



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Adriano Teixeira Monteiro Junior

**Riscos ocupacionais e problemas de saúde associados
às condições de trabalho de enfermagem
em unidades intensivas hospitalares**

Rio de Janeiro

2010

Adriano Teixeira Monteiro Junior

**Riscos ocupacionais e problemas de saúde associados
às condições de trabalho de enfermagem
em unidades intensivas hospitalares**



Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Maria Yvone Chaves Mauro

Rio de Janeiro

2010

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

M775 Monteiro Junior, Adriano Teixeira.
Riscos ocupacionais e problemas de saúde associados às condições de trabalho de enfermagem em unidades intensivas hospitalares / Adriano Teixeira Monteiro Junior. - 2010.
129f.

Orientador: Maria Yvone Chaves Mauro.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Riscos ocupacionais. 2. Saúde e trabalho. 3. Enfermagem de tratamento intensivo. I. Mauro, Maria Yvone Chaves. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Adriano Teixeira Monteiro Junior

**Riscos ocupacionais e problemas de saúde associados
às condições de trabalho de enfermagem
em unidades intensivas hospitalares**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 9 de Março de 2010

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Maria Yvone Chaves Mauro (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Prof.^a Dra. Angela Maria Mendes Abreu
Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ

Prof.^a Dra. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Rio de Janeiro

2010

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às mulheres mais importantes da minha vida: minha mãe *Maria Cidália*, pelo apoio e abrigo; minha esposa *Paula*, pelo incentivo, amor, carinho e compreensão; e às minhas lindas filhas *Mariana* e *Ana Luisa*, pela energia e alegria contagiantes.

AGRADECIMENTOS

A Deus, sobre todas as coisas.

À minha família por toda torcida e conforto nas horas difíceis.

À Prof.^a Maria Yvone Chaves Mauro, pela grata surpresa, pelo tratamento essencialmente humano, carinhoso e verdadeiro, pela tolerância, pelos ensinamentos profissionais e de vida, pelo exemplo e inspiração.

Aos enfermeiros Rogério Marques (Coordenador de Enfermagem) e Augusto César (Chefe de Serviço), pelo apoio e facilitação para participar do mestrado.

Aos meus companheiros de trabalho no hospital, colaboradores diretos do setor ou não, por terem compreendido minha inevitável ausência em alguns momentos, meu cansaço, meu estresse, meu momento.

À professora Norma Valéria Dantas, pela inestimável contribuição ao meu ingresso no mestrado e à minha pesquisa, pelas minuciosas correções, pela forma de agir, pela amizade e pelo profissionalismo.

Aos professores Regina Zeitoune, Angela Mendes e Elias Barbosa, pelas sugestões e correções fundamentais ao meu trabalho.

Aos acadêmicos (agora enfermeiros) Michely, Viviane, Hélio e Fernanda por terem “quebrado todos os galhos” possíveis.

Aos colegas do mestrado orientandos da mesma professora: Nei, Jéssica e Ana Carina, não só pela parceria e cumplicidade nas dificuldades, tensões e cumprimento de etapas, mas também pelos bons momentos e risadas.

Aos colegas do mestrado Patrícia, Sabrina, Belchior, Flávia, Ana Paula, Luiz Fernando e outros, pelas frequentes e construtivas discussões, pelo prazeroso clima em sala de aula, pelo estímulo.

Aos funcionários da secretaria do PPGEnf, Fabíola, Renan e Marcelo, pela paciência e auxílio.

Aos Chefes de Enfermagem das unidades intensivas do HU, pelo total apoio e auxílio na elaboração da pesquisa.

Aos trabalhadores de enfermagem das unidades intensivas participantes da pesquisa, pela disponibilidade e seriedade, pelas contribuições, palavras de incentivo e sorrisos.

A todos que disseram “você vai conseguir”.

RESUMO

MONTEIRO JUNIOR, Adriano Teixeira. **Riscos ocupacionais e problemas de saúde associados às condições de trabalho de enfermagem em unidades intensivas hospitalares**. 2010. 129 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, visando uma análise das condições de trabalho em unidades intensivas de um hospital universitário no município do Rio de Janeiro. Foi definido como objeto de estudo a percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre os riscos ocupacionais e os problemas de saúde inerentes às condições de trabalho em unidades intensivas e como problema de pesquisa: quais os riscos ocupacionais e problemas de saúde relacionados às condições de trabalho, percebidos pelos trabalhadores de enfermagem, em unidades intensivas de um hospital universitário? O objetivo geral foi estudar nas unidades intensivas os riscos ocupacionais e problemas de saúde da equipe de enfermagem e sua relação com condições de trabalho, a partir da percepção dos mesmos. Os objetivos específicos traçados foram: identificar as características pessoais e profissionais dos trabalhadores de enfermagem de unidades intensivas; descrever os fatores de risco do ambiente de trabalho percebidos pelos trabalhadores de enfermagem; levantar os problemas de saúde percebidos pelos trabalhadores e sua relação com o trabalho; analisar a associação entre os problemas de saúde percebidos pelos trabalhadores de enfermagem e as condições do trabalho em unidades intensivas. Participaram da pesquisa 125 profissionais de enfermagem de quatro unidades intensivas do Hospital Universitário (HU) entre Maio e Julho de 2009. A predominância foi de profissionais do sexo feminino, com idade acima dos 40 anos, com mais de um vínculo empregatício e trabalhando no HU há mais de 10 anos. Os riscos ocupacionais mais percebidos pelos trabalhadores foram os ergonômicos, seguido dos biológicos, de acidentes, físicos e químicos. Os problemas de saúde mais frequentes foram varizes, problemas oculares, lombalgias, estresse e depressão, transtornos do sono, lesões de coluna vertebral, dores de cabeça, mudanças no humor, dores musculares crônicas e hipertensão arterial. Pela associação entre riscos ocupacionais e problemas de saúde, conclui-se que os trabalhadores expostos a fatores de riscos ergonômicos e físicos têm maior probabilidade de adquirir problemas de saúde osteoarticulares e circulatórios (varizes). Diante dos dados desta pesquisa faz-se necessário aprofundamento da investigação sobre os fatores de riscos encontrados e possíveis medidas para minimizá-los, mediante novos estudos. Como recomendações destacam-se a criação de um espaço de discussão entre os gerentes e trabalhadores para a elaboração de um programa que vise a promoção e proteção da saúde do trabalhador de enfermagem de unidades intensivas; implementação de medidas de controle específicas para cada tipo de risco evidenciado e a criação de um Comitê de Ergonomia para operacionalizar a implementação das melhorias no HU, a fim de consolidar as transformações esperadas.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador. Condições de trabalho. Risco ocupacional. Trabalho de enfermagem. Terapia intensiva.

ABSTRACT

It treats of a quantitative study, descriptive, aiming for an analysis of the work conditions in intensive units of a university hospital in the Rio de Janeiro County. It was defined as study object the nursing workers' perception about the occupational risks and the health problems inherent to the work conditions in intensive units and as research problem: which are the occupational and health problems related to the work conditions, perceived by the nursing workers, in intensive units of a university hospital? The general objective was study in the intensive units the occupational risks and nursing team's health and its relation with work conditions, from the perception of the same. The specific objectives planned were: identify the nursing workers' personal and professional characteristics of intensive units; describe the risk factors of the work environment perceived by the nursing workers; raise the health problems perceived and its relation with the work; analyze the association between the health problems perceived by the nursing workers and the work conditions in intensive units. 125 nursing professionals of four intensive units of the Hospital Universitário (HU) participated of the research between May and July of 2009. The predominance was of professionals of female sex, with age above 40 years, with more than a contract of employment and working in the HU for more than 10 years. The more perceived occupational risks by the workers were the ergonomic, followed by the biological, physical and chemical accidents. The more frequent health problems were varices, ocular problems, lumbar pain, stress and depression, sleep disturbances, lesions of vertebral spine, headache, humor changes, chronic muscular pain and arterial hypertension. By the association between occupational risks and health problems, it concludes that the workers exposed to the ergonomic and physic risks have more probability of acquiring osteoarticular and circulatory health problems (varices). Before this research it needs the investigation's profoundness about the risk factors found and possible measures to minimize them, through new studies. As recommendations there are emphasized the creation of a discussion space between the managers and workers for a program elaboration that aims for the health worker's promotion and protection of intensive units; implementation of specific control measures for each type of evidenced risk and the creation of a Ergonomics Committee to optimize the improvements implementation in the HU, in order to consolidate the expected transformations.

Keywords: Occupational health. Work conditions. Occupational risk. Nursing work. Intensive therapy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Gráfico 1 - Questionários respondidos por unidade intensiva do HU, Rio de Janeiro, 2009 | 55 |
| Quadro 1 - Distribuição dos trabalhadores segundo faixa salarial mensal nas unidades intensivas do HU, Rio de Janeiro, 2009 | 64 |
| Quadro 2 - Distribuição dos trabalhadores segundo vínculo empregatício e faixa salarial mensal nas unidades intensivas do HU, Rio de Janeiro, 2009 | 64 |
| Quadro 3 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem das unidades intensivas em relação à década em que foram admitidos no HU, Rio de Janeiro, 2009 | 65 |
| Gráfico 2 - Distribuição proporcional de respostas dos trabalhadores segundo percepção da existência de fatores de riscos do ambiente de trabalho (Sempre/Frequentemente) no HU, Rio de Janeiro, 2009 | 68 |
| Quadro 4 - Demonstrativo de Risco de Acidentes percebido “Sempre/Frequentemente” pelos trabalhadores de enfermagem no HU, Rio de Janeiro, 2009 | 69 |
| Quadro 5 - Demonstrativo de Risco Biológico percebido “Sempre/Frequentemente” pelos trabalhadores de enfermagem no HU, Rio de Janeiro, 2009 | 70 |
| Quadro 6 - Demonstrativo de Risco Físico percebido “Sempre/Frequentemente” pelos trabalhadores de enfermagem no HU, Rio de Janeiro, 2009 | 71 |
| Quadro 7 - Demonstrativo de Risco Químico percebido “Sempre/Frequentemente” pelos trabalhadores de enfermagem no HU, Rio de Janeiro, 2009 | 73 |
| Quadro 8 - Demonstrativo de Risco Ergonômico percebido “Sempre/Frequentemente” pelos trabalhadores de enfermagem no HU, Rio de Janeiro, 2009 | 74 |
| Gráfico 3 - Distribuição proporcional dos trabalhadores segundo percepção de fatores de riscos do ambiente de trabalho quanto à resposta “Desconhece” do HU, Rio de Janeiro, 2009 | 79 |

| | |
|---|----|
| Gráfico 4 - Distribuição proporcional da existência de problemas de saúde nos trabalhadores de enfermagem das unidades intensivas do HU, Rio de Janeiro, 2009 | 80 |
| Quadro 9 - Problemas de saúde e relação com o trabalho segundo a percepção dos profissionais de enfermagem das unidades intensivas do HU, Rio de Janeiro, 2009 | 81 |
| Gráfico 5 - Problemas de saúde percebidos pelos profissionais de enfermagem como “Provocados pelo trabalho” nas unidades intensivas do HU. Rio de Janeiro, 2009 | 88 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem das unidades intensivas segundo sexo, faixa etária e estado civil, HU, Rio de Janeiro, 2009 | 56 |
| Tabela 2 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem das unidades intensivas segundo categoria profissional, contrato de trabalho e número de vínculos empregatícios, HU, Rio de Janeiro, 2009 | 58 |
| Tabela 3 - Distribuição dos trabalhadores segundo tipo de jornada e carga horária semanal nas unidades intensivas do HU, Rio de Janeiro, 2009 | 62 |
| Tabela 4 - Demonstrativo da escala de Riscos no Ambiente de Trabalho (RAT) segundo a percepção dos trabalhadores de enfermagem no HU, Rio de Janeiro, 2009 | 75 |
| Tabela 5 - Distribuição dos trabalhadores das unidades intensivas segundo a categoria profissional em relação à escala de Riscos no Ambiente de Trabalho (RAT) no HU, Rio de Janeiro, 2009 | 76 |
| Tabela 6 - Demonstrativo da avaliação da escala de Problemas de Saúde do Trabalhador (PST) de enfermagem das unidades intensivas do HU, Rio de Janeiro, 2009 | 89 |
| Tabela 7 - Distribuição dos trabalhadores segundo a função em relação à escala PST no HU, Rio de Janeiro, 2009 | 90 |
| Tabela 8 - Distribuição dos trabalhadores segundo o sexo e idade em relação à escala PST no HU, Rio de Janeiro, 2009 | 91 |
| Tabela 9 - Distribuição dos trabalhadores segundo o número de vínculos empregatícios em relação à escala PST no HU, Rio de Janeiro, 2009 | 92 |
| Tabela 10 - Distribuição dos trabalhadores segundo o tipo de jornada em relação à escala PST no HU, Rio de Janeiro, 2009 | 93 |
| Tabela 11 - Distribuição dos trabalhadores segundo Risco de Acidentes no Ambiente de Trabalho (RAT-AC) em relação a problemas de saúde no HU, Rio de Janeiro, 2009 | 94 |
| Tabela 12 - Distribuição dos trabalhadores segundo Risco Biológico no Ambiente de Trabalho (RAT-BIO) em relação a problemas de saúde no HU, Rio de Janeiro, 2009 | 97 |

| | |
|--|-----|
| Tabela 13 - Distribuição dos trabalhadores segundo risco ergonômico em relação aos problemas de saúde mais frequentes no HU, Rio de Janeiro, 2009 | 99 |
| Tabela 14 - Distribuição dos trabalhadores segundo risco físico em relação aos problemas de saúde relacionados no HU, Rio de Janeiro, 2009 | 102 |
| Tabela 15 - Distribuição dos trabalhadores segundo todos os riscos em relação a afastamento e mudança do trabalho por motivos de saúde nas unidades intensivas do HU, Rio de Janeiro, 2009 | 104 |

SUMÁRIO

| | | |
|-------|---|----|
| | INTRODUÇÃO | 14 |
| 1 | REVISÃO DE LITERATURA | 20 |
| 1.1 | Saúde e trabalho | 20 |
| 1.2 | Trabalho | 21 |
| 1.2.1 | <u>Trabalho decente e trabalho precário</u> | 22 |
| 1.2.2 | <u>Desprecarização do SUS</u> | 24 |
| 1.3 | Legislação de Proteção à Saúde do Trabalhador | 25 |
| 1.3.1 | <u>Constituição Federal</u> | 25 |
| 1.3.2 | <u>As Leis Orgânicas da Saúde</u> | 27 |
| 1.3.3 | <u>Portarias federais normatizadoras da saúde do trabalhador no SUS</u> | 28 |
| 1.3.4 | <u>A Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)</u> | 30 |
| 1.3.5 | <u>Normas Regulamentadoras (NRs)</u> | 32 |
| 1.3.6 | <u>Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – PNSST</u> | 36 |
| 1.4 | Trabalho em hospitais | 38 |
| 1.4.1 | <u>Trabalho em Terapia Intensiva</u> | 40 |
| 1.5 | Riscos ocupacionais | 41 |
| 1.5.1 | <u>Riscos</u> | 41 |
| 1.5.2 | <u>Fatores de risco</u> | 42 |
| 1.5.3 | <u>Fatores de risco em hospitais</u> | 44 |
| 1.5.4 | <u>Condições de trabalho</u> | 44 |
| 2 | MATERIAIS E MÉTODOS | 47 |
| 2.1 | Campo de pesquisa | 47 |
| 2.2 | População e amostra | 49 |
| 2.3 | Instrumento de coleta de dados | 50 |
| 2.4 | Coleta de dados | 51 |
| 2.5 | Organização e tratamento dos dados | 52 |
| 2.6 | Aspectos éticos | 54 |
| 3 | APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 55 |
| 3.1 | Características pessoais e profissionais dos trabalhadores de enfermagem | 56 |

| | | |
|-------|---|-----|
| 3.2 | Fatores de risco no ambiente de trabalho | 66 |
| 3.3 | Problemas de saúde percebidos pelos trabalhadores | 80 |
| 3.4 | Associações entre fatores de risco e problemas de saúde | 94 |
| 3.4.1 | <u>Associação risco de acidentes e problemas de saúde</u> | 94 |
| 3.4.2 | <u>Associação risco biológico e problemas de saúde</u> | 97 |
| 3.4.3 | <u>Associação risco ergonômico e problemas de saúde</u> | 98 |
| 3.4.4 | <u>Associação risco físico e problemas de saúde</u> | 101 |
| 3.4.5 | <u>Associação risco químico e problemas de saúde</u> | 103 |
| 3.4.6 | <u>Afastamentos, mudança e transferência do trabalho por motivos de saúde e todas as escalas de risco</u> | 104 |
| 4 | CONCLUSÕES | 106 |
| | REFERÊNCIAS | 110 |
| | APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 120 |
| | APÊNDICE B – Gráficos não utilizados na análise..... | 121 |
| | ANEXO A – Instrumento de Coleta de Dados..... | 123 |
| | ANEXO B – Autorização do autor do Questionário..... | 127 |
| | ANEXO C – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa para o INGECTH-SUS | 128 |
| | ANEXO D - Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa para a elaboração do estudo | 129 |

INTRODUÇÃO

Durante minha formação como enfermeiro, particularmente como especialista em terapia intensiva e atualmente como gerente de unidade, deparei-me com questões relativas à saúde do trabalhador. A necessidade de atuação imediata frente a situações de danos ou agravos à saúde dos trabalhadores de enfermagem suscitou, entre outros fatores, a necessidade de buscar um aprofundamento nestas questões.

A participação no curso de mestrado, especificamente na linha de pesquisa “Trabalho, Educação e Formação Profissional em Saúde e Enfermagem”, do Programa de pós-graduação em enfermagem, oportunizou-me estudar diversos assuntos relativos a essa temática, tais como, condições de trabalho, riscos ocupacionais e problemas de saúde apresentados pelos trabalhadores de enfermagem, bem como a associação entre esses aspectos.

De acordo com a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – PNSST (BRASIL, 2005a), a saúde dos trabalhadores é condicionada por fatores sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais relacionados ao perfil de produção e consumo, além de fatores de risco presentes nos diversos processos de trabalho.

No ambiente hospitalar, o processo de trabalho não se exclui quanto a esta política, pois os trabalhadores que ali exercem suas atividades também sofrem influências das condições de trabalho em seu processo saúde-doença.

A preocupação com as condições de trabalho da enfermagem em hospitais vem atraindo a atenção de muitos pesquisadores desde a década de 90, devido aos riscos que o ambiente oferece e aos aspectos penosos das atividades peculiares à assistência de enfermagem entre os quais se destacam os desrespeitos aos ritmos biológicos e aos horários de alimentação, falta de programa de trabalho, longas distâncias percorridas durante a jornada de trabalho, dimensão inadequada de mobiliários e a inexistência, insuficiência ou inadaptação de materiais (MARZIALE; CARVALHO, 1998).

São múltiplas e variadas as definições que existem para condições de trabalho. Há quem defina como o entorno físico em que se exerce a atividade laboral; outros estendem o conceito de entorno aos aspectos psíquicos; outros

consideram que além desse entorno fazem parte das condições de trabalho as características próprias dos trabalhadores e há ainda os que consideram como condições de trabalho as condições de vida (SANTIAGO; LÓPEZ, 2000).

Os hospitais são empresas que estão associadas à prestação de serviços de saúde, visando o tratamento e a cura daquelas pessoas acometidas por doença, mas também são responsáveis pela ocorrência de uma série de riscos à saúde dos que ali trabalham. Muitos hospitais possuem uma estrutura de alto nível de complexidade e diversidade de serviços e, também de variados tipos de riscos ocupacionais (GURGUEIRA; ALEXANDRE; CORRÊA FILHO, 2003).

O que nos leva à reflexão é que os gerentes dos hospitais não exteriorizam uma preocupação em proporcionar a melhor qualidade das condições de trabalho dos seus funcionários e prestadores de serviços, ignorando que quanto melhores essas condições de trabalho, melhores seriam a satisfação e produtividade.

O trabalhador da área da saúde, direta ou indiretamente ligado à assistência, demonstra preocupação significativa com o cuidado ao paciente e pouco com os riscos aos quais está exposto ao realizar esta ação. Embora este profissional promova cuidado ao indivíduo doente, pouco se importa com sua própria saúde, ou é pouco estimulado pelo serviço e/ou academia quanto a esta questão. O seu conhecimento sobre os riscos ocupacionais é genérico, fruto da prática cotidiana e não procedente da sua formação ou da existência de um serviço de saúde ocupacional atuante na instituição. Além disso, esse conhecimento não se transforma numa ação segura de prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, revelando a necessidade de uma atuação efetiva para modificar esta circunstância (GURGUEIRA, 2005).

No Brasil, as condições de trabalho no setor hospitalar são muito precárias, o que levou o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde a realizar um Seminário Nacional de Desprecarização das Relações de Trabalho no SUS em 2003. Em 2004, o Grupo de Trabalho Interministerial (MPS/MS/TE), pela Portaria nº 153 de 13/02/2004, elaborou a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, para analisar e propor ações que garantam o direito à segurança e a saúde dos trabalhadores existentes em cada ministério (MAURO, 2006).

O Ministério do Trabalho, em 1994, homologou a Norma Regulamentadora 17 – NR 17, que teve como proposta inovadora limitar alguns aspectos negativos da

organização do trabalho, prejudiciais à saúde dos trabalhadores. Esta norma visa o estudo das condições de trabalho com a participação do trabalhador na identificação dos problemas de saúde relacionados aos aspectos biopsicossociais relacionados ao trabalho e ao meio ambiente.

Evoluindo nesta perspectiva cria-se a Portaria Nº 485 de 11 de Novembro de 2005, a qual aprovou a Norma Regulamentadora 32 – NR 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde), que tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.

A questão dos problemas de saúde que afetam os profissionais no ambiente hospitalar está, portanto, diretamente relacionada às suas condições de trabalho, incluindo-se os riscos ocupacionais aos quais estão expostos cotidianamente.

Consideram-se riscos ocupacionais todas as situações de trabalho que podem romper o equilíbrio físico, mental e social das pessoas e não somente as situações que dão origem a acidentes e enfermidades. Os riscos ocupacionais podem trazer consequências a curto, médio e longo prazos, isto é, provocar vários tipos de danos à saúde que geram doenças, desde as imediatas, denominadas agudas, até as tardias, denominadas crônicas (BRASIL, 2001a).

Mauro já apontava na década de 90 que as condições de trabalho, quando não satisfatórias, podem afetar não só a saúde do trabalhador da enfermagem exposto a riscos, como também causar acidentes e doenças ocupacionais (MAURO, 1990).

Correa e Donato (2007), corroborando com esta questão, dizem que a doença ocupacional, no caso dos membros da equipe de enfermagem, está relacionada aos riscos a que estão submetidos, mas também às suas condições de trabalho, que podem ocasionar acidentes ou resultar em problemas de saúde para seus integrantes.

Pode-se ter como consequência das condições insatisfatórias de trabalho o absenteísmo, que traz prejuízos para a operacionalização e qualidade do cuidado prestado aos clientes devido ao aumento da carga de trabalho dos demais elementos da equipe quando não é possível uma substituição efetiva, entre outras questões (MAURO; VEIGA, 2008).

Nas unidades de internação intensivas, ou seja, Centro de Tratamento Intensivo (CTI), adulto e pediátrico, Unidade Coronariana (UC), Centro de Tratamento Intensivo Cardíaco (CTI-C) e Unidade Intermediária (UI), clínica ou cirúrgica, existem particularidades em relação às demais unidades de internação. Nesses setores geralmente alocam-se pessoal, tecnologia e estrutura física voltados ao atendimento de clientes em alto grau de complexidade e que necessitam de vigilância constante e uso de procedimentos e tecnologias que submetem os trabalhadores a riscos diferenciados, se os mesmos não forem identificados e controlados.

Os trabalhadores de enfermagem de unidades intensivas, além de enfrentarem diariamente situações - limite no cuidado a pacientes críticos, convivem em um ambiente de trabalho com riscos resultantes de agentes químicos, físicos, biológicos e ergonômicos, capazes de causar danos à saúde em função de sua natureza, concentração ou intensidade e tempo de exposição (SANTOS; OLIVEIRA; MOREIRA, 2006).

Diante desse contexto, definiu-se como **objeto de estudo** a percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre os riscos ocupacionais e os problemas de saúde inerentes às condições de trabalho em unidades intensivas.

Diversos estudos vêm demonstrando que o ambiente do CTI é insalubre, onde a falta de treinamento e de precaução dos profissionais que trabalham nesse setor pode resultar em transmissão de doenças infecto-contagiosas e em acidentes (MIRANDA; STANCATO, 2008).

Desse modo, os riscos ocupacionais relacionados com o trabalho de enfermagem podem ocasionar o adoecimento e a ocorrência de acidentes de trabalho. Para minimizar ou eliminar esses riscos nos locais de trabalho, torna-se necessário que gestores e trabalhadores tenham conhecimento sobre os fatores de risco no trabalho para poderem realizar o seu controle e, a partir daí, elaborar Programa de Promoção ou de Proteção à Saúde dos Trabalhadores (MAURO et al., 2008).

Neste sentido, busca-se com esta pesquisa esclarecer o seguinte **problema**: quais os riscos ocupacionais e problemas de saúde relacionados às condições de trabalho, percebidos pelos trabalhadores de enfermagem, em unidades intensivas de um hospital universitário?

Têm-se como **objetivos**:

Objetivo Geral:

Estudar nas unidades intensivas de um hospital universitário os riscos ocupacionais e problemas de saúde da equipe de enfermagem e sua relação com condições de trabalho, a partir da percepção dos mesmos.

Objetivos Específicos:

- Identificar as características pessoais e profissionais dos trabalhadores de enfermagem de unidades intensivas de um hospital universitário;
- Descrever os fatores de risco do ambiente de trabalho percebidos pelos trabalhadores de enfermagem de unidades intensivas;
- Levantar os problemas de saúde percebidos pelos trabalhadores e sua relação com o trabalho;
- Analisar a associação entre os problemas de saúde percebidos pelos trabalhadores de enfermagem e as condições do trabalho em unidades intensivas.

Este estudo tem como relevância, para a **pesquisa**, a possibilidade de produzir conhecimento e contribuir para outros estudos posteriores na área de saúde do trabalhador, de enfermagem e de unidades de internação intensiva. Insere-se na linha de pesquisa “Trabalho, Educação e Formação Profissional em Saúde e Enfermagem”, do Programa de pós-graduação de enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Além disso, os resultados deste estudo integrarão o projeto de pesquisa intitulado: “Inovação de Gestão das Condições de Trabalho em Saúde para Hospitais do Sistema Único de Saúde - INGESTH-SUS” (MAURO, 2006), coordenado pela professora orientadora, e que tem como objetivo estabelecer um modelo de aplicação de metodologia inovadora de avaliação e gestão de riscos no trabalho hospitalar.

Na **assistência** representa a possibilidade de melhoria das condições de trabalho, maior satisfação do trabalhador de enfermagem com o seu trabalho e conseqüente melhora na qualidade da assistência, a partir de medidas elaboradas com base no diagnóstico das condições de trabalho;

É um estudo de relevância **social**, porque é participativo e proporciona maior consciência dos profissionais acerca do seu trabalho e dos riscos a que estão expostos, o que os levam a se proteger melhor e reivindicar os seus direitos com mais fundamentação. Além disso, à vista dos resultados encontrados com este estudo, entidades de classe podem justificar com mais concretude de dados a luta por melhores condições de trabalho.

Neste sentido, torna-se possível ao trabalhador e às instituições de saúde identificar os problemas e discuti-los, propor mudanças no processo de trabalho, contribuir para a melhoria das condições de trabalho.

O estudo das condições de trabalho e sua relação no processo saúde-doença contribuem significativamente para a construção do **campo da saúde do trabalhador** sem riscos iminentes, conforme citação de Daffre no INGECTH-SUS (MAURO, 2006): “Trabalhador saudável, paciente vivo: são tantos benefícios, que ninguém vai achar que é custo”.

1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1 Saúde e trabalho

O reconhecimento da relação saúde/trabalho remonta à antiguidade. Segundo estudiosos, esta associação está presente em alguns papiros egípcios e foi objeto de reflexão de importantes pensadores da Grécia Antiga. Porém, apenas em torno de 1700, o médico Ramazzini introduziu na sua avaliação a informação relativa à ocupação do indivíduo, significando assim a primeira tentativa, conhecida pela literatura, de sistematização médica da etiologia ocupacional das doenças (WAISSMAN, 1996).

Com o advento da Revolução Industrial, particularmente na Inglaterra, na segunda metade do século XVIII, as transformações introduzidas no cotidiano das fábricas caracterizaram-se pelo aviltamento das condições de trabalho. Alimentar o crescimento econômico através do incremento de altos níveis produtivos era prioritário para os industriais (COSTA, 1996).

As exigências produtivas não levavam em conta o estado de saúde, desenvolvimento físico e/ou mental, ou qualquer especificidade da condição dos trabalhadores, inclusive mulheres e crianças, diante dos riscos a que eram expostas.

Os espaços fabris eram ambientes altamente insalubres, fechados, sem ventilação, sem condições de higiene, com máquinas ruidosas e sem proteção, o que resultava em inúmeros acidentes com mutilações, mortes e elevado índice de doenças relacionadas ao trabalho. Porém, não havia nenhum reconhecimento ou proteção legal que permitissem corrigir estas irregularidades, oriundas da lógica capitalista de organização do trabalho (WAISSMAN, 1996).

Posteriormente, o crescente desenvolvimento da indústria teve como legado o aumento das péssimas condições de trabalho e exploração da energia humana para a garantia dos processos de trabalho e produtividade. Consequentemente, as doenças, os acidentes e as mortes passariam a figurar como elementos de grande impacto político, econômico e social (SILVA, 2008).

Diante deste cenário, a sociedade começa a discutir e buscar medidas e ações para minimizar, evitar e controlar os fatores inerentes ao processo de

trabalho, responsáveis pelo adoecimento, invalidez e morte dos trabalhadores (MENDES; WUNSCH, 2007).

