

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE - DS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA NORMA
REGULAMENTADORA N° 32**

JULIANA DA SILVA OLIVEIRA

**JEQUIÉ/BA
2012**

JULIANA DA SILVA OLIVEIRA

**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA NORMA
REGULAMENTADORA Nº 32**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

Linha de Pesquisa: Política, Planejamento e Gestão.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Adriana Alves Nery.

**JEQUIÉ/BA
2012**

Oliveira, Juliana da Silva.
O47 Análise da implantação e implementação da norma Regulamentadora Nº 32/Juliana da Silva Oliveira.- Jequié, 2012.
123 f: il.; 30cm. (Anexos)

Dissertação (Mestrado-Programa de pós-graduação em Enfermagem e Saúde) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2012. Orientadora Profª. Drª. Adriana Alves Nery.

1. Norma Regulamentadora Nº 32 – Saúde do trabalhador
2. Saúde do trabalhador - Normas básicas de atenção
3. Gestão em saúde – Norma Regulamentadora Nº 32 I.
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II. Título.

CDD – 614.5993

FOLHA DE APROVAÇÃO

OLIVEIRA, Juliana da Silva. **Análise da Implantação e Implementação da Norma Regulamentadora N° 32**. 2012. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Jequié, Bahia.

Banca Examinadora



Profª. DSc. Adriana Alves Nery

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Orientadora e presidente da banca examinadora



Profª. DSc. Ana Angélica Leal Barbosa

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB



Profª. DSc. Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi

Universidade São Paulo – USP

A minha mãe e ao meu pai, por me ensinarem que nesse mundo todos nós somos iguais...

A minha família por estar ao meu lado sempre...

A todos os trabalhadores de saúde, que este estudo possa ajudar a compreender melhor os seus direitos...

A todos aqueles que acreditaram e acreditam em mim...

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Autor da minha vida... Aquele que esteve, está e estará comigo em todos os momentos, por onde eu trilhar os meus caminhos... Aquele que nunca me desamparou, que foi e é o meu amigo, namorado, noivo, amante e eterno companheiro... Aquele que me reergueu e me deu força para continuar trilhando o meu caminho... Aquele que me disse: És minha e eu te chamo pelo nome, pois és preciosa aos meus olhos, porque eu te aprecio e te amo, fica tranquila, pois eu estou contigo... Ao Meu Senhor Deus, os meus sinceros e eternos agradecimentos...

Aos meus pais... Aqueles que abdicaram de diversos momentos de suas vidas para cuidar de mim... A minha mãe por até hoje se culpar por ter deixado o seu lar para trabalhar e fazer com que fossem possíveis as minhas conquistas... Ao meu pai que esteve comigo do seu jeito compreensivo e em silêncio de dizer que me apoiava e que também estava ao meu lado... Vocês são verdadeiramente os responsáveis por essa vitória...

Aos meus irmãos Ricardo, Indira, Thiago e Lucas... Sei que na nossa irmandade a conquista de um é a conquista de todos... Obrigado por entenderem os meus momentos e me fazerem sorrir, mesmo em situações trágicas... Podem ter certeza, o meu amor por vocês é eterno...

As minhas cunhadas Fernanda, Yndiara e Daniela (ordem de casamento) e ao meu cunhado que mais amo Inaldo... Não existe preferência e sim existe a alegria de saber que são essas pessoas que cuidam de um pedacinho de mim que se faz presente nos meus irmãos... Obrigado por estarem cuidando das jóias da nossa família...

Aos frutos dos amores dos meus irmãos, Heloisa, Lucas, Mateus e Letícia, vocês são a maior bênção que surgiu na nossa família... Obrigado pela alegria, pelos sorrisos, pelas brincadeiras e principalmente pelos gestos que demonstram de forma sincera o mais puro e verdadeiro amor...

A todos os meus familiares (vovós, tios e tias, primos e primas) que ficam na torcida e vibram com minha vitória...

A um amigo especial, que durante uma boa parte da minha vida esteve presente comigo e por preceitos ou desígnios divinos tivemos que nos afastar... A você que ajudou na formação da minha personalidade, do meu caráter, e de quem hoje sou... A você que durante muitos anos da minha vida me fez muito feliz... Aos sonhos não realizados e aos novos que se formarão... O meu muito obrigado ao homem que foi muito importante na minha vida... Que fiquem nas nossas vidas as boas lembranças que um dia vivemos... A você, Elielson...

A você Flávia que me trouxe a paz e a força de que eu precisava no momento certo... Pelas palavras que me dizia: tudo vai dá certo... Grata pela sua enorme contribuição...

Ao meu espelho de profissional que desejo ser... Ao meu grande amigo Silvio, que através do seu exemplo de homem, caráter e competência me fez desejar cada dia ser uma melhor profissional... Obrigado meu amigo pelas palavras de incentivo, pelo gosto que me fez desenvolver pela saúde do trabalhador, pelo gestor que foi no meu período de Prado Valadares, pelos Congressos que nos divertíamos e principalmente pela força que me deu para eu trilhar na área acadêmica...

A minha amiga Rita, pelos momentos de alegrias, tristezas, festas e principalmente de companheirismo... Sei que também está feliz com a minha conquista... Conte sempre comigo, como sei que posso contar com você... Por todos os momentos que passamos, por tudo que já dizemos uma a outra e por todo apoio que me deste, sei que tudo que queres é a minha felicidade... Pode ter certeza amiga, serei muito feliz, porque o que é nosso está guardado a sete chaves como diz a nossa amiga Sú...

A você Sumaia, por incentivar e torcer durante a trajetória da minha vida... Sei o quanto você tem torcido por mim... Muito obrigada mesmo...

Ao meu amigo Márcio Lobo, que me colocou muitas vezes contra a parede para que eu não desistisse da minha jornada... Que me incentivou, animou, brigou para que eu corresse atrás dos meus sonhos... Aquele que muitas vezes foi o meu ombro amigo... Aquele que me ouviu, acalentou e enxugou as minhas lágrimas... Quantas vezes meu amigo choramos juntos, quer seja nos plantões quer seja em casa, ou até mesmo em um lugar público... Valeu...

A Roberta, uma pessoa que surgiu novamente em minha vida após longos anos de distância... A primeira vez colega de sala ainda no ensino médio, a segunda vez colega de trabalho, na terceira novamente colega de sala e dessa vez surgiu selando uma amizade que por mim pode ter certeza, será eterna... Obrigada por tudo amiga... Obrigada apenas pela sua existência na minha vida...

A você também Norma Lúcia... Sei que tens rezado por mim...

Ao sincero amigo Marcos, por todas as orações que tem feito para mim. A nossa amizade mais sincera e pura que se iniciou no hospital e será preservada por mim para sempre... Obrigada por me ouvir, por torcer por mim, por secar as minhas lágrimas e por me confortar com a palavra de Deus... Grata por tudo que tens feito na minha vida...

A minha orientadora... Aquela que me conduziu pelos caminhos tortuosos e prazerosos da academia... Obrigado pela paciência em me ensinar a como ser uma pesquisadora... Ele sabe de tudo que passamos juntas e de tudo que conseguimos demonstrar uma para outra... Deus continue abençoando a sua vida e que a cada dia Ele possa te fazer muito mais feliz... Você tornou-se uma amiga muito querida...

Ao esposo da minha orientadora, Jeferson, por me dizer que a conquista era certa... Por me fazer perceber nas suas palavras e nos seus gestos de incentivo o quanto torce por mim...

Ao meu revisor Valter e a sua esposa Gisele, muito grata pela imensa contribuição de vocês... Apesar da distância, sabemos que somos amigos verdadeiros e que sempre poderemos contar uns com os outros... Muito bom saber que tenho amigos verdadeiros e isso eu sei que é uma raridade... Que bom fazer parte da história de vocês...

Ao tradutor Dionízio que com sua boa vontade fez as traduções e não reclamou muito... Muito grata pela sua boa vontade e pela sua amizade... Sei que participou dessa luta e me desejou muita sorte...

A minha amiga Neilma que esteve comigo nessa jornada... Não imagina o quanto aprendi a gostar de você e o quanto me ajudou na busca dessa conquista, lembre-se sempre de que com Deus tudo é possível...

A todos os meus amigos, Adélia, Luciene, Murilo, Charles, Dionísio, Marleide, Noeli, Nita, Zene, Cinara, Samara, Maurício, Maria, Xixa, Dete, Valdina, Rose, Cintia, Cristiane, Nayomar, Jaqueline, Gustavo, Débora, Fabiane, Geane, Linalva, Cíntia, João... A todos que aqui não coloquei o nome, mas sei o quanto desejam a minha vitória...

Aos amigos do Hospital Geral Prado Valadares... Em especial a todos do serviço de Higienização, Lavanderia e Pronto Socorro, setores que me proporcionaram experiências de vida inesquecíveis... Ao gestor: Gilmar, que me deu votos de confiança durante a minha estadia nesta unidade e me fez sentir capaz de mudar a minha história a cada dia... O HGPV foi sim a minha segunda casa... Saudades...

Aos colegas do mestrado que por muitas vezes compartilhamos momentos agradáveis e difíceis...

Aos professores do PPGES, em especial Alba e César, que compartilharam comigo aqueles momentos... Obrigado pela formação de novos conhecimentos...

Aos professores da UESB, Joana (você me faz muito feliz), Agnes (sei da sua torcida)... Saibam, vocês têm um significado muito importante na minha vida...

À banca de qualificação e defesa, Ana Angélica Leal Barbosa, Cristina Setenta Andrade, Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi, muito obrigada pela valiosa contribuição...

À Secretaria Municipal de Saúde, por ter autorizado a coleta de dados...

Aos trabalhadores de saúde, aos formuladores da política que aceitaram participar deste estudo...

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a minha formação...

“Na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia mas participar de práticas com ela coerentes”.

(Paulo Freire)

*Tudo o que tua mão encontra para fazer,
faze-o com todas as tuas faculdades, pois que na
região dos mortos, para onde vais, não há mais
trabalho, nem ciência, nem inteligência, nem
sabedoria.*

(Eclesiastes 9, 10)

OLIVEIRA, JULIANA DA SILVA. **Análise da Implantação e Implementação da Norma Regulamentadora N° 32**. Dissertação [Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-BA. 2012. 123p.

RESUMO

A Norma Regulamentadora N° 32 é uma legislação federal que estabelece diretrizes para a implantação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde. O estudo teve como objetivo analisar a implantação e/ou implementação da Norma Regulamentadora n° 32 pelos gestores de saúde e trabalhadores nas Unidades de Saúde da Família. Este estudo caracterizou-se como descritivo e exploratório de natureza qualitativa, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia sob o protocolo n° 7746/2012 e CAAE: 00832512.9.0000.0055, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa teve como cenário 7 Unidades de Saúde da Família e Secretaria Municipal de Saúde no município de Jequié-BA, dentro das quais tivemos como informantes 03 gestores e 22 trabalhadores. A coleta de dados foi realizada no período de maio a agosto de 2012, por meio da análise documental, observação sistemática e entrevista semiestruturada. Para a análise foi aplicada a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática e guiada pela triangulação dos dados produzidos, considerando-se sua fundamentação nos referenciais teóricos. Como resultados emergiram os seguintes temas: 1. NR 32 nas Unidades Básicas de Saúde: um longo caminho para se trilhar; 2. Riscos ocupacionais: sob o olhar dos gestores e trabalhadores de saúde; e 3. Potencialidades, Limites e Perspectivas encontradas nas USF para a implantação e implementação da NR 32. Os resultados demonstram que a implantação e/ou implementação da NR 32 está distante de ocorrer na íntegra nas USF, ficando evidente a necessidade de capacitação dos gestores e trabalhadores da atenção básica quanto à saúde e à segurança do trabalho, incluindo esclarecimentos acerca das leis que determinam suas responsabilidades e seus direitos, para que assim realizem ações com vistas à implantação e/ou implementação desta norma.

DESCRITORES: gestão em saúde; saúde do trabalhador; trabalhadores; normas básicas de atenção à saúde; atenção básica à saúde.

OLIVEIRA, JULIANA DA SILVA. **Analysis of the Establishment and Implementation of Regulatory Standard 32.** Thesis [MA]. Post-Graduation Program in Nursing and Health, State University of Southwest of Bahia. Jequié-BA. 2012. 123p.

ABSTRACT

Regulatory Standard 32 is a federal law that establishes guidelines for the implementation of measures to protect the safety and health of workers in health services. The objective of the study was to analyze the development and/or implementation of Regulatory Standard 32 by health managers and workers in the Family Health Units. This study is characterized as descriptive and exploratory of qualitative approach approved by the Research Ethics Committee of the State University of Southwest of Bahia under protocol No.7746/2012 and Certificate of Presentation for Ethics Appreciation CAAE: 00832512.9.0000.0055, according to Resolution 196/96 of the National Health Council. The research had as scenario 7 Family Health Units and the Secretary of Municipal Health of Jequié-BA, within which there were classified as informants 3 managers and 22 employees. Data collection was conducted from May to August 2012, through documentary analysis, systematic observation and semi-structured interview. It was applied the thematic content analysis guided by triangulation of data produced, considering its theoretical foundation. As a result the following themes emerged: 1. RS 32 in Basic Health Units: a long path to tread, 2. Occupational risks: under the gaze of managers and health workers, and 3. Strengths, Limitations and Perspectives encountered in the USF's for the establishment and implementation of RS 32. The results demonstrate that the establishment and/or implementation of RS 32 is far to fully occur in USF, evidencing the need for training of managers and workers of primary care regarding health and work safety, including enlightenments about the laws that determine their responsibilities and their rights, so that they undertake actions aiming at the establishment and/or implementation of this standard.

KEYWORDS: health management, occupational health; workers; basic standards of health care, basic health care.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CEREST	Centro Regional de Referência de Saúde do Trabalhador
CNEN	Conselho Nacional de Energia Nuclear
CONAMA	Conselho Nacional do Meio Ambiente
DOU	Diário Oficial da União
EAS	Estabelecimento de Atenção à Saúde
EPC	Equipamento de Proteção Coletiva
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESF	Equipe de Saúde da Família
GT	Grupo de Trabalho
GTT	Grupo Técnico Tripartite
HBV	Hepatite B
HCV	Hepatite C
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NBR	Norma Brasileira
NIOSH	National Institute of Occupational Safety and Health
NR	Norma Regulamentadora
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCMSO	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PGRSS	Plano de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde
PPGES	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde
PPR	Plano de Proteção Radiológica
PPRA	Programa de Prevenção de Riscos Ambientais

PPRAMP	Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfurocortantes
PSF	Programa de Saúde da Família
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REDA	Regime Especial de Direito Administrativo
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretária Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
USF	Unidades de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Demonstrativo da Rede Básica de Atenção à Saúde, Jequié-BA, 2011.	34
Quadro 2: Relação das Unidades de Saúde da Família e número de Equipes de Saúde Família do Programa de Saúde da Família de Jequié-BA, 2012.	35
Quadro 3: Caracterização dos Trabalhadores das Equipes de Saúde da Família, Jequié-BA, 2012.	37

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 OBJETIVOS	20
1.1.1 Objetivo Geral	20
1.1.2 Objetivos Específicos	21
2 REFERENCIAL TÉORICO	22
2.1 CONTEXTUALIZANDO A NORMA REGULAMENTADORA N° 32	22
2.2 A GESTÃO COMO SUPORTE PARA O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES DE PROTEÇÃO E SEGURANÇA À SAÚDE DO TRABALHADOR	30
3 METODOLOGIA	33
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA	33
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO	34
3.3 SUJEITOS DA PESQUISA	36
3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	38
3.4.1 Técnicas e instrumentos de coleta de dados	38
3.4.2 Aspectos éticos	40
3.4.3 Técnicas de análise de dados	41
4 RESULTADOS	43
4.1 MANUSCRITO 1: NR 32 NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: UM LONGO CAMINHO PARA SE TRILHAR	44
4.2 MANUSCRITO 2: RISCOS OCUPACIONAIS: SOB O OLHAR DOS GESTORES E TRABALHADORES DE SAÚDE	69
4.3 MANUSCRITO 3: IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA NR 32: POTENCIALIDADES, LIMITES E PERSPECTIVAS ENCONTRADAS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	87
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
REFERÊNCIAS	111
APÊNDICES	115
ANEXOS	121

1 INTRODUÇÃO

A saúde dos trabalhadores é analisada desde Plínio (30 d.C), que descreveu o aspecto físico dos trabalhadores expostos ao chumbo e ao mercúrio e as tentativas de utilização de bexiga de animais como máscara. Bernardino Ramazzine, nos anos de 1700, já citava várias doenças relacionadas ao trabalho na Europa. Com a Revolução Industrial, houve necessidade de aumentar a produtividade e reduzir grandes perdas por acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, dando assim, a princípio, atenção maior para os agentes físico-químicos (FERNANDES, 2000).

Ainda de acordo com Fernandes (2000) com a II Guerra Mundial, aumentou-se o estudo dos fatores biológicos, psicológicos e ergonômicos, atribuído ao desenvolvimento tecnológico em pesquisas farmacológicas e científicas.

A combinação de diversos fatores, como epidemias, avanços de diagnósticos, tratamento, prevenção, profilaxia de doenças (prolongando a vida e aumentando o número de imuno-deprimidos), que estão bastante concentrados em ambientes de atenção à saúde, leva os trabalhadores da área de saúde a ficarem expostos aos diferentes riscos. Percebe-se então que, dentro dos estabelecimentos de saúde, encontram-se exemplos de diversos riscos ocupacionais para a saúde do trabalhador como os físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e psicológicos.

A Constituição Federal de 1988, Seção II da Saúde, Art. 200 aponta que ao Sistema Único de Saúde (SUS) compete, além de outras atribuições a execução das ações de vigilância sanitária e epidemiológica, as de saúde do trabalhador e, além disso, colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988).

Logo em seguida, a Lei Orgânica de Saúde 8080/90, em seu Capítulo I, Art. 6º, explicita que está ainda inclusa, no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), a execução das ações de vigilância sanitária, epidemiológica e de saúde do trabalhador. Discrimina, ainda, como sendo a saúde do trabalhador 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 a reabilitação da saúde dos

trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990).

A saúde do trabalhador é determinada por aspectos ligados aos fatores ambientais, processos produtivos e organização do trabalho. Esses aspectos somam-se aos que determinam a saúde da população em geral: biologia humana, meio ambiente, impacto dos serviços de saúde e estilo de vida (BRASIL, 2009). Dentro dos estabelecimentos de saúde, a saúde dos trabalhadores deve ser muito bem vista aos olhos dos gestores, que necessitariam considerar os vários riscos aos quais os trabalhadores estão expostos.

A qualidade do trabalho executado pode estar, então, relacionada à qualidade de atenção à saúde dos trabalhadores, sendo garantida por meio de um programa de cuidados de prevenção dos agravos. Este programa deve objetivar a redução ou eliminação dos riscos à saúde e também prever e disponibilizar medidas para o atendimento e a recuperação quando o agravo se instalar (BRASIL, 2009).

A manutenção da capacidade laboral envolve condições de saúde e de trabalho adequadas, quer sejam em termos de relações interpessoais quanto ambientais. É importante ressaltar que, dessa forma, isso poderá se traduzir em uma melhor qualidade de vida dentro e fora do trabalho, propiciando uma maior produtividade e, conseqüentemente, em longo prazo, a possibilidade de uma vida mais saudável, podendo diminuir custos e gastos com o setor público e da previdência social.

O que pode ser evidenciado é que os trabalhadores que atuam nos estabelecimentos de assistência à saúde têm probabilidade de adquirir doenças e de sofrer acidentes pela exposição aos fatores de riscos ocupacionais (ROBAZZI; MARZIALE, 2005). No Brasil, não existia uma legislação federal específica que contemplasse os problemas encontrados nos ambientes laborais existentes no setor saúde.

Contudo, após a Lei 8080/90 iniciou-se uma produção de leis que garantem aos trabalhadores direitos e deveres. A busca por melhores condições de trabalho e a redução dos riscos ocupacionais pelas entidades representativas das diversas categorias de trabalhadores de saúde, além de movimentos sindicais como o da Federação dos Trabalhadores da Saúde do Estado de São Paulo, fez suscitar no Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) a necessidade de uma legislação

específica para a proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde (CUNHA; MAURO, 2010).

Na tentativa de melhorar essas condições no processo de trabalho em saúde, o MTE constituiu um Grupo de Trabalho (GT), que teve como objetivo estudar a necessidade de se conceber uma legislação específica para normatizar as atividades desenvolvidas por esses trabalhadores; se a necessidade fosse real, realizaria a redação de uma NR específica, que se somaria ao conjunto de NRs já existentes (BRASIL, 2003).

Após essa avaliação do grupo de trabalho, foi redigido um texto, agrupando por riscos ocupacionais, considerando-se que são múltiplos os ambientes de trabalho dos estabelecimentos de saúde o que praticamente inviabilizaria a construção de uma legislação que abrangesse todos esses ambientes destes locais (ROBAZZI; BARROS JÚNIOR, 2005).

Tal situação viabilizou a consulta pública da NR 32 por um período médio de dezoito meses no site do MTE, e posteriormente as sugestões foram organizadas e avaliadas por um grupo com característica tripartite (representação dos trabalhadores, classe empresarial e do governo), o qual realizou a produção do relatório final (ROBAZZI; BARROS JÚNIOR, 2005).

A Norma Regulamentadora nº 32 foi estabelecida através da Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005 e teve um aspecto inovador em relação aos outros países, já que o Brasil é o único país, até então, que estabeleceu as diretrizes básicas para a implantação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, e daqueles que desenvolvem atividades de promoção e assistência à saúde (BRASIL, 2005).

As normatizações que existiam no Brasil, antes da NR 32, não eram idealizadas para os serviços de saúde, o que facilitava a ocorrência de problemas de saúde e de segurança, associados aos trabalhadores deste setor (ROBAZZI; BARROS JÚNIOR, 2005).

Estudo realizado sobre acidentes de trabalho e doenças ocupacionais mostrou em seus resultados que os trabalhadores de saúde conhecem os riscos à sua saúde de uma forma genérica e que este conhecimento demonstrado é fruto da prática cotidiana e não oriundo da existência de um serviço de saúde ocupacional na instituição (NUNES *et al.*, 2010; OLIVEIRA; MUROFUSE, 2001).

Este conhecimento, entretanto, não se transforma numa ação segura de prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, apontando para a necessidade de uma atuação que venha a modificar essa situação. Representa um esforço de compreensão deste processo – como e por que ocorre – para o desenvolvimento de dispositivos que levem a transformação em direção à apropriação pelos trabalhadores da dimensão humana do trabalho (OLIVEIRA; MUROFUSE, 2001).

Para que a NR 32 tenha êxito, não se deve perder de vista que isto depende, em última instância, da aprendizagem de novas condutas e que a velocidade e a qualidade por meio das quais se processará o aprendizado, podem ser determinantes até mesmo para a manutenção e conservação desta norma nos estabelecimentos de saúde. Segundo Amorim (1999), não é fácil alterar práticas de trabalhos arraigadas. Além disso, a gestão possui uma responsabilidade para a implantação e continuidade da referida NR, já que esta deverá adquirir meios para a sua efetivação nos estabelecimentos de saúde e fomentar ações de capacitação em serviço para todos os trabalhadores.

Meu envolvimento com a saúde do trabalhador decorre por ser profissional da área de saúde, enfermeira e ter coordenado profissionais que prestam assistência à saúde da clínica médica e cirúrgica de um hospital de grande porte e sempre observar que são comuns os acidentes de trabalho, principalmente com material perfuro-cortante. Tal situação foi gerando incômodos e interesse em desenvolver essa pesquisa. Com a implantação da NR nº 32, a saúde do trabalhador passa a ser política governamental de responsabilidade dos gestores, que necessitam planejar o desenvolvimento de ações voltadas à saúde do trabalhador. Neste sentido a pesquisa apresenta como questões norteadoras:

- ✓ O que os gestores de saúde e trabalhadores das equipes de Saúde da Família têm feito para a implantação e/ou implementação da Norma Regulamentadora nº 32, em Jequié/BA?
- ✓ Quais são os riscos ocupacionais que os gestores de saúde e trabalhadores das equipes de Saúde da Família identificam em seu ambiente de trabalho, em Jequié/BA?
- ✓ Quais são as potencialidades, limites e perspectivas enfrentados pelos gestores de saúde e trabalhadores das equipes de Saúde da Família para a implantação e/ou implementação da Norma Regulamentadora nº 32 em Jequié/BA?

Até o momento não foram localizadas em literatura científica e bases de dados *online* consultadas, trabalhos que enfoquem a visão do gestor e dos trabalhadores de saúde sobre a Norma Regulamentadora nº 32.

Além disso, os resultados desta pesquisa poderão subsidiar as atividades de ensino, pesquisa e extensão, já que são escassos estudos sobre a Norma Regulamentadora nº 32, na perspectiva da gestão do trabalho em saúde, de forma que estes podem contribuir para a concretização do que está previsto na legislação.

Os achados deste estudo podem, ainda, favorecer a formação de grupos de trabalho, dentro das unidades de saúde, voltados para a perspectiva de segurança e saúde do trabalhador, por meio de debates sobre o tema NR 32 envolvendo os gestores e trabalhadores que exercem as ações nos serviços de saúde. Com isso, pode ocorrer a promoção da segurança e a saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde, favorecendo os trabalhadores, na medida em que se faça cumprir a legislação federal.

Partindo do que foi exposto, acreditamos que este estudo é relevante devido à importância da temática e da possibilidade de proporcionar novos conhecimentos e subsídios às ações dos gestores e trabalhadores de saúde sob a perspectiva da segurança e saúde no trabalho em estabelecimento de saúde, além de propor intervenções voltadas para a implantação e implementação da NR 32.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral:

Analisar a implantação e/ou implementação da Norma Regulamentadora nº 32 por parte dos gestores de saúde e trabalhadores das equipes de Saúde da Família em Jequié/BA.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Descrever de que forma vêm ocorrendo a implantação e/ou implementação da Norma Regulamentadora nº 32 por parte dos gestores e trabalhadores das equipes de Saúde da Família de Jequié/BA;
- Classificar os riscos ocupacionais que os gestores de saúde e trabalhadores das equipes de Saúde da Família identificam em seu ambiente de trabalho, em Jequié/BA;
- Identificar as potencialidades, limites e perspectivas enfrentados pelos gestores de saúde e trabalhadores das equipes de Saúde da Família para a implantação e/ou implementação da Norma Regulamentadora nº 32, em Jequié/BA.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A partir do referencial teórico, buscou-se sintetizar os principais pontos relativos ao objeto do estudo, com vistas a estabelecer as relações necessárias sobre a NR 32, a gestão e a saúde do trabalhador, para que fosse possível subsidiar as discussões desta pesquisa.

