

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS – PUC-GOIÁS  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU  
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

LUZINETE REZENDE DA INCARNAÇÃO

**O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: ANÁLISE  
DOS ACIDENTES DE TRABALHO COM MATERIAL BIOLÓGICO –  
GOIÁS 2008-2012**

GOIÂNIA - GO  
2014

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS – PUC-GOIÁS  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU  
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

LUZINETE REZENDE DA INCARNAÇÃO

**O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: ANÁLISE  
DOS ACIDENTES DE TRABALHO COM MATERIAL BIOLÓGICO –  
GOIÁS 2008-2012**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social, sob a orientação do Prof. Dr. Germano Campos Silva.

GOIÂNIA - GO  
2014

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)  
(Sistema de Bibliotecas PUC Goiás)

I36t Incarnação, Luzinete Rezende da.  
O trabalho dos profissionais de Enfermagem [manuscrito] :  
análise dos acidentes de trabalho com material biológico – Goiás  
2008-2012 / Luzinete Rezende da Incarnação. – Goiânia, 2014.  
124 f. ; il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de  
Goiás, Programa de Mestrado em Serviço Social, 2014.  
“Orientador: Prof. Dr. Germano Campos Silva”.  
Bibliografia.

1. Enfermagem. 2. Trabalho. 3. Material biológico - acidentes. I. Título.

CDU 616-083(043)

LUZINETE REZENDE DA INCARNAÇÃO

**O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: ANÁLISE  
DOS ACIDENTES DE TRABALHO COM MATERIAL BIOLÓGICO –  
GOIÁS 2008-2012**

**Área de Concentração:** Serviço Social, Política Social e Movimentos Sociais.

**Linha de Pesquisa:** Política Social, Movimentos Sociais e Cidadania.

**Orientador:** Prof. Dr. Germano Campos Silva

GOIÂNIA - GO  
2014

LUZINETE REZENDE DA INCARNAÇÃO

**O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: ANÁLISE  
DOS ACIDENTES DE TRABALHO COM MATERIAL BIOLÓGICO –  
GOIÁS 2008-2012**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social, sob a orientação do Prof. Dr. Germano Campos Silva.

Data: 28 de outubro de 2014.  
BANCA EXAMINADORA

---

Professor Dr. Germano Campos Silva / PUC Goiás (Presidente)

---

Professora Dra. Lúcia Maria Moraes – PUC Goiás

---

Professora Dra. Adenícia Custódio Silva e Souza – Convidada Externa

---

Professora Dra. Maísa Miralva da Silva – PUC Goiás (Suplente)

## **DEDICATÓRIA**

*A todos os trabalhadores brasileiros que estão inseridos na política de saúde, em especial aos profissionais de Enfermagem que atuam em ambientes hospitalares ou unidades de atendimento de 24 horas, que incansavelmente cuidam do outro sem se quer saber inicialmente quem é, de onde vem, tendo como foco o cuidar, o bem estar à recuperação, o alcance do equilíbrio orgânico, quando não possível o conforto, o alívio da dor. Trabalhadores que de maneira muito árdua, lutam diuturnamente em prol do ser humano e não há como escolher descansar durante o dia, noite, feriados, natal, ano novo, aniversário do filho, porque o outro adoecido o espera por cuidados.*

*Autor: Luzinete Rezende da Incarnação.*

## AGRADECIMENTOS

*A Deus pelo privilégio de ter concedido a mim a vida, saúde, força e me mantido em pé para que eu pudesse percorrer mais esta jornada, mesmo com todos os desafios com os quais me deparei.*

*Aos meus pais que mesmo sem leitura alguma, sem sequer ter frequentado um banco da escola formal, me deram força e sabedoria, oferecendo estímulo nos momentos mais difíceis; são grandes exemplos para mim, senhor Joaquim Desiderio e dona Eva Rezende.*

*Aos meus irmãos Luzivaldo Rezende, Lindauro Rezende, Lucineide Rezende (em memória), Antônio Carlos de Souza e Silva e aos meus sobrinhos, em especial, Rafael Rezende Neres e Murilo Rezende Neres. Ao meu companheiro Carlos Rosa da Silva, que mesmo sem entender ao certo do que se tratava, tentava me apoiar, impulsionando-me em momentos que eu mais não tinha forças.*

*Às minhas amigas Wênia Leal, Lucimar Miguel Manso, Diana Alves Rezende, Edionice Francisca de Sá, Rosangela Vieira, Eurídice Oliveira, mesmo percebendo que eu não mais tinha estímulo, acreditavam em mim e procuravam me incentivar de uma maneira incondicional. Muito obrigada a todas.*

*A todos os meus colegas de profissão do Hospital das Clínicas de Goiás, em especial, os que trabalham na Clínica Cirúrgica onde atuo como Técnico de Enfermagem há 11 anos.*

*Ao professor Doutor Germano Campos e Silva pela orientação e contribuição nesse percurso da minha caminhada. Muito obrigada. A todos os professores do departamento de mestrado em Serviço Social desta instituição, a todos os colegas de curso pelo conhecimento compartilhado e também à secretária do mestrado, Amanda.*

*Ao CEREST GOIÁS, pela contribuição e disponibilidade em fornecer os dados referentes aos acidentes notificados com materiais biológicos no Estado de Goiás.*

*Aos docentes da banca de qualificação e defesa Professores (as) doutores (as): Adenícia Custódio, Lucia Maria Morais, Máisa Miralva da Silva e Darcy Roldão de Carvalho Sousa.*

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>CAPÍTULO I - O TRABALHO HUMANO</b> .....	<b>23</b>
1.1 Trabalho .....	23
1.2 O Trabalho do Profissional de Enfermagem .....	33
1.3 O Trabalho da Enfermagem no Brasil e no Estado de Goiás: sua dimensão social e histórica. ....	38
1.4 O Processo de trabalho da Enfermagem e a concepção de saúde .....	49
<b>CAPITULO II -RISCOS OCUPACIONAIS DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM.</b> .....	<b>60</b>
2.1 A Política Nacional de Saúde do Trabalhador como instrumento de proteção dos trabalhadores. ....	60
2.2 Doenças Ocupacionais e Acidente de Trabalho.....	74
2.3 Exposições da Enfermagem com Material Biológico .....	81
<b>CAPÍTULO III – DADOS DE ACIDENTES DE TRABALHO OCORRIDO COM OS PROFISSIONAIS ENFERMAGEM: ANÁLISE CRÍTICA.</b> .....	<b>91</b>
3.1 CEREST - Goiás.....	92
3.2 Subnotificação dos Acidentes com material Biológico .....	103
3.3 Resultado da pesquisa e análise dos dados .....	106
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>112</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>115</b>



## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ABEN - Associação Brasileira de Enfermagem  
AEPS - Anuário Estatístico da Previdência Social  
ASO - Atestado de Saúde Ocupacional  
CAGED - Cadastro Geral dos Empregados e Desempregados  
CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho  
CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador  
CNAE - Código Nacional de Atividades Econômicas  
CID - Código Internacional de Doenças  
COREN - Conselho Regional de Enfermagem  
COFEN - Conselho Federal de Enfermagem  
C.F. - Constituição Federal  
CRESS - Conselho Regional de Serviço Social  
CFESS - Conselho Federal de Serviço Social  
CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidente  
EPI - Equipamento de Proteção Individual  
EPC - Equipamento de Proteção Coletiva  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IPEA - Instituto de Pesquisa Aplicada  
MPS - Ministério da Previdência Social  
MTE - Ministério do Trabalho e Emprego  
MS - Ministério da Saúde  
NR - Norma Regulamentadora  
NTEP - Nexo Técnico Epidemiológico  
OIT - Organização Internacional do Trabalho  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
OMT - Organização Mundial do Trabalho  
PAS - Profissional da Área de Saúde  
PCMO - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional  
PNST - Política Nacional de Saúde do Trabalhador  
PNSTT - Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora  
PPRA - Programa de Prevenção de Risco Ambiental  
PUC - Pontifícia Universidade Católica

QV - Qualidade de Vida

QVT - Qualidade de Vida do Trabalhador

RENAST- Rede Nacional de Saúde do Trabalhador

SAT - Seguro de Acidente de Trabalho.

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SESMT - Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho

SUS - Sistema Único de Saúde

UFG - Universidade Federal de Goiás

## LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

<b>Tabela 1: Quantitativo Acumulado de Inscritos do Coren-Go Até 31 de Julho de 2013</b> .....	49
Tabela 2: Categorias/ Exemplos .....	77
Tabela 3: Acidentes de trabalho no Brasil .....	81
Tabela 4: Dados das unidades dos CEREST'S Goiás .....	93
Tabela 5: Número de Acidentes de Trabalho Graves registrado no SINAN em Goiás, por Sexo entre 2007 e 2010 .....	98
Tabela 6: Processualidade dos casos de acidente de trabalho Grave em Goiás entre 2007 e 2010 .....	99
Tabela 7: Situação empregatícia dos trabalhadores que sofreram acidentes graves de trabalho entre 2007 e 2010 .....	100
Tabela 8: Evolução da Emissão da CAT entre 2007 e 2010 .....	100
Tabela 9: Acidentes com material Biológico por sexo no Estado de Goiás entre 2007 e 2010 .....	102
Tabela 10: Ocupação mais atingida por Acidentes de Trabalho com Material Biológico em Goiás entre 2007 e 2010 .....	103
Tabela 11: Frequência de acidente com material biológico ocorrido entre profissionais da enfermagem no Estado de Goiás ocorridos entre 2008 e 2012. ...	106
Tabela 12: Frequência por Ano da Notificação segundo Ocupação .....	107
Gráfico 1: Processualidade dos acidentes com profissionais da saúde que mais sofreram acidentes com material biológico, exceto equipe de Enfermagem e estudantes entre 2008 e 2012.....	108
Gráfico 2: Frequência de Acidentes ocorridos com os profissionais de Enfermagem e estudantes com material biológico entre 2008 e 2012. ....	108

## RESUMO

INCARNAÇÃO, Luzinete Rezende. **O Trabalho dos Profissionais de Enfermagem: uma análise dos acidentes com material biológico - Goiás 2008-2012**. Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2014.

O Processo de trabalho existe em qualquer atividade desenvolvida pelo homem, das ações mais simples às mais complexas. O Homem de alguma forma está inserido em algum tipo de atividade. A enfermagem, com histórico carregado de cuidado com o outro, desde seus primórdios até os dias atuais. No contexto brasileiro, a profissão é exercida por trabalhadores do sexo masculino e feminino, com proeminência significativa para profissionais do sexo feminino. Considerando os três níveis de categoria Enfermeiro, Técnico em Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, é possível afirmar que estes profissionais ocupam uma porção significativa dos espaços laborais, em especial, na política de saúde. Essa categoria em alguns espaços de trabalho representam 40% dos trabalhadores, como por exemplo, nos hospitais. O objetivo deste trabalho se resume no interesse de conhecer a dimensão dos acidentes de trabalho com material biológico no Estado de Goiás, no período 2008-2012, em que os profissionais de Enfermagem são vitimados. No que se referem aos acidentes com material biológico, os profissionais de Enfermagem estão expostos a vários tipos de doenças por meio de contaminação e a partir de lesão ou contaminação direta com substâncias orgânicas dos pacientes. Acidentes com material biológico podem resultar em contaminação grave dos trabalhadores, como por exemplo, a contaminação pelo vírus Hepatite B, Hepatite C, HIV, entre outras doenças. Em muitos casos, os profissionais encerram sua vida laboral muito cedo. Quanto o método, à pesquisa pautou-se na metodologia descritiva quali-quantitativa e em fonte documental, tendo como fonte o banco de dados do CEREST do Estado de Goiás. Os dados foram extraídos da ficha SINAN, notificados aos CERESTs regionais de Goiás e encaminhados ao CEREST Estadual. No que se referem os resultados, no transcorrer do trabalho foi possível observar a existência de subnotificações dos acidentes com material biológico de maneira significativa, além das notificações incompletas. Esta situação é justificada de diferentes modos, ignorando a orientação que todos os acidentes de trabalho, independente do afastamento das atividades laborais, deverá ser preenchido e notificado o evento por meio da CAT – Comunicado Acidente de Trabalho.

**Palavras- chave:** Trabalho, Processo de Trabalho, Enfermagem, Acidente de Trabalho com material biológico.

## ABSTRACT

INCARNAÇÃO, Luzinete Rezende. The Work of Nursing Professionals: an analysis of accidents with biological material - Goiás 2008-2012. Dissertation in Social Work, University of Goiás, 2014.

The working process exists in any activity performed by man, from the simplest to the most complex actions. The man is somehow inserted in some kind of activity. Nursing, carefully loaded history with each other, from its beginnings to the present day. In the Brazilian context, the trade is practiced by male and female workers, with significant prominence to female professionals. Considering the three levels of Nurse category, Technical Nursing and Nursing Assistant, it can be said that these professionals occupy a significant portion of industrial spaces, especially in health policy. This category in some workspaces represent 40% of workers, such as in hospitals. The objective of this work is summarized in interest to ascertain the extent of occupational accidents with biological material in the state of Goiás, in the period 2008-2012, in which nursing professionals are victimized. As they relate to accidents with biological material, the nursing workers are exposed to various kinds of diseases through from contamination and injury or direct contamination with organic substances of patients. Accidents involving biological material can result in severe contamination of workers, such as contamination by virus Hepatitis B, Hepatitis C, HIV and other diseases. In many cases, professionals terminate their working life very early. As the method, the research was based on the qualitative-quantitative descriptive methodology and documentary source, having as source the CEREST database of the State of Goiás. The data were taken from SINAN record notified to regional CERESTs of Goiás and forwarded to CEREST state. In referring the results, in the course of the work we observed the existence of underreporting of accidents with biological material significantly, in addition to incomplete notifications. This is justified in different ways, ignoring the guidance that all workplace accidents, regardless of clearance work activities, must be completed and notified the event through CAT - Notice of Work Accident.

Key words: Work, Process, Nursing, Accident Work with biological material.

## INTRODUÇÃO

Este estudo teve como objetivo analisar o trabalho do profissional de Enfermagem e a dimensão dos acidentes com material biológico que estão submetidos no âmbito da atividade profissional, tendo como tema: **O Trabalho dos Profissionais de Enfermagem: análise dos acidentes de trabalho com material biológico – Goiás 2008-2012.**

Segundo a Associação Brasileira de Enfermagem – ABEN (2006), a vulnerabilidade em que esses profissionais estão submetidos, o risco é significativo, considerando que os trabalhadores de Enfermagem, em sua maioria, estão inseridos no campo da política de saúde, são prestadores de assistência ininterrupta, 24 horas por dia.

Os profissionais de Enfermagem são os que executam cerca de sessenta por cento das ações em unidades de saúde, atuando na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, desde a unidade básica de saúde, contribuindo em grupos por meio de orientações, palestras, atividades, seja no ambiente hospitalar, visando à recuperação ou reabilitação, desenvolvendo cuidados como higienização corporal, administrando medicamentos, dietas, realizando curativos, entre outros procedimentos pertinentes ao cargo.

A ABEN (2006) segue destacando que os trabalhadores de Enfermagem são uma categoria de profissionais da área de saúde que mais entra em contato físico com os doentes e, por excelência, é uma profissão eminentemente feminina, apesar de na atual conjuntura ser exercida por pessoas do sexo masculino e sexo feminino, sendo uma profissão bastante diversificada em sua formação.

Observa-se no cotidiano quanto aos riscos ocupacionais, que essa categoria está exposta a agentes biológicos, físicos e químicos. Mas o risco que a Enfermagem está mais exposta é o risco biológico, devido a seu contato muito próximo. É um cuidar que envolve exposição constante a sangue e outros fluidos corpóreos. Nesse contexto, a respeito do trabalho da Enfermagem, sua gênese, o processo de trabalho dos profissionais de Enfermagem, a política nacional de saúde do trabalhador apresentou suas características organizacionais. Como ocorreu a inserção desses profissionais nos espaços laborais, em especial no ambiente hospitalar. Elencou a dimensão dos acidentes de trabalho com material biológico ocorridos com essa

categoria de profissionais com vistas, ao ambiente de trabalho dos profissionais – o hospital.

Este trabalho aponta a dimensão dos acidentes com material biológico ocorridos com a categoria de trabalhadores da Enfermagem por meio de literatura e dos dados coletados. Os dados encontrados são apresentados por meio de tabelas e gráficos, e posteriormente foi feita sua análise de modo a contribuir para uma abordagem mais precisa dos problemas de acidentes detectados na relação de trabalho dos profissionais de Enfermagem.

Nesse âmbito, a problemática que envolve: o acidente de trabalho com material biológico ocorridos com os profissionais da Enfermagem ocorre devido a ausência efetiva de fiscalização do Estado, dos Conselhos Regionais da categoria, do próprio ambiente laboral?

Com base nessa problematização, cabe refletir sobre a dinâmica que envolve o processo de trabalho dos profissionais de Enfermagem, em especial, no espaço hospitalar. Neste sentido, são elencados os seguintes objetivos específicos para a compreensão deste estudo:

- a) Compreender o processo de trabalho dos profissionais de Enfermagem na política de saúde;
- b) Analisar os dados de sinistralidade ocorridos em relação aos profissionais da área de Enfermagem;
- c) Identificar a incidência/prevalência de acidentes de trabalho com material biológico ocorrido com profissionais da Enfermagem;
- d) Verificar a existência de política de prevenção e os mecanismos de fiscalização do Estado para reduzir os índices de acidentes do trabalho em relação aos profissionais da área de Enfermagem.

Discutir essa temática, bem como pesquisar a relação trabalho dos profissionais de Enfermagem no contexto dos acidentes com material biológico, leva à necessidade de compreender, mesmo que de forma breve, a inserção dessa categoria como profissão, compreender o processo de trabalho, identificar os riscos que esses profissionais estão submetidos. Por outro lado, é necessário entender como está sendo desenvolvida a política de proteção do trabalhador de Enfermagem, quem são os entes responsáveis por essa proteção e como está sendo desenvolvida.

Quanto o interesse por essa temática, ele está relacionado diretamente com a inserção profissional da pesquisadora nessa categoria em ambiente hospitalar, considerando o alto índice de <sup>1</sup>sinistralidade que ocorre no âmbito de trabalho desses profissionais. São dados preocupantes que necessitam de uma análise mais acurada no sentido de observar as causas que levam a ocorrência de acidentes de trabalho dos profissionais de Enfermagem.

Segundo a ABEN (2006), no que se refere à força de trabalho do profissional de Enfermagem, no Brasil, a mão de obra dessa categoria é constituída por mais de um milhão de pessoas. É composta por enfermeiros, técnicos de Enfermagem, auxiliares de Enfermagem e atendentes de Enfermagem. No que se refere às condições de trabalho ABEN (2006), entende-se que tais condições são capazes de ameaçar a própria manutenção da profissão, assim entende a ABEN (2006).

A interpretação acima sinaliza que as condições de trabalho passam por um conjunto de fatores relacionados à organização, execução, remuneração e ambiente do trabalho. Esses elementos devem ser capazes de determinar a conduta dos trabalhadores, como a satisfação, o conforto e a carga de trabalho. Nesse sentido, infere-se que as doenças ocupacionais e os acidentes de trabalho típicos são consequências das más condições de trabalho.

As condições de trabalho são elementos relevantes, pois são capazes de determinar a saúde do trabalhador. Segundo ABEN (2006), essas condições de trabalho marcam o corpo do trabalhador e essa marca para o trabalhador tem significado negativo, que merece atenção e requer uma atuação especial do Estado.

A esse respeito, a associação entende que os profissionais de Enfermagem têm como consequência desta precariedade, o envelhecimento precoce e a incapacidade resultante de acidentes e de doenças profissionais, marcas expressivas em seu corpo físico.

Já no aspecto psicológico, nota-se a dependência alcoólica e o uso indiscriminado de psicofármacos. Nas relações sociais, o corpo também não sai sem prejuízo, uma vez que as condições de organização do trabalho e a manifestação da tecnologia nesse campo tende a modelar os trabalhadores, impondo uma representação diferente de uma categoria para outra dentro da profissão.

Percebe-se que o trabalhador de Enfermagem é duplamente penalizado no

---

1 Número de vezes que ocorre os acidentes.



exercício da profissão. Além de lidar com o *sofrimento alheio*, está exposto a vários tipos de agressões à saúde; o cotidiano profissional traz como resultantes marcas profundas e irreparáveis nos aspectos físicos, psíquico e social.

No que concerne aos acidentes de trabalho de um modo geral: a cartilha do trabalhador de Enfermagem (ABEN, 2006) aponta que, no ano referido, cerca de 270 milhões de pessoas sofreram acidentes de trabalho e 160 milhões contraíram doenças. É notório que o índice de acidentes e doenças ocupacionais são preocupantes não só para a classe trabalhadora, mas para a toda a sociedade.

De modo geral, a respeito das doenças ocupacionais, dos acidentes de trabalho e das mortes ocorridas relacionadas ao exercício do trabalho, para a ABEN (2006), os acidentes de trabalho e as doenças ocupacionais resultaram em 2,2 milhões por ano no mundo. São mais de seis mil mortes por dia na América Latina e Caribe. O número de acidentes cresceu 33%. Nesse contexto, percebe-se o aumento das chamadas novas doenças do trabalho: distúrbios psicossociais, violências, uso de álcool ou outras drogas ilícitas, estresse e AIDS.

No que se refere ao mercado de trabalho, segundo Barbosa (2010), acredita-se que no Brasil, o mercado de trabalho formal do setor de saúde absorve 2,15 milhões de empregados, o que representa quase 9% dos postos de trabalho na economia formal. Discorre ainda que os empregados em profissões e ocupações de saúde somam 47% deste contingente. Esta dinâmica, para a autora, está condicionada pelo processo mais geral de ajuste macroeconômico, marcado por uma tendência à precarização das relações de trabalho e flexibilização nas condições de trabalho.

Nesse contexto, quanto à flexibilização dos direitos sociais, os trabalhadores da área de saúde não estão ilesos dessas particularidades como qualquer outro trabalhador. Nesse espaço também ocorrem as chamadas terceirizações, os trabalhos temporários, os contratos por tempo determinado, o que inviabiliza a segurança do trabalhador, o bem-estar em sua totalidade.

Conforme observado anteriormente, o presente trabalho acadêmico partiu do pressuposto de que no âmbito do trabalho do pessoal de Enfermagem existe uma divisão social no processo de trabalho e de formação, sendo que os profissionais de nível médio e fundamental são os que lidam diretamente com o paciente, sendo os que mais se acidentam no cotidiano profissional. Além disso, entende-se que os equipamentos de proteção individual minimizam os riscos de contaminação, mas não impedem os acidentes em si.

A respeito da ocorrência de altos índices de acidentes registrado no ambiente de trabalho dessa categoria, foram levantados alguns questionamentos: os trabalhadores de Enfermagem que mais se acidentaram com material biológico são os de nível fundamental e de nível médio: auxiliar de Enfermagem e técnico em Enfermagem devido ao contato direto no cuidado do doente na maior parte da jornada de trabalho? O uso dos equipamentos de proteção individual – EPIs – não impedem os acidentes de trabalho com material biológico, apenas minimizam os riscos de contaminação?

O que justificou a elaboração desse trabalho se dar por entender que o presente trabalho tem relevância tanto para os trabalhadores da área de saúde e, em específico, os trabalhadores de Enfermagem, como para os que contratam essa categoria de profissionais, este busca contribuir de maneira significativa tanto com o empregador como também com o empregado.

As categorias de análise foram: processo de trabalho, alienação, mais-valia, Enfermagem, saúde do trabalhador e doenças ocupacionais.

A pesquisa realizada fundamentou-se em literatura direcionada à temática sobre a política de saúde do trabalhador de Enfermagem, o processo de trabalho desse profissional, acidentes de trabalho, acidente de trabalho com material biológico, entre outras fontes que, no percurso, foram necessárias. Além das fontes bibliográficas, foi utilizada fonte de pesquisa documental: Banco de dados do CEREST Estadual – Goiás (2008 a 2012).

A fonte bibliográfica pautou-se na leitura de livros, revistas específicas escritas e eletrônicas, tendo como fundamento teórico os autores: Ricardo Antunes, Sergio Lessa, Marilda Iammamoto, Norberto Bobbio, Dayane Xavier Barros, Carlos Nelson Coutinho, Vicente de Paula Faleiros, Lúcia Maria de Barros Freire, Francisco Antônio de Castro Lacaz, Eva Maria Lakatos, Idelmina Lopes de Lima, Marta Julia Marques, Lilian Kelly de Oliveira Lopes, Karl Marx, Sebastião Geraldo de Oliveira, Potyara A. Pereira, Marluce Aparecida Souza e Silva, Edith Seligmann Silva, Vera da Silva Teles, Vera Regina Waldow, entre outros autores.

Segundo Deslandes (1994), a metodologia é mais que uma descrição formal dos métodos e técnicas a serem utilizadas, indica as opções e a leitura operacional que o pesquisador faz do quadro teórico. A metodologia irá dizer qual o caminho o pesquisador fará para conhecer/desvelar a realidade que propõe.

No que se refere à pesquisa utilizada neste trabalho – utilizou-se da descri-

ção dos dados, fundamentando na pesquisa qualitativa. Entende-se que esta modalidade de pesquisa possibilita aos pesquisadores se aprofundarem de maneira histórica e social sobre os dados pesquisados e numa perspectiva dialética.

A pesquisa qualitativa, por sua vez, deve responder ao objetivo proposto, realizando a análise a respeito da temática de modo crítico e fundamentado. A pesquisa qualitativa tem instrumentos norteadores para dar conta de uma análise mais apurada da realidade proposta. Sinaliza-se que a mesma pautou também na pesquisa quantitativa, quando subsidiou para demonstrar os dados em números que foram elencados e no que se refere às fontes de dados dos acidentes com material biológico, a fonte documental.

Piana (2009) entende que a pesquisa documental apresenta algumas vantagens por ser “fonte rica e estável de dados”, não implica altos custos. Para essa mesma autora, a pesquisa documental é bem parecida com a pesquisa bibliográfica, o que as diferencia é a natureza das fontes, sendo material que ainda não recebeu tratamento analítico, ou que ainda pode ser reelaborado de acordo com os objetivos da pesquisa.

Ainda a cerca dessa temática, para Pádua (1997, p. 62),

Pesquisa documental é aquela realizada a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos (não fraudados); tem sido largamente utilizada nas ciências sociais, na investigação histórica, a fim de descrever/comparar fatos sociais, estabelecendo suas características ou tendências [...].

Nota-se que foi sinalizado pelos referidos autores que a pesquisa documental é aquela realizada a partir de documentos, com teor verídico, e tem sido utilizada como metodologia para conhecer a realidade de maneira ampla nos estudos das ciências sociais.

Esta pesquisa, portanto, foi realizada em fontes bibliográficas e documental e seguiu uma dimensão descritiva quali-quantitativa, tendo como fonte o Banco de Dados do CEREST-Estadual-Goiás – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. Os dados foram referentes aos trabalhadores de Enfermagem do Estado de Goiás que sofreram acidentes com material biológico nos anos de 2008 até o ano de 2012, notificados e registrados na ficha do SINAN – Sistema de Investigação de Informação de Agravos de Notificação – os acidentes de trabalho com exposição a material biológico, ficha específica para esse tipo de notificação de acidente com

material biológico.

O CEREST Estadual trabalha em parceria com os CERESTs regionais e municipais, procurando articular ação que garantam a vigilância em saúde do trabalhador. O CEREST Estadual, como o próprio nome diz, tem abrangência dentro do Estado, ou seja, todos os acidentes notificados nos CERESTs municipal e regional são responsáveis pela alimentação do banco de dados do Estado para repassar tais informações ao Ministério da Saúde, com foco na elaboração de políticas públicas para o segmento dos trabalhadores.

Sabe-se que são algumas das ações dos CERESTs-Estaduais: desenvolver estudos e pesquisas na área de saúde do trabalhador, desenvolver estudo no sentido de formar, especializar e qualificar recursos humanos na área de saúde do trabalhador; proporcionar eventos técnicos na área de saúde do trabalhador; atuar em parceria com os CERESTs Regionais e Municipais.

Além das funções elencadas, o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador promove ações para melhorar as condições de trabalho e a qualidade de vida do trabalhador por meio da prevenção e vigilância. Nesse sentido, o CEREST também atua, de certa forma, como um fiscal nos ambientes de trabalho.

Quanto aos acidentes de trabalho ocorridos com materiais biológicos, entende-se que são aqueles com material biológico, envolvendo sangue e outros fluidos orgânicos e passíveis de contaminação pelos profissionais da área da saúde durante o desenvolvimento do seu trabalho.

Sabe-se que ferimento com agulhas e material perfuro-cortante, em geral, são considerados extremamente perigosos por serem potencialmente capazes de transmitir vários tipos de patógenos diferentes, sendo o vírus da imunodeficiência humana (HIV), o da hepatite B (HBV) e o da hepatite C (HCV), os agentes infecciosos mais comumente envolvidos.

Para análise dos dados foram incluídos todos os registros de acidentes com material biológico ocorridos com os profissionais de Enfermagem no Estado de Goiás informado ao CEREST-Estadual entre os anos de 2008-2012. Foram excluídos todos os trabalhadores de Enfermagem que se acidentaram fora do período citado e que tiveram outro tipo de acidente que não seja com material biológico. A apresentação e análise dos dados serão realizadas e demonstradas mediante tabelas e gráficos para melhor visibilidade e compreensão da temática e dos dados encontrados.

A dissertação está dividida em três capítulos. No primeiro capítulo buscou-se

definir o que é o trabalho humano, sua dimensão e contribuição na vida dos sujeitos sociais, o trabalho do profissional de Enfermagem no Brasil e em Goiás, discorrendo sobre a sua construção histórica como profissão, o processo de trabalho dos profissionais de Enfermagem, a dimensão do processo saúde e doença para o trabalhador de Enfermagem, visto que este é um profissional que lida na maioria das vezes, com a dor do outro. Assim, é necessário manter-se saudável, com equilíbrio físico e emocional, para contribuir com o sujeito adoecido.

No segundo capítulo foi possível demonstrar teoricamente a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, sua relevância, seu marco legal, as doenças ocupacionais mais frequentes em trabalhadores de Enfermagem e referência aos acidentes de trabalho com material biológico, os quais esses trabalhadores estão expostos com frequência e sobre os instrumentais legais que asseguram a proteção jurídica à sua saúde, bem como a fiscalização nos ambientes de trabalho.

No terceiro e último capítulo foram elencadas as particularidades do CEREST Goiás, órgão que recebe dos CERESTs regionais e municipais as notificações de acidentes com material biológico, realizado por meio da ficha SINAN – documento formal para registro de acidentes de notificação compulsória, no caso, de acidentes com material biológico, entre outros dados relevantes – sendo demonstrados os dados a partir da análise de tabelas e gráficos.



## CAPÍTULO I - O TRABALHO HUMANO

O trabalho produz maravilhas para os ricos, mas produz privação para o trabalhador. Produz palácios, mas cavernas para o trabalhador. Produz beleza, mas deformação para o trabalhador. Substitui o trabalho por máquinas, mas lança uma parte dos trabalhadores de volta a um trabalho bárbaro e faz da outra parte máquinas. Produz espírito, mas produz imbecilidade, cretinismo para o trabalhador (MARX, 2004, P82).

### 1.1 Trabalho

Discutir essa temática é instigante, pois de uma forma ou de outra se percebe que a maioria dos sujeitos está inserida em algum tipo de atividade denominada trabalho, ocupação, labor, entre outras denominações conhecidas e dessa atividade retira o seu sustento ou mesmo a satisfação pessoal e ou profissional.

Segundo Iamamoto (2012), ao privilegiar o tema trabalho, é necessário explicitar o significado do trabalho no processo de constituição do indivíduo social e na produção da vida material, isso nos marcos da sociedade capitalista. Assim, será importante sinalizar como se manifesta o modo de produção vigente.