1.2 Trabalho

O trabalho pode ser visto como o conjunto de atos e operações da pessoa que o executa, implica na utilização da energia humana sob diversos aspectos. O trabalho envolve as dimensões física, psíquica, emocional e social do ser humano (SILVA, 2008).

Constitui uma das práticas mais importantes da vida do ser humano, porque é dessa atividade que o homem tira os elementos para a sua própria subsistência e de sua família. Entretanto, não é recomendável que o homem trabalhe apenas pela remuneração que recebe, mas também pela satisfação pessoal que deve sentir na sua realização e pelos resultados que colhe através do seu próprio esforço (MIELNIK, 1976).

O mesmo autor diz que esta atividade humana tem significado tríplice: material, psicológico e social. É necessário que proporcione a satisfação das necessidades biológicas primordiais como: alimentação, vestuário, habitação, saúde física e mental, recreação e outras, ficando clara a satisfação material proporcionada pelo trabalho.

Segundo Mauro (1990), a satisfação psíquica e individual está fundamentada no provimento das seguintes necessidades: afeto (ambiente afetivo sensação de estima, solidariedade e camaradagem); noção de pertencer (sentindo-se parte da empresa); companhia dos outros (coletividade); realização (atingir as metas); experiências novas (descoberta de novos horizontes); segurança (sensação de realização e capacidade); fator de otimismo (proporciona ânimo e estímulo a ponto de permitir enfrentar dificuldades).

O trabalho confere ainda posição entre os elementos do grupo, o que é importante para a convivência social: as realizações nesse aspecto levam à satisfação social do trabalhador (MAURO; VEIGA, 2008).

Myra y Lopez, apud Mauro (1990) diz que, em nossa organização social, o ser humano dedica ao trabalho aproximadamente 65% de sua vida produtiva, incluindo

a jornada de trabalho, a atividade propriamente dita, a locomoção e o atendimento às necessidades relacionadas com trabalho.

O trabalho tem como finalidade e resultado a transformação do objeto, do meio, ou da situação a ele submetido. Esta transformação se dá, ao mesmo tempo, na natureza e naquele que trabalha. Só existe trabalho quando a ação e o produto da ação são projetados conscientemente por quem trabalha. Essa capacidade é exclusiva dos seres humanos. Portanto, o trabalho é inerente à produção da vida humana (FONSECA, 2007).

Para ampliar as concepções sobre trabalho, Friedmann (1983) esclarece que o trabalho pode ser discutido sob diferentes aspectos como: o aspecto técnico, que se refere ao lugar de trabalho e adaptação do trabalhador tanto da perspectiva fisiológica como sociológica; o aspecto fisiológico, propriamente dito, quando atrelado ao grau de adaptação homem-lugar de trabalho-meio físico e a questão da fadiga; o aspecto moral, relativo à atividade social humana, observando as aptidões, as motivações, o grau de consciência do trabalhador, as satisfações e a relação entre a atividade de trabalho e a personalidade deste; o aspecto social, ao contemplar os fatores do ambiente de trabalho e as questões externas como: a família, o sindicato, o partido político, a classe social e o aspecto econômico, quando visto como um fator de produção de riqueza.

1.2.1 Trabalho decente e trabalho precário

Trabalho decente significa para a Organização Internacional do Trabalho (INTERNATIONAL..., 2001) emprego assalariado e por conta própria, com proteção social, com respeito aos princípios e direitos fundamentais no trabalho, e com diálogo social. Esse conceito reflete uma aspiração universal de mulheres e homens de trabalho produtivo em condições de liberdade, equidade, segurança e dignidade humana.

O trabalho decente se articula em torno das seguintes dimensões (GHAI, 2006): oportunidades de trabalho; trabalho produtivo; liberdade no trabalho; igualdade no trabalho; segurança no trabalho; dignidade no trabalho.

Estes, por sua vez, se baseiam nos seguintes quatro componentes:

- Emprego
- Proteção Social
- Direitos dos trabalhadores
- Diálogo Social

Segundo Stellman e Warshaw (1998), há milhões de trabalhadores em todo o mundo, não só nos países em desenvolvimento, mas também nos industrializados, cujo trabalho pode ser classificado como precário, do ponto de vista de seus possíveis efeitos sobre a saúde e o bem-estar. Estes trabalhadores podem ser classificados em várias categorias, em função do tipo de atividade que desempenham e da relação que mantêm com seu posto de trabalho e sua empresa, tais como:

- Trabalhadores infantis;
- Trabalhadores de subcontratos e outros contratos “atípicos”;
- Trabalhadores escravizados e vinculados abusivamente;
- Trabalhadores do setor informal;
- Trabalhadores migrantes;
- Trabalhadores por produção;
- Trabalhadores desempregados ou subempregados.

Ainda, segundo os autores, entre os fatores comuns a todas as categorias figuram: a pobreza, a falta de educação e formação; a possibilidade de sofrer exploração e abusos; os problemas de saúde e a falta de assistência médica adequada; a exposição a riscos para a saúde e a segurança; a falta de proteção por parte dos organismos públicos, incluindo os casos em que se estabelecem leis e regulamentos a respeito; a ausência de garantias sociais (por exemplo, salário mínimo, seguro desemprego, seguro saúde e pensões) e a falta de representação eficaz nos movimentos que podem melhorar a situação. Tais condições laborais obrigam os trabalhadores, muitas vezes, a aceitar qualquer trabalho disponível.

Em certas áreas e em alguns setores, a existência destas classes de trabalhadores se fomenta mediante políticas sociais e econômicas explícitas formuladas pela Administração e, inclusive nos casos em estão proibidas pela legislação local ou pela ratificação de convênios internacionais, se promovem mediante a desatenção deliberada dos organismos normativos públicos.

Os custos que suportam estes trabalhadores e suas famílias quanto a problemas de saúde, redução da expectativa de vida, envelhecimento precoce e consequências para o bem-estar são incalculáveis, e em alguns casos se mantêm de uma geração à seguinte. Por uma razão ou outra, pode-se considerá-los desfavorecidos (STELLMAN; WARSHAW, 1998).

Desse modo, a exploração da mão-de-obra constitui-se um aspecto prejudicial à economia mundial, no que o trabalho mais precário e perigoso se transfere dos países ricos aos mais pobres. Assim, o trabalho precário pode e deve considerar-se também de um ponto de vista macroeconômico (STELLMAN; WARSHAW, 1998).

1.2.2 Desprecarização do SUS

Nos últimos anos, a noção de trabalho precário ganhou destaque nas discussões sobre gestão do trabalho em saúde e tem sido utilizada, sobretudo, para indicar a ausência dos direitos sociais de trabalhadores do Sistema Único de Saúde.

O trabalho precário em saúde tem sido identificado como um obstáculo para o desenvolvimento do sistema público de saúde. Essa questão compromete a relação dos trabalhadores com o sistema e prejudica a qualidade e a continuidade dos serviços essenciais prestados pelo SUS (BRASIL, 2006c).

Segundo entendimento do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), trabalho precário está relacionado aos vínculos de trabalho no SUS que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, seja por meio de vínculo direto ou indireto. Ainda segundo estes conselhos, mesmo que o vínculo seja indireto, é necessário garantir o processo seletivo e, sobretudo, uma relação democrática com os trabalhadores.

Por sua vez, para as Entidades Sindicais que representam os trabalhadores do SUS, trabalho precário está caracterizado não apenas como ausência de direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, mas também como ausência de concurso ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público no SUS.

Nesse sentido, atendendo a um dos quatro componentes do Trabalho Decente da OIT, a Proteção Social, que significa o pleno gozo de direitos trabalhistas e previdenciários, só é garantida através dos únicos vínculos trabalhistas: celetista e estatutário, previstos na Constituição Federal de 1988, nos artigos 7º e 39, respectivamente.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c), o enorme processo de precarização do trabalho que ocorre a partir da década de 90, fez com que chegássemos a uma condição em que cerca de 600 mil trabalhadores encontram-se fora daqueles únicos vínculos trabalhistas. Colocam-se, então, em franca situação de desconforto e de insegurança trabalhista e social, expressivo contingente de trabalhadores que prestam assistência à população.

O Ministério da Saúde criou por meio da Portaria nº 2430/GM, em 23 de dezembro de 2003, o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, que tem como objetivo a elaboração de políticas e de formulação de diretrizes para desprecarização do trabalho no Sistema.

Este comitê é um fórum de discussão, instituído para formular políticas e diretrizes para a desprecarização dos vínculos de trabalho em saúde, sendo coordenado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) e pelo Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, criando assim, o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS – DesprecarizaSUS, com o intuito de buscar soluções para a precarização dos vínculos de trabalho nas três esferas de governo.

1.3 Legislação de Proteção à Saúde do Trabalhador

1.3.1 Constituição Federal

A Saúde do Trabalhador passa a ter nova definição e novo delineamento institucional, a partir da Constituição Federal de 1988, com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua incorporação como área de competência própria da saúde. Esta nova configuração legal referente à saúde do trabalhador, advinda de

um processo constituinte com marcada participação dos movimentos social e sindical, ensejou estados e municípios a atualizarem seus estatutos jurídicos de forma a acompanhar essas modificações e reforçar suas práticas no campo da Saúde, em especial da Saúde do Trabalhador.

A Constituição Federal de 1988 é a norma jurídica de eficácia máxima, não podendo seus princípios ser contrariados ou diminuídos por nenhum outro diploma que a suceder na hierarquia legal, ou seja, na graduação de positividade jurídica. É também a regra de maior legitimidade, dado o processo constituinte estabelecido para sua definição e aprovação, que contou com a maior participação popular jamais vista na história do Brasil.

É de fundamental importância para a saúde, dada seu conteúdo eminentemente humanista, sendo a primeira constituição brasileira a referir-se “explicitamente à saúde como integrante do interesse público fundante do pacto social” (DALLARI, 1995). O autor declara em seu artigo 196, que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado”, direito esse a ser “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (Título VIII - Da Ordem Social, Capítulo II - Da Seguridade Social, Seção II - Da Saúde) (BRASIL, 2001a).

Para diversos autores, a Constituição é esclarecedora, pois quando prevê como objeto de ação a saúde do trabalhador e o ambiente do trabalho, o faz expressamente no capítulo do direito à saúde:

Art. 200 - Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: [...] II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; [...] VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Portanto, estabelece que saúde do trabalhador e ambiente do trabalho está efetivamente no campo da saúde.

Diz, inclusive, que ações e serviços de saúde são de relevância pública (art. 197), com ações conjuntas dos três entes federados num único sistema, tendo por diretrizes a descentralização política e o atendimento integral, priorizando a ação preventiva (art. 198). Desta forma, demonstra com todas as letras que a competência no campo da saúde nele incluído, a saúde do trabalhador e o ambiente do trabalho, é comum a todas as esferas do governo, e não exclusiva da União (BRASIL, 2001a).

1.3.2 As Leis Orgânicas da Saúde

A partir da afirmação do Estado Democrático de Direito, foram elaboradas as leis que “regulam, fiscalizam e controlam as ações e os serviços de saúde”, conformes ao mandamento constitucional. São elas as leis federais n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 e n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) é definido legalmente como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (Lei n.º 8.080, art. 4º). A Lei Orgânica da Saúde (LOS) é, portanto, o conjunto dessas duas leis editadas para dar cumprimento ao novo mandamento constitucional de disciplinar legalmente a proteção e a defesa da saúde, prevista como tarefa de competência concorrente (BRASIL, 2005b).

Conforme já definido na Constituição Federal de 1988, a Lei Federal N°8.080 insere a Saúde do Trabalhador como campo de atuação do Sistema Único de Saúde e estabelece o que se entende por vigilância sanitária, por vigilância epidemiológica e por saúde do trabalhador. Reitera os princípios e diretrizes do SUS já apontados na Constituição, definindo as competências comuns e complementares dos três âmbitos, municipal, estadual e federal, especificando em cada um deles o campo da saúde do trabalhador. No capítulo da Organização, da Direção e da Gestão, em seu art. 13, faz referência explícita à criação, entre outras, de comissão intersetorial de saúde do trabalhador, como forma de articular políticas e programas de interesse para a saúde cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS.

A Norma Operacional Básica (NOB-SUS) 01/96, aprovada pela Portaria MS n.º 2.203, de 5 de novembro de 1996, instaurou novas bases de relação entre União, estados e municípios no processo de municipalização das ações de saúde, especialmente daquelas relativas ao financiamento das ações. Mesmo que tenha remetido a área de saúde do trabalhador para normatização posterior, o que passa a ser feito a partir da aprovação da NOST em outubro de 1998, o conhecimento e acompanhamento das demais resoluções e portarias decorrentes da NOB-SUS 01/96 são de fundamental importância também para esta área (BRASIL, 2005b).

A NOB-SUS 01/96 (BRASIL, 1997, p.7) define como um dos três grandes campos de atenção à saúde do SUS:

o das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normatizações, as fiscalizações e outros).

1.3.3 Portarias federais normatizadoras da saúde do trabalhador no SUS

Além das legislações já citadas, existem portarias que tratam especificamente da área de saúde do trabalhador, aprovadas pelo Ministério da Saúde. Seguem as principais:

a) Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST-SUS):

Aprovada pela Portaria MS n.º 3.908, de 30 de outubro de 1998, estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS), definindo o elenco mínimo de ações a serem desenvolvidas pelos municípios, estados e Distrito Federal, habilitados nas condições de gestão previstas na NOB-SUS 01/96 (BRASIL, 1998).

Esta Norma, proposta por Grupo de Trabalho em 1994, tramitou no Conselho Nacional de Saúde por cerca de três anos, passando por um processo de discussão e negociação que envolveu diversos segmentos e representações sociais, tendo sua redação final aperfeiçoada pela Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) nacional. Sua aprovação é de fundamental importância para a área porque faz referência aos mecanismos de financiamento das ações de saúde do trabalhador, detalhando e complementando a NOB-SUS 01/96. Define mecanismos para a organização de unidades especializadas de referência em saúde do trabalhador, o estímulo à implementação de unidades no município e o registro de 100% dos casos atendidos de acidentes de trabalho e agravos decorrentes do processo de trabalho (BRASIL, 2005b).

b) Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS:

Aprovada pela Portaria MS n.º 3.120, de 1º de julho de 1998, é de fundamental importância porque conceitua a Vigilância em Saúde do Trabalhador como um conjunto de práticas sanitárias, articuladas supra - setorialmente, cuja especificidade centra-se na relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho, que engloba estratégias de produção de conhecimento e de mecanismos

de intervenção sobre os processos de produção, que implicam necessariamente a superação das práticas atuais em direção à transformação do modelo assistencial. Para tal, propõe a leitura dos princípios gerais do SUS já definidos na Constituição Federal de 1988 à luz da incorporação do conjunto dos trabalhadores nas práticas assistenciais, da ausculta do saber operário à produção de conhecimento e de práticas transformadoras, traduzindo a universalidade, a integralidade das ações, a hierarquização, a descentralização, a pluriinstitucionalidade e o controle social, para o contexto das relações sociais, políticas e econômicas, da vida social, dinâmica e complexa, trazendo a exigência do planejamento segundo prioridades locais e a avaliação sistemática das ações, de seus impactos e resultados.

Outras duas recomendações aos estados e municípios, que constam da Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, merecem destaque: a revisão dos Códigos de Saúde, de forma a contemplar as ações de saúde dos trabalhadores; e a instituição de Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador, subordinada aos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde, com objetivo de assessorá-los na definição de políticas, no estabelecimento de prioridades e no acompanhamento e avaliação das ações de saúde do trabalhador.

c) Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS (RENAST):

Aprovada pela Portaria n.º 1.679, de 19 de setembro de 2002, que dispõe sobre sua estruturação. Seu principal objetivo é estimular a criação de centros coordenadores de Saúde do Trabalhador nos estados e regiões, de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios e balizada pelas diretrizes da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS) 01/2002.

A estruturação da RENASt implica em ações na rede de Atenção Básica e no Programa Saúde da Família (PSF); na rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST); e em ações na rede assistencial de média e alta complexidade do SUS (BRASIL, 2007).

1.3.4 A Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)

Surgiu pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, sancionada pelo então presidente Getúlio Vargas, unificando toda legislação trabalhista existente no Brasil. A CLT é o resultado de 13 anos de trabalho - desde o início do Estado Novo até 1943 - de destacados juristas, que se empenharam em criar uma legislação trabalhista que atendesse à necessidade de proteção do trabalhador, dentro de um contexto de "estado regulamentador".

Antes dela, já existiam várias leis de natureza trabalhista, porém de forma não sistematizada. A CLT sistematizou toda essa legislação esparsa.

Seu principal objetivo é a regulamentação das relações individuais e coletivas do trabalho, nela previstas.

A CLT regulamenta as relações trabalhistas, tanto do trabalho urbano quanto do rural, disciplinando a relação entre empregado e empregador, mediante o Contrato Individual de Trabalho (acordo tácito ou expresso, correspondente à relação de emprego, artigo 442 da CLT).

Ao longo do tempo, a CLT sofreu modificações em seus textos, como é o caso do Título II do Capítulo V, intitulado de SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO, que hoje está com redação dada pela Lei Federal n.º 6.514, de 22 de dezembro de 1977. Esta é a parte da CLT que mais interessa aos profissionais e estudiosos da área da saúde do trabalhador.

O Capítulo V é subdividido nas seguintes Seções:

Seção I – Disposições gerais (do artigo 154 ao 159);

Seção II – Da inspeção prévia e do embargo ou interdição (do artigo 160 ao 161);

Seção III – Dos órgãos de segurança e de medicina do trabalho nas empresas (do artigo 162 ao 165);

Seção IV – Do equipamento de proteção individual (do artigo 166 ao 167);

Seção V – Das medidas preventivas de medicina do trabalho (do artigo 168 ao 169);

Seção VI – Das edificações (do artigo 170 ao 174);

Seção VII – Da iluminação (artigo 175);

Seção VIII – Do conforto térmico (do artigo 176 ao 178);

Seção IX – Das instalações elétricas (do artigo 179 ao 181);

Seção X – Da movimentação, armazenagem e manuseio de materiais (do artigo 182 ao 183);

Seção XI – Das máquinas e equipamentos (do artigo 184 ao 186);

Seção XII – Das caldeiras, fornos e recipientes sob pressão (do artigo 187 ao 188);

Seção XIII – Das atividades insalubres ou perigosas (do artigo 189 ao 197);

Seção XIV – Da prevenção da fadiga (do artigo 198 ao 199);

Seção XV – Das outras medidas especiais de proteção (artigo 200);

Seção XVI – Das penalidades (artigo 201).

O inciso XXIII do artigo 7º da Constituição Federal de 1988 dispõe sobre adicional de remuneração a ser pago ao trabalhador quando este estiver exposto a condições especiais de trabalho denominadas de insalubres, perigosas e penosas.

De acordo com a CLT (artigo 189), atividades ou operações insalubres são aquelas que: "por sua natureza, condições ou métodos de trabalho, exponham os empregados a agentes nocivos à saúde, acima dos limites de tolerância fixados em razão da natureza e da intensidade do agente e do tempo de exposição aos seus efeitos".

É facultado às empresas e aos sindicatos das categorias profissionais interessadas requererem ao Ministério do Trabalho a realização de perícias em estabelecimentos ou setor deste, com o objetivo de caracterizar e classificar ou delimitar as atividades insalubres ou perigosas (§ 1º do artigo 195 da CLT).

A portaria 3.214 de 08 de junho de 19780, editada pelo Ministério do Trabalho e Emprego aprovou as Normas Regulamentadoras (NRs) do Capítulo V – Título II, da CLT, relativas à Segurança da Medicina do Trabalho. Estas normas são de observância obrigatória pelas empresas privadas e públicas e pelos órgãos públicos de administração direta e indireta, bem como pelos órgãos dos poderes legislativo e judiciário que possuam empregados regidos pela CLT. As NRs foram criadas e ampliadas para a manutenção de condições seguras, bem como potencializar o ambiente de trabalho para a redução ou até mesmo eliminar os riscos existentes.

1.3.5 Normas Regulamentadoras (NRs)

As principais NRs de interesse aos trabalhadores da área da saúde são:

NR 1 – Disposições Gerais:

Estabelece o campo de aplicação de todas as Normas Regulamentadoras de Segurança e Medicina do Trabalho do Trabalho Urbano, bem como os direitos e obrigações do Governo, dos empregadores e dos trabalhadores no tocante a este tema específico. A fundamentação legal, ordinária e específica, que dá embasamento jurídico à existência desta NR, são os artigos 154 a 159 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT.

NR 4 – Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho:

Estabelecem a obrigatoriedade das empresas públicas e privadas, os órgãos públicos da administração direta e indireta e dos poderes Legislativo e Judiciário, que possuam empregados regidos pela CLT, de organizarem e manterem em funcionamento, Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho.

A implantação do SESMT depende da gradação do risco da atividade principal da empresa e do número total de empregados. Dependendo desses elementos, o SESMT deverá ser composto por: um Engenheiro de Segurança do Trabalho, um Médico do Trabalho, Enfermeiro do Trabalho, Auxiliar de Enfermagem do Trabalho, Técnico de Segurança do Trabalho, todos os funcionários da empresa (SILVA, 2008).

NR 5 – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA:

Tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

Estabelece a obrigatoriedade das empresas públicas e privadas organizarem e manterem em funcionamento, por estabelecimento, uma comissão constituída por

representante da empresa – Presidente (designado) e dos empregados (eleitos por voto secreto), com mandato de um ano e direito a uma reeleição e mais um ano de estabilidade. Visa à prevenção de infortúnios laborais, através da apresentação de sugestões e recomendações ao empregador para que melhore as condições de trabalho, eliminando as possíveis causas de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais.

Tem como principais atribuições a elaboração do Mapa de Riscos e a promoção anual, em conjunto com o SESMT, onde houver, da Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho (SIPAT).

NR 6 – Equipamento de Proteção Individual – EPI:

EPI é todo dispositivo ou produto de uso individual, de fabricação nacional ou estrangeira utilizada pelo trabalhador, destinado a resguardar a saúde e a integridade física dos trabalhadores. Todo equipamento deve ter o Certificado de Aprovação (CA) do Ministério do Trabalho e Emprego.

Esta NR estabelece e define os tipos de EPIs a que as empresas estão obrigadas a fornecer aos seus empregados, sempre que as condições de trabalho os exigir. Estabelece ainda, as obrigações do empregador, do empregado e do fabricante nacional ou importador.

NR 7 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO:

Estabelece a obrigatoriedade de elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO, com o objetivo de promoção e preservação da saúde do conjunto dos seus trabalhadores.

Define os parâmetros mínimos e diretrizes gerais a serem observados na execução do PCMSO, podendo os mesmos ser ampliados mediante negociação coletiva de trabalho.

Trata dos exames médicos obrigatórios para as empresas: admissional, periódico, de retorno ao trabalho, de mudança de função, demissional e exames complementares, dependendo do grau de risco da empresa.

NR 9 – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA):

Estabelece a obrigatoriedade da elaboração e implementação do PPRA, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, visando à preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores, através da antecipação, reconhecimento, avaliação e conseqüente controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, tendo em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais. Levam-se em conta os Agentes Físicos, Químicos e Biológicos. Além desses agentes, destacamos também os Riscos Ergonômicos e os Riscos de Acidentes.

NR 15 – Atividades e Operações Insalubres:

Descrevem as atividades, operações e agentes insalubres, inclusive seus limites de tolerância, definindo, assim, as situações que, quando vivenciadas nos ambientes de trabalho pelos trabalhadores, ensejam a caracterização do exercício insalubre. Estabelece também os meios de proteger os trabalhadores de tais exposições nocivas à sua saúde, fixando inclusive o adicional de insalubridade, para os graus máximo, médio e leve.

As atividades insalubres estão contidas nos anexos da norma e são considerados os agentes: ruído contínuo ou permanente; ruído de impacto; tolerância para exposição ao calor; radiações ionizantes; agentes químicos e poeiras minerais.

Tanto a NR 15 quanto a NR 16 dependem de perícia, a cargo do médico ou do engenheiro do trabalho, devidamente credenciado junto ao Ministério do Trabalho e Emprego.

NR 16 – Atividades e Operações Perigosas:

Regulamenta as atividades e as operações legalmente consideradas perigosas, estipulando as recomendações prevencionistas correspondentes. Especificamente no que diz respeito ao Anexo nº 01: Atividades e Operações Perigosas com Explosivos, e ao anexo nº 02: Atividades e Operações Perigosas com Inflamáveis têm a sua existência jurídica assegurada através dos artigos 193 a 197 da CLT. A fundamentação legal, ordinária e específica, que dá embasamento jurídico à caracterização da energia elétrica como sendo o 3º agente perigoso é a

Lei nº 7.369 de 22 de setembro de 1985, que institui o adicional de periculosidade para os profissionais da área de eletricidade.

A portaria MT nº 3.393 de 17 de dezembro de 1987, veio a enquadrar as radiações ionizantes, que já eram insalubres de grau máximo, como o 4º agente perigoso, sendo controvertido legalmente tal enquadramento, na medida em que não existe lei autorizadora para tal.

NR 17 – Ergonomia:

Estabelece parâmetros que permitem a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores. Visa proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente, incluindo os aspectos relacionados ao levantamento, transporte e descarga de materiais, ao mobiliário, aos equipamentos e às condições ambientais do posto de trabalho e à própria organização do trabalho.

Silva (2008) destaca que a ergonomia é uma ciência aplicada que estuda os impactos das condições de trabalho, a sua organização e as formas de adaptação do homem ao trabalho e do trabalho ao homem.

O mesmo autor destaca que as Lesões por Esforços Repetitivos (LER), hoje denominadas DORT – Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho constituem o principal grupo de problemas à saúde, reconhecidos pela sua relação laboral.

A NR 17 também determina que cabe ao empregador realizar a análise ergonômica do trabalho, abordando no mínimo as condições de trabalho, conforme parâmetros estabelecidos na própria norma.

NR32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde:

Tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. Aponta as responsabilidades do empregador e os direitos do trabalhador com relação à segurança e saúde.

Apresenta também as medidas que o estabelecimento de saúde e seus trabalhadores devem adotar para exercerem suas atividades de maneira segura, na

utilização de gases medicinais, radiações ionizantes, trabalhos com microorganismos em laboratórios de pesquisa e clínicos.

Propõe atenção às condições de iluminação, sistemas de ventilação, lavanderias, refeitórios, máquinas e equipamentos utilizados e os cuidados que devem ser observados em cada atividade realizada. Indica ainda que o empregador deva capacitar seus trabalhadores, além de registrar todos os treinamentos e cursos ministrados, acompanhando e avaliando os resultados.

O empregador deve ofertar condições ideais de trabalho, materiais de proteção, cobrar o uso dos mesmos, e o trabalhador deve seguir as normas vigentes para o trabalho na saúde, usar os EPIs e colaborar com ideias para tornar o ambiente seguro e menos insalubre possível.

Todos os trabalhadores da saúde são responsáveis pela segurança, tanto pela aplicação da NR32, como por fiscalizar as ações desenvolvidas e também por criar padronizações que facilitem esta aplicação.

Esta norma norteia e facilita as ações de controle, ajustes e monitoramento por parte dos gestores dos estabelecimentos de saúde, apontando os caminhos para se obter um trabalho harmônico, centrado na segurança e nos cuidados com seus trabalhadores.

1.3.6 Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador - PNSST

A proposta de construção de uma Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador nasceu da necessidade de garantir que o trabalho, base da organização social e direito humano fundamental, seja realizado em condições que contribuam para a melhoria da qualidade de vida, a realização pessoal e social dos trabalhadores o que inclui a garantia de sua saúde e integridade física e mental (BRASIL, 2005a).

Considerando os preceitos constitucionais do direito à saúde, à previdência social e ao trabalho e a necessidade de se estruturar a articulação intragovernamental em relação às questões de segurança e saúde do trabalhador, foi constituído o Grupo de Trabalho Interministerial MPS/MS/MTE, pela Portaria Interministerial No. 153, de 13 de fevereiro de 2004, com a atribuição de: 1) reavaliar

o papel, a composição e a duração do Grupo Executivo Interministerial em Saúde do Trabalhador – GEISAT (instituído pela Portaria Interministerial MT/MS/MPAS nº 7, de 25 de julho de 1997); 2) analisar medidas e propor ações integradas e sinérgicas que contribuam para aprimorar as ações voltadas para a segurança e saúde do trabalhador; 3) elaborar proposta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, observando as interfaces existentes e ações comuns entre os diversos setores do Governo; 4) analisar e propor ações de caráter intersetorial referentes ao exercício da garantia do direito à segurança e à saúde do trabalhador, assim como ações específicas da área que necessitem de implementação imediata pelos respectivos Ministérios, individual ou conjuntamente e 5) compartilhar os sistemas de informações referentes à segurança e saúde dos trabalhadores existentes em cada Ministério.

A PNSST define as diretrizes, responsabilidades institucionais e mecanismos de financiamento, gestão, acompanhamento e controle social, que deverão orientar os planos de trabalho e ações intra e intersetoriais.

Além disso, está diretamente relacionada com as políticas dos setores Trabalho, Previdência Social, Meio Ambiente e Saúde, e apresenta interfaces com as políticas econômicas, de Indústria e Comércio, Agricultura, Ciência e Tecnologia, Educação e Justiça, em uma perspectiva intersetorial e de transversalidade.

São as diretrizes da PNSST (BRASIL, 2005a):

- I - Ampliação das ações de SST, visando à inclusão de todos os trabalhadores brasileiros no sistema de promoção e proteção da saúde.
- II - Harmonização das normas e articulação das ações de promoção, proteção e reparação da saúde do trabalhador.
- III – Precedência das ações de prevenção sobre as de reparação
- IV - Estruturação de Rede Integrada de Informações em Saúde do Trabalhador
- V - Reestruturação da Formação em Saúde do Trabalhador e em Segurança no Trabalho e incentivo a capacitação e educação continuada dos trabalhadores responsáveis pela operacionalização da PNSST
- VI - Promoção de Agenda Integrada de Estudos e Pesquisas em Segurança e Saúde do Trabalhador

A gestão da PNSST será conduzida pelo Grupo Executivo Interministerial de Segurança e Saúde do Trabalhador – GEISAT, integrado, no mínimo, por representantes do MTE, MS e MPS. Caberá ao GEISAT elaborar o Plano de Ação de Segurança e Saúde do Trabalhador, assim como coordenar a implementação de suas ações.

