



Artigo Original

RISCOS OCUPACIONAIS ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE DE BARREIRAS- BA

OCCUPATIONAL RISKS IN PROFESSIONALS OF HEALTH IN BARREIRAS CITY, STATE OF BAHIA

Resumo

Luciane Cristina Joia¹
Eder Batista Regis¹
Samira Cristina Jôia²

Durante o processo trabalho, os profissionais em saúde expõem-se constantemente aos riscos ocupacionais presentes no ambiente de trabalho, comprometendo direta ou indiretamente as condições de sua saúde. Objetivamos relatar as principais preocupações e vulnerabilidade dos riscos ocupacionais, bem como descrever as principais condutas adotadas frente a exposição ocupacional, entre os profissionais da saúde no município de Barreiras/BA. Para tanto, foi realizada uma pesquisa de campo de caráter descritivo e exploratório no ano de 2005/2006, com profissionais de clínicas e hospitais públicos e privados do município, que exerciam atividades de risco de exposição à acidentes. Para a coleta de dados foi utilizada técnica de entrevista, por meio de um instrumento do tipo roteiro semi-estruturado (adaptado à realidade de Barreiras), o qual abordou aspectos sobre o tema. Apesar dos entrevistados relatarem possuírem conhecimentos sobre os procedimentos, utilização e conduta. Observamos que uma grande parcela dos entrevistados tem dificuldade na compreensão sobre a importância da utilização dos equipamentos de segurança. Destacamos ainda que, a convivência cotidiana com ambientes insalubres ou de risco, poderia ser um indício na diminuição da percepção dos entrevistados sobre a necessidade de adotar medidas preventivas para a sua segurança.

¹Faculdade São Francisco de
Barreiras
Bahia – BA – Brasil

²Universidade Federal de São Paulo
(UNIFESP)
São Paulo – SP – Brasil

E-mail
lucianejoia@yahoo.com.br

Palavras-chave: acidentes de trabalho, saúde do trabalhador, prevenção de acidentes.

Abstract

During work activities, the professional of health is exposed to occupational risks in their work place. This compromises directly or indirectly in health condition. The aims of the study were to report the main concern and vulnerability of occupational risks, and to describe the main conducts adopted by the professionals of health in Barreiras city/ BA. It was done a descriptive and exploratory field research with and hospital workers (public and privates) that were exposure to work accidents. An interview was done to data collection, and a semi-structured script (adapted to Barreiras city/BA) was used. It was observed that the most of interviewees had difficult to understand the safe equipments importance, however the most of them reported knowledge about procedures,

Rev. Saúde. Com 2009; 5(2): 97-107.

use and conduct. It is necessary to highlight that everyday contact with risks in work place; it could be a decrease of perception in the necessity to adopt safety behavior.

Key words: accidents, occupational, occupational health, accident prevention.

Introdução

O trabalho exerce um papel fundamental nas relações sociais de vida do homem. Considerado positivo, quando é capaz de realizar as necessidades de subsistência. Por outro lado, ao realizá-lo, o homem expõe-se constantemente aos riscos ocupacionais presentes no ambiente de trabalho, comprometendo direta ou indiretamente na sua condição de saúde.

Durante o trabalho, os profissionais da saúde, são expostos à inúmeros riscos ocupacionais causados por fatores químicos, físicos, mecânicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais, sugestivamente ocasionando maior probabilidade da ocorrência de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho ¹.

O Ministério da Previdência e Assistência Social define acidente de trabalho como o ocorrido pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, o qual provoca lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho (Lei n.º 6.367,19/10/76)².

As informações relatadas nos registros de doenças ocupacionais e de acidentes do trabalho, são consideradas subestimadas, uma vez que a Comunicação do Acidente do Trabalho denominada CAT, reconhece que sua notificação, no momento do acidente, nem sempre é relatada e automaticamente notificada. Alguns acidentes considerados “leves”, as vezes, não são registrados pelos trabalhadores, por avaliarem que não necessitam de atendimento médico. Finalmente, todos os trabalhadores do sistema informal têm seus acidentes e doenças profissionais não registrados ³.