2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA NORMA REGULAMENTADORA Nº 32

Mesmo sem essa denominação, a doença ocupacional é descrita desde tempos longínquos. Hipócrates descreveu o quadro clínico da intoxicação saturnina; Plínio, o aspecto dos trabalhadores expostos ao chumbo, ao mercúrio e a poeiras; Agrícola escreve sobre a “asma dos mineiros”, hoje denominada silicose e Paracelso, a intoxicação pelo mercúrio. Quase dois séculos mais tarde, em 1700, foi publicado “De Morbis Artificum Distribua”, escrito por Bernardino Ramazzini, conhecido como “Pai da Medicina do Trabalho”, descrevendo doenças de aproximadamente 50 ocupações (MENDES, 1995).

Para a formação e consolidação do capitalismo, houve diversos processos de ciclos de crescimento e de crises, sendo marcados por importantes mudanças em termos de inovações tecnológicas, qualificações dos trabalhadores, modos de organização do trabalho e da produção, formas de controle sobre os trabalhadores, desempenho dos sindicatos e papel do Estado. Esse conjunto de transformações características de determinadas etapas históricas do capitalismo ficou conhecido como revolução industrial (MERLO; LÁPIS, 2005).

Marx (1968) aponta a destruição da saúde dos trabalhadores e da própria força de trabalho, destacando os diferentes tipos de doenças que os acometiam e que, muito frequentemente, levavam à morte: doenças pulmonares, cutâneas, cardíacas, respiratórias e estresse físico e mental. Os acidentes de trabalho eram inúmeros e graves, mutilando os operários. Dentre estes, destacam-se: perda de dedos, esmagamento de mãos, queimaduras e lesões causadas pelas ferramentas que caíam sobre os trabalhadores.

Evidencia-se, portanto, uma relação conflituosa entre as forças produtivas do trabalho e as relações sociais de produção. O conjunto estruturado de relações sociais e técnicas de produção peculiares ao setor reflete em última instância essa contradição. Conseqüentemente, o corpo responde através do processo de doença.

Os organismos internacionais – Organização Internacional do Trabalho (OIT) e Organização Mundial da Saúde (OMS) – deram importante contribuição no fortalecimento da medicina do trabalho. De uma comissão mista destes dois organismos, nasce em 1950 a definição dos objetivos da medicina do trabalho e a Recomendação nº 112, da OIT (1959), definindo objetivos e funções dos serviços médicos nos estabelecimentos de trabalho. Com base nesta Recomendação, na década de 70, o governo brasileiro regulamenta a obrigatoriedade dos serviços de segurança e medicina do trabalho, nas empresas acima de determinado porte e grau de risco (ROCHA; RIGOTTO; BUSCHINELLE, 1994).

O termo saúde do trabalhador refere-se a um campo do saber que visa compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde/doença. Nesta acepção, considera a saúde e a doença como processos dinâmicos, estreitamente articulados com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade em determinado momento histórico, partindo-se do princípio de que a forma de inserção dos homens, mulheres e crianças nos espaços de trabalho contribui decisivamente para formas específicas de adoecer e morrer. O fundamento de suas ações é a articulação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial (BRASIL, 2001).

As políticas públicas no campo da saúde e segurança no trabalho constituem ações implementadas pelo Estado visando garantir que o trabalho, base da organização social e direito humano fundamental, seja realizado em condições que contribuam para a melhoria da qualidade de vida, a realização pessoal e social dos trabalhadores, sem prejuízo para sua saúde, integridade física e mental. Influenciam aqui aspectos gerais, como a garantia de trabalho, a natureza e relações de trabalho, a distribuição da renda, as questões diretamente relacionadas às condições e ambientes de trabalho, com o objetivo da promoção, proteção e recuperação da saúde e a reabilitação profissional (BRASIL, 2004).

Nessa perspectiva, as ações de saúde passam a ser orientadas pela necessidade de identificar os fatores de risco presentes nos processos de trabalho, buscando suprimir ou controlar a exposição, por meio de ações de vigilância em saúde, configurando uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial

capaz de contemplar a complexidade das relações produção-consumo-ambiente e saúde (BRASIL, 2004).

Um modelo de atenção integral à saúde dos trabalhadores implica qualificar as práticas de saúde, envolvendo o atendimento dos acidentados do trabalho, dos trabalhadores doentes, das urgências e emergências, às ações de promoção e proteção da saúde e de vigilância, orientadas por critério epidemiológico. Para que ocorra de modo efetivo, exige abordagem interdisciplinar e a utilização de instrumentos, saberes, tecnologias originadas de diferentes áreas do conhecimento, colocadas a serviço das necessidades dos trabalhadores (BRASIL, 2004).

Oliveira (2003) afirma que não é comum no Brasil os gestores das empresas apresentarem preocupações com questões de segurança e saúde no trabalho, salvo quando ocorrem acidentes graves, que podem vir a expor as empresas.

A vigilância em saúde do trabalhador deve ser compreendida como uma atuação contínua, sistemática e com controle social ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde e dos fatores de riscos relacionados aos processos de trabalho, em seus aspectos sociais, organizacionais, econômicos, epidemiológicos e territoriais, com a finalidade de planejar, avaliar e executar as intervenções sobre os mesmos, de forma a eliminá-los (BRASIL, 2004).

O MTE resolveu atender aos pedidos dos diferentes trabalhadores da saúde em construir uma norma específica de segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde, pois até então não existia legislação específica no país. O assunto era tratado de forma fragmentada nas demais Normas Regulamentadoras e Manuais de Biossegurança.

Abordar as questões de saúde do trabalhador nessa perspectiva significa ampliar o olhar para além do processo laboral, considerando os reflexos do trabalho e das condições de vida dos indivíduos e das famílias, envolvendo uma abordagem integral do sujeito, a “resolutividade”, a responsabilização, o acolhimento e a integralidade. Nesse sentido, as ações de saúde do trabalhador são espaços privilegiados para o cuidado integral à saúde, assim como as demais ações da Atenção Básica são oportunidades para identificação, tratamento, acompanhamento e monitoramento das necessidades de saúde relacionadas ou não ao trabalho (BRASIL, 2004).

Chaves et al. (2009) afirmam que no Brasil, além da regulação, das normas e guias de boas práticas, são utilizadas inspeções e penalidades, treinamentos e cursos que promovem o aprimoramento do desempenho das empresas na prática de proteção dos trabalhadores. O Ministério do Trabalho exige que todas as empresas avaliem regularmente os riscos do ambiente de trabalho e a saúde de seus trabalhadores, sendo que os resultados dessas avaliações devem subsidiar os programas de prevenção. Dentre diversas normas regulamentadoras existem dois programas obrigatórios para empresas que são o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), referido na NR 9, e o Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO), descrito na NR 7.

O MTE teve a iniciativa de construção de uma equipe técnica que seria encarregada por elaborar a NR 32 visando atender as solicitações de entidades que representam categorias de trabalhadores de saúde. Desde o início das discussões do GT, percebeu-se que era a oportunidade de regularizar as diversas problemáticas que giravam em torno da segurança e saúde dos trabalhadores de saúde. Assim, a NR 32 foi elaborada por tipos de riscos ocupacionais (ROBAZZI; MARZIALE, 2004).

Deve ser ressaltado que até chegar à redação final da NR 32 foram realizadas várias reuniões pelo Grupo Técnico NR 32. A construção do texto da NR 32 demorou cerca de 10 meses antes de ser entregue ao Ministério do Trabalho e Emprego, formou-se para tal, o Grupo Técnico Tripartite (GTT/NR 32) que tem como finalidade objetivo acompanhar a implementação e propor adequações necessárias ao aperfeiçoamento da NR 32. Esse grupo iniciou suas atividades no dia 08 de junho de 2004, tendo como marco a Primeira Reunião Ordinária.

Após discussões do GT e consulta pública no site do MTE durante um período aproximado de dezoito meses, condensaram-se as informações e foi publicada a Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005, que aprovava a Norma Regulamentadora nº 32, a qual tem por finalidade o estabelecimento de diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral (BRASIL, 2005).

Para concretização da NR 32 foi necessária a busca de dissertações e teses, Manuais do Ministério da Saúde (MS), consulta as outras NR, regulamentações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), além da consulta ao *Centers for Disease Control* (CDC), a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e

Organização Mundial de Saúde (OMS) e o *National Institute of Occupational Safety and Health* (NIOSH). O GT pode contar com especialistas para determinados assuntos específicos à medida que o texto ia sendo construído (ROBAZZI; MARZIALE, 2004).

O trabalho, na maioria dos estabelecimentos de atenção à saúde (EAS) é arriscado e insalubre, encontrando-se muitas vezes os trabalhadores realizando a sua tarefa de modo inadequado, em decorrência do desuso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) ou sem condições laborais adequadas, devido à estrutura física muitas vezes inapropriada desses estabelecimentos. Neste sentido, a NR 32 pretende corrigir, ao menos, uma parte destas distorções (ROBAZZI; BARROS JÚNIOR, 2005).

É notória a existência da probabilidade de ocorrência de um efeito adverso à saúde dos trabalhadores existente dentro de estabelecimentos de saúde, de forma que pode ser variado e cumulativo; além disso, existem problemas administrativos e/ou financeiros que podem interferir na qualidade de vida desses trabalhadores. Tais situações puderam ser constatadas nas visitas realizadas pelo GT aos Estabelecimentos de Assistência à Saúde e por meio das entrevistas junto aos trabalhadores, tendo como objetivo de obtenção de informações sobre a prática assistencial e de como determinados procedimentos eram realizados em diferentes regiões do país, para que a construção da Norma fosse realizada com maior propriedade.

Visando amenizar os riscos inerentes aos trabalhadores de saúde, como foi constatado pela equipe do GT designada pelo MT como os riscos químicos, riscos biológicos, físicos, riscos de acidentes e fatores ergonômicos, é que foi descrita a NR 32 (ROBAZZI; BARROS JÚNIOR, 2005).

A Norma Regulamentadora 32 foi dividida da seguinte forma (BRASIL 2005):

- 1. Dos riscos biológicos:** com a apresentação dos agentes biológicos (Anexo I da NR 32), o reforço referente a NR 9 que trata do PPRA e NR 7 PCMSO, importância da emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT, aborda sobre a relevância da lavagem das mãos, vestimenta dos trabalhadores, os Equipamentos de Proteção Individual – EPI, uso de materiais perfurocortantes com dispositivos de segurança; reforça a necessidade de vacinação dos trabalhadores;

Em relação a este item, foi desenvolvido o primeiro manual da NR 32 que trata dos riscos biológicos, tendo como objetivo trazer subsídios aos empregadores, trabalhadores e técnicos da área de saúde para uma melhor compreensão e aproveitamento da NR 32, publicada em 2005 (BRASIL, 2008).

No dia 30 de agosto de 2011, entrou em vigor a Portaria de nº 1.748, que faz uma modificação na redação da NR 32, no subitem 32.2.4.16 sendo descrita da seguinte forma: o empregador deve elaborar e implementar o Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com materiais perfurocortantes, conforme as diretrizes estabelecidas no Anexo III desta Norma Regulamentadora, em um período de cento e vinte dias, a partir da data da publicação da portaria; 32.2.4.16.1 as empresas que produzem e comercializam materiais perfurocortantes devem disponibilizar, para os trabalhadores dos serviços de saúde, capacitação sobre a correta utilização do dispositivo de biossegurança e no subitem 32.2.4.16.2, o empregador deve assegurar, aos trabalhadores do serviço de saúde, a capacitação prevista no subitem 32.2.4.16.1, além de aprovar o Anexo III da NR 32, como se segue na portaria descrita (BRASIL, 2011).

- 2. Dos riscos químicos:** descreve a relevância de manter a rotulagem original dos produtos químicos; ainda salienta a NR 9 e a NR 7, descreve sobre o gás óxido de etileno sendo que estes devem atender a Portaria Interministerial nº 482/MS/MTE de 16 de abril de 1999, medidas especiais de segurança e procedimentos de emergência quando se possui armazenagem de produtos inflamáveis, sobre as áreas de armazenagem dos produtos químicos; refere sobre os gases medicinais, os medicamentos e drogas de risco, dos gases e vapores anestésicos, dos quimioterápicos antineoplásicos, além das capacitações, etc.;
- 3. Das radiações ionizantes:** aborda sobre a importância de se atentar para as normas específicas da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) e da ANVISA, relatando sobre a importância do Plano de Proteção Radiológica (PPR), aprovado pelo CNEN, dispendo sobre PPR, monitorização individual de áreas, sobre o banco de dados do trabalhador deste setor; descreve as condições dos ambientes, os serviços de radioterapia, braquiterapia, salas de raio-X; outros itens são citados;
- 4. Dos resíduos:** explicita sobre a capacitação continuada dos trabalhadores sobre alguns temas, descrição dos sacos plásticos conforme a Norma

Brasileira (NBR) 9191, dispendo sobre a segregação dos resíduos, acondicionamento dos perfurocortantes, sala de armazenamento temporário, os transportes dos resíduos, dentre outros;

5. **Das condições de conforto por ocasião das refeições:** discorre sobre a obrigatoriedade dos refeitórios atenderem a NR 24 e que de acordo com o número de funcionários, os Estabelecimentos de Atenção à Saúde (EAS) deverá ter locais para a refeição e lavatórios para as mãos;
6. **Das lavanderias:** determina sobre as áreas que as lavanderias devem possuir, como devem ser as máquinas de lavar, a comunicação das áreas limpa e suja e acerca das máquinas que este setor possui;
7. **Da limpeza e conservação:** dispõe sobre a capacitação que deverá existir para os funcionários que realizam o serviço de limpeza nos estabelecimentos de saúde, sobre os diversos assuntos, condições que o empregador deverá oferecer ao trabalhador e as responsabilidades das prestadoras de serviços e conservação;
8. **Da manutenção de máquinas e equipamentos:** discorre sobre as capacitações desses trabalhadores, descontaminação para a manutenção, inspeção prévia sobre os equipamentos de manutenção. A inspeção e manutenção devem ser registradas, o estabelecimento de cronograma de manutenção preventiva e corretiva dos sistemas de climatização, entre outros;
9. **Das disposições gerais:** apresentação sobre algumas normas já estabelecidas que devem ser seguidas (NBR 57 da ABNT/1991, RDC 50/2002 da ANVISA, NBR 14518/2000), dentre outras;
10. **Das disposições finais:** afirma que essa NR não desobriga o cumprimento de outras disposições que estão inclusas nos códigos ou regulamentos sanitários dos Estados, Municípios e do Distrito Federal, sobre as comissões tripartite permanente nacional e regional da NR 32, sobre as dúvidas oriundas desta norma que deverão ser encaminhadas para a Comissão Tripartite Nacional e a responsabilidade solidária entre contratantes e contratados quanto ao cumprimento desta norma.

A NR 32 foi oficializada através da Portaria N° 485 no Diário Oficial da União (DOU). O prazo para o cumprimento total do que estabelece a NR 32, por parte de

todos os gestores dos estabelecimentos de saúde foram de dezessete meses após a sua publicação.

Além desses itens, existem ainda três anexos, um que refere às classificações dos agentes biológicos e o Anexo II que demonstra a tabela de classificação dos agentes biológicos. O Anexo III foi publicado no DOU de 31 de agosto de 2011, que exige que o empregador elabore e implemente o Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfurocortantes (PPRAMP).

Ainda, nessa publicação, ele faz uma modificação no subitem 32.2.4.16, determinando a elaboração do PPRAMP, conforme diretrizes estabelecidas no Anexo III; decreta que as empresas que produzem ou comercializam materiais perfurocortantes devem realizar capacitação sobre o uso correto do dispositivo de segurança para os trabalhadores dos serviços de saúde; e explicita que é função do empregador assegurar aos trabalhadores a capacitação prevista anteriormente.

Espera-se que com essa normatização, as condições laborais no setor de saúde no país possam melhorar e se consiga minimizar os vários problemas ocupacionais encontrados, atualmente, entre os trabalhadores, evidenciados na prática constante dos estabelecimentos de saúde (ROBAZZI; BARROS JÚNIOR, 2005).

Sabe-se que existe uma necessidade de implantação e divulgação do seu conteúdo, seguida de fiscalização para que seja cumprida, tanto por parte do empregador, quanto do trabalhador. Porém, com relação à NR-32 é fundamental o despertar de consciência sobre sua importância para a área de saúde, pois a construção de conhecimento deve ser realizada de forma conjunta com todos os trabalhadores de saúde para que não sejam transformadas em mero cumprimento de leis ou normas como tantas outras já existentes no país (CUNHA; MAURO, 2010).

A importância da adesão de ações que promovam a segurança e a saúde dos trabalhadores, por parte dos gestores e trabalhadores de saúde entre outras vantagens, está no ganho de não ser preciso desenvolver ações em duplicidade para abordar o mesmo conteúdo, que são os aspectos produtivos. Isso sem contar com uma vantagem maior: a possibilidade de fazer com que os trabalhadores de saúde reflitam sobre o fato de que para se fazer segurança não é necessário desenvolver ações específicas para tal, basta incluir essa preocupação nos

procedimentos de trabalho e transformá-la em atividades concretas que possam ser avaliadas e medidas (OLIVEIRA, 2003).

2.2 A GESTÃO COMO SUPORTE PARA O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES DE PROTEÇÃO E SEGURANÇA À SAÚDE DO TRABALHADOR

Quando se aborda sobre gestão, a palavra que nos sucinta é resultados. Fazer gestão é a busca da transformação da realidade, das condições materiais e mesmo imateriais, inclusive simbólicas. A gestão deve ser feita porque a sociedade se move e pretende-se que seja na direção de melhores condições de vida, em todos os campos (BARBOSA, 2011).

A palavra gestor segundo Ferreira (2010), significa gerente administrador. Administrar significa por sua vez, dentre outros significados, manter sob controle um grupo, uma situação, etc., a fim de obter o melhor resultado. De acordo com Marquis e Huston (2003), enquanto que o administrador é aquele que faz acontecer, que tem ação, tem as responsabilidades e faz a condução dos trabalhadores, enfatizando sempre no controle, o ato de liderar já parte do princípio de influenciar, orientar o rumo, as opiniões e a promover a orientação da direção das ações, buscando a eficiência da força de trabalho.

Barbosa (2011) define que a tarefa dos gestores da saúde é propiciar e facilitar a organização da sociedade para que se possam enfrentar os desafios e superar os problemas que impedem a sociedade de viver mais e melhor, com menos mortes, menos doenças, menos incapacidades e menos infelicidades. Essas ações ocorrem quando existe um planejamento da gestão em saúde, sendo, portanto, necessário que seja traçado o planejamento das ações que irão ser realizadas.

Planejar de acordo com Melleiro, Tronchin e Ciampone (2005) envolve um exercício da razão e da sensibilidade, englobando atividades de maior e menor grau de complexidade no cotidiano do processo de trabalho, propiciando a construção de planos para enfrentar situações previsíveis e imprevisíveis que poderão ocorrer no momento ou futuramente.

Além disso, planejar ainda pode ser definido como a tomada de decisão antecipada do que fazer, de como fazer, quando e onde fazer; dessa forma está

baseado em escolhas, sendo um processo proativo e voluntário, ou seja, parte do princípio de que o planejamento requer, em um futuro próximo, a realização de mudanças (MARQUIS; HUSTON, 2003). Mas para que elas ocorram é necessário o envolvimento dos atores sociais que estão vinculados a esse processo.

Antes de realizar alterações no ambientes de trabalho, o gestor necessita que os trabalhadores percebam a urgência da readequação ou até mesmo da modificação das ações, para que se construa uma relação de ajuda entre gestores e trabalhadores, promovendo uma relação de co-responsabilidades entre estes e assim realize em conjunto a identificação dos problemas, o que levará a apontar as alternativas de solução (MARQUIS; HUSTON, 2003).

Consegue-se constatar facilmente que a maioria das instituições ou organizações cada vez mais cobra uma maior produtividade aos seus empregados, porém, muitas vezes, não são oferecidas condições favoráveis para que possam desenvolver suas funções sem prejuízos à saúde (AGUIAR *et al.*, 2009). O entendimento e ações concretas em relação à valorização no âmbito de proteção e segurança à saúde do trabalhador é essencial para a progressão de qualquer instituição, visto que são os trabalhadores de saúde que fazem com que a assistência à saúde torne-se concreta.

Em uma pesquisa realizada na UBS, os profissionais de saúde informaram fatores que determinam a carga de trabalho como a carga física (queixas posturais), a cognitiva (atividades como leituras e anotações de prontuários, administração e fornecimento de medicamentos, atenção que se exige na realização de procedimentos), a psíquica (responsabilidade de lidar com vidas, conflitos com os usuários, relações internas com colegas e chefias, risco de contaminação), as condições de trabalho (falta de materiais, condições precárias de manutenção, limites dos espaços físicos, inadequações no layout e limitação no número efetivo frente à demanda, fragilidade em lidar com o absenteísmo), o fluxo de informações centralizado (pouco espaço para discussão de problemas, ambiguidade de informação) e uma queixa acentuada sobre a questão relativa à falta de reconhecimento profissional relacionada aos próprios colegas a Secretaria Municipal de Saúde, as indefinições do plano de cargo, carreiras e salários (SILVA, 2011).

Ao gestor cabe promover um ambiente que seja participativo, que os trabalhadores possam também tomar decisões sobre o seu trabalho, pois eles

sabem quais são as deficiências e como fazer para melhorá-las, já que afetam diretamente no desenvolvimento do seu trabalho.

Silva (2011) ainda afirma que há uma necessidade de uma gestão que favoreça a criação de espaços para a palavra de todos os envolvidos na atividade, para que o trabalho prescrito possa estar o mais próximo possível do real.

Dessa forma, a interação entre os diferentes atores sociais envolvidos no processo de mudança com vistas à segurança e à prevenção da saúde do trabalhador fará com que todos estejam conscientes de sua responsabilidade e sua governabilidade acerca dos problemas que foram levantados e, principalmente, da função que cada um possui para o alcance dos objetivos propostos.

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

O presente estudo é qualitativo, pois visa realizar reflexões sobre o desenvolvimento da dinâmica social, voltando-se para a solução de problemas de um determinado grupo. De acordo com Minayo (2010, p. 57), o método qualitativo é aquele que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, sendo considerado produto das interpretações que os humanos fazem a respeito da realidade em que estão inseridos, de como constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

Segundo Richardson (2008), a pesquisa qualitativa pode ser caracterizada como a tentativa de um entendimento dos significados e características situacionais apresentados, em lugar da produção de medidas quantitativas de características de comportamento.

Nessa perspectiva, buscou-se uma aproximação junto aos gestores e trabalhadores de saúde, com o intuito de trilhar os caminhos que possibilitassem analisar a implantação e implementação da Norma Regulamentadora nº 32 nas equipes de Saúde da Família no município de Jequié. Pode-se assim, descrever a complexidade de determinados problemas, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por esses grupos, contribuir no processo de mudança e possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos (RICHARDSON, 2008).

Conforme referido anteriormente, o objetivo desse estudo é analisar a implantação e/ou implementação da Norma Regulamentadora nº 32 pelos gestores de saúde e trabalhadores das equipes de Saúde da Família; assim, para compreender esse contexto foi utilizada, para o delineamento desta pesquisa, a metodologia qualitativa, subsidiada pelo referencial teórico pertinente ao objeto de estudo proposto.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no município de Jequié, que possui uma extensão territorial de 3.227,338 Km², situada na região Sudoeste do Estado da Bahia, distando 364 km da capital, Salvador. Encontra-se entre a zona da mata e a caatinga, fato que lhe confere um clima quente e úmido, cercada por montanhas, planícies, morros e serras; sofre com o calor durante quase todo o ano, tendo dias de verão que a temperatura chega aos 45°, ocorrendo uma variação entre 13° C (junho) e 36° C (fevereiro) e a temperatura média anual é de 24° localizando-se a uma altitude de 216 C (Plano Municipal de Saúde de Jequié, 2010). Este município está localizado na macrorregião sul, composta por 78 municípios (JEQUIÉ, 2008).

Possui uma população de 151.895 habitantes, com densidade demográfica de 47,07 hab/km² (IBGE, 2010).

Sua zona rural constitui um grande espaço geográfico que abriga 13,3% do contingente populacional, concentrado principalmente nos distritos e povoados.

Segundo o Plano Municipal de Saúde 2010-2013, no município as ações de Atenção Básica à Saúde estão vinculadas ao Departamento de Assistência à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde. A atenção básica presta serviços de atenção primária à saúde da população e está distribuída de forma a cobrir as áreas urbanas e rurais do município. Constitui-se de uma rede composta por 18 Unidades de Saúde da Família – USF, as quais possuem 27 Equipes de Saúde da Família (ESF) e 18 de Saúde Bucal, 25 Postos de Saúde (2 localizados na zona urbana e 23 na zona rural e áreas rarefeitas), quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas no bairro de Jequiezinho, Mandacaru, Joaquim Romão e Centro (JEQUIÉ, 2010).

Quadro 1 – Rede Básica de Atenção à Saúde, Jequié-BA, 2011.

REDE BÁSICA	
Equipe de Saúde da Família	27
Equipe de Atenção Básica	18
Equipe de Programa de Agentes Comunitários de Saúde	09
Unidade Básica de Saúde	04
Posto de Saúde	25
Unidade Móvel (Expresso da Saúde)	01
Unidade de Saúde Prisional	01

De acordo com o MS, o Programa de Saúde da Família (PSF) deve ser uma estratégia prioritária para a organização da atenção básica. No referido município, a cobertura populacional da zona urbana pela ESF é de 59,7% da população, as demais áreas são cobertas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, 41,3%. O PACS possui um total de 178 agentes comunitários de saúde – ACS, distribuídos em 9 equipes, sendo que 3 estão localizadas na zona rural com um total de 61 ACS e 06 na zona urbana com um total de 117 ACS. No PSF existem 25 ACS atuando na zona rural e 158 ACS na zona urbana. Os ACS totalizam no município 361, atuando 183 no PSF e 178 no PACS (JEQUIÉ, 2010).

A cobertura de saúde bucal compreende 59,7% da população de Jequié, já que está inserida nas áreas de cobertura da ESF.

O espaço da presente investigação foi constituído pelas USF com suas respectivas equipes, constatando-se que as USF possuem 10 Unidades com apenas uma equipe e 8 unidades com equipes duplas, conforme o Quadro 2 a seguir:

Quadro 2: Relação das Unidades de Saúde da Família e número de Equipes de Saúde da Família do Programa de Saúde da Família de Jequié-BA, 2012.