1.4 Trabalho em hospitais

Há mais de duas décadas, o Brasil vem redefinindo a estrutura e o perfil do sistema de saúde. Nos anos 90, os papéis e funções das esferas administrativas foram reformulados e este novo modelo foi organizado de forma regionalizada, segundo as diretrizes da descentralização administrativa e operacional, do atendimento integral à saúde e da participação da comunidade visando ao controle social (BRASIL, 2006b).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b) o SUS cresceu, estruturou-se e expandiu-se por meio dos municípios. Na década de 80, o total de empregos públicos de saúde era de ordem de 265.956 empregos, sendo que o setor público municipal representava 17,8% desse total. Já em 2002, estes números chegam a mais de um milhão de empregos, sendo que 66,3% são de responsabilidade municipal.

Os hospitais de ensino são hoje responsáveis por, aproximadamente, 26% dos leitos de unidades de tratamento intensivo (UTI) da rede pública e por 40% do atendimento de alta complexidade; e por mais de 12% de todas as internações (BRASIL, 2006b).

Apesar de historicamente a categoria dos profissionais de saúde não ter sido considerada de alto risco para os acidentes e doenças profissionais, essa situação tomou novo rumo mediante vários estudos e estatísticas que confirmaram que os profissionais de saúde, especialmente os trabalhadores das unidades hospitalares, estão sujeitos a maior número de riscos ocupacionais do que outras categorias (CAVALCANTE et al., 2006).

O hospital, de maneira geral, é reconhecido como um ambiente insalubre, penoso e perigoso para os que ali trabalham. Estudos anteriores apontam-no como local privilegiado para o adoecimento. Além dos riscos de acidentes e doenças de ordem física aos quais os trabalhadores hospitalares estão expostos, o sofrimento psíquico é também bastante comum e parece estar em crescimento, diante da alta pressão social e psicológica a que estão submetidos esses trabalhadores, tanto na esfera do trabalho quanto fora dela. As difíceis condições de trabalho e de vida podem estar relacionadas com a ocorrência de transtornos mentais como a

ansiedade e a depressão, freqüentes entre os profissionais de enfermagem (ELIAS; NAVARRO, 2006).

No contexto hospitalar, a enfermagem constitui-se na maior força de trabalho, e suas atividades são frequentemente marcadas por divisão fragmentada de tarefas, rígida estrutura hierárquica para o cumprimento de rotinas, normas e regulamentos, dimensionamento qualitativo e quantitativo insuficiente de pessoal, situação de exercício profissional que tem repercutido em elevado absenteísmo e afastamentos por doenças (BARBOZA; SOLER, 2003).

Abreu e Mauro (2000) destacam que a sobrecarga dos hospitais devido à falta de infra-estrutura, aliada a fatores socioeconômicos da população, torna extremamente árduas as condições de trabalho dos profissionais de enfermagem, comprometendo as rotinas hospitalares e facilitando a ocorrência de acidentes de trabalho.

As condições de trabalho oferecidas pelos hospitais, as peculiaridades das tarefas de enfermagem, a crise econômica advinda da globalização, as dificuldades do setor saúde, a carência de recursos humanos e materiais e a constante preocupação com o processo de atualização objetivando acompanhar os avanços técnico-científicos são fatores que contextualizam e penalizam a situação de trabalho do pessoal de enfermagem em vários países (ROYAS; MARZIALE, 2001).

O enfermeiro atua num ambiente muitas vezes penoso e insalubre, que não oferece condições favoráveis para sua saúde e satisfação pessoal. A precarização do trabalho, pelo excesso de atividade laboral física e mental, acúmulo de horas trabalhadas, sistema de vínculo empregatício, ou mesmo à má remuneração ocupacional no sistema de saúde são determinantes dos acidentes e doenças ocupacionais (MAURO; VEIGA, 2008).

1.4.1 Trabalho em Terapia Intensiva

Gomes (1988) conceitua Unidade de Terapia Intensiva (UTI) como uma área onde os pacientes em estado grave podem ser tratados por uma equipe qualificada, sob as melhores condições possíveis: centralização de esforços e coordenação de atividades.

Segundo a RDC nº 50 (AGÊNCIA..., 2002), são atividades relacionadas à internação de pacientes em regime de terapia intensiva mais diretamente ligadas à enfermagem, dentre outras:

- executar e registrar a assistência de enfermagem intensiva;
- manter condições de monitoramento e assistência respiratória 24 horas;
- prestar assistência nutricional e distribuir alimentação aos pacientes;
- manter pacientes com morte cerebral, nas condições de permitir a retirada de órgãos para transplante, quando consentida; e
- prestar informações e assistência aos acompanhantes dos pacientes.

A assistência em terapia intensiva é considerada como uma das mais complexas do sistema de saúde. Afinal, os pacientes mais graves das unidades hospitalares são alocados nas UTI, demandando o uso inevitável de tecnologias avançadas e, principalmente, exigindo pessoal capacitado para tomada de decisões rápidas e adoção de condutas imediatas.

O trabalho em unidade intensiva expõe o trabalhador de enfermagem continuamente a fatores de riscos físicos, principalmente à radiação ionizante. Nestas unidades, há diariamente a realização de exames radiológicos, muitas vezes com a participação direta de um profissional de enfermagem sem a devida proteção, acarretando danos à sua saúde, sobretudo se considerarmos anos de exposição.

O trabalho da equipe de enfermagem na UTI organiza-se a partir do modelo clínico e curativo, em que as intervenções de enfermagem dependem ou complementam alguns procedimentos médicos, aliados à tecnologia indicada no tratamento dos pacientes. No entanto, são as enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem que realizam o maior número das intervenções e procedimentos nos pacientes internados na UTI (GUTIERREZ, 2003).

Nas instituições de saúde, a organização do trabalho da equipe de enfermagem é essencial para o atendimento adequado e de qualidade ao cliente/paciente. Considerando o contexto do processo de trabalho da UTI, onde predominam as atividades complexas, tarefas que requerem habilidades e conhecimentos técnico-científicos devido aos cuidados que demandam atenção permanente e maior carga de trabalho da equipe de enfermagem, há necessidade de garantir número adequado de trabalhadores para assegurar a qualidade da assistência de enfermagem durante as 24 horas do dia (INOUE, 2008).

Hayashi e Gisi (2000), ao estudarem os aspectos interligados à questão da assistência de enfermagem em UTI, encontraram vários componentes que afetam a qualidade do cuidado: os diferentes sentimentos contraditórios dos profissionais diante do cuidado, os recursos materiais e tecnológicos disponíveis, a satisfação no trabalho traduzida pela retribuição salarial condizente, o reconhecimento profissional, os saberes relacionados com os seus conhecimentos científicos e a sua prática, e o relacionamento com a chefia. As autoras complementam, ainda, que os profissionais de enfermagem enfrentam diariamente a missão de combater as doenças, prolongar vida e também assumir os cuidados com os pacientes, cuja única perspectiva é a morte. Além disso, apontam para o relacionamento complexo que existe entre estes trabalhadores e os familiares, muitas vezes, desequilibrados emocionalmente, pelo fato de seu parente estar internado na UTI, favorecendo condições que contribuem para afetar a saúde do trabalhador, agindo como fatores de natureza psicossocial.

1.5 Riscos ocupacionais

1.5.1 Riscos

A noção de risco tem a ver com a possibilidade de perda ou dano, ou como sinônimo de perigo. A palavra risco é utilizada em muitas áreas e com vários significados, como a matemática, a economia, a engenharia e o campo da saúde pública (PORTO, 2000).

Na área da saúde do trabalhador, significa toda e qualquer possibilidade de que algum elemento ou circunstância existente num dado processo e ambiente de trabalho possa causar dano à saúde, seja através de acidentes, doenças ou do sofrimento dos trabalhadores, ou ainda através da poluição ambiental.

Os riscos podem estar presentes na forma de substâncias químicas, agentes físicos e mecânicos, agentes biológicos, inadequação ergonômica dos postos de trabalho, características da organização do trabalho e das práticas de gerenciamento das empresas, que impedem a participação dos trabalhadores, tarefas monótonas e repetitivas, ou ainda a discriminação nos locais de trabalho em função do gênero, raça ou mesmo religião (PORTO, 2000).

Entende-se por risco ocupacional “a possibilidade de que um trabalhador sofra um determinado dano derivado do trabalho”, ou também “a combinação da frequência ou probabilidade que podem derivar-se da materialização de um perigo” (SANTIAGO; LÓPEZ, 2000).

Segundo Bulhões (1998), o risco ocupacional pode, no ambiente de trabalho, ser ou estar:

Oculto – Por falta de conhecimento ou de informação do trabalhador, que sequer suspeita de sua existência.

Latente – Quando o risco só se manifesta e causa danos em situações de emergência ou condições de estresse. O trabalhador sabe que corre riscos, mas as condições de trabalho o forçam a isso. Fato bastante comum no cotidiano da enfermagem.

Real – Conhecido de todos, mas sem controle, por inexistência de solução para tal, ou pelos altos custos exigidos, ou ainda por falta de vontade política.

1.5.2 Fatores de risco

Um fator de risco é uma característica do trabalho, que pode aumentar a possibilidade de que se produzam acidentes ou agravos à saúde dos trabalhadores. Podem ser classificados como fatores ligados às condições de trabalho; ligados ao meio-ambiente do trabalhador; derivados das características do trabalho e derivados da organização do trabalho (SANTIAGO; LÓPEZ, 2000).

A Norma Regulamentadora Nº 9 (NR-9) tem como objetivo a preservação da saúde e integridade do trabalhador através da antecipação, avaliação e controle dos riscos ambientais existentes, ou que venham a existir no ambiente de trabalho. Tem em vista a proteção ao meio ambiente e recursos naturais, levando-se em conta os Agentes Físicos, Químicos e Biológicos.

De acordo com a NR-9, denominada Programa de Prevenção de Riscos Ambientais, os agentes de riscos ambientais podem ser classificados em:

- a. Agentes Físicos: diversas formas de energia a que possam estar expostos os trabalhadores, tais como ruído, vibrações, pressões anormais, temperaturas extremas, radiações ionizantes e não ionizantes, bem como o infra-som e ultra-som;
- b. Agentes Químicos: substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar no organismo pela via respiratória, nas formas de névoas, neblinas, poeiras, fumos, gases e vapores ou que, pela natureza da atividade de exposição, possam ter contato ou ser absorvido pelo organismo através da pele ou por ingestão.
- c. Agentes Biológicos: bactérias, vírus, fungos, helmintos, protozoários, bacilos, parasitas, entre outros.

Destacam-se também os Riscos de Acidentes, os quais podem ser entendidos como qualquer condição real ou potencial presente no ambiente de trabalho, ou fora dele, capaz de provocar lesão ou comprometimento da saúde do trabalhador, bem como dano às instalações e equipamentos.

Os riscos de acidentes, como fator de risco ambiental, podem levar ao acidente de trabalho propriamente dito, com sérias consequências para o trabalhador, empresa, sociedade e para o meio ambiente (SILVA, 2008).

Além dos Riscos Ambientais, destacam-se também os Riscos Ergonômicos.

A Ergonomia, através da análise ergonômica do trabalho, identifica os riscos ergonômicos causadores potenciais de danos à saúde dos trabalhadores considerando os aspectos físico, psíquico e social, bem como a estrutura da organização e o próprio ambiente de trabalho.

Os Riscos Ergonômicos de caráter físico, diferentemente dos riscos físicos ambientais, tratam-se daquelas condições de trabalho ou de natureza das atividades que podem causar danos, lesões, desgastes no trabalhador, podendo levar a

incapacidades temporárias ou permanentes, como por exemplo, as doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT), dentre outras (SILVA, 2008).

Existem ainda os riscos ergonômicos de caráter psicossocial, que se relacionam a aspectos de planejamento, organização e gerenciamento do trabalho, e ao seu contexto ambiental e social, os quais apresentam potencial para causar prejuízo físico, social e psicológico podendo provocar estresse (CAMELO, 2006).

1.5.3 Fatores de risco em hospitais

O funcionamento dos estabelecimentos de saúde dependia, no passado, basicamente do trabalho braçal e de investimentos que não iam muito além de paredes e camas. As exigências do mundo globalizado são diferentes. Até mesmo a assistência à saúde ultrapassa fronteiras, com automação, virtualidade e tecnologias de ponta, que passaram a fazer parte do cotidiano de muitos hospitais (BULHÕES 1998).

Em condições ocupacionais inadequadas, o trabalho passa a ser patológico. O trabalhador, quando não consciente do que se passa em seu ambiente de trabalho, nada ou pouco faz a fim de evitar as consequências da prática laboral alienada e alienante. Desse modo, pesquisadores que estudam o trabalho patológico procuram apontar os fatores de risco laborais, apesar de que poucos são os interessados em adotar atitudes que minimizem tais riscos (MAURO et al., 2008).

1.5.4 Condições de trabalho

Segundo Murta (2008), entende-se por condições de trabalho as influências do ambiente de trabalho que circunscrevem as ações do trabalhador, como fator de risco para a sua saúde e segurança.

As condições de trabalho são, em primeiro lugar, as condições físicas ambientais: ruídos, poeira, calores. São também as exigências impostas pela máquina ou os processos: posturas, gestos, cadências e pressões horárias (trabalho

em turnos alternados). São também, ainda que este aspecto seja menos frequentemente citado, as condições cognitivas do trabalho: dificuldades e stress devidos a uma má inteligibilidade dos sinais e avisos (SANTIAGO; LÓPEZ, 2000).

As condições de trabalho intensificam a ação dos riscos ambientais podendo potencializar os riscos próprios e inerentes à natureza do trabalho, se as medidas de controle, atenuação e eliminação destes riscos não forem adotadas (MURTA, 2008).

Segundo Santiago e López (2000), classificam-se as questões relativas às condições de trabalho em seis categorias:

- I. As condições materiais de trabalho que concernem à higiene, a segurança e o ambiente de trabalho.
- II. A organização do trabalho, que compreende:
 - a. A concepção e a implantação dos postos de trabalho;
 - b. A fixação das normas;
 - c. A reestruturação das tarefas;
 - d. A organização do contexto gerencial;
 - e. A informação e associação dos executantes às decisões.
- III. A duração do trabalho, semanal propriamente dita, ou a organização dos horários.
- IV. Os modos de remuneração do trabalho: sistema de remuneração, incluindo o salário mensal.
- V. O desenvolvimento das carreiras, ou seja, a promoção e a formação profissional.
- VI. O meio-ambiente da empresa, assim como o alojamento e o transporte dos assalariados.

Neste sentido, podemos dizer que as condições de trabalho são o conjunto de elementos e circunstâncias de carácter material, psíquico, biológico e social, que influenciados e determinados por múltiplos fatores de ordem econômica, técnica e organizacional, se interrelacionam e interagem, constituindo o entorno e a forma em que se desenvolve a atividade laboral (SANTIAGO; LÓPEZ, 2000).

Segundo Mauro et al. (2008), os principais problemas das condições de trabalho são: remuneração; oportunidade de carreira; garantias disciplinares; horas de trabalho; descanso e férias; segurança social; proteção à saúde; oportunidade de formação inicial e educação contínua; efetivo de pessoal no serviço; organização do

trabalho; participação do pessoal na determinação de suas condições de trabalho e de vida; participação em tudo que contribui para a satisfação no trabalho.

Ter melhores condições de trabalho implica: ter equipamento adequado e suficiente; ter pessoal em número e categoria adequados; melhorar as condições de uma maneira geral; ter mobiliário e equipamentos adequados para atender ao cliente; contar com planta física adequada no que diz respeito à construção de instalações para a higienização dos pacientes e do pessoal bem como do material utilizado para efetuar os procedimentos técnicos; dispor de instalações e estrutura adequadas para efetuar tratamentos, como, por exemplo, contar com oxigênio canalizado à cabeceira do leito, além de outros requisitos como regularidade no fornecimento de material, resolução dos problemas de biossegurança para clientes e profissionais, ter menos sobrecarga no trabalho (MAURO; VEIGA, 2008).

As condições de trabalho oferecidas pelos hospitais, as peculiaridades das tarefas de enfermagem, a crise econômica advinda da globalização, as dificuldades do setor saúde, a carência de recursos humanos e materiais e a constante preocupação com o processo de atualização objetivando acompanhar os avanços técnico-científicos são fatores que interferem negativamente na situação de trabalho do pessoal de enfermagem em vários países (ROYAS; MARZIALE, 2001).

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo caracteriza-se como quantitativo, de delineamento não-experimental e descritivo, visando uma análise das condições de trabalho em unidades intensivas de um hospital universitário e a relação entre problemas de saúde e riscos ocupacionais percebidos pelos trabalhadores de enfermagem, utilizando-se estatística descritiva e inferencial.

Em estudos quantitativos, o delineamento de pesquisa refere-se ao plano geral do pesquisador para responder às questões de pesquisa e apresenta as estratégias adotadas para desenvolver informações precisas e interpretáveis (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A estatística descritiva foi usada para, através de frequências e porcentagens, resumir, organizar e comunicar a informação numérica proveniente dos dados obtidos. A estatística inferencial, baseada nas leis da probabilidade, proporcionou meios para que fossem tiradas conclusões acerca da população estudada, utilizando-se o teste do Quadrado de Pearson, sendo adotado o nível de 5% para significância estatística.

2.1 Campo de pesquisa

O HU é um hospital público, de grande porte, com cobertura assistencial estimada de 1.000.000 (um milhão) de habitantes, considerado centro de excelência e referência para o Estado do Rio de Janeiro na área de ensino e saúde. Funciona com 600 leitos e 16 salas cirúrgicas, onde são realizadas internações e cirurgias em mais de 60 especialidades e sub-especialidades da área médica. Tem como missão “prestar assistência integrada, humanizada e de excelência à saúde, sendo agente transformador da sociedade através do ensino, pesquisa e extensão.” Como hospital universitário, serve como campo de aprendizado para o ensino de graduação na área de saúde e de aperfeiçoamento dos conhecimentos para graduados (HOSPITAL..., 2008).

Inaugurado em 1950, fez parte da rede hospitalar da Secretaria de Saúde do então Distrito Federal. Na década de 60, já como Hospital-Escola, suas atividades privilegiavam exclusivamente as questões acadêmicas de ensino e pesquisa, com o acompanhamento e estudo de raridades clínicas e doenças em estágio final de evolução. Em 1975, em decorrência do Convênio firmado com os Ministérios da Educação e da Previdência Social, adequou suas atividades para atender a realidade sanitária da população (HOSPITAL..., 2008).

A qualidade dos profissionais e os meios sofisticados de diagnósticos e tratamento oferecidos ocasionaram um aumento progressivo na procura pelo atendimento oferecido pelo HU, transformando-o em um dos maiores complexos docente-assistenciais na área de saúde. Anualmente passam por ele 1500 alunos de graduação e pós-graduação e cerca de 350 docentes exercem suas atividades nas diversas unidades de ensino (HOSPITAL..., 2008).

O estudo foi desenvolvido especificamente nas unidades de internação intensiva do HU: Centro de Terapia Intensiva (CTI) Geral, CTI Cardíaco (CTI-C) / Semi-Intensiva (SI), Unidade Coronariana (UC) e Emergência Infantil (EI).

Cada unidade situa-se em um local diferente no hospital, do 2º ao 5º andar. Não há padronização dos ambientes físicos e foram feitas, ao longo dos anos, adaptações para cada setor, de acordo com os recursos disponíveis e necessidades identificadas pelos gerentes. As principais características em comum são o atendimento a clientes de alta complexidade, em estado crítico, com alto grau de dependência dos cuidados de enfermagem, além da presença de enfermeiros líderes continuamente.

Dentre as unidades intensivas selecionadas, a única da área materno-infantil é a Emergência Infantil, que apesar do nome, é uma unidade de terapia intensiva pediátrica, com 10 leitos, situada no 2º andar, que atende a uma demanda interna do HU (ambulatório e enfermarias pediátricas) e externa (pronto-atendimento e outras unidades de saúde).

O CTI Geral, situado no 5º andar, funciona com 7 leitos e atende à demanda de todo o hospital para pacientes adultos, clínicos ou cirúrgicos, em situação crítica que necessitem monitoração especializada e/ou ventilação mecânica artificial.

A Unidade Coronariana, também situada no 5º andar, possui seis leitos e objetiva atendimento a clientes adultos cardiopatas, em estado crítico ou que requerem acompanhamento intensivo.

O CTI Cardíaco e a unidade Semi-intensiva são integrados, localizados no 6º andar, sob a gerência de uma mesma enfermeira chefe. No CTI-C são internados os pacientes em pós-operatório imediato de Cirurgia Cardíaca ou em complicações tardias, tendo a capacidade para 12 leitos. Na Semi-intensiva são internados os pacientes oriundos do CTI-C ou em complicações tardias que requerem internação, mas não em terapia intensiva.

Ressalta-se que estas unidades intensivas, assim como os outros setores do hospital, são campos de ensino-aprendizagem para acadêmicos, internos e residentes de enfermagem, os quais participam das atividades assistenciais e gerenciais ao lado dos enfermeiros líderes de equipe e chefes de setor.

2.2 População e amostra

Segundo informações da Coordenadoria de Enfermagem da instituição, o HU contava no ano de 2008 com 378 enfermeiros (sendo 60 contratados) e 1252 auxiliares de enfermagem (442 contratados), totalizando 1630 profissionais de enfermagem. Havia um grande déficit quantitativo de profissionais, além de alto índice de licenças médicas. Muitos casos de desgastes e adoecimentos, atribuídos frequentemente à sobrecarga de trabalho, somavam-se a alguns fatores como a abertura de unidades assistenciais e o aumento da complexidade de outras.

A população deste estudo foi constituída pelos trabalhadores de enfermagem das unidades intensivas já descritas. Levantamento feito em 2009 mostrou que o hospital tinha 170 trabalhadores de enfermagem nestas unidades. Destes, 42 eram Enfermeiros e 128 Auxiliares de Enfermagem, não havendo a categoria profissional de Técnico de Enfermagem entre os estatutários pertencentes aos quadros funcionais da instituição. Para cada categoria profissional, existiam funcionários estatutários e contratados temporários. Dentre os contratados, havia Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Como critérios de **inclusão** de sujeitos para o estudo, elencamos:

- a. Ser profissional de enfermagem, em qualquer das categorias: auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem ou enfermeiro;

- b. Ser funcionário das unidades estudadas, estatutário ou de contrato temporário;
- c. Trabalhar nas unidades estudadas há, pelo menos, seis meses;
- d. Aceitar participar espontaneamente da pesquisa, após ser informado sobre os objetivos da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Como critérios de **exclusão** definiram-se:

- a. Não aceitação do trabalhador em participar da pesquisa;
- b. Afastamentos por motivos variados (férias, licenças, outros);
- c. Desistência durante a pesquisa.

Foram excluídos também os trabalhadores de enfermagem do Núcleo Peri natal, prédio anexo ao hospital, que engloba a UTI Neonatal e outros setores da área materno-infantil. Esta exclusão justifica-se pelo fato do Núcleo Peri natal ser uma unidade inaugurada em 2006, ainda consolidando sua implantação e organização, além de ser cenário de outro estudo sobre condições de trabalho em andamento (dissertação de mestrado).

Respeitando os critérios de inclusão e exclusão, a **amostra** do estudo foi então constituída de **125 trabalhadores** de enfermagem das unidades intensivas do HU.

2.3 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados foi composto de questionários desenvolvidos a partir dos “Guias de Avaliação de Riscos nos lugares de trabalho em indústria”, que são baseados na experiência sindical de diversos países europeus, criados por Boix e Vogel (1998) e adaptados por Mauro em 2001, após autorização dos autores (MAURO, 2006).

A primeira experiência de utilização deste instrumento foi feita em uma empresa de transporte de carga localizada no município de Volta Redonda/RJ, com bons resultados. Posteriormente foi realizada a adaptação dos questionários para uso em hospitais, sendo utilizado como experiência-piloto um hospital daquele município (AGLIARDI; SANTOS, 2003).

Os questionários foram reavaliados e serviram de instrumentos para outros oito estudos em hospitais públicos e privados do Estado do Rio de Janeiro. Entretanto, em todas as experiências não foi possível sua utilização na totalidade por motivos diversos: tempo previsto para a realização da pesquisa ou falta de recursos humanos e materiais para consolidar a experiência.

A partir das experiências vivenciadas, foi planejada a aplicação de todo o instrumento criado pelos autores e adaptado por Mauro, no projeto INGECTH-SUS (MAURO, 2006). O instrumento original era composto de cinco seções: (1) Diagnóstico da situação; (2) Identificação preliminar de riscos; (3) Questionário sobre riscos e danos; (4) Observação de problemas; (5) Proposta de soluções. Estas seções foram reformuladas, optando-se pela utilização no HU de apenas os cadernos 1, 3 e 4, então denominados de A, B e C, respectivamente.

Nesta dissertação de mestrado, utilizou-se o caderno B - Questionário sobre Riscos e Danos (Anexo A), na íntegra, que é composto de três partes:

1º- *Características Profissionais dos Trabalhadores*, com questões envolvendo as variáveis: sexo, idade, tempo de trabalho, atividade funcional, setor de trabalho, qualificação profissional, turno de trabalho e jornada, visando responder ao primeiro objetivo do estudo.

2º- *Fatores de Riscos do Ambiente de Trabalho*, visando atender ao segundo objetivo, onde o trabalhador dispõe de escala de zero a cinco para caracterizar sua percepção sobre vários fatores listados, na qual “0” significa “desconhece”; “1” – “Não acontece”; “2” – “Raramente”; “3” – “Às vezes”; “4” – “Frequentemente” e “5” – “Sempre”.

3º- *Problemas de Saúde dos Profissionais*, que inclui 29 itens e sua relação com o trabalho, provocando ou agravando estes problemas, segundo a percepção dos trabalhadores de enfermagem, o que contempla o terceiro objetivo.

2.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pelo pesquisador, no período de maio a julho de 2009, contando com a participação de cinco acadêmicos de enfermagem

bolsistas do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC/CNPq), já colaboradores do INGECTH-SUS.

Sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Maria Yvone Chaves Mauro, em projetos de pesquisa do Núcleo de Pesquisa em Saúde, Trabalho e Meio Ambiente (NUEST/UERJ) do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Faculdade de Enfermagem da UERJ (DESP/FENF/UERJ), estes acadêmicos foram treinados para realização desta atividade em estudos anteriores, no mesmo hospital, utilizando o mesmo instrumento de coleta de dados.

Previamente à coleta propriamente dita, foi feito contato com cada enfermeiro chefe de setor para explicar os objetivos da pesquisa, etapas e estratégias. Neste contato, mediante uma listagem com todos os funcionários, os chefes informavam quais deles eram contratados há menos de seis meses, ou estavam ausentes por motivos diversos (critérios de exclusão).

Os diversos setores, horários e plantões foram então divididos em grupos compostos por acadêmicos e pelo mestrando responsável.

A coleta aconteceu da seguinte forma: comparecendo ao setor, os responsáveis pela coleta se apresentavam e explicavam a pesquisa aos funcionários que estavam na listagem, pedindo colaboração para participar. Àqueles que aceitavam, eram entregues duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e uma do questionário (Anexo A). Foi solicitado o preenchimento no mesmo dia do plantão, a ser recolhido algumas horas depois de entregue.

Para os funcionários do serviço noturno, a estratégia foi à mesma. Entretanto, os questionários eram recolhidos no dia seguinte, ao final do plantão.

2.5 Organização e tratamento dos dados

Os dados coletados foram incluídos em um banco de dados do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 15.0, pelos mesmos acadêmicos bolsistas que participaram da coleta de dados. Este banco de dados foi elaborado por uma especialista contratada pela orientadora para auxílio na organização e tratamento estatístico de todo o conjunto de dados coletados no processo do INGECTH-SUS.

Para atender ao quarto objetivo específico da pesquisa foi utilizada estatística descritiva e inferencial, sendo contratado um especialista (estatístico) para elaboração de tabelas e aplicação de testes, como o do Quadrado de Pearson, utilizado para verificar se uma associação estabelecida é estatisticamente significativa. Foi adotado o “ p valor” de 5% para significância estatística.

A partir das repostas do questionário, foram desenvolvidas duas escalas, a escala relativa aos Riscos no Ambiente de Trabalho (RAT) e a escala relativa aos Problemas de Saúde dos Trabalhadores (PST). Tanto a escala RAT quanto a escala PST foram criadas levando-se em consideração o escore (somatório das respostas) obtido em cada bloco de perguntas. A RAT foi calculada em relação ao bloco de perguntas “Fatores de riscos do ambiente de trabalho” (45 questões) e a PST calculada em função do bloco de perguntas “Problemas de saúde dos profissionais” (30 questões).

As possíveis respostas para o bloco de perguntas relativas aos “Fatores de riscos do ambiente de trabalho” eram “sempre”, “frequentemente”, “às vezes”, “raramente”, “não acontece” e “desconhece”. Cada uma dessas possíveis repostas recebeu uma pontuação que variou de zero a cinco pontos, zero para o caso da resposta “desconhece” e cinco para a resposta “sempre”. Desta forma o escore das perguntas relativas aos fatores de risco teria seu mínimo o valor “0” e seu máximo o valor “225”.

Com base na pontuação obtida por cada respondente do questionário, verificou-se a distribuição dos escores relativos aos riscos no ambiente de trabalho e classificaram-se os mesmos em tercís, ou seja, primeiro tercil foi formado pelos escores menores que “103” (33%), o segundo tercil pelos escores com resultado entre “103” e “134” (66%) e o terceiro tercil para os valores acima de “134”.