Sabe-se que anterior ao modo de produção vigente existiu outros modelos de produção e a sociedade se organizava conforme cada momento histórico. Nesse sentido, segundo Porto (2013), no transcorrer da história, as sociedades humanas se organizaram de diferentes formas com o objetivo de produzir bens e serviços fundamentais ao atendimento das suas necessidades. Para tal, surgiram as relações de trabalho, a forma como se organizam para modificar a natureza em benefício próprio.

Anteriormente ao modo de produção capitalista conhecia-se o modo de produção escravista e feudal<sup>2</sup> este último, que se caracterizava pela relação de servidão dos trabalhadores que eram ligados a terra e deviam obediência aos proprietários das mesmas, de modo que a produção dos trabalhadores era exclusivamente para o seu sustento. Existem diferenças entre o modo de produção baseado na mão-de-obra escrava e a servidão feudal. No escravismo, por exemplo, o sujeito era propriedade do amo, já no sistema feudal o servo pertencia a terra, estava ligado a ela.

---

2 - Ver GIDDENS, Anthony, 2005.

A esse respeito, Porto (2013, p. 30) assevera que “o trabalho sempre esteve presente nas sociedades humanas organizadas, embora a sua forma de articulação tenha variado ao longo do tempo”. Este autor identificou os modos de produção que marcaram o ocidente, são eles: o escravismo, o feudalismo e o capitalismo. Em cada um deles os homens se organizam de modos diferentes objetivando a produção e havendo a distinção quanto aos meios de produção e à apropriação dos frutos do trabalho.

Quanto às relações de produção, para Porto (2013), no modo escravista, a apropriação do meio de produção se dava por uma classe – os senhores e a exploração da classe de escravos. No modo de organização feudal, os meios de produção pertenciam a alguns membros da sociedade.

Já na sociedade capitalista, modelo este instalado a partir da Revolução Industrial nos séculos XVIII e XIX, traz para a arena de trabalho a máquina a vapor, o tear mecânico que, inseridas na indústria, culminou na alteração das relações de trabalho – empregador e empregado. Nesse contexto, a nova classe dominante é a classe burguesa.

Para Faleiros (1985), o modo de produção capitalista destruiu o modo de produção feudal com base na produção de mercadoria rudimentar e com a implantação da produção manufatureira industrial, justificada pela extração da mais-valia.

No que se refere o modo de produção capitalista,

O ponto de partida para Marx é a produção. O objetivo a que se propôs foi de investigar o regime capitalista de produção e as relações de produção e circulação que a ele correspondem, como forma de compreender o processo de acumulação e as crises da economia capitalista a ele inerentes (...). O modo de produção capitalista transforma o bem econômico em mercadoria. Esta transformação do bem econômico em moeda, através da venda, permite a realização da mais-valia e a continuação do processo de reprodução e acumulação do capital (...). A não realização da mais-valia cria um desequilíbrio entre a produção e consumo, do qual germina um excesso de capacidade instalada, a que Marx se refere como a “epidemia da sobre produção”, quando a procura é insuficiente para absorver a totalidade da capacidade produtiva instalada a preços que garantam ao capitalista a taxa de lucro esperada (CARVALHO, 2004, p.525-526).

A instalação desse modelo econômico trouxe em seu bojo a divisão social de classe, a exploração do possuidor sobre os despossuídos, a justificativa pela



necessidade de obter mais-valia no desenvolver da produção. Com isso, tem como resultados trabalhadores desempregados, em condições precárias, com salários míseros, a terceirização da mão de obra, entre outros determinantes.

A respeito do modo de produção capitalista, Porto (2013) compartilha do pensamento de Vita (1989), quando aponta que a implantação da sociedade capitalista na Europa Ocidental se concretizou no momento da Revolução Francesa de 1789 e da Revolução Industrial que se iniciou na Inglaterra no final do século XVIII. Entendem que o século que segue, o século XIX, foi marcado pela mudança do regime de trabalho, ou seja, a implantação do sistema vigente, o desenvolvimento do capitalismo em nível nacional.

Para Pereira (2000, p. 58), “o capitalismo constituiu a primeira sociedade que, mediante a força e estrutura social, condena classes inteiras da população a lutar quotidianamente pela satisfação das necessidades existenciais puras e simples”. Nesse sentido, observou a realização do trabalho “forçado”, pois se não obtiver salário não terá como se sustentar e sob esse olhar observa-se a liberdade parcial do trabalhador, porque não terá como escolher trabalhar ou não trabalhar.

No que se refere às diversas ideologias a respeito da atividade laboral, para Japiassú e Marcondes (1996), em concepções e épocas diferentes, assim mencionam, nas teorias econômicas do século XVIII, com Adam Smith, o trabalho passa a adquirir centralidade na economia política que, na concepção de Karl Marx, é condição indispensável à existência do homem.

Marx (1974) entende que o trabalho é um processo que participa o homem e a natureza, transcorre no momento em que o ser humano com sua própria ação regula e controla a relação com a natureza. Tem-se a natureza como elemento e parte de suas forças. O homem coloca em movimento as forças naturais de seu corpo, visando o uso dos recursos da natureza, como elemento útil para si. Atuando sobre a mesma, modificando-a e sendo modificado. Nesse processo, Marx entende que o sujeito trabalhador é capaz de ter despertado forças adormecidas.

Japiassú & Marcondes (1996) afirmam que, na linguagem bíblica, a ideia do processo de trabalho está intimamente ligada ao sofrimento e punição. Esses autores colocam que, para os povos gregos, o trabalho significava a hipossuficiência do homem, ou seja, os que trabalhavam não possuíam condições de manter o seu sustento, a não ser por meio do trabalho físico. Sob a concepção dos filósofos moder-

nos<sup>3</sup>, o trabalho torna o homem mestre e possuidor da natureza.

A concepção filosófica reforça com veemência que é pelo trabalho que o homem aprende e apreende constantemente. Nesse sentido, entende-se que o termo trabalho tem dimensões e desdobramentos complexos de elencar e de dar conta das suas particularidades.

Lautier (1999, p. 10) afirma que, “a palavra trabalho vem do latim *tripalium*, tripé utilizado primeiramente para manter a pata do cavalo que está sendo ferrada, posteriormente para os prisioneiros que eram torturados”. Essa pesquisadora entende que o trabalho inicialmente significava a ausência de liberdade. Porém, é inegável dizer que o sujeito tem liberdade em sua totalidade, pois não tem outra alternativa a não ser vender a força de trabalho para obter o sustento na sociedade capitalista.

Percebe-se que tanto Lessa (2012) quanto Lautier (1999) compartilharam do mesmo entendimento quando afirmaram que o trabalho é o núcleo da socialização, não apenas porque retira o sujeito da vida privada, mas porque lhe garante um espaço na sociedade, acesso ao mercado de trabalho e, ainda, por harmonizar a vida individual e coletiva.

A respeito da produção e reprodução social ocasionada pelo trabalho, da ação laboral ter o poder de constituir alicerce para toda riqueza material, observe, para Marx (1974), elenca que o trabalho não produz apenas mercadorias, ele produz o operário como mercadoria, o que o coloca em condições desfavoráveis aos que possuem os meios de produção.

Percebe-se que o trabalho no sentido mais geral, é a atividade por meio da qual o homem modifica o mundo, a natureza e de forma subjetiva, busca satisfazer suas necessidades básicas. Por outro lado, o trabalho tem a capacidade de colocar o sujeito na condição de mercadoria, produz o sujeito trabalhador e explorado em prol do enriquecimento de poucos.

Para Lamamoto (2012, p.70),

A força de trabalho é uma mercadoria que, ao ser colocada em atividade, aliada aos meios e instrumentos de produção, transforma-se em trabalho. Logo, ao ser consumida, sob o controle do capitalista, como parte de suas mercadorias adquiridas no mercado, exerce o específico papel de repor e fazer crescer o capital adiantado.

---

3 - Ver Chauí (2000). Convite à Filosofia.

O trabalhador é o construtor de objetos que, por sua vez, são apropriados de forma contrária à produtividade, ou seja, um pequeno grupo se apropria do que foi construído coletivamente. À medida que o trabalhador constrói objetos, dá vida a uma matéria, algo que está em constante construção, em contínua transformação do ser social e da natureza.

Na interpretação de Johnson (1997) e Japiassú & Marcondes (1996) fundamentado em Karl Marx (1974), o trabalho é tanto o processo quanto o produto. Neste sentido, o desenvolvimento de uma atividade que culminará em um resultado ou produto propriamente dito é trabalho, é uma relação entre o indivíduo, o processo de construção e o produto deste. À medida que constrói outros objetos, dá vida a uma matéria. É algo que está em constante construção, em movimento contínuo.

Acredita-se que não se pode tomar a atividade laboral de forma isolada. É necessário avaliar todo o quadro histórico, o modelo de produção vigente – o capitalismo – uma vez que este é capaz de não apenas produzir mercadorias, mas de tornar o ser humano uma mercadoria. Ao ser considerada a intensidade que o capitalismo se desenvolve, por um lado o trabalho é o responsável pela gênese da riqueza material, por outro lado priva o homem produtor do acesso na proporção que produz.

De acordo com Silva (1999), os seres humanos estão sentenciados a produzir sua própria existência, isso fica evidente quando um animal irracional age com o instinto apenas para manter sua sobrevivência de alimentação e manutenção da prole. Já a ação humana é direcionada por resultados conscientes, desafiando a natureza em prol da sua sobrevivência e interesses. Ainda de acordo com o referido autor, o trabalho é uma atividade humana, que se desenvolve de uma maneira particular em relação a outros seres.

O ser humano é, portanto, diferente de qualquer outro animal, pois enquanto o animal permanece apenas envolvido na natureza, a pessoa é capaz de transformá-la, tornando possível a existência da cultura, sendo herdeira e criadora de valores, acumulando experiências que acreditamos serem realizadoras. Esta ação realizadora se dará pelo discernimento entre as diferentes experiências optando por aquelas que apresentam 'favoráveis', convertendo-as em ideias e imagens, resultando daí um processo reiventivo (SILVA 1999, p.89).

O homem tem a capacidade de criar e reinventar colocando a natureza a seu favor e objetivando um resultado. Nesse contexto se dá a idealização do resultado, condição específica do homem, socializar com outros homens e com a nature-

za, transformando-a e sendo transformado simultaneamente.

Compartilham desse pensamento o autor Lessa (2012) e Johnson (1997), quando compreendem que o trabalho é o elo orgânico do homem com a natureza. É ele que justifica todos os outros complexos sociais. Este por si só justifica todas as relações sociais, no que diz respeito à tríade: trabalho, natureza e homem na produção e reprodução de bens. Karl Marx (1974) e Lessa (2012) compartilham do mesmo entendimento quanto ao trabalho: este é um processo entre o homem e a natureza, um processo que o homem, por meio da sua própria ação, se defronta com a natureza bruta, põe suas forças em movimento e apropria da mesma para atender suas necessidades vitais.

Percebe-se, que o homem tem uma relação de mediação e intenção com a natureza, transforma-a conforme sua necessidade e objetividade. Neste sentido, supõe uma intencionalidade do sujeito produtor de modo que, ao transformar a natureza, o homem também é transformado. Ao término do objetivo alcançado este indivíduo não será mais o mesmo, porque o processo de produção e reprodução permitiu aprendizado.

A esse respeito Iamamoto (2012) manifesta que por meio do trabalho o homem afirma-se como ser criador, não apenas como indivíduo pensante, mas como agente que situa pelo consciente e racional, visto que o trabalho é atividade prática concreta. Este, por sua vez, resulta em mudanças também no sujeito humano e não apenas na natureza.

Nessa construção afirma ainda que trabalhar é um direito de cidadania no atual modelo de economia, direito de quem vive em sociedade e, como se sabe, o trabalho é um direito social fundamental, é uma necessidade básica do ser humano no modelo econômico vigente. Pereira (2000) comenta que o homem é um animal social e sua essência não se dá apenas pela sobrevivência, soma-se a isso o trabalho, a sociabilidade, a universalidade e a liberdade.

Cabe mencionar a finalidade da natureza para os homens e para os animais. Os homens fazem uso da natureza já tendo planejado, idealizado, conforme sua necessidade, domina-a para lhe servir. Já os animais utilizam este recurso no sentido de apenas se manter nela, claro que, ao contrário dos seres humanos, pois não tem a dimensão da ideação, dos resultados das ações.

Acerca do papel social fundamental que o trabalho desempenha na vida dos sujeitos, segundo Lessa (2012), o que faz do trabalho algo tão sublime além da or-

ganicidade que existe entre homem e natureza é o fato do trabalho ser condição contínua da vida social. É a função social que este desenvolve no sentido de atender às necessidades básicas e necessárias dos sujeitos sociais. Para Pereira (2000), as necessidades básicas são objetivas e são universais porque a ausência dessas garantias trará consequências similares para todos os sujeitos e em qualquer cultura. A necessidade básica passa pela saúde física e pela autonomia do sujeito coletivo.

Segundo Silva (1999), o trabalho é uma atividade relacional porque além de desenvolver as habilidades que levam à socialização dos sujeitos, proporciona a interação entre os sujeitos coletivos. Culmina em aprendizagem e habilidade por meio do manuseio dos instrumentos, somado a isso, o conhecimento como resultado da afetividade das relações sociais. Nessa arena o homem conhece a natureza e a utiliza a seu favor de maneira pensada, objetivando um fim, um resultado.

Ainda discutindo o processo de trabalho, ações capazes de transformar a natureza e o homem, como já sinalizado, convém mencionar o trabalho abstrato, forma de trabalho existente, dimensão que muitas categorias profissionais estão inseridas. Para Lessa<sup>4</sup> (2012), o trabalho abstrato são todos os trabalhos desenvolvidos por meio de troca salarial, visando uma autovalorização do capital, gerando mais-valia.

Entende-se por mais valia a apropriação do trabalho não pago. Para Johnson (1997, p.137) a “mais valia ocorre quando os empregadores exploram pagando aos trabalhadores apenas parte do valor do que eles produzem e conservam o restante para si mesmo em forma de lucro”. É a apropriação do trabalho não pago como mencionado. No que diz respeito à mais-valia, esta é a condição do trabalhador explorado, sob a forma de trabalho descrita como mercadoria,

A força de trabalho dos operários é o único valor de uso capaz de multiplicar o valor. Ao vender sua força de trabalho ao empregador, em troca de um salário, ela se torna um valor de troca como qualquer outra mercadoria: o valor da força de trabalho é determinado pela quantidade de trabalho necessário à sua produção. Todavia, o empregador prolonga ao máximo a duração do trabalho do operário. Este sobretrabalho cria um sobreproduto, uma mais-valia que não é paga ao trabalhador, que lhe é subtraído e marca a sua exploração

---

3 - O trabalho abstrato é precisamente isso: o processo social pelo qual o capital, para a sua autovalorização, pode e de fato desconsidera as diferenças ontológicas entre as diferentes práxis sociais reduzindo-as, todas, àquilo que, para ele, é o essencial: as suas diferentes capacidades de produzirem mais-valia (LESSA, 2012, p. 89).

(JAPIASSÚ; MARCONDES, 1996, p. 171).

Nota-se que essa discussão vem confirmar o empobrecimento ou até mesmo a miséria de muitos trabalhadores e, sem dúvidas, o enriquecimento de outros, os detentores dos meios de produção, sem falar do lugar de destaque que o mercado ocupa por conta de quase tudo ter sido transformado em mercadoria. Necessário mencionar que esse tipo de ocorrência, a apropriação da mais-valia, se manifesta nas economias de produção capitalista.

Ainda acerca da apropriação do trabalho não pago, observe o que Bernardo (2009, p. 22) aponta:

(..) modelo da mais-valia é a de uma relação social entendida como movimento de tensão entre dois polos. Num extremo temos a submissão da força de trabalho ao capital: o tempo de trabalho incorporado na força de trabalho é a formação e a reprodução dessa força de trabalho, mediante o consumo de bens materiais e serviços permitido pelo montante da remuneração recebida; (...) No outro extremo temos a apropriação pelo capital do produto do processo de produção: o produto em que a força de trabalho incorpora tempo de trabalho é-lhe socialmente alheio, pertence ao capital (...).

Nota-se que Johnson (1997), Japiassú & Marcondes (1996), Lessa (2012) e Bernardo (2009) compartilham do mesmo pensamento no que se refere ao processo de mais-valia no modo de produção capitalista, trabalho realizado e não remunerado, acumulação para os donos dos meios de produção, o contratante da força de trabalho.

Para Antunes (2012), no que diz respeito à força de trabalho, essa está posta na forma de mercadoria, com diferença no que se refere a existência de liberdade, querer vender ou não vender a força de trabalho, tendo em vista que é por meio da força de trabalho que o sujeito subtrai recurso para sua subsistência. Nesse sentido, o trabalhador ficará sem opção. Segundo este autor, no que se refere ao entendimento de Marx, o trabalhador se transforma em mercadoria ao colocar sua força de trabalho à venda, torna-se um ser estranho, pois não tem outra opção a não ser a venda da força de trabalho,

(...) por um lado o trabalho é uma atividade central na história humana, em seu processo de sociabilidade e mesmo para a sua emancipação. Por outro lado, com o advento do capitalismo, houve uma

transformação essencial, que alterou e tornou complexo o trabalho humano (ANTUNES, 2012, p. 9).

No modo de produção capitalista<sup>(5)</sup> observa-se a complexidade da atividade humana na dimensão trabalho. Antunes (2012) afirma que, sob o capitalismo, o trabalhador rotineiramente não se satisfaz no trabalho, se deteriora, não se vê como humano, ocorre, portanto, a desumanização no trabalho.

Para Domingues (2001), a sociedade capitalista assenta-se sobre um elevado grau de desenvolvimento da divisão social do trabalho e no mesmo ritmo se encontra as relações de troca, em que deram espaço à universalização do dinheiro como mediador da vida econômica. Para Bobbio (2004), o modo de produção capitalista é um conjunto de comportamentos individuais e coletivos atinente à produção, distribuição e consumo de bens. Este pauta-se na dialética da coletividade relacionada à produção, à socialização dos bens produzidos e consumidos.

Nota-se, que há certa complexidade no processo de trabalho inserido no modo de produção vigente, algo que por meio da atividade laboral pode conceder *liberdade, autonomia* para o sujeito por um lado, mas por outro pode até desumanizar, degradá-lo. É no mínimo contraditório o fato de algo colocar os sujeitos sociais em tal dimensão, uma vez que, para muitos estudiosos como Antunes (2012), o trabalho é a condição essencial e fundamental de toda a vida humana. Neste caso, podemos afirmar que o trabalho é que instituiu o próprio homem, é condição para que o homem continue a viver em sociedade.

Por meio desta explanação, percebe-se que há a necessidade de o homem estar inserido no mercado de trabalho, tendo em vista a necessidade de sua subsistência, pela socialização com outros sujeitos e com a natureza, pela sua capacidade criadora, pela satisfação pessoal e profissional, pelo sentido do trabalho. É notório que os sujeitos sociais estejam inseridos em algum tipo de atividade laboral. Na sua maioria, os trabalhadores vendem sua força de trabalho<sup>6</sup> para que seja possível o retorno monetário, tão necessário às suas necessidades básicas.

No que se refere à organização do trabalho, essa ocorre por meio da divisão

---

5 - Para além de uma abordagem dualista, o capitalismo no Brasil continua crescendo “por elaboração de periferias”. Os excluídos sociais, agora sediados nas grandes metrópoles, através dos baixos salários – por pressão do desemprego e pela redução dos direitos trabalhistas – dos empregos temporários e do rebaixamento dos preços dos serviços e dos produtos cobrados pela multidão de trabalhadores autônomos, abrem novas formas de geração de excedente num momento em que o capital produtivo mostra-se engolfado pela dinâmica financeira (POCHMANN et al 2003, p.57).

6 - FALEIROS, Vicente de Paula. Ver Cidadania e Política. In: Sociedade Civil e Democracia: Expressões Contemporâneas. LUIZ, Danuta E. Cantoia (org.). Ed. Veras. São Paulo: 2010.

social do trabalho, do modo como são organizados os serviços. Esse modo de organização se dá na sociedade capitalista quando as tarefas são subdivididas a partir da especialidade de cada mercadoria produzida. Na Indústria ocorre a divisão nos ramos de produção, nos serviço por setores e ou atividades, o que impede o trabalhador de conhecer o processo de trabalho na sua totalidade. Nesse modelo, os trabalhadores sentem-se minorizados, pois não se apropriam do resultado da produção ao final do processo.

Portanto, a inserção do homem em algum tipo de atividade laboral é histórica e se dá pela objetividade e subjetividade dos sujeitos sociais. Nota-se que, com o passar do tempo esta atividade tornou-se necessária devido às demandas sociais, à institucionalização das diversas profissões para atender as necessidades sociais criadas, atendendo também demandas e direitos sociais<sup>7</sup> da população. Nesse sentido, a Enfermagem foi uma dessas profissões construída historicamente para atender os acometidos das epidemias e doenças, porém, sob a determinação do modelo econômico vigente.

Como afirma Marx (1974), o trabalho tem papel central na vida do homem, coloca-o numa dimensão superior aos animais, pois realizam suas tarefas pensadas e objetivadas, mesmo que não sejam alcançados os resultados anteriormente projetados. Neste caso, é considerada a alienação a que são acometidos os trabalhadores por determinação do modo de produção capitalista. Para Engels (1952), o trabalho é a origem de toda riqueza, é a condição mestra de toda a vida humana. De certo modo, é possível afirmar e reconhecer que o trabalho criou o próprio homem.

Acerca do processo de alienação a que o trabalhador está submetido, Marx (1974), afirma nos Manuscritos Econômico-Filosóficos que o trabalhador torna-se um ser estranho; o que deveria ser fonte de humanidade se converte em desrealização do ser social, alienação e estranhamento dos sujeitos que trabalham.

Esse processo de alienação<sup>8</sup> do trabalho não acontece apenas no resultado na perda do produto do trabalho, mas também no próprio ato de produção, resultado da atividade produtiva já alienada. Assim, sob o modelo capitalista, o trabalhador não se satisfaz no trabalho, mas se degrada; não se reconhece (Marx, 2004).

O processo de trabalho ocorre nas diversas atividades laborais e também possui uma historicidade, por isso, deve ser apreendido em sua totalidade, entre ou-

---

7 - Ver TELLES, Vera da Silva. *Pobreza e Cidadania*. ed 34. São Paulo: 2001.

8 - Ver Dejours (1998).



tros aspectos. É o que será problematizado no próximo subitem acerca do trabalho dos profissionais de Enfermagem.

## 1.2 O Trabalho do Profissional de Enfermagem

Ao afirmar que o trabalho não se esgota em si mesmo, significa dizer que o trabalho é algo que vai além das aparências no que se refere à atividade executada. De modo geral, o trabalho dos profissionais de Enfermagem é realizado com o sentido de preservar a saúde por meio de atividade educativa e no âmbito da atuação preventiva, contribuindo para sua recuperação. Acredita-se que nesse caso, o profissional atua procurando garantir o mínimo de conforto ao sujeito adoecido.

Ao mencionar o termo Enfermagem, não há como negar a associação ao fenômeno doença, mas também ao restabelecimento da saúde, algo que está intimamente relacionado com o processo de trabalho dos profissionais de saúde das mais diferentes categorias, aqui em específico, dos trabalhadores de Enfermagem.

Para Lancmam. & Sznelwar, (2004), o trabalho é mais do que o ato de trabalhar ou vender sua força de trabalho em busca de remuneração. Há um retorno social pelo trabalho, o trabalho como fator de integração a determinados grupos sociais com certos direitos sociais. O trabalho para este autor tem função psíquica porque é um dos alicerces de constituição do sujeito, elo com a identidade da subjetividade.

O processo de trabalho está inserido na totalidade dos processos sociais. Está relacionado à constituição da identidade do sujeito. Para Lancmam & Sznelwar (2004), Lessa (2012), e Antunes (2012), no que refere a esse processo de construção, compartilham do mesmo pensamento quanto ao seu valor como algo determinante para a constituição do sujeito. Durante toda a história da humanidade, a atividade laboral, onde quer que ela se desenvolva e de como se desenvolva, mesmo sob diferentes olhares<sup>9</sup> e contextos históricos, sempre existiu.

Para Waldow (2001), a atividade ocupacional no cuidado do outro, sempre existiu na história humana e essa ação se estabeleceu como forma de viver e de

---

9 - A categoria central da ontologia marxista – o núcleo (...) é o trabalho. O Trabalho, desde suas formas primária e imediatas até às mais complexas, é a chave da legalidade objetiva que se manifesta na história. Ocorre no trabalho não apenas o laço essencial entre homem e natureza, mas também e, sobretudo, o tipo de determinação ontológica que é própria da vida social, enquanto formação ontológica mais complexa que a natureza. No trabalho, portanto, manifesta-se o “ser homem do homem”, o modo ontológico peculiar da especificidade humana (COUTINHO 2010, p.241).

construir relações sociais. Assim, cuidar é relacionar-se com o outro. De forma geral, na sociedade brasileira, o profissional de Enfermagem nos seus diversos níveis de formação e atuação laboral, o enfermeiro, o técnico em Enfermagem, auxiliar de Enfermagem e o atendente de Enfermagem, estão inseridos nos diversos espaços ocupacionais com foco no cuidado humano.

No que diz respeito às atividades desenvolvidas, o técnico de Enfermagem, o auxiliar de Enfermagem e o atendente de Enfermagem trabalham sob a coordenação de um profissional enfermeiro nos diversos espaços ocupacionais. Na atenção básica nas suas mais diversas especificações, nos espaços hospitalares públicos e privados, entre outras políticas. Sabe-se que nos espaços hospitalares os profissionais de Enfermagem representam a maioria da força de trabalho e prestam assistência ininterrupta.

Segundo Lima (2006), no que diz respeito ao mercado de trabalho, dos (as) profissionais de Enfermagem, esses profissionais podem atuar em todas as esferas do setor público ou privado, nas organizações públicas de saúde e de ensino de Enfermagem. A inserção desses profissionais ocorre de diversas formas, sendo por regime celetista, contratos, concurso e como plantonistas em espaços formais e informais.

No que se refere à gênese dessa profissão, sabe-se que suas bases estão ligadas à religiosidade, à caridade, além do quê, é notável o fato de ser uma profissão proeminentemente feminina, em especial, em ambiente hospitalar. Segundo Lopes (1996), de modo geral, 70% dos trabalhadores hospitalares são mulheres e, se considerarmos algumas profissões, em específico, na saúde, o índice é mais elevado, a exemplo dos trabalhadores da lavanderia, da alimentação, do Serviço Social, entre outros.

Lopes (1996, p.77) aponta a Enfermagem em números nos espaços de trabalho: “a enfermagem sozinha representa 40% do total de trabalhadores hospitalares”. No que diz respeito ao contexto da proeminência do sexo feminino nessa categoria profissional, Vera Waldow (2001) ilustra a relação mulher e cuidadora:

Compreende o cuidar, estabelecem a relação enfermagem/mulher (mãe) cuidado. (...), o papel da enfermeira como mãe nutridora e educadora, amplia para o cuidado de doentes, idosos e necessitados. Em adição a isso, eventualmente o cuidado compreende ou inclui também o sentido de afeição, preocupação, assim como o de responsabilidade pelas pessoas necessitadas (WALDOW, 2001, p. 51).

A mulher, portanto, desde os primórdios foi incumbida desses cuidados. Infe-re que essa profissão, até os dias atuais, tem em sua constituição a maioria dos pro-fissionais do sexo feminino. No que se refere ao processo de construção da profis-são Enfermagem, segundo Lima (1999), esta categoria passou por três fases distin-tas: a empírica ou primitiva, a evolutiva e a de aprimoramento.

Na fase empírica ou a primitiva, Lima (1999) assevera que não havia profis-sionais, a assistência prestada aos doentes era realizada por pessoas leigas. Neste período, as ações das irmãs de caridade na Europa e as diaconisas na Alemanha lançaram as bases da Enfermagem. Acredita-se que, nestes períodos, as pessoas doentes eram expostas a riscos devido ao não conhecimento científico em relação aos cuidados, sem desconsiderar o fato de que o risco também sobrevinha para os que atuavam na prestação de cuidados sem as devidas precauções com dimensões mais amplas do que as de hoje. Assim, afirma a autora, a Enfermagem que se co-nhece hoje tem bases religiosas, de caridade e de fortes influências americanas.

Na segunda fase, denominada evolutiva, a Enfermagem iniciou um novo momento com a presença de ilustre personalidade, Florence Nighingale<sup>10</sup>, que con-tribuiu grandiosamente para que tal atividade, além de ser uma arte (dito por ela), iniciasse a cientificidade em meados do século XIX. Relevante mencionar que, ape-sar de todas as qualidades de Florence Nighingale, foi necessário que ela enfrenta-se uma guerra para que a Enfermagem obtivesse as conquistas que se conhece ho-je.

Profissão reconhecida legalmente, com Código de Ética, Conselho Federal, Regionais, Associações e sindicatos. Segundo Lima (1999), após retornar da Guerra da Criméia, Florence fundou a Escola de Enfermagem do Hospital Saint Thomas, em Londres, que receberia o nome de Escola de Enfermagem Nighingale. Nesse espaço foram formadas as primeiras enfermeiras que, aliás, muito lutaram pelas conquistas atuais da profissão.

Na terceira fase, denominada fase do aprimoramento, a profissão de Enfer-magem apresentou uma relativa ascensão profissional. Neste contexto, observou-se que, com o passar do tempo, vieram as descobertas no campo das ciências físicas,

---

10 - "A chamada Dama da Lâmpada era destemida, brava e ao mesmo tempo suavíssima. Tinha uma grande capacidade de agir e sentir. Inteligente, culta e de grande talento, levou a enfermagem, em cinco decênios, de 1854 a 1907, a alcançar elevados conceito, capaz de dignificar uma profissão tão incompreendida e combatida" (LIMA, 1999, p. 29-30).

biológicas e sociais, somando para a compreensão acerca dos conceitos de prevenção, cura e reabilitação.

Segundo Lima Lima (2006) e Lima (1999), a Enfermagem *nigtingaleana* valoriza o efeito do corpo sobre a mente, entendendo que o processo de recuperação de uma pessoa doente, depende do equilíbrio orgânico. Nesse sentido, com o avançar da cientificidade, foram requeridos dos profissionais de Enfermagem, além da profissionalização, a necessidade de relevância da totalidade dos sujeitos sociais. Nota-se que a percepção desse profissional deve estar fundamentada no conceito de totalidade, pois o sujeito está inserido em grupos sociais.

A Enfermagem desenvolveu a compressão do sujeito como uma célula, a partir dos cuidados individualizados, compreendendo a relação biopsicossocial e espiritual da pessoa humana.

Para Gastaldo & Meyer (1989), a origem histórica da enfermagem é mencionada como se toda a ação de cuidado dispensado a um doente, mesmo nos tempos mais remotos já fosse uma ação de Enfermagem. Assim,

Lê-se a história da enfermagem como se a mesma tivesse surgido com o homem e suas enfermidades. Por conseguinte, os cuidados prestados pelas mães, esposas caridosas ou movidas por sentimentos religiosos às crianças, velhos ou doentes tem sido tratados como sendo a origem da enfermagem (GASTALDO & MEYER, 1989, p.7).

Compreende-se que a Enfermagem tem em sua história de construção um cunho religioso e de caridade, sem desconsiderar a presença da figura feminina, como mencionado. A Enfermagem por muito tempo atuou desenvolvendo suas ações profissionais sem conhecimentos científicos, mas por outro lado, sobretudo com os avanços científicos o mais diversos segmentos sociais, fundamentado no modelo econômico, houve a necessidade de profissionalizar as ações para cuidar do doente. Sua profissionalização veio também para atender uma necessidade do modo de produção capitalista, pois esse em sua configuração coloca o trabalho no patamar de adequação às demandas socioeconômicas que, aliás, estão em constantes e ligeiras transformações sociais.

Segundo Gastaldo & Meyer (1989), cada profissional neste sistema econômico representa um investimento que deve ser preservado e a morte é algo que deve ser evitada ou adiada ao máximo. Nota-se que para atender primeiramente o modo de produção vigente, faz necessário formar profissionais com conhecimento cien-

tífico para atender às demandas do mercado de trabalho. Não se pode negar que o cuidado de uma vida é de grande responsabilidade e não aceita ausência de conhecimento técnico e científico, mas também por outro lado, não se pode omitir que a profissionalização da equipe de Enfermagem veio primeiramente para atender a uma demanda do modo de produção capitalista.