NOME DA UNIDADE	Nº DE ESF	TOTAL DE PROFISSIONAIS	LOCALIZAÇÃO
USF Amado Ribeiro Borges	02	24	Zona Urbana
USF Antonio Carlos Martins*	01	16	Zona Urbana
USF Aurélio Sciarretta	02	40	Zona Urbana
USF Gilson Pinheiro	01	19	Zona Urbana
USF Giserlandio Biondi	02	28	Zona Urbana
USF Idelfonso Guedes de Araújo	01	17	Zona Urbana
USF Isa Cléria Borges*	01	19	Zona Urbana
USF Isabel Andrade*	01	23	Zona Rural
USF João Caricchio Filho	01	16	Zona Urbana
USF José Maximiliano H. Sandoval	02	30	Zona Urbana
USF Milton Rabelo	02	29	Zona Urbana
USF Odorico Mota da Silveira*	01	20	Zona Urbana
USF Padre Hilário Terrosi	02	24	Zona Urbana
USF Rubens Xavier	02	25	Zona Urbana
USF Senhora Ferreira de Araújo*	01	13	Zona Urbana
USF Tania Diniz C. Leite de Britto*	01	15	Zona Urbana
USF Virgílio de Paula Tourinho Neto	02	25	Zona Urbana
USF Waldomiro Borges de Souza*	01	21	Zona Rural

Fonte: Informações obtidas durante a coleta de dados junto ao Departamento de Assistência à Saúde – SMS, Jequié, no período de abril/set. 2012.

* Unidades pesquisadas.

Apesar do município apresentar 18 USF, foram utilizados alguns critérios de inclusão para a definição das USF que iriam compor o cenário desta pesquisa, estabelecidos da seguinte forma:

- Equipe mínima completa de acordo com os critérios preconizados pelo Ministério da Saúde;
- Equipe com o tempo mínimo de atuação de 2 anos;
- Unidades que possuem apenas uma equipe.

De acordo com esses critérios de inclusão, foram selecionadas sete USF, cinco situadas na zona urbana e duas localizadas na zona rural.

Ainda tivemos como cenário para a coleta de dados a Secretaria Municipal de Saúde que está situada na Praça da Bandeira, nº 172, Centro.

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

É necessária uma amostra que represente a quantidade dos sujeitos do estudo, contudo, na pesquisa de abordagem qualitativa, dados numéricos não significam garantia da representatividade da amostra, levando em consideração, a saturação empírica dos dados e o alcance dos objetivos propostos (MINAYO, 2010).

Os sujeitos deste estudo foram constituídos por dois grupos, os gestores e trabalhadores de saúde, distribuídos da seguinte forma:

Grupo 1: 3 gestores;

Grupo 2: 22 trabalhadores das equipes de Saúde da Família (enfermeiro, médico, odontólogo, auxiliar de consultório dentário, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde e auxiliar de serviços gerais, agente administrativo, oficial administrativo, vigilante), por compreender que a NR 32 abrange a saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.

No que se refere ao Grupo 1, em virtude de assegurar o anonimato e obedecer as questões éticas, não foi realizada a caracterização por se tratar de um número reduzido de informantes, três, que atuam como gestores da saúde, no município de Jequié.

Os 22 sujeitos do Grupo 2, trabalhadores das ESF, foram caracterizados segundo idade, sexo, formação, tempo de serviço, regime de trabalho, existência de duplo vínculo e número de vínculos, caso o profissional atuasse em outro serviço, conforme apresentado no Quadro 3.

Para manter o anonimato dos informantes foi adotando o termo Ent. seguido do algarismo numérico de acordo com a ordem de realização da entrevista.

Quadro 3: Caracterização dos Trabalhadores das Equipes de Saúde da Família, Jequié-BA, 2012.

Identificação	Sexo	Idade	Formação	Tempo de Serviço (anos)	Regime de trabalho (horas)	Vínculo	Duplo Vínculo	Nº de Vínculos
Ent. 01	F	31	Técnica de Enfermagem	07	40	Efetivo	Não	-
Ent. 02	F	40	Agente Administrativo	05	30	Efetivo	Sim	01
Ent. 03	M	30	Oficial Administrativo	01	40	Contrato*	Não	-
Ent. 04	F	36	Oficial Administrativo	10	30	Efetivo	Não	-
Ent. 05	M	50	Vigilante	02	40	Contrato*	Não	-
Ent. 06	F	55	Agente Comunitário de Saúde	16	40	Efetivo	Não	-
Ent. 07	F	28	Agente Comunitário de Saúde	04	40	Efetivo	Não	-
Ent. 08	F	48	Auxiliar de Serviços Gerais	05	40	Contrato*	Não	-
Ent. 09	F	50	Auxiliar de Serviços Gerais	25	30	Efetivo	Não	-
Ent. 10	F	27	Agente Comunitário de Saúde	07	40	Efetivo	Não	-
Ent. 11	F	53	Agente Comunitário de Saúde	14	40	Efetivo	Não	-
Ent. 12	M	62	Médico	04	40	Contrato*	Sim	02
Ent. 13	F	49	Agente Comunitário de Saúde	16	40	Efetivo	Não	-
Ent. 14	M	31	Enfermeiro	04	40	Contrato*	Não	-
Ent. 15	F	28	Auxiliar de Serviços Gerais	04	40	Contrato*	Não	-
Ent. 16	F	50	Agente Comunitário de Saúde	16	40	Efetivo	Não	-
Ent. 17	M	35	Médico	02	40	Contrato*	Sim	05
Ent. 18	F	32	Médico	01	40	Contrato*	Sim	01
Ent. 19	F	29	Médico	01	40	Contrato*	Sim	04
Ent. 20	F	29	Odontólogo	04	40	Contrato*	Não	-

Ent. 21	M	32	Oficial Administrativo	10	40	Efetivo	Não	-
Ent. 22	M	30	Odontólogo	05	40	Cargo Comissionado	Sim	01

* Regime Especial de Trabalho (REDA).

Dos 22 sujeitos que compõem o Grupo 2, observa-se que 1 é técnico de enfermagem, 1 agente administrativo, 3 oficiais administrativos, 1 vigilante, 3 auxiliares de serviços gerais, 6 agentes comunitários de saúde, 1 enfermeiro, 4 médicos, 2 odontólogos.

Dentre os trabalhadores de saúde, 15 são do sexo feminino, a idade está entre 27 e 62 anos, o tempo de serviço entre 01 e 25 anos. O regime de trabalho é de 30 ou 40 horas, desses apenas 50% são efetivos, os outros são contratados em Regime Especial de Direito Administrativo (REDA) ou cargo comissionado. Dos efetivos nenhum é de nível superior, em sua maioria são agentes comunitários de saúde, 6 possuem outro vínculo, sendo que 1 desses possui 5 vínculos.

Quanto à formação dos profissionais, 14 possuem nível médio, 7 superior completo e 1 superior incompleto.

Uma informação relevante é que tanto gestores quanto os trabalhadores de saúde, nunca promoveram nem participaram de nenhuma capacitação sobre a NR 32.

3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

3.4.1 Técnicas e instrumentos de coleta de dados

Uma série de dados pode ser coletada durante a pesquisa qualitativa, abrangendo anotações observacionais, transcrições e material documental de entrevistas e grupos focais, bem como registros do próprio pesquisador sobre ideias analíticas em andamento, perguntas de pesquisa e diário de campo, os quais fornecem uma cronologia dos eventos testemunhados e o progresso da pesquisa (POPE, 2009).

Na coleta de dados, utilizamos tanto fonte primária quanto secundária. Para a fonte primária foi utilizada a técnica de entrevista, que é vista como uma forma privilegiada de interação social e tem por finalidade construir informações pertinentes ao objeto de pesquisa, ao expressar a reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia, por meio de dados que retratam suas ideias, crenças, opiniões, maneira de pensar, atitudes, emoções e comportamentos (MINAYO, 2010).

A escolha pela entrevista semiestruturada emergiu por compreender que tal técnica combina perguntas abertas e fechadas, possibilitando que o entrevistado discorra sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada (MINAYO, 2010).

A coleta de dados só se iniciou após o encaminhamento do ofício do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) (ANEXO B) à Secretária Municipal de Saúde (SMS) e sua respectiva liberação. Aos informantes foi entregue pela pesquisadora o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual esclarecia os objetivos, a justificativa, os riscos e os benefícios da pesquisa; no momento da entrega também foi verbalizado que as informações seriam divulgadas e publicados seus respectivos resultados em eventos técnico-científicos e artigos, sendo garantido, a todo o momento, o anonimato e a privacidade dos informantes. Para manter a fidedignidade das informações, as entrevistas foram gravadas, durando em média 30 minutos.

A realização das entrevistas deu-se no período de maio a agosto de 2012, sendo utilizado um roteiro específico para cada grupo pesquisado, com vistas a facilitar a comunicação entre o pesquisador e os atores sociais (APÊNDICES B e C), já que se comunga com a afirmação de Minayo (2010) quando faz referência que o roteiro deve servir como orientação para a interlocução, a fim de proporcionar flexibilidade, o que acabaria contribuindo para o aparecimento de outras questões relevantes.

Nesse estudo também se utilizou outra técnica de coleta de dados que foi a observação sistemática. Nesse tipo de investigação o pesquisador já sabe o que procura, porém deve eliminar a influência sobre o que observa podendo utilizar um instrumento previamente definido (APÊNDICE D) (MARCONI; LAKATOS, 2008).

Dessa forma foram realizadas 7 observações sistemáticas nas USF, cenário do estudo, no período diurno, durando em média duas horas cada uma.

A realização das observações possibilitou um conhecimento mais profundo do objeto de estudo, tendo em vista que ocorreu o confronto dos depoimentos com o processo de trabalho desenvolvido pelos sujeitos, além de propiciar subsídios para descrever as condições laborais que esses trabalhadores enfrentam no cotidiano.

A terceira técnica foi a análise documental, que segundo Richardson (2008), tem objetivo de estudar e analisar um ou vários documentos para descobrir as circunstâncias sociais e econômicas com as quais podem está relacionadas.

Dessa forma, foram selecionados, a princípio, três documento para análise:

- Documento 1: Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA;
- Documento 2: Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCSMO;
- Documento 3: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS.

Contudo, os responsáveis pelas USF não disponibilizavam o PPRA e nem o PCSMO, que ainda não foram construídos no município.

O PGRSS foi disponibilizado pela direção da Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Saúde, pois, contrario à determinação o mesmo não se encontrava nas USF. Porém, só se obteve acesso ao PGRSS de cinco unidades, pois as demais não o haviam elaborado, até o momento da coleta de dados.

A análise documental serviu de embasamento para completar e compreender o contexto das entrevistas e das observações.

3.4.2 Aspectos éticos

A pesquisa obedeceu à Resolução 196/1996, que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentares na Pesquisa com Seres Humanos. Submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – CEP/UESB e cadastrada através da Plataforma Brasil, tendo sido aprovada mediante o parecer nº 7746/2012 e CAAE: 00832512.9.0000.0055 (ANEXO A).

A entrevista foi realizada com a autorização dos informantes que concordaram em participar de forma voluntária, após a leitura e assinatura do TCLE (APÊNDICE A) em duas vias, sendo que uma cópia foi entregue ao informante e a

outra manteve-se com a pesquisadora. Foi garantido aos informantes que os dados seriam utilizados para fins de pesquisa, respeitando a individualidade e esclarecido que se manteria o anonimato. Sendo assim, foi adotando o termo Ent. seguido do algarismo numérico de acordo com a ordem de realização da entrevista.

3.4.3 Técnicas de análise dos dados

A análise dos dados foi realizada através do método de análise de conteúdo, na modalidade temática.

A análise temática é uma técnica capaz de descobrir os núcleos de sentidos, objetivando estabelecer a comunicação a qual signifique alguma coisa para o objetivo analítico a ser estudado (MINAYO, 2010).

Assim, os dados foram analisados de acordo com os três pólos cronológicos descritos:

1) Pré-análise: que foi a fase de organização, tendo o primeiro contato com material que havia sido coletado, compreendendo a transcrição da forma como foram expressas durante a gravação. Em seguida, ocorreu a leitura flutuante do material transcrito, sendo organizadas as entrevistas a partir da proposta analítica à qual o estudo se propôs e pelos grupos que o compõe.

2) Exploração do material: considerada como uma fase longa, que tem como objetivo administrar sistematicamente as decisões tomadas na pré-análise. Refere-se à realização de tarefas de codificação - recorte – escolha das unidades, enumeração – escolha das regras de contagem e classificação – escolha de categoria (MINAYO, 2010).

Inicialmente foi feito um recorte do texto, denominado unidades de registro. Em seguida, foram escolhidas as regras de contagem ou a separação dos recortes, considerando as convergências, divergências e o inusitado (o que emerge sendo novo e inesperado). Por fim, foi realizada a classificação e a agregação dos dados.

Assim, após a exploração do material emergiram quatro núcleos do sentido:

1. Compreensão da NR 32 (conhecimento e desconhecimento);

2. Ações realizadas (ausência de ações específicas quanto: aos riscos biológicos, aos riscos químicos, resíduos, condições de conservação e limpeza, conservação das máquinas e equipamentos);
3. Identificação dos Riscos Ocupacionais (riscos físicos, químicos, mecânicos, biológicos, ergonômicos, psíquicos) e a negação da existência do risco;
4. As interfaces para a implantação e implementação da NR 32 (potencialidades, limites e perspectivas).

3) Tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação – objetivam tornar os dados válidos e significativos. À medida que as informações obtidas são confrontadas com as já existentes, pode-se chegar a amplas generalizações, o que torna a análise de conteúdo um dos mais importantes instrumentos para a análise das comunicações em massa.

Por fim, procedeu-se com a articulação dos núcleos relacionados ao objeto, aproximando-o com o material empírico, de maneira a identificar os grandes temas:

Tema 1: NR 32 nas Unidades Básicas de Saúde: um longo caminho para se trilhar;

Tema 2: Riscos ocupacionais: sob o olhar dos gestores e trabalhadores de saúde;

Tema 3: Potencialidades, Limites e Perspectivas encontradas nas USF para a implantação e implementação da NR 32.

Visando a uma maior compreensão do objeto estudado, procedeu-se a análise através da triangulação dos dados obtidos pelas entrevistas, observações e documentos, além da contribuição dos autores e legislações vigentes, associada ainda à inquietação da pesquisadora, de forma que se emerge para os resultados que encontrados nos próximos capítulos que estão apresentados em forma de artigos.

4 RESULTADOS

Os resultados dessa pesquisa serão apresentados em forma de três artigos científicos que foram elaborados de acordo com as normas dos periódicos selecionados para a submissão.

A seleção dos temas visa contemplar os objetivos propostos no estudo, possibilitando a aproximação com o assunto da Norma Regulamentadora nº 32 com o intuito de analisar a implantação e implementação desta pelos gestores e trabalhadores de saúde em um município do interior da Bahia.

Com vistas a responder o primeiro objetivo específico, descrever de que forma vem ocorrendo à implantação e implementação da NR 32 por parte dos gestores e trabalhadores das equipes de saúde da família, foi elaborado o primeiro artigo intitulado *NR 32 nas unidades de saúde da família: um longo caminho para se trilhar*.

Para atender o segundo objetivo, classificar os riscos ocupacionais que os gestores e trabalhadores de saúde das equipes de saúde da família identificam em seu ambiente de trabalho, foi elaborado o artigo *Riscos Ocupacionais: sob o olhar dos gestores e trabalhadores*.

O terceiro artigo, *Implantação e Implementação da NR 32: potencialidades, limites e perspectivas encontradas nas unidades básicas de saúde*, contempla o último objetivo específico que teve o intuito de identificar as potencialidades, limites e perspectivas enfrentados pelos gestores de saúde e trabalhadores das equipes de saúde da família para a implantação e/ou implementação da NR 32.

O alcance do objetivo geral, analisar a implantação e/ou implementação da NR 32 pelos gestores de saúde e trabalhadores da estratégia de saúde da família no município de Jequié-BA, foi contemplado nos três artigos apresentados com os resultados da pesquisa.

4.1 MANUSCRITO 1: NR 32 NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM LONGO CAMINHO PARA SE TRILHAR

Manuscrito será submetido à Revista, Trabalho, Educação e Saúde, elaborado conforme as instruções para autores desse periódico, disponíveis em <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=InstrAutor>, acessado em outubro de 2012.

NR 32 NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM LONGO CAMINHO PARA SE TRILHAR

RS 32 IN HEALTH FAMILY UNITS: A LONG PATH TO TREAD

Juliana da Silva Oliveira*

Adriana Alves Nery†

RESUMO

A Norma Regulamentadora 32 (NR 32) tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde. Este estudo teve por objetivo descrever de que forma vem ocorrendo a implantação e/ou implementação da NR 32 nas unidades de saúde da família (USF). Trata-se de pesquisa descritiva, exploratória, de natureza qualitativa, realizada com 3 gestores e 22 trabalhadores, no município de Jequié-Bahia, tendo como cenários as Unidades de Saúde da Família e Secretaria Municipal de Saúde. A coleta de dados foi realizada no período de maio a agosto de 2012, por meio da análise documental, observação sistemática, entrevista semi-estruturada e aplicada à técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, de ordem que emergiram duas categorias temáticas: (Des)conhecimento da NR 32; Caminhos percorridos: ações desenvolvidas para a implantação e/ou implementação desta norma. Os resultados demonstram que a implantação e/ou implementação desta norma está distante de ocorrer na íntegra nas USF, ficando evidente a necessidade de capacitação dos gestores e trabalhadores da atenção básica quanto à saúde e à segurança do trabalho, incluindo esclarecimentos sobre as leis que determinam suas responsabilidades e direitos.

Palavras-chave: saúde do trabalhador; trabalhador; atenção básica à saúde; normas básicas de atenção à saúde.

ABSTRACT

Regulatory Standard 32 (RS 32) is to establish the basic guidelines for the implementation of measures to protect the safety and health of workers in health. This study aimed to describe how establishment and/or implementation of Regulatory Standard 32 have been occurring in the Health Family Units (USF). It is a descriptive and exploratory research of qualitative approach performed with 3 health managers and 22 workers, in the city of Jequié-Bahia, in which the scenarios were the Health Family Units and the Secretary of Municipal Health. Data collection was conducted from May to August 2012, through documentary analysis, systematic observation,

*Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde – PPGES da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

† Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Saúde do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde – PPGES da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB.

semi-structured interview technique and it was applied the thematic content analysis, emerging two thematic categories: (Un)awareness of RS 32; Paths taken: actions taken for the establishment and/or implementation of RS 32. The results demonstrate that the establishment and/or implementation of this regulation is far to fully occur in USF, evidencing the need for training of managers and workers of primary care regarding health and work safety, including enlightenments about the laws that determine their responsibilities and rights.

Keywords: occupational health; worker; basic health care; basic standards for health care.

INTRODUÇÃO

Com a Constituição Federal de 1988 e com o Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde do trabalhador passa a ser inserida no campo da saúde com competência própria, sendo descrita como um conjunto de atividades que se destinam à promoção e proteção, além da recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores, que foram expostos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (Brasil, 2005).

Embora tais legislações tenham iniciado uma produção de leis que garantem aos trabalhadores direitos e deveres, houve a busca por melhores condições laborais com vistas à redução dos riscos ocupacionais. Nesse sentido, entidades representativas das diversas categorias de trabalhadores de saúde e movimentos, como o Projeto Semente da Saúde – NR 32, a Federação dos Trabalhadores da Saúde do Estado de São Paulo, fizeram suscitar no Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) a necessidade de uma legislação específica para a proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde (Cunha e Mauro, 2010).

Foi constituído para tal, um Grupo Técnico (GT), que teve a função de elaborar a Norma Regulamentadora 32 (NR 32). O GT utilizou as regulamentações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), produção científica dos cursos de pós-graduação, manuais do Ministério da Saúde (MS), diretrizes internacionais sobre saúde e segurança ocupacional, além de recomendações determinadas por instituições referenciadas na área como o *Centers for Disease Control* (CDC), Organização Internacional do Trabalho (OIT), além da contribuição de grandes especialistas na área de saúde do trabalhador existentes no país. Realizaram-se visitas e entrevistas com trabalhadores em diversas regiões do país, com fins de obtenção ao máximo de informações sobre as práticas que vinham

sendo efetuadas pelos profissionais, visando assim, entendê-los para normatizar com um maior conhecimento de causa (Robazzi; Marziale, 2004).

A referida NR foi colocada em consulta pública por um período aproximado de dezoito meses, e a partir daí as sugestões foram organizadas e constituídas por um grupo tripartite que realizou a avaliação e a incorporação ou não das sugestões recebidas durante esse período (Robazzi; Barros Júnior, 2005).

A NR 32 foi constituída pela Portaria nº 485 de 11 de novembro de 2005 e é a única legislação federal específica que trata da segurança e saúde dos trabalhadores que atuam nos serviços de saúde, tendo por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação e a adoção de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, entendendo como serviços de saúde qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, em qualquer nível de complexidade, quer seja em ações de promoção, assistência, recuperação, pesquisa e ensino (Brasil, 2005).

A norma está constituída pelos seguintes itens: o objetivo e o campo de aplicação, riscos biológicos, riscos químicos, radiações ionizantes, os resíduos, as condições de conforto por ocasião das refeições, as lavanderias, a limpeza e a conservação, da manutenção das máquinas e equipamentos, as disposições gerais, as disposições finais e os seus respectivos anexos. O Anexo I trata da classificação dos agentes biológicos, o Anexo II estabelece a tabela de classificação dos agentes biológicos, além do prazo para o cumprimento dos itens da NR 32 (Brasil, 2005).

O Anexo III foi inserido na norma no dia 31 de agosto de 2011 e estabelece que o empregador deve elaborar e implementar o Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfurocortantes (PPRAMP). Além disso, decreta que as empresas que produzem ou comercializam materiais perfurocortantes devem promover a capacitação sobre o uso correto do dispositivo de segurança para os trabalhadores dos serviços de saúde e determina que seja de função do empregador assegurar essa capacitação (Brasil, 2011).

Segundo Lourenço e Bertani (2007), apesar do respaldo legal quanto à proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores, é de fácil percepção que existe continuamente a violação desses das obrigações que os empregadores devem ter para com os seus trabalhadores.

Diversos fatores contribuem para que tais obrigações sejam negligenciadas, como o seu desconhecimento por parte dos gestores e dos trabalhadores de saúde,

a falta de compromisso da gestão com as intervenções que deveriam ser realizadas visando à proteção do trabalhador, ações voltadas apenas para a mudança comportamental dos trabalhadores, esquecendo que é de responsabilidade dos gestores promover boas condições de trabalho, falta de envolvimento dos trabalhadores de saúde no planejamento de intervenções voltadas para a prevenção de acidentes, sindicatos trabalhistas em estado de inércia, falta de comunicação entre gestores e trabalhadores e a percepção de que os riscos ocupacionais como inerentes a profissão tornando-se algo aceitável e natural durante o trabalho (Reinhardt; Fischer, 2009; Marziale; Souza, 2011).

Tais situações podem acarretar no surgimento de doenças relacionadas ao trabalho e em uma situação de desvalorização da saúde e da vida desses trabalhadores, como se os mesmos fossem sujeitos (in)visíveis dentro da estrutura institucional na qual estão vinculados.

Nesse contexto, trabalhadores que atuam nas USF acabam sendo expostos aos diversos riscos ocupacionais como os físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e de acidentes. Atrelada a essa situação, tem-se ainda a precarização do serviço que acaba fazendo com que exista uma situação de omissão por parte dos gestores para que se promovam melhores condições de trabalho aos seus trabalhadores.

Uma das formas de efetivação de ações que atendam aos trabalhadores nas USF é ter a implantação da NR 32 nos ambientes de trabalho. No entanto, o que se observa é que a implantação desta norma tem sido enfatizada, quase que exclusivamente, nas instituições hospitalares e na maioria das vezes voltada apenas aos profissionais de enfermagem, sendo inexpressivas as outras categorias (Davi *et al.* 2009)

Avanços nas leis que determinam melhores condições de trabalho, portanto, não constituem em conhecimento dessas por parte dos gestores e trabalhadores de saúde que deveriam estar cientes da sua existência, e conseqüentemente realizarem ações nos serviços de saúde que garantam a segurança, promoção e prevenção à saúde dos trabalhadores. Dessa forma, esse estudo tem como objetivo descrever de que forma ocorre a implantação e/ou implementação da NR 32 pelos gestores e trabalhadores de saúde das USF.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de natureza qualitativa, sendo realizado no município de Jequié-Bahia, tendo como cenário as Unidades de Saúde da Família (USF) e a Secretaria Municipal de Saúde de Jequié e como informantes os trabalhadores e gestores de saúde.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão para a seleção das Unidades de Saúde da Família (USF): equipe mínima completa de acordo com os critérios preconizados pelo Ministério da Saúde; equipe com o tempo mínimo de atuação de dois anos; e unidades com uma única equipe.

A seleção dos trabalhadores deu-se a partir da listagem nominal de todas as categorias envolvidas das unidades selecionadas, seguindo de um sorteio por meio do qual se definiu a ordem de participação dos sujeitos, totalizando 22 trabalhadores e 3 gestores que foram selecionados por atuarem como gerentes desses trabalhadores no período da coleta de dados. Utilizou-se o critério de saturação, ao observar a repetição quanto ao objeto de estudo.

No momento em que os informantes concordavam em participar voluntariamente da pesquisa, procedeu-se à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas foram gravadas e realizadas no local de trabalho de cada informante, sendo-lhes esclarecido que os dados seriam utilizados para fins de pesquisa. Para assegurar o anonimato dos entrevistados, foi adotando o termo Ent. seguido do algarismo numérico de acordo com a seqüência cronológica da realização da entrevista (Ent. 01, Ent. 02, Ent. 03).

A coleta de dados foi realizada no período de maio a agosto de 2012, por meio da entrevista semi-estruturada e da observação sistemática.

Foram realizadas 25 entrevistas e 7 observações, sendo que a realização da observação possibilitou um conhecimento mais profundo do objeto de estudo, tendo em vista que ocorreu o confronto dos depoimentos com o processo de trabalho desenvolvido pelos sujeitos, além de fornecer subsídios para descrever ações de implantação e/ou implementação que gestores e trabalhadores vêm desenvolvendo nas unidades.

Além dessas duas técnicas, utilizou-se a análise documental do Plano de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde (PGRSS), para fim de correlacionar o que está escrito e preconizado no plano com o que foi evidenciado

nas visitas às unidades e com as entrevistas, fazendo assim uma triangulação desses dados.