O fato da comunicação do acidente de trabalho ser procedimento facultativo é um problema grave, pois, muitas vezes, o acidente não gera nenhuma das situações previstas na definição de acidente de trabalho, como por exemplo, os acidentes envolvendo material biológico, freqüentes entre os profissionais de saúde, não se enquadram na definição legal. Contudo, as suas conseqüências, a curto e médio prazo, fazem com que o seu registro junto aos serviços competentes da unidade hospitalar (Medicina do Trabalho, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e outros) seja de extrema necessidade⁴.

No Brasil, foi apenas no início da década de 70 que as instituições hospitalares começaram a se preocupar com a saúde dos trabalhadores, após relatos de pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP) sobre a saúde ocupacional de trabalhadores hospitalares. Historicamente, os trabalhadores da área da saúde não eram considerados como categoria profissional de alto risco, esta preocupação surgiu na década de 80 após o início da epidemia da

HIV/AIDS, a partir de então foram estabelecidas às normas de segurança no ambiente do trabalho⁵.

A Saúde do trabalhador até 1988 era centralizada e se concentrava às inspeções do trabalho em geral, efetuadas pelos Agentes de Inspeção do Ministério do Trabalho. Essas ações nos ambientes de trabalho seguiam um modelo de atuação tecnicista e por esse motivo, não levava em conta, a vivência e os conhecimentos dos trabalhadores sobre o assunto⁶. No período do regime militar, os sindicatos e representantes dos trabalhadores foram excluídos do processo de fiscalização nos locais de trabalho, além de que, durante mais de meio século, o Ministério da Saúde esteve ausente do controle do processo de produção. Apenas após a Reforma Sanitária e as Conferências Nacionais de Saúde, o papel da saúde foi recuperado na sua integralidade, através dos Programas de Saúde do Trabalhador. A Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde (LOS), de 1990, devolveram ao Ministério da Saúde, o poder de intervenção nos ambientes de trabalho^{7,8}.

A nova Constituição e a LOS trouxeram a execução de ações de Vigilância Sanitária que constavam nas atribuições do Sistema Único de Saúde, incluindo a prevenção dos riscos à saúde decorrentes de fatores ambientais, do saneamento e dos ambientes e processos de trabalho⁸.

Durante o ano de 2007, foram registrados no Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS) cerca de 653,1 mil acidentes do trabalho. Comparado com 2006, o número de acidentes de trabalho aumentou 27,5%. Essa aumento se deve à mudança na comunicação de acidente de trabalho que a partir de 2007 apresentou uma nova sistematização de concessão de benefícios sem o CAT. Se não fosse considerada essa mudança, os acidentes do trabalho registrados o ano de 2007, comparado com o de 2006, aumentaria em apenas 3,7%⁹.

Ainda em 2007, as maiores incidências nos acidentes de trabalho comparados com os cinquenta Códigos Internacionais de Doenças (CID) mais utilizados, os de maiores magnitudes foram ferimento do punho e da mão (S61), dorsalgia (M54) e fratura ao nível do punho ou da mão (S62) com, respectivamente, 11,5%, 7,8% e 6,4% do total. Nas doenças do trabalho os CID mais incidentes foram sinovite e tenossinovite (M65), lesões no ombro (M75) e dorsalgia (M54), com 20,3%, 17% e 7,6%, do total⁹.

Atualmente a concessão de benefícios é proveniente das informações dos registros da Previdência Social, mas o dado não é totalmente válido, visto que apenas beneficiam os trabalhadores com carteira assinada, que representam menos de um terço da população economicamente ativa do país¹⁰.

Na saúde, somente uma pequena parte dos acidentes ocupacionais e de trabalho são registradas, isto se deve talvez a desinformação dos acidentados ou dos profissionais que os tratam. A estimativa é de que a sub-notificação dos acidentes de trabalho nos serviços de saúde chegue a 95% no país, ou seja, só 5% dos casos são registrados como tal¹⁰.

Pesquisa realizada por Napoleão et al.¹¹ sobre acidentes entre trabalhadores de enfermagem, constataram que a principal causa atribuída pelos sujeitos acidentados e não notificaram, estava relacionada à justificativa de considerarem a lesão ocasionada pelo acidente como pequena e sem

importância, indicada por 53,1% dos trabalhadores. A alegação relativa ao desconhecimento da necessidade da notificação do acidente foi citada por 38,8% dos trabalhadores. Dentre as outras causas apontadas estavam a falta de tempo, referida por 11% dos trabalhadores e o medo de ser demitido, referida por 2,0% dos sujeitos.