Para Kirchof (2003), Florence Nightingale e Ana Neri – as precursoras da Enfermagem brasileira – definiam a profissão no século XIX como a arte de cuidar, mas ao longo da modernidade a Enfermagem avançou na sistematização das suas práticas até a cientificidade das ações. Notadamente como qualquer outra profissão, os avanços e limites são construções que ocorrem gradativamente.

Segundo Lima (2006), a Enfermagem é uma ciência humana de pessoas e vivências na área de conhecimento do cuidar dos seres humanos, que abrange do estado de saúde aos estados de doença. Estes cuidados atuam contribuindo na prevenção e na recuperação da saúde dos sujeitos, procurando garantir equilíbrio ao corpo humano.

No que se refere ao conceito de saúde, Lima (1999), e Lima (2006), compartilham da mesma perspectiva quando afirmam que a saúde é um fenômeno que vai além da ausência de doença no corpo humano. Lima (2006, p.24) escreve: “a saúde é algo dinâmico, indivisível, que existe quando se mantém as condições de equilíbrio entre o estilo de vida de cada pessoa, as condições do meio ambiente e o acesso a um conjunto de ações que servem para garantir o estado de saúde”.

Segundo Lima (2006), a Enfermagem hoje tem como metas a redução ou evitar as tensões biofísicas e biopsicossociais das pessoas que buscam atendimentos de saúde. A Enfermagem definida por Florence Nightingale era sinônimo de saúde, tinha o olhar para o meio ambiente sadio, condições das habitações, educação das crianças e adultos. Para essa autora, na atual conjuntura a Enfermagem pode ser conceituada como ação social, atividade a ser realizada por pessoas que cuidam da vida.

E mais, a Enfermagem tem como objeto de trabalho o cuidado humano, que tem em sua essência a preservação, manutenção e reabilitação da vida. Todas as suas ações se direcionam para que o corpo alcance o equilíbrio. Claro que a saúde como um todo, considerando o sujeito um ser biopsicossocial, não depende somente do profissional de Enfermagem. Além deles, existem outros que também estão aptos ao cuidado com o outro. Por meio das suas ações estão inseridos nas diversas polí-

ticas públicas que poderão garantir saúde em sua totalidade.

### **1.3 O Trabalho da Enfermagem no Brasil e no Estado de Goiás: sua dimensão social e histórica.**

É notório que o trabalho da equipe de Enfermagem ocorre diuturnamente ao atender os pacientes quando internados. O profissional de Enfermagem é quem mantém uma relação mais próxima e processual com os pacientes. Também são estes que geralmente percebem suas fragilidades físicas e psicológicas inicialmente. Nesse sentido, muitos se vêem na obrigação de apresentar soluções às demandas relacionadas à sua saúde.

Para Pinto (2010), o trabalho não apenas se manteve, mas segue até a atualidade, é o fundamento da sobrevivência humana, o ato primeiro e requisito de toda a história, assumindo papel central na sociedade atual. Para Dejours (2004), a tese conhecida como centralidade do trabalho mostra que o trabalhador desempenha papel essencial de formação nos diversos espaços públicos, porque trabalhar não é só produzir, é viver conjuntamente, construir uma relação de cuidado com o outro, relação de respeito mútuo, contribuição complexa de todos. O trabalho é o locus em que se realiza o aprendizado.

O trabalho da categoria de profissionais de Enfermagem é conhecido por toda a sociedade brasileira, tanto pela representatividade, no que se refere ao quantitativo de profissionais, quanto pela dimensão social da profissão. Segundo Gastaldo & Meyer (1989) e Lima (1999), a Enfermagem profissional nos moldes atuais nasceu na Inglaterra no século XIX, com Florence Nightingale.

Estes autores perceberam que a formação da Enfermagem profissional tinha duração de três ou quatro anos e baseava-se, segundo Florence Nightingale, na capacidade de executar fielmente ordens médicas e de autoridades, de modo que a profissão foi constituída como dependente e subordinada à prática médica.

Muitos acreditam que atualmente continua essa subordinação, mas esses dados não representa a Enfermagem atual. Pelo contrário, a Enfermagem compõe sim a equipe da política de saúde e de outras políticas, mas detém certa autonomia amparada pelo Código de Ética, mesmo que a grande maioria delas seja prescrita pelo profissional médico. Observa-se que é cultural acreditar que o saber do enfermeiro é subordinado ao saber médico, mas isso é uma inverdade, porque cada pro-

fissão tem o seu processo de construção.

No Brasil, a profissionalização da Enfermagem, bem como do ensino superior, datam do século XIX. No que se refere à profissão nos moldes brasileiros, observe o que Gastaldo & Meyer (1989) sinalizaram em seu artigo a esse respeito: “Foi a vinda de 32 enfermeiras americanas e europeias, em 1921, que disseminou entre nós a enfermagem científica idealizada por Florence Nightingale no século XIX na Inglaterra” (GASTALDO & MEYER, 1989, p.9).

Ainda segundo os autores, no Brasil como em outros países, parte considerável dos atendimentos aos doentes eram realizados por religiosos, o sentimento de religiosidade marcou o percurso da Enfermagem brasileira. Lima (2006) também compartilha do pensamento de Gastaldo & Meyer (1989) quando menciona o cunho religioso da enfermagem brasileira que permaneceu por muitos anos sob as instituições leigas e posteriormente religiosas. Foi sob as orientações católicas que Florence desenvolveu seus dons para a organização, pesquisa e tomada de decisões em ambientes hospitalares.

Nesse sentido, a Enfermagem brasileira nasceu de um modelo americano para a América Latina. Para Lima (2006 P. 57) “a enfermagem brasileira, organizada e estruturada pelo paradigma nightingaleano desde 1923, desenvolveu-se até o advento do vestibular unificado como uma profissão feminina, assim reconhecida em qualquer espaço da sociedade”. Na atualidade, a enfermagem brasileira é exercida por pessoas do sexo masculino e feminino.

O Conselho Federal de Enfermaem - COFEN (2011) compartilha da afirmação de Lima (2006) ao afirmar que a profissão de enfermagem é exercida por pessoas do sexo masculino e feminino, claro que o maior contingente dos trabalhadores é do sexo feminino. Para o COFEN (2011), do total de 1.449.583, 1.264.461 são do sexo feminino e 184.942 são do sexo masculino. Quanto à faixa etária dos trabalhadores de Enfermagem no Brasil, a maioria tem entre 26 e 45 anos de idade.

Para Waldow (2001),

A enfermagem no Brasil por ser ainda considerada uma profissão nova e em vias de estudo constitui terreno fértil para incluir, em seus currículos, o cuidado humano. Da mesma forma constitui espaço privilegiado para discussão, estudo, e debate nos curso de pós-graduação, atualmente em franca expansão no país. O Cuidado humano, com certeza, pode ser a base fundamental, independente do modelo utilizado, evidentemente acompanhado de seus aspectos

técnicos e científicos, assim como estético e ético (WALDOW, 2001, p. 55).

Portanto, a Enfermagem brasileira é uma profissão relativamente nova. É notório em suas ações que seu foco seja o cuidado com o sujeito, com o outro, considerando-o como um todo em suas dimensões biológicas, psíquicas e sociais. Sabe-se que na equipe de saúde, dentre os trabalhadores, a atuação dos profissionais de Enfermagem é decisiva na <sup>11</sup>terapêutica do paciente, cujo resultado não só depende da técnica empregada, mas também das relações interpessoais que envolvem a equipe da saúde, o paciente e a família.

A respeito da relevância dessa profissão,

Os agentes de enfermagem, ao exercer seu trabalho, se tornam extremamente importantes na vida da clientela, como ponto de referência, figuras humanas consistentes, assim consideradas ao estender suas mãos para trabalhar cada uma e todas as dificuldades. (...) O agente de enfermagem deve estar preparado (a) para se manter estável e forte diante de uma pessoa que se sente sem forças ou desesperado (a) na sua dor ou em suas necessidades (LIMA, 2006, p. 48).

Nesse contexto, a Enfermagem em suas ações de cuidado vai além de apenas executar técnicas, é um trabalho que requer do profissional uma perspectiva crítica, resolutiva, que seja capaz de entender os momentos de vulnerabilidade relacionada à demanda. Desempenha um papel social essencial no que diz respeito à proteção e melhoria da saúde da população que demanda serviços de saúde em especial, os serviços de Enfermagem.

De acordo com Araújo et al (2012), a Enfermagem presta assistência contínua, representando o maior grupo prestador de cuidados ininterruptos ao paciente, sendo responsável por aproximadamente 60% da execução de procedimento de saúde.

O profissional de Enfermagem<sup>12</sup> atua na prevenção, na recuperação e na

---

11 - Tratamento e reabilitação do doente.

12 - Ver Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, lei que regulamenta o exercício da Enfermagem. Art. 2º - A Enfermagem e suas atividades Auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício. Parágrafo único. A Enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação.



reabilitação do paciente, sem falar que os profissionais estão presentes nas diversas políticas públicas entre elas: na Saúde, na Educação, na Previdência Social, Assistência Social, no Judiciário, no Meio Ambiente entre outros espaços, procurando garantir a manutenção da saúde e bem estar dos sujeitos. No que se refere à representatividade dessa categoria em solo brasileiro, a Associação Brasileira de Enfermagem – ABEN (2006) – aponta que,

No Brasil, a força de trabalho da enfermagem é constituída de mais de um milhão de pessoas. São enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, atendentes e auxiliares operacionais de serviços diversos assemelhados (...) à mercê de condições de trabalho capazes de ameaçar a própria sobrevivência da profissão (ABEN, 2006, p. 24).

Percebe-se que esta categoria profissional tem relevância social no que diz respeito ao quantitativo de trabalhadores e à contribuição terapêutica, mas as condições de trabalho podem chegar a ser ameaça para este segmento de trabalhadores, porque o trabalho propriamente dito representa isso, o lidar cotidiano com a pessoa doente e os riscos relacionados às doenças pertinentes a essa profissão, sem contar os acidentes de trabalho.

Segundo a ABEN (2006), a singularidade da Enfermagem atuante na política de saúde é complexa. Para cumprir seu papel social muito teve que avançar, tendo em vista a demanda posta nesse campo e considerando o processo de globalização, do avanço tecnológico e do modelo econômico atual. Aponta ainda que o trabalhador brasileiro de Enfermagem, no domínio da sua prática, inclui: prestação de cuidados diretos e a avaliação de seu impacto, defesa dos interesses dos pacientes e da saúde em geral, supervisão e delegação de tarefas, direção e gestão, ensino e pesquisa, elaboração da política de saúde, entre outras funções pertinentes ao exercício da função.

Para Waldow (2001), no Brasil, a Enfermagem tem um aspecto diferencial no que diz respeito ao afastamento gradativo dos profissionais enfermeiros em relação ao paciente, pois são chamados para outras atividades. Devido a sua formação acadêmica e ao número reduzido de profissionais desse nível, são chamados para liderarem técnicos de Enfermagem, auxiliares de Enfermagem e atendentes de Enfermagem, organizando e planejando as tarefas, coordenando as equipes e os gastos, de modo a tornar o serviço prático, eficiente e econômico.

Lima (2006) compartilha da mesma perspectiva de Waldow (2001) no que se refere ao afastamento dos profissionais de nível superior do cuidado direto. Assim, tem-se observado que a maioria dos enfermeiros estão desenvolvendo seu papel profissional pautado na atividade de exercer a chefia sobre os profissionais de nível médio, o u seja, técnicos de Enfermagem. Isso se traduz em números excessivos de enfermos para os profissionais de nível médio e fundamental, gerando cuidados insuficientes e insatisfação da equipe, culminando em tensão e pressão no ambiente de trabalho.

Percebe-se que no processo de trabalho o cuidado direto passou a ser realizado pelas categorias técnicas e auxiliares. Para as autoras, esta situação é um retrocesso para a categoria. É compreensível essa ocorrência pelo fato de diversas categorias terem avanços e retrocessos, vivenciarem um processo de construção contínua. Na Enfermagem não foi diferente, porém, sob a ótica do cuidado houve perdas, sim, pois o profissional enfermeiro detém conhecimento científico iniciada na formação acadêmica. Os técnicos e auxiliares de Enfermagem, por sua vez, possuem conhecimentos técnicos.

Até um período curto de tempo, observa-se que a maioria das escolas de Enfermagem era de nível médio, com cursos técnicos. No momento atual ocorre o contrário. Segundo o COFEN (2011), o quantitativo de enfermeiros no Brasil nas próximas décadas tende a crescer devido ao número dos cursos de graduação e, sobretudo, pelos incentivos do governo, cada vez mais aproximando seu número ao quantitativo de técnicos de Enfermagem. Porém, no campo de trabalho ainda não tem ocorrido esse aumento de profissional enfermeiro na atuação direta com o paciente doente.

Os dados coletados no COREN-Goiás em 2013 vêm ao encontro do apontado pelo COFEN (2011). Segundo o Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, em pouco mais de três anos, os inscritos na categoria enfermeiro tiveram crescimento de quase quarenta por cento (40%).

Em território brasileiro, a Enfermagem construiu sua história e consolidou-se como profissão. Atualmente é regulamentada legalmente pela lei 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, e dá outras providências.

O artigo 2º do Código citado dispõe que a Enfermagem e suas atividades auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscri-

tas no Conselho Regional de Enfermagem, com jurisdição na área onde ocorre o exercício. Assim, a Enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação. No que se refere à divisão dentro da categoria de enfermagem, entende-se que o enfermeiro é aquele que fez curso de graduação em Enfermagem, como determina a legislação:

Art. 6º - São enfermeiros:

I - o titular do diploma de Enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei;

II - o titular do diploma ou certificado de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica, conferido nos termos da lei;

III - o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz (**Lei Nº 5.905/73**).

O profissional Técnico de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem integrantes dessa categoria são os que estão elencados a seguir.

Art. 7º - São Técnicos de Enfermagem:

I - o titular do diploma ou do certificado de Técnico de Enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado pelo órgão competente;

II - o titular do diploma ou do certificado legalmente conferido por escola ou curso estrangeiro, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Técnico de Enfermagem.

Art. 8º São Auxiliares de Enfermagem:

I - o titular de certificado de Auxiliar de Enfermagem conferido por instituição de ensino, nos termos da lei e registrado no órgão competente (**Lei Nº 5.905/73**).

As parteiras também atuam sob essa legislação, segundo o artigo 9º:

São Parteiras: a titular do certificado previsto no art. 1º do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, observado o disposto na Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959; a titular do diploma ou certificado de Parteira, ou equivalente, conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil, conforme prevê a legislação (**Lei Nº 5.905/73**).

Para o COFEN (2011, p. 253), o recurso humano da equipe de Enfermagem no Brasil é inserido em uma das 13 profissões da área de saúde, reconhecida legalmente. Destaca que “hoje são 1.446.404 profissionais de Enfermagem, o que corresponde a 64,7% da força de trabalho na saúde do Brasil (...) somos: 287.119 Enfermeiros, 625.863 Técnicos de Enfermagem e 533.422 Auxiliares de Enfermagem”.

Segundo Souza & Gutierrez (1989), a Enfermagem brasileira registrou que desde a criação da primeira escola, em 1923 até a década de 1.960, tem como traço marcante a luta por conquistas legais em relação ao ensino e o exercício da profissão. Apesar do número de profissionais de enfermagem na política de saúde, o COFEN (2011) aponta que ainda há muitos desafios para a profissão de no Brasil. São alguns deles: formação com qualidade, condições dignas do exercício profissional, carga horária<sup>13</sup> regulamentada para essa categoria, piso salarial, entre outros desafios.

No Brasil, acerca da representatividade/ocupação desses trabalhadores, destacamos que recentemente foi realizada uma pesquisa e divulgada pelo Instituto de Pesquisas Aplicadas – IPEA, pelos pesquisadores Nascimento, Maciente, Assis (2013) que discutiram sobre as perspectivas profissionais de nível<sup>14</sup> médio e superior. No que se refere à geração de emprego nas carreiras técnicas de nível médio, a pesquisa demonstrou que os cursos técnicos trazem uma formação mais rápida e, conseqüentemente, um retorno financeiro mais prematuro devido a inserção profissional no mercado de trabalho mais cedo.

O período analisado – janeiro de 2009 a dezembro de 2012 – demonstrou que no Brasil foram gerados 402.490 postos de trabalho; das oito carreiras analisadas de nível médio técnico, a que mais gerou postos de trabalho no Brasil foi a de técnicos da ciência da saúde humana. Observe:

Os técnicos da ciência da saúde humana – entre os quais estão inseridos técnicos e auxiliares de enfermagem, técnicos em próteses ou

---

13 - Ver PL 2295/2000 – Ementa: Dispõe sobre a jornada de trabalho dos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

14 - Ver NASCIMENTO, Paulo A. Mayer M.& MACIENTE, Agnaldo Nogueira & ASSIS, Lucas Rocha Soares. As ocupações de nível técnico que mais geraram empregos entre 2009 e 2012. In: *Perspectivas Profissionais nível técnico e superior*. Radar: Tecnologia, Produção e Comércio e Exterior. IPEA, nº27, 2013.

\_\_\_\_\_. As ocupações de nível superior que mais geraram empregos entre 2009 e 2012. In: *Perspectivas Profissionais nível técnico e superior*. Radar: Tecnologia, Produção e Comércio e Exterior. IPEA, nº 27, 2013.

em imobilizações ortopédicas, técnicos em odontologia, técnicos em óptica e em optometria, e tecnólogos e técnicos em terapias complementares e estéticas – foram os técnicos de nível médio que mais viram expandir suas oportunidades de emprego nesse período. A cada cem novos postos de trabalho abertos para técnicos de nível médio entre 2009 e 2012, entre 24 e 25 foram preenchidos por esta categoria (NASCIMENTO; MACIENTE; ASSIS, 2013, p. 23).

Foi possível perceber que os profissionais de Enfermagem de nível médio tiveram evolução significativa no ramo de atividade ocupacional, o que não se discutiu aqui foram às qualidades das condições de trabalho, os riscos ocupacionais e nem o salário, mas sim, a criação de postos de trabalho. Não se pode negar que a pesquisa trouxe um dado novo e recente que, sem dúvida, contribui e contribuirá para as discussões dessa categoria. É fato que os dados retrataram que a expansão dos postos de trabalho na área de Enfermagem ocorreu com maior proeminência nos Estados do Rio Grande do Sul e em Pernambuco, e de forma relativa em Sergipe e Tocantins.

Segundo Nascimento, Maciente e Assis (2013), na categoria de nível superior, na pesquisa citada, a Enfermagem ficou em segundo lugar no quadro de ocupações, na geração de postos de trabalho. O primeiro lugar ficou com a categoria de trabalhadores de Tecnologia da Informação. É uma das vinte e duas ocupações de nível superior que mais gerou postos de trabalho no Brasil (janeiro de 2009 a dezembro de 2012), segundo dados extraídos do CAGED – Cadastro Geral de Empregado e Desempregados. No período descrito e analisado foi gerado no Brasil um total de 304.317 postos de trabalho. Os postos equivalentes ao tempo integral (44 horas semanais), a pesquisa evidenciou que:

A segunda profissão de nível superior que mais teve postos de trabalho gerados no período foi a de enfermeiros e afins: nove a cada cem novos postos de trabalho equivalentes à jornada em tempo integral foram gerados para este tipo de profissional de nível superior. (...) O campo de trabalho para enfermeiros e afins parece ser relativamente mais promissor no Acre, na Bahia, no Espírito Santo, em Sergipe e no Tocantins, embora, em termos absolutos, o maior número de empregos gerados para estes profissionais esteja em São Paulo, em Minas Gerais, no Rio de Janeiro, na Bahia e no Rio Grande do Sul (NASCIMENTO, MACIENTE, ASSIS, 2013, p.36-38).

Portanto, quanto à evolução das ocupações, a categoria de Enfermagem tem relevância significativa. Não se pode negar que isso é um avanço, apesar do

autor ter explicitado que a pesquisa não é tendenciosa na escolha de profissões, retratando apenas o quadro de ocupações nos níveis técnico e superior.

No Estado de Goiás<sup>15</sup>, a profissão de Enfermagem tem seu marco na cidade de Goiás, em ocasião da inauguração do hospital de Caridade São Pedro de Alcântara, em 1826. Segundo Guimarães, Andrade, Santos (2005), com o passar dos anos foram surgindo escolas de Enfermagem para atender a demanda posta da época.

Segundo Andrade & Santos (2005), a formação da equipe de Enfermagem no Estado de Goiás na década de 1930, ocorreram em duas escolas instituídas no interior do estado de Goiás, na cidade de Anápolis – Escola de Enfermeiras Florence Nightingale – e outra escola na cidade de Rio Verde – Escola de Enfermeiras da Casa de Saúde Evangélica. As autoras destacam que essas escolas atuaram na formação de enfermeiros até a década de 1960, posteriormente por questões legais, essas escolas passaram a trabalhar somente com a formação de profissionais de nível médio, cursos técnicos.

Em Goiás, como já mencionado, as primeiras escolas de Enfermagem com formação de enfermeiros foram instituídas na década de 1930. Já as escolas de Enfermagem de cursos técnicos foram instituídas apenas em 1967, quando o Governo Federal lançou o programa referente aos cursos técnicos, entre eles o técnico em Enfermagem, contribuindo para uma maior divisão social do trabalho de Enfermagem, segundo Guimarães & Carvalho (2005).

Atualmente em Goiás, são inúmeras as escolas de Enfermagem em nível de graduação, como a Universidade Federal de Goiás, a Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás, entre outras. Em relação aos cursos técnicos, tem-se as escolas SENAC, Sena Aires, entre outras.

Para Guimarães & Andrade (2005), o hospital de Caridade São Pedro de Alcântara se institucionalizou como um espaço para resolver questões sociais<sup>16</sup> gritan-

---

13 - Capital Goiânia, População estimada em 2013: 6.434.048; População em 2010: 6.003.788, Densidade demográfica (hab/km<sup>2</sup>) 17,65; Número de Municípios 246, disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=go> acesso em 23 de outubro de 2013.

16 - (...) a questão social não se reduz ao reconhecimento da realidade bruta da pobreza e da miséria. (...) a questão social é a aporia das sociedades modernas que põem em foco a disjunção, sempre renovada entre a lógica do mercado e a dinâmica societária, entre a exigência ética dos direitos e os imperativos da eficácia da economia, entre a ordem legal que promete igualdade e a realidade das desigualdades e exclusões tramada na dinâmica das relações de poder e dominação (...) a questão social é o ângulo pelo qual as sociedades podem ser descritas. Ligas, problematizadas em sua história, seus dilemas e perspectivas de futuro (Telles, 2001, p.115).

tes à época, como o caso da mendicância, em função da ocupação urbana acelerada no Estado de Goiás.

Em meados de 1826, todo indivíduo que cuidava de doentes e feridos independente de ser em ambiente hospitalar era denominado enfermeiro. Nessa conjuntura, quanto ao cuidado para com os doentes, havia a preocupação de colocar enfermeiros para cuidar de homens doentes e enfermeiras para prestar cuidados às mulheres doentes, assim colocou Guimarães & Andrade (2005).

É relevante mencionar que até os dias atuais é feito referência a qualquer profissional da enfermagem como enfermeiro, o que traz descontentamento para os que são enfermeiros de fato, àqueles que possuem formação acadêmica. Sendo assim, é real a existência de diferenças, tanto na formação como em parte das atribuições, e no conhecimento científico construído na academia.

Segundo Guimarães & Andrade (2005), no período citado, os enfermeiros recebiam salários diferenciados das enfermeiras. Isso também acontecia com os auxiliares de Enfermagem do sexo masculino que também recebiam salários diferentes dos auxiliares de Enfermagem do sexo feminino. Torna-se inquietante, mesmo no bojo de uma profissão relacionada ao cuidado com o humano, o preconceito quanto ao gênero que ainda prevalece.

A esse respeito, observe o que Martins & Melo (2013) destacam:

Se os lugares socialmente atribuídos às mulheres – que lhes confere centralidade na vida privada e reprodutividade – pode ser alterado em virtude da sua renda (...) uma vez que a renda tende a ser reduzida por se considerar acessório o lugar da mulher na manutenção da família. Não é aleatório que a pobreza apresenta ser uma característica feminina. A subalternização das mulheres na vida pública e sua ausência nos espaços de poder acabam por explicar o seu limitado acesso à renda na sociedade capitalista, na qual o dinheiro é fundamental para o atendimento das necessidades cotidianas. (...) Entender como as relações de gênero têm apresentado demandas que impactam na construção de políticas públicas nacionais, em especial na saúde, é um desafio que pressupõe o conhecimento do perfil da população atendida (...) fatores que promovem as desigualdades e as especificidades em relação às suas necessidades cotidianas (MARTINS & MELO, 2013, p. 167).

Observe que nesse contexto de juízo de valor transmitido de geração a geração, tem culminado em prejuízo significativo não só para o segmento rejeitado, mas para toda a sociedade.

Nota-se que a divisão sexual do trabalho esteve presente na arena da Enfermagem, e ainda existe. Tem sido apresentada como um princípio organizador do modo de produção capitalista. Somado a isso, Lopes (1996) entende que esse modo de organizar não é neutro, a organização do trabalho está carregada de preconceito. Ao se fazer analogias é possível perceber que o *fazer* da Enfermagem, bem como seus profissionais, são resultados de uma construção histórica complexa e dinâmica.

No que se refere às instâncias que regulam e defendem a profissão no Estado de Goiás, em 1982 a Associação dos Profissionais de Enfermagem de Goiás – APEG – deu início ao processo de criação do Sindicato dos Enfermeiros de Goiás – SIEG. Já a Associação Brasileira de Enfermagem – ABEN-GO – foi criada em 1948, ainda com a denominação de associação.

É possível perceber uma escassez de literatura no que se refere à profissão de Enfermagem no Estado de Goiás, como também mencionado pelas autoras, mas também é possível perceber que em Goiás a realidade dessa categoria não se difere de outros locais do Brasil. Existe proeminência da força de trabalho feminina, sua configuração e formatação foram ocorrendo passo a passo. Nota-se que é uma profissão que tem representatividade referente à força de trabalho. O mercado de trabalho, por sua vez, tem demandado muito por este profissional em diversos locais do país, mas ainda há desafios a serem superados.

Quanto ao número de trabalhadores de Enfermagem no Estado de Goiás observe,

(...) a equipe de enfermagem é composta em sua maioria por profissionais de nível médio como é tendência em todo Brasil. No Conselho Regional de Enfermagem (COREN), seção Goiás, de janeiro de 2000 até dezembro de 2010, havia sido registrados 28.302 profissionais dos quais 4.668 eram enfermeiros, 18.362 eram técnicos de enfermagem e 5.272 eram auxiliares de enfermagem (BARROS, 2012, p. 36).

Segundo dados do Conselho Regional de Enfermagem – COREN-GO, até o mês de julho de 2013 foram registrados o seguintes quantitativos de profissionais:



**Tabela 1: Quantitativo Acumulado de Inscritos do Coren-Go Até 31 de Julho de 2013**

<b>INSCRIÇÕES DEFINITIVAS</b>			
	<b>Principal</b>	<b>Secundária</b>	<b>Remida</b>
Enfermeiro	9609	277	75
Técnico	25996	396	75
Auxiliar	5908	94	27
<b>TOTAL</b>	<b>41513</b>	<b>767</b>	<b>177</b>
<b>INSCRIÇÕES PROVISÓRIAS</b>			
	<b>Principal</b>	<b>Secundária</b>	
Enfermeiro	190	00	
Técnico	18	00	
Auxiliar	06	00	
<b>Total</b>	<b>214</b>	<b>00</b>	

FONTE: dados fornecidos via e-mail pelo COREN-GO, no mês de agosto/2013.

Dados do conselho região de Enfermagem dimensiona, a inserção dos profissionais de enfermagem no mercado de trabalho no estado de Goiás é relevante. Observe que até dezembro do ano de 2010, totalizavam um quantitativo de 28.302. Passaram-se pouco mais de dois anos e o quantitativo é de 41.513 inscritos em meados de 2013, progressão significativa. Observa que o crescimento foi maior na categoria de enfermeiros como demonstrado e sinalizado na previsão do COFEN (2011).

#### **1.4 O Processo de trabalho da Enfermagem e a concepção de saúde**

Para elencar dados acerca do processo de trabalho dos profissionais de Enfermagem e elencar concepções de saúde, é necessária a compreensão de que o trabalhador está inserido em um determinado campo de proteção – a política de saúde voltada a ele. Nesse sentido, pretende-se conhecer como ocorre o processo de trabalho desses profissionais, no sentido de levar ou não a doenças ocupacionais ou acidentes de trabalho, em específico, pela inserção da categoria em ambientes hospitalares.

Historicamente, o cuidado humano paralelo à história da profissão de Enfermagem, até a concepção de ciência, bem como a própria ideia de atividade científica no campo da saúde, percorreu um longo caminho. Percurso em que esses elementos têm um elo significativo: o cuidado com o outro, o sujeito doente, ficando o

trabalhador, de certa forma, desprotegido. Não há dúvida quanto ao papel social da profissão de Enfermagem, claro que não apenas no ambiente hospitalar, mas em todos os campos que requer esse profissional, seja ela na atenção a saúde, de meio ambiente, de educação, no judiciário, entre outros espaços ocupacionais.

Neste sentido, considera-se a doença, assim como a saúde, como sendo fenômenos dinâmicos, articulados e contextualizados entre si em determinada sociedade e momento histórico.

Sabe-se que a inserção do indivíduo no mercado de trabalho se dá pela particularidade de cada atividade profissional, e que as condições de trabalho a que estes indivíduos estão expostos podem ter como consequência o adoecimento ao até a morte. Logo, a Enfermagem é parte integrante da equipe de saúde e o seu processo de trabalho envolve várias categorias profissionais, levando a entender ou mesmo reforçar que a saúde vai muito além da ausência de doença. Dentre os profissionais que fazem parte da equipe de saúde em ambientes hospitalares, temos: médicos, enfermeiras, técnicos e auxiliares de Enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais entre outros profissionais.

Nesse contexto, caracteriza-se a presença de um trabalho coletivo com finalidade das ações direcionadas aos cuidados de saúde de maneira integral e consequentemente a garantia de direitos sociais<sup>17</sup>, aqui, a manutenção e ou a recuperação da saúde. Nesse sentido, no que se refere ao profissional de Enfermagem, suas ações desenvolvidas também demandam um certo risco que pode comprometer sua saúde, podendo levá-los a enfermidades e também a acidentes de trabalho.

A relevância do trabalho na vida dos sujeitos é indiscutível, não surge por acaso, como bem entende Iamamoto (2012). Segundo a autora, o trabalho é uma atividade essencial do homem, tem a capacidade de mediatizar a satisfação de suas necessidades frente à natureza e outros homens,

Pelo trabalho o homem se afirma como ser social e, portanto, distinto da natureza. O trabalho é atividade própria do ser humano, seja material, intelectual ou artística. É por meio do trabalho que o homem se afirma como ser que dá respostas prático-conscientes aos seus carcimentos, às suas necessidades. O trabalho é, pois, o selo distintivo da atividade humana. Primeiro, porque o homem é o único ser que, ao realizar o trabalho, é capaz de projetar, antecipadamente, na sua mente o resultado a ser obtido (...). É pelo trabalho que as necessidades humanas são satisfeitas, ao mesmo tempo em que o tra-

---

17 - Ver: TELLES, Vera da Silva. *Pobreza e Cidadania*. 34 ed., São Paulo: 2001.

balho cria outras necessidades (IAMAMOTO, 2012, p. 60).

Tanto Iamamoto (2012) quanto Lessa (2012) compartilham da mesma ótica, que o homem se diferencia dos outros animais pela projeção do resultado planejado, do trabalho realizado. Reforçam que o trabalho está fundamentado na sociabilidade do homem e da capacidade do mesmo em criar novas necessidades sociais. Assim, o homem é o sujeito capaz de planejar o que será o trabalho que ainda será processado.