Assim, a escala RAT foi dividida em três categorias: 1. Baixo, quando a pontuação obtida ficou abaixo do primeiro tercil; 2. Médio, quando a pontuação obtida ficou entre o primeiro e o segundo tercil; e 3. Alto, após o segundo tercil.

2.6 Aspectos éticos

Atendendo as determinações da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, do Ministério da Saúde, o projeto de pesquisa a que esta é vinculada foi entregue e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário, em todas as suas etapas para o projeto matriz, em nome da coordenadora Maria Yvone Chaves Mauro (Anexo C). Contudo, foi solicitada uma aprovação específica, com vistas à exigência futura de publicações em nome do autor desta dissertação (Anexo D).

Foram respeitados os direitos dos trabalhadores em querer ou não participar deste estudo, sendo entregue antes da aplicação dos instrumentos, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), assinado pelo respondente, conforme orienta a Resolução nº 196.

Ressalta-se que foi garantido o anonimato dos trabalhadores participantes, bem como que estes não seriam prejudicados a partir das informações obtidas nesta pesquisa.

3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As respostas obtidas nos questionários e inseridas no banco de dados geraram vários resultados, divididos nesta pesquisa em: características pessoais e profissionais; fatores de risco do ambiente de trabalho; problemas de saúde percebidos e associação entre riscos mais percebidos e problemas de saúde.

Dentre os 125 questionários respondidos por profissionais de enfermagem que trabalhavam em unidades intensivas temos, no gráfico 1, a distribuição por setores representada:

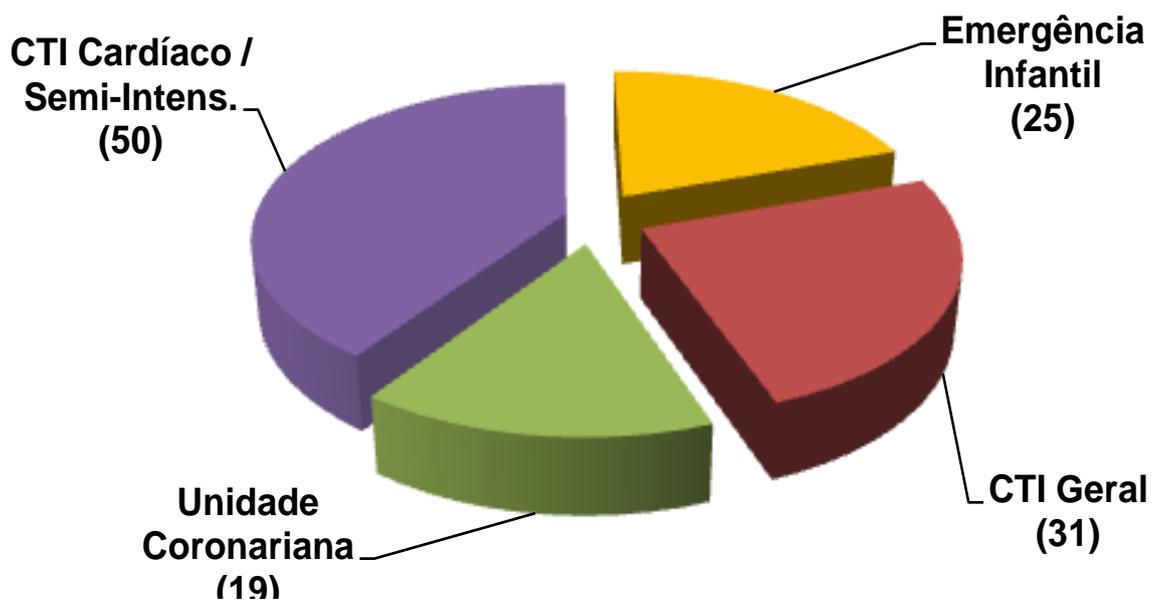


Gráfico 1 - Questionários respondidos por unidade intensiva do HU, Rio de Janeiro, 2009.

3.1 Características pessoais e profissionais dos trabalhadores de enfermagem

Dentre os trabalhadores das unidades intensivas estudadas há significativa maioria de mulheres (77,6%) em relação a homens (22,4%), confirmando uma característica de a enfermagem ser uma profissão majoritariamente feminina.

Tabela 1 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem das unidades intensivas segundo sexo, faixa etária e estado civil, HU, Rio de Janeiro, 2009

| Distribuição dos trabalhadores segundo sexo | | |
|--|------------|--------------|
| | n | (%) |
| Masculino | 28 | 22,4 |
| Feminino | 97 | 77,6 |
| Total | 125 | 100,0 |
| Distribuição dos trabalhadores segundo faixa etária | | |
| | n | (%) |
| 20 a 29 anos | 11 | 8,8 |
| 30 a 39 anos | 17 | 13,6 |
| 40 a 49 anos | 62 | 49,6 |
| 50 anos ou mais | 35 | 28,0 |
| Total | 125 | 100,0 |
| Distribuição dos trabalhadores segundo estado civil | | |
| | n | (%) |
| Solteiro ou similar | 38 | 30,4 |
| Casado ou similar | 69 | 55,2 |
| Divorciado/desquitado | 14 | 11,2 |
| Viúvo | 3 | 2,4 |
| Em Branco | 1 | 0,8 |
| Total | 125 | 100,0 |

É fato que a enfermagem, ainda nos dias atuais, permanece como profissão essencialmente feminina, haja vista que o percentual de homens que buscam essa opção profissional é reduzido. Assim sendo, é bem elevado o número das pessoas que vivem essa realidade em seu cotidiano, ou seja, serem esposas, mães e profissionais de enfermagem, englobando toda complexidade que tal situação comporta (SPINDOLA; SANTOS, 2003).

No Brasil, a intensificação e o crescimento do trabalho das mulheres e sua inserção no mercado de trabalho, segundo dados do Departamento Intersindical de

Estatística e Estudos Sócio-Econômicos (DIEESE), ocorreram na década de 1990. Vários motivos levaram a tal acontecimento, como o movimento de emancipação feminina e a busca de direitos iguais entre mulheres e homens na sociedade, além do crescimento do número de famílias chefiadas por mulheres. A diversidade de razões, levando à introdução das mulheres na atividade econômica, se demonstra “na discriminação do trabalho feminino, revelada através das formas singulares de sua inserção, das altas taxas de desemprego, dos menores rendimentos e de vínculos de trabalho mais frágeis” (DEPARTAMENTO..., 2003, p. 12).

Segundo Elias e Navarro (2006), a mulher profissional de enfermagem, ao buscar o trabalho fora de casa leva consigo como referência identificadora a maternidade e todos os signos que lhe designam o que é ser mulher, tentando realizá-los a partir do modelo tradicional que lhe foi ensinado. A convivência da necessidade de trabalhar fora de casa e do desejo de cuidar da família e da casa, segundo os moldes tradicionais, traz para as mulheres contradições e conflitos.

A inserção da mulher no mercado de trabalho traz a conflitante tarefa de conciliar as atividades no espaço privado e público, a ocupação doméstica e a profissional que – a rigor é mal remunerada - e levam à dupla jornada, engendrando, nesse sentido, a exploração do gênero. As enfermeiras/mulheres/mães não conseguem separar a vida familiar e a vida profissional, na medida em que o trabalho de enfermagem tende a ser percebido como uma extensão do cotidiano da mulher com o cuidado da família, não apartando de si o mundo do lar e o do trabalho (BAGGIO; FORMAGGIO, 2008).

Além do crescimento contínuo do trabalho feminino, identifica-se, também, uma tendência de manutenção do nível elevado de atividades produtivas até idades mais avançadas. Estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) em 2001 aponta que as taxas de atividade das mulheres em idades intermediárias e mais elevadas são crescentes, enquanto as das mais jovens são estáveis, observando-se um progressivo amadurecimento da mão de obra feminina ocupada (GIATTI; BARRETO, 2002).

Quanto à idade, 77,6% dos trabalhadores de enfermagem das unidades de internação intensivas estudadas tinham **40 anos ou mais** de idade e um percentual significativo com mais de **50 anos** (28%). Isto revela que nessa faixa etária, os trabalhadores podem estar mais susceptíveis ao aparecimento de doenças e agravos à saúde, relacionados ao trabalho ou não.

A maioria dos trabalhadores participantes é casada (55,2%), seguida de solteiros (30,4%). Tal situação conjugal, compatível com a faixa etária apresentada como mais expressiva na amostra, reforça os aspectos já descritos sobre trabalho feminino.

Estudo realizado com trabalhadores de uma moderna indústria farmacêutica no México revelou que a identidade feminina continua a ser vinculada ao trabalho doméstico porque as mulheres são consideradas responsáveis pelo funcionamento da casa, até mesmo por elas próprias, e que a situação desigual e complexa entre homens e mulheres está relacionada de forma muito clara aos seus problemas de saúde. Verificou-se aumento da morbidade nas mulheres, com predominância de distúrbios psicossomáticos (CRUZ; NORIEGA; GARDUÑO, 2003).

Tabela 2 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem das unidades intensivas segundo categoria profissional, contrato de trabalho e número de vínculos empregatícios, HU, Rio de Janeiro, 2009

| Distribuição dos trabalhadores segundo categoria profissional | | |
|--|------------|--------------|
| | n | (%) |
| Enfermeiro | 39 | 31,2 |
| Técnico de Enfermagem | 47 | 37,6 |
| Auxiliar de Enfermagem | 38 | 30,4 |
| Em branco | 1 | 0,8 |
| Total | 125 | 100,0 |
| Distribuição dos trabalhadores segundo tipo de contrato | | |
| | n | (%) |
| Estatutário federal | 1 | 0,8 |
| Estatutário estadual | 91 | 72,8 |
| Estatutário municipal | 2 | 1,6 |
| Contrato CLT | 2 | 1,6 |
| Outros contratos | 22 | 17,6 |
| Cooperativa | 3 | 2,4 |
| Em branco | 4 | 3,2 |
| Total | 125 | 100,0 |
| Distribuição dos trabalhadores segundo número de vínculos | | |
| | n | (%) |
| 1 | 55 | 44,0 |
| 2 | 66 | 52,8 |
| 3 | 3 | 2,4 |
| 5 | 1 | 0,8 |
| Total | 125 | 100,0 |

Nas unidades intensivas do hospital universitário há uma característica distinta das demais unidades: a presença do profissional enfermeiro continuamente durante 24 horas. Isto possibilitou a representatividade de todas as categorias profissionais da enfermagem neste estudo.

Dentre estes profissionais, 31,2% são Enfermeiros, 37,6% Técnicos de Enfermagem e 30,4% Auxiliares de Enfermagem. A presença em maior número de profissionais de nível médio (auxiliares e técnicos) na pesquisa é compatível com a realidade do trabalho de enfermagem em hospitais, sobretudo na rede pública.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2006), o setor público no Brasil é responsável por 50,7% dos postos de trabalho de nível superior e por 54,1% dos de nível técnico/auxiliar. Considerando apenas o município do Rio de Janeiro, existiam 1744 enfermeiros trabalhando na esfera pública estadual, enquanto que auxiliares e técnicos, havia 6938.

No hospital universitário, a maioria dos trabalhadores possui vínculo estatutário com a instituição (72,8%), portanto concursados e com estabilidade.

Com o acúmulo de afastamentos definitivos por aposentadorias e óbitos, não repostos nos últimos anos através de concurso público, vem crescendo na instituição o número de profissionais de enfermagem que trabalham sob o regime de contrato temporário. Considerou-se contrato temporário as respostas “outros contratos” e “cooperativa”, perfazendo 20,0% dos trabalhadores.

A contratação temporária no SUS configura-se como **trabalho precário**, na medida em que não garante os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei. Os únicos vínculos trabalhistas que garantem proteção social, ou seja, o pleno gozo de direitos trabalhistas e previdenciários são o estatutário e o celetista (BRASIL, 2006c, grifo nosso).

No HU, os profissionais de enfermagem contratados, além de receberem um salário significativamente inferior ao dos estatutários, não têm assegurados direitos celetistas, como FGTS, indenização e outros adicionais e garantias previstas na CLT, nem as vantagens dos estatutários, como licença especial, triênios ou estabilidade. Por outro lado, trabalham da mesma forma, executando as mesmas tarefas que os estatutários e tornando-se, portanto, expostos aos mesmos riscos ocupacionais.

Há milhões de trabalhadores em todo o mundo cujo trabalho pode ser classificado como precário, do ponto de vista de seus possíveis efeitos sobre a

saúde e o bem-estar. Uma das características que classificam estes trabalhadores diz respeito exatamente à relação que mantêm com sua empresa, como o subcontrato e outros contratos atípicos (GHAI, 2006).

As entidades sindicais que representam os trabalhadores do SUS também consideram trabalho precário como ausência de concurso ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público no SUS (BRASIL, 2006c).

Este trabalho precário em saúde tem sido identificado como um obstáculo para o desenvolvimento do sistema público de saúde, na medida em que há comprometimento da relação dos trabalhadores com o sistema e prejuízo da qualidade e continuidade dos serviços prestados à população (BRASIL, 2006c).

Embora o Ministério da Saúde tenha criado em 2003 o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, com o objetivo de elaborar políticas e diretrizes para a desprecarização do trabalho no sistema, poucos efeitos se observam na prática. No hospital do estudo, inclusive, o número de profissionais de enfermagem e outras categorias empregados sob contrato temporário vem crescendo na última década.

Outras desvantagens desta modalidade de vínculo empregatício incluem, para os gerentes, a dificuldade em manter a equipe atualizada em relação a conteúdos fornecidos através de treinamento em serviço. A frequente substituição dos contratados quando atingem o período máximo permitido para o contrato, acarretam constantes e repetidos treinamentos da equipe sobre as rotinas do serviço. Há ainda o fato de que, por ser temporário, frequentemente o trabalhador não estabelece vínculo afetivo com a instituição, o que dificulta seu envolvimento com questões relacionadas a melhorias no setor ou processo de trabalho.

No HU não há a função de Técnico de Enfermagem entre os estatutários estaduais, embora esta resposta tenha surgido. Isto se deve ao fato de que, embora concursados com a função de Auxiliares de Enfermagem, os profissionais já buscaram qualificação e mudança da categoria profissional há alguns anos.

Segundo dados do IBGE (2006) existiam no Brasil, em 2005, aproximadamente 32% de auxiliares de enfermagem na esfera pública estadual, apenas no município do Rio de Janeiro, com nível médio de escolaridade.

Segundo a Lei nº 7.498 do Exercício Profissional de Enfermagem (BRASIL, 1986), o Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento em grau auxiliar, e participação no planejamento da

assistência de Enfermagem. O Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas; executar ações de tratamento simples e prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente.

Na prática diária de enfermagem, entretanto, não se observa a diferenciação entre as ações de técnicos e auxiliares de enfermagem. Sob a supervisão direta do enfermeiro, estes profissionais executam indistintamente ações consideradas de menor complexidade, geralmente mais exaustivas fisicamente.

Os atos mais técnicos e socialmente mais qualificados, herdados da prática médica, são realizados pelos enfermeiros, responsáveis pela chefia, coordenação e supervisão do trabalho dos técnicos e dos auxiliares de enfermagem que, por sua vez, executam o trabalho menos qualificado, dedicando mais tempo aos pacientes. As tarefas realizadas pelos técnicos e auxiliares de enfermagem são mais intensas, repetitivas e social e financeiramente menos valorizadas (ELIAS; NAVARRO, 2006).

Quanto às características profissionais relacionadas a vínculos empregatícios, observa-se que a maioria (56%) tem dois ou mais vínculos e 44% têm apenas um vínculo.

Pitta (2003) ressalta que o regime de turnos e plantões possibilita a efetivação de duplos empregos e jornadas de trabalho, frequente entre os que trabalham na saúde, sobretudo em um país onde os baixos salários colaboram para que isto ocorra. Esta situação é preocupante, uma vez que, no cotidiano, são poucas as mudanças para assegurar condições adequadas de trabalho para os trabalhadores da Enfermagem, incluindo-se os treinamentos para identificação dos riscos e prevenção dos problemas relacionados ao trabalho.

Além disso, para um grande contingente desses trabalhadores, longos períodos de trabalho são uma constante, agravados por longas distâncias entre domicílios e os locais de trabalho que enfrentam. Nesse cenário, pode-se admitir que aumente a suscetibilidade do trabalhador ao desgaste biopsicossocial provocado pelo trabalho, ao deslocamento (trajeto) e a exposição à precarização das relações de trabalho (LORENZI; OLIVEIRA, 2008).

Tabela 3 – Distribuição dos trabalhadores segundo tipo de jornada e carga horária semanal nas unidades intensivas do HU, Rio de Janeiro, 2009

| Distribuição dos trabalhadores segundo tipo de jornada | | |
|--|----------|-------------|
| | n | (%) |
| Diário | 12 | 9,6 |
| Plantão diurno | 64 | 51,2 |
| Plantão noturno | 48 | 38,4 |
| Em branco | 1 | 0,8 |
| Total | 125 | 100,0 |
| Distribuição dos trabalhadores segundo carga horária semanal nesta unidade | | |
| | n | (%) |
| 20 horas | 3 | 2,4 |
| 30 horas | 109 | 87,2 |
| 40 horas | 2 | 1,6 |
| Outra | 10 | 8,0 |
| Em Branco | 1 | 0,8 |
| Total | 125 | 100,0 |
| Distribuição dos trabalhadores segundo carga horária semanal em outra unidade | | |
| | n | (%) |
| 20 horas | 3 | 2,4 |
| 30 horas | 29 | 23,2 |
| 40 horas | 9 | 7,2 |
| 60 horas | 1 | 0,8 |
| Outra | 26 | 20,8 |
| Não se aplica | 55 | 44,0 |
| Em branco | 2 | 1,6 |
| Total | 125 | 100,0 |

A representatividade dos trabalhadores das unidades intensivas em relação ao tipo de jornada de trabalho foi proporcional ao que se dá na prática. Durante o período diurno concentram-se a maior parte das atividades de enfermagem e há uma quantidade maior de profissionais trabalhando neste horário, seja sob plantão de 12 horas ou diariamente, por 6 a 8 horas. Os profissionais de enfermagem que trabalham nas unidades intensivas sob o regime de plantão, diurno ou noturno, corresponderam a 89,6% da amostra. Estes plantões eram distribuídos sob a escala 12 X 60 horas.

Quanto à carga horária semanal na instituição, observa-se que a universidade a qual o hospital é vinculado adota basicamente três possibilidades: 20h; 32,5h e 40h. Nas respostas apareceu uma maioria com 30h porque não constava no

questionário a opção “32,5h/sem”, levando os respondentes a optar entre “30h” ou “outra”. Desta forma, considerou-se que a maioria dos trabalhadores (95,2%) trabalhava 32,5 horas por semana na instituição.

Quando perguntados no questionário sobre a carga horária em outra instituição, 23,2% dos trabalhadores informaram 30 horas semanais ou 40 horas (7,2%). A resposta “outra” na amostra significa provavelmente, 24 horas semanais (20,8%). Considerando a carga horária semanal total, tem-se, portanto 54,4% de profissionais de enfermagem, na sua maioria plantonistas de unidades de terapia intensiva, que trabalhavam de 56 a 72 horas por semana nos seus múltiplos vínculos.

A busca por complementação de renda dentre os profissionais de enfermagem é um fenômeno em expansão, tendo em vista os baixos salários oferecidos pela administração pública. Um maior número de vínculos empregatícios está associado a uma tendência de deterioração da remuneração. Isto leva os profissionais a trabalharem mais de 60 horas por semana, comprometendo sua saúde (LORENZI; OLIVEIRA, 2008).

Veras (2003) afirma que nesta conjuntura vem sendo observado que a saída buscada pela grande maioria de servidores públicos da saúde para enfrentar essa realidade, é de fato o ingresso em outros empregos, tanto no setor público como no privado, podendo o servidor acumular dois ou mais empregos.

Os trabalhadores das unidades do estudo têm em comum o fato de receberem **adicional de periculosidade**, referente à exposição a radiações ionizantes. Tal adicional foi criado em 1993 na Universidade e apenas os trabalhadores com vínculo **estatutário** o recebem, sendo calculado em 30% do vencimento-base do cargo do servidor. Os contratados das unidades intensivas não têm direito ao adicional, embora igualmente expostos.

No quadro 1, temos a distribuição dos trabalhadores segundo a faixa salarial mensal (salário mínimo nacional de R\$ 465,00).

| Distribuição dos trabalhadores segundo faixa salarial | | |
|--|----------|------------|
| | n | (%) |
| 1-2 salários mínimos | 21 | 17,1 |
| 3-5 salários mínimos | 34 | 27,6 |
| 6-8 salários mínimos | 36 | 29,3 |
| 9-11salários mínimos | 25 | 20,3 |
| acima de 12 salários mínimos | 7 | 5,7 |

Quadro 1 – Distribuição dos trabalhadores segundo faixa salarial mensal nas unidades intensivas do HU, Rio de Janeiro, 2009.

Quando consideramos as diferenças entre estatutários e contratados temporários, notam-se significativas desigualdades em relação à faixa salarial mensal destes trabalhadores. Na faixa de **seis a oito salários mínimos** (R\$ 2.790,00 a R\$ 3.720,00) há 27,8% dos trabalhadores, que são **estatutários**, contra 2,5% contratados. Se considerarmos a faixa de 9 a 11 salários mínimos, não há nenhum contratado, mas 20,2% de trabalhadores estatutários. A maioria dos trabalhadores **contratados** está na faixa de **um a dois salários mínimos**, ou seja, R\$ 465,00 a R\$ 930,00, enquanto que a maioria dos estatutários está na faixa de 6 a 12 (ou mais) salários mínimos (R\$ 2.790,00 a R\$ 5.580,00).

Tais informações, contidas no quadro 2, corroboram a ideia de que a contratação temporária é trabalho precário, na medida em que não se oferecem garantias, proteção e sequer salário digno a esses profissionais.

| Faixa Salarial | Tipo de vínculo | | | | | |
|-----------------------|------------------------|-------------|-----------------|-------------|--------------|------------|
| | Estatutário | | Contrato | | Total | |
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| 1-2 salários mínimos | 1 | 0,8 | 18 | 15,1 | 19 | 16,0 |
| 3-5 salários mínimos | 27 | 22,7 | 6 | 5,0 | 33 | 27,7 |
| 6-8 salários mínimos | 33 | 27,8 | 3 | 2,5 | 36 | 30,3 |
| 9-11salários mínimos | 24 | 20,2 | - | - | 24 | 20,2 |
| > 12 salários mínimos | 7 | 5,9 | - | - | 7 | 5,9 |

Quadro 2 – Distribuição dos trabalhadores segundo vínculo empregatício e faixa salarial mensal nas unidades intensivas do HU, Rio de Janeiro, 2009.

O ambiente hospitalar apresenta aspectos muito específicos como excessiva carga de trabalho, contato direto com o cliente em situações limite, elevado nível de estresse e a alta exposição a riscos ocupacionais. A necessidade de funcionamento diuturno, que implica na existência de regime de turnos e plantões, permite a ocorrência de duplos empregos e longas jornadas de trabalho, comuns entre os trabalhadores da saúde, especialmente quando os salários são insuficientes para a manutenção de uma vida digna. Tal prática potencializa a ação daqueles riscos ocupacionais que danificam a integridade física e psíquica do trabalhador (ELIAS; NAVARRO, 2006).

No Quadro 3 verifica-se a distribuição dos trabalhadores em relação à década em que foram admitidos na instituição. Observamos que **mais de 60%** dos profissionais de enfermagem das unidades intensivas trabalha no hospital há **mais de 10 anos**. A maioria (48%) foi admitida na década de 90, quando ocorreu o último concurso para auxiliares de enfermagem. Desde então, a admissão de novos auxiliares ou técnicos tem acontecido apenas sob a modalidade de contrato temporário.

| Anos | n | (%) |
|-------------|----|-------------|
| 1970 a 1979 | 3 | 2,4 |
| 1980 a 1989 | 17 | 13,6 |
| 1990 a 1999 | 60 | 48,0 |
| 2000 a 2009 | 44 | 35,2 |

Quadro 3 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem das unidades intensivas em relação à década em que foram admitidos no HU, Rio de Janeiro, 2009.

Estes dados demonstram que tanto os enfermeiros quanto os auxiliares e técnicos de enfermagem, têm tempo significativo de experiência nessas unidades em que atuam, o que os habilita a identificarem questões relativas às condições de trabalho, com base nas vivências que experimentam ao longo do tempo.

Por outro lado, este fato pode favorecer a banalização do seu sofrimento e o do sofrimento do outro (paciente ou familiar), bem como da própria assistência de

enfermagem, uma vez que podem estar acostumando-se com a situação desfavorável à sua saúde e principalmente com o desconforto propiciado pelo seu processo de trabalho (BECK et al., 2006).

A exposição do trabalhador de enfermagem a riscos ocupacionais pode aumentar quando o seu segundo ou terceiro vínculos empregatícios também são em unidade intensiva. Entretanto, paralelamente, o trabalhador poderá desenvolver maior capacidade de identificar estes riscos, evitando problemas de saúde decorrentes da exposição.

3.2 Fatores de risco no ambiente de trabalho

Os fatores de riscos ocupacionais contidos no questionário foram subdivididos segundo a percepção dos trabalhadores, em quatro grupos: riscos do ambiente de trabalho **presentes** (sempre / frequentemente); eventualmente presentes (raramente / às vezes); ausentes (não acontece) e **não reconhecidos** (desconhece).

Nesta seção, demonstram-se graficamente os riscos presentes e os não reconhecidos. Os gráficos de eventualmente presentes e ausentes constam do apêndice B.

No gráfico 2 (Folha 68), são distribuídos por frequência de resposta todos os fatores de risco constantes no questionário. O “Risco de contrair infecção/doença” foi o mais frequentemente respondido (71,8%), compatível com a resposta “Exposição a risco biológico” (63,2%).

Fatores de risco ergonômico também foram muito respondidos como presentes, tais como “Posturas forçadas pela realização de alguma tarefa”, “Esforço físico que produz fadiga”, “Desconforto pela postura adotada”, “Ritmo de trabalho acelerado” e “Risco de sobrecarga de trabalho”.

O fator de risco físico “Exposição ao ruído”, presente no ambiente de trabalho para 59,3% dos profissionais de enfermagem, também apareceu nas unidades abertas, conforme estudo anterior no mesmo hospital (PAZ, 2009).

Outro fator de risco físico muito frequente nas respostas foi “Exposição à radiação”, diferentemente das unidades abertas, onde não foi muito identificado.

Nas unidades intensivas é frequente a ocorrência de exames radiológicos no próprio setor, tendo em vista a gravidade dos pacientes. Além disso, os profissionais de enfermagem são muitos expostos à radiação por participarem destes exames, muitas vezes ficando ao lado do paciente para posicioná-lo adequadamente. Outro fator que expõe consideravelmente o trabalhador é a dificuldade em se afastar do leito em que se dará o exame devido à quantidade de atividades que executa incessantemente durante o seu turno de trabalho. Os exames radiológicos acontecem ao mesmo tempo em que um profissional de enfermagem cuida de um paciente, não sendo possível, muitas vezes, interromper esse cuidado (FLOR; KIRCHHOF, 2005).

Posteriormente à representação gráfica das respostas de todos os riscos percebidos, haverá o detalhamento por tipo de risco.



Gráfico 2 - Distribuição proporcional de respostas dos trabalhadores segundo percepção da existência de fatores de riscos do ambiente de trabalho (Sempre/Frequentemente) no HU, Rio de Janeiro, 2009.

Para a análise, os fatores de riscos ocupacionais identificados como presentes (*sempre/frequentemente*) no ambiente de trabalho pelos profissionais de enfermagem foram agrupados por tipo de risco: Risco de Acidentes, Biológico, Físico, Químico e Ergonômico, conforme classificação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a).

No Quadro 4, observa-se que todos os fatores de risco de acidentes são significativamente percebidos pelos trabalhadores. Os fatores relacionados ao espaço físico, como má distribuição, choques contra objetos, risco de queda e risco de tropeçar foram os mais frequentemente percebidos.

| Risco de Acidentes | (%) |
|--|-------------|
| Má distribuição do espaço físico | 59,2 |
| Choques contra objetos móveis/imóveis | 39,2 |
| Risco de tropeçar em objetos | 39,2 |
| Lesão por material perfuro-cortante | 37,6 |
| Risco de queda no ambiente de trabalho | 37,4 |
| Risco de queda de materiais | 33,9 |
| Ordem e limpeza insuficientes | 28,8 |
| Desconhecimento das saídas de emergência | 25,2 |
| Risco por contato elétrico | 21,8 |
| Risco de incêndio ou explosão | 11,5 |

Quadro 4 - Demonstrativo de Risco de Acidentes percebido “Sempre/Frequentemente” pelos trabalhadores de enfermagem no HU, Rio de Janeiro, 2009.

O risco de lesão por material perfuro-cortante foi percebido por 37,6% dos trabalhadores, embora a pergunta não se relacione à ocorrência desse tipo de acidente nas unidades estudadas. Considerando estudos anteriores (SECCO et al., 2008; MARZIALE et al., 2007; NISHIDE; BENATTI; ALEXANDRE, 2004; ABREU; MAURO, 2000), sabe-se quão frequentes são os acidentes com material perfuro-cortante nas unidades hospitalares. Dessa forma, esperava-se uma maior percepção dentre os trabalhadores sobre este tipo de risco.

Outro fator de risco de acidentes muito importante é o desconhecimento das saídas de emergência, percebido por 25,2% dos profissionais. Nas unidades intensivas, onde há vários equipamentos, risco de incêndio e até explosão, a sinalização de emergência é indispensável.

Ordem e limpeza insuficientes, percebidas por 28,8%, relacionam-se ao risco de acidentes na medida em que podem propiciar quedas e choques contra objetos, por exemplo. Um setor com piso sujo, molhado ou escorregadio aumenta significativamente o risco de acidentes. Materiais, mobiliário e equipamentos mal distribuídos pelo setor, ou até em quantidade incompatível com o espaço físico disponível diminuem a área de circulação e também podem ocasionar mais acidentes.