Figueiredo¹², Silva¹³ e Janser¹⁴ a em estudos realizados em vários municípios, constataram causas de subnotificação de acidentes do trabalho entre trabalhadores de enfermagem, justificando que essa subnotificação estaria no fato do trabalhador desconsiderar lesões, julgadas por ele como insignificativa. O desconhecimento da necessidade de registro do acidente do trabalho sugere a desinformação dos trabalhadores em saúde em relação aos aspectos epidemiológicos e jurídicos envolvidos nesta preocupante situação.

Recomenda-se a utilização das precauções universais, atualmente denominadas precauções-padrão, como medida de prevenção, durante uma situação de risco ocupacional. Porém no Brasil, ainda são incipientes pesquisas sobre esta natureza, principalmente quando se trata de acidentes ocupacionais envolvendo profissionais da saúde e material biológicos, agravando assim a implantação de medidas de controle e prevenção.

Diante disso, podemos afirmar que existe ainda hoje no Brasil, a compreensão de que o acidente de trabalho é um evento simples, com poucas repercussões, decorrentes de falhas dos operadores (ações ou omissões), de intervenções de desrespeito à norma de segurança originado em aspectos psicológicos dos trabalhadores. Apesar dos comportamentos pessoais serem considerados de livre arbítrio, as empresas almejam responsabilidade dos mesmos, durante as rotinas de trabalho. Vilela, et al.¹⁵ relatam que isto parece estar associado a questões culturais de segurança, associadas ao comportamento individual.

Na área da saúde esse problema ainda é maior, devido à sobrecarga dos profissionais que atuam em contato direto com a saúde dos indivíduos, revestem-no de características específicas, pois além de se relacionar com a doença e com a morte, faz parte de um sistema que assegura a continuidade da produção, e determina a quebra da continuidade no trabalho, realizado individualmente, o que define o trabalho por turnos, que muitas vezes, excedentes a jornada de trabalho. Essas condições insalubres e muitas vezes perigosas fazem com que o profissional se habitue à situação, sem perceber a alta periculosidade nos procedimentos, que, na maioria das vezes, passa despercebido durante a rotina de trabalho, conseqüentemente aumento o risco ocupacional.

Uma situação que ainda é alarmante são as atividades em plantões ou regimes de trabalho noturnos. Fisiologicamente associadas à queda ou diminuição de alguns ritmos biológicos, destacando o aumento da sonolência e conseqüente diminuição de algumas funções cognitivas. Está falta de descanso aumentaria consideravelmente o risco de acidentes ocupacionais e de trabalho.

Um dos trabalhos mais divulgados sobre erros/acidentes relacionados ao trabalho especificamente dos indivíduos que trabalham em turnos foi publicada em 1979¹⁶. Nele destaca que uma das causas do pior desempenho observado em atividades em plantões ou regimes de trabalho noturnos estaria associada à

queda ou diminuição na expressão comportamental de alguns ritmos biológicos, dando ênfase ao da temperatura corporal¹⁷.

Neste contexto, os acidentes ocupacionais e de trabalho consolida-se de variáveis inerentes a própria pessoa, sendo influências do meio em que se encontra, seja ele no contexto social, econômico, político, físico, como também psíquico. Neste último caso, surge o termo *Burnout*, destinado à “aquilo que deixou de funcionar por exaustão energética, expresso por meio de um sentimento de fracasso e exaustão”¹⁸, geralmente acometendo profissionais que trabalham em contato direto com pessoas, neste caso, os profissionais da saúde.

O trabalho na saúde se dá coletivamente em modelos de sistematização de assistência, com uma hierarquização de poderes das categorias profissionais, historicamente estabelecida, carregado das relações sociais que se estabelecem no interior do trabalho da saúde entre a equipe multidisciplinar. No entanto, observa-se que as ações individuais de saúde, são mais executadas que as ações coletivas, embora sejam preconizadas o modelo de saúde coletiva, pautada nos princípios do SUS pela regionalização, hierarquização, universalização, equidade, integralidade da assistência em saúde, no nível de atenção primária^{19,20}.