Para Souza & Gutierrez (1989), a finalidade das ações da Enfermagem, independente do âmbito: preventivo, curativo e de reabilitação, centralizou-se mais no aspecto curativo e dirigido ao paciente hospitalizado. Esse paciente está sob os cuidados de diversos profissionais em instituição de saúde para receber cuidados objetivando restabelecer a saúde. Entre estes profissionais está a equipe de Enfermagem. Para Serra (1983, p. 56) “os serviços de saúde aparecem para resolver determinados problemas que são ditos de saúde, produtos de uma quantidade cada vez maior de contradições no plano individual, familiar ou social”. Neste âmbito, pode inferir que a autora esteja fazendo menção ao fato de que a instituição de saúde não atenda ao paciente em suas particularidades, considerando-o como um ser biopsicossocial, holisticamente.

O termo hospital pode trazer impressões de que se trata somente de um espaço onde estão pessoas doentes, debilitadas, em processo de tratamento, local em que recebem cuidados de diversos profissionais visando sua recuperação, espaço de tratamento curativo e de reabilitação. Entretanto, o hospital é também espaço, mesmo de uma maneira menos proeminente, para o desenvolvimento de uma política de saúde no âmbito preventivo.

Com o objetivo de clarificar o espaço do hospital, Lima (1999) discorre que existem inúmeras definições a respeito do local hospital: “O hospital é a representação do direito inalienável que o homem tem de ter saúde e é o reconhecimento formal por parte da comunidade de sua responsabilidade em prover meios que o conservem sadio ou que lhe restaurem a saúde perdida” (LIMA, 1999, p. 3).

Para Braga (2000), houve alterações quanto à utilidade/utilização do espaço hospital na atual conjuntura. O hospital moderno tem se constituído em campo fértil de experiências diversas, passa a ser local privilegiado para o ensino e a pesquisa de diferentes disciplinas vinculadas à prática médica. Sua missão trans-

cente a de cuidar de doentes, apropriando-se de uma nova missão ao assumir novas tecnologias.

Para o autor, o hospital,

O hospital contemporâneo não é apenas uma instituição que evoluiu. É muito mais, é uma instituição nova. Suas missões são outras, conquanto resguardadas algumas que precederam. Mudaram suas características, suas finalidades, sua administração, seus sujeitos, seus instrumentos e processos de trabalho. O elemento mais constante dessa trajetória tem sido o homem que sofre e morre (BRAGA, 2000, p. 21).

Ao discorrer sobre o ambiente terapêutico, o hospital, para Veiga & Crossetti (2000), os sujeitos afetados pela doença buscam o retorno do seu equilíbrio junto a pessoas e instituições que se encarregam de proporcionar-lhes a saúde. As autoras compreendem “o hospital como um espaço terapêutico organizado para abrigar o homem que busca reencontrar seu equilíbrio (...) o hospital ambiente coletivo e institucional” (VEIGA & CROSSETTI, 2000, p. 13-18).

Nesse cenário, portanto, o hospital tem função social primordial, pois além de ser um espaço terapêutico é um espaço coletivo onde poderá proporcionar a sociabilidade enquanto o doente se recupera. Neste ambiente de terapia há inúmeros profissionais, cada um trará sua contribuição para que o sujeito reencontre o equilíbrio físico e psíquico.

Suponha que a institucionalização deste espaço foi concretizada por meio de lutas da sociedade, pela demanda de tal ambiente. Para Lima (1999) e Guimarães & Andrade (2005), inicialmente os hospitais tinham outra função, a de albergue, os que requeressem cuidados médicos permaneciam em suas casas, onde eram visitados pelos profissionais da época e onde eram tratados de maneira clínica e até cirúrgica.

Para a Organização Mundial de Saúde o hospital é a parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar a comunidades completa assistência médica, preventiva e curativa, incluindo serviços extensivos à família em seu domicílio e ainda um centro de formação dos que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biossociais (LIMA, 1999, p. 3).

O hospital, portanto, deve ter funções de prevenção, curativa, de reabilitação, educativa e de pesquisa, conforme a especialidade de cada um, objetivando o bem estar da coletividade. Nesse sentido, acredita-se que a Enfermagem se relacio-

na com quase todas as atividades do hospital. Para Souza & Gutierrez (1989) o núcleo da Enfermagem age norteado por um processo de ações de caráter preventivo, curativo e de reabilitação, buscando alcançar para o usuário da política de saúde o mais elevado grau de saúde.

Inferre que saúde é algo que proporciona ao sujeito o equilíbrio fisiológico considerando o psíquico e o social. Déjours (1986) afirma que a saúde não é um estado de estabilidade, é, antes de tudo, uma sucessão de compromissos com a realidade, com o vivido que se reconquista. Nesse bojo é possível perceber que a saúde é algo construído cotidianamente e o profissional de Enfermagem, como parte integrante de da equipe de saúde, pode contribuir para seu restabelecimento.

Segundo Lima (1999), Enfermagem é uma profissão que tem recebido diversos conceitos e o seu significado varia com o tempo e os costumes. É uma arte, é uma ciência que enxerga o sujeito sob a ótica da totalidade, prestando assistência para o mesmo como um indivíduo que é composto pelo físico, psíquico e pelo social.

Para Lima (1999),

A enfermagem é 'processo' ou 'sistema' no qual se utilizam métodos, normas e procedimentos específicos, organizados e fundamentados em uma filosofia e objetivos definidos, visando conhecer e atender as necessidades básicas afetadas da pessoa humana (LIMA, 1999, p. 29).

O processo de trabalho, em específico, o da equipe de Enfermagem, é um conjunto de ações desenvolvidas de forma organizada, planejadas e pautadas nos objetivos a serem alcançados: o restabelecimento da saúde, ou quando não mais for possível seu restabelecimento, no mínimo, amenizar o sofrimento proporcionando cuidado e conforto ao outro.

O processo de trabalho da equipe de enfermagem ocorre mais precisamente pelas atividades desenvolvidas, pautadas na divisão do trabalho. No que se refere à organização do trabalho, requer compreender o modo como as atividades estão distribuídas, possibilitando um retorno para a saúde dos trabalhadores de Enfermagem.

Segundo Shimizu & Ribeiro (2007), a preocupação com a saúde dos trabalhadores de Enfermagem cresceu de forma mais acentuada a partir dos anos 1980 no Brasil. Para este pesquisador, o trabalhador de Enfermagem se encontra em condições de vulnerabilidade. Assim observou:

Para caracterizar as peculiaridades do trabalho da enfermagem há de se analisar a composição da força de trabalho, a formação técnica heterogênea das equipes, formas de organização e divisão de trabalho, a predominância do sexo feminino, a remuneração, o trabalho em turnos e a constante vivência de tensões, entre outras (...). Quanto à composição da força de trabalho, mostram que o quantitativo de pessoal de enfermagem nos hospitais está aquém do necessário. Números reduzidos de pessoal predispõem a perigos a quem assume trabalhos em alta sobrecarga, com desgastes físicos e mentais intensos (SHIMIZU & RIBEIRO, 2007, p. 20).

Nota-se que é necessário entender as particularidades dessa categoria de trabalhadores em todas as dimensões. O processo de trabalho de Enfermagem é desenvolvido por diferentes categorias profissionais são: enfermeiro, técnico de Enfermagem e auxiliares de Enfermagem. Segundo Shimizu & Ribeiro (2007), o enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada, está apto ao gerenciamento e desenvolve atividades mais complexas, como sinalizadas e compartilhadas por outros estudiosos.

O enfermeiro tem conhecimento de todo o processo de trabalho, os demais membros da equipe de Enfermagem não conseguem apreender o quadro global do paciente, porque não faz parte das atribuições. O quantitativo de atividades, na grande maioria dos dias, não permite conhecer de maneira mais ampla a situação, pois, os aliena, trazendo sofrimento, desmotivação e apatia.

O processo de trabalho no contexto da Sociologia é compreendido por Lakatos (1986) como sendo as relações do homem com a natureza e é determinado também por relações técnicas de reprodução ou processo de produção. Assim, compreender que o processo de trabalho se dá pelo trabalho em ação, gerando um resultado, no caso da equipe de Enfermagem, o cuidado humano, o conforto o restabelecimento do equilíbrio.

Para Silva (2011), no processo de trabalho a organização é de fundamental importância para o desempenho das funções e para a saúde dos trabalhadores:

A organização do trabalho pode ser definida preliminarmente como a forma de conceber os conteúdos das atividades de trabalho, bem como a sua divisão entre os trabalhadores. A forma pela qual se articula o processo de trabalho e a sua administração é fundamental, não apenas para a produção, mas também para a saúde dos assalariados (SILVA, 2011, p. 163-164).

Segundo Brasil (1998), o processo de trabalho em saúde não pode ser to-

mado como processo em geral, mas sim, nas determinações sócio-históricas de seus objetos, agentes e procedimentos tecnologicamente articulados num tempo e espaço de uma dada organização social. De acordo com Brasil (1998), com o passar do tempo, no contexto do modo de produção capitalista<sup>18</sup>, surgiram práticas de saúde capazes de controlar essa força de trabalho por meio de duas vertentes, são elas: o controle da ocorrência de doenças e a recuperação do doente – epidemiológica e clinicamente.

Sabe-se que o trabalho da equipe de Enfermagem tem em seu resultado o cuidado, o conforto, a contribuição para o restabelecimento do equilíbrio, mas teoricamente não é um trabalho que gera um produto palpável e, por isso, tem sido visualizado como trabalho imaterial, carregado de afetividade, pois inclui contato e interação na promoção de cuidados que se transformam em bens imateriais. Entretanto, a esse respeito, considera-se que,

No trabalho da enfermagem inserido no modelo atual do capital cujo foco está na polivalência, na flexibilidade, nos resultados e na exigência de altos níveis de desempenho, há uma forte tendência a não valorizar a contribuição deste trabalhador, com fortes impactos sobre a sua saúde (TRAESEL & MERLO, 2011, p.41).

Nesse sentido, foi possível perceber que as particularidades da profissão de Enfermagem sob o modo de produção vigente poderá ter como consequência o adoecimento do trabalhador devido às especificidades do próprio trabalho. Para Traesel & Merlo (2011), os resultados do trabalho da Enfermagem estão baseados em relações, comunicações, rede de informações e doação ilimitada de afeto, singularidade do trabalho imaterial.

Neste cenário, a não valorização profissional dada à particularidade da sua profissão, pode levá-lo a uma desmotivação, trazendo prejuízos para o trabalhador e para a instituição ao qual está vinculado, já que pode trazer possíveis consequências, como doenças ocupacionais ou acidentes de trabalho. Assim, é condição indispensável ao bom desenvolvimento do trabalho dos profissionais de saúde a sua própria saúde em todos os aspectos.

A esse respeito, compreende-se por saúde um conjunto de ações, bem co-

---

18 - Na sociedade do capital, a forma mercantil torna-se a forma necessária e geral dos produtos do trabalho, das condições de trabalho e dos meios de vida. Espalha-se no conjunto da vida social, atingindo a força de trabalho do trabalhador "livre", tornando o trabalho assalariado. Ver: Marx, 1980a.

mo diversas políticas sociais atuando em conjunto e que poderão proporcionar o bem estar aos indivíduos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) para Batistella (2013) a saúde "(...) é um estado de bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades". Para Lima (1999), saúde é um bem como a educação, é fator de crescimento social. Ambas proporcionam bem estar para toda a população. Para a autora, a saúde não é fenômeno isolado, e sim, resultado da interação de todas as condições em que a população vive.

Sendo assim, não se pode considerar o sujeito separado do seu contexto social, econômico, ambiental, familiar, de segurança, incluindo a situação de moradia, emprego, renda, entre outros aspectos. Saúde é o resultado de um conjunto de direitos que devem ser garantidos. Por isso, a saúde é um dos direitos sociais fundamentais expressos no artigo 6º da Constituição Federal de 1988.

Acerca das dimensões do fator de saúde, para Figueiredo (2003), ao realizar uma pesquisa sobre essa temática, definiu-as em quatro instâncias a serem consideradas. A primeira é a dimensão orgânica da saúde, um bem biológico de um organismo vivo; a saúde é o resultado do funcionamento eficiente desse organismo. A segunda é a dimensão psicológica da saúde, que se refere ao emocional do sujeito, fator também determinante para a saúde do sujeito. A terceira é a dimensão socioambiental da saúde, que considera o ambiente em que o sujeito vive; uma perspectiva ecológica em que também estão envolvidas as condições de trabalho, de alimentação, a capacidade de se relacionar e o ambiente familiar. Por último, a dimensão ético-espiritual da saúde que perpassa uma abordagem bioética, pela existência.

Portanto, as dimensões vieram ao encontro do que muitos pesquisadores da temática afirmam: que a saúde não é um fenômeno isolado, e sim, um conjunto de ações e determinações objetivas e subjetivas que poderão ter como resultado a saúde.

No Art. 6º da Constituição Federal de 1988, como mencionado: "São direitos sociais: a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição". Sociologicamente acredita-se que, esses direitos sociais são complementares entre si, de modo que um direito estará incompleto se há ausência do outro, e assim sucessivamente. Por isso, entende-se



que saúde é todo um contexto que deve ser analisado e priorizado para o resultado desejado.

Sob a ótica do direito à saúde, é direito de todos e dever do Estado. Um direito social e fundamental imprime a necessidade de atentar para o termo todo. Nesse sentido, é necessário compreender melhor como ocorre a proteção dos trabalhadores no seu espaço de trabalho, em especial, dos trabalhadores de saúde, dos profissionais de Enfermagem, em relação aos riscos de acidentes.

Para Lages & Sena (1992), a situação de saúde do trabalhador é determinada pelas condições gerais do processo de trabalho e de vida numa dada sociedade, historicamente situada. Situar o trabalhador em uma sociedade capitalista, onde os detentores do capital buscam incansavelmente a mais-valia, é um fenômeno que, sem dúvida, preocupante no que se refere à saúde do trabalhador.

Acerca da categoria mais-valia, observe:

Do simples ponto de vista do *processo de trabalho* em geral, apresentava-se-nos como *produtivo*, o trabalho que se realiza em um *produto*, mais concretamente, em *mercadoria*. Do ponto de vista do processo capitalista de produção, acrescenta-se a determinação mais precisa: de que é produtivo o trabalho que valoriza diretamente o capital, o que produz mais-valia, ou seja, que se *realiza* – sem equivalente para o operário, para seu executante – em mais-valia, representada por um sobreproduto, ou seja, um *incremento excedente de mercadoria* para o monopolizador dos meios de trabalho, para o capitalista. (...) Trata-se, pois, de trabalho que serve diretamente ao capital como instrumento de sua *autovalorização*, como meio para a produção de mais-valia. (...) O processo de trabalho é apenas um meio para o processo de valorização do capital. É produtivo, pois, o trabalho que se representa em *mercadorias*; mas se consideramos a mercadoria individual, o é aquele que, em uma parte alíquota desta, representa *trabalho não pago*; ou se levarmos em conta o produto total, é produtivo o trabalho que, em uma parte alíquota do *volume total de mercadorias*, representa simplesmente trabalho não pago, ou seja, *produto* que nada custa ao capitalista (...) é *produtivo o trabalho* que gera diretamente *mais-valia*, isto é, que *valoriza* o capital (Antunes, 2012, p. 125-126).

Nota-se que em busca do incansável lucro, da valorização do capital, a saúde do trabalhador passa a ser negociada em segundo plano, uma vez que o trabalho está, em primeiro lugar, para atender os detentores do capital.

Percebe-se que a responsabilidade atribuída ao profissional de Enfermagem, no que se refere ao desenvolvimento da assistência de saúde de qualidade, passa pelo entendimento do motivo da valorização do profissional e da preocupação

com a precisão das ações técnicas e dos fundamentos científicos.

Os profissionais da área de saúde/Enfermagem, ao escolherem uma profissão, de certa maneira, são conscientes do contato com aspectos relacionados à morte, perdas e sofrimentos. A Enfermagem mantém um contato direto com o enfermo, contato mais constante com os familiares do paciente, já que vivem situações de ansiedade e desespero diante do sofrimento e da possível perda de seu ente.

Nesse sentido, o profissional acaba absorvendo parte desse sofrimento, o que torna o trabalho penoso, e imprime a necessidade de políticas públicas em saúde do trabalhador. Na concepção marxista, o trabalho imprime valor fundamental para o homem, mas não no sentido do adocimento, de modo prejudicial, mas sob a ótica reflexiva e criadora.

O trabalho da forma como está organizado e das ações desenvolvidas, além de provocar doenças ao trabalhador, poderá levá-lo a cometer acidentes de trabalho, trazendo consequências irreparáveis. Em relação aos profissionais de Enfermagem, veremos adiante as principais doenças ocupacionais que os trabalhadores são acometidos e os riscos de acidentes com material biológico.



CONCURSO PÚBLICO



Fonte: Google Imagem

## **CAPITULO II - RISCOS OCUPACIONAIS DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM.**

Mas, a partir do instante em que um homem necessitou do auxílio do outro, desde que percebeu que era útil a um só ter provisões para dois, desapareceu a igualdade, introduziu-se a propriedade, o trabalho tornou-se necessário e as vastas florestas se transformaram em campos risonhos que cumpria regar com o suor dos homens e nos quais logo se viu a escravidão e a miséria germinarem e medrarem com as searas (ROUSSEAU, 1999, p. 213).

### **2.1 A Política Nacional de Saúde do Trabalhador como instrumento de proteção dos trabalhadores.**

No contexto da política de saúde do trabalhador, se incluem os recursos financeiros e humanos necessários à aplicação de estratégias em favor dos trabalhadores, no tema saúde. Faz-se aqui uma menção a todos os trabalhadores do setor de saúde na modalidade formal ou informal.

Segundo Teixeira (2011), a Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) está no núcleo da relação política entre o Estado e a Sociedade Civil. A saúde do trabalhador tem como objeto de estudo as interações entre trabalho e saúde, pautado no objetivo de garantir ações de vigilância, controle e prevenção de riscos ocupacionais, com olhar sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde do trabalhador.

Por Política Nacional de Saúde do Trabalhador, é possível afirmar serem articulações ou recursos estratégicos com vistas às demandas da coletividade trabalhadora. Recursos que foram sendo construídos passo a passo. Por Política, no que se refere seu significado, Norberto Bobbio afirma que,

O significado clássico e moderno de Política - Derivado do adjetivo originado de polis (politikós) que significa tudo o que se refere à cidade e, conseqüentemente, o que é urbano, civil, público, e até mesmo sociável e social, o termo Política se expandiu graças à influência da grande obra de Aristóteles, intitulada Política, que deve ser considerada como o primeiro tratado sobre a natureza, Governo, com a significação mais comum de arte ou ciência do Governo, isto é, de reflexão, não importa se com intenções meramente descritivas ou também normativas, dois aspectos dificilmente discrimináveis, sobre as coisas da cidade. Ocorreu assim desde a origem uma transposição de significado, do conjunto das coisas qualificadas de certo modo pelo adjetivo 'político', para a forma de saber mais ou menos

organizado sobre esse mesmo conjunto de coisas: uma transposição não diversa daquela que deu origem a termos como física, estética, ética (...). O termo Política foi usado durante séculos para designar principalmente obras dedicadas ao estudo daquela esfera de atividades humanas que se refere de algum modo às coisas do Estado (...). Na época moderna, o termo perdeu seu significado original, substituído pouco a pouco por outras expressões como 'ciência do Estado', 'doutrina do Estado', 'ciência política', 'filosofia política' etc, passando a ser comumente usado para indicar a atividade ou conjunto de atividades que, de alguma maneira, têm como termo de referência a polis, ou seja, o Estado. Dessa atividade, a polis é, por vezes, o sujeito, quando referidos à esfera da Política atos como o ordenar ou proibir alguma coisa com efeitos vinculadores para todos os membros de um determinado grupo social, o exercício de um domínio exclusivo sobre um determinado território (...) ela é objeto, quando são referidas à esfera da Política ações como a conquista, a manutenção, a defesa, a ampliação, o robustecimento, a derrubada, a destruição do poder estatal, etc (BOBBIO, 2004, p. 954).

As informações elencadas quanto ao significado do termo política trouxeram vários elementos contidos, dentre eles, aparece várias vezes o fator humano, coletivo, social e público. Assim, a política está para o bem da sociedade, como aponta o autor, algo que deve ter dimensão ampla, abrangendo a coletividade social.

Por Política Nacional de Saúde do Trabalhador, com bases nas diretrizes que norteiam o cuidado com trabalhador no exercício da função ou fora dele, bem como considerando as condições de trabalho e o ambiente onde é exercido as atividades laborais,

A Saúde do Trabalhador compreende a produção de conhecimento, a utilização de tecnologias e práticas de saúde, seja no plano técnico ou político, visando à promoção da saúde e a prevenção de doenças, seja de origem ocupacional ou relacionada ao trabalho. É importante componente da Saúde Pública e da Saúde Coletiva, distinguindo-se por suas marcantes particularidades, como os conflitos entre empregados e empregadores e tensões entre a esfera pública e privada (BRASIL, 2009, p. 177).

Nota-se que a saúde do trabalhador é conjunto de ações coletivas que lança mão de diversos recursos com vistas a promover a saúde e prevenir doenças relacionadas à atividade laboral.

Segundo o Ministério da Previdência Social – MPS – (2004), na Política Nacional de Saúde do Trabalhador, o sujeito trabalhador são todos os homens e mulheres que exercem atividades para o sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua maneira de inserção no mercado de trabalho, seja na econo-

mia formal ou informal.

Nesse bojo, estão incluídas todas as pessoas que trabalharam ou trabalham como empregados assalariados, trabalhadores domésticos, avulsos, rurais, autônomos, temporários, servidores públicos, trabalhadores em cooperativas e empregadores, particularmente os proprietários de micro e pequenas, unidades de produção e serviços, entre outros. Também são considerados trabalhadores aqueles que exercem atividades não remuneradas, em atividades econômicas na unidade domiciliar; o aprendiz ou estagiário e aqueles temporária ou definitivamente afastados do mercado de trabalho por doença, aposentadoria ou desemprego.

Para o Ministério da Previdência Social (MPS), são trabalhadores todos os que estão em condições físicas e psicológicas para exercer algum tipo de atividade laboral, independente de onde ocorre essa inserção. São trabalhadores todos que estão trabalhando ou não, desde que tenham a qualidade de trabalhador, são considerados como tal e requerem cuidado e proteção direcionada do Estado.

A constituição da PNST ocorre a partir de várias demandas, como por exemplo, os riscos ocupacionais que estão expostos os trabalhadores devido às particularidades de suas atividades profissionais ou pela ausência de fiscalização/políticas eficazes, ausência de equipamentos de proteção individual e/ou quantidade inadequada e disponível em locais adequados ou mesmo pela ausência de vigilância nesse sentido.

Considerando a população brasileira e o quantitativo de pessoas ocupadas<sup>19</sup>, bem como os fatores de levam ao adoecimento e à mortalidade, a PNST foi algo que veio para atender demandas justas e emergentes.

Segundo o Brasil (2004), refere que no ano de 2002, era possível encontrar um quantitativo significativo de trabalhadores inseridos em atividades de forma diversificada, sem dúvida, necessitando de olhar e atenção do Estado, de políticas públicas eficazes que garantissem o bem estar nos espaços de trabalho. Ainda para Brasil (2004), o adoecimento ou a morte resultante de fatores sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais relacionados ao perfil de produção, além de condi-

---

19 - (...) Em 2002, a população residente do Brasil era de 171.667.536, sendo homens 83.720.199, mulheres 87.947.337, ocupados 75.471.556, desocupados 7.430.924, empregados 41.755.449, com carteira 22.903.311, militares e estatutários 4.991.101, outros (inclui sem declaração) 13.861.037, trabalhadores domésticos 5.833.448, com carteira 1.556.369, sem carteira 4.275.881, sem declaração 1.198, conta própria 17.224.328 empregadores 3.317.084, não remunerados 4.334.387, trabalhadores na produção para próprio consumo e construção para próprio uso 3.006.860 (MPS, 2004, p.5).

onantes de riscos físicos, químicos, biológicos, mecânicos e ergonômicos presentes nos processos de trabalho particulares eram significativos.

No que concerne ao perfil de adoecimento e mortalidade dos trabalhadores no Brasil, na atual conjuntura, define-se pela existência de agravos, como acidentes de trabalho típicos e doenças profissionais relacionadas ao trabalho ou não.

Segundo o Brasil (2004) e Brasil (2008), coloca a respeito do quantitativo de acidentes de trabalho no período reforçava a necessidade de uma política de saúde do trabalhador, já que nos períodos entre 1999 e 2003 foram registrados 1875.190 acidentes de trabalho, sendo que destes, 15.293 resultaram em óbitos e 72.020 acidentados ficaram com incapacidade permanente. Para o MPS, se comparado os números de acidentes de outros países no que se refere ao resultado em letalidade, os países como Finlândia, França, Canadá e Espanha, estão inferiores ao do Brasil, se comparada a mesma época. O risco de morrer por acidente de trabalho no Brasil em relação a esses países citados é duas vezes maior.

Observa-se que os dados elencados demonstram que o acidente de trabalho é algo que preocupa, merece atenção e intervenção eficaz em caráter de urgência devido à gravidade que representa para a classe trabalhadora de um modo geral. Se ainda forem consideradas as subnotificações de acidentes e doenças ocupacionais a preocupação avança e ainda traz consigo reflexões e questionamentos. Sabe-se que são muitos os pesquisadores que compartilham da perspectiva de que há subnotificações no que se refere aos acidentes com trabalhadores de modo geral.

Segundo o MPS (2004), apesar dos elevados números de casos de acidentes, estes ainda não refletem a realidade. Uma pesquisa realizada no Estado de São Paulo indicou que a cada quatro pessoas acidentadas no trabalho naquele município apenas 0,9% tiveram registro previdenciário. Para a Organização Mundial da Saúde na América Latina, somente de 1 a 4% das doenças do trabalho são notificadas.

A construção da Política Nacional de Saúde do Trabalhador tem seu marco na Constituição Federal de 1998, na Lei 8080/90, na lei 8.142, bem como em outros arcabouços legais. No bojo da discussão que antecedeu à Constituição Federal de 1988, para que a saúde fosse incorporada como política pública de direito de todos e dever do Estado, ocorriam também discussões acerca da necessidade de uma política que se atentasse para os trabalhadores.

A Constituição Federal de 1988 determina em seu artigo 6º: "São direitos

sociais<sup>20</sup> a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”. Observe que o fenômeno saúde, além de um direito social, é um direito fundamental para o sujeito, direito inalienável.

Como estão previstos nos dispositivos legais acima, a política de saúde é dever do Estado e direito de todos, bem como a saúde do trabalhador. O SUS deve colaborar para a proteção do meio ambiente, pois esse é entendido como reflexo para o bem estar e saúde dos sujeitos sociais e, sem dúvida, dos sujeitos trabalhadores.

Na Lei 8.080/90<sup>21</sup>, aponta a respeito da obrigatoriedade do SUS para com os trabalhadores, em seu artigo Art. 2º, lembrando que a saúde é um direito fundamental do ser humano, sendo de obrigação do Estado providenciar as condições que são indispensáveis ao seu pleno exercício. “§ 1º - o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”, CRESS- GO, 2006.

Observe que o Estado é o responsável legítimo para formular e executar políticas públicas para garantir acesso aos serviços de saúde, todos pautados sob o princípio da promoção, proteção e recuperação de todos, sem necessária contribuição. Segundo a lei 8.080/90 no artigo Art. 6º:

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destinam, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo: I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho; II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no

20 - “Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. 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; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho CRESS-GO, 2002-2006, p. 29- 31.

21 - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.



processo de trabalho; III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador; IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional; VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas; VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores (CRESS GO 2006).

O Sistema Único de Saúde deve estar vigilante para com os trabalhadores, elaborando políticas públicas para que esse segmento social possa desenvolver suas atividades com condições dignas, livres de doenças ocupacionais ou acidentes de trabalho como determina a legislação.

É importante salientar que a lei 8.142/90, em cumprimento ao disposto no art.10, da Constituição Federal atual, prevê a participação do cidadão, da coletividade nas decisões no que se refere à gestão do SUS e sobre as transferências de recursos financeiros para a política de saúde, sobre a aplicabilidade dos recursos. Participam de forma organizada como determina por meio dos conselhos, fóruns, conferências, instâncias de participação coletiva, o que também ocorre na política de saúde do trabalhador.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador vem sendo construída e entendida como resultado, fruto da articulação da sociedade, desde o primeiro momento. Já citado na primeira Conferência de saúde do trabalhador em 1986, quando buscavam junto com a inserção da política pública de saúde a gratuidade, hoje impressa na Constituição Federal de 1988, que também fosse inserida a responsabilização para com a saúde do trabalhador. Até aqui, percebe-se que a Política Nacional de Saúde do Trabalhador é de responsabilidade do SUS, das três esferas de governo e deve ser compreendida como recurso de atuação do Sistema Único de Saúde no campo da Saúde do Trabalhador.

A PNST deve garantir a integralidade da atenção, no que diz respeito à saú-

de do trabalhador, a proteção em sua totalidade. Deve estar atenta às condições dos ambientes de trabalho e dos processos de trabalho, bem como dos produtos produzidos. A PNST deve ainda garantir meios para que o trabalhador realize suas atividades, da melhor maneira possível, e que não adoença e ou se acidente, mas se isso ocorrer, será necessário recursos legais para garantir diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação da coletividade trabalhadora rapidamente. Sendo assim, o poder público deve proporcionar agentes fiscais nos espaços laborais para garantir um ambiente de trabalho saudável.

Segundo Lacaz (2010), a segunda Conferência referente à Política Nacional de Saúde do Trabalhador ocorreu em 1994, oito anos após a primeira, e foi pautada pelo chamamento dos órgãos do Ministério do Trabalho e Ministério da Previdência Social para assumir suas responsabilidades, uma vez que o Ministério da Saúde não conseguiu programar ações para esse segmento sozinho. Nesse sentido, entende-se que a construção da PNST passa por grandes desafios, pois deverá atuar em conjunto, uma vez que são vários os órgãos atuando para dar conta de atender a demanda em sua totalidade.

Cria-se, assim, a Portaria nº 3.908, de 30 de outubro de 1998, que criou a Norma Operacional da Saúde do Trabalhador, na qual previa algumas diretrizes para a realização das ações em saúde. Muitas dessas diretrizes eram condizentes com as diretrizes do SUS, dentre elas: a equidade, integralidade, direito ao acesso das informações sobre saúde, controle social, regionalização e hierarquização das ações em saúde do trabalhador, utilização de vigilância epidemiológica. Lacaz (2010, p. 203) afirma que a “configuração da Saúde do Trabalhador como um conjunto de ações de vigilância e assistência deve visar à promoção, proteção e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos advindos do processo de trabalho”.

Mesmo a passos curtos, a política de saúde pública para os trabalhadores está sendo construída e para que as diretrizes sejam cumpridas, a mesma portaria, 3.908/1998, recomenda a criação de unidades especializadas (de referência) em saúde do trabalhador, no caso a Renast e os Cerests.

Transcorridos quatro anos da portaria que determinava a criação de unidades especializadas (de referência) em saúde do trabalhador, no ano de 2002, foi criado a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador – RENAST:

No ano de 2002, o Ministério da Saúde, através da Secretária de Assistência à Saúde (SAS), instituiu a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), a qual passa a constituir-se na principal estratégia do SUS para atenção à saúde dos trabalhadores, consubstanciada na publicação da portaria nº 1.679 datada de 19 de setembro de 2002 (LACAZ, 2010, p. 203).