Para a realização da análise temática, foram contempladas três etapas conforme (Minayo, 2010): a primeira consistiu na pré-análise, momento em que foram revistos os objetivos iniciais da pesquisa e os documentos a serem analisados, que se constituíram no conjunto do material transcrito das entrevistas dos 25 informantes, o Plano de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde (PGRSS) e a observação sistemática. Prosseguindo, realizou-se uma leitura flutuante do material coletado, em busca da organização do material, constituindo o *corpus*.

Na segunda etapa, inicialmente realizou-se o recorte do texto, destacando as unidades de registro, sendo desenvolvida a exploração do material empírico, culminando na codificação dos dados. Em seguida, procedeu-se com a classificação e agregação dos dados, formando assim, as categorias que especificaram o tema.

Finalmente, a terceira etapa contemplou o tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação na perspectiva de identificar as convergências, divergências e o inusitado dos dados. Nesse processo de aproximação e reaproximação com o material empírico foram identificados os núcleos de sentido e agregados em dois temas: *(Des)conhecimento da NR 32 e Caminhos percorridos: ações desenvolvidas para a implantação e implementação (Ações realizadas quanto aos riscos biológicos e riscos químicos nas USF; Ações realizadas quanto aos resíduos e condições de conservação e limpeza nas USF e Ações realizadas para a preservação das máquinas e equipamentos nas USF)*.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – CEP/UESB, e aprovada sob o parecer de nº 7746/2012, obedecendo à Resolução 196/1996, que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentares na Pesquisa com Seres Humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados que emergiram do estudo são apresentados a seguir.

(Des) conhecimento da NR 32

O ato de implantar e/ou implementar a NR 32 requer um envolvimento de todos os atores sociais implicados com a saúde do trabalhador, incluindo os

gestores e os trabalhadores de saúde das USF. Para compreender como vem se conformando a implantação e/ou implementação da NR 32 nos estabelecimentos de saúde é necessário ter o entendimento do que os gestores e trabalhadores de saúde conhecem a referida norma.

Nesse estudo pode ser constatado que gestores e trabalhadores de saúde, apesar de sete anos em vigor da NR 32, ainda desconhecem acerca da sua existência e do que ela determina, evidenciado também em um estudo realizado por Oliveira, Lage e Avelar (2011). Para que ocorra a implantação e/ou implementação de qualquer que seja a legislação, perpassa pelo conhecimento da sua existência e as suas diretrizes, o que acaba divergindo do resultado encontrado, podendo ser, portanto, um dos fatores que poderá levar a dificuldade ou até mesmo da não implantação e/ou implementação da NR 32 nas USF, conforme pode ser observado nos depoimentos a seguir:

É na verdade eu estou ouvindo pela primeira vez. (Ent. 02)

Por esse nome não, não sei se eu conheço essa norma, mas não sei se é essa 32, por esse nome eu não conheço não [...]. (Ent. 03)

Não sei, se você me disser o que é a norma regulamentadora número 32 eu vou lhe dizer se sim ou não, sei não, nunca me disseram isso não... (Ent. 12)

Oh, categoricamente a norma não, apesar de ter especialização na área (enfermagem do trabalho), mas nunca ter vivenciado profissionalmente isso, eu admito que [...] não lembro [...] (Ent. 23)

Eu não sei te dizer, não tenho essa informação. (Ent. 24)

Das 25 pessoas que foram entrevistadas, 3 gestores e 22 trabalhadores, apenas uma respondeu que tinha o conhecimento da NR 32.

Sei [...] é um conjunto de diretrizes que visa proteger o trabalhador de saúde dos riscos que o serviço traz diretamente durante o processo de trabalho, então, está relacionado tanto aos riscos biológicos, físicos, químicos, [...] a um regimento ainda que superficial sobre as questões psicológicas que reza sobre o uso dos

equipamentos de proteção individual e equipamentos de proteção coletiva, e [...] do controle do processo de trabalho para ter segurança ocupacional. (Ent. 19)

Esse resultado é semelhante ao encontrado no estudo de Oliveira, Lage e Avelar (2011), que ao questionarem um grupo de enfermeiros se havia conhecimento sobre a NR 32 identificaram que 59% não a conheciam.

De acordo com Oliveira e Gonçalves (2010), o que se constata é que muitos dos que integram os estabelecimentos de saúde não conhecem a NR 32. Também não há divulgação, fazendo com que os gestores não coloquem em prática as suas obrigações e os trabalhadores acabem, por sua vez, não conhecendo leis específicas que regem o seu processo de trabalho.

Outra informação relevante é que 100% dos informantes dessa pesquisa disseram que nunca fizeram capacitação referente à NR 32, o que vai contra ao preconizado na norma, pois a mesma determina que o empregador deva assegurar a capacitação de todos os trabalhadores de forma continuada.

O planejamento é um ato inerente ao ser humano, esta forma de estruturação e organização permite um melhor aproveitamento do tempo, dos recursos humanos e financeiros, pois se torna difícil o alcance da implantação e/ou implementação de algo sem pensar antes de como irá ser desenvolvida a ação.

No entanto, a falta de conhecimento sobre a NR 32 poderá acarretar em uma maior exposição ocupacional dentro das USF, fazendo com que os trabalhadores de saúde estejam mais propensos aos riscos ocupacionais e como resultado dessa situação estejam em um futuro próximo acometidos por doenças ocupacionais.

Concordamos com Robazzi e Marziale (2004) quando afirmam que para garantir a proteção, segurança e confiabilidade nos procedimentos realizados nos estabelecimentos de saúde urge a necessidade de que sejam disseminadas as informações contidas na NR 32 para todos os profissionais, visto que mudanças benéficas, como redução no número de acidentes, poderão ser alcançadas após a sua implantação e implementação.

Caminhos percorridos: ações desenvolvidas para a implantação e/ou implementação da NR 32

Desse tema emergiram os subtemas que vão ao encontro da descrição dos itens estabelecidos pela NR 32. As falas dos informantes convergem para o que foi

encontrado durante a observação realizada nas unidades de saúde, mas divergem do que é preconizado pela referida NR.

Ações realizadas quanto aos riscos biológicos e riscos químicos nas USF

No que se refere aos Riscos Biológicos, a NR 32 determina que deva existir o Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais (PPRA) e que este seja avaliado uma vez ao ano ou sempre que necessário, devendo estar disponível para todos os trabalhadores.

De acordo com a NR 32, durante a elaboração do PPRA deve ser feita a identificação dos riscos biológicos mais prováveis em função da localização geográfica e das características dos serviços de saúde, descrição do ambiente de trabalho, atuação e função do trabalhador, observação do local de atuação, função, e procedimentos que serão realizados, o levantamento das possibilidades de riscos ocupacionais, além das medidas preventivas que deverão ser aplicadas em caso de exposição e acompanhamento (Brasil, 2005).

Ao solicitar o PPRA nas USF obtivemos como resposta a inexistência desse plano, atrelado a essa situação existe também um desconhecimento do que venha a ser o mesmo.

Não, mas com certeza não foi feito. (Ent. 04)

Não, não sei não. (Ent. 25)

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) também não dispõe de um Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), e do Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfurocortantes (PPRAMP) disponibilizados para os profissionais.

[...] o correto seria eu trazer o paciente para o Hospital Prado Valadares e fazer o exame, só que eu estou na zona rural, o corte foi, foi imprudência com certeza, eu já conhecia essa menina e isso não significa nada. Mas eu trazer essa menina para cá, eu liguei para o hospital estava sem kit para teste rápido, eu levo essa menina para Conquista como? [...] mas o risco existe, aí eu não trouxe e ficou por isso mesmo. (Ent. 20)

Observa-se a inexistência de um fluxo quanto à conduta a ser realizada com o trabalhador exposto ao material biológico, visto que o Ent.20 não refere em nenhum momento, o Centro de Referência em Saúde Sexual do município, já que, no caso desse tipo de acidente esta é a unidade de referência para o encaminhamento e acompanhamento do trabalhador.

Outro fato a ser observado quanto à exposição do trabalhador ao material biológico é o não preenchimento da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e a não tomada de conduta pós-acidente, o que reforça os dados encontrados por Oliveira, Lopes e Paiva (2009), os quais afirmam a existência de subnotificação quanto a esses acidentes.

A NR 32 determina que todo o local que possui exposição ocupacional ao material biológico deve ter um lavatório exclusivo para a higiene das mãos provida de água corrente, sabonete líquido, toalha descartável e lixeira com sistema de abertura sem contato manual.

[...] nem todo dia tem luva, nem todo dia tem material para trabalhar, [...] tem dia que não tem água, no mínimo, a coisa mínima que a gente precisa para trabalhar nem sempre tem (Ent. 18).

[...] papel higiênico e papel toalha quando tem [...] (Ent. 04)

[...] estamos aqui há 60 dias sem papel higiênico, sem sabonete, o sabonete daqui sou eu quem compra [...] (Ent. 12)

Percebe-se a negligência por parte dos gestores quanto ao fornecimento de recursos materiais necessários para o processo de trabalho. Cabe ao empregador fornecer fardamento e equipamentos de proteção individual (EPI), além de deixar esses EPIs em quantidade suficiente para reposição imediata nos serviços de saúde. Durante as observações nas USF e nos depoimentos dos informantes apresentados a seguir, identificamos que os gestores não vêm cumprindo com a disponibilização desses recursos.

[...] não tem disponibilizado para os profissionais que coletam o papanicolau [...] não tem disponibilizado os óculos de acrílico. (Ent. 23)

[...] se nós não temos nem o próprio uniforme de que precisamos, como vamos exigir outras coisas? (Ent. 05)

[...] dificuldade em especial com o pessoal de serviços gerais a gente disponibilizar é, os EPIs, bota, luva é, fardamento, roupa e aí vai, para os serviços gerais. (Ent. 23)

Botas eles não têm, têm luva, a gente fala especificamente para os trabalhadores de serviços gerais. (Ent. 24)

No momento da observação, trabalhadores que estavam realizando vacinação, administração de medicamentos e curativo, estavam com sandálias abertas e não utilizavam luvas durante os procedimentos. Essas ações tornaram-se comuns dentro das USF, embora não sejam condutas adequadas, pois estão contra ao que está preconizado na NR 32.

Outro fato é a inexistência dos materiais perfurocortantes com dispositivos de segurança nas USF, que são recomendados tanto pela NR 32 quanto pelos *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), já que são considerados de fundamental importância para a redução dos acidentes de trabalho (CDC, 2008). Soma-se a isso o descarte inadequado desses perfurocortantes, visto que em quatro unidades, das sete visitadas, foram encontradas agulhas no chão, ao lado do recipiente de descarte, podendo ocasionar um acidente biológico, principalmente para os trabalhadores do serviço de higienização. O descarte adequado dos perfurocortantes deve ser de responsabilidade de quem utilizou o material.

A NR 32 ainda preconiza que é de responsabilidade dos gestores o fornecimento das vacinas tétano, difteria e hepatite B, além da disseminação das informações quanto às vantagens e efeitos colaterais, bem como a informação dos riscos a que os trabalhadores estarão expostos em caso de um acidente. Porém, se o profissional recusar-se a receber a vacinação o gestor deverá guardar um termo de recusa assinado pelo trabalhador.

É fundamental para a proteção dos trabalhadores, com o objetivo de evitar a transmissão da hepatite B (HBV) nas unidades de saúde, a vacinação, a adoção às medidas de precaução padrão, consciência e cuidado durante a realização das tarefas diárias (CDC, 2005). Entretanto, Garcia e Fachini, (2008) apontam que

muitos trabalhadores não possuem o cartão de vacina em dia e aqueles que o possuem não conhecem o seu estado sorológico frente à hepatite B.

Para Guilarde et al., (2010) a redução dos riscos ocupacionais está refletida na adoção de medidas preventivas e realização de práticas seguras; por isso há necessidade de uma abordagem mais ampla que integre os envolvidos, gestores e trabalhadores, em relações sociais que trilhem objetivos comuns.

Quanto aos riscos químicos, constatou-se a sua presença nas falas dos sujeitos da pesquisa e durante a observação nas USF.

[...] tem pessoas que trabalham com produtos químicos [...] medicamento [...] algum produto daquele possa trazer um risco para saúde dele bem maior [...] (Ent. 02)

[...] os produtos que a gente usa aqui é mais água sanitária. (Ent. 08)

Nosso estudo corrobora com os resultados encontrados por Ribeiro e Shimizu (2007) e Farias e Zeitoune (2006) que evidenciaram que nas USF existe a presença de riscos químicos como a utilização de luvas, pois o látex poderá causar alergia, o uso de hipoclorito, soluções, antissépticos, o iodo, éter, soluções, desinfetantes, desencrostantes e a fumaça de cigarro, além da administração de medicamentos, que pode gerar reação alérgica.

A NR 32 preconiza que deverá manter a rotulagem do fabricante na embalagem original dos produtos químicos que são utilizados nos serviços de saúde, determinando ainda que todo recipiente que tenha produto químico manipulado ou fracionado deverá ser identificado com suas especificações e o nome do responsável que realizou o fracionamento. Exige, ainda, que se construam inventário e ficha descritiva nas USF de todos os produtos químicos que possam gerar risco à segurança e à saúde do trabalhador (Brasil, 2005).

É de responsabilidade do gestor a promoção de capacitação que demonstrem a correta utilização dos produtos químicos, os procedimentos de segurança relativos à sua utilização como EPIs, bem como ações que deverão ser adotadas em caso de emergência, conforme descrito na NR 32 (Brasil, 2005).

Porém, nas USF pesquisadas foram encontrados no momento da observação de campo, diversos produtos que são utilizados constantemente pelos trabalhadores de saúde como o álcool, o éter, o detergente enzimático, o hipoclorito. Em duas das

unidades constatou-se que a data de validade de alguns desses produtos encontravam-se vencidas.

Verificou-se, ainda, a presença do fracionamento de alguns produtos como álcool, em almotolias que se encontravam sem identificação da data de fracionamento, data de vencimento, especificação do produto, identificação da concentração e identificação de quem realizou o fracionamento, fatos esses contrários ao preconizado na NR 32.

Essa falta de rotulagem pode dificultar a identificação dos riscos a que os trabalhadores estão expostos, contribuindo para o desconhecimento das causas de ocorrência dos acidentes (Tuesca-Molina et al. 2006; Mafra et al. 2008).

As situações descritas dão margem para que haja uma inferência quanto à existência da falta de organização e definição das atividades que deverão ser realizadas pelos trabalhadores das unidades de saúde.

Os gestores e trabalhadores deverão promover uma política institucional de capacitação dos trabalhadores, no intuito de suprir os déficits existentes na formação, além de incentivar a busca de novos conhecimentos que vão emergindo, a fim de desenvolver um ambiente de trabalho que tenha como objetivo a promoção à saúde, como redução ou eliminação dos riscos ocupacionais, gerando-lhes bem estar físico e psíquico (Souza et al. 2011).

Ações realizadas quanto aos resíduos e condições de conservação e limpeza nas USF

Conforme resolução do CONAMA nº 283/2001, RDC 306/2004 e da NR 32, cabe aos gestores de saúde a promoção de capacitação dos trabalhadores sobre os resíduos, a disponibilização dos meios de descarte, transporte, armazenamento e disposição final dos resíduos de saúde, bem como a construção do PGRSS.

De acordo com Sales e Silva (2009), espera-se que a implantação do PGRSS possa trazer à instituição vantagens, como a prevenção dos acidentes de trabalho decorrentes da segregação e manuseio incorreto dos resíduos, além de contribuir com a saúde do meio ambiente quando o destino final é adequado.

Ao solicitar aos responsáveis pelas USF o PGRSS, foi possível constatar que duas destas não construíram o plano. Contudo, aquelas que o possuíam, estes PGRSS não se encontravam na unidade e sim no Departamento de Vigilância Sanitária e Ambiental, divergindo da recomendação da RDC 306/2004 que

determina que o plano fique à disposição dos trabalhadores nas unidades de saúde para a consulta.

Ao questionar os trabalhadores quanto ao conhecimento que tinham sobre o PGRSS, constatou-se que a maioria não sabia o que era e nem se a unidade possuía o PGRSS, conforme os depoimentos a seguir:

Falar um pouquinho eu não sei, [...] para definir mesmo assim eu não sei te dizer não. (Ent. 24)

Já ouvi mas não sei nem explicar. (Ent. 08)

Plano de resíduo, não. Na verdade não. [...] mas aqui não. (Ent. 09)

Pode-se inferir a partir dos relatos que não houve envolvimento dos trabalhadores na construção e nem divulgação do PGRSS.

Conforme definido pela NR 32 e RDC 306/2004, deverá existir capacitação para todos os trabalhadores do estabelecimento de saúde sobre o gerenciamento dos resíduos, inclusive com a apresentação do PGRSS. Observa-se, no entanto, que no entendimento dos trabalhadores a capacitação sobre esse tema só deveria existir para trabalhadores dos serviços gerais.

Um treinamento só em relação a lixo? [...] só se esse treinamento poderia ser feito para serviços gerais que trabalha com isso. (Ent. 05)

O gerenciamento dos resíduos em serviços de saúde, conforme Corrêa, Lunardi e Santos (2008) demanda uma nova postura ética, de renovação de valores, de cidadania, de compromisso com o social, no agir, na forma de perceber e de viver e conviver nesse ambiente harmonicamente no qual estamos inseridos. Por isso, há a necessidade do envolvimento de todos os trabalhadores em busca de uma melhor segregação dos resíduos, bem como a preocupação com seu destino final, visto que ações de poluição ambiental afetam diretamente nas condições de saúde da população.

Outro dado relevante sobre os resíduos é relacionado aos sacos para acondicionamento dos resíduos. Segundo a Norma Brasileira 9191/2002, esses

devem obedecer à coloração de acordo com o tipo de resíduo que este irá acondicionar e a sua respectiva simbologia, obedecendo também quanto ao preenchimento de 2/3 da sua capacidade e retirados do local de geração após a sua completude, fechados de forma que não permita vazamento e mantidos íntegros até a sua disposição final.

[...] nós não estamos recebendo saco de lixo, a unidade está com uma quantidade muito pequena e também o saco não é adequado para esse tipo de armazenamento. (Ent. 04)

[...] só usa o hospitalar mesmo, aquele branco, porque no início quando veio para separar era [...] o preto aquele [...] o do lixo comum, mas falta e a gente usa o que tem. (Ent. 08)

Os relatos dos entrevistados demonstraram o não fornecimento dos sacos com simbologia de risco biológico, o que dificulta a segregação correta dos resíduos da unidade. Nas observações, pode-se evidenciar que apenas existe segregação para os materiais perfurocortantes. Conduzas a não segregação dos resíduos aumenta o ônus para os gestores municipais, visto que eles pagam por peso para a realização do descarte final.

Nas unidades, cenário da pesquisa, não existe local adequado para o armazenamento interno e externo dos resíduos e os carros que os acondicionam não possuem as características preconizadas pela NR 32. A empresa contratada pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para a realização da coleta dos resíduos de saúde forneceu um recipiente para cada unidade de saúde, devidamente identificado, destinada ao acondicionamento dos resíduos biológicos e perfurocortantes, porém percebe-se que um recipiente é insuficiente, visto que a empresa demora em média 15 dias para o recolhimento e em determinadas USF chega levar mais tempo, conforme informado pelo entrevistado:

Não, ela até agora eu não vi ninguém recolhendo. Tem uns dois meses, quatro, três meses mais ou menos. (Ent. 15)

Conforme a recomendação da OIT nº 97/1953, o empregador deve adotar medidas para que os resíduos não se acumulem, pois tal situação constitui um risco para a saúde no ambiente de trabalho.

Outro fato relevante que foi observado na análise documental do PGRSS é que os planos possuem valores de produção de resíduos iguais o que comprova que não houve uma pesagem dos resíduos que são produzidos para a sua elaboração. Tal situação pode-nos levar a inferir que há uma falta de compreensão, por parte dos trabalhadores que o elaboraram, sobre a relevância do PGRSS para toda USF, a comunidade e para o meio ambiente.

Em relação ao item limpeza e conservação, a norma reforça que trabalhadores que realizam as atividades de limpeza nos serviços de saúde deverão ser capacitados, de forma continuada, sobre os princípios de higiene pessoal, riscos ocupacionais, sinalização, rotulagem, EPI, equipamento de proteção coletiva (EPC) e procedimentos que deverão realizar em situações de emergência.

Canini, Gir e Machado (2005) evidenciaram que dentre os trabalhadores de serviço de apoio os que mais se acidentam são os auxiliares de serviços gerais, portanto, a necessidade de capacitação também para essa categoria profissional com vistas a minimizar os riscos ocupacionais advindos do seu processo de trabalho.

Porém, constatou-se a inexistência de atividades de capacitação voltada para a saúde do trabalhador e, em consequência, tivemos como resultado o desconhecimento do que vem a ser EPI e EPC, por parte dos trabalhadores entrevistados:

[...] só quando a gente foi admitida que teve uma manhã de assim, orientando como fazia a limpeza, e depois não teve mais. (Ent. 08)

Não, não foi bem um curso, foi uma reunião assim logo no primeiro dia que a gente começou a trabalhar, [...] eu não acho que foi um curso de capacitação. (Ent. 15)

[...] falar a verdade não sei o que é não (EPI). (Ent. 09)

Não estou lembrando agora não (EPC). (Ent. 08)

Evidenciou-se também a falta de sinalização com os EPC durante o processo de limpeza da unidade, fato que está atrelado à própria inexistência destes equipamentos nas unidades.

Os gestores têm o dever de providenciar o carro funcional, prover materiais para a realização de limpeza, proibir a varrição seca nas áreas internas e uso de adornos (Brasil, 2005).

Foi identificada nas falas dos informantes e nas observações, a divergência do que está previsto na NR 32, constatando-se a ausência de carro funcional em todas as unidades, o que pode acarretar em dores osteomusculares e problemas ergonômicos, já que os trabalhadores abaixam-se constantemente, para realizar a limpeza da unidade. Encontrou-se uma quantidade de vassoura de varrição seca em todas as unidades e foi observada a sua utilização dentro da área interna. Além disso, existem queixas quanto à falta de condições de trabalho, conforme pode ser identificado a seguir:

[...] flanela tá faltando, [...] essas roupas da gente mesmo não é uma roupa adequada, [...] é máscara, também não tem, é touca tudo isso está faltando, assim, e eu acho que é necessário devido à poeira, porque quando a gente está limpando ali, a gente está vulnerável a qualquer risco. (Ent. 15)

Na verdade em relação a material de limpeza a gente está totalmente desprotegida, está a zero, zero, zero. Não tem nada, não tem papel higiênico, não tem papel toalha, não tem material de limpeza, não tem nada disso. Tudo feito assim, com o básico do básico. (Ent. 04)

[...] os equipamentos de trabalho a gente está faltando praticamente tudo. (Ent. 07)

O que foi percebido neste estudo é que existe uma insatisfação dos trabalhadores quanto as suas condições de trabalho, inclusive dos próprios gestores.

Essas situações vêm contribuindo para o surgimento de doenças ocupacionais, que já estão sendo percebidas pelos gestores da saúde e pelos próprios trabalhadores.

[...] infelizmente ela não consegue se adequar a demanda que a gente tem hoje e na hora que o trabalhador tá em frente ao usuário ele tem que lançar mão da decisão muitas vezes de dizer sim ou não [...] gera [...] ao usuário [...] certa reação, de raiva, de fúria e muitas vezes é o trabalhador que ta na ponta do serviço que vai ouvir todo o desabafo [...] a gente tem tido vários casos de transtornos mentais e distúrbios mentais em alguns servidores [...] (Ent. 23)

O discurso do informante corrobora com estudos de Camelo e Argerami (2007) e Wai e Carvalho (2009) que apontam que dentre os fatores desencadeantes dos riscos psicossociais relacionados ao trabalho, estão os recursos humanos e materiais insuficientes, além da sobrecarga de funções, longas horas de trabalho e conflitos entre a equipe.

Nesse cenário, da precariedade das relações e condições de trabalho, aumentam a angústia e a ansiedade no trabalho, ao ponto em que exista o desgaste físico e emocional, o que muitas vezes passa a ser banalizado e encarado como fosse parte inerente ao processo de trabalho (Merlo, Lápiz, 2005; Camelo e Angerami, 2007).

Ações realizadas para a preservação das máquinas e equipamentos nas USF

Quanto ao item de conservação das máquinas e equipamento descrito pela NR 32, o estudo demonstrou que nas USF observadas há um sério problema quanto ao funcionamento da autoclave.

[...] tem ouvido muitas queixas de falta [...] de curativo nas unidades, de esterilização de material odontológico por conta dessas autoclaves não estarem nas unidades, queimaram, danificaram enfim [...] (Ent. 24)

[...] a autoclave está com defeito aí também não está funcionando. (Ent. 08)

Um fato que chamou a atenção foi a compra de autoclaves, que já foram entregues nas unidades, contudo elas não estão em funcionamento devido à falta de peças para a sua instalação, conforme descrevem os informantes.

[...] autoclaves novas, mas não estão funcionando ainda, por conta de uma tomada [...] (Ent. 24)

[...] outro nível de insalubridade é o ar condicionado super barulhento, eu tenho sensibilidade auditiva, [...] e esse ar condicionado é muito barulhento, eu já quis comprar inclusive um medidor para saber o nível de ruído [...] mas, eu sei que incomoda bastante [...] (Ent. 17)

Apesar da NR 32 determinar que é necessária a realização da manutenção das máquinas e equipamentos, isso não vem sendo cumprido pelos gestores municipais, comprometendo a realização de procedimentos tanto odontológicos quanto curativos, acarretando na falta de atendimento da população e promoção dos riscos ocupacionais aos trabalhadores, já que muitos também sofrem por não conseguirem atender as demandas dos usuários.

A NR 32 preconiza que é de obrigação dos gestores o estabelecimento de um cronograma de manutenção preventiva e corretiva para a preservação da integridade e eficiência dos equipamentos e máquinas dos serviços de saúde. A Portaria GM/MS nº. 3.523, de 28 de agosto de 1998, define medidas básicas referentes aos procedimentos de verificação visual do estado de limpeza, remoção de sujidades por métodos físicos dos componentes dos sistemas de climatização (Brasil, 1998).

Ações como a realização de procedimentos de limpeza e de manutenção dos equipamentos e seus respectivos acessórios são fundamentais para garantir o seu funcionamento correto e uma boa qualidade do ar interior no ambiente climatizado, além de manter condições salubres para os trabalhadores das unidades de saúde (Brasil, 1998).

Para tanto, percebe que nem por parte dos gestores nem pelos trabalhadores, existe um planejamento das ações para que ocorra a implantação e implementação da NR 32, passando desde a falta de conhecimento, culminando na não concretização da norma nas unidades de saúde. Essa situação pode seguramente acarretar em danos à saúde do trabalhador de imediato, a médio e em longo prazo, divergindo do objetivo da implantação da NR 32 que é o de assegurar a diminuição do adoecimento pelo trabalho e a melhora a qualidade de vida dos trabalhadores.