As alterações tecnológicas ocorridas no trabalho em saúde, fizeram com que o processo de trabalho na saúde evoluísse de forma que os profissionais passassem de cuidados simplificados, a trabalhar com instrumentos muito complexos, levando cada vez mais a especialização da força de trabalho. O processo, antes individual, passou a ser mais coletivo, na medida em que as tarefas de um grupo profissional mais especializado dependem de outro criando entre eles, uma maior reflexão e autonomia. Porém existe ainda uma proporção cada vez maior de trabalhadores com atividades meramente rotineiras e padronizadas²¹.

Partindo do exposto, em que a vulnerabilidade do profissional de saúde é evidenciada, quanto à organização e processo do trabalho hospitalar e às condições sociais mais amplas, nos propusemos realizar um relato da realidade dos ambientes de assistência a saúde vivenciada entre os profissionais bem como descrever as principais condutas adotadas frente à exposição ocupacional, as medidas preventivas e de controle desenvolvidas entre os profissionais da saúde no município de Barreiras.

Metodologia

Para o desenvolvimento desta pesquisa foi realizada uma pesquisa de exploratório porque permite conhecer com maior profundidade a realidade acerca dos riscos vivenciados pelos profissionais de área de saúde do município de Barreiras no ano de 2005/2006.

A população do estudo foi composta por trabalhadores de clínicas e hospitais públicos e privados do município. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: ser profissional de saúde da instituição pesquisada; exercer atividades de risco de exposição aos acidentes; disponibilidade para participar da pesquisa e concordar em participar do estudo. Todo o processo

da pesquisa obedeceu aos princípios éticos dispostos na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo aos participantes, entre outros direitos, o seu consentimento livre e esclarecido, sigilo das informações e privacidade²², avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade São Francisco de Barreiras.

A amostra foi composta por profissionais que aceitassem participar, escolhidos aleatoriamente entre os 15 estabelecimentos públicos e os 23 estabelecimentos particulares que apresentavam entre seus trabalhadores, profissionais da área da saúde. Foram sorteados 4 estabelecimentos, sendo estes, 2 públicos e 2 privados.

Para a coleta de dados foi utilizada técnica de entrevista, por meio de um instrumento do tipo roteiro semi-estruturado (adaptado a realidade de Barreiras), o qual abordou aspectos como: ocupação atual e retroativa, jornada semanal e turno de trabalho, posturas inadequadas e estresse ao final do expediente, equipamento de segurança, utilização e suporte, segurança ao fazer os procedimentos de risco com relação ao manuseio e transporte, perfazendo um total de 14 perguntas, com respostas binárias (sim ou não).

A pesquisa foi realizada de junho de 2005 a março de 2006 com pesquisadores treinados para esse fim. As entrevistas foram realizadas nos estabelecimentos de saúde previamente sorteados, com o pesquisador ao lado do funcionário, perguntando pausada e repetidas vezes, afim de não induzir as respostas.

Foram entrevistados entre os locais sorteados 44 indivíduos de ambos os sexos. Os dados foram armazenados no Excel e posteriormente analisados por meio do programa SPSS 10.0, onde foram feitas as análises descritivas.

Resultados e Discussão

Os resultados apontam para algumas questões relevantes no qual externa a preocupação com acidente ocupacional.

Com relação a horas extras, a grande maioria (75%) dos profissionais entrevistados cumpre horários de trabalho, sem extrapolação do tempo de serviço no local. O que indica que não há uma sobrecarga estressante que comprometa o estado de saúde. Vale ressaltar de que 25% realizam horas extras, desrespeitando direito à saúde laboral garantido pelo Ministério da Saúde a todo e qualquer profissional.

Moreno et al.²³ relatam que quase a metade da população (cerca de 28 milhões) trabalha mais que as 44 horas semanais, previstas na Constituição de 1988 como a jornada máxima de trabalho semanal. Para que essa jornada semanal seja cumprida, os autores relatam que, o trabalho deveria ser exercido além do horário diurno, portanto, uma parcela da população economicamente ativa que, além de trabalhar mais que o número de horas semanais previstas em lei, ainda o faz em horário noturno.