Giomo et al. (2009), num estudo realizado em Ribeirão Preto, São Paulo, evidenciou que os acidentes de trabalhos ocasionados somente com a equipe de enfermagem de dois hospitais, durante seis meses, geraram 117 dias de afastamento de trabalhadores por problemas variados. Destes, 95 dias de afastamento foram atribuídos a risco de acidentes. Em relação aos tipos de acidentes, a maioria foi constituída de acidentes de trabalho típicos, ou seja, ocorreram durante o desempenho das atividades laborais.

Analisando a prevenção de acidentes em um hospital público, verificou-se que as condições socioeconômicas, a idade e as condições físicas do empregado são fatores predisponentes de risco de acidente. Considerou-se que o ambiente de trabalho e as instalações também são fatores de risco (NISHIDE; BENATTI, 2004).

| Risco Biológico | (%) |
|--|------------|
| Risco de contrair infecção/doença | 71,8 |
| Exposição a risco biológico (lixo, etc.) | 63,2 |
| Exposição ao vírus da Hepatite | 43,2 |
| Exposição ao vírus HIV | 42,4 |
| Risco de contaminação ou segurança no ambiente externo | 32,0 |

Quadro 5 - Demonstrativo de Risco Biológico percebido “Sempre/Frequentemente” pelos trabalhadores de enfermagem no HU, Rio de Janeiro, 2009.

O risco biológico, comprovadamente presente no ambiente hospitalar, foi significativamente percebido pelos trabalhadores das unidades intensivas, como demonstrado pelo risco de contrair infecção/doença (71,8%) e exposição a risco biológico (63,2%).

Nota-se que a exposição aos vírus da hepatite e ao HIV teve frequência semelhante, 43,2% e 42,4% respectivamente.

Os riscos de contrair a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e hepatite B estão entre os mais temidos pelos trabalhadores hospitalares, especialmente em consequência de acidentes com agulhas contaminadas, cujos índices de infecção têm sido estimados entre 0,25 e 0,4% para o vírus da imunodeficiência adquirida (HIV), entre seis e 30% para o vírus da hepatite B (HBV) e entre 0,4 e 1,8% para o da hepatite C (HCV). O Ministério da Saúde reitera que as medidas preventivas permanentes, através da adoção das Precauções Universais, é a melhor alternativa na preservação da saúde dos trabalhadores expostos a estes riscos ocupacionais (SECCO et al., 2008).

| Risco Físico | (%) |
|------------------------------------|------------|
| Exposição à radiação | 66,9 |
| Exposição a ruído | 59,3 |
| Exposição à temperatura inadequada | 41,6 |
| Exposição à umidade excessiva | 19,2 |

Quadro 6 - Demonstrativo de Risco Físico percebido “Sempre/Frequentemente” pelos trabalhadores de enfermagem no HU, Rio de Janeiro, 2009.

Os riscos físicos percebido pela maioria da amostra foram exposição à radiação (66,9%) e exposição a ruído (59,3%). A exposição à temperatura inadequada, muito percebida, pode indicar que os trabalhadores estão expostos a uma temperatura extrema no ambiente de trabalho, seja quente demais ou frio demais. O ambiente fechado, sem ventilação, favorece o aumento da temperatura nos dias quentes e a manutenção frequente dos aparelhos condicionadores de ar evitaria a irregularidade no funcionamento dos mesmos.

Os riscos ocupacionais do tipo físico podem provocar vários danos ao trabalhador, como, por exemplo, redução da capacidade auditiva ou surdez permanente, câncer, anemias, cataratas, vasodilatação periférica, diminuição da acuidade visual, nervosismo, irritabilidade, estresse, cefaléia, entre outros (IWAMOTO et al., 2008).

A exposição ao ruído, característica das unidades intensivas, aparece significativamente nos questionários. O ambiente fechado favorece a amplificação dos sons de calçados, conversas entre os funcionários e, principalmente, os

equipamentos que fazem parte do arsenal de uma unidade intensiva, como respiradores e monitores.

Segundo Campos (2008), uma unidade intensiva, sendo um setor fechado, tem sua acústica local desfavorável tornando-o mais sensível ao ruído, além da frequente emissão de sinais sonoros (alarmes) pelos diversos equipamentos existentes na unidade. Esses alarmes são essenciais na vigilância do paciente crítico, facilitando a identificação de situações que se encontrem fora dos parâmetros de normalidade. O volume desses alarmes deve ser programado em um nível que seja facilmente percebido pelos profissionais. Contudo, o grande número desses aparelhos e o não incomum fato de vários deles alarmarem ao mesmo tempo tornam o ambiente caótico.

Okamoto e Santos (1996) ressaltam que, apesar de controversos e inconclusivos, os estudos acerca dos efeitos da exposição ao ruído em outros órgãos evidenciam seus efeitos nocivos, em especial na produção de alterações neuropsíquicas. Enfatizam que o estímulo, antes de alcançar o córtex do cérebro, percorre estações subcorticais, interferindo inclusive nas funções vegetativas, o que explicaria os efeitos não auditivos ocasionados pelo ruído.

Na visão de Laurell e Noriega (1989), o ruído e o calor, ao atuarem sobre o corpo humano, desencadeiam mudanças de qualidade, transformando-se em processos intracorporais complexos. O ruído atua tanto no ouvido médio e interno como no sistema nervoso, provocando mudanças em processos fisiológicos, causando desconforto; já o calor promove processos internos de termorregulação como sudorese e alterações hormonais, passageiras ou não, provocando também desconforto e mal-estar.

O ambiente térmico é de extrema relevância para o bom desempenho das atividades laborais, entretanto o calor, além de causar desconforto, influencia os níveis de concentração para o desempenho das tarefas (FARIAS; ZEITOUNE, 2005).

| Risco Químico | (%) |
|---|------------|
| Risco de contato com substância química | 34,1 |
| Exposição a gases, vapores ou aerossóis | 31,7 |

Quadro 7 - Demonstrativo de Risco Químico percebido “Sempre/Frequentemente” pelos trabalhadores de enfermagem no HU, Rio de Janeiro, 2009.

Os fatores de risco químico constantes do questionário foram percebidos por cerca de um terço dos profissionais de enfermagem. No ambiente hospitalar, sobretudo em unidades intensivas, há exposição dos trabalhadores a substâncias químicas sob a forma líquida (medicações, soluções), gasosa (oxigênio) e aerossóis (medicações). Estas substâncias, inaladas repetidamente e acumuladas no organismo podem desencadear problemas de saúde como anemias e alergias respiratórias ou cutâneas.

Na UTI existe exposição considerável dos trabalhadores aos medicamentos, produtos de limpeza e anti-sépticos que, entretanto, é pouco valorizada. Estudando riscos químicos ocupacionais em um hospital do Distrito Federal, Barbosa apud Nishide e Benatti (2004) constatou que os auxiliares de enfermagem estavam expostos a 36% e os enfermeiros a 28% do total de produtos químicos que constituem risco potencial.

O reconhecimento e a análise dos riscos relacionados a agentes químicos são atividades prioritárias para qualificar a intervenção na defesa da saúde do trabalhador: quem não reconhece não pode avaliar e prevenir o risco. Quem melhor conhece o ambiente e os riscos a que está submetido é o trabalhador e sua participação é fundamental em todas as ações que envolvam sua saúde (BRASIL, 2006a).

| Risco Ergonômico | (%) |
|--|------------|
| Posturas forçadas para realização de alguma tarefa | 61,6 |
| Esforço físico que produz fadiga | 60,0 |
| Desconforto pela postura adotada por muito tempo | 59,2 |
| Ritmo de trabalho acelerado | 56,5 |
| Risco de sobrecarga de trabalho | 47,2 |
| Manipulação de cargas pesadas | 46,8 |
| Recursos insuficientes para realizar o trabalho | 41,5 |
| Ventilação insuficiente/inadequada | 41,1 |
| Pouca possibilidade de promoção | 35,2 |
| Má utilização de equipamento de proteção individual | 33,1 |
| Duração excessiva da jornada de trabalho | 32,8 |
| Falta de equipamentos de proteção individual | 29,6 |
| Iluminação insuficiente | 27,4 |
| Tarefas rotineiras ou monótonas | 26,6 |
| Organização insatisfatória de horário | 16,9 |
| Pouca oferta de formação contínua | 15,4 |
| Pouca oportunidade de decisão sobre a realização do trabalho | 15,3 |
| Trabalho isolado que dificulta contato com companheiros | 10,4 |
| Desconhecimento ou formação insuficiente sobre os riscos do trabalho | 9,0 |
| Situação de discriminação no trabalho (assédio moral) | 5,8 |
| Conflito com clientes ou pacientes | 4,8 |
| Conflito entre trabalhadores | 4,8 |
| Conflito com chefia ou encarregados | 4,8 |
| Agressividade, assédio sexual ou violência no trabalho | 0,8 |

Quadro 8 - Demonstrativo de Risco Ergonômico percebido “Sempre/Frequentemente” pelos trabalhadores de enfermagem no HU, Rio de Janeiro, 2009.

Os fatores de risco ergonômico, representados por um número maior de itens no questionário, foram percebidos pelos trabalhadores de forma expressiva. Dentre eles, aqueles relacionados a esforço físico, desconforto e posturas forçadas foram percebidos pela maioria, além do ritmo acelerado de trabalho. Tais fatores são determinantes para o aparecimento de doenças osteoarticulares relacionadas ao trabalho (DORT) nos profissionais de enfermagem.

Segundo Verthein e Minayo-Gomes apud Rosa et al. (2008), são vários os fatores existentes no trabalho que podem concorrer para a ocorrência de LER/DORT: repetitividade de movimentos, manutenção de posturas inadequadas por tempo prolongado, esforço físico, invariabilidade de tarefas, pressão mecânica sobre determinados segmentos do corpo, em particular membros superiores,

trabalho muscular estático, choques e impactos, vibração, frio e fatores organizacionais.

Ao analisar as condições ergonômicas da situação de trabalho do pessoal de enfermagem em uma unidade de internação hospitalar, Marziale (1995) constatou que a execução da atividade de movimentação de pacientes acamados foi apontada pelos trabalhadores de enfermagem como a mais desgastante fisicamente.

Os profissionais de enfermagem do HU, num estudo realizado por Moreira e Mendes (2005) entre janeiro e março de 2002, estavam expostos principalmente aos fatores de natureza organizacional e ergonômica determinantes das DORT e sofriam desgaste físico e emocional ocasionado pelas várias jornadas de trabalho, caracterizadas pelo duplo ou triplo vínculo empregatício, o que comprovadamente contribui para o aparecimento das DORT. Esses resultados associados a uma população predominantemente feminina indicaram duplas, triplas e até quádruplas jornadas de trabalho, considerando as atividades domésticas comumente assumidas pelas mulheres.

Os fatores de risco listados no questionário foram organizados em uma escala de fatores de **Risco do Ambiente de Trabalho (RAT)**, conforme descrita anteriormente, e está demonstrada na tabela 4.

Tabela 4 - Demonstrativo da escala de Riscos no Ambiente de Trabalho (RAT) segundo a percepção dos trabalhadores de enfermagem no HU, Rio de Janeiro, 2009.

| RAT | n | (%) |
|--------------|------------|--------------|
| Baixo | 42 | 33,6 |
| Médio | 44 | 35,2 |
| Alto | 39 | 31,2 |
| Total | 125 | 100,0 |

Observa-se que a maioria apresenta médio grau de percepção para fator de risco no ambiente de trabalho, com 35,2% e quando associada à percepção de RAT baixo (35,2%), temos cerca de 70% da amostra. Apenas 31% da amostra encontram-se no RAT alto, o que pode indicar a presença de um número grande de

fatores de risco no ambiente de trabalho de enfermagem não percebidos pela maioria dos profissionais.

Utilizando-se a escala RAT, foi possível fazer associação da percepção de riscos com categoria profissional, como demonstrado na tabela 5. Tal associação foi utilizada para avaliar se os diferentes níveis de formação profissional podem influenciar na percepção do risco no ambiente de trabalho.

Tabela 5 - Distribuição dos trabalhadores das unidades intensivas segundo a categoria profissional, em relação à escala de Riscos no Ambiente de Trabalho (RAT) no HU, Rio de Janeiro, 2009.

| Risco do Ambiente de Trabalho (RAT) | | | | | | | | |
|-------------------------------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|-------------|------------|------------|
| Categoria profissional | Baixo | | Médio | | Alto | | Total | |
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Enfermeiro | 6 | 14,3 | 19 | 43,2 | 15 | 38,5 | 40 | 32,0 |
| Técnico de Enfermagem | 20 | 47,6 | 16 | 36,4 | 11 | 28,2 | 47 | 37,6 |
| Auxiliar de Enfermagem | 16 | 38,1 | 9 | 20,5 | 13 | 33,3 | 38 | 30,4 |
| Total | 42 | 100 | 44 | 100 | 39 | 100 | 125 | 100 |

$p = 0,029$

A associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) leva-nos a inferir que os enfermeiros têm maior percepção em relação aos riscos ocupacionais, ou seja, 38,5% dos enfermeiros classificaram como alto o risco geral.

Quando consideramos o grau de instrução, os dados estão de acordo com o esperado. Os enfermeiros, com nível superior e atribuições que incluem supervisão, administração e planejamento da assistência necessitam ter uma percepção dos riscos a que eles e seus subordinados estão expostos. Além disso, no planejamento de uma unidade intensiva, o enfermeiro tem papel fundamental, sobretudo na observância de questões relacionadas ao espaço físico, equipamentos, recursos humanos e materiais.

Entretanto, se somarmos auxiliares e técnicos de enfermagem como uma única categoria, porque na prática das unidades intensivas do estudo o são, os enfermeiros não mais figuram como os profissionais com maior percepção de risco

alto. O grupo Aux/Tec. teria 61,5% de percepção “RAT Alto” contra os 38,5% dos enfermeiros.

Em pesquisa realizada no mesmo hospital, Paz (2009) investigou as unidades abertas (não intensivas) e encontrou dados diferentes. Em tais unidades, diferentemente das intensivas, não há enfermeiro nas 24 horas, apenas no expediente, geralmente assumindo muito mais atividades gerenciais do que assistenciais. Estes enfermeiros tiveram maior percepção dos riscos (RAT Alto) que o grupo formado por auxiliares ou técnicos de enfermagem.

Uma possível diferença entre unidades abertas ou fechadas no mesmo hospital, em relação à percepção das categorias profissionais seria o tipo de atividade que cada enfermeiro, por exemplo, executa rotineiramente nos diferentes cenários.

Numa unidade intensiva, o enfermeiro ocupa a maior parte do seu tempo com questões voltadas à assistência ao paciente crítico, além de trabalhar em regime de plantão. Nas unidades abertas, frequentemente o único enfermeiro existente é diarista, responsável administrativamente pelo setor e emprega, por incumbência do cargo, maior atenção às questões relativas ao seu pessoal e, conseqüentemente a saúde do trabalhador. Haveria, portanto, maior necessidade e oportunidade para este enfermeiro em identificar no seu ambiente de trabalho os fatores de risco presentes.

Estas reflexões carecem de estudos posteriores, mas podem estar sinalizando aspectos relevantes da percepção do enfermeiro nas unidades intensivas sobre os riscos ocupacionais a que estão expostos. Tornam-se possivelmente necessários o treinamento e atualização, ou participação maior destes enfermeiros nas questões gerenciais.

No instrumento de pesquisa (Caderno B) há uma possível resposta “desconhece” para os fatores de risco percebidos e as frequências dessas respostas estão demonstradas no gráfico 3 (Folha 79). Diferentemente das respostas “não acontece”, o “desconhece” pode sinalizar que o profissional de enfermagem não consegue identificar a presença de um determinado fator de risco no seu ambiente de trabalho. Dependendo do risco desconhecido, o impacto sobre a saúde deste trabalhador é significativo, uma vez que não o identificando não há como prevenir-se.

Os fatores de risco mais respondidos como desconhecidos foram os ergonômicos “Agressividade, assédio sexual ou violência no trabalho” e “Situação de discriminação no trabalho”. Tais respostas não garantem que estas situações inexistem, apenas que o respondente não tomou conhecimento, ou, como já dito, não conseguiu identificar comportamentos e ações de companheiros e chefias que caracterizem discriminação ou violência. Da mesma forma, “Conflito com clientes e pacientes” e “Conflitos entre trabalhadores” podem não estar sendo adequadamente identificados pelos profissionais.

Os fatores de risco de acidentes “Desconhecimento das saídas de emergência”, “Risco por contato elétrico” e “Risco de incêndio ou explosão”, frequentemente respondido como desconhecidos têm significativo impacto quando analisamos o cenário da terapia intensiva. Há nas unidades intensivas diversos equipamentos elétricos e eletrônicos, gases inflamáveis e ventilação limitada, aumentando estes riscos citados.

Torna-se importante analisar as possíveis causas do desconhecimento dos profissionais de enfermagem em relação a estes riscos de acidentes, principalmente das saídas de emergência.

Observamos no cotidiano dos profissionais de Enfermagem certo desconhecimento em relação ao processo de trabalho e sua relação com a saúde/doença, ocasionado muitas vezes pelo despreparo desses profissionais em reconhecer o trabalho como um possível agente causal nos agravos à saúde, aliado à falta de informações sobre os riscos ocupacionais aos quais estão susceptíveis (CAVALCANTE et al., 2006).



Gráfico 3 - Distribuição proporcional dos trabalhadores segundo percepção de fatores de riscos do ambiente de trabalho quanto à resposta "Desconhece" do HU, Rio de Janeiro, 2009.

3.3 Problemas de saúde percebidos pelos trabalhadores

Os problemas de saúde listados na terceira parte do instrumento estão representados no gráfico abaixo de acordo com o percentual de respostas “sim” em relação à sua existência, na percepção dos profissionais de enfermagem.

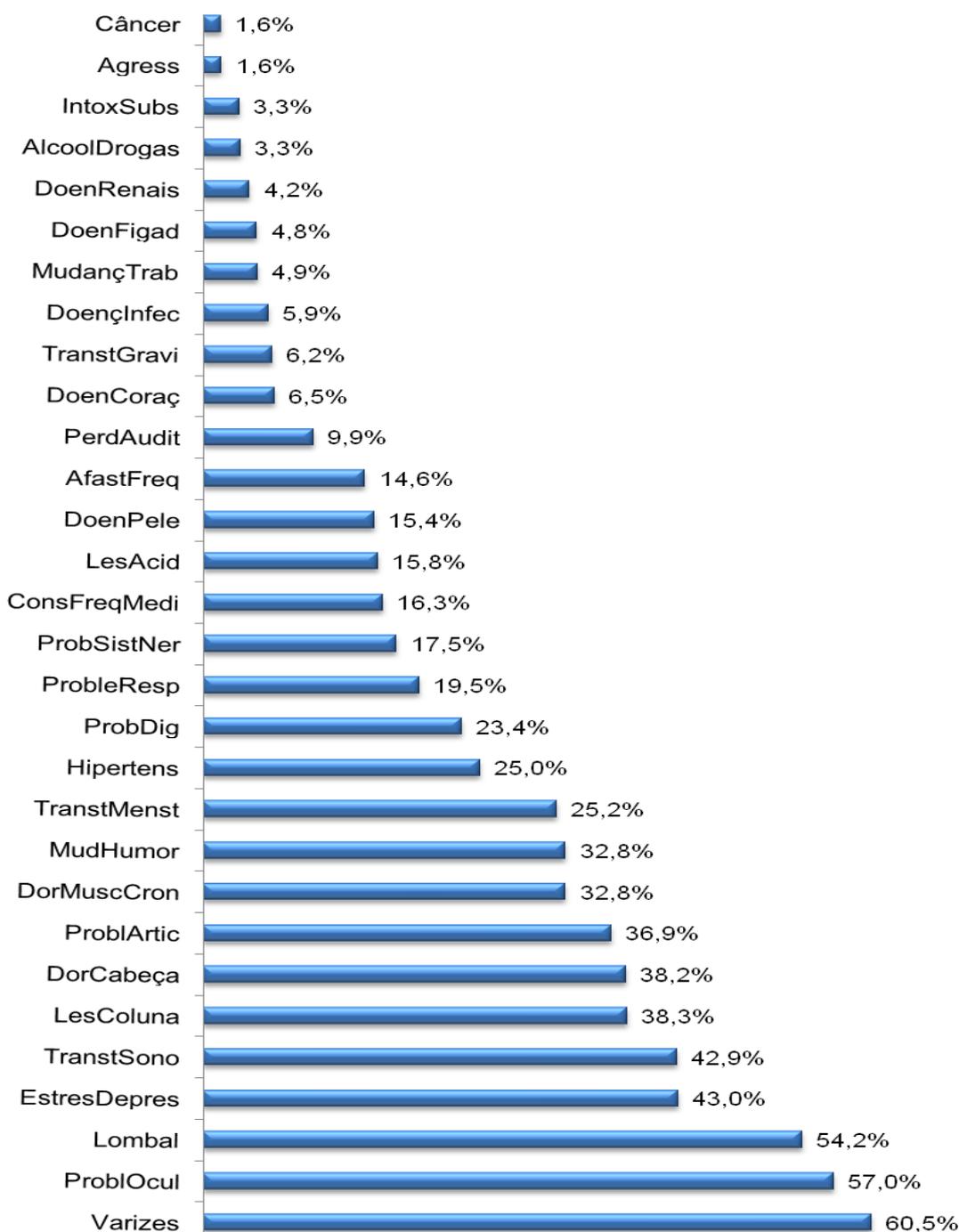


Gráfico 4 - Distribuição proporcional da existência de problemas de saúde nos trabalhadores de enfermagem das unidades intensivas do HU, Rio de Janeiro, 2009.

Os problemas de saúde mais frequentes (até 25%) entre os trabalhadores estão representados no quadro 9. Conforme consta no questionário, o trabalhador indicou se o problema de saúde que o acomete tem relação com o trabalho, além de responder se foi provocado ou agravado.

O problema de saúde mais frequente foi **Varizes**, acometendo **60,5%** dos trabalhadores. Apenas 7,3% dos trabalhadores referiram ser acometidos de varizes, mas não relacionaram esta doença ao trabalho. A maioria dos acometidos achou que o trabalho agrava a doença (29,8%), enquanto que 23,4% consideram o problema de varizes como provocado pelo trabalho.

| Problema de saúde | Relação com trabalho | n | (%) |
|-----------------------------------|-----------------------------|----------|------------|
| Varizes | Sim - não relacionado | 9 | 7,3 |
| | Sim-provocado | 29 | 23,4 |
| | Sim-agravado | 37 | 29,8 |
| | Total | 75 | 60,5 |
| Problemas oculares | Sim - não relacionado | 39 | 32,2 |
| | Sim-provocado | 11 | 9,1 |
| | Sim-agravado | 19 | 15,7 |
| | Total | 69 | 57,0 |
| Lombalgias | Sim - não relacionado | 5 | 4,2 |
| | Sim-provocado | 39 | 32,5 |
| | Sim-agravado | 21 | 17,5 |
| | Total | 65 | 54,2 |
| Estresse/depressão | Sim - não relacionado | 9 | 7,4 |
| | Sim- provocado | 25 | 20,7 |
| | Sim- agravado | 18 | 14,9 |
| | Total | 52 | 43,0 |
| Transtornos do sono | Sim - não relacionado | 8 | 6,7 |
| | Sim- provocado | 29 | 24,4 |
| | Sim- agravado | 14 | 11,8 |
| | Total | 51 | 42,9 |
| Lesões da coluna vertebral | Sim - não relacionado | 5 | 4,2 |
| | Sim-provocado | 27 | 22,5 |
| | Sim-agravado | 14 | 11,7 |
| | Total | 46 | 38,3 |
| Dor de cabeça frequente | Sim - não relacionado | 26 | 21,1 |
| | Sim-provocado | 9 | 7,3 |
| | Sim-agravado | 12 | 9,8 |
| | Total | 47 | 38,2 |

Quadro 9 - Problemas de saúde e relação com o trabalho segundo a percepção dos profissionais de enfermagem das unidades intensivas do HU, Rio de Janeiro, 2009.
(continua)

| Problema de saúde | Relação com trabalho | n | (%) |
|--|-----------------------------|----------|------------|
| Problemas de articulação | Sim - não relacionado | 6 | 4,9 |
| | Sim-provocado | 20 | 16,4 |
| | Sim-agravado | 19 | 15,6 |
| | Total | 45 | 36,9 |
| Dores musculares crônicas | Sim - não relacionado | 1 | 0,8 |
| | Sim-provocado | 25 | 20,5 |
| | Sim-agravado | 14 | 11,5 |
| | Total | 40 | 32,8 |
| Mudanças de humor / alterações de comportamento | Sim - não relacionado | 6 | 4,9 |
| | Sim- provocado | 23 | 18,9 |
| | Sim- agravado | 11 | 9 |
| | Total | 40 | 32,8 |
| Transtornos relacionados ao ciclo menstrual | Sim - não relacionado | 19 | 15,4 |
| | Sim-provocado | 4 | 3,3 |
| | Sim-agravado | 8 | 6,5 |
| | Total | 31 | 25,2 |
| Hipertensão | Sim - não relacionado | 16 | 13,3 |
| | Sim-provocado | 9 | 7,5 |
| | Sim-agravado | 5 | 4,2 |
| | Total | 30 | 25,0 |

Quadro 9 - Problemas de saúde e relação com o trabalho segundo a percepção dos profissionais de enfermagem das unidades intensivas do HU, Rio de Janeiro, 2009. (conclusão)

Estudos anteriores (MENDEVIL, 2004; HIPOLITO, 2005; VEIGA, 2007; PAZ, 2009) também evidenciaram o problema de varizes como um dos mais frequentes entre os trabalhadores de enfermagem hospitalar.

Essa doença venosa de caráter hereditário é muito importante pela grande frequência na população – cerca de 30% - particularmente no sexo feminino, provavelmente por razões hormonais, em sua fase de vida mais produtiva. Estima-se que aproximadamente 70% das mulheres com mais de 30 anos, apresentem varizes (PORTILHO, 2009).

A partir da terceira década de vida, observa-se aumento significativo na incidência de doença venosa crônica que atinge o indivíduo em plena maturidade, afetando diretamente sua capacidade de trabalho (SANTOS; PORFIRIO; PITTA, 2009).

Embora não haja evidência da relação direta causa-efeito de doença venosa com o trabalho, existe consenso atual na opinião médica de que o trabalho pode agravar seriamente o desenvolvimento da mesma. Dentre os principais fatores de

risco apontados, os que se relacionam com o trabalho seriam a postura em pé, tanto em movimento estático como dinâmico, a temperatura e umidade relativas do ambiente aumentadas, o carregamento de peso inadequado e o estresse. O sobrepeso e obesidade parecem constituir também um fator de risco, assim como o sedentarismo (BERTOLDI; PROENÇA, 2008).

Outro problema de saúde muito frequente foi **Problemas oculares**, referido por 57% dos trabalhadores. Entretanto, a maioria não relacionou os problemas oculares com o trabalho (32,2%) e apenas uma minoria (9,1%) acha que foram provocados pelo trabalho. Dentre os que relacionam o trabalho aos problemas oculares, 15,7% consideram os mesmos agravados pela atividade laboral. Este problema de saúde pode estar relacionado com a idade, uma vez que cerca de 78% dos trabalhadores da amostra tem 40 anos ou mais.

Conforme Paz (2009), apesar de não estar relacionado diretamente com o trabalho, esse problema afeta diretamente o trabalhador de enfermagem e pode ser responsável pelo incremento de dores de cabeça frequentes, influenciando a qualidade de vida dos trabalhadores. Além disso, os problemas oculares podem conduzir a erros no trabalho de enfermagem.

A idade acelera a fadiga visual, exigindo mais esforço para focalizar detalhes, o que torna aconselhável o uso de óculos para prevenção da fadiga visual. Além disso, a idade reduz o tamanho da pupila, diminuindo a quantidade de luz que penetra nos olhos, assim, as pessoas idosas precisam de mais luz para prevenir a fadiga visual. Os eventuais problemas oculares podem ser corrigidos ou minorados pelo uso de óculos e pela melhoria da iluminação (IIDA, 2005).

Um dos principais intuitos de internação em UTI é a vigilância contínua, o que impõe o uso constante da visão, bem como o registro escrito, meio de comunicação utilizado para a transferência de informações entre os profissionais. Além de ser exigido de maneira exacerbada o uso da visão e atenção, a estrutura física do local de trabalho deve favorecer os seus usos. Frequentemente, encontramos postos de trabalho cuja iluminação e disposição de materiais impede ou prejudica a observação do ambiente como um todo e conseqüentemente a percepção das situações importantes para o paciente e equipe (CAMPOS, 2008).

Os problemas de saúde relacionados ao grupo das doenças osteomusculares foram significativamente respondidos como existentes pelos profissionais de enfermagem das unidades intensivas.

Considerando as respostas dos trabalhadores, temos como principal problema osteomuscular as **Lombalgias** (54,2%), seguido de **Lesões da coluna vertebral** (38,3%), **Problemas de articulação** (36,9%) e **Dores musculares crônicas** (32,8%).

Maior atenção deve ser direcionada às posturas adotadas pelos trabalhadores na execução das atividades laborais e nas condições dos mobiliários, bem como se faz necessário disponibilizar instrumentos e equipamentos ergonomicamente planejados, visando-se à redução da incidência dos problemas osteomusculares (MUROFOSE; MARZIALE, 2005).

Em unidades intensivas existe uma grande variedade de equipamentos disponíveis para monitorar os doentes e auxiliar a equipe de trabalho. Muitas vezes necessitam ser substituídos, devido a problemas técnicos ou pela evolução tecnológica. No entanto, a tecnologia nova nem sempre atende às expectativas, ocorrendo falha no desempenho ou problemas técnicos que acabam por impedir as melhorias junto aos pacientes e equipe de trabalho. A utilização de equipamentos com tecnologia superada (camas com dispositivo manual de ajuste, macas sem ajuste de altura, monitores com parâmetros e alarmes insuficientes); ausência de manutenção preventiva dos equipamentos e do mobiliário e a inexistência de equipamentos auxiliares para mobilização e transferência de pacientes são fatores que acabam contribuindo com os riscos de acidentes no trabalho e lesões por esforço físico (NISHIDE; BENATTI, 2004).