No que tange às condições de conforto por ocasião das refeições, a NR32 faz referência à NR 24 que dispõe sobre as condições sanitárias e de conforto nos locais de trabalho. A referida norma estabelece que nos estabelecimentos com menos de 30 trabalhadores deverão ser asseguradas aos trabalhadores condições

suficientes de conforto para as refeições em local que atenda aos requisitos de limpeza, arejamento, iluminação e fornecimento de água potável, a interrupção das atividades do estabelecimento, nos períodos destinados às refeições, além de respeitar dispositivos legais relativos à segurança e à medicina do trabalho.

Em duas unidades localizadas em distritos do município onde foi realizada a observação, a realidade enfrentada pelos trabalhadores dessa localidade é bem diferente do preconizado pela norma. Os trabalhadores que moram no município de Jequié vão com o transporte que o mesmo oferece e passam o período diurno na unidade, onde ali realizam suas refeições. Porém, a copa dessas unidades é um local abafado, apertado, que não possui arejamento, algumas vezes falta água e em uma dessas unidades os trabalhadores fazem a esterilização dos materiais no mesmo local em que se alimentam.

Neste estudo, os itens da NR 32, radiações ionizantes e lavanderias, não foram contemplados, pois nas USF não são realizados esses serviços.

É necessário que comece a se pensar na ênfase que deve ser dada ao processo do cuidar em saúde, aos trabalhadores que não devem ser vistos como meramente cumpridores de metas que são estabelecidas pelos empregadores. De acordo com Sales e Silva (2009), estes trabalhadores muitas vezes executam tarefas de forma rápida em busca do cumprimento de metas pela própria organização da USF, descuidando-se assim da própria segurança, o que acarreta em situações de maior exposição aos riscos em saúde.

Dessa forma, é necessário o incentivo à criação de uma cultura prevencionista por parte dos gestores das instituições de saúde, baseada nas normas que já existem no país, por meio da implementação de ações educativas e de melhores condições de trabalho, adotando estratégias que permitam aos trabalhadores de saúde a incorporação e aquisição de uma postura efetiva no uso de procedimentos que garantam o máximo de segurança não só a ele, mas também a todos os atores sociais envolvidos nesse contexto (Valle et al., 2012).

CONCLUSÃO

No Sistema Único de Saúde (SUS) já existem políticas que valorizam as condições de trabalho e saúde dos trabalhadores, dentre elas estão a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, as Normas Regulamentadoras, especificamente a NR 32 que é

direcionada para os trabalhadores de saúde, Programa de formação em Saúde do Trabalhador e a mais recente Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde – SUS, entre outras.

Essas políticas e programas de saúde almejam que haja um fortalecimento do SUS através de um processo de humanização do trabalho em saúde, que pressupõe a construção de uma interação entre os atores envolvidos na produção de saúde com ações de co-gestão do processo de trabalho, do desenvolvimento de co-responsabilidades, estabelecimento de vínculos solidários, indissociabilidade entre atenção e gestão. Essas ações, conforme Chaves et al.,(2009), fazem com que gestores e trabalhadores possam agir coordenadamente, modificando o perfil que existe atualmente de carência e insuficiência das ações que protegem a saúde do trabalhador e que, por conseguinte, continua sofrendo na não concretização das leis que determinam melhores condições de trabalho.

Portanto, neste trabalho ficou evidente a necessidade de capacitação dos gestores e trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família quanto à biossegurança, saúde e segurança no trabalho, direcionada para ações de implantação e/ou implementação das normas à saúde e à segurança do trabalho, incluindo esclarecimentos acerca das leis que determinam responsabilidades e direitos tanto para os gestores quanto para os trabalhadores.

É necessário para tanto, que ao planejar ações de implantação e/ou implementação voltadas para a promoção, prevenção e segurança à saúde dos trabalhadores das unidades de saúde, haja um envolvimento dos sujeitos sociais, além de um modelo teórico baseado nas normas e leis já existentes no país para que este seja o guia das ações que serão desenvolvidas, fornecimento de recursos humanos e materiais para que se mantenham condições de trabalho favoráveis à promoção à saúde do trabalhador, possibilitando, assim, a construção de ambientes de trabalho saudáveis, canais de comunicação entre os envolvidos, principalmente entre gestores e trabalhadores, para que ambos comunguem e alcancem os mesmos objetivos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Associação Brasileira de Norma Técnicas – ABNT. NBR 9191. *Sacos Plásticos para Acondicionamento de Lixo – Requisitos e métodos de ensaio*. Rio de Janeiro, 2002.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.523/GM*, de 28 de agosto de 1998 dispõe sobre Importância dos Projetos de Sistemas de Climatização em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS). Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Legislação em saúde: caderno de legislação em saúde do trabalhador*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485 de 11 de novembro de 2005. *NR32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde*. Disponível em: http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_32.pdf. Acesso em: 07 de out. de 2012.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 1748 de 30 de Agosto de 2011*. Disponível em: http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C816A31F92E65013224E36698767F/p_20110830_1748%20.pdf Acesso em: 07 de out. 2012.

CAMELO, Silvia Helena Henriques; ARGERAMI, Emília Luígi Saporiti. Riscos psicossociais relacionados ao trabalho das equipes de saúde da família: percepções dos profissionais. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p. 502-507, out.-dez., 2007.

CANINI, Silvia Rita Marin da Silva; GIR, Elucir; MACHADO, Alcyone Artioli. Accidents with potentially hazardous biological material among workers in hospital supporting services. *Revista Latino Americana Enfermagem*, v.13, n.4, p. 496-500, jul.-ago., 2005.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (US). *Department of Health and Human Services*. Workbook for designing, implementing, and evaluating a sharps injury prevention program, United States of America 2008. Available from: http://www.cdc.gov/Sharpssafety/pdf/sharpsworkbook_2008.pdf. Acesso em: 07 de out. 2012.

CHAVES, Sonia Cristina Lima *et al.* Determinantes da implantação de um programa de segurança e saúde no trabalho. *Revista Panamericana de Salud Publica*, v.25, n.3, p. 204-212, 2009.

CORRÊA, Luciara Bilhalva; LUNARDI, Valéria Lerch; SANTOS, Silvana Sidney Costa. Construção do saber sobre resíduos sólidos de serviços de saúde na formação em saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v.29, n.4, p. 557-564, dez., 2008.

CUNHA, Ana Carina; MAURO, Maria Yvone Chaves Mauro. Educação Continuada e a Norma regulamentadora 32: utopia ou realidade na enfermagem? *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v.35, n.122, p. 305-313, 2010.

DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal et al. Organização do trabalho de enfermagem na atenção básica: uma questão para a saúde do trabalhador. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.18, n.2, p. 206-214, abr.-jun., 2009.

FARIAS, Sheila Nascimento Pereira de; ZEITOUNE, Regina Célia Golnner. Riscos no trabalho de enfermagem em um centro municipal de saúde. *Revista de Enfermagem da UERJ*, v.13, p.167-174, 2005.

GALON, Tanyse; MARZIALE, Maria Helena Palucci; SOUZA, Wecksley Leonardo. A legislação e as recomendações internacionais sobre a exposição ocupacional aos agentes biológicos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.64, n.1, p. 160-167, jan.-fev., 2011.

GARCIA Leila Posenato; FACCHINI, Luiz Augusto. Vacinação contra a hepatite B entre trabalhadores da atenção básica à saúde. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.5, p. 1130-1140, mai., 2008.

GUILARDE, Adriana Oliveira et al. Acidentes com material biológico entre profissionais de hospital universitário em Goiânia. *Revista de Patologia Tropical*, v.39, p.131-136, 2010.

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza; BERTANI, Iris Fenner. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v.32, n.115, p. 121-134, 2007.

MAFRA, Denise Aparecida Lopes et al. Percepção dos enfermeiros sobre a importância do uso dos equipamentos de proteção individual para riscos biológicos em um serviço de atendimento móvel de urgência. *Mundo Saúde*. v.32, p.31-38, 2008.

MERLO, Alvaro Roberto Crespo; LÁPIS, Naira Lima. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: algumas considerações. *Boletim da Saúde*. Porto Alegre, v.19, n.1, p. 17-29, jan.-jun., 2005.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento. *Pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

OLIVEIRA, Adriana Cristina; GONÇALVES, Jaqueline Almeida. Acidente ocupacional por material perfurocortante entre profissionais de saúde de um centro

cirúrgico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.44, n.2, p. 482-487. jun., 2010.

OLIVEIRA, Adriana Cristina; LOPES, Ana Cristine Souza; PAIVA, Maria Henriqueta Rocha Siqueira. Acidentes ocupacionais por exposição a material biológico entre a equipe multiprofissional do atendimento pré-hospitalar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.43, n.3, p. 677-683, 2009.

OLIVEIRA, Jackson Eduardo de; LAGE, Kelia Regina; AVELAR, Solange Andrade. Equipe de enfermagem e os riscos biológicos: norma regulamentadora 32 (NR-32). *Revista Enfermagem Integrada*. Ipatinga, Minas Gerais, v.4, n.2, nov.-dez., 2011.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. *Recomendación nº 97 sobre la protección de la salud de los trabajadores*. Ginebra, 1953. [citado em 2008 Nov 14]. Disponível em: <http://www.ilo.org/ilolex/spanish/recdisp1.htm>. Acesso em 05 de outubro 2012.

REINHARDT, Erica Lui; FISCHER, Frida Marina. Barreiras às intervenções relacionadas à saúde do trabalhador no setor saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, v.25, n.5, p. 411-417, 2009.

RIBEIRO, Emílio José Gonçalves; SHIMIZU, Helena Eri. Acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.60, p. 535-440 2007.

ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz; BARROS JÚNIOR, Juarez Correa. Proposta brasileira de normatização para os trabalhadores da saúde. *Ciencia y Enfermería, Concepción*, v.XI, n.2, p.11-15, 2005.

ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz; MARZIALE, Maria Helena Palucci. A norma regulamentadora 32 e suas implicações sobre os trabalhadores de enfermagem. *Rev. Latino Americana de Enfermagem*. São Paulo. Setembro – Outubro; v.12, n.5, p. 834-836, 2004.

SALLES, Carmem Ligia Sanches; SILVA, Arlete. Acidentes de trabalho e o plano de gerenciamento de resíduos de serviço de saúde. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v.8, n.4, p. 652-659, out.-dez., 2009.

SOUZA AS et al. Doenças ocupacionais: absenteísmo por prevalência de dor no sistema musculoesquelético em profissionais de enfermagem que atuam no centro cirúrgico. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, v.4, n.4, p. 1718-1723, out.-dez., 2010.

TUESCA-MOLINA, Rafael et al. Síndrome de desgaste profissional em enfermeras/os del área metropolitana de Barranquilla. *Salud Uninorte*. Barranquilla (Col.) v.22, n.2, p. 84-91, 2006.

VALLE, Andreia Rodrigues Moura da Costa et al. A biossegurança sob o olhar dos enfermeiros. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p. 361-367, jul-set, 2012.

WAI, Mey Fan Porfírio; CARVALHO, Ana Maria Pimenta. O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. *Revista de Enfermagem da UERJ*. Rio de Janeiro, v.17, n.4, p. 563-568, out.-dez., 2009.

4.2 MANUSCRITO 2: RISCOS OCUPACIONAIS: SOB O OLHAR DOS GESTORES E TRABALHADORES

Manuscrito será submetido à Revista Gaúcha de Enfermagem, elaborado conforme as instruções para autores desse periódico, disponíveis em <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/about/submissions#onlineSubmissions>, acessado em outubro de 2012.

RISCOS OCUPACIONAIS: SOB O OLHAR DOS GESTORES E TRABALHADORES

Juliana da Silva Oliveira*, Adriana Alves Nery†

RESUMO

Trabalhadores de saúde estão expostos aos riscos ocupacionais no exercício das suas atividades. Este estudo teve por objetivo classificar os riscos ocupacionais que os gestores e trabalhadores da estratégia de saúde da família identificam em seu ambiente de trabalho. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de natureza qualitativa, realizado com 3 gestores e 22 trabalhadores, no município de Jequié/Bahia, tendo como cenário as Unidades de Saúde da Família e Secretaria Municipal de Saúde. A coleta de dados foi realizada por meio da observação sistemática e entrevista semiestruturada e aplicada da técnica de análise de conteúdo. Sobre riscos ocupacionais evidenciados pelos gestores e trabalhadores de saúde emergiram as seguintes categorias: risco físico, risco químico, risco mecânico, risco biológico, risco ergonômico, risco psíquico e negação. Diante dos resultados, urge a necessidade da adoção de medidas de proteção e segurança em saúde, conforme preconizado na Norma Regulamentadora 32.

Descritores: Riscos ocupacionais; saúde do trabalhador; atenção básica à saúde.

RESUMEN

Trabajadores de salud están expuestos a riesgos laborales en sus actividades. Este estudio tuvo como objetivo clasificar a los riesgos laborales que gestores y trabajadores de la estrategia de salud de la familia identifican en su entorno laboral. Se trata de un estudio descriptivo, exploratorio y cualitativo, realizado con 03 gestores y 22 trabajadores de la salud en Jequié/Bahia, en el escenario de las Unidades de Salud de la Familia y Departamento de Salud Municipal. La recolección de datos se realizó a través de observación sistemática y entrevistas semiestructuradas y se ha aplicado la técnica de análisis de contenido. Acerca de riesgos laborales evidenciados por gestores y trabajadores de salud emergieron las siguientes categorías: riesgo físico, riesgo químico, riesgo mecánico, riesgo biológico, riesgo ergonómico, riesgo psicológico y negación. Delante de los resultados, urge la necesidad de adoptar medidas de protección y seguridad en salud, como se recomienda en NR 32.

Descriptorios: Riesgos laborales; salud laboral; atención primaria de salud.

Título: *Riesgos laborales: bajo la mirada de gerentes y trabajadores de salud*

* Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde – PPGES da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

† Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Saúde do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde – PPGES da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB.

ABSTRACT

Health workers are exposed to occupational hazards in the course of their activities. This study aimed to classify the occupational risks that health managers and workers from family health strategy identify in their work environment. This is a descriptive, exploratory and qualitative study, conducted with 3 managers and 22 workers in Jequié/Bahia, in the scenario of the Family Health Units and Municipal Health Department. Data collection was accomplished through systematic observation and semi-structured interviews and it has been applied content analysis technique. About occupational hazards evidenced by health managers and workers it has emerged the following categories: physical hazard, chemical hazard, mechanical hazard, biological hazard, ergonomic hazard, psychological hazard and denial. Considering the results, there is an urgent need to adopt measures of health protection and safety, as recommended in Regulatory Standard 32.

Descriptors: Occupational risks; occupational health; primary health care.

Title: *Occupational hazard: under the look of health managers and workers*

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) envolve diversos trabalhadores que desenvolvem o seu processo de trabalho e estão expostos aos diversos riscos ocupacionais que podem trazer repercussões para a saúde do trabalhador.

Esses trabalhadores desenvolvem as mais diversas atividades, como avaliar os indicadores de saúde da sua área, conhecer a realidade das famílias as quais estão em sua área adstrita, identificar os problemas de saúde, elaborar ações locais para o enfrentamento de riscos da sua área, prestar assistência integral, escuta qualificada, desenvolver atividades educativas e assistências, realizar visita domiciliar, além de muitas outras atividades, como gerenciamento de conflitos internos e externos, cumprimento de metas pré-estabelecidas, entre outras⁽¹⁾.

O conceito de risco é traduzido como a probabilidade de ocorrência de um evento danoso, ou um termo não técnico que inclui diversas medidas de probabilidade de desfechos desfavoráveis⁽²⁾. Portanto, o risco é a possibilidade da ocorrência de eventos que possam vir a ter efeitos negativos à saúde, podendo causar algum dano ao indivíduo, ao grupo populacional ou ao ambiente no qual está inserido.

Os riscos ocupacionais são caracterizados por todas as circunstâncias de trabalho que podem romper o equilíbrio físico, mental e social dos trabalhadores, não sendo somente situações que originem acidentes ou doenças⁽³⁾.

Trabalhadores de saúde estão expostos aos diversos fatores de riscos ocupacionais durante o seu processo de trabalho; dentre eles os de risco físico

(iluminação precária, falta de arejamento, instalações elétricas inadequadas), químico (substâncias da administração de medicamentos, vacinas, odores fortes, soluções, desinfetantes, desencrostantes ou esterilizantes, antissépticos e o látex), mecânico (acidentes com perfurocortantes, quedas e agressão física) e biológico (transmissão de patógenos através das vias aéreas, secreções de sangue e contato direto com o cliente)^(4,5).

Além desses, existem os fatores fisiológicos (agravos a coluna, danos osteomusculares, caminhadas excessivas durante a jornada de trabalho, presença de mobílias inadequadas que colaboram para a adoção de postura incômodas) e psicológicos (estresse, pressão, insatisfação com as condições de trabalho e situações angustiantes como a sensação de impotência) que também são considerados riscos que podem interferir diretamente no processo laboral dos trabalhadores^(4,5).

A fim de minimizar os riscos ocupacionais existentes nesses estabelecimentos de saúde, o Ministério do Trabalho (MT) aprova a Norma Regulamentadora nº 32 (NR32), que faz referência às ações que devem ser estabelecidas para a implantação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde e daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral⁽⁶⁾.

Contudo, mesmo com a existência de leis que exigem modificações tanto na estrutura física quanto nas condições de trabalho dos estabelecimentos de saúde, o que se percebe é que pode existir uma negligência tanto por parte dos trabalhadores quanto pelos gestores que coordenam esses estabelecimentos, em colocá-las em prática.

Gestores e trabalhadores de saúde devem conhecer a importância das ações que promovam a minimização dos riscos ocupacionais em saúde e adotá-las como protocolos que devem ser seguidos de forma padronizada no dia a dia e aplicá-las em atividades concretas que possam ser avaliadas e medidas, garantindo assim, uma maior segurança à saúde dos trabalhadores.

Percebe-se também que o gerenciamento de riscos pode gerar redução de custos para a gestão, manutenção da força de trabalho nos estabelecimentos de saúde e satisfação para o desenvolvimento das atividades diárias por parte dos trabalhadores de saúde. Os gestores devem propiciar condições de trabalho para os

trabalhadores; portanto o fornecimento dos equipamentos de proteção individual (EPI) é função dos contratantes.

O EPI é todo dispositivo ou produto, de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho, para que assim possa evitar lesões, prevenindo o contato do agente agressivo com a pessoa⁽⁷⁾.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo classificar os riscos ocupacionais que os gestores e trabalhadores da estratégia de saúde da família identificam em seu ambiente de trabalho.

MÉTODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de natureza qualitativa, sendo realizado no município de Jequié-Bahia, tendo como cenário as Unidades de Saúde da Família (USF) e a Secretaria Municipal de Saúde de Jequié.

Para a seleção das USF, utilizamos os seguintes critérios de inclusão: equipe mínima completa de acordo com os critérios preconizados pelo Ministério da Saúde; equipe com o tempo mínimo de atuação de dois anos e unidades que possuem apenas uma equipe, totalizando 7 USF.

Os sujeitos do estudo foram trabalhadores e gestores de saúde. A seleção dos trabalhadores ocorreu a partir da listagem nominal de todas as categorias envolvidas em cada unidade selecionada, de acordo com os critérios de inclusão, seguindo de um sorteio por meio do qual se definiu a ordem de participação dos sujeitos, totalizando 22 trabalhadores de saúde. Foi utilizado o critério de saturação, quando houve a percepção de que as falas tornavam-se constantes sobre o objeto questionado. Quanto aos gestores de saúde, foram identificados três, tendo como critério de seleção aqueles que estavam realizando a gestão da saúde das USF.

As entrevistas foram gravadas e realizadas no local de trabalho de cada informante, conforme sua autorização. Ao concordar em participar voluntariamente, procedeu à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi garantido aos informantes que as informações seriam utilizadas para fins de pesquisa, respeitando a individualidade. Para garantir o anonimato, foi adotando o termo Ent. seguido do algarismo numérico de acordo com a sequência cronológica da realização da entrevista.

Para a coleta de dados utilizamos a técnica de entrevista semi-estruturada e a coleta foi realizada no período de maio a agosto de 2012. Nesse estudo também utilizou-se outra técnica de coleta que foi a observação sistemática, pois possibilita ao pesquisador uma descrição precisa do objeto investigado, por meio de um instrumento previamente definido⁽⁸⁾.

Foram realizadas 7 observações sistemáticas nas USF que atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa. A realização dessa técnica de coleta possibilitou um conhecimento mais profundo do objeto de estudo, tendo em vista que ocorreu o confronto dos depoimentos com o processo de trabalho desenvolvido pelos sujeitos.

Os resultados foram submetidos à técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, de forma que possibilitou identificar elementos que demonstrem os riscos ocupacionais que os gestores e os trabalhadores de saúde percebem no seu ambiente de trabalho. A análise obedeceu aos estágios de pré-análise, constituição do *corpus*, seleção das unidades de significância, classificação e agregação dos núcleos temáticos⁽⁹⁾, dando origem às seguintes categorias: risco físico; risco químico; risco mecânico; risco biológico; risco ergonômico; risco psíquico. Além desses, ainda emergiu uma categoria de negação do risco ocupacional por parte dos gestores e trabalhadores.

A pesquisa obedeceu à Resolução 196/1996, que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentares na Pesquisa com Seres Humanos. Foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – CEP/UESB, e aprovada sob o parecer de nº 7746/2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 25 sujeitos. O grupo dos gestores, que foi constituído por 3 pessoas, em virtude de assegurar o anonimato e obedecer às questões éticas, não foi realizada a caracterização por se tratar de um número reduzido de informantes.

Em relação aos trabalhadores, 1 é técnico de enfermagem, 1 agente administrativo, 3 oficiais administrativos, 1 vigilante, 3 auxiliares de serviços gerais, 6 agentes comunitários de saúde, 1 enfermeiro, 4 médicos, 2 odontólogos, totalizando 22 entrevistados, dos quais 15 são do sexo feminino, a idade está entre 27 a 62 anos, o tempo de serviço entre 1 a 25 anos. O regime de trabalho é de 30 ou 40 horas, desses apenas 50% são efetivos, os outros são contratados em Regime

Especial de Direito Administrativo – REDA ou cargo comissionado; entre os efetivos nenhum é de nível superior, em sua maioria são os agentes comunitários de saúde, seis possuem outro vínculo e um desses trabalhadores consegue manter 4 outros vínculos.

Observa-se que quanto à formação dos trabalhadores, 14 possuem nível médio, 1 superior completo, 1 superior incompleto e 6 são especialistas.

Gestores e trabalhadores conseguem identificar riscos ocupacionais existentes no processo de trabalho, sendo descritos através das suas expressões verbais, contudo foram identificadas falas que demonstram a inexistência dos riscos para alguns dos entrevistados.

Riscos Físicos

Trabalhadores que atuam na USF também desenvolvem as suas atividades extramuros, como é o caso dos médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, ficando dessa forma expostos aos raios ultravioletas. No estudo, evidenciou-se que muitos trabalhadores percebem a existência desse risco durante o seu trabalho.

Sim, muito risco, a gente trabalha sob o sol [...] (Ent. 13)

[...] eles trabalham é no turno diurno, manhã e tarde, andando pelas comunidades fazendo visita e [...] estão expostos [...] aos raios ultravioletas. (Ent. 23)

[...] o calor não ajuda, [...] outro nível de insalubridade é o ar condicionado super barulhento, eu tenho sensibilidade auditiva, [...] tenho perda auditiva e esse ar condicionado é muito barulhento [...] (Ent. 17)

Em relação ao risco físico, ficou evidenciando que a referência feita pelos trabalhadores foi quanto à exposição solar e ao calor, devendo-se também ser levado em consideração que o local onde foi realizada a pesquisa, o município de Jequié, é conhecido como Cidade Sol.

Através da observação realizada nas USF, constatou-se que as unidades possuem muitos ar-condicionados quebrados, alguns barulhentos, dificultando o diálogo no momento da consulta, ou até mesmo a inexistência desses equipamentos; algumas unidades não são arejadas, têm ambientes úmidos com presença de mofo em paredes, o que torna o ambiente ainda mais insalubre.

Riscos Químicos

O estudo também apresenta a constatação dos riscos químicos evidenciados pelos trabalhadores.

[...] por exemplo, tem pessoas que trabalham com produtos químicos [...] (Ent. 02)

Tais riscos são gerados pelo manuseio de uma variedade de substâncias químicas e também pela administração de medicamentos que podem provocar desde alergias até neoplasias⁽¹⁰⁾.

[...] medicamento daquele, algum produto daquele possa trazer um risco para saúde dele bem maior [...] (Ent. 02)

Os principais riscos químicos encontrados nas USF são o látex das luvas utilizadas na realização de procedimentos, o uso de hipoclorito, o iodo, éter, soluções, administração de medicamentos, desinfetantes, desencrostantes e a fumaça de cigarro.

[...] os produtos que a gente usa aqui é mais água sanitária. (Ent. 08)

Foram encontrados, no momento da observação em campo, diversos produtos que são utilizados constantemente por esses trabalhadores como o álcool, éter, detergente enzimático, hipoclorito e em duas das unidades pesquisadas constatou-se que a data de validade de alguns desses produtos encontravam-se vencida.

Em outras unidades foram encontrados medicamentos com data de validade vencida em gavetas de consultório, em caixas que se encontravam no chão e até mesmo em um banco em que todos os usuários têm acesso. Ambas as situações descritas possibilitam inferir que está existindo uma falta de gerenciamento quanto ao controle desses produtos nessas unidades.

Riscos Mecânicos

Durante a observação das USF foi constatada a existência de diversos fatores que podem gerar o acontecimento dos riscos ocupacionais principalmente na visita domiciliar, já que eles transitam em ruas sem calçamento, locais com mato, de difícil

acesso, como regiões montanhosas, animais de diversas espécies, dentre outros.

A visita domiciliar é uma atividade que é exigida pela proposta do Ministério da Saúde como uma das ações do processo de trabalho desenvolvida pelos trabalhadores da USF, o que acaba sendo um fator desencadeante para o risco ocupacional, já que neste momento estão expostos a fatores como esgoto a céu aberto, animais peçonhentos, cachorros, dentre outros⁽¹¹⁾.

[...] minha área não é calçada, é uma rua né de chão, [...] uma certa vez eu fui visitar uma família o pit Bull quase subiu em cima de mim, a dona que puxou ele pela coleira [...] (Ent. 10)

[...] eu corro risco de carro, de animal, pago moto para ir [...] corro risco pela pista. (Ent. 13)

Riscos Biológicos

Existe uma grande potencialidade de que durante o exercício profissional ocorra acidente com material biológico, pois este risco é caracterizado pela transmissão de patógenos (vírus, fungos, parasitos, entre outros) através das vias aéreas e/ou sangue e secreções, além do contato direto com o cliente.