Quanto aos vícios ergonômicos, apresentam índices significativos, pois 65,9% relataram realizar postura irregular no ambiente de serviço. E ainda 61,4% sentem dores ao final do expediente. Isto claramente são fatores que

contribuem para problemas osteo-musculares, principalmente a problemas posturais e lesões por esforço repetitivo.

Gurgueira et al.²⁴ relatam que há extensa lista de danos a todos os sistemas orgânicos, principalmente os problemas músculo-esqueléticos, entre os profissionais da saúde, principalmente na equipe de enfermagem.

Para Alexandre et al.²⁵, e Smedley et al.²⁶ relatam que entre os principais distúrbios osteo-musculares o de maior magnitude é a lombalgia. A dor lombar tem sido particularmente bem estudada entre os trabalhadores da saúde, sendo resultado de traumas cumulativos. As lesões dorsais ocupacionais ocorrem mais freqüentemente quando é realizado o cuidado direto ao paciente, especialmente o acompanhamento direto no leito^{27, 28}. Importante ressaltar que muitos desses profissionais retornam ao serviço, apesar de continuarem apresentando os mesmos sintomas²⁸.

Dos 44 entrevistados, 43,2% não fazem uso do equipamento de segurança por acharem desnecessário se protegerem já que não estão tendo contato direto com os doentes (Tabela 1).

Robazzi et al.²⁹ relatam que no Brasil, os trabalhadores da saúde, principalmente os da enfermagem, através de uma concepção idealizada da profissão, submetem-se aos riscos ocupacionais, sofrem acidentes do trabalho e adoecem, não atribuindo esses problemas às condições insalubres e aos riscos oriundos do trabalho.

Em estudo realizado por Oliveira e Murofuse³⁰ para verificar o conhecimento dos trabalhadores de saúde hospitalar no desenvolvimento de suas atividades, constatou-se que eles conhecem os riscos de forma genérica e que esses conhecimentos não se transformam em uma ação segura de prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, apontando para a necessidade de uma ação que venha modificar essa situação.

Nishide et al.⁵ realizaram um estudo sobre a ocorrência de acidente do trabalho em uma unidade de terapia intensiva, verificaram que mais da metade dos profissionais não utilizavam (cerca de 60%) os equipamentos de proteção individual (EPIs) no momento do acidente, apenas 40% dos trabalhadores faziam uso. Observou-se, então, que os trabalhadores avaliam o procedimento e julgam a necessidade de uso do EPI, não valorizando a real importância do seu uso para a prevenção dos acidentes ocupacionais.

Quanto à localização dos equipamentos de segurança nossos dados demonstram que 27,3% dos entrevistados relatam que o equipamento não estava ao seu alcance e ainda 18,2% não sabem utiliza-lo, 25% não sabem a quem recorrer em caso de auxílio e ainda 36,4% acreditam que o transporte de material contaminado e seu manuseio durante sua rotina de trabalho são inadequados, levando ao risco de aumento da infecção hospitalar.

Pereira et al.³¹ em pesquisa sobre infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem observaram que, com freqüência, a concepção dos profissionais da saúde de que o controle de Infecção Hospitalar é de responsabilidade das CCIH (Comissão de Controle da Infecção Hospitalar), dessa forma se excluem da sua responsabilidade pessoal, conferindo às comissões toda a responsabilidade, que de fato, isoladamente, pouco podem fazer.

Tabela 1 - Distribuição sobre riscos ocupacional entre profissionais da saúde do município de Barreiras- BA.