Estudo sobre as causas de absenteísmo relacionado a doenças entre funcionários de enfermagem de um hospital público indicou que os principais motivos de afastamento estavam relacionados a problemas osteo-musculares (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009).

Levantamento feito no ano de 2004, sobre os afastamentos por motivo de saúde dos trabalhadores de enfermagem de um hospital no Distrito Federal, revelou que as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, com destaque para dorsalgia, acarretaram 41,7% das licenças, representando 280 (46,6%) dias não trabalhados. As outras causas como, artropatias, doenças do tecido conjuntivo e tecidos moles, osteopatias e condropatias representaram no conjunto 321 dias de afastamentos (53,4% do grupo do sistema osteomuscular). Os fatores que influenciam este grupo de causas podem estar relacionados à natureza do trabalho de enfermagem, que envolve sobrecargas físicas com dispêndio de força muscular,

manipulação e transporte de objetos, sucessivos deslocamentos, que podem comprometer o sistema osteomuscular (TORRES; PINHO, 2006).

Pesquisa realizada por Murofose e Marziale (2005) evidenciou como principais diagnósticos médicos, apresentados pelos trabalhadores de enfermagem durante o ano de 2002 no serviço médico pericial, aqueles relacionados ao sistema osteomuscular, principalmente dorsopatias, seguidos pelos transtornos dos tecidos moles e das artropatias. Assim, os trabalhadores de enfermagem manifestaram lesões que afetaram as mãos, braços, pescoço, coluna e joelhos, sendo as patologias agrupadas no grupo das LER-DORT.

Outro grupo de doenças existente são os transtornos mentais e do comportamento, ou relacionados ao sistema nervoso, como **Estresse/depressão** (43%), **Transtornos do sono** (42,9%), **Dor de cabeça frequente** (38,2%) e **Mudanças de humor/alteração de comportamento** (32,8%).

Os estudos de Mendevil (2004), Hipolito (2005), Veiga (2007) e Paz (2009) também evidenciaram estes distúrbios como frequentes entre os trabalhadores de enfermagem hospitalar.

Artigo de Guerrer e Bianchi (2008) trata da caracterização do estresse de enfermeiros atuantes em UTIs de diversos hospitais de alta complexidade das capitais dos estados brasileiros. Os enfermeiros desse estudo apresentaram maiores índices de estresse nas atividades relacionadas à administração de pessoal e nas condições de trabalho.

Através do estudo de Santos, Oliveira e Moreira (2006), identificou-se que o estresse representa um fator de risco à saúde dos profissionais de enfermagem que atuam no CTI, devido às situações de visível desgaste psicofísico que o profissional enfrenta no cotidiano institucional. Os principais estressores do CTI estão vinculados à organização do trabalho, na qual se evidenciou a precariedade das condições laborais, o ambiente ruidoso, as relações conflitantes e as exigências impostas pelo trabalho prescrito.

Na questão laborativa, o estresse sempre representa uma situação avaliada como negativa, sendo o resultado da incapacidade de lidar com as fontes de pressão no trabalho ou uma defasagem entre as demandas e a capacidade de responder a elas. O estresse, quando exagerado, provoca problemas de ordem física e mental, resultando numa insatisfação do trabalhador, comprometendo sua atividade cotidiana e o sucesso da empresa (COUTO; VIEIRA; LIMA, 2007).

Clinicamente, o trabalhador portador de estresse irá evidenciar em maior ou menor grau os seguintes sintomas: nervosismo, irritabilidade fácil, ímpetos de raiva, dor na musculatura cervical e nos ombros, cefaléia por tensão, alterações do sono, fadiga, dor precordial, palpitações, ansiedade, angústia, períodos de depressão e indisposição gástrica ou epigastria. O número dos sintomas apresentados e sua intensidade costumam ser paralelos à intensidade dos fatores estressantes vividos pelo indivíduo (COUTO; VIEIRA; LIMA, 2007).

Outro problema de saúde, **transtornos relacionados ao ciclo menstrual**, embora presente em 25,2% dos trabalhadores, não foi relacionado ao trabalho pela maioria das mulheres (15,4%). Apenas 6,5% consideraram que estes transtornos são agravados pelo trabalho e 3,3% que são provocados.

Estes valores percentuais (que constam do quadro 9 Folha 81) foram calculados a partir do número total de trabalhadores que participaram da pesquisa. Considerando apenas o sexo feminino, os transtornos menstruais existiam em 32% desse grupo de profissionais.

Estudo de Chung, Yao e Wan (2005) avaliou a função menstrual e a prevalência de dismenorreia entre enfermeiras de uma unidade de saúde em Taiwan - China e indicou que, diferentemente de outros estudos anteriores, não havia nenhuma associação entre estresse da vida/trabalho, regularidade e duração do ciclo menstrual e a quantidade de perda menstrual. Entretanto, 60% das enfermeiras com ciclos menstruais regulares e plantões noturnos fixos tiveram um ciclo menstrual de duração inferior a 25 dias, sendo significativamente diferente das enfermeiras que trabalharam em outros turnos. As diferenças observadas na duração do ciclo entre enfermeiras com turnos de trabalho noturno poderiam ser em parte atribuíveis à regulação endócrina no período noturno.

Uma variedade de fatores estressores ambientais da vida e do trabalho pode interferir nas funções endócrinas e produzir desordens do ciclo menstrual. O custo total em dias de trabalho perdidos associados com disfunção menstrual foi estimado entre 94 e 308 milhões de dólares por dia perdido nos Estados Unidos. Desordens menstruais poderiam reduzir a qualidade de vida das mulheres e também causar graves perdas econômicas relacionadas com dias de trabalho perdidos e diminuir a produtividade (CHUNG; YAO; WAN, 2005).

A **Hipertensão** arterial sistêmica (HAS), doença cardiovascular que acomete 25% dos trabalhadores da pesquisa foi considerada por apenas 7,5% como

provocada pelo trabalho. A maioria dos profissionais acometida de HAS não a relacionou com o trabalho (13,3%).

Aquino et al. (2001) estudaram o padrão de adoecimento, diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial entre trabalhadoras de enfermagem de um hospital público em Salvador, BA, através de entrevistas e medidas de pressão arterial, peso e altura de 494 trabalhadoras em exercício regular de atividades de enfermagem. A prevalência de hipertensão arterial foi muito elevada, particularmente entre auxiliares de enfermagem, que apresentaram valor correspondente a quase duas vezes àquele encontrado entre as enfermeiras.

Atenção especial tem sido dada aos chamados estresses ocupacionais, os quais podem desencadear, entre outras, doenças cardiovasculares, como a HAS. Como o local de trabalho é muitas vezes o fator gerador do estresse, as chances de se desenvolverem doenças aumentam em função do tipo de atividade que o indivíduo executa, bem como os diversos fatores que tornam o ambiente de trabalho insalubre (COUTO; VIEIRA; LIMA, 2007).

A etiologia da HAS primária, essencial ou idiopática, que acomete cerca de 95% da população de hipertensos, não está totalmente definida. Fatores genéticos e ambientais parecem estar envolvidos na sua gênese, entre eles o estilo de vida, o estresse decorrente do trabalho ou das atividades da vida diária e a ingestão elevada de sódio (BRASIL, 2001b).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001b), a HAS secundária tem etiologia relativamente bem definida, tendo como causas, dentre outras, a exposição ocupacional ao *chumbo* e ao *ruído*. As condições de trabalho geradoras de estresse, com demandas e ritmos de trabalho excessivos e conflitos no trabalho também são considerados, na atualidade, fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

No tratamento farmacológico da HAS, é necessária atenção em relação à existência de exposições ocupacionais capazes de interagir com os fármacos utilizados, como, por exemplo, temperaturas elevadas com o uso de diuréticos ou beta-bloqueadores (interferem na termorregulação), ou com solventes que podem provocar sintomas semelhantes aos efeitos colaterais de diversos anti-hipertensivos (BRASIL, 2001b).

No gráfico 5, a seguir, estão em destaque os problemas de saúde com maiores frequências percentuais de relação com o trabalho, do tipo “provocado”.

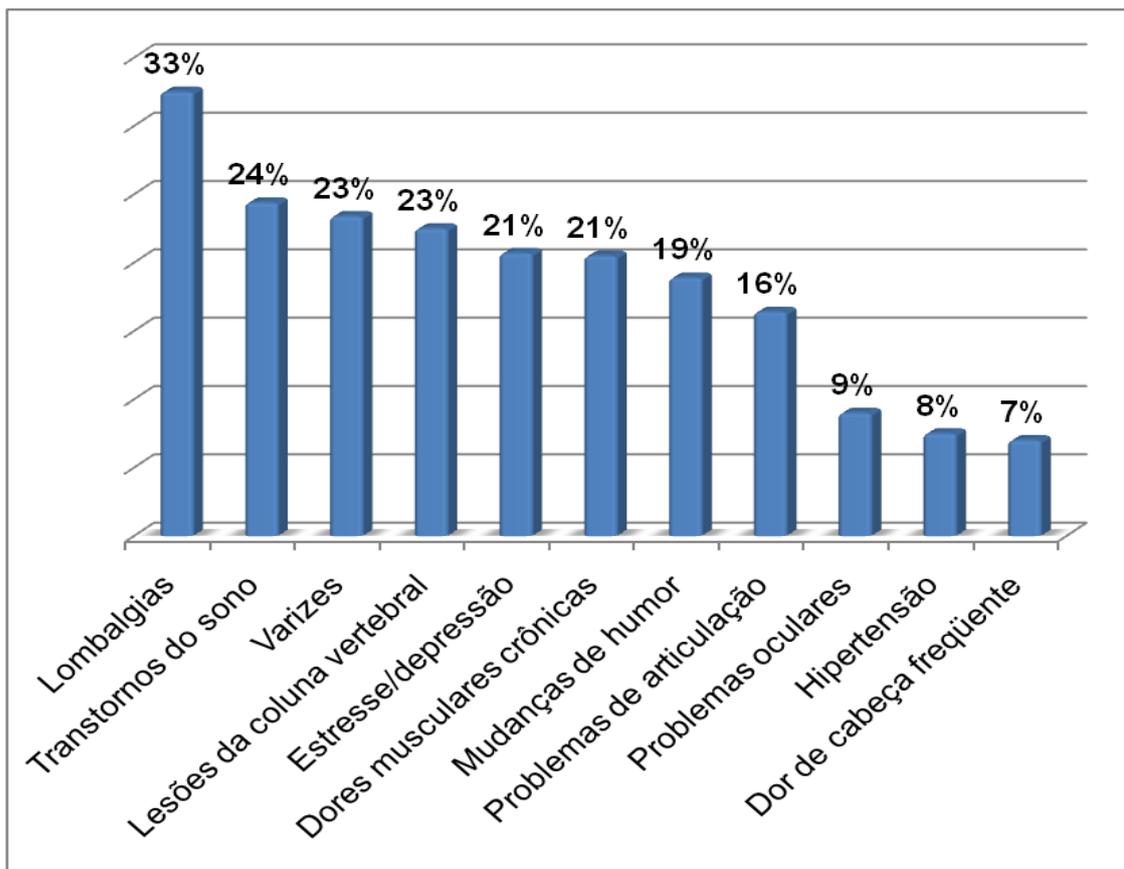


Gráfico 5 - Problemas de saúde percebidos pelos profissionais de enfermagem como “Provocados pelo trabalho” nas unidades intensivas do HU, Rio de Janeiro, 2009.

A **Lombalgia**, terceiro problema de saúde mais presente entre os profissionais de enfermagem intensivistas no HU, torna-se o mais percebido como provocado pelo trabalho (32,5%). **Varizes**, problema mais referido, são considerados “provocados” por 23,4% dos trabalhadores, enquanto que **Transtornos do sono** por 24,4%. Os **problemas oculares**, segundo maior problema entre os trabalhadores, tiveram sua relação com a atividade laboral considerada por uma minoria (9,1%).

Estes dados demonstram que, de forma geral, os profissionais de enfermagem reconhecem os principais problemas de saúde que os acometem como relacionados ao trabalho, ou até provocados por ele. Entretanto, alguns riscos ocupacionais, embora identificados como presentes no ambiente de trabalho podem não estar sendo devidamente reconhecidos como associados aos problemas de saúde existentes pelo profissional que atua na assistência e gerências.

Através do questionário sobre problemas de saúde, atribuindo-se escores iguais a cada doença ou agravo, foi criada uma escala de intensidade dos Problemas de Saúde do Trabalhador (PST). Os problemas foram divididos em relação à quantidade de respostas assinaladas nos questionários. A soma dos problemas foi então dividida em *tercís*, tal como feito com a escala RAT.

Analisando a escala PST (tabela 6), percebemos que aproximadamente um terço dos profissionais de enfermagem das unidades intensivas do HU tinha alto grau de ocorrência de problemas de saúde, relacionados ou não ao trabalho. A maior incidência, entretanto, estava na PST moderada (36,3%).

Tabela 6 - Demonstrativo da avaliação da escala de Problemas de Saúde do Trabalhador (PST) de enfermagem das unidades intensivas do HU, Rio de Janeiro, 2009.

| PST | n | (%) |
|--------------|-------------|--------------|
| Baixa | 43 | 34,7 |
| Moderada | 45 | 36,3 |
| Alta | 36 | 29,0 |
| Total | 124* | 100,0 |

* Foram desconsideradas as respostas em branco

Quando analisamos a escala PST relacionada à categoria profissional (tabela 7), percebemos significativo percentual de Auxiliares de Enfermagem incluídos no alto grau de ocorrência de problemas de saúde (47,2%).

Tabela 7 - Distribuição dos trabalhadores segundo a função em relação à escala PST no HU, Rio de Janeiro, 2009.

| Categoria profissional | Problema de Saúde do Trabalhador | | | | | | | |
|------------------------|----------------------------------|------------|-----------|------------|-----------|-------------|-------------|------------|
| | Baixa | | Moderada | | Alta | | Total | |
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Enfermeiro | 6 | 14,0 | 23 | 51,1 | 11 | 30,6 | 40 | 32,3 |
| Técnico de Enfermagem | 22 | 51,2 | 16 | 35,6 | 8 | 22,2 | 46 | 37,1 |
| Auxiliar de Enfermagem | 15 | 34,9 | 6 | 13,3 | 17 | 47,2 | 38 | 30,6 |
| Total | 43 | 100 | 45 | 100 | 36 | 100 | 124* | 100 |

$p = 0,029$

Analisando a tabela 7 se pode inferir que os Auxiliares de Enfermagem têm maior probabilidade de sofrer algum tipo de problema de saúde, ou seja, a função exercida pode influenciar em relação à ocorrência de problemas de saúde. Tal associação mostra-se estatisticamente significativa, pois $p < 0,05$.

Magnago (2008) estudou distúrbios musculoesqueléticos entre trabalhadores de enfermagem e identificou maior incidência desses problemas nos auxiliares de enfermagem.

O estudo de Costa, Vieira e Sena (2009) também evidenciou que a maioria dos afastamentos entre profissionais de enfermagem de um hospital público ocorreu entre auxiliares de enfermagem, do sexo feminino.

Os trabalhadores que atuam em hospitais, especialmente aqueles que se ocupam da assistência direta, estão mais expostos ao desgaste e adoecimento. Isto ocorre em razão do contato com portadores de doenças infecciosas, da necessidade da movimentação de pacientes e equipamentos pesados, do desgaste físico decorrente do ritmo, da organização e divisão do trabalho, do convívio com a dor e a morte, entre outros (SÊCCO et al., 2008).

Tabela 8 - Distribuição dos trabalhadores segundo o sexo e idade em relação à escala PST no HU, Rio de Janeiro, 2009.

| Problema de Saúde do Trabalhador | | | | | | | | | |
|---|--------------|-------------|-----------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------|--|
| Sexo | Baixa | | Moderada | | Alta | | Total | | |
| | n | f(%) | n | f(%) | n | f(%) | n | f(%) | |
| Feminino | 27 | 62,8 | 39 | 86,7 | 30 | 83,3 | 96 | 77,4 | |
| Masculino | 16 | 37,2 | 6 | 13,3 | 6 | 16,7 | 28 | 22,6 | |
| Total | 43 | 100 | 45 | 100 | 36 | 100 | 124* | 100 | |
| Idade (em anos) | | | | | | | | | |
| 20-29 | 3 | 7,0 | 4 | 8,9 | 4 | 11,1 | 11 | 8,9 | |
| 30-39 | 5 | 11,6 | 8 | 17,8 | 4 | 11,1 | 17 | 13,7 | |
| 40-49 | 23 | 53,5 | 21 | 46,7 | 17 | 47,2 | 61 | 49,2 | |
| 50e+ | 12 | 27,9 | 12 | 26,7 | 11 | 30,6 | 35 | 28,2 | |
| Total | 43 | 100 | 45 | 100 | 36 | 100 | 124* | 100 | |

* Foram desconsideradas as respostas em branco
 $p = 0,017$ (sexo); $p = 0,953$ (idade)

Em relação ao sexo, há significância estatística ($p < 0,05$) entre alta PST e as profissionais de enfermagem. Existe uma maior probabilidade para o sexo feminino apresentar valores altos na escala de problemas de saúde. Ou seja, há diferenças significativas entre homens e mulheres, com alta probabilidade (83,3%) das mulheres apresentarem algum tipo de problema de saúde.

Embora cientificamente comprovada à maior incidência de problemas de saúde nos mais idosos, neste estudo não se pode descartar a possibilidade de tal associação ter se dado ao acaso ($p > 0,05$).

Verifica-se que a faixa etária parece ser um fator de associação em relação aos problemas de saúde, porém não foi possível aplicar o teste Qui-Quadrado, em razão de 33% das células apresentarem menos que cinco observações, condição que invalida o teste.

Da mesma forma que o ocorrido na associação idade e PST, em relação ao **número de vínculos** (tabela 9) não podemos afirmar, neste estudo, que há significância estatística ($p > 0,05$).

Entretanto, notamos uma alta incidência de problemas de saúde em profissionais com mais de um vínculo empregatício (cerca de 60%), levando-se a

inferir que existe uma relação entre quem tem mais um vínculo e o alto risco de apresentar problemas de saúde.

Tabela 9 - Distribuição dos trabalhadores segundo o número de vínculos empregatícios em relação à escala PST no HU, Rio de Janeiro, 2009.

| Nº de vínculos | Problema de Saúde do Trabalhador | | | | | | | |
|----------------|----------------------------------|------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-------------|--------------|
| | Baixa | | Moderada | | Alta | | Total | |
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| 1 | 24 | 55,8 | 15 | 33,3 | 15 | 41,7 | 54 | 43,5 |
| 2 | 18 | 41,9 | 29 | 64,4 | 19 | 52,8 | 66 | 53,2 |
| 3 | - | - | 1 | 2,2 | 2 | 5,6 | 3 | 2,4 |
| 5 | 1 | 2,3 | - | - | - | - | 1 | 0,8 |
| Total | 43 | 100 | 45 | 100,0 | 36 | 100,0 | 124* | 100,0 |

* Foram desconsideradas as respostas em branco
 $p = 0,168$

No estudo de Costa, Vieira e Sena (2009) comprovou-se que funcionários com duplo ou tríplice vínculo empregatício se afastaram mais do trabalho.

Devido à sobrecarga de trabalho e ao sofrimento psíquico, os trabalhadores da enfermagem possuem maior risco de apresentar doenças como hipertensão arterial, diabetes mellitus, distúrbios ortopédicos, neurológicos e psicológicos entre outros. Todos esses fatores são acompanhados de dificuldades socioeconômicas, uma vez que esses profissionais recebem baixos salários, obrigando-os a adotar dupla jornada de trabalho para conseguir sustentar a família e ter vida digna (GIOMO et al., 2009).

O aumento da jornada de trabalho através de múltiplos empregos vem sendo a solução encontrada por alguns trabalhadores para enfrentar esta realidade, mesmo que seja uma saída sacrificante e que traz prejuízos para a vida pessoal e coletiva (VERAS, 2003).

Tabela 10 - Distribuição dos trabalhadores segundo o tipo de jornada em relação à escala PST no HU, Rio de Janeiro, 2009.

| Problema de Saúde do Trabalhador | | | | | | | | |
|----------------------------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|-------------|-------------|------------|
| Tipo de jornada | Baixa | | Moderada | | Alta | | Total | |
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Diário | 5 | 11,9 | 3 | 6,7 | 3 | 8,3 | 11 | 8,9 |
| Plantão diurno | 23 | 54,8 | 24 | 53,3 | 17 | 47,2 | 64 | 52,0 |
| Plantão noturno | 14 | 33,3 | 18 | 40,0 | 16 | 44,4 | 48 | 39,0 |
| Total | 42 | 100 | 45 | 100 | 36 | 100 | 123* | 100 |

* Foram desconsideradas as respostas em branco
 $p = 0,817$

No estudo, plantonistas diurnos e noturnos têm frequências semelhantes. Se considerarmos todos que trabalham durante o horário diurno, diariamente ou como plantonista, notaremos predomínio (55,5%) de PST Alta nesses profissionais.

Não há diferenças estatisticamente significativas entre o horário de trabalho (diarista e plantonista diurno) e o alto PST ($p > 0,05$), pois nas tabelas existem muitas células com menos de cinco observações. Não podemos, portanto, afirmar que esta relação não se deu ao acaso.

Entretanto, pode-se fazer inferências a respeito da relação entre o tipo de jornada e o alto risco de apresentar problemas de saúde.

Nas unidades pesquisadas a razão para a PST Alta entre profissionais de o horário diurno pode estar relacionada ao volume de atividades desempenhadas, diferentemente do horário noturno.

Entretanto, sabe-se que trabalhadores do período noturno estão mais expostos a agravos relacionados à privação do sono, ruído, maus hábitos alimentares e principalmente estresse. Além disso, Torres e Pinho destacam que, em relação à qualidade do sono entre trabalhadores de enfermagem, observa-se que episódios de sono diurno após as noites de trabalho são ruins quando comparados ao sono noturno (TORRES; PINHO, 2006).

Estudos posteriores sobre esta temática ajudariam a elucidar estas diferenças em relação a problemas de saúde entre os trabalhadores nestas unidades.

3.4 Associações entre fatores de risco e problemas de saúde

Utilizando a mesma técnica de análise estatística, considerando os fatores de riscos percebidos por grupos (tipos), foram realizadas associações entre os problemas de saúde mais frequentes entre os profissionais de enfermagem das unidades intensivas e os riscos ocupacionais.

Para tanto, foram criadas escalas RAT para cada grupo de fatores de riscos, originando as escalas RAT-AC (Risco de Acidentes); RAT-BIO (Risco Biológico); RAT-ERG (Risco Ergonômico); RAT-FIS (Risco Físico) e RAT-QUI (Risco Químico), verificando-se através do teste de *Qui-Quadrado de Pearson* a significância estatística de cada associação com os problemas de saúde, sendo adotado o nível de 5%.

3.4.1 Associação risco de acidentes e problemas de saúde

Os problemas de saúde **Lombalgia, Lesões da Coluna; Problemas articulares; Dores Musculares e Lesões por Acidentes** foram associados ao Risco de Acidentes no Ambiente de Trabalho.

Tabela 11 - Distribuição dos trabalhadores segundo Risco de Acidentes no Ambiente de Trabalho (RAT-AC) em relação a problemas de saúde no HU, Rio de Janeiro, 2009 (continua)

| Risco de Acidentes no Ambiente de Trabalho (RAT-AC) | | | | | | | | |
|---|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|
| Lombalgia | Baixo | | Médio | | Alto | | Total | |
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Sim | 18 | 43,9 | 22 | 55,0 | 25 | 64,1 | 65 | 52,0 |
| Não | 23 | 56,1 | 18 | 45,0 | 14 | 35,9 | 55 | 44,0 |
| Não respondeu | - | - | - | - | - | - | 5 | 4,0 |
| Total | 41 | 100,0 | 40 | 100,0 | 39 | 100,0 | 125 | 100,0 |

$p=0,192$

Tabela 11 - Distribuição dos trabalhadores segundo Risco de Acidentes no Ambiente de Trabalho (RAT-AC) em relação a problemas de saúde no HU, Rio de Janeiro, 2009 (conclusão)

| Risco de Acidentes no Ambiente de Trabalho (RAT-AC) | | | | | | | | |
|---|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|
| | Baixo | | Médio | | Alto | | Total | |
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Lesões da coluna | | | | | | | | |
| Sim | 16 | 38,1 | 13 | 33,3 | 17 | 43,6 | 46 | 36,8 |
| Não | 26 | 61,9 | 26 | 66,7 | 22 | 56,4 | 74 | 59,2 |
| Não respondeu | - | - | - | - | - | - | 5 | 4,0 |
| Total | 42 | 100,0 | 39 | 100,0 | 39 | 100,0 | 125 | 100,0 |
| <i>p= 0,647</i> | | | | | | | | |
| Problemas articulares | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Sim | 14 | 32,6 | 15 | 38,5 | 16 | 40,0 | 45 | 36,0 |
| Não | 29 | 67,4 | 24 | 61,5 | 24 | 60,0 | 77 | 61,6 |
| Não respondeu | - | - | - | - | - | - | 3 | 2,4 |
| Total | 43 | 100,0 | 39 | 100,0 | 40 | 100,0 | 125 | 100,0 |
| <i>p= 0,758</i> | | | | | | | | |
| Dores Musculares Crônicas | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Sim | 10 | 23,8 | 16 | 40,0 | 14 | 35,0 | 40 | 32,0 |
| Não | 32 | 76,2 | 24 | 60,0 | 26 | 65,0 | 82 | 65,6 |
| Não respondeu | - | - | - | - | - | - | 3 | 2,4 |
| Total | 42 | 100 | 40 | 100,0 | 40 | 100,0 | 125 | 100,0 |
| <i>p= 0,277</i> | | | | | | | | |
| Lesões por Acidentes | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Sim | 2 | 4,7 | 7 | 17,9 | 10 | 26,3 | 19 | 15,2 |
| Não | 41 | 95,3 | 32 | 82,1 | 28 | 73,7 | 101 | 80,8 |
| Não respondeu | - | - | - | - | - | - | 5 | 4,0 |
| Total | 43 | 100,0 | 39 | 100,0 | 38 | 100,0 | 125 | 100,0 |
| <i>p= 0,026</i> | | | | | | | | |

Em algumas doenças como a **lombalgia**, a probabilidade de estar doente é alta (64,1%) para os trabalhadores expostos ao alto risco de acidentes. Lesões na coluna, problemas articulares e dores musculares crônicas apresentam respectivamente 43,6%; 40% e 35% de alta probabilidade de ocorrerem. Contudo, não podemos dizer que a associação neste caso não se deveu ao acaso, em razão do $p > 0,05$. Somente a relação entre o risco de acidentes e lesões por acidentes foi significativa ($p < 0,05$), onde quem apresentou a escala de risco alta, tem probabilidade de 26,3% de estar com lesões por acidentes. Se considerarmos as respostas dos trabalhadores sobre relação com o trabalho (provocado/agravado), as lesões por acidente foram consideradas “provocadas pelo trabalho” por 8,3% dos trabalhadores.

Investigando determinadas características da ocorrência de acidente do trabalho relacionado com a coluna vertebral em trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário, Parada, Alexandre e Benatti (2002) identificaram como causas mais frequentes na ocorrência dos acidentes a movimentação, levantamento ou transferência de peso excessivo, devido às pacientes obesos e/ou dependentes, materiais e equipamentos. O agente causador de acidentes mais citado foi piso escorregadio.

Trabalhadores de enfermagem submetem-se aos variados fatores de risco ocupacional, sofrem acidentes de trabalho e adoecem e, na maior parte das vezes, não atribuem estes problemas às questões decorrentes de sua atividade laboral (ROBAZZI; MARZIALE apud GIOMO et al., 2009).

O ambiente de trabalho hospitalar provoca dano à integridade dos trabalhadores de enfermagem, na medida em que se perfuram, caem, escorregam, adoecem e apresentam dores relacionadas ao tipo de acidente ocorrido neste ambiente em que atua ininterruptamente (GIOMO et al., 2009).

3.4.2 Associação risco biológico e problemas de saúde

Para os problemas de saúde testados (Doenças do Fígado; Doenças de Pele e Doenças Infecciosas), em relação ao Risco Biológico não se pode inferir resultados de associação significativa, em razão do $p > 0,05$ nos três casos. Isto se deve ao fato da ocorrência desses problemas de saúde ter sido pequena entre os profissionais.

Tabela 12 - Distribuição dos trabalhadores segundo Risco Biológico no Ambiente de Trabalho (RAT-BIO) em relação a problemas de saúde no HU, Rio de Janeiro, 2009

| Risco de Acidentes no Ambiente de Trabalho (RAT-AC) | | | | | | | | |
|---|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|
| Doenças | Baixo | | Médio | | Alto | | Total | |
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Doenças do Fígado | | | | | | | | |
| Sim | - | - | 2 | 4,3 | 4 | 11,4 | 6 | 4,8 |
| Não | 42 | 100,0 | 45 | 95,7 | 31 | 88,6 | 118 | 94,4 |
| Não respondeu | - | - | - | - | - | - | 1 | 0,8 |
| Total | 42 | 100,0 | 47 | 100,0 | 35 | 100,0 | 125 | 100,0 |
| <i>p=0,065</i> | | | | | | | | |
| Doenças De Pele | | | | | | | | |
| Sim | 4 | 9,5 | 8 | 17,4 | 7 | 20,0 | 19 | 15,2 |
| Não | 38 | 90,5 | 38 | 82,6 | 28 | 80,0 | 104 | 83,2 |
| Não respondeu | - | - | - | - | - | - | 2 | 1,6 |
| Total | 42 | 100,0 | 46 | 100,0 | 35 | 100,0 | 125 | 100,0 |
| <i>p=0,403</i> | | | | | | | | |
| Doenças Infecciosas | | | | | | | | |
| Sim | 2 | 5,0 | 4 | 8,7 | 1 | 3,0 | 7 | 5,6 |
| Não | 38 | 95,0 | 42 | 91,3 | 32 | 97,0 | 112 | 89,6 |
| Não respondeu | - | - | - | - | - | - | 6 | 4,8 |
| Total | 40 | 100,0 | 46 | 100,0 | 33 | 100,0 | 125 | 100,0 |
| <i>p=0,549</i> | | | | | | | | |

No desempenho de suas atividades laborais, o pessoal de enfermagem é exposto a risco biológico principalmente no manuseio de materiais perfuro cortantes, como nas tarefas de realizar punção venosa e administração de medicamentos (NISHIDE; BENATTI; ALEXANDRE, 2004; SÊCCO et al., 2008).