O SUS, por meio do Ministério da Saúde, tem o dever de criar a PNST e, como mencionado anteriormente, depende de outros órgãos para que ela aconteça em sua totalidade, como o Ministério da Previdência<sup>22</sup>, Ministério do Trabalho e Emprego e do Meio Ambiente. Porém, cabe ao Ministério da Saúde, legalmente, o papel de providenciar recursos financeiros e humanos para que a PNST se instale. Para o Ministério da Saúde (2004), no que se refere à saúde do trabalhador,

(...) a configuração da Saúde do Trabalhador se dá diretamente no âmbito do direito à saúde, previsto como competência do SUS. Devido à abrangência de seu campo de ação, apresenta caráter intrasectorial (envolvendo todos os níveis de atenção e esferas de governo do SUS) e intersetorial (envolvendo a Previdência Social, Trabalho, Meio Ambiente, Justiça, Educação e demais setores relacionados com as políticas de desenvolvimento), exigindo uma abordagem interdisciplinar e com a gestão participativa dos trabalhadores (MS, 2004, p. 9).

RENAST é o primeiro recurso legal do Ministério da Saúde, para dar conta de produzir diretrizes, nortear as ações em saúde do trabalhador, desenvolvido depois de ampla discussão e reivindicações dos movimentos sociais. Para o MS (2004), o processo de construção do RENAST proposto pela Portaria MS Nº1679/02 no SUS, significou o amadurecimento da institucionalização e do fortalecimento da saúde do trabalhador, no âmbito do SUS no Brasil. A construção do RENAST foi um avanço porque proporcionou a criação dos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador – CERESTs – nas capitais e nos municípios, desenvolvendo ações de saúde do trabalhador em âmbito estadual e municipal. RENAST,

(...) Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, foi criada em 2002, por meio da Portaria nº 1.679/GM, com objetivo de disseminar ações de saúde do trabalhador, articuladas às demais redes do Sistema Único de Saúde, SUS. Com a definição da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (...) a Renast passou a ser a principal estratégia da organização da ST no SUS, sob a responsabili-

---

22 - Ver Responsabilidades Institucionais no Ministério da Previdência Social 2004 e Ministério da Saúde, 2004.

de da então Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, hoje Coordenação Geral da Saúde do Trabalhador, CGSAT. A Renast compreende uma rede nacional de informações e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância, prevenção, e de promoção da saúde, na perspectiva da ST. Em sua atual formatação institucional, prevista na Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009, a Renast deve integrar a rede de serviços do SUS por meio de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) (MACHADO; SANTANA, 2011, p.7).

A RENAST tem ampla atuação em âmbito federal. Está para expandir as ações de saúde do trabalhador para todo o Brasil. Deve proporcionar a institucionalização dos CERESTs nos Estados e municípios, onde serão desenvolvidas as ações públicas de saúde do trabalhador. Para o Ministério da Saúde (2004), a RENAST tem o propósito de ampliação da rede em nível nacional cujo eixo é a rede regionalizada dos CERESTs, localizados em cada uma das capitais, em regiões metropolitanas e em municípios.

No que se refere às ações de saúde do trabalhador, os CERESTs desenvolvem ações de saúde como a “atribuição de dar suporte técnico e científico às intervenções do SUS no campo da saúde do trabalhador, integrados, no âmbito de uma determinada região, com a ação de outros órgãos públicos” (MS, 2004, p.16).

Portanto, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador tem como função primeira, no que se refere às diretrizes e as estratégias a serem observadas nas três esferas de gestão do SUS – Federal, Estadual e Municipal –, a implementação da atenção integral à saúde do trabalhador, tendo como prioridade a vigilância em saúde do trabalhador, objetivando promover e proteger a saúde no ambiente de trabalho. Já a operacionalização da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, ressalta a responsabilidade do RENAST tem em suas diretrizes, a integração da rede de serviços do Sistema Único de Saúde – SUS.

Ainda no que se refere à legislação, a portaria de número 1823, do mês de agosto de 2012, coloca que a PNST deve ser desenvolvida pelas três esferas de governo. Em seu art. 2º sinaliza que a PNST tem como fim definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observadas pelas três esferas de gestão do SUS, priorizando a promoção, a vigilância da saúde do trabalhador, quanto à redução do adoecimento e mortalidade decorrentes dos processos produtivos.

Acerca das atribuições do RENAST, segundo a portaria 1.823, do mês de agosto de 2012, são algumas das atribuições dessa rede:

I – coordenar, em âmbito nacional, a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; II – conduzir as negociações nas instâncias do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de saúde do trabalhador no Plano Nacional de Saúde e na Programação Anual de Saúde, a partir de planejamento estratégico que considere a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; III – alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, aprovados no Conselho Nacional de Saúde (CNS); IV – desenvolver estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo o apoio e fortalecimento da Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador (CIST) do CNS; V – apoiar tecnicamente as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na implementação e execução da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (BRASIL, 2012, p.10).

Além dessas atribuições, há outras, como o monitoramento em conjunto das ações e procedimentos de assistência à saúde do trabalhador, bem como articular de maneira intersectorial as ações com vistas à promoção de ambientes e processos de trabalho, visando o bem estar dos trabalhadores. Uma das funções primordiais é a revisão periódica da listagem oficial de doenças relacionadas ao trabalho<sup>23</sup>.

Quanto à proteção legal da saúde do trabalhador, observe que essa se dá no texto constitucional, nas portarias, na lei 8.080/90, lei 8.142/90 e, no caso dos trabalhadores da saúde, a NR-32 observou que esta cobertura iniciou com a Constituição Federal de 1988, quando mencionado que a saúde é um direito de todos e dever do estado inclusive para com a saúde do trabalhador. As convenções relacionadas à temática também são entendidas como ferramentas de proteção jurídica.

A esse respeito, segundo Oliveira (2011), a convenção de nº 161 determinou que o país devesse formular, implementar e examinar periodicamente uma política nacional em relação aos serviços de saúde no trabalho, ou seja, política específica para a classe trabalhadora. Somado a essa Convenção, em meados do mês de maio de 1993, vigorou a Convenção nº 155 da OIT, quando o Brasil assumiu a responsabilidade de formular, implementar e reexaminar periodicamente uma política nacional de saúde do trabalhador que venha ao encontro da realidade dos trabalhadores no que se refere à saúde e segurança dos mesmos no meio ambiente de trabalho.

---

23 - O trabalho, além de ser parte expressiva do cotidiano e crucial na constituição da subjetividade e da identidade social dos indivíduos e das coletividades, é fundamental para a reprodução social da humanidade ao sustentar, entre outros aspectos, a produção econômica de uma sociedade. Estudos mostram que em relação à saúde, o trabalho pode ser destrutivo, benéfico, ou ambos, podendo operar de modo distinto, de acordo com o momento histórico e com a organização dos trabalhadores, um importante determinante no processo saúde e doença (Brasil, 2009, p.177).

A lei 8.080/90 aponta a necessidade de proteger os trabalhadores e que essa proteção é dever do Estado. No artigo 6º da lei citada, nota-se que:

(...) através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, visam à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo: i - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho – participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho; - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador (CRESS GO, 2006, p.30).

Em conjunto com a lei 8.142/90 que concede ao trabalhador a participação em fóruns, seminários, encontros de um modo geral, referente à situação do trabalhador, discutindo e opinando, a Portaria de número 3.908 de 30 de outubro de 1998 instrumentaliza as ações e serviços de saúde do trabalhador no SUS e as Convenções afirmam a necessidade de o Brasil assumir de fato a construção e a prática da Política Nacional de Saúde do Trabalhador.

Salienta-se que na atual conjuntura, devido às manifestações das relações de trabalho, há necessidade de ações concretas e capazes de atender ao trabalhador e garantir segurança nos ambientes de trabalho. Observe:

Atualmente, há um consenso nos principais organismos internacionais sobre a necessidade de mudar o paradigma nas questões que envolvem segurança e saúde ocupacional, passando a priorizar com ênfase, a proteção do que é verdadeiramente fundamental: a vida e a saúde do trabalhador. Não se pode falar em trabalho digno ou decente sem garantir as condições de segurança e saúde na prestação dos serviços (OLIVEIRA, 2011, p.134).

Para o MS (2002), a construção do SUS é um processo de responsabilidade do poder público, fundamentado em diretrizes no que se refere à descentralização das ações dos serviços de saúde, da universalização, equidade, integralidade, participação e controle social. Portanto, o MS é o coordenador legítimo da política de saúde do trabalhador, estando sob sua responsabilidade a garantia dos espaços for-

malizados e direcionados para atender aos trabalhadores de todas as áreas e vínculos, urbanos ou rurais.

A portaria nº 1823, de 23 de agosto de 2012, instrumento legal que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora descreve, em seu artigo 3º, que todos os trabalhadores, homens e mulheres, tem de alguma forma sua inserção no mercado de trabalho, seja formal ou informal, público ou privado, assalariado ou autônomo, estagiários, domésticos, aposentados, desempregados, estão sob essa política pública.

Esses dados reforçam para que veio a PNST. Ela deve envolver todos os trabalhadores, independente de sua forma de inserção, do vínculo empregatício. O importante é que todos devem ser protegidos igualmente. Para Oliveira (2011), é fundamental registrar que a extensão do direito à saúde do trabalhador vem posteriormente à valorização do trabalho, objeto da tutela legal. Assim, a legislação deve conferir primeiramente o valor primordial do trabalho. Este que antes era considerado indigno, próprio dos escravos ou dos servos, com o advento da revolução industrial adquiriu o sentido de mercadoria lucrativa.

No caso dos trabalhadores da Política de Saúde, há uma Norma Regulamentadora – NR 32. De certo modo, as orientações desta norma culminam em proteção para o trabalhador de um modo geral mas, em especial, para os trabalhadores da política de saúde. Segundo Brasil (2011), essa NR entende por ações em saúde qualquer estrutura destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as atividades que promovem, recuperam. Quanto a NR 32 sua finalidade é estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde.

A necessidade de proteção é real e urgente devido aos riscos que os trabalhadores da saúde estão expostos. São eles os mais frequentes: Riscos Biológicos, Riscos Químicos, Riscos com Radiações Ionizantes, entre outros. Nesse sentido, tem sido necessária a criação dos parâmetros para esses profissionais quanto o uso de Equipamento de Proteção Individual – EPI.

Os riscos biológicos são os mais preocupantes, pois neste caso, estará em contato com o sangue ou substâncias corpóreas capazes de transmitir inúmeras doenças ao trabalhador.

Segundo o Brasil (2011), os agentes biológicos têm classificações:

Classe de risco 1: baixo risco individual para o trabalhador e para a coletividade, com baixa probabilidade de causar doença ao ser humano. Classe de risco 2: risco individual moderado para o trabalhador e com baixa probabilidade de disseminação para a coletividade. Podem causar doenças ao ser humano, para as quais existem meios eficazes de profilaxia ou tratamento. Classe de risco 3: risco individual elevado para o trabalhador e com probabilidade de disseminação para a coletividade. Podem causar doenças e infecções graves ao ser humano, para as quais nem sempre existem meios eficazes de profilaxia ou tratamento. Classe de risco 4: risco individual elevado para o trabalhador e com probabilidade elevada de disseminação para a coletividade. Apresenta grande poder de transmissibilidade de um indivíduo a outro. Podem causar doenças graves ao ser humano, para as quais não existem meios eficazes de profilaxia ou tratamento (BRASIL, 2011, p.17).

Observa-se que o trabalhador da saúde está exposto com muita frequência aos riscos biológicos, além do que, se contaminado, poderá trazer grandes consequências para o trabalhador. Nesse sentido, se faz necessária a proteção coletiva e eficaz para os trabalhadores da saúde. Segundo o Brasil (2011), a NR 32 diz que o trabalhador deve usar vestimenta adequada e confortável, calçado fechado, fornecido pelo empregador, usar cabelos presos e não usar adornos. O local de trabalho deve garantir espaço para trocas de roupas, deixando-as após o uso. Além disso, os EPIs, descartáveis ou não, deverão estar à disposição em número suficiente nos postos de trabalho, de forma que seja garantido o imediato fornecimento ou reposição.

Entretanto, o empregador deverá viabilizar todas as condições adequadas de trabalho para garantir segurança aos seus empregados no que se refere ao desenvolvimento das ações e do ambiente ocupacional saudável. Nesse sentido, segundo Oliveira (1998), o empregador necessita do trabalhador e o trabalhador, por sua vez, necessita de garantias à sua sobrevivência, por meio da remuneração, sem deixar de considerar o ambiente de trabalho, entendendo que aquele que contratar a força de trabalho, tem o dever de preservar a integridade do trabalhador considerando o sujeito em sua totalidade. O trabalho não deverá trazer prejuízo para o trabalhador e muito menos reduzir a sua longevidade.

Desse modo, os equipamentos de proteção individual – EPIs – são recursos para prevenir ou pelo menos minimizar acidentes de trabalho, considerando que as atividades que demandam riscos ocupacionais requerem proteção para o trabalhador. Os EPIs, portanto, podem ser considerados todos os instrumentos ou até mes-



mo produtos, de uso individual, direcionados à proteção contra os riscos que ameaçam a saúde e/ou a vida do trabalhador.

Acerca dos EPIs e EPC segundo Silveira (2009),

Equipamentos de proteção individual (EPI) – todo dispositivo ou produto de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção contra riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho. Equipamentos de proteção coletiva (EPC) – equipamentos ou dispositivos utilizados para proteger os trabalhadores coletivamente. Como exemplo, podemos citar os exaustores instalados nas operações que geram poeiras, gases ou vapores (SILVEIRA, 2009, p.46).

O empregador inicialmente deve procurar eliminar os riscos existentes no ambiente de trabalho, lançando mão das medidas de proteção coletiva. Quando estas não forem suficientes, será necessário fazer uso da proteção individual – EPI, lembrando que esses dispositivos devem ser fornecidos gratuitamente pelo empregador em quantidade e qualidade suficiente.

Acerca da proteção coletiva e individual, segundo Oliveira (1998, p.134), no Brasil, a exceção é regra, “Em vez de eliminar a insalubridade na fonte ou de adotar medidas coletivas de neutralização, o empresário prefere a solução mais cômoda e também a mais barata e menos eficiente: fornecer o equipamento de proteção individual”. Os EPIs são recursos que devem ser utilizados em último caso porque o mais apropriado seria a eliminação das ameaças aos agravos à saúde do trabalhador na coletividade. Os EPIs devem ser garantidos em quantidade e qualidade (material resistente e que provoque o mínimo de desconforto) satisfatórias.

Observou-se que no caso dos trabalhadores de Enfermagem os EPIs não os isentam de acidentes e, sim, minimiza e evita a transmissão de algum tipo de micro-organismo. Oliveira (1998) afirma que os EPIs para o trabalhador, muitas vezes, é sinônimo de incômodo, desconforto, limita a percepção, causando insegurança. Nesse sentido, é necessário primeiramente procurar resolver a problemática com medidas coletivas.

Neves et al. (2011), compartilham das mesmas perspectivas de Oliveira (1998), quando citam a adesão ao uso dos EPIs. A adesão aos EPIs pode ser um desafio em função dos fatores de desconforto, descuido, falta de hábito e quantidade insuficiente. Nota-se que o trabalhador da Enfermagem compreende que o risco de acidente é iminente. Nesse contexto, a adesão aos equipamentos de proteção passa

pela conhecimento de cada trabalhador, passa pela subjetividade de cada um.

Entretanto, ao exercer a atividade laboral, o homem não pode perder a sua saúde ou diminuir os dias de vida, viver sem equilíbrio orgânico, a “vida não se sustenta”, assim entende Oliveira (1998, p.88). O direito à vida é direito fundamental do homem, expresso nas declarações de direitos humanos. Nesse sentido, é necessário e urgente eliminar os agentes de agravo à saúde dos trabalhadores, sejam eles físicos e mentais ou, no mínimo, reduzir ao limite máximo os casos de acidente de trabalho com material biológico.

## **2.2 Doenças Ocupacionais e Acidente de Trabalho**

Entende-se por doenças ocupacionais as moléstias que têm como vinculação as condições de trabalho direta ou indiretamente. É notório que na atual conjuntura as principais doenças ocupacionais são relacionadas ao prejuízo da audição, lesões por movimentos repetitivos, doenças psicológicas e relacionadas à ergonomia, sendo a coluna lombar, cervical, ombros e braços, as áreas mais prejudicadas, segundo Ascari (2013).

Os acidentes de trabalho são um fenômeno que vem sendo muito discutido e motivo de muita preocupação por parte de muitos trabalhadores e pesquisadores. Acredita-se que esse interesse ocorre porque há um prejuízo significativo para o trabalhador, para o empregador e para a sociedade como um todo, além do mais, o fenômeno acidente de trabalho não ocorre somente pelo exercício da atividade laboral e, sim, por ser um fato que pode ser evitado. Isso será discutido mais adiante.

A saúde do trabalhador é um campo singular da saúde pública, tendo como finalidade primeira, a promoção e proteção da saúde das pessoas trabalhadoras, independente do vínculo empregatício. Sabe-se que, a depender da forma de inserção do trabalhador nos espaços cotidianos de trabalho, as atividades específicas de cada um poderá levá-lo a situações que podem provocar enfermidades ou até a morte.

É notório que o trabalho tem função social importante e decisiva na vida do homem. Por um lado, o trabalho possibilita a realização concreta da sociabilidade dos sujeitos entre si. Ao desenvolver suas atividades, o homem tem ficado exposto aos riscos que o trabalho pode colocá-lo.

No Brasil, a esse respeito, Brasil (2001) revela que no ano 1.998 o MPAS registrou 401.254 acidentes de trabalho, distribuídos entre acidentes típicos com 337.482 casos, de trajeto com 35.284 e doenças do trabalho com 28.597 casos. As regiões que mais registraram acidente foram a região Sudoeste e Sul entre os trabalhadores formais e os do sexo masculino. Evidenciou-se, ainda, que há ramos que estão mais suscetíveis a certos acidentes se comparados a outros.

Segundo a ABEN (2006), os trabalhadores da Saúde se acidentam mais do que os trabalhadores do ramo da construção civil. Com base nesses dados é necessário refletir sobre o fato de os acidentes na construção civil ocorrem com muita frequência.

Quanto às doenças ocupacionais relacionadas ao trabalho, segundo Silveira (2009), são aquelas necessariamente causadas pelo trabalho. Conhecidas por doenças ocupacionais, geralmente são precipitadas, desencadeadas ou agravadas. Esta autora entende que, para fins legais e previdenciários, as doenças que atingem as relações de trabalho é considerado acidentes de trabalho.

Por doenças ocupacionais ou relacionadas ao trabalho, teoricamente entende-se por agravos que acomete o trabalhador relacionado à atividade funcional. Segundo o Brasil (2002), o Ministério da Saúde (p. 21), “as doenças do trabalho referem-se a um conjunto de danos ou agravos que incidem sobre a saúde dos trabalhadores, desencadeados ou agravados por fatores de risco presentes nos locais de trabalho”.

Dentre as doenças relacionadas à atividade laboral, as alterações psicológicas têm sido frequentes e difíceis de detectar devido à sua invisibilidade. Acerca disso, o MS (2002) entende que os determinantes do trabalho podem desencadear ou agravar distúrbios psicológicos ou psiquiátricos. O modo de responder e adoecer devido à sobrecarga de trabalho vai influenciar a vida do sujeito. O “processo de sofrimento psíquico não é, muitas vezes, imediatamente visível. Seu desenvolvimento acontece de forma ‘silenciosa’ ou ‘invisível’, embora também possa eclodir de forma aguda por desencadeantes diretamente ocasionados pelo trabalho” (MS, 2002, p. 31).

Castro e Lazzari (2003) compreendem que as doenças ocupacionais são aquelas deflagradas em virtude da atividade laborativa desempenhada pelo indivíduo, sendo resultantes das exposições a agentes físicos, químicos e biológicos ou até mesmo pelo uso incorreto das novas tecnologias. Para esses pesquisadores,

doenças ocupacionais são aquelas particulares à determinada profissão, podendo produzir ou ter como consequência determinadas patologias, além do modo de organização do serviço.

Já o trabalho dos profissionais de segurança, bancários, trabalhadores de supermercados, da área de telecomunicações e os profissionais de saúde<sup>24</sup> ocorre por turnos e também por trabalhos no período noturno, trabalho ininterrupto de 24 horas. Para Ficher (2013),

O trabalho em turnos e noturnos está associado a efeitos negativos na saúde e no trabalho. Os sintomas vão desde sinais subclínicos (como as variações não hormonais dos ritmos biológicos, sintomas leves, mas persistentes como: mal-estar, insônia, sonolência excessiva durante o trabalho, dor de cabeça, irritabilidade, lapsos de memória, sono de pior qualidade e mais reduzido durante o dia, até o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas. Estes sintomas ao longo dos anos vão se agravando (...) (FISCHER, 2013, p.459).

Nota-se que o trabalho em turno traz prejuízo para a saúde do trabalhador, tendo como consequências inúmeros distúrbios físicos e mentais. O trabalhador de Enfermagem tem importante contribuição social para a sociedade por um lado, mas por outro, seu corpo do trabalhador padece no desenvolver das suas atividades pelo fato das características da profissão; pela lida cotidiana com o sujeito adoecido, em especial, em ambiente hospitalar, o trabalho ocorre em turnos e também no período noturno, trazendo grandes prejuízos para a saúde.

Segundo Fischer (2013), o trabalho em turno mais especificamente poderá trazer como prejuízo para o trabalhador as doenças crônicas como: fadiga ou insônia excessiva e fazendo uso de medicamentos para dormir. Contudo, para amenizar o prejuízo, alguns trabalhadores precisam se aposentar precocemente ou até sair do trabalho. Assim, muitos interrompem sua vida profissional por conta das particularidades do trabalho.

As doenças ocupacionais que mais acometem os trabalhadores de Enfermagem, segundo Ascari (2013), são: estresse, depressão, cefaleia constante, fadiga, dores nos membros inferiores, taquicardia, insônia, lembrando que os profissio-

---

24 - O ambiente na área da saúde oferece múltiplos e variados riscos ocupacionais geradores de periculosidade e insalubridade aos profissionais de saúde e, cada vez mais vem se tornando um grande desafio e preocupação entre eles, pois a exposição ocupacional por material biológico é entendido como a possibilidade de contato com sangue e fluidos orgânicos no ambiente de trabalho, que por sua vez são vinculadores de micro-organismos que podem desenvolver diversas doenças. Ver: CANINI, HAYASHIDA, MACHADO (2002).

nais técnicos de Enfermagem são os mais acometidos. As doenças ocupacionais trazem como resultado o desgaste físico e mental culminando em o absenteísmo, incapacidade temporária ou definitiva, o que compromete a qualidade da assistência ao doente e a qualidade de vida do trabalhador.

Segundo Fischer (2013), os débitos de sono, além do que foi elencado, podem levar o trabalhador a riscos de incidentes e acidentes no trabalho. Entretanto, além das doenças provocadas pelo trabalho em si, a maneira como o trabalho esta organizado trará prejuízo para o trabalhador, podendo inviabilizar a vida profissional de maneira brusca.

Não há tempo determinado para a manifestação das doenças ou para o agravamento da saúde do trabalhador, o que dificulta muitas vezes fazer o nexo com a atividade laboral. Nesse contexto, para o MS (2002), as doenças podem manifestar de forma lenta, podendo levar anos para manifestar, o que tem sido um dificultador no sentido da investigação, articular o nexo causal. Também são consideradas doenças ocupacionais as provenientes de acidentes no exercício do trabalho, determinadas pela natureza do trabalho.

**Tabela 2: Categorias/ Exemplos**

CATEGORIAS	EXEMPLOS
I – Trabalho como causa necessária	Intoxicação por chumbo Silicose Doenças profissionais legalmente reconhecidas
II – Trabalho como fator contributivo, mas não necessário.	Doença coronariana Doenças do aparelho locomotor Câncer Varizes dos membros inferiores
III – Trabalho como provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida	Bronquite crônica Dermatite de contato alérgica Asma Doenças mentais

Fonte: (Adaptado Brasil, 2001).

Há desse modo, desafios no que diz respeito ao nexo causal do trabalhador adoecido no sentido de provar a relação com o agravamento, com a sintomatologia ou diagnóstico. Nesse contexto a notificação do agravamento das doenças ocupacionais ou acidente de trabalho, utiliza – se do instrumental Comunicação de Acidente de Tra-

balho - CAT<sup>25</sup>. Este é um grande aliado do trabalhador acidentado.

Segundo Oliveira (2011), a CAT deverá ser preenchida em todos os casos de acidentes de trabalho, doenças ocupacionais ou até mesmo em casos de suspeitas.

A partir do momento em que surge a ‘suspeita diagnóstica’ de doença relacionada ao trabalho, é dever do empregador e direito do empregado a emissão da CAT. (...) Deverá ser preenchida em todos os casos em que ocorrer acidente ou doença ocupacional, mesmo que não haja afastamento do trabalho ou incapacidade. Sabe-se, porém, que a subnotificação nos acidentes que não acarreta afastamento é grande, até porque é muito difícil o fato ser detectado pela fiscalização (OLIVEIRA, 2011, p. 64-65).

Portanto, será necessário que o empregador não se omita desse dever, pois se trata de direito do trabalhador. Apesar de que a CAT pode ser emitida pelo próprio acidentado, seus dependentes, entidade sindical competente, médico que assistiu o trabalhador ou qualquer autoridade pública.

Não há como omitir a função social que a CAT desempenha para os trabalhadores. Segundo Silva (2011), o perito do INSS, ao verificar que o agravo que acometeu o trabalhador segurado é de ocorrência comum em trabalhadores pertencentes a determinados segmentos, poderá inferir a natureza acidentária, caso ocorra o nexo causal.

Nesse sentido, essa inovação se dá por meio do cruzamento dos dados como o Código Internacional de Doenças – CID – e a combinação do Código Nacional de Atividades Econômica – CNAE. Por meio desse cruzamento de informações, faz-se o Nexo Técnico Epidemiológico – NTEP.

Segundo Teixeira (2011):

(...) O NTEP poderá trazer dados mais consistentes sobre os acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, de modo que correspondam à realidade e possam subsidiar a elaboração de políticas públicas e as ações transversais e intersetoriais dos três ministérios. O NTEP pode contribuir para a identificação de novos fatores de risco para

---

25 - “Os principais bancos de dados são baseados nas CAT (Comunicações de Acidentes de Trabalho), desenvolvidos pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) que é a fonte principal de dados estatísticos sobre o assunto com finalidade securitária. Estes dados limitam-se apenas àqueles acidentes registrados e ocorridos entre os trabalhadores segurados, não incluindo àqueles que trabalham informalmente, assim como os acidentes sem afastamento e/ou sem perda de tempo e os que não foram notificados” (KAEFER, & DALAGASPERINA, 2012, p.3).

acidentes de trabalho cujo nexos causal ainda não foi estabelecido (TEIXEIRA, 2011, p.18).

Para Silva (2011), antes dessa inovação legal, o trabalhador ao ser acometido por doenças ocupacionais deveria provar diante da Previdência Social o nexos de causalidade entre a morbidade adquirida e o labor exercido, o que deixa explícito que o trabalhador, além de estar adoecido, tenha uma tarefa árdua a percorrer porque deverá provar que está adoecido devido às condições de trabalho, sem falar das empresas que relutavam para não emitir a CAT, almejando a não assumência da culpa e responsabilidade pela patologia que acometeu o trabalhador.

Quanto à adoção do NTE, Prevê o artigo 21-A da Lei 8.213/91:

Art. 21-A. A perícia médica do INSS considerará caracterizada a natureza acidentária da incapacidade quando constatar ocorrência de nexos técnico epidemiológico entre o trabalho e o agravo, decorrente da relação entre a atividade da empresa e a entidade mórbida motivadora da incapacidade elencada na Classificação Internacional de Doenças - CID, em conformidade com o que dispuser o regulamento.

Percebe-se que essa nova adoção vai minimizar o percurso que o trabalhador terá que fazer no sentido de tentar provar o acidente de trabalho por conta exclusivamente da CAT. No que se refere à acidentes de trabalho sem o devido conhecimento científico prévio, pode-se chegar ao entendimento de que acidente de trabalho é aquela ocorrência que acontece puramente quando do exercício da função, o que é equivocado.

Para Araújo et al. (2012), Silva (2012), Dalagasperina & Kaefer (2012), os acidentes de trabalho constituem um problema de saúde pública, isso porque representa inquietações oriundas das instituições e dos trabalhadores de saúde.

Segundo Silva (2011), no Brasil, a primeira cobertura de acidente de trabalho ocorreu com a Lei 3.724 de 15 de janeiro 1919. A cobertura do seguro por acidente de trabalho era feita inicialmente por instituições privadas até meados de 1967. Em período posterior, o seguro acidente ocorrerá por meio de benefícios pagos pela Previdência Social, fundamentado na Lei 8.213/91.

Para o MPS (2012), acidente do trabalho é aquele que acontece no desenvolver das atividades, a serviço da empresa, podendo ter como consequência a lesão corporal ou mental, de caráter temporário ou definitivo, tendo como consequência a perda, a redução da capacidade para o trabalho ou até a morte.

Em relação à classificação dos agravos, é possível afirmar que podem ser temporários e também podem ser compreendidos por aqueles que os segurados ficam temporariamente incapacitados para o exercício laboral devido aos acidentes ou doenças do trabalho. Quanto à incapacidade permanente, pode ser mensurada de modo parcial ou total.

Para o Ministério da Saúde (2002), no Caderno de Atenção Básica nº 5:

O termo 'acidentes de trabalho' refere-se a todos os acidentes que ocorrem no exercício da atividade laboral, ou no percurso de casa para o trabalho e vice-versa, podendo o trabalhador estar inserido tanto no mercado formal como informal de trabalho. São também considerados como acidentes de trabalho aqueles que, embora não tenham sido causa únicas, contribuíram diretamente para a ocorrência do agravo. São eventos agudos, podendo ocasionar morte ou lesão, a qual poderá levar à redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho (MS, 2002, p.19-20).

Nota-se que acidente de trabalho vai além do espaço ocupacional, como bem colocou o MS (2002). Afirma Brasil (2007), que para RENAST, o acidente de trabalho é um evento que pode trazer grandes consequências para a saúde do trabalhador, podendo ocorrer em diversos lugares. Neste caso, cabe fazer o nexo com o local e horário e outros determinantes.

Os trabalhadores da área da saúde estão expostos a inúmeros riscos ocupacionais. Estes riscos são responsáveis pela periculosidade e insalubridade a que estão submetidos os trabalhadores. São riscos químicos, físicos, psicológicos e biológicos, sabendo que este último é o principal responsável pela periculosidade e insalubridade dos profissionais de saúde, em específico, os profissionais de Enfermagem.

Kaefer & Dalagasparina (2012, p. 1) afirmam que "atualmente, os acidentes com material biológico que acometem os trabalhadores da saúde representam um risco para as instituições de saúde, tanto pela frequência com que ocorrem, como pelo grau de estresse que geram para os trabalhadores". Afirma ainda que o estresse é uma doença frequente entre os trabalhadores de Enfermagem.

As causas dos acidentes ocupacionais no que se refere aos trabalhadores de Enfermagem, segundo Trigo (2010), ocorrem quando, por falta de atenção, as condições de trabalho e o uso de técnicas inadequadas são as principais causas de acidentes no trabalho. Destaca também que os profissionais consideram a profissão



como de altíssimo risco, caso as medidas de biossegurança não sejam observadas adequadamente.

Trigo (2010) identificou profissionais de Enfermagem que, mesmo sabendo da dimensão dos riscos de acidentes com material biológico, não aderiam o uso de EPI em sua totalidade. Enfim, nesse âmbito, observou-se a necessidade de políticas públicas eficazes para os trabalhadores, atuando no contexto educativo e preventivo.

### 2.3 Exposições da Enfermagem com Material Biológico

O ambiente de trabalho é permeado por contradições, é espaço de satisfação e, ao mesmo tempo, espaço de adoecimento. O adoecimento é retratado por algumas doenças específicas que tem nexos com o trabalho ou doenças que foram desenvolvidas devido às condições de trabalho, ou pelos acidentes de trabalho típicos que ocorrem ao longo do exercício da profissão.

Notem os acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e mortes no Brasil, dimensionado pela Previdência Social.