Questões	Porcentagem (%)
Hora extra	
Sim	25,0
Não	75,0
Esforço físico intenso Durante a execução do serviço	
Sim	54,5
Não	45,5
Atividade que exige postura física inadequada	
Sim	65,9
Não	34,1
Cansado ao final do expediente	
Sim	75,0
Não	25,0
Dores durante ou ao final do expediente	
Sim	61,4
Não	36,4
O uso do equipamento de segurança	
Sim	54,5
Não	43,2
Satisfação com o equipamento de segurança utilizado	
Sim	45,5
Não	45,5
Insegurança e risco de sofrer algum acidente de trabalho	
Sim	65,9
Não	34,1
Em caso de acidente sabe quem recorrer	
Sim	75,0
Não	25,0
O equipamento de segurança fica ao seu alcance	
Sim	65,9
Não	27,3
Uso e utilização do equipamento de segurança nos procedimentos diários	
Sim	75,0
Não	18,2
Exposição a produtos químicos e/ou radiológicos	
Sim	43,2
Não	56,8
Transporte e manuseio de material contaminado são feitos de forma adequada	
Sim	61,4
Não	36,4
Existência por parte da administração a preocupação com a prevenção de acidentes ocupacionais e de trabalho	
Sim	70,5
Não	29,5

Lopes et al.³² em estudo sobre a adesão às precauções padrão pela equipe no atendimento pré-hospitalar móvel na cidade de Belo Horizonte MG, relatam que existe a necessidade de adesão durante os procedimentos médicos. A adesão significa manter atitudes adequadas, exigindo dos profissionais, motivação e conhecimento técnico. No entanto, relatam que a

relação existente entre conhecimento e a atitude pode ser diminuída. Os principais fatores que seriam: a falta de motivação, o déficit de conhecimento técnico da equipe, a qualificação insuficiente dos profissionais, sobrecarga de trabalho e o comportamento inadequado de membros mais experientes, influenciando negativamente os demais profissionais da equipe, dentre outros. A não-adesão às medidas de precaução padrão podem refletir em elevadas taxas de incidência de acidentes de trabalho por exposição a fluidos corporais e materiais perfuro-cortantes.

Conclusões

Encontramos em nosso estudo que apesar de uma grande parcela dos entrevistados ter conhecimento sobre os procedimentos, utilização e conduta. Observamos que uma grande parcela tem dificuldade na compreensão sobre a importância da sua utilização e conduta de utilização (43,2% não fazem uso do equipamento de segurança, 27,3% relatam que o equipamento não estava ao seu alcance e 18,2% não sabem utilizá-lo, 25% não sabem a quem recorrer em caso de auxílio).

Observamos que a convivência cotidiana com ambiente insalubre ou de risco poderia diminuir a percepção os entrevistados sobre a necessidade de adotar medidas preventivas para a sua própria segurança. Verificamos também que o significado do acidente é individual, associados aos valores pessoais princípios de vida e conhecimentos do indivíduo sobre o assunto, ou seja, de acordo com sua percepção de todo contexto relacionado ao acidente

Referências Bibliográficas

1. Marzial MHP, Rodrigues CM. A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2002; 10 (4): 571-7.
2. Coordenação Nacional de DST e Aids. Controle de infecções e a prática odontológica em tempos de AIDS: manual de condutas. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde; 2000.
3. Barata RCB, Ribeiro MCSA, Moraes JC. *Inf. Epidemiol. Sus*. 2000; 9 (3): 119-210.
4. Caixeta RB, Barbosa-Branco A. Acidente de trabalho, com material biológico, em profissionais de saúde de hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil, 2002/2003. *Cad Saude Publica*. 2005; 21 (3): 737-46.
5. Nishide V M, Benatti MCC, Alexandre NMC. Ocorrência de acidente do trabalho em uma unidade de terapia intensiva. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2004; 12 (2): 204-11.
6. Faleiros VP. O trabalho da política: saúde e segurança dos trabalhadores. São Paulo: Cortez; 1992.
7. Scopinho RA. *Vigiando a vigilância: um estudo sobre a política e a prática em saúde e segurança no trabalho*. [Tese]. Araraquara /SP: Universidade Estadual Paulista; 2000.
8. Gouveia R. *Saúde Pública Suprema Lei: a nova legislação para a conquista da Saúde*. São Paulo: Mandacaru; 2000.