Na prática, nem todos os profissionais de enfermagem que atuam em ambientes semicríticos ou críticos, como as UTIs, adotam as medidas de biossegurança necessárias à sua proteção durante a assistência que realizam o que pode ocasionar agravos à sua saúde e à do cliente sob seus cuidados (CORREA; DONATO, 2007).

3.4.3 Associação risco ergonômico e problemas de saúde

Os problemas de saúde, **Varizes** (24,2%), **Lombalgia** (21,7%), **Estresse/depressão** (19,0%), **Dor de cabeça** (17,1%), **Lesões na coluna** (15,8%), **Dor muscular crônica** (14,8%) e **Problemas articulares** (13,9%) tiveram associação significativa em relação à escala de alto risco ergonômico ($p < 0,05$), como demonstrado na tabela 13. Isto significa que os trabalhadores expostos a altos riscos ergonômicos têm maior probabilidade de adquirir estes problemas de saúde.

Vale lembrar que estes problemas de saúde relacionados foram à maioria dos “provocados pelo trabalho”, na percepção do profissional de enfermagem das unidades intensivas.

Tabela 13 - Distribuição dos trabalhadores segundo risco ergonômico em relação aos problemas de saúde mais frequentes no HU, Rio de Janeiro, 2009.

(continua)

| | | Mudança Humor | | | | Álcool/Drogas | | | | |
|------------|-------|-----------------|------|-----|-----------------|----------------------|-----------------|-----|-------------|--|
| | | Não | | Sim | | Não | | Sim | | |
| | | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | |
| RAT | Baixo | 32 | 26,2 | 9 | 7,4 | 40 | 33,3 | - | - | |
| ERG | Médio | 27 | 22,1 | 15 | 12,3 | 37 | 30,8 | 3 | 2,5 | |
| | Alto | 23 | 18,9 | 16 | 13,1 | 39 | 32,5 | 1 | 0,8 | |
| | | | | | $p = 0,17$ | | $p = 0,164$ (a) | | | |
| | | Dor de Cabeça | | | | Perda Auditiva | | | | |
| | | Não | | Sim | | Não | | Sim | | |
| | | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | |
| RAT | Baixo | 31 | 25,2 | 10 | 8,1 | 36 | 29,8 | 3 | 2,5 | |
| ERG | Médio | 26 | 21,1 | 16 | 13,0 | 38 | 31,4 | 4 | 3,3 | |
| | Alto | 19 | 15,4 | 21 | 17,1 | 35 | 28,9 | 5 | 4,1 | |
| | | | | | $p = 0,034$ (*) | | $p = 0,770$ (a) | | | |
| | | Probl. Oculares | | | | Doença Coração | | | | |
| | | Não | | Sim | | Não | | Sim | | |
| | | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | |
| RAT | Baixo | 19 | 15,7 | 21 | 17,4 | 40 | 32,3 | 1 | 0,8 | |
| ERG | Médio | 17 | 14,0 | 25 | 20,7 | 39 | 31,5 | 4 | 3,2 | |
| | Alto | 16 | 13,2 | 23 | 19,0 | 37 | 29,8 | 3 | 2,4 | |
| | | | | | $p = 0,778$ | | $p = 0,418$ (a) | | | |
| | | Lesões Coluna | | | | Lombalgia | | | | |
| | | Não | | Sim | | Não | | Sim | | |
| | | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | |
| RAT | Baixo | 30 | 25,0 | 8 | 6,7 | 25 | 20,8 | 15 | 12,5 | |
| ERG | Médio | 23 | 19,2 | 19 | 15,8 | 17 | 14,2 | 24 | 20,0 | |
| | Alto | 21 | 17,5 | 19 | 15,8 | 13 | 10,8 | 26 | 21,7 | |
| | | | | | $p = 0,029$ (*) | | $p = 0,027$ (*) | | | |
| | | Hipertensão | | | | Dores Musc. Crônicas | | | | |
| | | Não | | Sim | | Não | | Sim | | |
| | | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | |
| RAT | Baixo | 30 | 25,0 | 8 | 6,7 | 35 | 28,7 | 6 | 4,9 | |
| ERG | Médio | 32 | 26,7 | 11 | 9,2 | 25 | 20,5 | 16 | 13,1 | |
| | Alto | 28 | 23,3 | 11 | 9,2 | 22 | 18,0 | 18 | 14,8 | |
| | | | | | $p = 0,764$ | | $p = 0,008$ (*) | | | |

Não foram consideradas as respostas em branco.

Resultados calculados para linhas e colunas não nulas.

(*) A estatística qui-quadrado (p) é significativa ao nível 0.05.

(a) Mais que 20% das células nesta sub tabela apresentam contagens menores que 5 (Qui-quadrado pode estar não válido).

Tabela 13 - Distribuição dos trabalhadores segundo risco ergonômico em relação aos problemas de saúde mais frequentes no HU, Rio de Janeiro, 2009.

(conclusão)

| | | Varizes | | | | Doenças Pele | | | |
|------------|-------|---------------------|------|-----|-------------|----------------------|------|-----|-------------|
| | | Não | | Sim | | Não | | Sim | |
| | | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| RAT | Baixo | 23 | 18,5 | 18 | 14,5 | 40 | 32,5 | 1 | 0,8 |
| ERG | Médio | 16 | 12,9 | 27 | 21,8 | 36 | 29,3 | 6 | 4,9 |
| | Alto | 10 | 8,1 | 30 | 24,2 | 28 | 22,8 | 12 | 9,8 |
| | | $p = 0,015 (*)$ | | | | $p = 0,003 (*)$ | | | |
| | | Doenças Renais | | | | Probl. Respiratórios | | | |
| | | Não | | Sim | | Não | | Sim | |
| | | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| RAT | Baixo | 38 | 31,7 | - | - | 37 | 30,1 | 3 | 2,4 |
| ERG | Médio | 42 | 35,0 | 1 | 0,8 | 33 | 26,8 | 10 | 8,1 |
| | Alto | 35 | 29,2 | 4 | 3,3 | 29 | 23,6 | 11 | 8,9 |
| | | $p = 0,060 (a)$ | | | | $p = 0,058$ | | | |
| | | Não | | Sim | | Não | | Sim | |
| | | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| RAT | Baixo | 35 | 28,2 | 6 | 4,8 | 33 | 27,0 | 8 | 6,6 |
| ERG | Médio | 33 | 26,6 | 10 | 8,1 | 21 | 17,2 | 20 | 16,4 |
| | Alto | 27 | 21,8 | 13 | 10,5 | 23 | 18,9 | 17 | 13,9 |
| | | $p = 0,065$ | | | | $p = 0,015 (*)$ | | | |
| | | Transtornos do Sono | | | | Estresse/Depressão | | | |
| | | Não | | Sim | | Não | | Sim | |
| | | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| RAT | Baixo | 25 | 21,0 | 14 | 11,8 | 32 | 26,4 | 9 | 7,4 |
| ERG | Médio | 26 | 21,8 | 15 | 12,6 | 20 | 16,5 | 20 | 16,5 |
| | Alto | 17 | 14,3 | 22 | 18,5 | 17 | 14,0 | 23 | 19,0 |
| | | $p = 0,113$ | | | | $p = 0,003 (*)$ | | | |

Não foram consideradas as respostas em branco.

Resultados calculados para linhas e colunas não nulas.

(*) A estatística qui-quadrado (p) é significativa ao nível 0.05.

(a) Mais que 20% das células nesta sub tabela apresentam contagens menores que 5 (Qui-quadrado pode estar não válido).

Profissionais de enfermagem estão entre os profissionais com as mais elevadas taxas de incidência de lombalgias. Flexão, torção, levantamento de cargas pesadas e movimentos bruscos foram relacionados em estudo de Vieira et al. (2006) a problemas na região lombar.

Analisando diversos estudos, Magnago et al. (2007) mostrou não só uma elevada ocorrência de distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem, mas também sua relação com fatores de risco ambientais e ergonômicos inadequados, como a movimentação e o transporte de pacientes; a postura corporal inadequada; o déficit de pessoal e os equipamentos inadequados e sem manutenção.

Dentre os trabalhadores de unidades de terapia intensiva, as queixas mais importantes variam entre as de ordem emocional e as relacionadas a distúrbios osteoarticulares. Sintomas como angústia, ansiedade, cansaço mental, irritabilidade, desânimo e depressão dividem lugar com lesões da coluna vertebral, como a dor lombar e a diminuição da força muscular (BECK et al., 2006).

A associação de aspectos psicossociais e os problemas osteomusculares ainda não estão totalmente esclarecidos. Entretanto, estudos indicam que trabalhadores submetidos a altos níveis de exigências psicológicas no trabalho e com poder de decisão têm um aumento do limiar da dor, enquanto pessoas com pequenas possibilidades de decisão no trabalho apresentam menor limiar. Assim, pode-se inferir que sob altos níveis de exigência psicológica há uma maior mobilização de energia, como supressão da sensibilidade dolorosa, o que poderia ocasionar maior risco de desenvolver, em longo prazo, alterações nos tecidos músculoesquelético, uma vez que dor, como sinal de alerta, está ausente. Por outro lado, o pouco poder de decisão contribui para o desenvolvimento da depressão, o que explicaria o baixo limiar, tornando os indivíduos mais sensíveis à dor (BRASIL, 2001b).

Os achados neste estudo, em relação à influência dos fatores de risco ergonômico no aparecimento de problemas de saúde de acordo com várias outras pesquisas na área de saúde do trabalhador, já citadas nesta dissertação.

3.4.4 Associação risco físico e problemas de saúde

Os problemas de saúde **Estresse/depressão** (59,0%), **Problemas digestivos** (36,6%) e **Problemas do sistema nervoso** (31,6%) tiveram associações significativas em relação à escala de alto risco físico ($p < 0,05$). Ou seja, os

trabalhadores expostos a altos riscos físicos têm maior probabilidade de adquirir estes problemas de saúde.

Tabela 14 - Distribuição dos trabalhadores segundo risco físico em relação aos problemas de saúde relacionados no HU, Rio de Janeiro, 2009

| | | Varizes | | | | Prob. Digestivos | | | |
|------------|-------|--------------------|------|-----|-------------|---------------------|-------|-----|-------------|
| | | Não | | Sim | | Não | | Sim | |
| | | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| RAT | Baixo | 20 | 40,8 | 29 | 59,2 | 42 | 85,7 | 7 | 14,3 |
| FIS | Médio | 16 | 47,1 | 18 | 52,9 | 27 | 79,4 | 7 | 20,6 |
| | Alto | 13 | 31,7 | 28 | 68,3 | 26 | 63,4 | 15 | 36,6 |
| | | $p = 0,389$ | | | | $p = 0,041 (*)$ | | | |
| | | Transt. Sono | | | | Mudança Humor | | | |
| | | Não | | Sim | | Não | | Sim | |
| | | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| RAT | Baixo | 29 | 60,4 | 19 | 39,6 | 32 | 65,3 | 17 | 34,7 |
| FIS | Médio | 21 | 63,6 | 12 | 36,4 | 27 | 79,4 | 7 | 20,6 |
| | Alto | 18 | 47,4 | 20 | 52,6 | 23 | 59,0 | 16 | 41,0 |
| | | $p = 0,323$ | | | | $p = 0,167$ | | | |
| | | Estresse/Depressão | | | | Prob. Sist. Nervoso | | | |
| | | Não | | Sim | | Não | | Sim | |
| | | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| RAT | Baixo | 33 | 68,8 | 15 | 31,3 | 41 | 85,4 | 7 | 14,6 |
| FIS | Médio | 20 | 58,8 | 14 | 41,2 | 32 | 94,1 | 2 | 5,9 |
| | Alto | 16 | 41,0 | 23 | 59,0 | 26 | 68,4 | 12 | 31,6 |
| | | $p = 0,033 (*)$ | | | | $p = 0,013 (*)$ | | | |
| | | Perda Auditiva | | | | Câncer | | | |
| | | Não | | Sim | | Não | | Sim | |
| | | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| RAT | Baixo | 42 | 89,4 | 5 | 10,6 | 49 | 100,0 | - | - |
| FIS | Médio | 33 | 97,1 | 1 | 2,9 | 34 | 100,0 | - | - |
| | Alto | 34 | 85,0 | 6 | 15,0 | 39 | 95,1 | 2 | 4,9 |
| | | $p = 0,219 (a)$ | | | | $p = 0,128 (a,b)$ | | | |
| | | Dor de Cabeça | | | | Hipertensão | | | |
| | | Não | | Sim | | Não | | Sim | |
| | | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| RAT | Baixo | 35 | 72,9 | 13 | 27,1 | 36 | 75,0 | 12 | 25,0 |
| FIS | Médio | 20 | 58,8 | 14 | 41,2 | 28 | 84,8 | 5 | 15,2 |
| | Alto | 21 | 51,2 | 20 | 48,8 | 26 | 66,7 | 13 | 33,3 |
| | | $p = 0,101$ | | | | $p = 0,207$ | | | |

Resultados calculados para linhas e colunas não nulas.

(*) A estatística qui-quadrado (p) é significativa ao nível 0.05.

(a) Mais que 20% das células nesta sub-tabela apresentam contagens menores que 5 (Qui-quadrado pode estar não válido).

(b) A contagem esperada nesta sub-tabela é menor que 1 (Qui-quadrado pode estar não válido).

As condições ambientais desfavoráveis, como excesso de calor, ruídos, vibrações e iluminação insuficiente geram tensões no trabalho e causam desconforto, aumentando o risco de acidentes e provocando danos a saúde do trabalhador (IIDA, 2205).

O desgaste do trabalhador de unidades intensivas deve-se à precariedade das suas condições de trabalho e ao ambiente da terapia intensiva, visto como ruidoso, pelo excesso de pessoas que transitam em um espaço exíguo e alarmes sonoros que disparam a todo instante (SANTOS; OLIVEIRA; MOREIRA, 2006).

Alguns sintomas como náuseas, vômitos, diarreia e cólicas abdominais podem estar relacionados à exposição à radiação ionizante, ocorrendo geralmente nas primeiras semanas após exposição e cedendo espontaneamente com o passar do tempo. Cerca de um ano após a exposição podem aparecer distúrbios de motilidade, má absorção e obstrução intestinal, entre outros (BRASIL, 2001b).

Além disso, a adaptação ao trabalho em turnos também propicia o aparecimento de perturbações gastrointestinais, como úlceras pépticas e duodenais, gastroduodenites, anorexia e constipação intestinal (PITTA, 2003; BARBOZA; SOLER, 2003).

A prevenção de doenças do sistema nervoso relacionadas ao trabalho utiliza conhecimentos de várias disciplinas, valorizando a percepção dos trabalhadores sobre seu trabalho e sua saúde, considerando as normas técnicas e os regulamentos vigentes. A vulnerabilidade do sistema nervoso aos efeitos da exposição ocupacional e ambiental a agentes físicos decorrentes da organização do trabalho tem ficado cada vez mais evidente, traduzindo-se em episódios isolados ou epidêmicos de doença nos trabalhadores (BRASIL, 2001b).

3.4.5 Associação risco químico e problemas de saúde

Quanto à escala RAT QUI, nenhum dos problemas de saúde testados pode ser estatisticamente associado à escala de risco químico, uma vez que o teste Qui-Quadrado para estes não foram significativos ($p > 0,05$).

Desta forma, os riscos químicos, presentes nas unidades intensivas, para cerca de um terço dos profissionais de enfermagem, não podem ser relacionados a nenhum dos problemas de saúde mais frequentes.

3.4.6 Afastamentos, mudança e transferência do trabalho por motivos de saúde e todas as escalas de risco

Os itens **Mudança/transferência** do trabalho e **Afastamentos frequentes** por motivo de saúde, que constam do instrumento da pesquisa na parte “Problemas de saúde dos profissionais” foram relacionados a todas as escalas RAT criadas.

Tabela 15 - Distribuição dos trabalhadores segundo todos os riscos em relação a afastamento e mudança do trabalho por motivos de saúde nas unidades intensivas do HU, Rio de Janeiro, 2009.

(continua)

| Escalas de Riscos | | Mudança/transferência do trabalho por motivo de saúde | | | | Afastamentos frequentes por motivo de saúde | | | |
|-------------------|-------|---|-------|-----|-----|---|------|-----|------|
| | | Não | | Sim | | Não | | Sim | |
| | | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| RAT-AC | Baixo | 41 | 95,3 | 2 | 4,7 | 39 | 90,7 | 4 | 9,3 |
| | Médio | 38 | 95,0 | 2 | 5,0 | 33 | 82,5 | 7 | 17,5 |
| | Alto | 38 | 95,0 | 2 | 5,0 | 33 | 82,5 | 7 | 17,5 |
| RAT-FIS | Baixo | 45 | 91,8 | 4 | 8,2 | 42 | 85,7 | 7 | 14,3 |
| | Médio | 34 | 100,0 | - | - | 29 | 85,3 | 5 | 14,7 |
| | Alto | 38 | 95,0 | 2 | 5,0 | 34 | 85,0 | 6 | 15,0 |
| RAT-BIO | Baixo | 41 | 97,6 | 1 | 2,4 | 39 | 92,9 | 3 | 7,1 |
| | Médio | 42 | 91,3 | 4 | 8,7 | 38 | 82,6 | 8 | 17,4 |
| | Alto | 34 | 97,1 | 1 | 2,9 | 28 | 80,0 | 7 | 20,0 |
| RAT-QUI | Baixo | 59 | 96,7 | 2 | 3,3 | 52 | 85,2 | 9 | 14,8 |
| | Médio | 20 | 95,2 | 1 | 4,8 | 19 | 90,5 | 2 | 9,5 |
| | Alto | 38 | 92,7 | 3 | 7,3 | 34 | 82,9 | 7 | 17,1 |

Resultados calculados para linhas e colunas não nulas

(*) A estatística qui-quadrado (p) é significativa ao nível 0,05.

(a). Mais que 20% das células nesta sub-tabela apresentam contagens menores que 5 (Qui-quadrado pode estar não válido).

Tabela 15 - Distribuição dos trabalhadores segundo todos os riscos em relação a afastamento e mudança do trabalho por motivos de saúde nas unidades intensivas do HU, Rio de Janeiro, 2009.

| | | (conclusão) | | | | | | | |
|---------|-------|-------------|------|---|-----|----|------|----|-------------|
| | Baixo | 40 | 97,6 | 1 | 2,4 | 36 | 87,8 | 5 | 12,2 |
| RAT-ERG | Médio | 40 | 95,2 | 2 | 4,8 | 40 | 95,2 | 2 | 4,8 |
| | Alto | 37 | 92,5 | 3 | 7,5 | 29 | 72,5 | 11 | 27,5 |

| Teste Qui-Quadrado (Significância) | | |
|------------------------------------|----------------------|-----------------|
| | Mud/Transf. Trabalho | Afast. Freq. |
| RAT-AC | 0,996(a) | 0,471 |
| RAT-FIS | 0,236(a) | 0,995 |
| RAT-ERG | 0,571(a) | 0,012(*) |
| RAT-BIO | 0,314(a) | 0,226 |
| RAT-QUI | 0,650(a) | 0,728 |

Resultados calculados para linhas e colunas não nulas

(*) A estatística qui-quadrado (p) é significativa ao nível 0,05.

(a). Mais que 20% das células nesta sub-tabela apresentam contagens menores que 5 (Qui-quadrado pode estar não válido).

Estas associações não foram estatisticamente significativas, em razão do pequeno índice de respostas, não sendo possível efetuar inferências acerca da relação entre os riscos e os problemas relacionados ao afastamento e mudança entre os trabalhadores do HU.

Vale lembrar que, respeitando os critérios de exclusão de sujeitos estabelecidos, os trabalhadores afastados por motivos variados (licenças médicas, inclusive) não participaram da pesquisa.

Entretanto, 15% dos profissionais de enfermagem das unidades intensivas que participaram da pesquisa, indicaram afastamentos frequentes por motivo de saúde (13% relacionados ao trabalho), sinalizando que mesmo entre os que estavam trabalhando na ocasião da coleta de dados há uma parcela significativa com histórico de ausências dessa natureza.

4 CONCLUSÕES

Esta dissertação de mestrado, cujo foco principal é as condições de trabalho de enfermagem em unidades intensivas, faz parte de um projeto mais amplo, o INGECTH-SUS. Trabalhos anteriores, também inseridos no projeto matriz, foram realizados no mesmo hospital, entretanto em unidades abertas.

Seguindo uma metodologia inovadora de gestão de condições de trabalho, com a participação direta dos principais envolvidos, os trabalhadores, o estudo teve como finalidade principal a identificação de fatores de risco a que estão expostos os profissionais de enfermagem de unidades intensivas em um hospital universitário no município do Rio de Janeiro.

Através da utilização do instrumento adaptado pela orientadora, foram identificados também os problemas de saúde e agravos que acometem estes trabalhadores.

Estabelecendo-se como problema de pesquisa a associação entre problemas de saúde e riscos ocupacionais, foi traçado como objetivo geral estudar estes problemas e sua associação com o trabalho, a partir da percepção do trabalhador das unidades intensivas.

Através de objetivos específicos traçados e alcançados, foram identificadas as características profissionais dos trabalhadores de enfermagem das unidades intensivas; descritos os fatores de risco do ambiente de trabalho percebidos pelos trabalhadores; levantados os problemas de saúde percebidos e sua relação com o trabalho e analisadas as associações entre problemas de saúde mais incidentes e os tipos de risco percebidos.

De forma bastante abrangente, participaram trabalhadores de enfermagem de todas as categorias nas unidades intensivas estudadas, com predominância de profissionais de nível médio, do sexo feminino e de faixa etária superior a 40 anos.

A maioria dos trabalhadores tem vínculo estatutário com a instituição, trabalhando sob regime de plantão de 12 horas, admitido a mais de 10 anos e possuindo outro vínculo empregatício.

Os riscos ocupacionais, classificados por tipo neste estudo, foram mais percebidos representativamente pelos enfermeiros e observou-se a predominância dos riscos ergonômicos no ambiente de trabalho. Tais riscos, principalmente os

relacionados à postura, esforço físico e ritmo de trabalho foram os mais frequentemente percebidos como presentes no ambiente de trabalho. A associação do risco ergonômico com os problemas de saúde mais indicados como existentes pelos trabalhadores foi estatisticamente significativa. Isto indica que os trabalhadores expostos aos fatores de risco ergonômico apontados na pesquisa têm maior probabilidade de adquirir problemas de saúde como varizes, lesões na coluna, lombalgia, dores musculares e problemas articulares.

Além destes problemas de saúde, transtornos psíquicos e do comportamento como estresse e depressão, mudanças de humor e transtornos do sono foram muito frequentes e também significativamente associados ao risco ergonômico.

Outro fator de risco muito percebido foi o Biológico, entretanto a associação com alguns problemas de saúde não foi estatisticamente relevante.

Os fatores de risco físico, principalmente exposição à radiação, ruído e temperatura inadequada foram muito percebidos e sua associação com problemas do sistema nervoso, digestivos além de estresse e depressão foi estatisticamente significativa.

Os riscos químicos e de acidentes também foram percebidos pelos trabalhadores, entretanto sua associação com problemas de saúde não foi estatisticamente significativa, ou pode ser atribuída ao acaso.

Os problemas de saúde que acometem a maioria dos participantes foram varizes, problemas oculares e lombalgia, seguido de estresse/depressão e transtornos do sono.

Conclui-se, portanto, que através da metodologia utilizada, foi possível identificar os fatores mais frequentes percebidos pelos profissionais de enfermagem, bem como estudar a associação dos riscos ocupacionais com os problemas de saúde, entre esses profissionais, identificando qual tipo de risco está influenciando de forma significativa os problemas referidos.

Comparando-se os dados obtidos nesta pesquisa com outros realizados no mesmo hospital, ou outras unidades de saúde, com a mesma metodologia do projeto matriz, observa-se que, independente do setor ser aberto ou fechado, os riscos e problemas mais evidentes são semelhantes, variando discretamente apenas em relação às frequências percentuais.

O trabalho em unidades intensivas, num ambiente fechado, com ritmo de trabalho intenso, com alto grau de tensão, não difere muito das unidades não-

intensivas, pelo menos no que diz respeito aos riscos e problemas de saúde apresentados neste estudo. As diferenças principais são relacionadas ao conteúdo do trabalho, composição da equipe de enfermagem e percepção dos enfermeiros sobre riscos ocupacionais.

O desenvolvimento desta pesquisa encontrou algumas limitações e dificuldades, como o exíguo tempo para conclusão, a dificuldade para a coleta de dados nas unidades intensivas e a exclusão dos trabalhadores ausentes por licenças médicas, férias ou outros motivos.

Tendo-se em vista os dados encontrados nesta dissertação, fazem-se necessários novos estudos buscando detalhamento maior dos problemas levantados.

Recomendações:

- Criar um espaço de discussão desses resultados entre os gerentes e trabalhadores para a elaboração de um programa que vise ao desenvolvimento de promoção e proteção da saúde dos trabalhadores de enfermagem;
- Solicitar a realização de concursos públicos para aumentar o quantitativo de trabalhadores de enfermagem, através de formas de contrato seguras;
- Cumprir as medidas que dizem respeito ao trabalho feminino, de acordo com as normas já estabelecidas;
- Realizar atualizações para o trabalhador em relação a diversos enfoques, destacando-se a importância do controle dos riscos ocupacionais; promoção de saúde do trabalhador; medidas de biossegurança para controle dos riscos biológicos e químicos; medidas ergonômicas para o controle dos riscos ergonômicos;
- Criação de um Comitê de Ergonomia para operacionalizar o processo de avaliação e implementação das melhorias no HU, com a participação efetiva dos trabalhadores nas estratégias de mudança;

- Desenvolver permanentemente os trabalhadores, com o apoio do Comitê de Ergonomia, através de programas de capacitação para o reconhecimento de riscos no trabalho e promoção de medidas para o alcance de uma saúde ótima (trabalhador saudável) e de prevenção de acidentes e doenças junto aos trabalhadores de enfermagem;
- Implementar medidas de controle específicas aos diferentes riscos evidenciados, a saber:
 - Riscos Biológicos – realização de atualizações permanentes sobre as medidas de biossegurança; disponibilização de recursos suficientes para o cumprimento das normas de biossegurança, como a oferta de equipamentos de proteção individual e coletiva e treinamento quanto ao seu uso correto, em cumprimento da NR 32;
 - Riscos Ergonômicos – adoção de medidas ergonômicas, com mudanças no processo de trabalho, disponibilizando equipamentos e utensílios adequadamente; atualização do trabalhador para as posturas corretas no trabalho; promoção de mudanças organizacionais no trabalho; fortalecimento de estratégias de enfrentamento dos trabalhadores para os riscos ergonômicos de ordem psicossocial;
 - Riscos de Acidentes – promoção de mudanças no ambiente de trabalho orientadas por um ergonomista ou engenheiro de segurança, respeitando a participação dos trabalhadores, visando à construção de um ambiente seguro para o trabalhador; atualização das noções de primeiros socorros e condutas em caso de acidentes; consulta a gerentes e trabalhadores de enfermagem por ocasião de obras ou reformas;
 - Riscos Químicos – atualização dos trabalhadores em relação ao manuseio das substâncias químicas; estocagem e armazenamento adequado das substâncias químicas;
 - Riscos Físicos – realização de mudanças físicas no ambiente de trabalho, através do planejamento da área física, com apoio de um ergonomista e participação dos trabalhadores.

REFERÊNCIAS

ABREU, A. M. M.; MAURO, M. Y. C. Acidentes de trabalho com a equipe de enfermagem no setor de emergência de um hospital municipal do Rio de Janeiro. *Rev. Enferm Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 139-146, abr. 2000.

AGLIARDI, P.R.; SANTOS, W. S. M. dos. *Situação de saúde da equipe de enfermagem de um hospital público de Volta Redonda*. 2003. 91 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Brasília, 2002.

AQUINO, E.M.M.L.L. et al. Hipertensão arterial em trabalhadoras de enfermagem - padrão de ocorrência, diagnóstico e tratamento. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 76, n. 3, p. 197-202, mar. 2001.

BAGGIO, M.A.; FORMAGGIO, F. M. Trabalho, cotidiano e o profissional de enfermagem: o significado do descuidado de si. *Cogitare enferm.*, Curitiba, v. 13, n. 1, mar. 2008.

BARBOSA, A. Riscos químicos ocupacionais em hospitais da Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF). *Rev Saúde DF*, Brasília, v.1, n. 1, p. 8-15, 1990 apud NISHIDE, V. M.; BENATTI, M. C. C. Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 38, n. 4, dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000400006&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 21 dez. 2009.

BARBOZA, D. B.; SOLER, Z. A. S. G. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. *Rev Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.11, n.2, p. 177-183, mar./abr. 2003.

BECK, C. L. C. et al. O trabalho da enfermagem em unidades críticas e sua repercussão sobre a saúde dos trabalhadores. *Rev. Enferm Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, ago. 2006.

BERTOLDI, C. M. L.; PROENÇA, R. P. C. Doença venosa e sua relação com as condições de trabalho no setor de produção de refeições. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 21, n. 4, p. 447-454, jul./ago. 2008.

BOIX, P.; VOGEL, L. *La evaluación de riesgos en los lugares de trabajo: guía para una intervención sindical*. Of. Técnico Sindical Europea para La Salud y Seguridad. Bruxelas: BTS, 1998.