**Tabela 3: Acidentes de trabalho no Brasil**

Ano	Acidentes	Doenças	Mortes
1.990	693.572	5.217	5.355
1.995	424.137	20.646	3.967
2.000	363.868	19.605	3.094
2.005	499.680	33.096	2.766
2010	709.474	17.177	2.753
2011	720.629	16839	2.938
2012	705.239	14.955	2.731

Fonte: adaptado Fernandes & Nuzzi (2013).

Para Fernandes & Nuzzi (2013, p. 2):

A concessão dos benefícios pagos pela Previdência tem muitos vieses. Há um grande número de pessoas que teriam direito a eles, mas não conseguem acessá-los. Então, uma diminuição não significa que os acidentes se reduziram, e sim que a concessão de benefícios caiu.

Segundo a ABEN (2006), o número de acidentes com os trabalhadores da saúde são significativos, uma vez que a área da saúde é a oitava no ranking dos setores de maior índice de mortes. São registradas cerca de 98 mil mortes em hospi-

tais, cada ano resultando em custos elevados no que se refere às finanças e também em relação às vidas humanas. Segundo a entidade, no Brasil, dados oficiais indicam o setor de saúde como o primeiro na lista de registros de acidentes do trabalho. Foram encontradas 23.108 notificações em 2003, ultrapassando até mesmo áreas consideradas de alto risco, como a da construção civil. No ano de 2004, do total de 458.956 acidentes notificados, 30.161 correspondiam ao setor de saúde, somando quase 10% das notificações, sem considerar os casos de subnotificações.

Os dados da Associação Brasileira de Enfermagem reportam o que Oliveira (1998) destaca. Um exemplo típico, segundo o autor, é o fato de o empregador lançar mão dos EPIs para minimizar os riscos, mas sem buscar as causas. O que claramente encerra um erro, quando não há uma má conduta. Os dados apresentados demonstram números alarmantes de sinistralidade.

Araújo et al. (2012) pontua, assim como Oliveira (1998), acerca da problemática dos acidentes de trabalho, quando entende que o risco de acidentes durante o exercício das atividades laborais muda de acordo com o processo de trabalho, com a infraestrutura e recursos disponíveis. Ainda sobre o mesmo tópico, segundo Barros (2012), diversos estudos<sup>26</sup> apontam que os trabalhadores de Enfermagem são os que mais se acidentam na prática laboral, sendo que os dispositivos cortantes são os mais comuns envolvidos nos acidentes.

Dentre as razões que contribuem para essa ocorrência, pode-se destacar o fato de a equipe de enfermagem ser o maior grupo de trabalho entre os PAS, a desempenhar atividades nas 24 horas de serviços ininterruptos, executar o maior volume de procedimentos junto ao paciente e realizar procedimentos invasivos em grande parte dos atendimentos (...) o fato de a equipe de enfermagem realizar suas atividades de forma, predominantemente manual, como punção de acesso vascular, administração de medicamentos, vacinação, coleta de espécimes para exames, curativo, aspiração traqueal, banho no leito, o que caracteriza a profissão como de alto risco para acidente ocupacional, envolvendo material biológico (BARROS, 2012, p. 23-24).

Entende-se que devido à particularidade da profissão, o contato frequente com os pacientes e as especificidades dos materiais utilizados sejam uma das razões dos elevados índices de sinistralidade. Segundo Trigo (2010), as causas de acidentes com profissionais de Enfermagem, passam pela falta de atenção, as más

---

26 - Ver Kaefer & Dalagasparina (2012).

condições de trabalho e o uso de técnica inadequada. Barros (2012) e Trigo (2010) concordam no que diz respeito ao fato de a Enfermagem ser uma profissão de alto risco para acidentes de trabalho.

Percebe-se que a Enfermagem não ficou isenta das determinações resultantes da manifestação do modo de produção capitalista. Nesse sentido, o processo de trabalho em si mesmo é o responsável pelos acidentes de trabalho, porém, como se sabe, o trabalho deve garantir equilíbrio emocional e social e não ser um provocador de doenças e nem redutor dos dias de vida como sinalizado anteriormente.

Para Ribeiro & Shimizu (2007) os acidentes de trabalho são a maior expressão da mostra de desgaste do trabalhador, devido à carga de trabalho a que estão submetidos, sobretudo as cargas químicas, físicas, fisiológicas, psíquicas, mecânicas, biológicas entre outras.

Barros (2012) concorda com Ribeiro & Shimizu (2007) e com Neves (2011) quando destaca que, possivelmente, há uma maior frequência de acidentes entre trabalhadores de Enfermagem se comparados a outras categorias de profissionais. Isso decorre dos riscos ocupacionais que estão expostos os trabalhadores devido às particularidades de suas atividades profissionais. A equipe de saúde e particularmente a equipe de Enfermagem desempenham atividades durante 24 horas com pessoas doentes e, sem dúvida, esse trabalho gera situações insalubres e penosas, culminando em danos à saúde do trabalhador.

Segundo Napoleão & Robazzi (2003), os riscos biológicos são que mais preocupam, pois são os que podem transmitir as doenças mais temidas pela população:

Entre os riscos existentes, os biológicos representam importante problema tanto para o paciente (infecções hospitalares) como para trabalhadores dessas instituições (acidentes do trabalho). A infecção por vírus HIV e as Hepatites tipos B e C constituem ameaças para esses trabalhadores por estarem relacionadas principalmente com possíveis acidentes do trabalho envolvendo materiais perfurantes e cortantes contaminados e exposição de mucosas a fluidos orgânicos (...) é importante que ações preventivas desses acidentes sejam implementadas junto a esses trabalhadores, quer ao nível individual como coletivo, a fim de que se possa quebrar a cadeia de transmissão de doenças (NAPOLEÃO & ROBAZZI, 2003, p. 59).

Nesse sentido, é necessário medidas de prevenção eficazes para enfrentar

essa problemática. Sabe-se que os EPIs, sobretudo, os EPC são os mais eficazes, mas não sendo possível, serão necessárias medidas individuais e as notificações das ocorrências, pois com registros, há possibilidade de prevenção mais eficaz, elaboração de políticas públicas para enfrentar tal demanda.

No caso dos trabalhadores de Enfermagem, segundo Neves (2011), estão expostos a vários riscos causados pelos agentes químicos, físicos, biológicos, psicossociais e ergonômicos. Com maior exposição aos riscos materiais biológicos, isso em função de sua rotina profissional. Neste sentido, o autor entende que do risco biológico advem as infecções mais preocupantes são aquelas causadas pelos vírus da AIDS (HIV), das hepatites B e C (HBV e HCV). A principal via de transmissão ocupacional dos referidos vírus é por meio da exposição ao sangue, via acidente percutâneo. Mais de 60 patógenos podem ser veiculados por essa via de transmissão, incluindo vírus, bactérias, parasitas e leveduras (NEVES, 2011, p. 2).

Para Napoleão & Robazzi (2003) e Neves (2011), é relevante a preocupação dos pesquisadores quanto a essa temática, pois a exposição dos trabalhadores desse segmento é significativa e, sem dúvida, poderá trazer prejuízo irreparável dada a singularidade mencionada.

No que se refere à prevenção contra contaminação, segundo Neves (2011), a prevenção contra a contaminação por micro-organismos no ambiente de trabalho requer ações de caráter permanente, objetivando a redução dos riscos ocupacionais. Para este autor, as precauções padrões (PP), a utilização de EPIs é uma das medidas preventivas para evitar a exposição. Contudo, este autor constatou que, apesar dos EPIs serem medida fundamental para prevenção de acidentes, os profissionais de Enfermagem têm resistência à adesão das medidas de proteção individual, acreditando que a adesão passa pela percepção de cada um quanto aos riscos a que estão submetidos na organização do trabalho, no quantitativo de EPIs e de como estão disponíveis para os trabalhadores.

Em relação ao uso dos EPIs, por um lado, os trabalhadores reconhecem a sua importância, mas por outro, questionam o desconforto dos mesmos, tendo como consequência menor adesão e resultando em mais acidentes de trabalho no que se refere à contaminação. Neves (2011) percebeu que a adesão aos EPIs passa pela subjetividade de cada um, da organização dos mesmos e da disponibilidade em quantidades e em locais estratégicos, mesmo conhecendo os riscos.

Nesse sentido, é necessária maior comunicação e informação para os tra-

balhadores envolvidos e fiscalização eficiente, não no sentido de punir os trabalhadores, aqui em questão os trabalhadores de enfermagem, mas de atuar no campo educativo da problematização da realidade. Desse modo, acredita Neves(2011) que poderá desenvolver no trabalhador o conhecimento sobre esta situação, no sentido de perceber que a proteção dos EPIs, apesar do desconforto, tem uma porcentagem maior de benefícios, minimizando o contato com microrganismos patógenos.

Percebe-se que há a necessidade de investir no trabalhador, já que trabalhar é um direito social fundamental, mas em condições dignas e seguras, pois as transformações rápidas que vem ocorrendo no mundo do trabalho podem ser prejudiciais para o trabalhador, a exemplo, o avanço tecnológico. Para Silveira (2009), essa transformação tem reflexos negativos para a saúde dos trabalhadores, particularmente em um país como o Brasil, gerando um perfil de adoecimento e de acidentes<sup>27</sup> de trabalho.

Há inúmeras limitações quanto à adesão dos EPIs e que se manifestam pela organização e disponibilidade desses instrumentos e ausência de fiscalização eficiente dos órgãos competente. Além disso, se analisarem sob a ótica dos riscos a que os profissionais de saúde estão expostos, acredita ser necessário haver fiscalização por órgãos competentes dos espaços de trabalho de maneira contínua e eficaz dada a contribuição social e o número de trabalhadores no processo de manutenção, recuperação e reabilitação da saúde coletiva.

Segundo Oliveira (2011), no Brasil, as ações para enfrentar as causas de agressão à saúde do trabalhador ainda são tímidas, revelando que, ao invés de prevenir danos, buscar a essência das causas, o que existe realmente é a preocupação em socorrer as vítimas. Não se afirma aqui que as vítimas não precisam de socorro, atenção e cuidado pós adoecimento ou acidente, mas sim, ser necessário uma real prevenção. Para esse autor, as respostas a esses possíveis acidentes podem e deverão ocorrer no âmbito da empresa. Assim:

[as medidas] contra as agressões à saúde podem ser travadas em várias frentes, especialmente no âmbito da própria empresa, como medidas de higiene do trabalho, melhorias do ambiente da prestação dos serviços, programas de prevenção de estresse e de acidentes, treinamentos e cursos (OLIVEIRA, 2011, p. 422).

---

27 - Ver Coelho e Malaquias (2010).

Enfrentar o causador do prejuízo à saúde do trabalhador é uma tarefa do empregador que, por sua vez, deve eliminar ou neutralizar o agente agressivo. Segundo este autor, há quatro modalidades principais de prevenção contra os agentes danosos e quanto à eficácia, são eles: eliminação do risco, eliminação da exposição do trabalhador ao risco, isolamento do risco e proteção do trabalhador.

Nesse sentido, quando não for possível a eliminação dos riscos e as medidas de proteção coletiva, será necessária a utilização dos EPIs e que devem ser fornecidos pelo empregador em quantidade e qualidade satisfatórias. Segundo Oliveira (2011), a regulamentação dos EPIs ocorreu pela Norma Regulamentadora – NR 6, fundamentada pelo Ministério do Trabalho pela portaria nº 3.214/1978. Para o autor, os EPIs só poderão ser utilizados ou colocados à venda por meio do certificado de aprovação concedido pelo órgão nacional competente em matéria de segurança e saúde no trabalho, o Ministério do Trabalho e Emprego.

Segundo Oliveira (2011), no que concerne às medidas de combate a acidentes de trabalho no Brasil, as primeiras ações de prevenção ocorreram com a recomendação da OIT, para a criação da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA, na década de 1960, abrindo espaço, com isso, para outras medidas. A CIPA está regulamentada nos artigos 163, 164 e 165 da Consolidação das Leis do Trabalho.

No artigo 163 da CLT se estabelece a obrigatoriedade da constituição de Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), em conformidade com instruções expedidas pelo Ministério do Trabalho. No artigo 164, as empresas que, a critério da autoridade competente em matéria de segurança e higiene do trabalho, estiverem enquadradas em condições estabelecidas nas normas expedidas pelo Departamento de Segurança e Higiene do Trabalho, deverão manter, obrigatoriamente, serviço especializado em segurança e em higiene do trabalho e constituir Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAs).

Para Oliveira (2011), o objetivo da CIPA pauta-se pela regulamentação e prevenção de acidentes e doenças ocupacionais.

Apesar da sua legalização, a CIPA tem suas ações tímidas em algumas empresas no que se refere à melhoria das condições de trabalho: “a eficiência de uma CIPA ainda depende, em boa parte, da atitude simpática, ou não, de empregador, em face das questões cuja solução não está ao alcance dos empregados” (OLIVEIRA, 2011, p. 439). O autor sinaliza que a maioria das empresas de pequeno

e de médio porte a CIPA só existe formalmente por conta de exigência legal. Suas ações ainda estão aquém da realidade pois não há liberdade para atuar.

Sabe-se que a CIPA é um instrumento para canalizar os anseios e as dúvidas dos trabalhadores em relação às condições de trabalho e prevenção de acidentes. Segundo Oliveira (2011), a legislação concede aos membros da CIPA atuarem em conjunto com o SESMET na elaboração de mapas de risco. Para Oliveira (2011):

O combate às agressões à saúde teria mesmo de abranger as medidas preventivas para controle dos agentes prejudiciais, porque nada adiantaria medicar o trabalhador e deixá-lo exposto à causa geradora da doença. Em 1959, a OIT adotou a Recomendação n.112, sobre os serviços de medicina nos locais de trabalho, que serviu de fonte inspiradora da legislação nacional (OLIVEIRA, 2011, p. 441).

É notório que o serviço de medicina do trabalho, nos espaços laborais, possa contribuir, mesmo que minimamente, mas convém sinalizar, que quem mais usufrui das vantagens da existência legal desse recurso é o empregador, uma vez que o serviço de proteção à saúde do trabalhador, de certo modo, gera satisfação nos empregados e concomitantemente a manutenção da produção ou dos serviços desenvolvidos.

No Brasil, segundo Oliveira (2011), o primeiro texto legal que prevê a criação de serviço especializado em segurança no trabalho foi em 1967, pelo decreto-lei nº 229. A regulamentação só ocorreu mais tarde, em 1972, pela Portaria nº 3.237 de 1972 com a justificativa de aperfeiçoamento de pessoal para atuar na política específica de saúde do trabalhador. Com isso, a portaria entrou em vigor somente em 1º de Janeiro de 1975, instituindo o SESMT nas empresas.

A portaria 3.214/1978 acrescenta que, nas empresas privadas e públicas, os órgãos públicos da administração direta e indireta e dos poderes Legislativo e Judiciário, que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, manterão, obrigatoriamente, Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho.

De acordo com Oliveira (2011), o SESMET tem por finalidade promover a saúde e proteger o trabalhador no ambiente de trabalho, apesar de que na sua regulamentação não se ocultava a preocupação governamental com os níveis de produção. Para Silva (2011), os SESMETs nas empresas brasileiras ocupam posição ge-

ralmente distanciada dos núcleos onde são tomadas as decisões referentes aos processos de produção e ao trabalho humano.

Tanto a CIPA quanto o SESMET são recursos adotados nas empresas como vigilância de saúde do trabalhador. Sabe-se que os membros da CIPA trabalham em conjunto com os membros do SESMET, para Oliveira (2011), cabe à CIPA comunicar ao SESMET as irregularidades ou agentes prejudiciais à saúde do trabalhador para que providências reparatórias sejam tomadas. Somando-se a esse conjunto (CIPA e SESMET), a legislação instituiu o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA – o qual deverá ser discutido com a CIPA, no sentido de articular medidas de prevenção. Este tem por finalidade, segundo Oliveira (2011), controlar a ocorrência de riscos ambientais existentes ou que possam existir no local de trabalho.

No plano de enfrentamento no que se refere à saúde do trabalhador, além da CIPA, SESMET, PPRA, a legislação instituiu o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO. Para Oliveira (1998), articulado com o PPRA e demais iniciativas no campo da saúde do trabalhador, a portaria 3.214/1978 prevê a obrigação das empresas na elaboração e implementação do PCMSO para promover e preservar a saúde do conjunto dos trabalhadores.

Nesse sentido, o PCMSO tem caráter preventivo, pois ocorre por meio de exame médico periódico, sendo exigido semestralmente ou anualmente. A depender do risco que o ambiente laboral ofereça em cada consulta ou exame periódico, o médico deverá emitir o Atestado de Saúde Ocupacional – ASO.

Observa-se que, mesmo a passos lentos, a saúde do trabalhador está caminhando, mas no que se refere à participação dos trabalhadores nas discussões nas empresas sobre essa temática, a maneira que os trabalhos têm sido conduzidos, os trabalhadores não têm participado das discussões. Segundo Silva (2011), no Brasil a participação efetiva dos trabalhadores no planejamento e implementação da prevenção permanece muito mais presente nos discursos do que nas situações concretas. Assim, infere que o direito à participação não tem sido respeitado, ou seja, o controle social, de certa forma, não existe nesses espaços.

No campo da fiscalização dos espaços de trabalho, a atividade de fiscalização cabe ao Ministério do Trabalho. Segundo o artigo 626 da CLT – “Incumbe às autoridades competentes do Ministério do Trabalho, ou àquelas que exerçam funções delegadas, a fiscalização do fiel cumprimento das normas de proteção ao trabalho”. Ainda quanto à comunicação das irregularidades nos ambientes de trabalho,



a CLT imprimiu em seu artigo 631 que “qualquer funcionário público federal, estadual ou municipal, ou representante legal de associação sindical, poderá comunicar à autoridade competente do Ministério do Trabalho as infrações que verificar”.

Nesse contexto, os agentes de inspeção do trabalho são trabalhadores que atuam no campo da vigilância em saúde do trabalhador, são um instrumento do Estado nesse campo de atuação. Segundo Andréa (2009), o Ministério do Trabalho e Emprego tem no conjunto das suas atividades, a fiscalização das relações de trabalho e condições de segurança e medicina do trabalho das empresas.

Nota-se que, cabe ao Ministério do Trabalho e Emprego – MTE – o papel de fiscalizar os ambientes laborais, as condições e relações de trabalho. Tem papel primordial no que se refere à garantia de condições de trabalho dignas, fator relevante para a saúde do trabalhador. Segundo Lacaz (2010), o MTE desde 1930 “nos Estados e Municípios o MTE atua a partir das Inspetorias Regionais do Trabalho e Emprego (IRTEs), as quais têm um setor responsável para operacionalizar a inspeção do trabalho” (LACAZ, 2009, p. 214).

Para o Ministério da Saúde (2002),

O MTE tem o papel, entre outros, de realizar a inspeção e a fiscalização das condições e dos ambientes de trabalho em todo o território nacional. Para dar cumprimento a essa atribuição, apoia-se fundamentalmente no Capítulo V da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que trata das condições de Segurança e Medicina do Trabalho (...) e normas regulamentadoras (BRASIL, 2002, p.11).

Para Lacaz (2010), o MTE, atualmente, tem carência significativa em seu quadro técnico de fiscais, sem contar a redução do orçamento para suas ações. Nesse sentido, se há déficit no quadro de fiscais, a fiscalização poderá apontar insuficiência.

Assim, a fiscalização torna-se deficitária, podendo trazer maiores prejuízos à saúde dos trabalhadores. Segundo Oliveira (2011), alguns países trata essa temática como prioridade, o contrário do que ocorre no Brasil, pois este prioriza as questões relacionadas a contratos de trabalho, uma vez que os trabalhadores não dispõem de autonomia e nem estabilidade para vencer as adversidades do espaço de trabalho.

Lacaz (2010) afirma que há número de fiscais insuficientes para a realização das atividades, já Oliveira (2011) destaca que o Estado é o principal responsável por

elaborar políticas públicas nesse sentido, não devendo ser omissos a tal situação pois, de uma forma ou de outra, irá responder por isso, caso os trabalhadores sejam atingidos por doenças ocupacionais ou acidentes.

Caso a constituição tenha garantido redução dos riscos inerentes ao trabalho, “o trabalhador é cidadão titular de direito subjetivo público dessa prestação estatal”, afirma Oliveira (2011, p.477). O Estado como legítimo responsável pela saúde dos trabalhadores deve estar atento a essas questões.

Os altos índices de acidente do trabalho demonstram que a incúria de uma parcela dos empresários, combinada com a omissão da inspeção do Trabalho, engrossam os números dos mutilados e inválidos que perderam prematuramente a oportunidade do trabalho. Ainda em razão da deficiente Inspeção Trabalho, o mau empresário simplesmente substitui o trabalhador doente ou acidentado por outro, como troca uma peça danificada de sua engrenagem produtiva, e prossegue impune, provocando danos que furem no aparato estatal, longe de seu estabelecimento (OLIVEIRA, 2011, p. 477).

Observa-se que o trabalhador é penalizado duplamente na arena laboral de maneira que está posto: de um lado o Estado que não garante o quantitativo de fiscais suficientes para fiscalizar os espaços laborais e, de outro, os empregadores que não garantem o mínimo recomendado. Nessa esteira, o mais prejudicado é o trabalhador, que será descartado como uma peça sem utilidade alguma quando os donos do capital não mais precisarem da sua força de trabalho.

É de grande relevância, portanto, a atuação efetiva dos fiscais do trabalho, pois, além de fiscalizar os ambientes laborais, certificam o que as NRs determinam, se estão sendo cumpridas as normatizações, em especial, no sentido da prevenção.

É necessário, então, fiscalização efetiva, eficiente, na forma descrita na Convenção nº 81 da OIT. No artigo 10º, “o número de inspetores do trabalho será suficiente para garantir o desempenho efetivo das funções do serviço de inspeção”, Para Lacaz (2010) e Oliveira (2011), o quantitativo de fiscais torna insuficientes e logo ineficientes a fiscalização dos ambientes de trabalho. Sabe-se que esse processo de fiscalização também poderá ocorrer por meio dos órgãos de categorias profissionais e sindicatos, o que não ocorre na realidade, exceto quando provocados.

Enfim, se o trabalho eleva o homem à condição social e é capaz de desenvolver suas atividades objetivadas, visando um fim, não se espera que este mesmo trabalho, recurso essencial para a subsistência, o coloque em condições que comprometam suas relações sociais.



## **CAPÍTULO III – DADOS DE ACIDENTES DE TRABALHO OCORRIDO COM OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: ANÁLISE CRÍTICA.**

*Poucas são as artes, creio eu, tão inofensivas que não causem alguma lesão nos seus artífices (Ramazzini, 2000, p.251).*

### **3.1 CEREST - Goiás**

O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de Goiás – CEREST – é um órgão que compõe a Secretaria de Saúde do Estado de Goiás. Como já mencionado, a base dos CERESTs estão na Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST – pela Portaria do Ministério da Saúde de nº 1679. Com o objetivo da propagação dos princípios e práticas do campo da Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde - SUS, em todos os níveis de atenção.

Assim,

Na estruturação da RENAST, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) ocupam lugar de destaque. Cabe a estes o papel de polos irradiadores da cultura da produção social das doenças e da centralidade do trabalho nesse processo, provendo suporte técnico e informações, viabilizando ações de vigilância, facilitando processos de capacitação para técnicos, para o controle social e para toda a rede do SUS, além de executar, organizar e estruturar a assistência de Média e Alta Complexidade relacionada com os problemas e os agravos à saúde no trabalho (JACQUES et al., 2012, p. 370).

Observa-se a dimensão e importância do CEREST para a saúde do trabalhador. Nesse sentido, como forma de organizar os serviços, a formatação dessa política deu início em 2002 com a RENAST e posteriormente aos CERESTs a partir do ano de 2002. Segundo Jacques et al. (2012), a proposta inicial seria que nos anos de 2002 até 2004 deveriam ser institucionalizados 27 CERESTs estaduais e 103 CERESTs regionais, porém, no ano de 2005, com o advento de uma nova portaria, em dezembro de 2005, a Portaria GM/MS nº 2.437 a qual determina a ampliação da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador, demandando novos

CERESTs a serem habilitados, totalizando 200 unidades<sup>28</sup>.

Santana e Silva (2009) compartilham da mesma perspectiva de Jacques et al (2012) quando se referem à proposta de aumento dos CERESTs, mencionando o fato de que no mês de dezembro de 2008 os CERESTs somavam um total de 173 CERESTs habilitados no total do país: eram 15 na região norte, 52 na nordeste, 72 na sudoeste, 22 na sul e 12 na região centro oeste.

No que se refere ao quantitativo dos CERESTs, no estado de Goiás há atualmente uma rede<sup>29</sup> de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador para atender os trabalhadores dos diversos setores: formal e informal, assalariados e não remunerados, domésticos, autônomos, cooperados, temporários, servidores públicos, empregadores, aprendizes, estagiários, desempregados e aposentados. Atuam com o objetivo de promover, proteger e recuperar a saúde dos trabalhadores, além disso, investigam as condições de segurança dos ambientes de trabalho.

No Estado de Goiás são cinco unidades, dessas, há 01 CEREST Estadual que coordena as ações na área de saúde do trabalhador no Estado.

**Tabela 4: Dados das unidades dos CEREST'S Goiás**

CEREST	TELEFONE	E-MAIL	ENDEREÇO
ESTADUAL	62-3201-4556	goias@hotmail.com	Av. Anhanguera, nº 5.195, St. Coimbra
ANÁPOLIS	62-3902-2498	cerest@anapolis.go.gov.br	Rua 07, s/n, Bairro Boa Vista
CERES	62-3307-3921	cerestceres@yahoo.com.br	Rua 20, nº 83, Centro
FORMOSA	61-3981-1350	formosacerest@yahoo.com.br	Praça São Vicente, nº 155, Pau-Ferro.
GOIÂNIA	62-3524-8731	st@sms.goiania.go.gov.br	Av. Contorno, nº 2151, Setor Norte Ferroviário

Fonte: Adaptado CEREST GOIÁS (2011).

Todas as informações sobre acidentes de trabalho serão notificados no CE-

28 - Ver portaria Portaria GM/MS nº 2.437, de 7 de dezembro de 2005.

29 - No estado de Goiás estão em funcionamento 05 CERESTs: 1 Estadual, 4 Regionais (Goiânia, Ceres, Anápolis e Formosa).

REST de abrangência e posteriormente repassados as informações ao CEREST-Estadual e, por sua vez, o CEREST Estadual enviará os dados à esfera Federal. A alimentação do sistema, portanto, deverá ocorrer

Do nível municipal para o nível estadual o arquivo de transferência deverá ser encaminhado semanalmente das SMS para as SES. Do nível estadual para o nível federal o arquivo de transferência deverá ser encaminhado quinzenalmente (...). A falta de alimentação de dados no Sinan por mais de 60 dias acarretará suspensão das transferências dos recursos financeiros do Piso de Atenção Básica (PAB), conforme disposto no parágrafo 4º do Art. 5º, da Portaria GM nº 2023, de 23 de setembro de 2004 (MS, 2007, p. 26-28).

No que se refere à necessidade de manter os dados atualizados e a alimentação do banco de dados, pode inferir que trata da necessidade de elaborar estratégia para enfrentar demandas e conseqüentemente a manutenção de recursos financeiros aos órgãos que são responsáveis para desenvolver a política de saúde do trabalhador conforme determina a legislação.

São inúmeros os profissionais que atuam no CEREST Estadual Goiás, entre eles: assistente social, médico do trabalho, enfermeiro do trabalho e outros. Desenvolvem as ações direcionadas à saúde do trabalhador, no enfrentamento das demandas quanto às doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, ambientes de trabalho com ações direcionadas à manutenção da saúde do trabalho e prevenção de acidentes. Assim, os trabalhadores dessa política têm buscado algum tipo de especialização oferecida por universidades públicas ou por meio de cursos de capacitação.

No que se refere a notificação de acidentes de trabalho com material biológico, existe formulário específico para registrar tal evento, a ficha de notificação Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN.

Para o Ministério da Saúde (2007), o SINAN tem como objetivo captar, transmitir e socializar dados gerados constantemente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, “para apoiar o processo de investigação e dar subsídios a análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória” (MS, 2007, p. 09).

Barros (2012, p. 52), menciona que SINAN “é um sistema de informação que agrupa as doenças ou agravos à saúde da população que tenham grande impacto na saúde pública e foi implementado em todo o território nacional, de forma gradual,

a partir de 1993. Segundo o MS (2007) e Barros (2012), a partir de 1998, o uso do SINAN foi regulamentado no Brasil tornando obrigatória a alimentação periódica da base de dados da esfera federal pelos municípios, estados e Distrito Federal. Relevante ressaltar que este sistema é alimentado, em especial, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória.

O Ministério da Saúde destaca a importância do SINAN ser utilizado em parceria com outros sistemas de saúde pois se trata de uma ferramenta que poderá facilitar a formulação e avaliação de políticas públicas subsidiando em decisões com vistas a contribuir para a melhoria da saúde da população.

Quanto à atuação dos CERESTs há funções pré-determinadas para cada modalidade, no caso do CEREST Estadual, dentre as atividades<sup>30</sup> que deverá desenvolver consta a prestação de apoio técnico aos municípios para utilização e operacionalização do SINAN, divulgando informações de análise epidemiológica entre outras. Já os CERESTs regionais vão receber as notificações, realizar consultas e tratamento e acompanhamento do trabalhador acidentado visando à reabilitação do trabalhador.

No Estado de Goiás há uma lista de agravos<sup>31</sup> à saúde do trabalhador que são considerados de notificação compulsória, entre esses agravos está o Acidente com exposição a Material Biológico.

Barros (2012) constatou que no Estado de Goiás, até o ano de 2006, a única unidade que prestava atendimento as vítimas de acidentes com material biológico era o Hospital de Referências em Doenças Infectocontagiosas (HRDI), mais conhecido como Hospital de Doenças Tropicais – HDT.

A partir dessa data, foram instituídas as Unidades de Serviços Sentinelas para atendimento de acidentes ocupacionais e o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST regional – que passou a centralizar as notificações de acidentes com material biológico no município de Goiânia e região de abrangência. Relevante mencionar que, mesmo com a implantação das unidades de serviço de atendimento Sentinela, há ainda uma procura significativa das vítimas de acidentes com material biológico das cidades do interior do Estado de Goiás ao hospital citado.

---

30 - Ver: Ministério da Saúde (2007), Portaria GM/MS nº 2.437, de 7 de dezembro de 2005 e Portaria 1.823, de 23 de agosto de 2012. Ver também Santana e Silva (2009).

31 - Ver: Portaria nº. 034/2006-GAB/SES-GO. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011.

(...) A Rede de Serviço Sentinela, composta por quatro unidades de saúde: Centro de Assistência Integral à Saúde (CAIS) Novo Mundo, CAIS Cândida de Moraes, Centro Integrado de Assistência Médica Sanitária (CIAMS) Novo Horizonte e Maternidade Nascer Cidadão, que são responsáveis pelo primeiro atendimento a essas vítimas. Após esse atendimento emergencial, os acidentados são encaminhados ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (regional) / Centro de Referência em Diagnóstico e Terapêutico (CE-REST/CRDT), onde é realizado o acompanhamento clínico-laboratorial e as orientações legais de acordo com o caso (BARROS, 2012, p. 25).

No que se refere à importância do atendimento a vítima de acidente de trabalho o quanto antes, passa por entender que se trata de emergência médica<sup>32</sup> além do que notificar os acidentes se dá no sentido de dever, como bem diz (Oliveira 2011), também passa pela ótica do direito do trabalhador. Nesse sentido, além de democratizar os dados e os mesmos serem problematizados e providências serem tomadas para enfrentar a demanda.

Na perspectiva epidemiológica, segundo Barros (2012), consta como avanço a publicação da portaria nº 777/2004 que regulamenta a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviço Sentinela, entre eles, como já citado, os agravos com material biológico. Consta que além da CAT é necessário o preenchimento da ficha SINAN.

No Estado de Goiás, as Unidades de Saúde Sentinela, são várias e estão distribuídas em diferentes regiões. Em Goiânia, as unidades estaduais são: Santa Casa de Misericórdia, Hospital das Clínicas, Hospital de Urgência, Hospital de Doenças Tropicais, Hospital Geral, Hospital Araújo Jorge, entre outras unidades.