9. Instituto Nacional de Seguridade Social. Dados estatísticos de acidentes do trabalho da previdência social. [citado (acesso em 2009 Mar 31)]. Disponível em: <http://www.mpas.gov.br>.
10. Brendler A. (Agência Brasil). [citado em 2009 Mar 31]. Disponível em: <http://www.socialismo.org.br/portal/saude/72-noticia/140-subnotificacao-de-acidentes-de-trabalho-nos-servicos-de-saude-deve-ser-de-95>.
11. Napoleão AA, Cruz MLC, Robazz MLCC, Palucci MH, Hayashida MM. Rev Latino-Am Enfermagem. 2000; 8 (3): 119-20.
12. Figueiredo RM. Opinião dos servidores de um hospital escola a respeito de acidentes com material perfuro-cortante na cidade de Campinas—SP. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional 1992; 20 (76): 26-33.
13. Silva VEF. O desgaste do trabalhador de enfermagem: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1996.
14. Jansen AC. Um novo olhar para os acidentes de trabalho na enfermagem: a questão do ensino [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1997.
15. Vilela RAG, Iguti AM, Almeida IM. Culpa da vítima: um modelo para perpetuar a impunidade nos acidentes do trabalho. Cad Saude Publica. 2004; 20 (2): 570-79.
16. Folkard S, Monk TH. Shiftwork and performance. human factors. Human Factors Soc. 1979; .21: 483-92.
17. Mauro MYC, Muzi CD, Guimarães RM, Mauro CCC. Riscos Ocupacionais em Saúde. Rev Enferm. UERJ 2004; 12 (3): 316-22.
18. Carlotto MS, Gobbi MD. Síndrome de Burnout: um problema do indivíduo ou do seu contexto de trabalho? [monografia na Internet]. Canoas: ULBRA; 2003. [Citado em 2003 Mar 17]. Disponível em: <http://www.ulbra.br/psicologia/margob1.htm>.
19. Alessi NP, Filho AP, Pinheiro S A, Silva GB. Saúde e Trabalho no Sistema Único de Saúde. São Paulo (SP), Hucitec; 1994.
20. Machado MH. (Org.) Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.
21. Siqueira MM, Watanabe FS, Ventola A. Desgaste físico e mental de auxiliares de enfermagem: uma análise sob o enfoque gerencial. Rev latino-am Enfermagem. 1995; 3 (1): 45-57.
22. Brasil Ministério Da Saúde. Fundação Nacional de Saúde Centro Nacional de Epidemiologia. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Inf Epidemiol SUS. 1996; 5: 13-41.
23. Moreno CRC, Fischer FM, Rotenberg L. A saúde do trabalhador na sociedade 24 horas 2003; 17 (1):34-46.
24. Gurgueira GP, Alexandre, NMC, Fiulho HRC. Prevalência de sintomas músculo-esqueléticos em trabalhadoras de enfermagem. Rev Latino-Am.Enfermagem. 2003;.11:608-13.
25. Alexandre NMC, Agerami ELS, Moreira DCF. Dores nas costas e enfermagem. Rev Esc Enfermagem USP. 1996; 30 (2): 267-84.
26. Smedley J, Inskip H, Cooper C, Coogon D. Natural history of low back pain: a longitudinal study in nurses. Spine. 1998; 23 (22): 2422-6.
27. Alexandre NMC, Benatti MCC. Acidentes de trabalho afetando a coluna vertebral: um estudo realizado com trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. Rev Latino-am Enfermagem. 1998; 6 (2): 65-72.
28. Retsas A, Pinikahana J. Manual handling activities and injuries among nurses: an Australian hospital study. J Adv Nurs. 2000; 31 (4): 875-83.
29. Robazzi MLCC, Marziale MHP. Alguns problemas ocupacionais decorrentes do trabalho de enfermagem no Brasil. Rev Bras Enfermagem 1999; 52: 331-8.

30. Oliveira BRG, Murofuse NT. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. Rev Latino-am Enfermagem 2001; 9 (1):109-15.
31. Pereira MS, Souza ACS, Tipple AFV, Prado MA. A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem. Texto contexto - enferm. 2005;14 (2): 250-57.
32. Lopes ACS, Oliveira AC, Paiva MHRS. Adesão às precauções padrão pela equipe do atendimento pré-hospitalar móvel de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil Cad. Saúde Pública, 2008; 24 (6):1387-1396.

Endereço para correspondência

Av. Antônio Carlos Magalhães, 1207 apto 203 - Centro
Barreiras – Bahia - Brasil
CEP: 45020-390

Recebido em 19/05/2009

Aprovado em 12/09/2009