Nessa pesquisa, o risco biológico foi o mais mencionado pelos trabalhadores de saúde, sendo descrito pela manipulação de objetos perfurocortantes, no ato da administração de vacina, medicamentos; contato com as secreções e fluídos corpóreos, durante a realização de procedimentos como o curativo ou exame físico, consultas, dentre outros.

[...] atendemos as pessoas que são portadoras de alguma patologia e que nós não conhecemos à primeira vista, não temos condições de diagnosticar quem é essa pessoa [...] (Ent. 25)

O risco assim, de pegar [...] uma meningite [...], uma tuberculose [...], hanse, [...] eu acredito que a gente está exposta a esse tipo de risco. (Ent. 06)

[...] a gente lida com limpeza, no caso a gente varre, [...] mas mesmo assim sobe aquele pó [...], quando você vai lavar o banheiro, mesmo assim tem contaminação, a gente pode se contaminar [...] (Ent. 08)

Em um estudo realizado com agentes comunitários de saúde que fazem acompanhamento de pacientes com tuberculose, foi constatado um maior risco de infecção do que com aqueles que não possuem pacientes com essa doença⁽¹²⁾. O

que acaba sustentando a existência desse risco identificado pelos trabalhadores da USF.

A literatura é vasta em relação aos riscos biológicos e também quanto aos acidentes com perfurocortante, não muito diferente da realidade encontrada nesse estudo, trabalhadores e gestores de saúde relataram facilmente esse risco, além de situações vivenciadas no processo de trabalho em saúde.

[...] eu me perfurei tem dois dias, com agulha perfurocortante, exalou, perfurou, [...], tem risco o tempo todo, a gente trabalha né, [...] toma todos os cuidados do mundo mas tem, [...] não tem jeito [...] (Ent. 20)

[...] nos serviços de saúde nós temos na sala de vacina, um risco de acidente de trabalho em relação aos acidentes com perfurocortantes [...] (Ent. 24)

A exposição ocupacional evidenciada durante as atividades laborais dos trabalhadores de saúde na USF são evidentes quanto à probabilidade da ocorrência de acidentes biológicos, já que eles desenvolvem ações como administração de medicamentos e imunobiológicos, exame de papanicolau, manipulação de resíduos biológicos, realização de curativo, dentre tantas outras atividades de assistência à população.

As consequências desses acidentes poderão ser repercutidas através da infecção do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV), da Hepatite B (HBV) e da Hepatite C (HCV), o que se torna relevante a cobrança pelos gestores aos trabalhadores das USF quanto à atualização do cartão de vacina contra tétano, difteria e hepatite⁽¹³⁾.

Sabe-se que o uso dos EPI reduziria a probabilidade de acidentes com esses patógenos, contudo o que se constata nos depoimentos dos gestores e trabalhadores é que existe uma negligência quanto ao fornecimento dos EPI. Somando-se a essa situação existe também a não utilização dos EPI, por parte de alguns trabalhadores, ou até mesmo ao uso de apenas um EPI durante os procedimentos de saúde.

[...] a gente não tem disponibilizado pros trabalhadores que coletam o papanicolau, [...] não tem disponibilizado óculos de acrílico [...] esse EPI em especial a gente não tem disponibilizado [...] (Ent. 23)

Não, não tem, não temos equipamentos de proteção individual. (Ent. 22)

[...] o cuidado que a gente tem é só usar a luva é só. (Ent. 08)

É, a utilização da luva. (Ent. 09)

O que se constata nas falas anteriores é a negligência do que está preconizado nas leis trabalhistas e na NR 32 quanto ao fornecimento obrigatório dos EPI por parte dos gestores e o descumprimento por parte dos trabalhadores em não os utilizarem.

Agrava-se a essa situação a existência do desconhecimento do que venha a ser um EPI por parte de alguns trabalhadores que se encontram desenvolvendo assistência em saúde. Deve-se ressaltar que na USF tem-se como prioridade o trabalho em equipe, portanto, é importante que o processo de educação em saúde seja socializado para todos os trabalhadores que ali atuam, independentemente das atividades que exerçam em seu ambiente de trabalho⁽¹⁴⁾.

Equipamento de proteção individual, não que eu me recordo agora não, eu pode ser que conversando a gente acaba descobrindo o que significa EPI, mas assim a princípio, logo não, não. (Ent. 02)

Equipamento de Proteção Individual, não. (Ent. 13)

Durante as visitas nas unidades foram evidenciados diversos atos realizados pelos trabalhadores de saúde que poderão acarretar em um risco de acidente biológico. A não utilização de luvas no momento da administração de imunobiológicos foi um fator que chamou muita a atenção, pois foi identificada essa prática em todas as unidades visitadas, caixas de perfurocortantes montadas de forma errada, suspensas em suporte de papel toalha ou no chão, por muitas vezes próximas à bancada da pia, com as suas tampas abertas, agulhas que já foram utilizadas também eram encontradas facilmente no chão das unidades, além de seringas que não possuem o dispositivo de segurança, conforme é determinado pela NR 32.

Além disso, é comum a não utilização de sapatos fechados por parte dos trabalhadores no exercício da sua atividade laboral nas unidades, inclusive por parte dos agentes comunitários de saúde, que passam a maior parte do tempo realizando visitas nas residências dos usuários.

Em algumas unidades, foi constatada a falta do fornecimento de EPI, como também de fardamento para os trabalhadores, o que poderá aumentar a

probabilidade dos riscos ocupacionais, uma vez que os gestores não vêm cumprindo o que determina a NR32.

Riscos Ergonômicos

Os riscos ergonômicos são aqueles que podem interferir nas características fisiológicas do trabalhador, causando desconforto ou afetando sua saúde, sendo estes riscos ressaltados pelos informantes.

[...] tem os riscos de posição postural, que é inerente ao trabalho [...] (Ent. 22)

[...] o risco ergonômico que a gente também tem muito no município [...] (Ent. 23)

Tais riscos estão também relacionados à formação, natureza da atividade e ao número de atividades e a sua relação com a natureza humana⁽¹⁵⁾.

[...] eu tenho receio por essa sobrecarga de trabalho acarretar é essas coisas da articulação, da mão, do digitador que tem [...] (Ent. 03)

[...] a gente não tem uma estrutura física, não tem uma mesa adequada, para que a gente possa atender confortavelmente, que agente passa o dia inteiro ali trabalhando [...] (Ent. 04)

Ficou evidenciado, em relação à ergonomia, que determinados fatores vêm contribuindo para a maior exposição a este risco, como as condições ambientais e a falta de fornecimento de materiais ergonomicamente adequados, o que acaba acarretando em doenças osteomusculares.

[...] se queixam de dores lombares, de dores na coluna por conta do período longo que eles caminham e fazem essas visitas domiciliares [...] (Ent.24)

Existe, portanto, a necessidade da adequação dos ambientes de trabalho relacionados à ergonomia, pois é de fundamental importância para a manutenção da saúde dos trabalhadores.

Fato constatado durante a visita é a existência dos riscos ergonômicos, já que os trabalhadores lidam constantemente com esforço físico intenso, principalmente nos momentos das visitas domiciliares, subindo e descendo em áreas montanhosas; por conta do transporte manual de peso principalmente em relação a balança que eles transportam, além da exigência de uma postura inadequada durante o serviço, pois as macas são baixas para alguns trabalhadores, as bancadas que ficam os

computadores não são ergonomicamente adequadas, também há existência de cadeiras quebradas.

Observa-se ainda, atrelada a todas essas condições de trabalho, a questão do controle rígido de produtividade que é exigido pela própria ESF, ocasionando em imposição de ritmos excessivos de trabalho. Ainda existem aqueles trabalhadores que exercem atividades repetitivas, o que poderá acarretar futuramente em doenças ocupacionais.

Riscos Psíquicos

Na estratégia de saúde da família, observa-se que os trabalhadores exercem diversas tarefas com alto grau de exigência e competências, principalmente no que tange à responsabilidade das ações enquanto a vida dos usuários. Estas atribuições, dependendo do ambiente, da organização e das condições de trabalho que são fornecidas para a sua realização, podem levar o profissional a enfrentar desequilíbrio biológico que afeta não só a ele como pessoa, mas também a comunidade assistida e as próprias relações internas de trabalho^(16,17).

[...] lógico que a gente sabe que o estresse, o dia a dia pode estar desencadeando vários outros fatores [...] (Ent. 14)

Esses trabalhadores que atuam na USF são os mais afetados pela violência, já que lidam com uma clientela diversificada, que por sua vez possui variados problemas psicossociais como distúrbios psiquiátricos, dementes, delinquentes, drogados e embriagados, além de ter que lidar com os seus familiares, os quais estão em busca de soluções para os seus problemas e que poderão reagir de diversas formas no ato do atendimento⁽¹⁸⁾.

[...] a gente tem risco na rua assim porque aqui é área de risco [...] tanto problema de bandido, [...] quando dá mais ou menos umas seis horas a gente não pode mais ficar aqui nesse posto, tem que sair, [...] então é uma área muito de risco, [...] bandidagem, [...], tiroteio, morte, tudo isso aqui, aí é o risco que a gente está correndo mas fazer o que? (Ent. 06)

[...] viciado em drogas, às vezes, tem aquele pontozinho ali de tráfico, aí nós também atendemos como outra família qualquer [...] (Ent. 11)

[...] pessoas já me agrediram, porque aqui é, aqui é uma região de nóia, rola muita droga [...] (Ent. 12)

Percebe-se nas falas anteriores, que atos de violência estão presentes continuamente na vida desses trabalhadores, não só no momento de atendimento domiciliar, mas também dentro da unidade de saúde, o que torna o processo de trabalho um fator de estresse contínuo, devido à iminência da violência. O sentimento de medo também se fez presente no relato dos trabalhadores.

[...] eu não consigo visitar porque eu tenho medo, são pessoas agressivas. (Ent. 10)

Além disso, as próprias condições de trabalho, na visão do gestor, poderão levar o desencadeamento de riscos ocupacionais para os trabalhadores que estão nas USF.

[...] gera para ele, em especial ao usuário, por exemplo, um, uma certa reação né, de raiva, de fúria e muitas vezes é o trabalhador que tá na ponta do serviço que vai ouvir todo o desabafo. (Ent. 23)

Outro fator que vem chamando atenção são os transtornos mentais que esses trabalhadores atuantes na atenção básica estão desencadeando.

[...] muitos dos casos de transtorno ou distúrbio mental de trabalhadores que [...] é uma realidade, infelizmente proveniente dessa exposição frente ao usuário [...] a gente já tem alguns trabalhadores que está com síndrome do pânico por conta disso né, diversos trabalhadores tem ligado para a gente pedindo para sair da ponta porque não aguenta mais de diversos níveis educacionais, [...] que não ta aguentando mais esse contato direto é, por conta desses problemas administrativos [...] (Ent. 23)

A observação ratifica a exposição contínua desses trabalhadores aos riscos psíquicos, pois problemas muitas vezes que não estão ao alcance de resolução por parte dos trabalhadores da USF, acabam gerando conflitos entre usuários e trabalhadores, o que pode acarretar em agressões tanto verbais, quanto físicas. Tais condições são: número reduzido de cotas para realização de procedimentos e exames, ausência de medicamentos nas unidades de saúde, demora do atendimento, principalmente por parte dos trabalhadores médicos que não realizam consultas todos os dias, falta de materiais básicos e essenciais para a continuidade do trabalho, máquina de esterilização quebrada, o que acarreta no não atendimento dos odontólogos e na não realização dos curativos.

Além disso, as visitas domiciliares em determinadas áreas acabam sendo fator de risco intermitente, já que esses trabalhadores estão expostos aos usuários de droga, animais, esgoto a céu aberto, estradas movimentadas, carros, dentre outros.

Negação do Risco Ocupacional

Outro dado que merece ser visto de forma delicada é a negação por parte dos gestores e trabalhadores quanto à existência dos riscos ocupacionais nos locais de trabalho.

[...] não, nesse trabalho atual não, [...] dos enfermeiros e dos médicos nas unidades eu não, eu não visualizo e não recebo queixas em relação a isso não [...] (Ent. 24)

[...] agora no momento eu não lembro [...] (Ent. 06)

Por conseguinte a essa situação de negação dos riscos ocupacionais no seu trabalho, podemos ter como consequência o não desenvolvimento de ações que possam minimizar a existência desses riscos, tanto por parte dos gestores como por parte dos trabalhadores que não farão uso de condutas para se protegerem dos riscos existentes, como por exemplo, a não utilização do EPIs.

É necessário que os trabalhadores que atuam na área da saúde conheçam os riscos potenciais aos quais estão expostos para que munidos desse conhecimento desenvolvam ações que possam garantir não só a sua proteção, mas também dos colegas de trabalho e dos usuários da USF.

É pertinente ressaltar que o risco de acidente de trajeto não foi identificado em nenhum momento pelos gestores e trabalhadores da USF, talvez por ser uma exposição contínua, já que este risco é definido como sendo aquele que tenha ocorrido fora do ambiente de trabalho, decorrente do deslocamento do segurado entre sua residência e o local de trabalho ou vice-versa, tal acidente poderá provocar lesão corporal, redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho ou até mesmo a morte⁽¹⁹⁾.

Porém na observação de campo é notória a existência do risco de acidente de trajeto, principalmente pelo fato de que todos saem de casa para a realização das suas atividades diárias, realizam visita domiciliar e retornam para as suas residências.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo demonstram a existência de diversos riscos ocupacionais, dentre eles os físicos, químicos, mecânicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais.

Como riscos físicos, os mais evidenciados foram os raios ultravioletas e o calor. Quanto aos riscos químicos, eles citam principalmente medicamentos e o hipoclorito. Os riscos mecânicos identificados fazem referência às condições da área adstrita, já que muitas vezes as ruas encontram-se sem calçamento, morros, péssimas condições geográficas, existência de animais que inibem a atuação do trabalhador, movimento intenso de carro nas ruas quando realizam visita domiciliar, além das situações que os trabalhadores da zona rural encontram, como é o caso de ter que andar por um período longo durante as visitas.

Para os riscos biológicos, contatou-se o receio de adquirir doenças como meningite, tuberculose, hanseníase durante o contato com o usuário, além dos procedimentos que são realizados como curativo, administração de medicamentos, podendo desencadear acidentes com perfurocortantes, a inexistência do fornecimento de todos os EPI necessários por parte dos gestores para o desenvolvimento dos procedimentos na USF e a dificuldade dos trabalhadores em utilizarem quando estes se fazem presentes. Foi identificado também, o desconhecimento por parte do trabalhador sobre o que vem a ser o EPI, o que poderá dificultar a utilização desse equipamento quando necessário, podendo propiciar um risco.

Os gestores e trabalhadores identificaram como riscos ergonômicos a posição postural, a sobrecarga de trabalho, os movimentos repetitivos e as condições de trabalho, como a falta de melhores condições de labor, como materiais adequados ergonomicamente. Essas situações de falta de melhores condições de trabalho vêm acarretando em doenças ocupacionais, principalmente as osteomusculares.

Além desses, os riscos psíquicos também foram apresentados nas falas dos informantes como, por exemplo, o estresse, a violência, o sentimento de medo, que são fatores que vêm desencadeando transtornos mentais em diversas categorias de trabalhadores, conforme evidenciado pelos gestores.

Na fala de um gestor foi constatada a negação do risco na sua atividade gerencial e em outras duas categorias de trabalhadores, o que poderá acarretar na falta de ações como capacitação, fornecimento de material de consumo, de EPI,

dentre outros, que são necessárias para a prevenção dos riscos ocupacionais existentes na USF, já que ações só se tornam concretas quando se tem significância para quem as realiza. Um trabalhador também negou a existência de riscos ocupacionais, porém se contradiz ao relatar a existência dos riscos ocupacionais que convive diariamente no exercício da sua profissão.

Para que os trabalhadores vinculados à área da saúde adotem medidas profiláticas quanto aos riscos a que estão expostos, faz-se necessário compreender as consequências que a exposição ocupacional poderá trazer para a sua vida. Acredita-se que ao conhecer os riscos a que estão expostos, os trabalhadores poderão se sensibilizar para a adoção de medidas de proteção e segurança em saúde, conforme preconizado na NR 32.

Portanto é necessário que ações como diálogo entre gestores e trabalhadores existam, para que ambos percebam a situação de exposição aos riscos ocupacionais a que estão sujeitos e a que estão se submetendo, para que haja a identificação das co-responsabilidades existentes, conformes leis, e que as compartilhem acarretando nas mudanças comportamentais, principalmente no que tange ao uso dos EPIs; melhores condições de trabalho também farão que esses riscos minimizem; e principalmente ações contínuas de educação em saúde para todos que estão inseridos na USF.

Por fim, percebe-se que é necessário que se repensem os aspectos da organização do processo de trabalho, da gestão em saúde, do planejamento e da construção de novos saberes e práticas em saúde, para que dessa forma as ações nas USF sejam realizadas de forma equânime e integral, conforme rege o Sistema Único de Saúde (SUS).

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. [Internet]. Dispõe sobre a Política de Atenção Básica; [cited 2012 Outubro 10]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.
2. Guilam MC, Castiel LD. Risco e saúde. In: De Seta, MH; Pepe, VLE.; O'dwyer, G.de. (Org.). *Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 15-32.

3. Miranda EJP, Stancato K. Riscos à saúde de equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva: proposta de abordagem integral da saúde. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2008; 20: 68-76.
4. Silva RCG, Felli VEA. Um estudo comparativo sobre identificação dos riscos ocupacionais por trabalhadores de enfermagem de duas unidades de saúde do município de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. 2002; 36 (1): 18-24.
5. Bessa MEP, Almeida MI, Araújo MFM, Silva MJ. Riscos ocupacionais do enfermeiro atuante na estratégia de saúde da família. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2010 out/dez; 18 (4): 644-9.
6. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria n° 485, de 11 de novembro de 2005. [Internet]. Dispõe sobre a NR 32 – Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde; [cited 2012 June 10]. Available from: http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D3226A41101323B5152AF4497/nr_32.pdf
7. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria GM n.º 3.214, 08 de junho de 1978. [Internet]. Dispõe sobre a NR 06 – Equipamentos de Proteção Individual; [cited 2012 June 10]. Available from: <http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C816A33EF45990134335D0C415AD6/NR-06%20%28atualizada%29%202011.pdf>
8. Beck CLC, Gonzales RMB, Leopardi MT. Detalhamento da Metodologia. In: LEOPARDI, Maria Tereza. *Metodologia da pesquisa na saúde*. 2. ed. Florianópolis: UFSC/ Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.
9. MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 12 ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.
10. Ribeiro EJG, Shimizu HE. Acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60:535-40.
11. Chiodi MB, Marziale MHP, Robazzi MLCC. Acidentes de trabalho com material biológico entre trabalhadores de unidades de saúde pública. *Rev Latino-am Enferm*. 2007; 15:278-83.
12. Moreira TR, Zandonade E, Maciel ELN. Risco de infecção tuberculosa em agentes comunitários de saúde. *Rev Saúde Publica*. 2010; 44(2): 332-8.
13. Pinheiro J, Zeitoune RCG. O profissional de enfermagem e a realização do teste sorológico para hepatite B. *Rev enferm UERJ*. 2009; 17: 30-4.
14. Santos MAM, Cutolo LRA. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2003; 32 (4): 65-74.
15. Guimarães RM. Fatores ergonomicos de risco de proteção contra acidentes de trabalho: um estudo de caso-controle. *Rev Bras Epidemiol*. 2005; 8: 282-94.

16. Camelo SHH, Angerami ELS. Estratégias de gerenciamento de riscos psicossociais no trabalho das equipes de saúde da família. Rev. Eletr. Enf. 2008; 10 (4): 915-23.
17. Silva NR. Fatores determinantes da carga de trabalho em uma unidade básica de saúde. Ciência e Saúde Coletiva. 2011. 16 (8); 3393-3402.
18. Kaiser DE, Bianche F. A violência e os trabalhadores da saúde na atenção primária. Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS). 2008. Set; 29 (3): 362-6.
19. Reis RS. Segurança e medicina do trabalho: normas regulamentadoras. 2. ed. São Caetano do Sul (SP): Yendes; 2007.
20. Moreno LC. Violência e capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem [dissertação]. Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2004.

4.3 MANUSCRITO 3: IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA NR 32: POTENCIALIDADES, LIMITES E PERSPECTIVAS ENCONTRADAS NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Manuscrito será submetido à revista Ciência e Saúde Coletiva, elaborado conforme as instruções aos autores desse periódico, disponíveis em http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/index_interno.php, acessado em outubro de 2012.

IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA NR 32: POTENCIALIDADES, LIMITES E PERSPECTIVAS ENCONTRADAS NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

ESTABLISHMENT AND IMPLEMENTATION OF RS 32: POTENTIAL, LIMITS AND PROSPECTS FOUND IN FAMILY HEALTH UNITS

Juliana da Silva Oliveira*
Adriana Alves Nery†

RESUMO

A Norma Regulamentadora 32 (NR 32) tem por finalidade estabelecer as diretrizes para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde e deveria estar implantada e implementada em todos os estabelecimentos de saúde desde abril de 2007. Este estudo teve o objetivo de identificar as potencialidades, limites e perspectivas enfrentados pelos gestores de saúde e trabalhadores das Unidades de Saúde da Família – USF para a implantação e/ou implementação da NR 32. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de natureza qualitativa, realizada com 03 gestores e 22 trabalhadores de saúde, no município de Jequié/Bahia, tendo como cenário as Unidades de Saúde da Família e Secretaria Municipal de Saúde. A coleta de dados foi realizada no período de maio a agosto de 2012, por meio da observação sistemática e entrevista semi-estruturada. Para análise foi aplicada a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, por meio da qual emergiram três categorias temáticas: Potencialidades para a proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores da USF; Limites para a proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores da USF; Perspectivas quanto à proteção à segurança e a saúde dos trabalhadores da USF. Os resultados demonstram que gestores e trabalhadores de saúde desconhecem o que é a NR 32, porém, identificam potencialidades, limites e perspectivas quanto à implantação e/ou implementação de alguns itens da NR 32 nas USF. Ficando evidente que ainda há muito por fazer para que esta norma seja disseminada e enraizada como lei que necessita ser cumprida nos serviços de saúde.

DESCRITORES: Saúde do trabalhador; trabalhador; normas básicas de atenção à saúde.

ABSTRACT

Regulatory Standard 32 (Rs 32) is to establish the basic guidelines for the implementation of measures to protect the safety and health of workers and health services and it should be established and implemented in all health facilities since April 2007. This study aimed to identify the strengths, limitations and prospects faced by health managers and workers in the Family Health Units - USF for the establishment and/or implementation of RS 32. It is a descriptive and exploratory study of qualitative approach performed with 03 health managers and 22 workers, in

* Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde – PPGES da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

† Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Saúde do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde – PPGES da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB.

the city of Jequié-Bahia, in which the scenarios were the Health Family Units and the Secretary of Municipal Health. Data collection was conducted from May to August 2012, through documentary analysis and semi-structured interview. It was applied the thematic content analysis, emerging three thematic categories: Potential for protecting the safety and health of workers at USF; Limits to protect the safety and health of workers at USF; Perspectives about protecting the safety and health of workers at USF. The results show that managers and health workers don't know what RS 32 is, however, identify strengths, limitations and prospects for establishment and/or implementation of some items in the RS 32 in the USF's. Therefore it is evident that there is still much to be done so that this rule is widespread and entrenched as law that needs to be fulfilled in the health services.

DESCRIPTORS: Occupational health; worker; basic standards of health care.

INTRODUÇÃO

A Saúde do Trabalhador constitui uma área da saúde pública que tem como objeto de estudo e intervenção as relações entre o trabalho e a saúde. Seus objetivos prioritários são a promoção e a proteção do trabalhador, traduzidas nas ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, a vigilância dos agravos decorrentes, bem como a assistência de diagnóstico, tratamento, notificação e reabilitação aos vitimados com agravos decorridos do trabalho. São considerados trabalhadores homens e mulheres que desenvolvem atividades laborais independentemente da forma de inserção no mercado de trabalho¹.

Após a saúde do trabalhador ter sido direito garantido por meio da Constituição Federal de 1998 e pela Lei 8080/90, o Sistema Único de Saúde passa a ter responsabilidade da coordenação de ações voltadas para a saúde do trabalhador, devendo desenvolver ações indissociáveis e que apresentem dimensões no âmbito sociais, políticos e técnicos.

Depois da Lei Orgânica de Saúde que foi um marco para a saúde do trabalhador, percebeu-se um aumento na realização de pesquisas voltadas para esse campo. Essa crescente visão acerca desse tema perpassa pelos diversos fatores de riscos a que os trabalhadores de saúde estão expostos, tais como os riscos ocupacionais (físicos, químicos, biológicos, mecânicos, ergonômicos) e aqueles decorrentes da organização laboral que podem desencadear os riscos psíquicos. Logo, é necessário avaliar e conhecer os determinantes de saúde que interferem na atenção integral à saúde dos trabalhadores para que se direcionem as intervenções em saúde do trabalhador².

O ano de 2005, para os trabalhadores de saúde, foi marcado com uma conquista; a Norma Regulamentadora nº 32 (NR 32) foi aprovada através da Portaria Nº 485 e objetiva estabelecer diretrizes básicas para a implantação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde³.

A NR 32 está em vigor há sete anos, porém o que se constata é que muitos trabalhadores que atuam nos estabelecimentos de saúde não a conhecem, conseqüentemente também não realizam a sua divulgação, fazendo com que os gestores não coloquem em prática as suas obrigações e os trabalhadores acabam, por sua vez, não possuindo o entendimento de seus direitos e deveres acerca do assunto que essa norma preconiza^{4,5}.

Colocar a NR 32 em prática é ter em vista a possibilidade de mudanças no âmbito da saúde do trabalhador através da minimização dos riscos existentes no processo de trabalho, visto que essa norma determina responsabilidades tanto para os gestores quanto para os trabalhadores.

Outro fator que não pode ser desconsiderado é que essa norma teve prazos para o cumprimento dos seus itens por parte dos gestores, ou seja, todos os serviços ou estabelecimentos de saúde já deveriam estar cumprindo o que ela determina, pois o prazo máximo foi de dezessete meses após a data da sua publicação.