BRASIL. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Seção I, p. 9273-9275.

_____. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde – Portaria nº. 3908 de 30 de Outubro de 1998. Anexo – Norma Operacional Básica de Saúde do Trabalhador (NOST-SUS). Diário Oficial [da] União. Brasília, DF, 10 nov. 98. Seção 01, p. 17.

_____. Normas regulamentadoras. In: Segurança e medicina do trabalho. 48. ed. São Paulo: Atlas, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília, 2001b.

_____. Grupo de Trabalho Interministerial MPS/MS/MTE. *Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador*. Portaria Interministerial nº. 800 de 03/05/05. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 05 maio 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Legislação em saúde: caderno de legislação em saúde do trabalhador*. 2. ed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Risco químico: atenção à saúde dos trabalhadores expostos ao benzeno*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 48 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Painel de indicadores do SUS*. Ano I, nº 1. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS. *DesprecarizaSUS: perguntas & respostas*. Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS*. Coleção Pro gestores: para entender a gestão do SUS Nº 9. Brasília: CONASS, 2007.

BULHÕES, I. *Riscos do trabalho de enfermagem*. 2.ed. Rio de Janeiro: Folha Carioca, 1998.

CAMELO, S. H. H. *Riscos psicossociais relacionados ao estresse no trabalho das equipes de Saúde da Família e estratégias de gerenciamento*. 2006. 161 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

CAMPOS, J. F. *Trabalho em terapia intensiva: avaliação dos riscos para a saúde do enfermeiro*. 2008. 121 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

CAVALCANTE, C.A.A. et al. Riscos ocupacionais do trabalho em enfermagem: uma análise contextual. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 5, n. 1, p. 88-97, jan./abr. 2006.

CHUNG, F. ; YAO, C. C.; WAN, G. The associations between menstrual function and life style/working conditions among nurses in Taiwan. *J Occup Health*, v.47, p.149–156, 2005.

CORREA, C. F.; DONATO, M. Biossegurança em uma unidade de terapia intensiva: a percepção da equipe de enfermagem. *Rev. Enferm Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 197-204, jun. 2007.

COSTA, C. O. B. Trajetória conceitual no entendimento da relação saúde-trabalho. In: Superando desafios. *Cadernos do Serviço Social do HUPE*, UERJ, Rio de Janeiro, ano IV, n. 5, p. 113-127, periodicidade semestral, v. 1, n. 1, 1996.

COSTA, F.M.; VIEIRA, M.A.; SENA, R.R. Absenteísmo relacionado a doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. *Rev Bras Enferm.*, Brasília, v. 62, n.1, p. 38-44, jan./fev. 2009.

COUTO, H.A.; VIEIRA, F.L.H.; LIMA E.G. Estresse ocupacional e hipertensão arterial sistêmica. *Rev Bras Hipertens*, v.14, n. 2, p.112-115, 2007.

CRUZ, A. C.; NORIEGA, M.; GARDUÑO, M. A. Trabajo remunerado, trabajo domestico y salud: las diferencias cualitativas y cuantitativas entre mujeres y varones. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p. 1129-1138, jul./ago. 2003.

DALLARI, S. G. *Os estados brasileiros e o direito à saúde*. São Paulo: Hucitec,1995.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SÓCIO-ECONÔMICOS. *Negociação coletiva e equidade de gênero no Brasil: cláusulas relativas ao trabalho da mulher no Brasil - 1996-2000*. São Paulo, 2003. (Pesquisa DIEESE 17).

ELIAS, M.A.; NAVARRO, V.L. 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-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.14, n.4, p. 517-525, jul./ago. 2006.

FARIAS, S. N. P.; ZEITOUNE, R. C. G. Riscos no trabalho de enfermagem em um centro municipal de saúde. *R. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, maio 2005.

FLOR, R. C.; KIRCHHOF, A. L. C. Radiação ionizante e o cumprimento de resolução do Conselho Federal de Enfermagem. *R. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 347-353, set. 2005.

FONSECA, A. F. *O processo histórico do trabalho em saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio / Fiocruz, 2007.

FRIEDMANN, G. *O trabalho em migalhas: especialização e lazeres*. São Paulo: Perspectiva, 1983.

GHAI, D. *Trabalho decente: Objetivos e estratégias*. OIT: Genebra, 2006.

GUERRER, F. J. L.; BIANCHI, E. R. F. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 42, n. 2, jun. 2008.

GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Trabalho feminino e saúde na terceira idade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.7, n.4, p. 825-839, 2002.

GIOMO, D. B. et al. Acidentes de trabalho, riscos ocupacionais e absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem hospitalar. *R. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 24-29, jan./mar. 2009.

GOMES, Alice Martins. *Enfermagem na Unidade de terapia intensiva*. 2.ed. São Paulo: EPU, 1988.

GUERRER, F. J. L.; BIANCHI, E. R. F. Caracterização do estresse nos enfermeiros de terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 42, n.2, p. 355-362, 2008.

GURGUEIRA, G.P.; ALEXANDRE, N.M.C.; CORRÊA FILHO, H.R. Prevalência de sintomas músculo-esqueléticos em trabalhadoras de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.11, n. 5, p. 608-613, set./out. 2003.

GURGUEIRA, G. P. *Contribuições ao estudo de qualidade de vida e de restrições de trabalho em uma instituição hospitalar*. 2005. 99f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

GUTIERREZ, B. A. O. *O processo de morrer no cotidiano do trabalho dos profissionais de enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva*. 2003. 227f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

HAYASHI, A.A.M; GISI, M.L. O cuidado de enfermagem no CTI: da ação-reflexão à conscientização. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v.9, n.2, p.812-823, 2000.

HIPOLITO, R. L. *As condições de trabalho e saúde da equipe de enfermagem intensivista na rede particular do município de Campos dos Goytacazes: Estudo de caso*. 2005.121 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO. Desenvolvido pelo Departamento de Sistemas de Informação e Telessaúde. Apresenta informações gerais sobre o hospital. Disponível em: < <http://www.hupe.uerj.br> > . Acesso em: 30 out. 2008.

IBGE. Departamento de População e Indicadores Sociais. *Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária 2005*. 162 p. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. *Reducing the decent work deficit: a global challenge*. Geneve, 2001.

IIDA, I. *Ergonomia: projeto e produção*. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Edgard Blucher, 2005.

INOUE, K.C. et al. Absenteísmo-doença da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v.61, n.2, p. 209-214, mar./abr. 2008.

IWAMOTO, H. et al. Saúde ocupacional: controle médico e riscos ambientais. *Acta Scientiarum. Health Science*, Maringá, v. 30, n. 1, p. 27-32, jul. 2008.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. *Processo de produção em saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec, 1989. 333 p.

LORENZI, R. L.; OLIVEIRA, I. M. Tuberculose em trabalhadores de Enfermagem: uma abordagem epidemiológica de base populacional. *RBSO*, São Paulo, v. 33, n.117, p. 06-14, jan./jun. 2008.

MAGNAGO, T. S. B.S. *Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem*. Rio de Janeiro, 2008. 200f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

MARZIALE, MHP. *Condições ergonômicas da situação de trabalho, do pessoal de enfermagem, em uma unidade de internação hospitalar*. 1995. 163f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

MARZIALE, M.H.P.; CARVALHO, E.C. Condições ergonômicas do trabalho da equipe de enfermagem em unidade de internação de cardiologia. *Rev.latino-am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 99-117, jan. 1998.

MARZIALE, M. H. P. et al. Acidentes com material biológico em hospital da Rede de Prevenção de Acidentes do Trabalho - REPAT. *RBSO*, São Paulo, n.115, v. 32, p. 109-119, 2007.

MAURO M.Y.C. et al. Promovendo a saúde e prevenindo riscos para um trabalho melhor: tendências e desafios. In: SANTOS, I. et al. *Enfermagem e campos de prática em saúde coletiva: realidade, questões e soluções*. 358 p. São Paulo: Atheneu, 2008. cap. 10, p.89-105. (Série Atualização em Enfermagem, 4).

MAURO, M.Y.C. Riscos ocupacionais em saúde. *Rev Enfermagem Científica*, n. 2, ano I, p.7-16, 1990.

_____. Inovação de gestão das condições de trabalho em saúde para hospitais do Sistema Único de Saúde – SUS/BRASIL. Projeto inserido no edital MCT – CNPQ/MS – SCTIE/DECIT Nº 23/2006. Processo 409526/2006-1. Brasília,DF, 2006.

MAURO, M. Y. C. ; VEIGA, A. R. Problemas de saúde e riscos ocupacionais: percepções dos trabalhadores de enfermagem de unidade materna infantil. *R Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.64-69, jan./mar. 2008.

MENDES, R.; WUNSCH, D.S. Elementos para uma nova cultura em segurança e saúde no trabalho. *RBSO*, São Paulo, v.32, n. 115, p. 153-163, 2007.

MENDEVIL, C. L. *Condições de trabalho dos profissionais de enfermagem de um hospital público do município de Campos dos Goytacazes – RJ*. 2004. 126 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

MIELNIK, I. *Higiene mental do trabalho*. São Paulo: Artes Médicas, 1976.

MIRANDA, É. J. P.; STANCATO, K. Riscos à saúde de equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva: proposta de abordagem integral da saúde. *Rev. Bras. Ter. Intensiva*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 68-76, mar. 2008.

MYRA Y LOPES, E. *Los problemas de la ciencia del trabajo*. In: Problemas psicológicos atnales. Buenos Aires: Ed. El Ateneo, 1970. p. 186-197 apud MAURO, M.Y.C. Riscos ocupacionais em saúde. *Rev Enfermagem Científica*, n. 2, ano I, p.7-16, 1990.

MOREIRA, A.M.R.; MENDES, R. Fatores de risco dos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho de enfermagem. *R Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, v.13, n. 1, p. 19-26, jan./abr.2005.

MUROFOSE, N.T.; MARZIALE, M.H.P. Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 364-373, maio/jun. 2005.

NISHIDE, V.M.; BENATTI, M. C.C.; ALEXANDRE, N. M. C. Ocorrência de acidente do trabalho em uma unidade de terapia intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 21 dez. 2009.

NISHIDE, V. M.; BENATTI, M. C. C. Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 38, n. 4, dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000400006&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 21 dez. 2009.

OKAMOTO, V.A.; SANTOS, U.P. Outros efeitos do ruído no organismo. In: SANTOS, U.P. (Org.). *Ruído: riscos e prescrição*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 30-39.

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

PAZ, A. F. *Relação entre fatores de risco no ambiente hospitalar e a saúde dos trabalhadores de enfermagem*. 2009. 105f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

PITTA, A. *Hospital: dor e morte como ofício*. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 2003. 198 p.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 488p.

PORTILHO, M. A.. *Varizes*. Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular. Disponível em: <http://www.varizes.org.br/varize_vb.htm>. Acesso em: 26 dez. 2009.

PORTO, M.F. S. *Análise de riscos nos locais de trabalho: conhecer para transformar*. Cadernos de saúde do trabalhador. São Paulo: INST, 2000.

ROBAZZI, M.L.C.C.; MARZIALE, M.H.P. Alguns problemas ocupacionais decorrentes do trabalho de enfermagem no Brasil. *Rev Bras enferm*. Brasília, v.52, n. 3, p. 331-338, 1999 apud GIOMO, D. B. et al. Acidentes de trabalho, riscos ocupacionais e absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem hospitalar. *R. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 24-29, jan./mar. 2009.

ROYAS, A.D.V.; MARZIALE, M.H.P. A situação de trabalho do pessoal de enfermagem no contexto de um hospital argentino: um estudo sob a ótica da ergonomia. *Rev.latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 102-108, jan. 2001.

SANTIAGO, F. R.; LÓPEZ, R. M.D. *Condiciones de trabajo y salud*. Riesgos laborales. In: SANTIAGO, F.R.; ARBONA, R.G. Manual de prevención de riesgos laborales. Madrid/Espanha: Ibermutuamur. Edit. PyCh., 2000. Tomo I, cap. 1, p.15-35.

SANTOS, J. M.; OLIVEIRA, E. B.; MOREIRA, A. C. Estresse, fator de risco para a saúde do enfermeiro em Centro de Terapia Intensiva. *R. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 580-585, dez. 2006.

SANTOS, R. F. F. N.; PORFIRIO, G. J. M.; PITTA, G. B. B. A diferença na qualidade de vida de pacientes com doença venosa crônica leve e grave. *J. Vasc. Bras.*, Porto Alegre, v. 8, n. 2, jun. 2009.

SÊCCO, I. A. O. et al. Acidentes de trabalho típicos envolvendo trabalhadores de hospital universitário da região sul do Brasil: epidemiologia e prevenção. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 5, out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000500005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 dez. 2009.

SILVA, S. L. Cuidando da saúde, meio ambiente e segurança do trabalhador. In: MURTA, G. F. (Org.). *Saberes e práticas*: Guia para o ensino e aprendizagem de enfermagem. 4.ed. São Paulo: Difusão, 2008. v. I, cap.2.

SPÍNDOLA, T.; SANTOS, R.S. Mulher e trabalho – a história de vida de mães trabalhadoras de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*, Rio de Janeiro, v.11, n. 5, p.593-600, set./out. 2003.

STELLMAN, J. M.; WARSHAW, L. J. *Trabajo e trabajadores*. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1998. Cap. 24.

TORRES, E.O.; PINHO, D.L.M. Causas de afastamento dos trabalhadores de enfermagem em um hospital do Distrito Federal. *Comunicação em Ciências da Saúde*, Brasília, v.17, n.3, p.207-215, jul./set. 2006.

VEIGA, A. R. *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, Rio de Janeiro, 2007.

VERAS, V. S. D. *Aumento da jornada de trabalho: qual a repercussão na vida dos trabalhadores da enfermagem?* 2003. 121 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2003.

VERTHEIN, M.A.R.; MINAYO-GOMEZ, C. A construção do “sujeito-doente” em LER. *Hist. Cienc. Saúde Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 327-345, 2000 apud ROSA, A. et al. Incidência de LER/DORT em trabalhadores de enfermagem. *Acta Sci. Health Sci*, Maringá, v. 30, n. 1, p. 19-25, jul. 2008.

VIEIRA, E.R. et al. Low back problems and possible improvements in nursing jobs. *Journal of Advanced Nursing*, v. 55, n. 1, p. 79-89, 2006.

WAISSMAN, W.; CASTRO, J. A.P. A evolução das abordagens em saúde e trabalho no capitalismo industrial. In: TEIXEIRA, P.; VALLE, S. (Org.). *Biossegurança: uma abordagem multidisciplinar*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. cap. 1, p.15-25.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
Faculdade de Enfermagem – FENF/UERJ
Programa de Pós-Graduação / Mestrado Acadêmico

PROJETO DE PESQUISA

Inovação de Gestão das Condições de Trabalho em Saúde para Hospitais do Sistema Único de Saúde – SUS/BRASIL (INGECTH –SUS)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estimado Colega Trabalhador,

Você é convidado a participar da pesquisa intitulada “**Problemas de saúde e condições de trabalho de enfermagem em Unidades Intensivas de um Hospital Universitário**”, cujos objetivos são:

- Identificar as características profissionais dos trabalhadores de enfermagem de unidades intensivas de um hospital universitário;
- Descrever os fatores de risco do ambiente de trabalho percebidos pelos trabalhadores de enfermagem de unidades intensivas;
- Levantar os problemas pessoais de saúde percebidos pelos trabalhadores e sua relação com o trabalho;
- Analisar a associação entre os problemas de saúde percebidos pelo trabalhador de enfermagem e as condições de trabalho em unidades intensivas.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária, isto é, você tem o direito de não participar ou de se retirar do estudo, a qualquer momento, sem que isso represente prejuízo em sua relação com a instituição onde a pesquisa está sendo realizada.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, e seu nome será mantido em sigilo.

As informações prestadas serão utilizadas apenas nesta pesquisa e a divulgação dos resultados ocorrerá em eventos ou publicações científicas.

A pesquisa será conduzida pela aplicação de questionários, e sua participação consistirá em responder as perguntas realizadas.

Sua participação não inclui qualquer custo e nem compensação financeira.

O benefício esperado com a realização desta pesquisa é, através de um diagnóstico dos riscos ocupacionais e problemas de saúde dos trabalhadores de enfermagem das unidades intensivas estudadas, propor mudanças que minimizem estes riscos para promover a saúde destes trabalhadores.

Você terá uma cópia deste termo, que contém números de telefone e e-mail do pesquisador e orientadora. Com eles, poderá a qualquer momento esclarecer suas dúvidas a respeito da pesquisa e/ou de sua participação.

Rio de Janeiro, ____ / ____ / ____ .

Eu, _____ RG _____ concordo em participar desta pesquisa encontrando-me esclarecido sobre todos os aspectos acima descritos.

Assinatura do Trabalhador

Assinatura do Pesquisador

Adriano Teixeira Monteiro Junior
Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FENF/UERJ
Tel: 8659 1737 / 2587 6424 (trab). E-mail: adrianotmj@gmail.com

Profª Drª Maria Yvone Chaves Mauro
Orientadora – Profª Titular Visitante do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FENF/UERJ.
Coordenadora do Projeto INGECTH-SUS. E-mail: mycmauro@uol.com.br

APÊNDICE B – Gráficos não utilizados na análise

RESPOSTAS “RARAMENTE/ÀS VEZES”



Gráfico 4 - Distribuição proporcional dos trabalhadores segundo percepção de existência e frequência de fatores dos principais riscos do ambiente de trabalho (Raramente / Às vezes) do HU – 2009.

RESPOSTAS “NÃO ACONTECE”

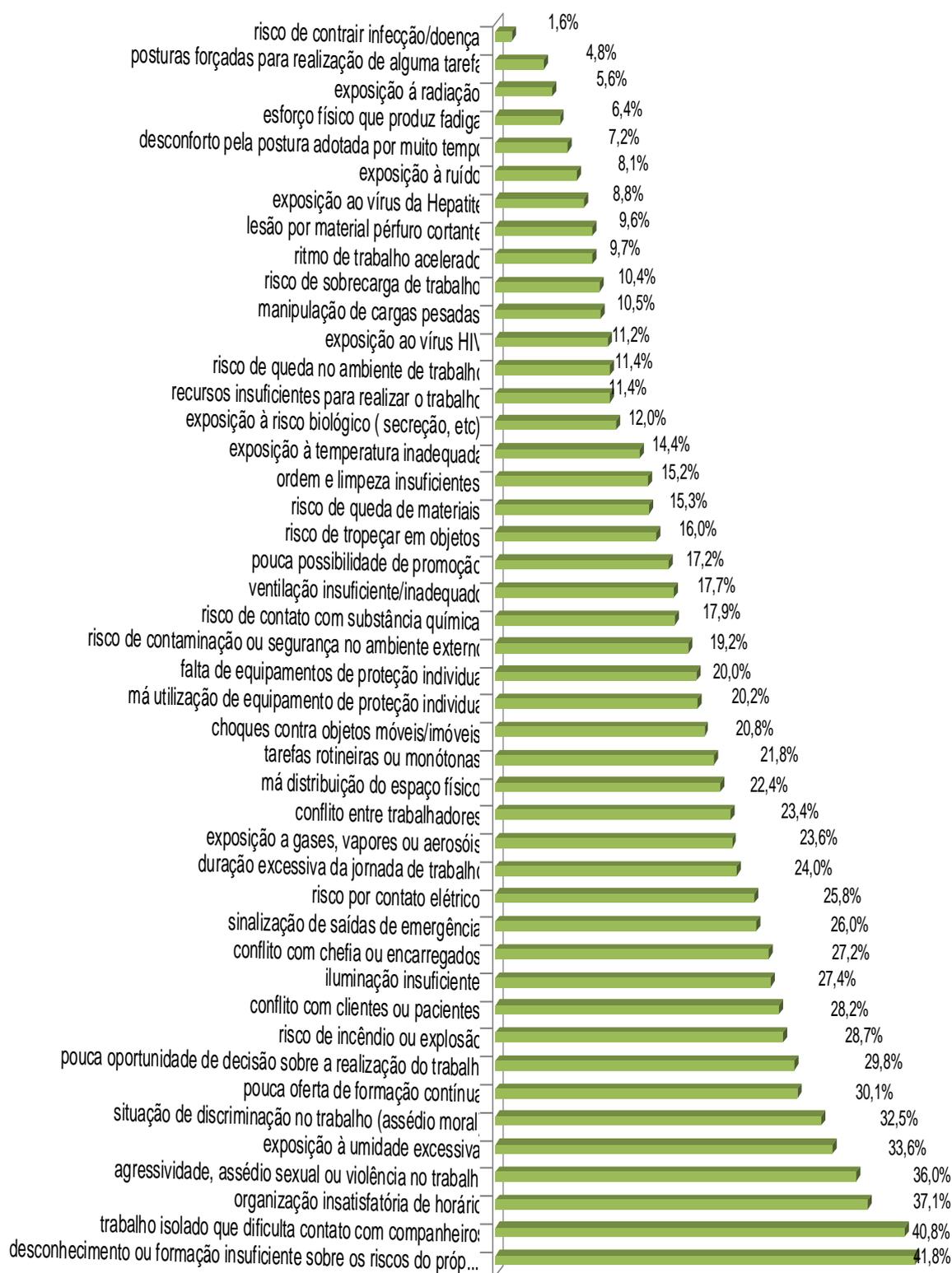


Gráfico 5 - Distribuição proporcional dos trabalhadores segundo percepção de existência e frequência de fatores dos principais riscos do ambiente de trabalho (Não Acontece) do HU, Rio de Janeiro, 2009.

ANEXO A – Instrumento de Coleta de Dados



Nº _____

Projeto INOVAÇÃO DE GESTÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO EM SAÚDE PARA HOSPITAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS/BRASIL

INSTRUMENTO PARA A GESTÃO DA AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO EM HOSPITAIS

CADERNO B

QUESTIONÁRIO SOBRE RISCOS E DANOS

Identificação subjetiva de problemas de Saúde no Trabalho

CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS DOS TRABALHADORES

1. UNIDADE: _____
2. Função: Enfermeiro Técnico Enfermagem Auxiliar de enfermagem
3. Setor de Trabalho: _____
4. Ano de Admissão: _____
5. Tipo de contrato/inserção

| | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Estatutário Federal | <input type="checkbox"/> Estatutário Estadual | <input type="checkbox"/> Estatutário Municipal |
| <input type="checkbox"/> Contrato CLT | <input type="checkbox"/> Outros Contratos | <input type="checkbox"/> Cooperativo |
6. Sexo

| | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Feminino |
|------------------------------------|-----------------------------------|
7. Idade: _____
8. Estado Civil:

| | | | |
|--|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Solteiro ou similar | <input type="checkbox"/> Casado ou similar | <input type="checkbox"/> Divorciado/Desquitado | <input type="checkbox"/> Viúvo |
|--|--|--|--------------------------------|
9. Nº de Vínculos Empregatícios: _____
10. Tipo de Jornada nesta unidade:

| | | |
|---------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> diário | <input type="checkbox"/> plantão diurno | <input type="checkbox"/> plantão noturno |
|---------------------------------|---|--|
11. Carga Horária Semanal nesta unidade:

| | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 20 horas | <input type="checkbox"/> 30 horas | <input type="checkbox"/> 40 horas | <input type="checkbox"/> 60 horas | <input type="checkbox"/> outra |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
12. Carga Horária Semanal em outra (s) unidade (s): _____
13. Faixa Salarial:

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 a 2 salários mínimos | <input type="checkbox"/> 3 a 5 salários mínimos |
| <input type="checkbox"/> 6 a 8 salários mínimos | <input type="checkbox"/> 9 a 11 salários |
| <input type="checkbox"/> acima de 12 salários mínimos | |



Nº _____

Projeto INOVAÇÃO DE GESTÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO EM SAÚDE PARA HOSPITAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS/BRASIL

INSTRUMENTO PARA A GESTÃO DA AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO EM HOSPITAIS**CADERNO B**

QUESTIONÁRIO SOBRE RISCOS E DANOS
Identificação subjetiva de problemas de Saúde no Trabalho

PROBLEMAS DE SAÚDE DOS PROFISSIONAIS

Marque com um X os problemas de saúde que você possui:

Existente – você possui a doença

Relacionado ao trabalho – a doença foi ocasionado pelo trabalho

Provocado – você não possuía a doença antes de trabalhar neste lugar e agora adquiriu a doença

Agravado – você já tem a doença e ela ficou pior depois de começar a trabalhar neste lugar

Não relacionado ao trabalho – a doença não tem a ver com o trabalho

| Riscos e danos | Existência | | Relacionado ao trabalho | | Não Relacionado |
|---|------------|---|-------------------------|-----------|-----------------|
| | S | N | Provocados | Agravados | |
| 59. Lesões por acidentes | | | | | |
| 60. Doenças Infecciosas | | | | | |
| 61. Dor de cabeça freqüente | | | | | |
| 62. Perda Auditiva | | | | | |
| 63. Problemas oculares | | | | | |
| 64. Hipertensão | | | | | |
| 65. Doenças do Coração | | | | | |
| 66. Varizes | | | | | |
| 67. Doenças Renais | | | | | |
| 68. Intoxicação por metais ou substâncias químicas | | | | | |
| 69. Problemas respiratórios | | | | | |
| 70. Doenças de pele | | | | | |
| 71. Câncer | | | | | |
| 72. Problemas digestivos | | | | | |
| 73. Doenças do Fígado | | | | | |
| 74. Problemas de articulação | | | | | |
| 75. Dores musculares crônicas | | | | | |
| 76. Lesões coluna vertebral | | | | | |
| 77. Lombalgias | | | | | |
| 78. Problemas sistema nervoso | | | | | |
| 79. Estresse/depressão | | | | | |
| 80. Transtornos do sono | | | | | |
| 81. Mudanças de humor/alterações de comportamento | | | | | |
| 82. Alcoolismo e uso de outras drogas | | | | | |
| 83. Consumo freqüente de medicamentos | | | | | |
| 84. Afastamentos freqüentes por motivo de saúde | | | | | |
| 85. Mudança/transfêrencia do trabalho por motivo de saúde | | | | | |
| 86. Agressões ou condutas violentas | | | | | |
| 87. Transtornos relacionados ao ciclo menstrual | | | | | |
| 88. Transtornos da gravidez ou de órgão reprodutor | | | | | |

ANEXO B – Autorização do autor do questionário



Valencia, 20 de octubre de 2007

A quien corresponda:

Dr. **Pere Boix**, coautor junto con el profesor **Laurent Vogel**, de la Universidad Libre de Bruselas, de "*La evaluación de riesgos en los lugares de trabajo – guía para una intervención sindical*" publicado por la Oficina Técnico Sindical Europea para la Salud y Seguridad.

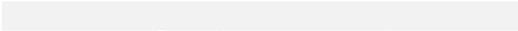
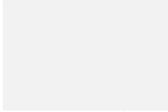
AUTORIZA A: **Dra. María Yvone Chaves Mauro**

Docente de la Universidad Estadual de Rio de Janeiro - UERJ e Investigadora Principal (en Brasil recibe la denominación de Coordinadora) del proyecto financiado por el Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), recurso MCT- CNPq/ MS-SCTIE- DECIT – Nº 23/2006, titulado: Innovación en la Gestión de las Condiciones de Trabajo en Salud para Hospitales del Sistema Único de Salud – SUS/BRASIL.

A UTILIZAR, TRADUCIR Y ADAPTAR para el sector de la salud y mas concretamente al sector Hospitalario, el cuestionario que se encuentra en dicha publicación.

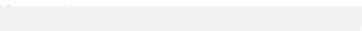



Fdo. Dr. Pere Boix

ANEXO C – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa para o INGECTH-SUS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA


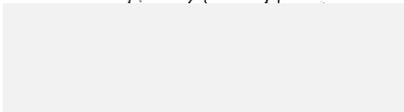
Rio de Janeiro, 14 de fevereiro de 2007

Do: Comitê de Ética em Pesquisa
Profª.
Para: Profª. Maria Yvone Chaves Mauro

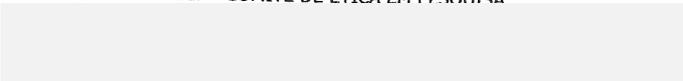
O Comitê de Ética em Pesquisa do  após avaliação, considerou o projeto (1692-CEP/  – CAAE: 0003.0.228.000-07) " INOVAÇÃO DE GESTÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO EM SAÚDE PARA HOSPITAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS/BRASIL " aprovado, encontrando-se este dentro dos padrões éticos da pesquisa em seres humanos, conforme Resolução n.º196 sobre pesquisa envolvendo seres humanos de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, bem como o consentimento livre e esclarecido.

O pesquisador deverá informar ao Comitê de Ética qualquer acontecimento ocorrido no decorrer da pesquisa.

O Comitê de Ética solicita a V. Sª., que ao término da pesquisa encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto.


Membro do Comitê de Ética em Pesquisa

CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



ANEXO D – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa para a elaboração do estudo

[REDACTED]

[REDACTED]

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

[REDACTED]

Rio de Janeiro, 09 de julho de 2009

Do: Comitê de Ética em Pesquisa
Prof^c [REDACTED]
Para: Aut. Adriano Teixeira M. Junior
Orient. Prof^a. Maria Yvone C. Mauro

O Comitê de Ética em Pesquisa [REDACTED] após avaliação, considerou o projeto (2456-CEP) [REDACTED], "PROBLEMAS DE SAÚDE E CONDIÇÕES DE TRABALHO DE ENFERMAGEM EM UNIDADES INTENSIVAS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO" aprovado, encontrando-se este dentro dos padrões éticos da pesquisa em seres humanos, conforme Resolução n.º196 sobre pesquisa envolvendo seres humanos de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, bem como o consentimento livre e esclarecido.

O pesquisador deverá informar ao Comitê de Ética qualquer acontecimento ocorrido no decorrer da pesquisa.

O Comitê de Ética solicita a V. S^a., que ao término da pesquisa encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto.

[REDACTED]

Membro do Comitê de Ética em Pesquisa

CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

[REDACTED]