró-RN**. 2007. Dissertação (Mestrado): PRODEMA, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, [2007].

SHIMIZU, Helena; RIBEIRO, Emílio José Gonçalves. Acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 60, n.5, p.545-550, set./out. 2007. ■

VEIGA, Andréia, Rodrigues. **Condições de trabalho, fatores de risco e problemas de saúde percebidos pelo trabalhador de enfermagem hospitalar**. 2007. 118 f. Dissertação (mestrado em enfermagem). Faculdade de enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, [2007].

APÊNDICES



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

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa intitulada: **RISCOS OCUPACIONAIS DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA** está sendo realizada por Alexandre Bezerra Silva, discente do curso de pós-graduação em Enfermagem em Saúde e Segurança do Trabalho da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE e orientada pela professora Ms. Édija Anália Rodrigues de Lima.

O interesse do pesquisador em abordar as questões referentes aos riscos ocupacionais em Unidades de Saúde da Família (USF) surgiu durante a graduação em enfermagem, onde observou - se no âmbito das instituições de saúde que os profissionais, principalmente os de enfermagem estavam expostos a diversos riscos ocupacionais.

A partir da experiência como Enfermeiro em Unidades de Saúde da Família, mas precisamente no Programa Saúde da Família (PSF), constatou-se, de forma mais aguçada, o quanto a enfermagem está exposta a diversos riscos ocupacionais, sejam eles químicos, físicos, biológicos, ergonômicos e até psicossociais.

Durante a pós-graduação em nível de Especialização em Enfermagem em Saúde e Segurança do Trabalho houve aumento do interesse em estudar essa temática.

Sendo assim, estudo em tela tem como objetivo geral: Investigar os riscos ocupacionais de profissionais de enfermagem em Unidades de Saúde da Família atuantes em Unidades de Saúde da Família de um Município do Rio Grande do Norte. E como objetivos específicos: Caracterizar a situação sociodemográficas dos profissionais de enfermagem entrevistados; Listar os riscos ocupacionais apontados pelos profissionais de enfermagem inseridos nas unidades de saúde da família; Correlacionar os riscos mais frequentes com a atividade desenvolvida pelo profissional de enfermagem.

A sua participação é espontânea e voluntária. Ressaltamos que as informações fornecidas serão registradas num questionário, e farão parte de uma pesquisa para a conclusão de um curso de pós-graduação, podendo ser divulgadas em eventos científicos. Por ocasião de publicação dos resultados, a sua identidade será mantida em sigilo. O senhor (a) não receberá

nenhum pagamento por isto. E caso decida desistir de participar do estudo em qualquer momento, não sofrerá nenhum dano. Estarei a sua disposição para qualquer esclarecimento. Diante do exposto, agradeço a vossa contribuição para a realização dessa pesquisa.

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

Upanema- RN, ____/____/____.

Endereço profissional do pesquisador responsável:

Rua José Lopes, SN – Bairro: Pêgas. CEP: 59670-000 – Upanema – RN. E-mail: alexandre_enfe@hotmail.com. Fone: (84)3325-0419. **Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:** Rua Frei Galvão, 12, Gramame- João Pessoa-PB. Fone: (83)2106-4792. E-mail: CEP@facene.com.br.



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

APÊNDICE B QUESTIONÁRIO

PARTE I: Dados de caracterização sociodemográficas dos profissionais de enfermagem entrevistados.

Data: ___/___/___

Unidade de Saúde da Família: _____.

Nome: _____ **Idade:** _____ **Gênero:** _____

Estado Civil: () Solteiro () Casado () Viúvo () Outro: (Especificar): _____

Escolaridade:

- () Primeiro grau completo () Primeiro grau incompleto
() Segundo grau completo () Segundo grau incompleto
() Superior completo () Superior incompleto

Categoria profissional

() Enfermeiro () Técnico de Enfermagem () Auxiliar de Enfermagem

Experiência profissional:

Qual o tempo de trabalho na enfermagem? _____.

Quanto tempo trabalha nessa unidade de saúde? _____.

Tem outra ocupação remunerável: () Não () Sim

PARTE II: Dados relacionados à temática, riscos ocupacionais.

1. Em relação ao seu trabalho você está?

() Satisfeito. Por quê? _____

() Insatisfeito. Por quê? _____

2. Possui algum problema de saúde?

() Não () Sim. Especificar qual: _____

3. Já teve algum problema de saúde provocado pelo trabalho de enfermagem realizado na Unidade de Saúde da Família (USF) em que trabalha? () Não () Sim

4. Nestes últimos 12 meses sofreu algum acidente relacionado a trabalho?

5. Na sua opinião os materiais que utiliza para executar suas tarefas são?

adequados na qualidade

inadequados na qualidade. Especificar qual _____

adequados na quantidade

inadequados na quantidade. Especificar qual _____

outro Especificar quais? _____

6. Há fatores de riscos ambientais na USF?

Químicos: Não Sim. Especificar: _____

Físicos: Não Sim. Especificar: _____

Biológicos: Não Sim. Especificar: _____

Ergonômicos: Não Sim. Especificar: _____

Mecânicos Não Sim. Especificar: _____

7. Quais as tarefas que têm maiores exigências visuais? _____

8. As condições de iluminação estão satisfatórias?

Não Sim

ANEXOS

Anexo I

CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA


**FACULDADES DE ENFERMAGEM
E DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA**

Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258, de 21.09.2005 e publicada no
DOU de 23.09.2005 Pg. 184 Seção 01.
Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 1.084, de 28 de dezembro 2007, publicada no
DOU de 31 de dezembro de 2007, página 36, seção 1.


CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 196/96 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 6ª Reunião Ordinária realizada em 10/06/10 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "**Riscos ocupacionais de profissionais de enfermagem em unidades de saúde da família**", protocolo número: 72/2010 e CAAE: 2466.0.000.351-10, da orientadora: **Édija Anália Rodrigues de Lima** e da pesquisadora responsável: **Alexandre Bezerra Silva**.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 31/08/2010, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 23 de Julho de 2010

Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
Rosa Rita da Conceição Marques
Coordenadora do CEP/FACENE/FAMENE

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

Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba - Brasil
CEP.: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4777