Para que a NR 32 possa ser implantada e implementada, um dos principais responsáveis são os gestores, responsáveis por garantir ambientes de trabalho saudáveis que minimizem o desencadeamento de doenças ocupacionais aos trabalhadores. Além disso, o gestor é responsável por desenvolver ações de promoção, proteção e vigilância à saúde e de assistência, incluindo a reabilitação de trabalhadores, tendo como suporte para o desenvolvimento dessas ações o Sistema Único de Saúde (SUS)⁶.

Estudos têm apresentado que os gestores deveriam voltar a sua atenção aos trabalhadores, considerando-se que as condições de trabalho interferem diretamente na situação da saúde do trabalhador⁷⁻⁹.

Assim a NR 32, bem como a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, tem como meta a realização de modificação nos processos de trabalho que possam atender o contexto das relações existentes entre saúde/trabalho/doença em toda sua complexidade, por meio de atividades que envolvam todos os atores sociais

(trabalhadores, gestores e comunidade) imbuídos nesse ambiente de trabalho e que estes possam atuar de forma interdisciplinar, intersetorial e multiprofissional.

Contudo, percebe-se que a análise da implantação da NR 32 tem sido debatida quase que exclusivamente pelas organizações hospitalares, sendo incipiente a abordagem desta NR nas Unidades de Saúde da Família (USF)¹⁰. Deve-se levar em consideração que a NR 32 é para ser implantada e implementada em todos os serviços de saúde, sendo este definido como qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde.

Dessa forma esse estudo tem como objetivo identificar as potencialidades, limites e perspectivas enfrentados pelos gestores de saúde e trabalhadores das USF para a implantação e/ou implementação da NR 32.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de natureza qualitativa, realizado no município de Jequié-Bahia, tendo como cenário as Unidades de Saúde da Família (USF) e a Secretaria Municipal de Saúde de Jequié (SMS).

Para a seleção das USF, utilizamos os seguintes critérios de inclusão: equipe mínima de saúde da família completa conforme preconizado pelo Ministério da Saúde; equipe com o tempo mínimo de atuação de dois anos e unidades com equipe. A população estudada foi composta por trabalhadores e gestores de saúde.

A seleção dos trabalhadores deu-se a partir da listagem nominal de todas as categorias envolvidas em cada unidade selecionada, de acordo com os critérios de seleção, seguindo o sorteio por intermédio do qual se definiu a ordem de participação dos sujeitos, totalizando 22 trabalhadores que atuam nas USF. Foi utilizado o critério de saturação, quando houve a percepção de que as falas tornavam-se repetitivas sobre o objeto questionado. Quanto aos gestores de saúde, foram identificados três, tendo como critério de inclusão aqueles que estavam realizando a gestão da saúde das USF.

As entrevistas foram gravadas e realizadas no local de trabalho de cada informante, conforme sua autorização. Ao concordar em participar voluntariamente, o entrevistado procedeu à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi-lhe garantido que os dados seriam utilizados para fins de pesquisa. Para manter o anonimato, foi adotando o termo Ent. seguido do algarismo

numérico de acordo com a sequência cronológica da realização da entrevista (Ent. 01, Ent. 02, Ent. 03...).

Para a coleta de dados utilizamos a técnica de entrevista semi-estruturada, com as seguintes questões disparadoras: 1. Visão dos gestores e trabalhadores de saúde sobre a NR 32 (conhecimento das normas regulamentadoras e riscos ocupacionais; formação/capacitação dos trabalhadores de saúde); 2. Atividades desenvolvidas pelos gestores e trabalhadores de saúde para a efetivação da NR 32 nas unidades de Saúde da Família; 3. Avanços, limites e perspectivas enfrentados pelos trabalhadores de saúde para a efetivação da NR 32 nas unidades de Saúde da Família. A coleta foi realizada no período de maio a agosto de 2012; nesse estudo também se utilizou a técnica da observação sistemática.

Foram realizadas 7 observações sistemáticas nas USF que atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa. A realização dessa técnica de coleta possibilitou um conhecimento mais profundo do objeto de estudo, tendo em vista que ocorreu o confronto dos depoimentos com o processo de trabalho desenvolvido pelos sujeitos, além de oferecer subsídios para melhor descrever as potencialidades, limites, perspectivas dos trabalhadores de saúde acerca da implantação e implementação da NR 32.

O desenvolvimento da pesquisa obedeceu aos estágios de pré-análise, constituição do *corpus*, seleção das unidades de significância, classificação e agregação dos núcleos temáticos¹¹, dando origem às seguintes categorias: marcha para a proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores das USF, limites para a proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores das USF e perspectivas quanto à proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores das USF.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – CEP/UESB e aprovada sob o parecer de nº 7746/2012, obedecendo à Resolução 196/1996, que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentares na Pesquisa com Seres Humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Espera-se que através da implantação e implementação da NR 32 dentro dos estabelecimentos de saúde, mudanças benéficas ocorram para os trabalhadores de saúde, já que procedimentos e medidas protetoras deverão ser adotados na

tentativa da promoção de segurança nos ambientes de trabalho e prevenção de acidentes e doenças ocupacionais entre os trabalhadores¹².

Apesar da NR 32 está em vigor desde o ano de 2005, contata-se que os trabalhadores não possuem conhecimento sobre essa norma^{4,5}.

Neste estudo foi evidenciado que apenas 1, dos 25 informantes conseguiu descrever o que vêm a ser a NR 32. Apesar de não conseguirem narrar o que determina a norma, os trabalhadores entrevistados identificaram dentro dos estabelecimentos de saúde, potencialidades, limites e perspectivas quanto à sua proteção, segurança e saúde.

Potencialidades para a proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores das USF

A implantação e implementação da NR 32 nas USF é uma potencialidade do cumprimento dos direitos assistidos pelos trabalhadores de saúde. A referida norma preconiza a adoção de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores.

Nessa dimensão, o estudo constatou que, mesmo sem ter o conhecimento teórico descrito pela NR 32, os entrevistados vêm realizando algumas ações pontuais, quer seja por pressão sofrida pelos trabalhadores quer seja por solicitação de alguma demanda para a melhoria das condições de trabalho dentro das USF. Uma dessas ações está relacionada ao fardamento dos trabalhadores, pois durante as entrevistas houve referência quanto à entrega das vestimentas aos agentes comunitários de saúde (ACS).

... nós entregamos, tem uns dez dias, eu entreguei para todos os PSFs, três camisetas, duas calças, um calçado e boné... (Ent. 24)

*[...] a gente entregou tem pouco tempo e boné, que eles vão, alguns já receberam e a gente está entregando do restante agora faz parte do uniforme deles também [...]
(Ent. 24)*

A NR 32 aborda que é de responsabilidade do gestor o fornecimento do fardamento adequado e em condições de conforto para todos os trabalhadores com possibilidade de exposição aos agentes biológicos, esta vestimenta deverá ser

fornecida sem ônus para o trabalhador³. Portanto, percebe-se que foi um avanço a entrega do fardamento para os ACSs, contudo para as outras categorias profissionais não vem sendo cumprido esse item da NR 32.

Em relação aos riscos físicos (radiação solar) que estes trabalhadores estão expostos, identificou-se que houve entrega de protetor solar nessa atual gestão.

[...] a gente fornece o protetor solar [...] fornecemos agora, desses dois anos que eu estou aqui foi a primeira vez que a gente forneceu, mas é assim, é um pedido constante deles e é um pedido constante nosso [...] (Ent. 24)

[...] também protetor solar que a gente recebeu [...] (Ent. 11)

Não se deve desconsiderar que a entrega do protetor solar foi um avanço, apesar da NR 32 não contemplar nenhum inciso específico para os profissionais que trabalham expostos a radiação solar^{3, 12}.

Outro avanço que foi possível constatar, diz respeito à aquisição das máquinas de esterilização. Os gestores e trabalhadores referem que houve a compra e a entrega nas USF, porém as máquinas não foram instaladas.

[...] autoclaves novas, mas não estão funcionando ainda, por conta de uma tomada [...] (Ent. 24)

A NR 32 preconiza que as máquinas deverão ser submetidas às inspeções prévias e às manutenções preventivas conforme determina as normas técnicas do produto (Brasil, 2005).

Além disso, os entrevistados também informaram que, segundo a SMS, iria ter a realização de uma capacitação quanto ao uso da máquina, o que é de extrema importância para evitar que acidentes provocados pelo desconhecimento do funcionamento de um equipamento ocorram. Essa ação acaba tendo como objetivo a minimização da potencialidade de ocorrências de riscos ocupacionais decorrentes da utilização da nova máquina.

Durante as observações realizadas nas USF, percebeu-se um avanço no que diz respeito ao item dos resíduos dos serviços de saúde. Todas as unidades possuíam caixas de perfurocortantes e a SMS contratou uma empresa para a

realização da coleta e destino final dos resíduos em serviços de saúde (RSS). Sabe-se que, segundo a RDC 306/04 e a Resolução do Conama 358/05, é de responsabilidade dos geradores de RSS a coleta, o transporte, o tratamento e o destino final dos seus resíduos^{14,15}.

Durante as entrevistas foi possível identificar que os informantes têm a percepção de que deve existir um diálogo entre os gestores, trabalhadores de saúde e os sindicatos, para que dessa forma possa ocorrer uma integração para o desenvolvimento de ações preventivas em relação à saúde dos trabalhadores. Contudo, identificam que o diálogo é feito com algumas categorias e de forma pontual.

[...] com as coordenações e de maneiras pontuais com algumas categorias, agente comunitário a gente conversa muito, a gente dialoga muito, agora com o trabalhador de saúde no contexto geral não [...] isso é até uma falha da gestão porque assim, a gente precisa internamente ouvir o trabalhador, ouvir as queixas, ouvir as necessidades do trabalho dele e a gente tentar minimizar, a gente ouve de forma pontual [...] (Ent. 23)

Percebe-se que existe uma dificuldade, de forma geral no Brasil, em relação à falta de integração entre os gestores e trabalhadores, porém a Organização Internacional do Trabalho preconiza que os gestores deverão realizar consultas aos trabalhadores, além de cooperar com eles, visto que são elementos essenciais para a organização do serviço e para a implantação e implementação de normas que promovam a saúde no ambiente de trabalho^{16,17}.

Esse diálogo que vêm existindo com apenas uma determinada categoria e não é o ideal, porém apesar de ser pontual, poderá ser disseminado para as outras, identificando que podem começar a agir juntos e coordenadamente, modificando as carências existentes em relação à saúde do trabalhador nas USF.

No que diz respeito ao diálogo existente entre gestores e sindicato, poderá ser uma ferramenta importante para a realização de debates sobre a temática de implantação e implementação da NR 32 que assegura aos trabalhadores de saúde medidas de proteção à segurança e à saúde nos serviços de saúde, já que é uma lei que deveria estar implantada e implementada nesses estabelecimentos desde abril de 2007.

[...] a gente tem o trabalho de parceria [...] com o sindicato dos servidores municipais, aí a gente tem feito essa articulação, esse diálogo [...] tanto para resolver os problemas do trabalhador com o serviço, do contratante, como do contratante com o sindicato por conta do servidor [...] (Ent. 23)

O envolvimento das lideranças sindicais com a proteção e segurança à saúde dos trabalhadores é essencial para prover existência a um ambiente de trabalho mais seguro e saudável¹⁸.

Outro relato interessante é que a gestão percebe que o trabalhador necessita de estímulos para o melhor desenvolvimento do seu trabalho. Estimular o trabalhador não é apenas incentivá-lo e sim proporcionar condições de trabalho, desde as relacionadas à infra-estrutura até aos materiais de consumo.

[...] talvez você não consiga só estimulando o processo sem incentivar, sem dá ferramentas, como é que eu posso exigir uma série de mudanças do meu profissional que já vem [...] com inúmeras queixas de falta do básico, se eu não tenho o mínimo para eu dá para ele [...] (Ent. 24)

Portanto, durante o planejamento e realização de intervenções voltadas para a prevenção da saúde dos trabalhadores a gestão deve envolver todos os atores sociais, fortalecendo os canais de comunicação, estimulando-os através do fornecimento de materiais, além de proporcionar melhores condições de trabalho para que ocorra efetivamente a implantação e implementação da NR 32.

Limites da proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores das USF

Uma das formas para garantir a implantação e implementação de qualquer que seja a norma, é a realização de um planejamento e o envolvimento dos atores que a implementarão.

Para que a implantação da NR 32 possa ser exitosa em qualquer instituição de saúde, é necessário primeiro que todos a conheçam e percebam que com a sua implementação poderá promover a adoção de medidas de proteção à segurança e à saúde deles dentro dos serviços de saúde. Portanto, é necessário que haja uma difusão de conhecimentos acerca da NR 32 com realização de capacitações contínuas sobre os itens que ela aborda¹⁹.

Das entrevistas emergiram que muitas são as dificuldades encontradas pelos gestores e trabalhadores que atuam nos estabelecimentos de saúde, uma delas é em relação à educação permanente em saúde nas USF, principalmente sobre a saúde do trabalhador.

[...] a gente tem diversas dificuldades em relação à promoção dessas atividades educativas de capacitação [...] (Ent. 23)

A gente participa de cursos [...] que envolve a unidade, que a equipe participa, mas não direcionado para o meu setor de trabalho. (Ent. 04)

[...] não foi bem um curso, foi uma reunião assim logo no primeiro dia que a gente começou a trabalhar, mas [...] eu não acho que foi um curso de capacitação. (Ent. 15)

[...] uma capacitação em relação às diretrizes do SUS, é a única capacitação que a gente tem em relação a qualquer coisa relacionado à prefeitura. Capacitação em relação à NR 32 ou alguma outra norma regulamentadora não teve. (Ent. 22)

A NR 32 determina que haja a capacitação continuada dos profissionais que atuam em serviços de saúde, essas capacitações deverão ser realizadas conforme áreas distintas de atuação³.

Além da conscientização e da educação continuada dos trabalhadores de saúde, é necessário realizar discussões e atualizações com reflexões críticas e condições materiais e ambientais para a promoção de um trabalho seguro com vistas à realização do controle de situações que interferem no processo de trabalho como a adesão de ações seguras, a carga de trabalho e a disponibilidade de recursos humanos e materiais^{20, 21}.

Nas entrevistas realizadas, os gestores e trabalhadores apontaram a falta de recursos humanos que acarreta a sobrecarga do trabalho, sendo também outro fator que contribui diretamente para a dificuldade de criação de um ambiente de trabalho seguro e saudável.

[...] estamos sempre faltando funcionário, [...] sempre falta, agora mesmo está faltando mais de oito funcionários dificilmente um PSF está com o seu quadro completo isso é quase impossível. (Ent. 05)

Não, há dois anos que aqui não tem (a gente de consultório dentário) [...] odontólogo só vem aqui e fica sentando ali, porque não tem o que fazer. (Ent. 12)

[...] levando a um risco maior de acometer acidentes, [...] há momento que está atendendo [...] tem 3 ou 4 crianças aguardando para serem vacinadas, [...], então você tem que estar trabalhando nestas duas hipóteses, dá uma adiantada nos idosos, para vim dá uma adiantada nas crianças e aí isso tem que ser rápido porque a demanda é um pouco grande [...] (Ent. 14)

[...] a gente passa por um momento complicado hoje [...] escassez de recursos, material, escassez de condição de trabalho que querendo ou não tem afetado a saúde do trabalhador [...] a gente trabalha hoje com o nível de recursos humanos aquém do necessário para atender a nossa demanda [...] (Ent. 23)

Além disso, ainda emergiu das falas dos entrevistados a falta de recursos materiais e de condições de trabalho para a realização de ações mais seguras para a saúde do trabalhador.

[...] nós não estamos recebendo saco de lixo, a unidade está com uma quantidade muito pequena e também o saco não é adequado para esse tipo de armazenamento. (Ent. 04)

[...] a autoclave está com defeito, aí também não está funcionando. (Ent. 08)

[...] a roupa né que agente usa essas roupas da gente mesmo não é uma roupa adequada, [...] é máscara também não tem, é touca tudo isso está faltando [...] a gente está vulnerável a qualquer risco. (Ent. 15)

[...] nós não temos nem todo dia tem luva, nem todo o dia tem material para trabalhar, [...] não tem água [...] as coisas mínimas que a gente precisa para trabalhar nem sempre tem [...] aqui não tem máscara, óculos, [...] aqui não tem [...] luva tem eu uso se não tenho eu não examino sem luva [...] (Ent. 18)

[...] falta de material, das faltas de condição de trabalho, das faltas dessas condições [...] (Ent. 23)

A falta de recursos humanos e materiais influencia diretamente na qualidade de vida dos outros trabalhadores, visto que aumenta a sobrecarga de trabalho e dos riscos ocupacionais. A insuficiência de recursos humanos e de materiais pode gerar insegurança e sentimentos que levam os profissionais a terem desprazer em seu trabalho, podendo gerar o absenteísmo, acidentes de trabalho e até mesmo doenças ocupacionais²².

Segundo os relatos e as observações realizadas nas unidades de saúde, foi encontrado outro fator limitante para a implantação e implementação de medidas de segurança para a promoção da saúde dos trabalhadores que é a estrutura física das unidades.

[...] a verdade as instalações eu acho que tem sempre que melhorar. (Ent. 02)

[...] porque nosso maior problema aqui é com estrutura [...] são as instalações. (Ent. 04)

Muitas das [...] unidades [...] não foram construídas no padrão que deve ser com essas saídas e entradas [...] desses materiais [...] existe muita coisa que a gente tenta adaptar ou tenta dá um jeitinho para que fique menos arriscado tanto para o profissional quanto para aquelas pessoas que circulam, paciente que está por ali, [...] a grande maioria não está dentro das normas [...] (Ent. 24)

A Resolução da Diretoria Colegiada 50 (RDC 50) dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, determinando como deverá ser realizada a construção dos estabelecimentos de saúde.²³ As instituições pesquisadas não obedecem à estrutura que é definida pela RDC 50, nem pelo Manual do Ministério da Saúde, que orienta quanto à estrutura física das unidades de saúde²⁴.

Existe a determinação para a construção do abrigo de resíduos sólidos, além da sala de esterilização com todas as suas subdivisões, a sala de recepção dos materiais contaminados para proceder à lavagem e descontaminação, a sala de

esterilização e a sala de estocagem de material já esterilizado²⁴. Em todas as unidades visitadas não existe uma estrutura física que contemple esses itens, o que facilita a ocorrência de acidentes com materiais biológicos dentro das USF.

Assim outro grande problema enfrentado para que a implantação e implementação da NR 32 aconteça dentro das unidades de saúde é a autonomia. Os entrevistados apontam a falta de autonomia como um elemento dificultador para a realização de ações voltadas para a saúde do trabalhador.

[...] o meu entrave hoje é o fato de não ter autonomia é o principal [...] (Ent. 23)

[...] às vezes a gente se sente impedido por não ter as ferramentas que agente sabe que são necessárias [...] (Ent. 24)

Autonomia total não, [...] isso dificulta às vezes a nossa administração não temos esse poder de resolver de imediato. (Ent. 25)

No momento em que se possui autonomia, os gestores poderão realizar ações integradas, abrangendo todos os trabalhadores, privilegiando as ações de promoção, prevenção e proteção em detrimento das de reparação, visto que muitos gestores apenas pensam nas ações de saúde do trabalhador após a ocorrência de um acidente, dessa forma poderá contribuir para a melhoria da saúde dos trabalhadores²⁵.

Os gestores deverão ter como foco primário a segurança à saúde dos trabalhadores que estão sobre a sua gestão, a não existência dessa visão do gestor poderá ser um fator limitante para os avanços da criação de ambientes seguros e saudáveis e implantação de programas que promovam a segurança dos trabalhadores²⁶.

Evidenciou-se que no município ações voltadas para a vigilância à saúde do trabalhador são inexpressivas o que vêm acarretando o descumprimento da NR 32. Essa falta de ações em relação à vigilância à saúde do trabalhador, principalmente a supervisão quanto o cumprimento das recomendações legais que são preconizadas pela NR 32, vem corroborando para a exposição do trabalhador aos riscos ocupacionais que as USF possuem¹⁹.

Perspectivas quanto à proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores das USF

Apesar de não conseguirem descrever a importância da NR 32 nos serviços de saúde, devido ao próprio desconhecimento quanto ao seu conteúdo, os gestores e trabalhadores almejam melhorias relacionadas ao ambiente de trabalho, que consequentemente, promoverão uma maior proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores.

[...] dá boas condições de trabalho, melhorar salário que está defasado [...] a saúde tem que fazer com que aconteça [...] (Ent. 21)

[...] eu daria assim as mínimas ferramentas [...] que hoje estão faltando para que eu pudesse estimular esse profissional e valorizasse até financeiramente [...] (Ent. 24)

Mudaria sim, mudaria na forma de atendimento, colocaria mais profissionais para que pudesse atender melhor a população [...] (Ent. 25)

Os depoimentos demonstram que existe a percepção da necessidade de um olhar voltado para as condições de trabalho que estão sendo ofertadas pelos gestores aos trabalhadores de saúde.

Nesse estudo, evidenciou-se que gestores e trabalhadores anseiam também por uma assistência à população mais humanizada e resolutiva.

[...] uma saúde que está precisando de melhorias [...] para que possamos dá aos nossos usuários do SUS um melhor tratamento. (Ent. 25)

Em relação aos recursos eles clamam por uma gerência participativa e que os recursos financeiros sejam realmente investidos na saúde.

[...] que os recursos que vêm para a saúde pudessem ser geridos de forma participativa, pelos departamentos [...] que fazem parte da gestão (Ent. 24)

Podemos inferir, segundo o relato do Ent. 24, que no momento em que os recursos fossem gerenciados pelos departamentos ficaria mais fácil para a

ocorrência de modificações nos ambientes de trabalho, favorecendo ações com vistas à promoção da saúde do trabalhador.

Almejam que mudanças ocorram, possuem uma esperança e confiança de que um dia terão ambientes mais seguros para trabalhar, para isso os informantes relatam que necessitam ir à luta, é o que os depoimentos que se seguem demonstram.

Se eu pudesse está mudando isso com certeza [...] mas não me desanimo não, eu sou confiante [...] (Ent. 24)

[...] eu gostaria de ajudar muito ao nosso município, nossa saúde precisa realmente de melhorias [...] vamos lutar para que isso melhore [...] eu gostaria que todas as coisas fossem resolvidas todas elas [...] sempre existe uma luz no fundo do túnel que agente procura ir lá e iluminar [...] (Ent. 25)

Diante dos relatos, percebe-se que mesmo com as adversidades que gestores e trabalhadores de saúde vêm passando em relação às condições do trabalho, eles permanecem acreditando que mudanças poderão ocorrer e que tais situações vivenciadas no cotidiano poderão ser modificadas.

Acreditar que sempre existe possibilidade de sanar os problemas representa a certeza de que eles ainda não estão desmotivados o suficiente para deixar à margem os seus sonhos de que mudanças possam ocorrer. Ter essa percepção é um sinal de que esses trabalhadores vislumbram que algo está errado no seu ambiente de trabalho.

Esse desejo de mudança, portanto, poderá ser o grande motivador e um aliado na implantação e implementação da NR 32, visto que ao perceberem a necessidade de uma melhor proteção à segurança e à saúde, os trabalhadores busquem conhecer os seus direitos e reivindiquem daqueles que poderão promover e fornecer condições de ambientes de trabalho saudáveis, fazendo assim com que mudanças possam vir a se tornar uma realidade dentro dos serviços de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo pode evidenciar que existe um desconhecimento acerca da NR 32 por parte dos gestores e trabalhadores, o que pode está dificultando a implantação e/ou implementação desta norma nas USF.

Apesar da inexistência desse conhecimento, pôde-se encontrar algumas potencialidades relacionadas à implantação e/ou implementação da referida norma nas USF, como por exemplo, a entrega do fardamento, aquisição de novas máquinas de esterilização e a contratação da empresa para a realização da coleta dos resíduos. Tais ações são cumprimentos de alguns dos itens descritos pela NR 32, ocasionando dessa forma a promoção de ambientes mais seguros para a realização do trabalho.

Ainda foi vista como avanços a existência de diálogos entre gestores com determinada categoria profissional e com sindicatos. Apesar desses itens não estarem descritos na NR 32, percebe-se que o diálogo deve ser a base para que a implantação e implementação de qualquer norma ocorra dentro de estabelecimentos de saúde.

No que tange aos limites encontrados pelos gestores e trabalhadores, foi evidenciado que existe uma dificuldade em relação à promoção de capacitação continuada acerca de temas referentes à saúde do trabalhador e mais especificamente sobre a NR 32 instituída já há sete anos pelo Ministério do Trabalho. Outro limite está relacionado à falta de recursos humanos e materiais, o que pode vir a provocar uma sobrecarga de trabalho e, conseqüentemente, o aumento de riscos de exposição para a ocorrência de acidentes de trabalho.

Além disso, foi evidenciado o limite quanto à estrutura física das USF, que não são construídas conforme é preconizado pela RDC 50 e pelo Ministério da Saúde (MS), elevando assim a exposição aos riscos ocupacionais nas USF e quanto à autonomia que os informantes referem não possuir, o que pode vir a dificultar a implantação e implementação da NR 32 nesses serviços de saúde.

Constatou-se ainda outro fator que deveria ser determinante para a implantação e implementação da NR 32 nas USF, que é a ação de fiscalização da vigilância do trabalhador. Apesar de o município possuir este órgão, ele não vem desempenhando sua função como deveria, o que vem acarretando no não cumprimento de normas, como é o caso da NR 32, nos serviços de saúde.

Mesmo com estas situações que foram aqui descritas, encontramos ainda perspectivas as quais gestores e trabalhadores de saúde descreveram. Estes almejam melhores condições de trabalho, através de fornecimento de ferramentas, melhores salários, que os recursos sejam geridos de forma participativa, e o desejo de aumento do número de profissionais, o que favorecerá uma assistência mais

humanizada para a população. Assim eles acreditam que essas mudanças poderão ocorrer e relatam que querem lutar para que possam ter ambientes de trabalho mais saudáveis.

Portanto os resultados aqui demonstraram as potencialidades, os limites e as perspectivas encontradas nas USF no que tange à implantação e implementação da NR 32. Observa-se que ainda há muito por fazer para que esta norma seja disseminada, através de capacitação continuada para os gestores e trabalhadores e que seja enraizada como lei que necessita ser cumprida nas USF, para isso deve ser realizado um controle através do órgão de fiscalização.