Quanto aos Acidentes com material Biológico no Estado de Goiás, Barros (2012), constatou que no Hospital Regional de Doenças Infeciosas do ano de 2000 até 2010, a equipe de Enfermagem representou 44,3% do total de atendimentos de acidentes com material biológico. Nesse sentido, do total de trabalhadores cadastrado no COREN-Goiás, dos 28.302, 9,1% (2.569) foram atendidos por acidentes com material biológico. Assim, a categoria que obteve mais registros de atendimento (1.977/ 77%) foi a de técnico de Enfermagem, seguido pelo auxiliar de Enfermagem (400/15, 8%) e enfermeiro (192/7, 5%).

No que se refere à categoria dos profissionais de Enfermagem que mais são vitimados com acidentes relacionados a material biológico, Araujo et al. (2012) com-

---

32 - Ver: Lopes et al. (2004).



partilha da perspectiva, entende que os profissionais mais acometidos são os técnicos de Enfermagem e os auxiliares de Enfermagem pelo fato de estarem mais próximo de pacientes, desenvolvendo ações que requerem manuseio com fluido corpóreo.

O CEREST Goiás realizou levantamento relacionado à acidentes e à violência no Brasil. Segundo a Secretaria Estadual de Saúde de Goiás (2011), os acidentes e as violências no Brasil são agravos que, com base no impacto, no que se refere à morbimortalidade<sup>33</sup> da população, resulta em objeto de prioridade das ações do SUS em conjunto com outros segmentos dos serviços públicos e da sociedade civil<sup>34</sup>.

Para a SES-GO (2011), a notificação através do SINAN é importante instrumento porque os acidentes e doenças relacionadas à atividade laboral são evitáveis e passíveis de prevenção. A Secretaria destaca ainda que os acidentes e doenças relacionadas à vida laboral resultam em custos sociais elevados para os trabalhadores, família, empresa, Estado e sociedade como um todo, sinalizando que atualmente tais eventos são subnotificados e sua real extensão não é realmente conhecida.

Como mencionado, o Estado também é penalizado com os acidentes de trabalho e com as subnotificações, mas não se observa ações concretas para enfrentar tal demanda devido à momentos conjunturais que são determinantes para a não intervenção do Estado.

(...) O Estado contemporâneo envolve numerosos problemas, derivados principalmente da dificuldade de analisar exaustivamente as múltiplas relações que se criaram entre o Estado e o complexo social e de captar, depois, os seus efeitos sobre a racionalidade interna do sistema político. (...) o capitalismo organizado. — pelos fins do século XIX e início do século XX, ocorreram transformações profundas na estrutura material do Estado de direito, havendo sido radicalmente alterada a forma da livre concorrência de mercado. Na recente teoria marxista, o Estado é concebido como uma dedução (*Ableitung*) da lógica da valorização do capital. O enfoque metodológico geralmente seguido nestes processos dedutivos é 'genético' e 'funcional': genético, quando se indaga a origem histórica das funções do Estado, que está nos conflitos entre as classes sociais ou na contradição que opõe os diversos setores do capital; funcional, quando se verifica se as tarefas historicamente criadas, a que o Estado deve presidir, resolvem-se ou não numa relação de funcionalidade com os processos de valorização da estrutura capitalista. É possível distinguir quatro

---

33 - Morbimortalidade está relacionado com a dimensão do adoecimento e da morte que ocorrem em uma determinada sociedade ou grupo.

34 - Ver: BOBBIO Norberto (2007).

funções fundamentais entre as desempenhadas pelo Estado contemporâneo: a) criação das condições materiais genéricas da produção (infraestrutura); b) determinação e salvaguarda do sistema geral das leis que compreendem as relações dos sujeitos jurídicos na sociedade capitalista; c) regulamentação dos conflitos entre trabalho assalariado e capital; d) segurança e expansão do capital nacional total no mercado capitalista mundial (BOBBIO, 2004, p. 411;414).

Apesar do prejuízo que os acidentes de trabalho têm causado, toda a sociedade, inclusive ao Estado, este é o legítimo responsável por elaborar ações para enfrentar tais demandas, uma vez que não tem atendido a demanda posta. Acredita-se que será necessário uma melhor estruturação e planejamento do Estado para que isso ocorra.

Quanto o levantamento sobre acidentes no Brasil realizado pelo SES-GO (2011), o Banco de Dados do SINAN mencionado logo acima demonstrou os acidentes de trabalho graves no estado de Goiás nos anos de 2007 a 2010.

**Tabela 5: Número de Acidentes de Trabalho Graves registrado no SINAN em Goiás, por Sexo entre 2007 e 2010**

Ano da Notificação	Masculino	Feminino	Total
2007	22	04	26
2008	208	22	231
2009	224	64	288
2010	1264	227	1491
<b>Total</b>	<b>1718</b>	<b>317</b>	<b>2036</b>

Fonte: Adaptado SES-GO (2011).

O CEREST Goiás demonstrou que houve aumento significativo das notificações a partir de 2007, quando o serviço dos CERESTs foi sendo estruturado de uma forma mais ampla. Acredita-se que há subnotificação nesses dados, uma vez que esses números não respondem à realidade. Percebeu-se também que, de modo geral, os homens se acidentam gravemente mais do que as mulheres. A pesquisa retratou que dos 2036 acidentados de forma grave, 312 são trabalhadores da construção civil com cargo de pedreiro.

No que se referem à evolução dos acidentes em Goiás, observe o que o CEREST Goiás (2011) constatou.

**Tabela 6: Processualidade dos casos de acidente de trabalho Grave em Goiás entre 2007 e 2010**

Ano	Ign/Branco	Cura	Incapacidade Temporária	Incapacidade parcial permanente	Incapacidade total permanente	Óbito pelo acidente	Óbito por outras causas	Total
2007	10	07	07	00	00	01	00	25
2008	44	13	135	24	06	08	00	230
2009	77	31	159	10	03	04	01	285
2010	369	66	955	70	04	25	01	1490
<b>Total</b>	<b>500</b>	<b>117</b>	<b>1256</b>	<b>104</b>	<b>13</b>	<b>38</b>	<b>02</b>	<b>2030</b>

Fonte: Adaptado SES Goiás (2011).

Adaptado SES Goiás (2011)

Ao observar os dados, é preocupante o alto número de acidentes com óbito, com incapacidade temporária. O índice de cura está muito aquém do número de acidentes. Interessante mencionar que o fundamental é a prevenção, a proteção coletiva, porém, caso o acidente ocorra, é necessário garantir todo o suporte para que o trabalhador tenha sua saúde física e mental restabelecida. Outro dado preocupante é o índice de acidente ignorado ou em branco, de modo que esses dados estejam na condição crescente quanto à incapacidade, logo infere-se que as fichas de notificação foram preenchidas de maneira incompleta.

Quanto aos locais de acidentes de trabalho graves notificados no SINAN em Goiás, nos anos de 2007-2010, a SES-Goiás (2011) constatou que dos 2036 acidentes, a maioria, 882 ocorreram no espaço laboral, seguido dos que ocorreram em via pública com 779 casos. Nesse quesito também se destaca que os acidentes ignorados e brancos são 279 seguidos de 67 ocorridos em instalações de terceiros e 29 nos domicílios próprios.

Quanto ao tipo de acidente de trabalho grave notificado no SINAN em Goiás, nos anos 2007-2010, a SES-Goiás (2011), do total encontrado de 2036, 1.252 são típicos, 602 são de trajeto, os brancos e ignorados somam 182. Observou-se que os acidentes de trajeto estão registrados em número significativo. Nesse sentido é relevante o fortalecimento de novas parcerias com os órgãos responsáveis pelo trânsito, com vistas a campanhas educativas.

Quanto à situação no mercado de trabalho, vejamos a tabela:

**Tabela 7: Situação empregatícia dos trabalhadores que sofreram acidentes graves de trabalho entre 2007 e 2010**

Ano da Notificação	Ign/Branco	Empregado registrado	Empregado não registrado	Autônomo	Serv. Púb. Estatutário	Serv. Púb. Celetista	Aposentado	Desempregado	Trab. temporário	Cooperativado	Trab. avulso	Empregador	Outros	Total
2007	04	10	07	01	02	00	00	00	01	01	00	00	00	26
2008	23	92	46	44	10	02	01	01	03	02	02	01	04	23
2009	91	97	13	22	53	05	00	00	04	03	00	00	00	28
2010	918	164	66	98	85	35	03	02	12	103	01	01	03	149
<b>Total</b>	<b>1036</b>	<b>363</b>	<b>132</b>	<b>165</b>	<b>150</b>	<b>42</b>	<b>04</b>	<b>03</b>	<b>20</b>	<b>109</b>	<b>03</b>	<b>02</b>	<b>07</b>	<b>2036</b>

Fonte: Adaptado SES-Goiás (2011)

Nota-se que parte considerável dos trabalhadores acidentados estão trabalhando formalmente de carteira assinada de forma progressiva, mas outro dado que chamou a atenção mais uma vez é um quantitativo de notificações de acidentes ignorados e em branco que, nesse quesito, foi mais de 50%. Mais uma vez se observa a necessidade de orientação quanto à importância da notificação e, em especial, do formulário a ser preenchido na sua totalidade e de forma precisa.

No que se referem os municípios do Estado de Goiás que notificaram os acidentes entre os anos 2007-2010, do total de 2036 acidentes, Goiânia conta com um total de 1802 casos somando 88% dos acidentes graves em Goiás, sinalizando que, dos 246 municípios no Estado, apenas 22 notificaram acidentes para a SES-Goiás. Esses dados apontam mais uma vez o retrato da subnotificação.

**Tabela 8: Evolução da Emissão da CAT entre 2007 e 2010**

Emitida CAT	2007	2008	2009	2010	Total
Ign/Branco	15	60	121	945	1141
Sim	05	80	136	321	542
Não	04	88	30	189	311
Não se aplica	02	03	01	36	42
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>231</b>	<b>288</b>	<b>1491</b>	<b>2036</b>

Fonte: Adaptado SES-Goiás (2011).

Quanto à variável (emissão da CAT) na ficha SINAN é algo também preocupante, o quantitativo do não preenchimento desse campo ou deixado em branco /ignorado os números demonstram situação assustadora. O não preenchimento desse campo /variável, chegou em alguns anos quantitativo significativo como descrito na tabela acima. Isso contrariando o que Oliveira (2011), coloca como dever de notificar independente da extensão da lesão de afastamento do trabalho ou não.

Para a SES-Goiás (2010), os acidentes com material biológico representam um sério risco aos profissionais em seus locais de trabalho, isso porque a possibilidade de contrair alguma doença é real. Nesse sentido,

O risco biológico é definido como a probabilidade da exposição ocupacional a agentes biológicos como microrganismos, geneticamente modificados ou não; as culturas de células; os parasitas; as toxinas e os príons. Em uma exposição ocupacional a sangue, pelo menos vinte patógenos podem ser transmitidos, entre eles destacam-se pela maior importância epidemiológica os vírus da imunodeficiência - HIV, da Hepatite B - HBV e Hepatite C - HCV (ALMEIDA et al, 2009, p. 596).

Nota-se que os acidentes de trabalho com material biológico têm risco significativo para o trabalhador, em específico, os trabalhadores de Enfermagem, pelo fato de estarem muito próximos do paciente na maioria do seu turno de trabalho, já que estes trabalhadores de nível médio e fundamental constantemente manipulam substância orgânica.

A pesquisa realizada pelo CEREST-Goiás no banco de dados do SINAN mostrou que no Estado de Goiás nos anos de 2007 a 2010 os trabalhadores da política de saúde quanto ao sexo, já que 78% das notificações encontradas e analisadas são de mulheres.

Sabe-se que Enfermagem é uma profissão eminentemente feminina. Há, portanto, números significativo de mulheres na prática profissional, como colocado por COFEN (2011). Na profissão de Enfermagem mais de 80% dos trabalhadores são do sexo feminino.

No que se refere ao quantitativo de trabalhadores da Enfermagem acidentados, sendo maioria mulheres, observe:

Tais resultados são esperados, pois, segundo dados do Conselho Federal de Enfermagem, atualmente, a profissão no Brasil é constituída por 88,26% de mulheres. Tal fato justifica-se, ainda, pois os profissionais que compõem a equipe de enfermagem, além de representar o maior contingente, são os reconhecidos como a maior força de trabalho presente nas instituições de saúde, estando em contato direto com o paciente, administrando medicamentos, realizando curativos, entre outros procedimentos invasivos que os mantêm em constante risco de acidente, envolvendo material biológico: (VIEIRA, PADILHA & PINHEIRO, 2011, p.10).

Nota-se que o COFEN (2011) e Vieira, Padilha & Pinheiro (2011), comparti-

lham do mesmo conhecimento confirmado pela pesquisa no que se refere à representação do quantitativo de trabalhadores da Enfermagem, bem como a vitimização por acidentes com material biológico. Nesse sentido compreende que o prejuízo é significativo para os trabalhadores de Enfermagem. Outro dado importante é a evolução dos acidentes com material biológico.

**Tabela 9: Acidentes com material Biológico por sexo no Estado de Goiás entre 2007 e 2010**

Sexo	2007	2008	2009	2010	Total
Masculino	29	69	185	290	573
Feminino	108	253	557	1082	2000
Total	137	322	742	1372	2573

Fonte: Adaptado SES-Goiás (2010).

No Estado de Goiás, o levantamento feito pelo CEREST Estadual junto ao SINAN constatou que os profissionais que são mais atingidos por acidentes com material biológico são os técnicos de Enfermagem, seguido dos auxiliares de Enfermagem, confirmando o que Barros (2012) e Kaefer & Dalagasparina (2012) disseram. Mas, outro dado apresentado por Barros (2012, p. 36) é quanto à composição da força de trabalho da Enfermagem em Goiás, “a equipe é composta, em sua maioria, por profissionais de nível médio como é tendência em todo o Brasil”.

Os números mostram que as ocupações mais atingidas por acidentes com material biológico em Goiás vêm mantendo os dados de maneira crescente, o que deve ser considerado pela política de saúde do trabalhador no sentido de intervenção, fiscalização e garantia de direitos nos ambientes de trabalho livre de riscos para os trabalhadores. Os técnicos de Enfermagem representam aproximadamente 38% das notificações registradas entre 2007 e 2010, um pouco mais de 60% das notificações são referentes ao grupo de trabalhadores descritos na tabela abaixo.

Os estudantes na terceira posição quanto ao número de acidentes de trabalho com material biológico, dados superiores aos do profissional enfermeiro. Acredita-se que esses estudantes são, na maioria, os estagiários de Enfermagem, tanto em nível de graduação como em nível médio, visto que a carga horária de estágio prática é significativa.

**Tabela 10: Ocupação mais atingida por Acidentes de Trabalho com Material Biológico em Goiás entre 2007 e 2010**

Ocupação	2007	2008	2009	2010	Total
Técnico de Enfermagem	41	135	296	511	983
Auxiliar de Enfermagem	15	28	44	75	162
Estudante	19	07	38	81	145
Empregado doméstico nos Serviços Gerais	02	07	27	91	127
Enfermeiro	02	17	40	65	124
Médico cirurgião Geral	03	04	33	49	89
Faxineiro	01	20	35	30	86
Cirurgião Dentista	04	07	16	52	79
Clínico Geral Médico Clínico	04	06	17	27	54
Coletor de Lixo	03	04	09	35	51

Fonte: Adaptado SES-Goiás (2010).

Para SES-Goiás (2010), mesmo sabendo que os trabalhadores da saúde são agentes envolvidos com os dejetos ou descartes de materiais utilizados em atendimentos de serviços de saúde, os números traduzem em falta de experiência profissional, problemas com a formação profissional, além de sobrecarga de trabalho e estrutura inadequada para a resolução das atividades laborais. Quanto às circunstâncias dos acidentes com material biológico no Estado de Goiás nos anos 2007 a 2010, observou-se que o momento do acidente no segmento de trabalhadores de Enfermagem ocorre na administração de medicamentos, no descarte inadequado do lixo, na realização de algum procedimento que utiliza instrumento perfuro cortante, entre outras atividades.

Quanto à subnotificação, o preenchimento da ficha SINAN de forma incorreta faz com que esses dados não sejam retratados de modo real, para o SES-Goiás (2010), Araujo et al. (2012) e Lopes (2004), a subnotificação é determinante nesses dados.

### 3.2 Subnotificação dos Acidentes com material Biológico

Acredita-se que parte dos acidentes de trabalho não são notificados, isso

pode ocorrer por falta de informações, por se acreditar que o tamanho da lesão seja insignificante, por medo de perder o trabalho ou até mesmo por omissão da empresa. Apesar de que isso contraria o que Oliveira (1998) e Oliveira (2011), no sentido de que um acidente, independente da dimensão e de afastamento do trabalhador, deve ser notificado. Sabe-se que isso é o preconizado pela legislação, mas na prática há inúmeras barreiras para a notificação.

Quanto aos motivos para a subnotificação, Lopes et al. (2004, p. 2) destaca que os aspectos que contribuem para o agravamento da situação de não comunicação dos acidentes são diversos, dentre eles, foi destacada “a inexistência de serviço de atendimento ao profissional acidentado na unidade de origem, o medo de demissão nas unidades de saúde particulares, medo de saber o estado sorológico, medo da soro conversão<sup>35</sup>, entre outros”.

É possível afirmar que os profissionais acidentados que mais notificam são os trabalhadores estatutários, visto que os que atuam em regime geral têm receio quanto à manutenção do emprego. Logo percebe que esse fato não passa de um equívoco, pois a notificação do acidente é um instrumento que garante a estabilidade, mesmo que temporária, como citado por Silva (2011).

Quanto à falta de informação, segundo Silva (2011), no que se refere à estabilidade provisória no emprego pós-acidente, está previsto na lei 8.213/92, no artigo 118 quando menciona: o segurado que sofreu acidente de trabalho tem garantido a estabilidade mínima de doze meses após cessar o benefício do auxílio doença acidentário. Essa estabilidade também ocorre nos casos em que o acidentado não recebeu auxílio doença. Nesse sentido, nota-se que para certa segurança, mesmo que provisória, a alternativa é a notificação do acidente.

Segundo Lopes et al. (2004), o risco ocupacional para os trabalhadores da saúde é um assunto muito problematizado nas últimas décadas, com o foco na possibilidade de contaminação para HIV, HBV e HCV, porém, mesmo assim, os registros de acidentes com material biológico não dão conta da real dimensão.

No Brasil, segundo Lopes (2004), estima-se que a ocorrência de subnotificação seja maior do que nos Estados Unidos, pois existem poucas unidades estruturadas para atendimento e notificação de acidentes de trabalho com material biológico. Nesse contexto, além das subnotificações são encontradas ainda notificações in-

---

35 - A capacidade de um sujeito sadio se contaminar com substância orgânica do sujeito doente e desenvolver a doença.



completas, o que inviabiliza o conhecimento real da problemática.

Para Napoleão et al. (2000), os trabalhadores de Enfermagem estão expostos a uma série de riscos durante a execução de seu trabalho, são eles: físicos, químicos, ergonômicos, psicossociais e biológicos e que poderão culminar em acidentes e doenças ocupacionais. Oliveira (2011) compartilha da perspectiva de Napoleão (2000) quando menciona que a notificação dos acidentes do trabalho é uma exigência legal e através dela é fornecida dados relativos ao número e distribuição dos acidentes e as características das ocorrências. Nesse sentido, será possível conhecer os dados e programar medidas de aplicação e controle preventivistas.

Segundo Napoleão et al. (2000), a subnotificação destes acidentes tem como resultado negativo a limitação do ponto de vista da prevenção e também do ponto de vista jurídico. As causas da subnotificação de acidentes elencadas por essa autora e descritas pelos trabalhadores de Enfermagem trouxe à luz a desinformação em relação aos riscos e aos aspectos epidemiológicos e jurídicos, a falta de tempo para notificar o acidente e o medo de perder o emprego se o fizer.

Nesse sentido observa-se que na categoria da Enfermagem há pouca fiscalização e pouco trabalho educativo. Assim, além de revelar que os trabalhadores da Enfermagem são uma categoria de trabalhadores em grande número, pouco se questiona formalmente as condições de trabalho, tampouco que estão desenvolvendo suas ações sob a alienação no que se refere às condições do trabalho.

O trabalhador, desse modo, fica prejudicado nessa relação trabalho / capital. No modo de produção capitalista, a alienação em Marx é vista sob a ótica de que há relação contraditória do trabalhador com o resultado de seu trabalho, tornando o homem estranho a si mesmo, aos outros homens e ao ambiente em que vive. Para Marx (2004), o trabalhador torna-se mais pobre à medida que seu trabalho produz mais riqueza; quanto mais o resultado do seu trabalho aumenta, mais em desvantagem o trabalhador estará, torna-se força de trabalho menos valorizada, mais barata, quanto maior número de bens produz.

Segundo Barros (2012) e Lopes (2004), no Estado de Goiás até meados de 2006 eram poucos os lugares que atendiam pacientes acidentados com material biológico. Esse tipo de acidente era notificado e acompanhado pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) ou pelo SESMT. Os ambientes de trabalho que não dispunham desses setores os acidentados eram encaminhados para outros serviços ou não acessavam o equipamento.

Quanto às notificações preenchidas de forma incompleta, em branco ou ignoradas no estado de Goiás nos anos 2007 a 2010, a respeito dos acidentes de trabalho grave, foram totalizados 182 casos; já os acidentes com material biológico, foram totalizados 659 casos. Os valores são significativos e passíveis de problematização e intervenção educativa.

### 3.3 Resultado da pesquisa e análise dos dados

A pesquisa realizada no banco de dados do CEREST estadual Goiás objetiva conhecer a dimensão dos acidentes com materiais biológicos ocorridos com os profissionais de Enfermagem. Para isso, entendeu-se que havia a necessidade de demonstrar os acidentes ocorridos com outros profissionais da saúde, como seguem os dados abaixo.

**Tabela 11: Frequência de acidente com material biológico ocorrido entre profissionais da enfermagem no Estado de Goiás ocorridos entre 2008 e 2012.**

FREQUÊNCIA POR ANO DE NOTIFICAÇÃO SEGUNDO OCUPAÇÃO						
Ocupação	Ano					Total
	2008	2009	2010	2011	2012	
TECNICO DE ENFERMAGEM	137	307	498	298	469	1709
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	30	46	74	49	54	253
ENFERMEIRO	17	38	65	43	60	223
ATENDENTE DE ENFERMAGEM	01	02	43	01	01	48
ESTUDANTE	7	54	78	65	59	263

Fonte: Adaptado Banco de Dados dos CEREST-Goiás 2013.

Na pesquisa foi possível certificar os profissionais da saúde em sua totalidade notificados quanto os acidentes com material biológico. Nesse sentido, dos diversos profissionais vitimados notadamente entre eles, médicos cirurgião geral, cirurgião dentista, medico clinico geral. Os profissionais que mais sofrem acidentes com material biológico são os Técnicos de Enfermagem, o que vem ao encontro do que várias pesquisas aprienderão tal realidade como, por exemplo, ABEN (2006), Araujo (2012) Barros (2012) e Braga (2000) entre outros pesquisadores. Em um total de 3.320 acidentes na data informada, 51% dos vitimados foram os Técnicos em Enfermagem.

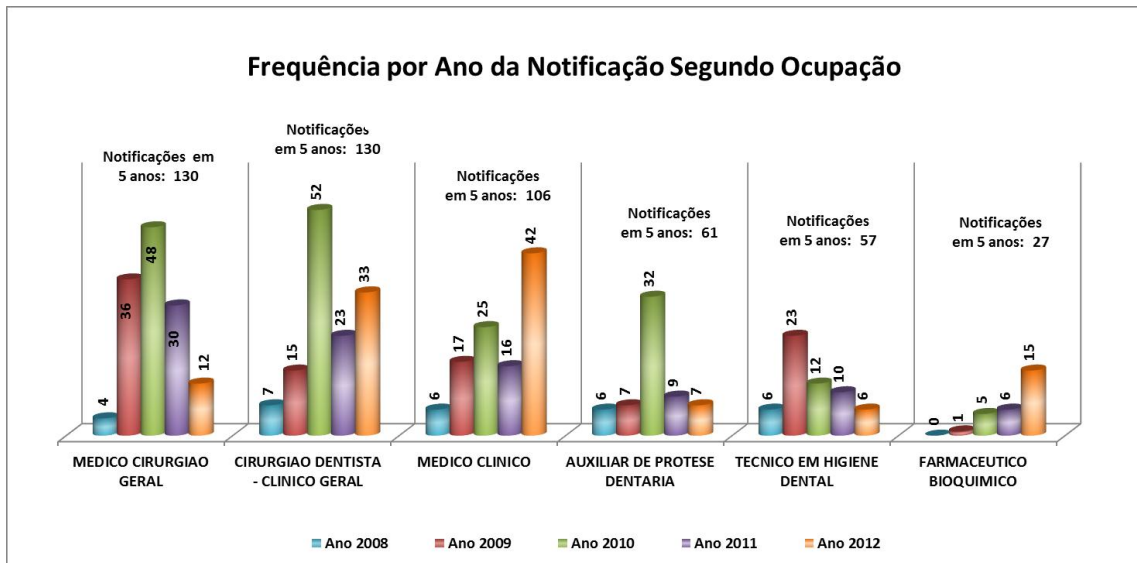
**Tabela 12: Frequência por Ano da Notificação segundo Ocupação**

Frequência por Ano da Notificação segundo Ocupação							
Ocupação	Ano						
	2008	2009	2010	2011	2012	Total	%
TECNICO DE ENFERMAGEM	137	307	498	298	469	1709	51%
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	30	46	74	49	54	253	8%
ENFERMEIRO	17	38	65	43	60	223	7%
ATENDENTE DE ENFERMAGEM	01	02	43	01	01	48	1%
ESTUDANTE	07	54	78	65	59	263	8%

Fonte: Adaptado CEREST-Goiás 2013.

Na tabela 12, do total de acidentes elencados, o profissional técnico de Enfermagem representa 51% em números de acidentes com material biológico, o que clarifica os estudos e pesquisas realizadas nesse campo, já descritas anteriormente. Não se pode negar que os demais profissionais estão em riscos pertinentes à profissão somados a ausência de fiscalização eficaz como demonstrou Oliveira (2011) e Oliveira (1998), a ausência de conscientização no que se refere o uso eficaz de EPIs e a disponibilidades dos EPIs em locais estratégicos para melhor adesão como constatado.

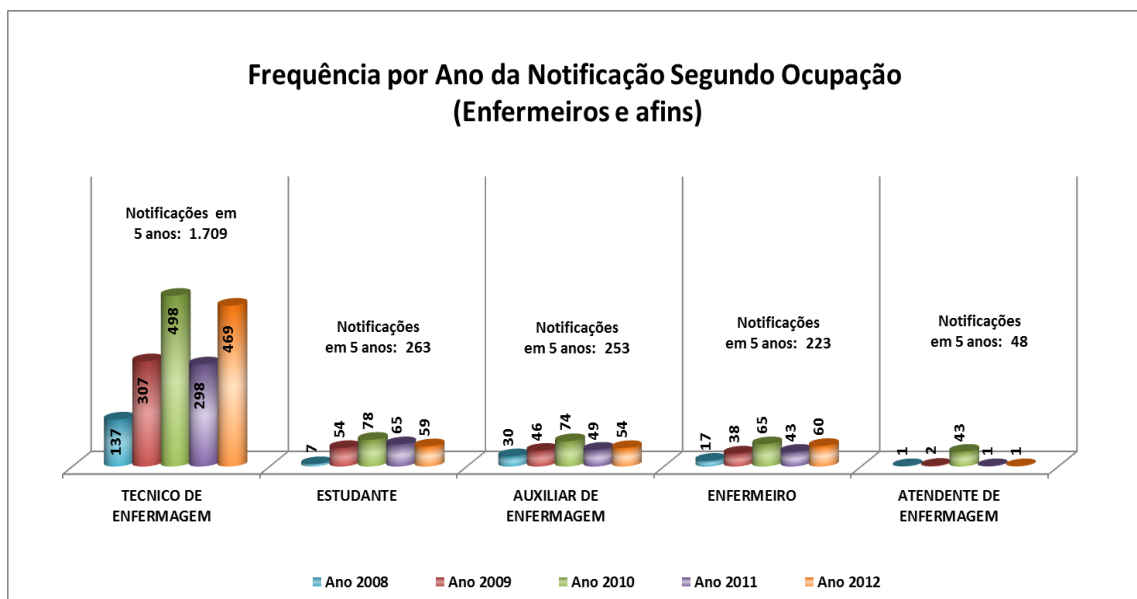
Gráfico 1: Processualidade dos acidentes com profissionais da saúde que mais sofreram acidentes com material biológico, exceto equipe de Enfermagem e estudantes entre 2008 e 2012.



Fonte: Adaptado, CEREST-Goiás - SINAN NET 2013.

No gráfico 01 os profissionais (médicos, dentista, farmacêutico, técnicos em higiene dental e auxiliar de prótese dentária) são os que mais sofreram acidentes com material biológico, porém, não se atinge ainda o quantitativo de uma categoria de trabalhadores de Enfermagem, no caso, os técnicos de Enfermagem.

Gráfico 2: Frequência de Acidentes ocorridos com os profissionais de Enfermagem e estudantes com material biológico entre 2008 e 2012.



Adaptado CEREST-Goiás - SINAN NET 2013.

Nota-se que no gráfico 02 os profissionais de Enfermagem mais acometidos por acidentes com material biológico são os trabalhadores técnicos de Enfermagem, seguido dos auxiliares de Enfermagem. Isso vem ao encontro do que muitos estudiosos apontaram, apresentando dados e particularidades do processo de trabalho, da fiscalização do TEM, da disponibilidade e uso de EPI, do contato direto e prolongado com o doente.

No que se refere ao número de acidentes com material biológico na categoria de estudantes, o quantitativo significativo inferiu que esses estudantes são, na grande maioria, estudantes de Enfermagem, visto que nos ambientes hospitalares, campo de estágios proeminente para esse grupo, o que se observa é a presença constante deles nesses espaços, sem considerar a carga horária prática dos cursos, sejam eles técnicos ou de graduação.

Para Vieira, Padilha & Pinheiro (2011), em relação à suscetibilidade aos acidentes, os estudantes seguem-se aos profissionais de Enfermagem. Incidência essa que decorre do significativo número de escolas técnicas e universidades existentes com grande número de estudantes realizando estágios curriculares e/ou extracurriculares, nas diversas instituições de saúde, algumas vezes sem condições técnicas ou sem supervisão direta das escolas. Basta observar a matriz teórica curricular dos cursos de Enfermagem na graduação.

No nível técnico, o total de horas no campo prático é significativo. Nos cursos de graduação são mais de duas mil horas práticas, conforme descrito na matriz teórica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. No Curso técnico de Enfermagem, o total de horas práticas atinge 700 horas, basta olhar a matriz teórica do curso técnico de Enfermagem do Serviço Nacional do Comércio – SENAC. Assim, é possível afirmar que, dos estudantes que notificaram acidentes, a grande maioria são estudantes do curso de Enfermagem, uma vez que a presença deles nos espaços laborais da área de saúde é real.

Os enfermeiros são profissionais de Enfermagem que desenvolvem atividades de administração das unidades e da equipe de nível médio e fundamental: os técnicos e auxiliares de Enfermagem. O enfermeiro desenvolve algumas atividades diretamente com o paciente quando é atribuição apenas do enfermeiro, pois na maioria das unidades esse profissional não atua na assistência do paciente. Sendo assim, os números vem confirmar o que Waldow (2001) encontrou em sua pesquisa quando colocou que os enfermeiros têm se afastado da assistência, pois são cha-

mados para atuar na gestão visando a resolutividade dos serviços. Acredita-se, contudo, que essa situação seja o resultado do número de acidentes de trabalho com material biológico.

O atendente de Enfermagem é um profissional de Enfermagem, porém, essa formação não existe desde o ano de 1995 por determinação do COFEN. O atendente de Enfermagem tem formação no ensino fundamental e atua em ações mais simples de Enfermagem que não requerem intervenções mais específicas, confirmando os dados demonstrados.

No ano de 2010 todas a categoria de Enfermagem foi a mais vitimada por acidentes decorrentes do contato com material biológico, por diferentes fatores, entre eles, a obrigatoriedade da notificação dos acidentes na ficha SINAN a partir de 2002. Outros fatores também são considerados: o aumento dos CERESTs, do instrumento Nexo Técnico Epidemiológico para caracterizar o acidente, o fato do acidente com material biológico ser notificado compulsoriamente, entre outros aspectos.

O aumento significativo também se deve ao fenômeno da epidemia da gripe influenza A (H1N1) <sup>36</sup>, doença que naquele momento necessitou da atuação de muitos trabalhadores nas emergências hospitalares, atuando com muita rapidez, o que pode ter culminado em acidentes de trabalho com material biológico.

Nota-se que, na maioria dos acidentes com materiais biológicos elencados /notificados nos CERESTs pela ficha SINAN, demonstrou que nos anos 2011 e 2012 os números decresceram, mas isso traz uma distorção nos dados, pois o número de subnotificações tem aumentado. Nesse sentido, abre-se um questionamento: o número de acidentes com material biológico diminuiu ou será que a subnotificação é que está mascarando esses dados?

Acredita-se que algumas medidas mesmo que tímidas tem sido tomadas quanto aos EPIs, à NR32 e alguns equipamentos com dispositivos de segurança, como é o caso das seringas e gelcos, visando minimizar os acidentes. Para Fernandes & Nuzzi (2013), o que ocorre com o decréscimo é a subnotificação e o não acesso aos benefícios acidentários.

São inúmeros os motivos às subnotificações, entre eles, Alves et al. (2013) destacam: o relato de ausência de conhecimento da necessidade de notificar o ocor-

---

36 - Ver ARAUJO, Sonia Teixeira de; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal (2012).

rido, recusa em abandonar o posto de trabalho, a crença de que o acidente não oferecia risco aos profissionais, o conhecimento da sorologia negativa do paciente fonte.

O estudo de Alves et al. (2011) mostrou que os acidentes com material biológico ocorrem com maior frequência nas unidades de internação, centros cirúrgicos, unidades de terapia intensiva e unidades especializadas, incluindo os serviços de emergência, onde há maior número de notificações.

Para Oliveira (2011) e Alves et al. (2011) é relevante que os administradores proporcionem a seus empregados um ambiente de trabalho seguro oferecendo educação permanente, onde os espaços laborais sejam capazes de minimizar a subestimação dos riscos presentes no seu dia a dia. A coordenação dos setores deve estar preparada para incentivar os profissionais de Enfermagem a notificarem os acidentes, sob a perspectiva que passa pelos direitos do trabalhador.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa apontou que o trabalho existe desde os primórdios, todavia com conotações diferenciadas. De alguma forma, o homem está inserido em algum tipo de atividade laboral com o objetivo de transformar a natureza em prol da sua sobrevivência socializando com a mesma e com outros sujeitos, o que o diferencia dos animais irracionais.

No contexto do trabalho dos profissionais de Enfermagem no Brasil, suas origens remontam aos Estados Unidos, tendo início às primeiras atividades desenvolvidas por pessoas leigas enfrentando um árduo processo até chegar à cientificidade, mesmo com sinais de formalização, de modo a atender a produção e a reprodução do capitalismo. Por muito tempo o profissional de Enfermagem atuou no que se pode dizer, “sombra do profissional médico”, atendendo a prescrições e auxiliando nos procedimentos.

No Estado de Goiás, o marco da profissão teve início na cidade de Goiás, na unidade hospitalar São Pedro de Alcântara, no século XIX. As primeiras escolas de Enfermagem foram instituídas nas cidades de Anápolis e Rio Verde na década de 1930, posterior a 1960, na capital do Estado de Goiás, inicialmente na Pontifícia Universidade Católica de Goiás e, posteriormente, na Universidade Federal de Goiás.

A regulamentação da profissão ocorreu na década de 1980, dispondo de conselhos regionais, federal e sindicatos. Atualmente a Enfermagem exerce relativa autonomia, não sendo apenas executora de prescrições médicas, mas elabora e prescreve planos de cuidado, bem como participa de processos de avaliação. A Enfermagem não deixou de atuar juntamente com o profissional médico, porém conquistou relativa autonomia e atribuições privativas.

Foi possível observar um crescimento proeminente do quantitativo de profissionais de Enfermagem no mercado de trabalho a partir de 2011. Em algumas regiões do Brasil a Enfermagem ficou em primeiro lugar no que se refere às ocupações dos postos de trabalho. A esse respeito, destaca-se o aumento significativo de inscritos no COREN-Goiás a partir de 2010, com crescimento acentuado para os profissionais de nível superior, os enfermeiros. Apesar do crescimento profissional, intelectual, formal da profissão, constatou-se que ainda faltam ser regulamentados a



carga horária de trabalho e os pisos salariais.

Também foi possível apresentar de forma científica nesta pesquisa que a maioria dos trabalhadores de Enfermagem é do sexo feminino, como vem ocorrendo desde a gênese da profissão. A área de saúde tem sido a que mais contrata esse profissional apesar de estar inserido em outros espaços laborais, mas tem o hospital como o campo de maior atuação, chegando a absorver 40% da mão de obra.

Essa categoria é a que lida diuturnamente com a pessoa doente e tem como objeto de trabalho o cuidado humano, procurando restabelecer a saúde ou, quando não for possível, o conforto de direito da pessoa doente. Nessa dimensão, o profissional em questão lida cotidianamente com o sofrimento do outro, com a morte, perdas, pensamento negativos, negação, entre outras particularidades.

Apreendeu também, que o trabalho dos profissionais de Enfermagem dada à particularidade, poderá levar o trabalhador ao adoecimento, como as doenças ocupacionais, provocadas direta ou indiretamente pela característica do trabalho, ocasionando afastamento, absenteísmo e até mesmo interrupção da vida profissional ainda precoce. Além disso, os acidentes com material biológico é realidade, ocasionados por contato direto com substâncias orgânicas do paciente.

A pesquisa evidenciou que os profissionais que exercem a Enfermagem dentre os profissionais da área da saúde são os que mais se acidentam com material biológico no Brasil são eles, os técnicos de Enfermagem, o que também ocorre no Estado de Goiás, seguido dos auxiliares de Enfermagem e, por último, os enfermeiros. Além desse dado, foi constatado que a natureza do trabalho é de risco eminente para o trabalhador e que são necessários à disponibilização de EPIs em locais estratégicos para melhor adesão, trabalho educativo e, por último, a fiscalização dos órgãos competentes que não ocorre de modo efetivo, deixando o trabalhador sem o devido respaldo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEN. **Cartilha do Trabalhador de Enfermagem: Saúde, Segurança e Boas condições de Trabalho.** Rio de Janeiro, 2006.

ALMEIDA, André Nunes Gomes de et al. **Risco biológico entre os trabalhadores de enfermagem.** Rev. enferm. UERJ, out/dez; 17(4):595-00. Rio de Janeiro, 2009.

ALVES, Amanda Pavinski. et al. **Subnotificação de acidentes ocupacionais com material biológico pela enfermagem no bloco cirúrgico.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2013 abr/jun;15(2):375-81. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.18554>. doi: 10.5216/ree.v15i2.18554. Acessado em 10 de junho 2014.

ANTUNES, Ricardo (org.). **A Dialética do Trabalho: escritos de Marx e Engels, Expressão Popular.** São Paulo: 2012.

ARAUJO, Thiago Moura de Et al. **Acidente de trabalho com exposição a material biológico entre os profissionais de enfermagem.** Rev. Enf. Ref. vol.serIII no.7 Coimbra jul. 2012 Rev. Enf. Ref. vol. Ser III no. [http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832012000200001](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000200001). Acessado em 22 de fevereiro de 2014.

ARAUJO, Sonia Teixeira de & DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. **Influenza Humana: revisão sobre doenças emergentes e a saúde do trabalhador de Enfermagem.** Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2010 jan/mar; disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a22.pdf>. Acessado em 20 de maio de 2014.

ASCARI, Rosana Amora et al. **Prevalência de doenças ocupacionais em profissionais da enfermagem: revisão de literatura.** Revista UNINGÁ, Vol.15, n.2,pp.26-31 (Jul - Set 2013) disponível em <http://www.mastereditora.com.br/review>. Acessado em 30 de julho de 2014.

BAKKE, Hanne Alves & ARAÚJO, Nelma Miriam Chagas. **Acidentes de Trabalho com profissionais de saúde de um hospital universitário.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/2010>. Acesso em 06 de outubro de 2013.

BARROS, Dayane Xavier. **Acidentes ocupacionais com material biológico entre a equipe de enfermagem no Estado de Goiás.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, 2012.

BATISTELLA, Carlos. **Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde.** Disponível em 20 março 2010. [http://www.epsjv.fiocruz.br/pdts/index.php?livro\\_id=6&area\\_id=2&autor\\_id=&capitulo\\_id=14&arquivo=ver\\_conteudo\\_2](http://www.epsjv.fiocruz.br/pdts/index.php?livro_id=6&area_id=2&autor_id=&capitulo_id=14&arquivo=ver_conteudo_2), acessado em 17 julho de 2013.

BERNARDO, João. **Economia dos conflitos sociais.** 2ª ed. Expressão Popular, São Paulo: 2009.

BOBBIO, Norberto. et al. **Dicionário de Política**. Editora UNB/LGE, 12ª edição. Brasília: 2004.

\_\_\_\_\_. **Estado, Governo, Sociedade**: para uma teoria geral da política. 14 ed. Paz e Terra. São Paulo: 2007.

BRAGA, Daphne. **Acidente de trabalho com material biológico em trabalhadores da equipe de enfermagem do Centro de Pesquisas Hospital Evandro Chagas**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, 75 p., Escola Nacional de Saúde Pública; 2000.

BRASIL, Virginia Visconde, et al. **Evolução histórica da enfermagem**: construção da prática. 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan**: normas e rotinas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho e Emprego - M. T. E. **NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde**. Disponível em: 27 de-10-2008.[http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D36A280000138812EAFCE19E1/NR-32%20\(atualizada%202011\).pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D36A280000138812EAFCE19E1/NR-32%20(atualizada%202011).pdf). Acessado em 16 de fevereiro de 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde do Trabalhador**. Caderno de Atenção Básica nº 05. Brasília - DF, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde do Trabalhador**. Caderno de Atenção Básica nº 05. Brasília - DF, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Disponível em: 20 de novembro 2011 [http://bsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html](http://bsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html) acessado em 16 de fevereiro de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho e Emprego- MTE. **NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde**, disponível em [http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C816A350AC8820135161931EE29A3/NR-32%20\(atualizada%202011\).pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C816A350AC8820135161931EE29A3/NR-32%20(atualizada%202011).pdf). Acessado em 15 de fevereiro de 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância Epidemiológica – **Sistema de Informação de Agravos de Notificação- SINAN**. 2.ª edição Série A. Normas e Manuais Técnicos – Editora MS, Brasília – DF 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.437/GM, de 7 dezembro de 2005**. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2437.htm> em 27/01/2014 <http://www.renastonline.org/temas/acidente-trabalho>.

Acessado em 20 de julho de 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social- MPS. **Anuário Estatístico da Previdência Social: acidente de trabalho.** Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/estatisticas/aeps-2012-anuario-estatistico-da-previdencia-social-2012/aeps-2012-secao-iv-acidentes-do-trabalho/aeps-2012-secao-iv-acidentes-do-trabalho-tabelas>. Acessado em 20 de fevereiro de 2014.

\_\_\_\_\_. **3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR**

- **3ª CNST - “Trabalhar, Sim! Adoecer, Não!” COLETÂNEA DE TEXTOS.** Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/wst/documentosdeapoio.pdf>. Ano de 2004. Acessado em 20 de junho de 2014.

CARVALHO, Pedro. **A Resposta do Capitalismo Europeu à Crise de Lisboa.** In: **Fragments de Cultura.** Instituto de Filosofia e Teologia- v.14 n. 3, p.433-627, mar. UCG, 2004.

CASTRO, Carlos Alberto Pereira de; LAZZARI, João Batista. **Manual de Direito Previdenciário.** 4. ed.LTr. São Paulo: 2003.

CHAUÍ, Marilena. **Convite à Filosofia.** Ed. Ática, São Paulo: 2000.

COELHO, Pinto Celso & MALAQUIAS, Kleber Caetano Antunes. **Manual de Segurança do Trabalho e Saúde Ocupacional.** Eletrobrás, Eletronuclear, Agosto, 2010. Disponível em: <http://www.eletronuclear.gov.br/LinkClick.aspx?fileticket=KTHcKRRi28E%3D&tabid=85>. Acessado em 25 de abril. São Paulo: 2014.

Congresso Nacional: **Lei 8080/90 e 8.142/90** Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm), acessado em 10 abril de 2014.

COUTINHO, Carlos Nelson. **O Estruturalismo e a Miséria da Razão.** Debates & Perspectivas. Expressão Popular, 2010.

CRESS – Conselho Regional de Serviço Social. 19ª Região. **Assistente Social: o serviço da cidadania** - Coletânea de Leis e Resoluções. Gestão2002/2005. Editora: Max Gráfica& Editora LTDA, Goiânia: 2006.

COFEN (2011). **Enfermagem em Foco.** Disponível em <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/195/131> acessado em 31/01/2014. COREN- GO -Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Disponível em: <http://www.corengo.org.br>. Acessado em 01 de outubro de 2013.

DEJOURS, Christophe. **Por um novo conceito de saúde.** Palestra proferida na Federação dos Trabalhadores da Metalurgia, da Confederação Geral dos Trabalhadores (CGT) e publicada no Brasil pela Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, 14 (54),

1986.

\_\_\_\_\_. **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho.** Ed. Fiocruz. Brasília, 2004.

DOMINGUES, José Maurício. **Sociologia e Modernidade: para entender a sociedade contemporânea.** ed. Civilização Brasileira, 2ª ed. Rio de Janeiro: 2001.

ENGELS, Friederich (1876). **O Papel do Trabalho na Transformação do Macaco em Homem.** Origem da presente transcrição: edição soviética de 1952, de acordo com o manuscrito, em alemão. Traduzido do espanhol. Por José Braz para Marxists Internet Archive, 2004. Disponível em: <http://www.marxists.org/portugues/marx/1876/mes/macaco.htm>. Acessado em 20 de junho de 2014.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Cidadania e Política. In: Sociedade Civil e Democracia: Expressões Contemporâneas.** Ed. Veras. São Paulo: 2010.

\_\_\_\_\_. **A Política Social do Estado Capitalista: as funções da previdência e da Assistência Social.** Cortez, 4ª ed., São Paulo: 1985.

FERNANDES, Sarah & NUZZI, Vitor. **Onde a modernização não chega. A pressão no trabalho ainda fere e estressa.** 2013. Disponível em: <http://www.redebrasilatual.com.br/revistas/90/onde-a-modernizacao-nao-chega-5521.html>. Acessado em em 20 de abril 2014.

FREIRE, Lúcia Maria de Barros. **A relação saúde-trabalho no contexto das relações sócio-políticas no trabalho e o Serviço Social.** In: **Revista Serviço Social e Sociedade.** nº 49, ano XVI, Ed Cortez, Nov. São Paulo: 1995.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de. (org.) **Ensinando a Cuidar em Saúde Pública.** 4ª edição. Editora Difusão. São Paulo: 2003.

FISCHER, Frida Mariana et al. **Trabalho em turnos e noturno: repercussões sobre a saúde e medidas de intervenção.** In: **Ministério Público do Trabalho: fórum e saúde e segurança no trabalho do Estado de Goiás. Saúde Mental no Trabalho: Coletânea do fórum de saúde e segurança no trabalho do Estado de Goiás.** Cir. Gráfica. 676 p., Goiânia: 2013.

GASTALDO, Denise Maria & MEYER, Dagmar Estermann. **A Formação da Enfermeira: ênfase na conduta em detrimento do conhecimento.** Rev Bras. Enfermagem, 42 jan/dez. Brasília: 1989.

GIDDENS, Anthony. **Capitalismo e Moderna Teoria Social.** 6ª ed. Presença. Lisboa: 2005.

GOIÁS, Secretaria de Saúde do Estado de Goiás – SES - **Boletim Acidentes de Trabalho Graves e Fatais - Goiás 2007/2010:** Centro Estadual de Referência em Saúde do trabalhador / GVSAST/SUVISA/SES/GO.

[http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/201112/bi\\_acidente\\_trabalho\\_material\\_biologico.pdf](http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/201112/bi_acidente_trabalho_material_biologico.pdf). Acessado em 25 de maio de 2014.

\_\_\_\_\_. CEREST – **Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST ESTADUAL/GVAST/SUVISA/SES - GO 2011**. Disponível em [http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2011-12/apresenta\\_cerest.pdf](http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2011-12/apresenta_cerest.pdf). Acessado em 20 de abril 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria do Estado de Saúde, Governo de Goiás. **Portaria Nº. 034/2006-GAB/SES-GO**, 2010. Disponível em: maio/2011. <http://www.saude.go.gov.br/index.php?idMateria=91537>. Acessado em 20 de maio de 2014.

\_\_\_\_\_. **Boletim Informativo: Acidentes de Trabalho com Material Biológico Notificado no Sinan. Série Histórica No Estado De Goiás 2007/2010. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador/CEREST GVSAST/SUVISA/SES/GO**. Disponível em: [http://www.renastonline.org/sites/default/files/boletim\\_acidentes\\_material\\_biol%C3%B3gico\\_sinan\\_goias.pdf](http://www.renastonline.org/sites/default/files/boletim_acidentes_material_biol%C3%B3gico_sinan_goias.pdf). Acessado 20 de novembro de 2013.

GUIMARÃES, Celma Martins, ANDRADE, Miranda de Andrade, SANTOS, Eliana Aparecida dos. **Gênese do Trabalho em Enfermagem em Goiás: um resgate histórico de suas precursoras**. In: **I congresso Internacional sobre Mulher, Gênero e as Relações de Trabalho. (2005)** disponível em: [http://books.google.com.br/books/about/Anais\\_do\\_1\\_Congresso\\_Internacional\\_sobre.html?id=D\\_cAaAEACAAJ&redir\\_esc=y](http://books.google.com.br/books/about/Anais_do_1_Congresso_Internacional_sobre.html?id=D_cAaAEACAAJ&redir_esc=y). Acessado 20 de maio de 2014.

GUIMARÃES, Celma Martins, LIDIANA, Miranda de Andrade. **Gênese da Enfermagem Hospitalar no Estado de Goiás**. Revista Brasileira de Enfermagem- maio-jun 302-4.2005.

KAEFER, Cristina Thum & DALAGASPERINA, Fernanda. **Acidentes perfuro - corantes em âmbito hospitalar. XVII Seminário interinstitucional de ensino pesquisa e extensão**. Unicruz Nov.2012. Disponível em <http://www.unicruz.edu.br/seminario/downloads/anais/ccs/acidentes%20perfuro%20corantes%20em%20ambito%20hospitalar.pdf>. Acessado 20 de março de 2014.

KIRCHHOF, Ana Lucia Cardoso. **O trabalho da Enfermagem: análise e perspectivas**. Rev. Bras. Enfermagem. Brasília (DF). Nov./dez,2003.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 7ª Ed. Cortez, São Paulo: 2004.

\_\_\_\_\_. **Trabalho e indivíduo social**. 5ª Edição. Cortez, São Paulo: 2012.

JACQUES, Camila Corrêa Et Al. **Indicadores para Centros de Referência em Saúde do Trabalhador: proposição de um sistema de acompanhamento de**

**serviços de saúde.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, 2012. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n2/a11v17n2.pdf>. Acessado em 20 de maio de 2014.

JOHNSON, Alan G. **dicionário de sociologia: guia prático da linguagem sociológica.** Renato Lessa. Jorge Zahar Ed., Rio de Janeiro: 1997.

JAPIASSÚ Hiltom & MARCONDES Danilo. **Dicionário Básico de Filosofia.** Jorge Zahar, Rio de Janeiro: 1996.

LACAZ, Francisco Antônio de Castro. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador: Desafios e Dificuldades.** IN: SANTANA, Raquel Santos (org.). Avesso do Trabalho II: Trabalho, precarização e saúde do trabalhador. Expressão Popular, 1ª edição. São Paulo: 2010.

LANCMAN, S. & SZNELWAR, I. **Chistophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho.** Editora Fiocruz. Brasília: 2004.

LAGES, Amarita G. Valério & SENA, Marisa Alves de O. Saúde do Trabalhador. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**, nº 40 ano XIII, editora Cortez,. Dez. São Paulo: 1992.

LAKATOS, Eva Maria. **Sociologia Geral.** 5ª edição. Editoria Atlas, São Paulo: 1986.

LAUTIER, Bruno. **Trabalho ou labor? Dimensões históricas e culturais.** In: **Trabalho e Cidadania.** Revista Ser Social NR 5. Revista do Programa de Pós- Graduação em Políticas sociais Departamento de Serviço Social – Universidade de Brasília. Dezembro 1.999.

LESSA, Sergio. **Serviço Social e Trabalho:** Porque o Serviço Social não é trabalho, Instituto Lukcás, São Paulo: 2012.

LIMA, Idelmina Lopes de Lima (coord.). **Manual do Técnico e Auxiliar de Enfermagem.** Ed. AB, Goiânia: 1999.

LIMA, Maria José de. **O QUE É ENFERMAGEM.** 3ª Ed. Editora brasiliense. São Paulo, 2006.

LOPES, Marta Julia Marques. **O Sexo do Hospital.** In: **Gênero & Saúde.** LOPES, Marta Julia Marques; Meir, Dagmar Estermann; WALDOW, Vera Regina (org.). Artes Médicas. Porto Alegre, 1.996.

LOPES, Lilian Kelly de Oliveira et al. **Atendimento aos profissionais vítimas de acidente com material biológico em um hospital de doenças infectocontagiosas.** Disponível em [http:// www. Fen. Ufg.br/fen-revista](http://www.fen.ufg.br/fen-revista) 6-03/04- Original. Html. Acessado em 15 de abril 2014.

MACHADO, Jorge, Mesquita H & SANTANA, Vilma. (org.). **1º Inventário de Saúde do Trabalhador, 2009** Avaliação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, 2008-2009. Ministério da Saúde, Brasília: 2011.

MARTINS, Aline de Carvalho & MELO, Fernanda dos Reis. Gênero: Dimensão Fundamental da Saúde Humana. In: **Serviço Social, Saúde e questões sociais contemporâneas**: reflexões críticas sobre a prática profissional. SILVA, Letícia Batista & RAMOS, Adriana (Org.) Papel Social, Campinas: 2013.

MARX, Kal. **Manuscritos Econômico-Filosóficos**. Tradução, apresentação e notas Jesus Ranieri. Editora Boitempo. São Paulo: 2004.

\_\_\_\_\_. **O Capital** - Volume 1. 1ª Edição: 1867. Coimbra, 1974. Tradução de: J. Teixeira Martins e Vital Moreira. Transcrição de: Alexandre Linares. Disponível em: <http://www.marxists.org/portugues/marx/1867/ocapital-v1/> 20 de junho de 2014.

\_\_\_\_\_. **O Capital** - Volume 1 - Parte III. Capítulo VII. **Processo de Trabalho e Processo de Reprodução de Mais-valia**. Seção 1. O Processo de Trabalho ou o Processo de Produção de Valores de Uso. 1ª Edição: 1867. Coimbra, 1974. Tradução de: J. Teixeira Martins e Vital Moreira. Transcrição de: Alexandre Linares. Disponível em: <http://www.marxists.org/portugues/marx/1867/ocapital-v1/>. Acessado em 20 junho de 2014.

MORAES, Reginaldo. **Neoliberalismo**: De onde vem, para onde vai? Ed. SENAC, São Paulo: 2001.

NAPOLEÃO, Ana Maria Alves & ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo. **Acidentes De Trabalho e Subnotificação entre trabalhadores de Enfermagem**. Revista de enfermagem UERJ 2003: nr11, p. 59-63. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v11n1/v11n1a09.pdf>. Acessado em 20 de dezembro de 2012.

NAPOLEÃO Anamaria Alves. **Causas de subnotificação de acidentes do trabalho entre trabalhadores de enfermagem**. Revista Latino-Am. Enfermagem vol.8 no.3 Ribeirão Preto July 2000. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692000000300018&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692000000300018&script=sci_arttext). Acessado em 20 de maio de 2014.

NASCIMENTO, Paulo A. Mayer M.& MACIENTE, Agnaldo Nogueira & ASSIS, Lucas Rocha Soares. **As ocupações de nível técnico que mais geraram empregos entre 2009 e 2012**. In: **Perspectivas Profissionais nível técnico e superior**. Radar: Tecnologia, Produção e Comércio e Exterior. IPEA nº27, 2013.

\_\_\_\_\_. **As ocupações de nível superior que mais geraram empregos entre 2009 e 2012**. In: **Perspectivas Profissionais nível técnico e superior**. Radar: Tecnologia, Produção e Comércio e Exterior. Ipea nº 27, 2013.

NEVES, Heliny Carneiro Cunha et al. **Segurança dos trabalhadores de enfermagem e fatores determinantes para adesão aos equipamentos de proteção**



**individual.** Revista Latino de Enfermagem. março/abril 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt\\_18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_18.pdf). Acessado em 20 de fevereiro de 2014.

OLIVEIRA, Sebastião Geraldo de. **Proteção Jurídica à Saúde do Trabalhador.** LTR 02. Edição revista ampliada e atualizada, São Paulo: 1998.

\_\_\_\_\_. **Proteção jurídica à saúde do trabalhador.** LTR 6ª. Edição revista ampliada e atualizada. São Paulo: 2011.a

\_\_\_\_\_. **Indenizações por acidente do trabalho ou doenças ocupacional.** 6ª Edição. São Paulo. LTR, 2011.b

PÁDUA, E. M. M. de. **O processo de pesquisa.** In: **Metodologia da pesquisa: abordagem teórica - prática.** Campinas: Papyrus, 1997. p. 29 – 89. (Coleção Práxis).

PEREIRA, Potyara A. P. **Necessidades Humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais.** Cortez. São Paulo: 2000.

PIANA, M.C. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 233 p. ISBN 978-85-7983-038-9. Available from SciELO Books. <http://books.scielo.org>. Acessado em 20 de maio de 2014.

PINTO, Geraldo Augusto. **A organização do trabalho no século 20: taylorismo, Fordismo e Toyotismo.** Ed. Expressão Popular. São Paulo: 2010.

POCHMANN, Marcio (org.) ET al. **Atlas da exclusão social no brasil: Dinâmica e manifestação territorial.** Volume 2. Cortez. São Paulo: 2003.

PORTO, Lorena Vasconcelos. **O trabalho humano na história e o nascimento do direito do trabalho.** In: REIS, Daniela Muradas & MELO, Roberta Dantas de & COURA, Solange Barbosa de Castro. Trabalho e Justiça Social. São Paulo. LTR, 2013.

RAMAZZINI, Bernardino. **As Doenças dos Trabalhadores.** Tradução de Raimundo Estrêla. 3.ed. Fundacentro, São Paulo: 2000.

RIBEIRO, Emílio José Gonçalves & SHIMIZU, Helena Eri. **Acidentes de Trabalho com trabalhadores de enfermagem.** Revista Brasileira de Enfermagem vol. 60 no 5 Brasília sept./oct.2007. Disponível em: [HTTP:// dx.doi.org/10.1590/s0034-71672007000500010](HTTP://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672007000500010). Acessado em 20 de dezembro de 2013.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. **Discurso sobre a origem e os fundamentos da desigualdade entre os homens.** Martins Fontes, São Paulo: 1999.

SANTANA, Vilma Sousa & SILVA, Jandira Maciel. **Os 20 anos da saúde do trabalhador no sistema único de Saúde do Brasil: limites, avanços e desafios.** In: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de situação de Saúde. SAÚDE BRASIL 2008: 20 ANOS DE SISTEMA ÚNICO DE

SAUDE (SUS) NO BRASIL. Brasília/DF. 2009.

SERRA, Rose Mary Sousa. **A prática institucionalizada do Serviço Social**. 2ª edição. Ed. Cortez, São Paulo:1983.

SILVA, Paulo Renato Fernandes da, **Os efeitos dos acidentes de Trabalho**. In: Revista do Tribunal Regional do Trabalho da 1ª Região: Doutrina-Jurisprudência - Legislação, 1ª Região. V.21 n.49 p.1-272 , Janeiro/ Junho, 2011. a

SILVA, Marluce Aparecida Souza e. **A complexa e perversa relação trabalho e salário no Brasil**. In: **Trabalho e Cidadania**. Revista Ser Social NR 5. Revista do Programa de Pós- Graduação em Políticas sociais Departamento de Serviço Social – Universidade de Brasília. Dezembro 1999.

SILVA, Edith Seligmann. **Trabalho e Desgaste Mental: o direito de ser dono de si mesmo**. Cortez, São Paulo: 2011.b

SILVA, Germano Campos. **Acidente do Trabalho: uma abordagem panorâmica dos seus reflexos nas relações jurídica, previdenciária, trabalhista e civil**. Disponível em <http://www.marquessiqueira.com.br/?p=2080>. Acessado em 22 de fevereiro de 2014.

SILVEIRA, Andréa Maria. **Saúde do trabalhador**. Belo Horizonte, Editora Coopmed. Nescon UFMG. 2009.

SHIMIZU, Helena Eri & RIBEIRO, Emílio José Gonçalves. **Acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem**. Rev. bras. enferm. vol.60 no.5 Brasília Sept./Oct. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672007000500010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000500010). Data 20 de agosto de 2013

SOUZA, Mariana Fernandes de & GUTIERREZ, Maria Gaby. **Em que consiste a Enfermagem**. Rev. ACTA Paulista de Enf., 5-8, marco de 1989. Disponível em:<http://bases.bireme.br/cgi>. Acessado em 01 de outubro 2013.

TEIXEIRA, Edriene Barros. **Nexo técnico epidemiológico e benefícios previdenciários por acidentes de Trabalho**. Bahia – Salvador 2011. 66p Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós - Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia. Disponível em: <http://www.sat.ufba.br/site/db/dissertacoes/172011102745.pdf>, Acessado em 22 de fevereiro de 2014.

TELLES, Vera da Silva. **Pobreza e Cidadania**. Ed 34. São Paulo: 2001.

TRAESEL, Elizete Soares & MERLO, Álvaro Roberto Crespo. **Trabalho imaterial no contexto da enfermagem hospitalar: violências coletivas dos trabalhadores na**

**perspectiva da Psicodinâmica do Trabalhador.** Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional, nº 36p 40-55, São Paulo: 2011.

TRIGO, Giselle Mota. **Os riscos ocupacionais do trabalho de enfermagem.** (trabalho de conclusão de curso de especialização) UFMG CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA. 2010. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2285.pdf>. Acessado em 02 de março de 2014.

THOFEHRN, Maira Buss & AMESTOY, Simone Coelho & ARRIERA, Izabel Cristina de Oliveira. **A dimensão da subjetividade no processo de trabalho da enfermagem.** Rev. enferm. Saúde, Pelotas (RS) 2011 jan-mar; 1(1):190-198. Disponível em [www.ufpel.edu.br/revistas](http://www.ufpel.edu.br/revistas). Acessado em 20 de março 2014.

VEIGA, Deborah de Azevedo & CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. **Manual de Técnicas de Enfermagem.** 9ª Ed. Editora Sagra Luzzatto, Porto Alegre: 2000.

VIEIRA, Marian & PADILHA, Maria Itayra & PINHEIRO, Regina Dal Castel. **Análise dos acidentes com material biológico em trabalhadores da saúde.** Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.19 no.2 Ribeirão Preto Mar./Apr. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000200015> . Acessado em 20 de maio de 2014.

VITA, Álvaro de. **Sociologia da Sociedade Brasileira.** Ática, São Paulo: 1989.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano o resgate necessário.** Sagra Luzzatto Editora, 3ª edição. Porto Alegre: 2001.