Tudo isso vir a favorecer a saúde dos trabalhadores, principalmente no que tange à dimensão psíquica e física, visto que no ambiente de trabalho deverá ser promovido medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores, conforme determina a NR 32. Quanto maior segurança para os trabalhadores nas USF, menor será a probabilidade de ocorrência dos acidentes de trabalho, garantindo assim uma melhor condição de trabalho e saúde do trabalhador.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria n° 1.125, de 6 de julho de 2005*: dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS [Internet]. Brasília (DF); 2005 [citado 2010 abr 20]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1125.htm>.
2. Espindola MCG, Fontana RT. Riscos ocupacionais e mecanismos de autocuidado do trabalhador de um centro de material e esterilização. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2012 mar; 33(1): 116-23.
3. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. *Portaria n° 485, de 11 de novembro de 2005*. [Internet]. Dispõe sobre a NR 32 – Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde; [cited 2012 June 10]. Available from: http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D3226A41101323B5152AF4497/nr_32.pdf
4. Oliveira JE, Lage KR, Avelar AS. Equipe de Enfermagem e os riscos biológicos: norma regulamentadora n 32 (NR 32). *Rev Enfermagem Integrada*, Ipatinga (MG) 2011 nov-dez; 4(2): 793-805.

5. Oliveira AC, Gonçalves JÁ. Acidente ocupacional por material perfurocortante entre profissionais de saúde de um Centro Cirúrgico. *Rev. Esc Enferm USP*, São Paulo (SP) 2010 jun; 44(2): 482- 487.
6. Brasil. *Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012*. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; [cited 2012 Set 15] Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html.
7. Shimizu HE, Couto DT, Merchan-Hamann E. Prazer e sofrimento em trabalhadores de enfermagem de unidade de terapia intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. maio-jun 2011;19(3):[09 telas].
8. Martins JT, Robazzi MLCC, Garanhani ML. Sentimentos de prazer em enfermeiros de unidades de terapia intensiva. *Ciencia y Enfermería*. 2009; 15(3): 45-53.
9. Martins JT, Robazzi MLCC, Plath GA. Satisfação e insatisfação entre auxiliares e técnicos de enfermagem de uma unidade de internação feminina de um hospital escola. *Ciencia y Enfermería*. 2007; 13(1): 25-33.
10. David, HMSL, Mauro MYC, Silva VG, Pinheiro MAS, Silva FH. Organização do trabalho de enfermagem na atenção básica: uma questão para a saúde do trabalhador. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 2009 abr.-jun.; 18 (2): 206-214.
11. MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento*. Pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.
12. Robazzi MLCC, Barros Júnior JC. Proposta brasileira de normatização para os trabalhadores da saúde. *Ciência y Enfermería Concepción*, 2005; 11 (2): 11-15.
13. Lima AG, Silva AMM, Soares CEC, Souza RAX, Souza MCMR. Fotoexposição solar e fotoproteção de agentes de saúde em município de Minas Gerais. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2010; 12 (3): 478-82.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução 306, de 07 de dezembro de 2004*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
15. Brasil. Ministério do Meio Ambiente, dos Recursos Hídricos e da Amazônia Legal. Conselho Nacional do Meio Ambiente. *Resolução nº 358, de 29 de abril de 2005*. Brasília: Ministério do Meio Ambiente, dos Recursos Hídricos e da Amazônia Legal, 2005.
16. Galon T, Marziale MHP, Souza WL. A legislação brasileira e as recomendações internacionais sobre a exposição ocupacional aos agentes biológicos. *Rev Bras Enferm*. Brasília 2011; jan-fev; 64 (1): 150-7.
17. Organización Internacional del Trabajo. *Las Normas Internacionales del Trabajo: Um enfoque Global*. Ginebra, 2002. [cited em 2012 Out 20]. Disponível em: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_norm/@normes/documents/publication/wcms_087694.pdf
18. Shannon HS, Robson LS, Sale JEM: Creating safer and healthier workplaces: Role of organizational factors and job characteristics. *Amer J of Ind Med* 2001; 40:319-334.
19. Chaves SCL, Santana VS, Leão ICM, Santana JN, Lacerda LMAA. Determinantes da implantação de um programa de segurança e saúde no trabalho. *Rev Panam Salud Publica*. 2009; 25 (3).
20. Gammon J, Morgan-Samuel H, Gould D. A review of the evidence for suboptimal compliance of healthcare practitioners to standard/universal infection control precautions. *J Clin Nurs*. 2008 Jan; 17(2):157-67.
21. Andrade AC, Sanna MC. Ensino de biossegurança na graduação em enfermagem: uma revisão de literatura. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60 (5): 569-72.

22. Camelo SHH, Angerami ELS. Estratégias de gerenciamento de riscos psicossociais no trabalho das equipes de saúde da família. *Rev. Eletr. Enf.* 2008; 10 (4): 915-23.
23. Brasil. *Resolução RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002*. Dispõe sobre regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da União 20 de março de 2002.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família*. Departamento de Atenção Básica Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
25. Reinhardt EL, Fischer FM. Barreiras às intervenções relacionadas à saúde do trabalhador do setor saúde do Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2009; 25 (5).
26. Lundstrom T, Pugliese G, Barttley J, Cox J, Guither C. Organizational and environmental factors that affect worker health and safety and patient outcomes. *Am J Infect Control.* 2002, 30 (2): 93-106.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Sistema Único de Saúde (SUS) já existem políticas que valorizam as condições de trabalho e saúde dos trabalhadores, dentre elas estão a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, as Normas Regulamentadoras, especificamente a NR 32, que é direcionada para os trabalhadores de saúde, Programa de Formação em Saúde do Trabalhador e a mais recente Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde – SUS, entre outras.

Essas políticas e programas de saúde almejam que haja um fortalecimento do SUS através de um processo de humanização do trabalho em saúde, que pressupõe a construção de uma interação entre os atores envolvidos na produção de saúde com ações de co-gestão do processo de trabalho, do desenvolvimento de co-responsabilidades, estabelecimento de vínculos solidários, indissociabilidade entre atenção e gestão.

O estudo pode evidenciar que existe a necessidade de capacitação dos gestores e trabalhadores das USF quanto à biossegurança, à saúde e à segurança no trabalho, direcionada para ações de implantação e/ou implementação das normas à saúde e à segurança do trabalho, incluindo esclarecimentos acerca das leis que determinam responsabilidades e direitos tanto para os gestores quanto para os trabalhadores.

É necessário, para tanto, que ao planejar ações de implantação e/ou implementação voltada para a promoção, prevenção e segurança à saúde dos trabalhadores das unidades de saúde, haja um envolvimento dos sujeitos sociais, além de um modelo teórico baseado nas normas e leis já existentes no país para que estes sejam o guia das ações que serão desenvolvidas, fornecimento de recursos humanos e materiais para que se mantenham condições de trabalho favoráveis à promoção, à saúde do trabalhador, possibilitando assim, a construção de ambientes de trabalho saudáveis, canais de comunicação entre os envolvidos, principalmente entre gestores e trabalhadores, para que ambos comunguem e alcancem os mesmos objetivos.

A pesquisa também apresentou como resultado a existência de diversos riscos ocupacionais dentre eles os físicos, químicos, mecânicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais.

Na fala de alguns informantes também foi constatada a negação do risco, o que poderá acarretar na falta de ações como capacitação, fornecimento de material de consumo, de EPI, dentre outros, que são necessárias para a prevenção dos riscos ocupacionais existentes na USF, já que essas ações só se tornam concretas quando têm significância para quem a realiza.

Para que os trabalhadores de saúde adotem medidas profiláticas quanto aos riscos a que estão expostos, faz-se necessário compreender as consequências que a exposição ocupacional poderá trazer para a sua vida. Acredita-se que ao conhecer os riscos a que estão expostos, os trabalhadores poderão se sensibilizar para a adoção de medidas de proteção e segurança em saúde, conforme preconizado na NR 32.

Este estudo também evidenciou que existe um desconhecimento acerca da NR 32 por parte dos gestores e trabalhadores, o que pode está dificultando a implantação e/ou implementação desta norma nas USF.

Apesar da inexistência desse conhecimento, pôde-se encontrar algumas potencialidades relacionadas à implantação e/ou implementação da referida norma nas USF, como por exemplo, a entrega do fardamento, aquisição de novas máquinas de esterilização e a contratação da empresa para a realização da coleta dos resíduos. Tais ações são cumprimentos de alguns dos itens descritos pela NR 32, ocasionando dessa forma a promoção de ambientes mais seguros para a realização do trabalho.

Ainda foi visto como potencialidades a existência de diálogos entre gestores com determinada categoria profissional e com sindicatos. Apesar desses itens não estarem descritos na NR 32, percebe-se que o diálogo deve ser a base para que a implantação e implementação de qualquer norma ocorra dentro de estabelecimentos de saúde.

No que tange aos limites encontrados pelos gestores e trabalhadores, foi evidenciado que existe uma dificuldade em relação à promoção de capacitação continuada acerca de temas referentes à saúde do trabalhador e mais especificamente sobre a NR 32 instituída já há sete anos pelo Ministério do Trabalho. Outro limite está relacionado à falta de recursos humanos e materiais, o

que pode vir a provocar uma sobrecarga de trabalho e conseqüentemente o aumento de riscos de exposição para a ocorrência de acidentes de trabalho.

Além disso, foi evidenciado o limite quanto à estrutura física das USF, que não são construídas conforme é preconizado pela RDC 50/2002 e pelo Ministério da Saúde (MS), elevando assim a exposição aos riscos ocupacionais nas USF e quanto à autonomia que os informantes referem não possuir, o que pode vir a dificultar a implantação e implementação da NR 32 nesses serviços de saúde.

Constatou-se ainda outro fator que deveria ser determinante para a implantação e implementação da NR 32 nas USF, que é a ação de fiscalização da vigilância do trabalhador. Apesar do município possuir este órgão, ele não vem desempenhando sua função como deveria, o que vem acarretando no não cumprimento de normas, como é o caso da NR 32, nos serviços de saúde.

Mesmo com estas situações que foram aqui descritas, gestores e trabalhadores de saúde apontaram algumas perspectivas. Estes almejam melhores condições de trabalho, através de fornecimento de ferramentas, melhores salários, que os recursos sejam geridos de forma participativa, e o desejo de aumento do número de profissionais, o que favorecerá uma assistência mais humanizada para a população. Assim eles acreditam que essas mudanças poderão ocorrer e relatam que querem lutar para que possam ter ambientes de trabalho mais saudáveis.

Observa-se que ainda há muito por fazer para que esta norma seja difundida, através de capacitação continuada para os gestores e trabalhadores e que seja enraizada como lei que necessita ser cumprida nas USF. Portanto, para que isso ocorra, deve ser realizado um controle através do órgão de fiscalização.

Por fim, este estudo, que se direciona prioritariamente ao contexto da implantação e/ou implementação da NR 32 nas USF, abre discussão reflexiva em torno da área da Saúde do Trabalhador nas dimensões de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores, da formação de recursos humanos e capacitação profissional, na produção do conhecimento e de novos estudos voltados para esse tema, objetivando nova prática no processo de trabalho, com vistas à proteção e segurança dos trabalhadores de saúde. Sugere-se, portanto, que haja uma mobilização e sensibilização, tanto para os gestores e trabalhadores de saúde visando disseminar a importância do cumprimento da NR 32 nos serviços de saúde, para que se realize a promoção de ambientes de trabalho mais saudáveis e seguros, minimizando assim os riscos ocupacionais advindos do trabalho.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. D. F. et al. Saúde do trabalhador de enfermagem que atua em centro de saúde. **Revista Instituto de Ciência e Saúde**. v.27, n.2, p. 103-8, 2009.

AMORIN, M. C. S. Comunicação planejada, recursos fundamental para a eficácia da gestão organizacional. **Caderno de Pesquisa em Administração da USP**, São Paulo, v.1, n.9, p. 98-108, 1999. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/c9-Art8.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2011.

BARBOSA, P. R. Gestão em saúde: uma abordagem introdutória. In: GODIM, R.; GATORIS, V.; MENDES JÚNIOR, W. V. organizadores. **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ ENSP/EAD; 2011. p. 347-355.

BRASIL. **Constituição Federal do Brasil**. Seção II da Saúde, Brasília, 1988.

_____. **Lei, nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de setembro de 1990.

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

_____. **Segurança e Medicina do trabalho**. Coleção Manuais da Legislação. 52. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

_____. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Brasília: 2004. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/proposta_pnst_st_2009.pdf. Acesso em: 20 set. 2011.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **NR 32 – Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde**. Portaria SSST nº 485, de 11 de novembro de 2005. Disponível em: http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D3226A41101323B5152AF4497/nr_32.pdf. Acesso em: 30 ago. 2011.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Riscos biológicos**: guia técnico – os riscos biológicos no âmbito da norma regulamentadora Nº 32. Brasília: 2008.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Processamento de roupas em serviços de saúde: prevenção e controle de riscos.** Brasília: ANVISA, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1748** de 30 de Agosto de 2011. Disponível em: http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C816A31F92E65013224E36698767F/p_20110830_1748%20.pdf. Acesso em: 01 out. 2011.

CHAVES, S. C. L. et.al. Determinantes da implantação de um programa de segurança e saúde no trabalho. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, Brasil, v.25, n.3, p. 204-212, 2009.

CUNHA, A. C.; MAURO. M. Y. C. Educação continuada e a Norma Regulamentadora 32: utopia ou realidade na enfermagem? **Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.35, n.122, p. 305-313, 2010.

FERNANDES, A. T. **Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde.** São Paulo: Atheneu, 2000.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa.** 2. ed. Rio de Janeiro: Positivo. 5. ed. 2010, 2272p.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em 12 de set. 2012.

JEQUIÉ. Secretária Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2007.** Jequié, 2008.

_____. Secretária Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013.** Jequié. 2010.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Administração e liderança em enfermagem.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, v.1, 1968.

MELLEIRO, M. M.; TRONCHIN, D. M. R.; CIAMPONE, M. H. T. O planejamento estratégico situacional no ensino do gerenciamento em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.18, n.2, p. 165-7, 2005.

MENDES, R. et. al. **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.

MERLO, A. R. C.; LÁPIS, N. L. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: algumas considerações. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre. v.19, n.1, Jan/jun, p. 17-29, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NUNES, M. B. G. et al. Riscos Ocupacionais dos Enfermeiros atuantes na Atenção à Saúde da Família. Rio de Janeiro, **Rev. Enfermagem UERJ**. v.18, n.2, p. 204-9, 2010.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. **Recomendación nº 97 sobre la protección de la salud de los trabajadores**. Ginebra, 1953. [citado em 2008 Nov 14]. Disponível em: <http://www.ilo.org/ilolex/spanish/recdisp1.htm>. Acesso em 05 de outubro 2012.

OLIVEIRA, B. R. G.; MUROFUSE, N. T. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.1, p. 109-115, 2001.

OLIVEIRA, J. C. Segurança e Saúde no Trabalho: uma questão mal compreendida. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.17, n.2, p. 3-12, 2003.

POPE, C. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

ROBAZZI, M. L. C. C.; BARROS JÚNIOR, J. C. Proposta brasileira de normatização para os trabalhadores da saúde. **Ciencia y Enfermería**, Concepción, v.XI, n.2, p.11-15, 2005.

ROBAZZI, M. L. C. C.; MARZIALE, M. H. P. A norma regulamentadora 32 e suas implicações sobre os trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino Americana de enfermagem**, São Paulo. Setembro – Outubro; v.12, n.5, p. 834-836, 2004.

ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M.; BUSCHINELLI, J. T. P. **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1994.

SILVA, N. R. Fatores determinantes de carga de trabalho em uma unidade básica de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.16, n.8, p. 3393-3402, 2011.

APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
NÍVEL MESTRADO ACADÊMICO****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Conforme Resolução 196/96 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde

**PESQUISA: A NORMA REGULAMENTADORA Nº 32:
VISÃO DOS GESTORES E DOS TRABALHADORES DE SAÚDE****OBJETIVOS:****➤ Geral:**

- Analisar a implantação e/ou implementação da Norma Regulamentadora nº 32 pelos gestores de saúde e trabalhadores das equipes de Saúde da Família em Jequié/BA.

➤ Específicos:

- Descrever de que forma vêm ocorrendo à implantação e/ou implementação da Norma Regulamentadora nº 32 pelos gestores e trabalhadores das equipes de Saúde da Família de Jequié/BA;
- Classificar os riscos ocupacionais que os gestores de saúde e trabalhadores das equipes de Saúde da Família identificam em seu ambiente de trabalho, em Jequié/BA.
- Identificar as potencialidades, limites e perspectivas enfrentados pelos gestores de saúde e trabalhadores das equipes de Saúde da Família para a implantação e/ou implementação da Norma Regulamentadora nº 32, em Jequié/BA?

PARTICIPAÇÃO: A integração a pesquisa será de modo voluntário ficando a critério do gestor de saúde e profissionais de saúde autorizar a utilização das informações audiogravadas, não havendo qualquer penalidade caso recuse a tal ou desista de prosseguir na pesquisa. O participante não terá nenhuma despesa pela sua participação nem receberá pagamento ou gratificação.

RISCOS: Em momento nenhum o informante estará exposto aos riscos devido a sua participação nesta pesquisa, pois os dados serão manipulados com extremo sigilo garantindo o anonimato, não sendo disponibilizado para terceiros. Entretanto, caso ocorra algum risco e porventura danos oriundos deste risco, os mesmos serão sanados pelas pesquisadoras responsáveis pelo estudo. Os dados obtidos serão manipulados apenas pelos pesquisadores responsáveis pelo estudo, não sendo identificados os informantes.

BENEFÍCIOS: A participação nessa pesquisa poderá fornecer informações importantes para a adoção de estratégias que venham a contribuir para a implantação e implementação da NR 32 nos estabelecimentos de saúde, visando contribuir para a promoção da segurança e da saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde.

CONSENTIMENTO PARA A PARTICIPAÇÃO

Eu, _____ concordo em participar do estudo descrito acima. Fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido devido a minha participação. Tenho o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou a minha família. A minha participação é voluntária, e não implicará em custos ou prejuízos adicionais. Sejam esses custos ou prejuízos de caráter econômico, social, psicológico ou moral, sendo garantido o anonimato e o sigilo dos dados referentes a minha identificação. Concebo autorização para que sejam utilizados os resultados do estudo para publicação de artigos em revistas e outros meios de comunicação, e divulgação em eventos técnicos-científicos nacionais e internacionais.

Assinatura: _____

COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Garantimos estar disponíveis para atender quaisquer dúvidas e/ou solicitação para esclarecimentos de dados que ficaram obscuros no decorrer desta pesquisa. Poderemos ser encontrados no endereço abaixo:

_____ Jequié, ____/____/____.

Pesquisador responsável

_____ Jequié, ____/____/____.

Pesquisador colaborador

ADRIANA ALVES NERY

Tel: (73) 3528-9623 (Departamento de Saúde)/ 3528-9738 (Mestrado em Enfermagem e Saúde). e-mail: aanery@gmail.com

End: Av. José Moreira Sobrinho, S/N – Jequiezinho/Jequié-BA – CEP: 45206-190.

JULIANA DA SILVA OLIVEIRA

Tel: (73) 3528-9623 (Departamento de Saúde)/ 3528-9738 (Mestrado em Enfermagem e Saúde). e-mail: juli.silva.oliveira@gmail.com

End: Av. José Moreira Sobrinho, S/N – Jequiezinho/Jequié-BA – CEP: 45206-190.

APÊNDICE B: Roteiro para a entrevista semi-estruturada com os gestores de saúde

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
NÍVEL MESTRADO ACADÊMICO

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA
PARA OS GESTORES DE SAÚDE

1. Caracterização do(a) entrevistado(a)

Entrevista n°: _____ Início: _____ Término: _____

1.1 Dados Sócio-demográficos

Idade: _____ Sexo: _____ Profissão/ocupação: _____

Tempo de atuação profissional: _____

Regime de Trabalho: _____

Outros vínculos empregatícios: _____ Quantos: _____

1.2 Dados Educacionais

Formação: () Nível Médio () Graduação () Especialização

Participou de algum curso de atualização sobre a NR32 () Sim () Não

Qual (is)? _____

Participou de algum curso de gestão em saúde? () Sim () Não

Qual (is)? _____

2. Questões disparadoras:

2.1 Visão dos gestores de saúde sobre a NR 32 (conhecimento das normas regulamentadoras e riscos ocupacionais; formação/capacitação dos trabalhadores de saúde).

2.2 Ações voltadas para a implantação e/ou implementação da NR 32 nas unidades de Saúde da Família.

2.3. Potencialidades, limites e perspectivas dos gestores de saúde quanto a implantação e/ou implementação da NR 32 nas unidades de Saúde da Família.

APÊNDICE C: Roteiro para a entrevista semi-estruturada com os trabalhadores de saúde



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
NÍVEL MESTRADO ACADÊMICO**

**ROTEIRO PARA A ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM OS
TRABALHADORES DE SAÚDE**

1. Caracterização do(a) entrevistado(a)

Entrevista nº: _____ Início: _____ Término: _____

1.1 Dados Sócio-demográficos

Idade: _____ Sexo: _____ Profissão/ocupação: _____

Tempo de atuação profissional: _____

Regime de Trabalho: _____

Outros vínculos empregatícios: _____ Quantos: _____

1.2 Dados Educacionais

Formação: () Nível Médio () Graduação () Especialização

Participou de algum curso de atualização sobre a NR32? () Sim () Não

Qual (is)? _____

2. Questões disparadoras:

2.1 Visão dos trabalhadores de saúde sobre a NR 32 (conhecimento das normas regulamentadoras e riscos ocupacionais; formação/capacitação dos trabalhadores de saúde).

2.2 Atividades desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde para a efetivação da NR 32 nas unidades de Saúde da Família.

2.3. Avanços, limites e perspectivas enfrentados pelos trabalhadores de saúde para a efetivação da NR 32 nas unidades de Saúde da Família.

APÊNDICE D: Roteiro da observação sistemática**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
NÍVEL MESTRADO ACADÊMICO****ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA**

Aspectos a serem identificados na observação:

1. Estrutura física das USF;
2. Equipamentos e materiais disponíveis nas USF;
3. Utilização dos equipamentos de proteção individual e coletiva;
4. Atuação dos trabalhadores de saúde, sob a perspectiva da implantação e/ou implementação da Norma Regulamentadora nº 32;
5. Etapas do gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde.

ANEXO A: Ofício do Comitê de Ética em Pesquisa – Plataforma Brasil

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

UESB/BA

PROJETO DE PESQUISA

Título: ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA NORMA REGULAMENTADORA Nº 32

Pesquisador: Juliana da Silva Oliveira

Versão: 1

Instituição: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia -
UESB

CAAE: 00832512.9.0000.0055

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 7746

Data da Relatoria: 20/03/2012

Apresentação do Projeto:

O projeto apresentado propõe realizar um estudo no qual será avaliada a implantação e/ou implementação da Norma Regulamentadora Nº 32 pelos gestores de sistemas de saúde e trabalhadores das equipes de Saúde da Família no município de Jequié/Bahia. Na fundamentação teórica, os autores fazem uma breve descrição sobre a evolução das idéias sobre a saúde do trabalhador e as ações legais para implantá-las. Abordam também os riscos ocupacionais aos quais os profissionais de saúde estão expostos no ambiente de trabalho e o advento da Norma Reguladora Nº 32 após as muitas reivindicações dos sindicatos e de outras organizações ligadas às diversas categorias dos trabalhadores em saúde. A saúde do trabalhador é discutida como campo de estudo multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial necessário para se entender a relação entre o processo saúde/doença e as atividades ocupacionais individuais ou coletivas. Este campo de estudo é também contextualizado dentro das condições de trabalho atuais dos profissionais de saúde no país e reforça a necessidade de garantir que o mesmo seja realizado em condições que garantam a qualidade de vida, a realização pessoal e social dos indivíduos sem prejuízos para sua saúde, integridade física e mental. Na secção aspectos metodológicos, o estudo é descrito como descritivo e exploratório de natureza qualitativa. O município de Jequié será o cenário da pesquisa. As informações serão coletadas nas unidades de saúde da família e a Secretaria Municipal de Saúde. Os critérios de inclusão das unidades são (1) ter equipe mínima completa, (2) a equipe ter estado em atuação por no mínimo dois anos e (3) unidades que possuam só uma equipe. Os sujeitos da pesquisa serão os gestores e os trabalhadores das equipes do PSF. Serão utilizados como instrumentos e técnicas de coleta de dados as entrevistas semiestruturadas, a observação sistemática, a análise documental. A análise de dados será realizada usando-se a técnica de análise de conteúdos na modalidade temática. Os dados levantados serão confrontados com o conteúdo dos seguintes documentos: (a) Programa de prevenção de Riscos Ambientais - PPR; (b) Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO e (c) Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde. As referências bibliográficas que embasaram a escrita do projeto são atuais e adequadas ao tema proposto.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a implantação e/ou implementação da Norma Regulamentadora Nº 32 pelos gestores de saúde e trabalhadores das equipes de Saúde da Família em Jequié/Bahia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Considero que a pesquisa a ser realizada apresentará desconfortos e riscos mínimos à integridade física, moral ou mental dos informantes. Chego a esta conclusão pelas metodologias e instrumentos empregados para coleta de dados e pelas garantias de sigilo que os autores estabelecem no Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento (TCLE). Em contrapartida, os benefícios gerados podem ser numerosos não apenas aos trabalhadores em saúde, mas para toda sociedade. As informações coletadas poderão se constituir em subsídios que contribuirão no desenvolvimento de ações que favoreçam a implantação mais eficiente da NR32 nas unidades de saúde e melhorar as condições de saúde ocupacional dos profissionais da área.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa a ser realizada é relevante cientificamente e pode se constituir numa importante contribuição para o campo da saúde dos trabalhadores desde que busca levantar informações sobre a implantação/implementação da Norma Regulamentadora 32 nas unidades de saúde do município de Jequié. Esta norma é uma conquista dos profissionais que atuam no ramo da saúde, pois estabelece as diretrizes básicas para medidas de proteção à segurança e à saúde desses trabalhadores. No entanto, para que tenha utilidade prática, as legislações desenvolvidas devem ser implantadas da forma mais rigorosa possível. Considero que a pesquisa proposta elucidará de forma clara e inequívoca se as ações e orientações preconizadas na NR32 estão sendo seguidas, se os profissionais de saúde estão aderindo à sua execução e quais são as dificuldades encontradas na sua implantação/implementação. Desta forma, a pesquisa poderá indicar quais são as maiores deficiências encontradas e propor ações efetivas para melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores em saúde através da obediência da

NR32.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O Termo de Consentimento e Livre esclarecimento é claro e está de acordo com os direitos do informante em saber os objetivos e fins da pesquisa da qual está participando. Deixa claro que este não sofrerá prejuízos de caráter econômico, social, psicológico ou moral e que poderá desistir da participação na pesquisa em qualquer momento se assim desejar.

Recomendações:

Não tenho recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

ILHEUS, 20 de Março de 2012

Assinado por:

Ana Angélica Leal Barbosa